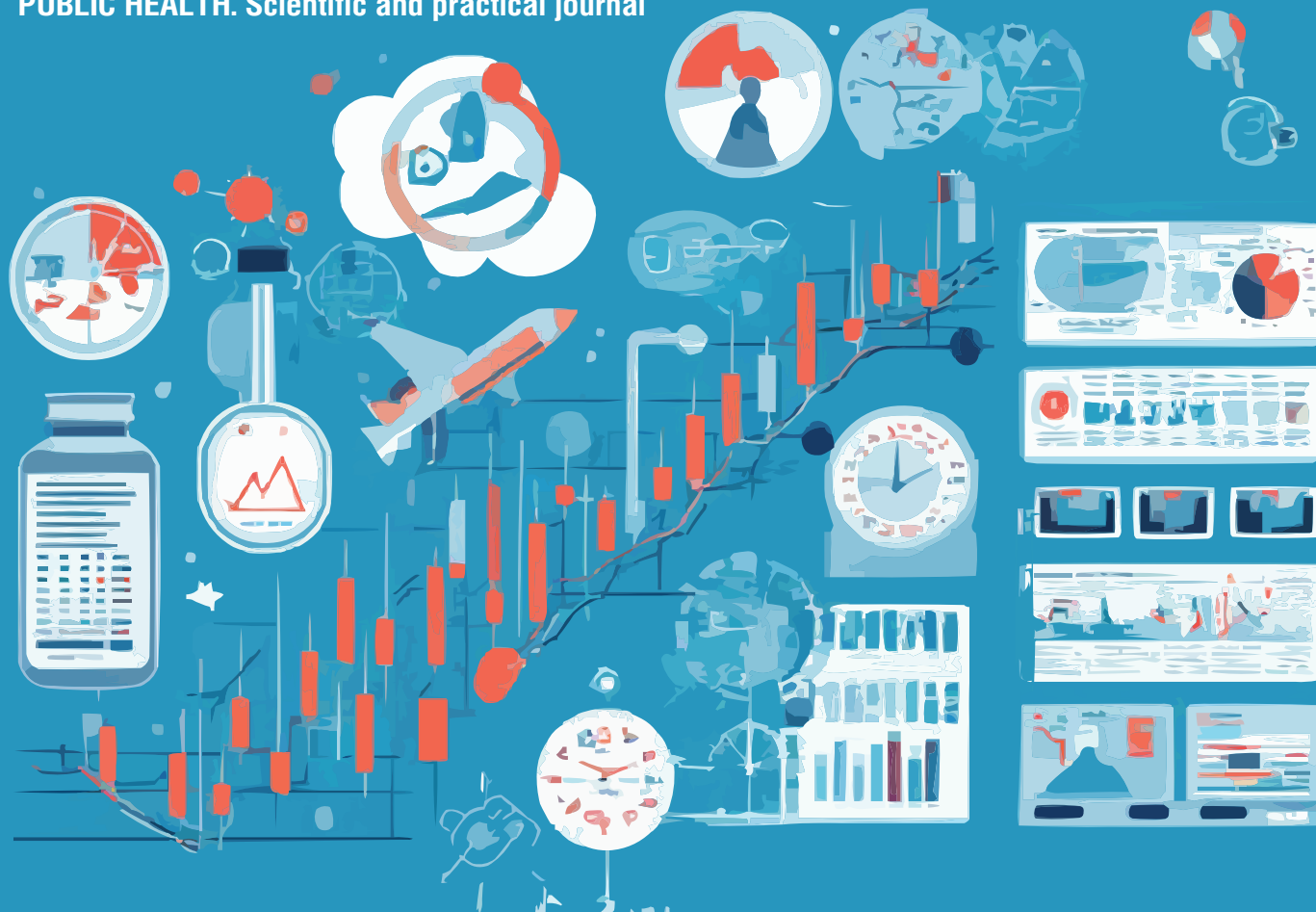




Модель для оценки в течение 10 лет

Данные наукометрического анализа 2024–2025 гг.

Новые клинические рекомендации



ЗДОРОВЬЕ ВО ВСЕХ ПОЛИТИКАХ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Научно-практический журнал

Том 5

№ 2 • 2025

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)

PUBLIC HEALTH

Scientific and practical journal

Volume 5

№ 2 • 2025

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)

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>

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

ТЕОРИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Модель для прогнозирования смерти у взрослых пациентов в течение 10 лет

Кафтанов А. Н., Андрейченко А. Е., Ермак А. Д., Гаврилов Д. В., Гусев А. В., Новицкий Р. Э.

4–16

Новые зарождающиеся тренды тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение», выявленные методами наукометрического анализа: 2024–2025 гг.

Канев А. Ф., Кураков Ф. А., Кармина Р. Л.

17–30

ФАКТОРЫ РИСКА

Профилактика повторного управления транспортным средством в состоянии опьянения: мнение врачей-психиатров-наркологов об эффективности показателей оценки состояния водителей при проведении обязательного медицинского освидетельствования

Масякин А. В., Бедина И. А., Бедина И. Д., Сазонова А. С.

31–39

Некоторые аспекты отношения медицинских работников ДФО к проблеме ВИЧ-инфекции: риск собственного заражения и стигматизация пациентов, живущих с ВИЧ

Таенкова И. О., Троценко О. Е., Балахонцева Л. А., Базыкина Е. А.

40–49

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И КОММУНИКАЦИИ

Самооценка здоровья и структура заболеваемости студентов медицинского вуза

Шевченко С. С., Тихонова Н. К., Петелина Д. А., Юпатова А. Р., Сулакова О. Г.

50–57

Повседневные практики питания студенческой молодежи Саратовской области (по результатам социологического скрининга)

Склярова Т. В., Яхина Р. Р.

58–69

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Клинические рекомендации по лечению синдрома зависимости от табака, синдрома отмены табака

Салагай О. О., Сахарова Г. М., Антонов Н. С., Тетенова Е. Ю., Надеждин А. В.

70–80

Приемно-диагностическая служба и стационарные отделения скорой медицинской помощи – современное состояние вопроса (Обзор литературы)

Денчик А. В., Бенян А. С., Пушкин С. Ю., Труханова И. Г., Измалков Н. С., Чернуха Р. С., Бурлова Н. Г.

81–90

Пути совершенствования медико-социальной реабилитации ветеранов боевых действий на современном этапе с учетом МКФ

Шлык С. В., Меметов С. С., Ачкасов Е. Е., Ким В. В.

91–101

ПОЗДРАВЛЕНИЯ

Академику Владимиру Ивановичу Стародубову – 75 лет

102

Академику Владимиру Алексеевичу Солодкому – 70 лет

103

Академику Александру Леонидовичу Хохлову – 60 лет

104

CONTENTS

PUBLIC HEALTH THEORY

A model for predicting death in adult patients within 10 years

Kaftanov A. N., Andreychenko A. E., Ermak A. D., Gavrilov D. V., Gusev A. V., Novitskiy R. E.

4–16

New emerging trends in the thematic area «Public health and healthcare», identified by the methods of scientometric analysis: 2024–2025

Kanev A. F., Kurakov F. A., Karmina R. L.

17–30

RISK FACTORS

The prevention of repeated driving while intoxicated: the opinion of narcologists on the effectiveness of indicators for assessing the condition of drivers during mandatory medical examinations

Masyakin A. V., Bedina I. A., Bedina I. D., Sazonova A. S.

31–39

Some aspects of the Far Eastern Federal district medical staff attitude towards the issue of HIV-infection: self-perceived infection risk and stigmatization of patients living with HIV

Taenkova I. O., Trotsenko O. E., Balakhontseva L. A., Bazykina E. A.

40–49

SOCIOLOGY OF HEALTH AND COMMUNICATION

Self-assessment of health and morbidity structure of medical university students

Shevchenko S. S., Tikhonova N. K., Petelina D. A., Yupatova A. R., Suslakova O. G.

50–57

Daily nutrition practices of student youth in the Saratov region (based on the results of sociological screening)

Skliarova T. V., Yakhina R. R.

58–69

MEDICAL CARE

Clinical guidelines for the treatment of tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome

Salagay O. O., Sakharova G. M., Antonov N. S., Tetenova E. Yu., Nadezhdin A. V.

70–80

Reception and diagnostic service and inpatient emergency departments – the current state of the issue (Literature review)

Denchik A. V., Benian A. S., Pushkin S. Yu., Trukhanova I. G., Izmalkov N. S., Chernukha R. S., Burlova N. G.

81–90

Ways to improve the medical and social rehabilitation of combat veterans at the present stage, taking into account the ICF

Shlyk S. V., Memetov S. S., Achkasov E. E., Kim V. V.

91–101

CONGRATULATIONS

Academician Vladimir Ivanovich Starodubov is 75

102

Academician Vladimir Alekseevich Solodky is 70

103

Academician Alexander Leonidovich Khokhlov is 60

104

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
Научно-практический журнал
Том 5, № 2, 2025

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: 25.06.2025
Заказ: 136

© ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России,
оформление макета, 2025

PUBLIC HEALTH
Scientific and practical journal
Volume 5, No. 2, 2025

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

Founder: Russian Research Institute
of Health

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:
Russian Research Institute
of Health

**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: 25.06.2025
Order: 136

© Russian Research Institute
of Health, layout design, 2025

МОДЕЛЬ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СМЕРТИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В ТЕЧЕНИЕ 10 ЛЕТ

А.Н. КАФТАНОВ¹, А.Е. АНДРЕЙЧЕНКО², А.Д. ЕРМАК¹, Д.В. ГАВРИЛОВ¹,
А.В. ГУСЕВ³, Р.Э. НОВИЦКИЙ¹

¹ ООО «К-СКАЙ», г. Петрозаводск, Россия;

² ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет ИТМО», г. Санкт-Петербург, Россия;

³ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

УДК 303.092.6

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-4-16

Аннотация

Введение. Выявление факторов риска и прогнозирование смерти от различных причин являются важными вопросами медицины. С точки зрения профилактического направления важно выявлять пациентов с высоким риском смерти, так как раннее обнаружение и лечение заболеваний эффективно повышают продолжительность жизни. **Цель исследования:** разработать универсальную модель прогнозирования смерти у взрослых пациентов в течение 10 лет и сравнить предсказательную способность прогноза смерти в многочисленной современной когорте модели МО (деревья решений) с обычной моделью логистической регрессии Кокса. **Материалы и методы.** Источником данных для исследования являлась база данных платформы прогнозной аналитики Webiomed компании ООО «К-Скай». В исследование было включено 1 129 268 записей 201 985 пациентов в возрасте от 18 лет. Изучено 177 прогностических признаков, из которых в результате многоступенчатого отбора для моделирования выбрано 12. Для моделирования использовались два алгоритма анализа выживаемости: CoxPHFitter и RandomSurvivalForest. С помощью моделей определялась вероятность наступления смерти в течение 1, 3, 5 и 10 лет. **Результаты.** По результатам тестирования обе модели показали хорошие результаты по предсказанию смерти. Однако лучший результат был получен у модели RandomSurvivalForest. Метрики лучшей модели с 95% доверительным интервалом для предсказания смерти в течение 10 лет: Площадь под ROC кривой 0,921 (0,914–0,929), Точность 0,849 (0,84–0,858), Чувствительность 0,813 (0,795–0,83), Специфичность 0,871 (0,859–0,882), Индекс соответствия 0,867 (0,861–0,874), Прогностическая ценность положительного результата 0,791 (0,776–0,806), Прогностическая ценность отрицательного результата 0,886 (0,876–0,895). **Заключение.** Было показано, что модели машинного обучения хорошо предсказывают смертельные исходы, демонстрируя высокую дискриминацию и точность классификации. Их использование может помочь выявлять пациентов высокого риска с целью формирования решения о политике действий для предотвращения смерти.

Ключевые слова: оценка риска смерти, искусственный интеллект, машинное обучение, прогнозирование смерти, анализ выживаемости.

Для цитирования: Кафтанов А.Н., Андрейченко А.Е., Ермак А.Д., Гаврилов Д.В., Гусев А.В., Новицкий Р.Э. Модель для прогнозирования смерти у взрослых пациентов в течение 10 лет. *Общественное здоровье*. 2025; 2(5):4–16, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-4-16

Контактная информация: Кафтанов Алексей Николаевич, e-mail: akaftanov@webiomed.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 23.04.2025. **Статья принята к печати:** 10.06.2025. **Дата публикации:** 25.06.2025.

UDC 303.092.6

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-4-16

A MODEL FOR PREDICTING DEATH IN ADULT PATIENTS WITHIN 10 YEARS

A.N. Kaftanov¹, A.E. Andreychenko², A.D. Ermak¹, D.V. Gavrilov¹, A.V. Gusev³, R.E. Novitskiy¹

¹ K-Skai, Petrozavodsk, Russia;

² ITMO University, Saint-Petersburg, Russia;

³ Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. The identification of risk factors and the prediction of mortality from various causes are important issues in medicine. From a preventive perspective, it is crucial to identify patients at high risk of death, as early detection and treatment of diseases effectively increase life expectancy. **The purpose of the study:** to develop a universal model for predicting death in adult patients within 10 years and to compare the predictive ability of predicting death in a large contemporary

© А.Н. Кафтанов, А.Е. Андрейченко, А.Д. Ермак, Д.В. Гаврилов, А.В. Гусев, Р.Э. Новицкий, 2025 г.

cohort of the machine learning model (decision trees) with a Cox regression. *Materials and methods.* The data source for the study was the database of the Webiomed predictive analytics platform. The study included 1,129,268 records of 201,985 patients aged 18 years and older. 177 predictive features were investigated, of which 12 were selected for modelling as a result of a multi-stage selection process. Two survival analysis algorithms, CoxPHFitter and RandomSurvivalForest, were used for modelling. The models were used to determine the probability of death within 1, 3, 5 and 10 years. *Results.* Both models performed well in predicting death, however, the best result was obtained by the RSF model. Metrics of the best model with 95% CI for predicting death within 10 years: AUC0.921 (0.914–0.929), Accuracy 0.849 (0.84–0.858), Sensitivity 0.813 (0.795–0.83), Specificity 0.871 (0.859–0.882), Concordance index 0.867 (0.861–0.874), Positive predictive value 0.791 (0.776–0.806), Negative Predictive Value 0.886 (0.876–0.895). *Conclusion.* Machine learning models predict mortality outcomes well, demonstrating high discrimination and classification accuracy. Their use may help to identify high-risk patients to inform decisions to prevent death.

Keywords: risk assessment of death, artificial intelligence, machine learning, death prediction, survival analysis.

For citation: Kaftanov A.N., Andreychenko A.E., Ermak A.D., Gavrilov D.V., Gusev A.V., Novitskiy R.E. A model for predicting death in adult patients within 10 years. Public health. 2025; 2(5):4–16, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-4-16

For correspondence: Alexey N. Kaftanov, e-mail: akaftanov@webiomed.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

Выявление факторов риска и прогнозирование смерти от различных причин являются важными вопросами медицины. С точки зрения профилактического направления важно выявлять пациентов с высоким риском смерти, так как раннее обнаружение и лечение заболеваний эффективно повышают продолжительность жизни.

Исторически факторы риска определялись с помощью установления связи между каждым предиктором и смертью [1]. Затем для прогнозирования смерти и выявления факторов риска стали использоваться многомерные линейные модели, такие как логистический регрессионный анализ [1, 2]. Хотя линейные модели исторически были популярны из-за их интерпретируемости [1], существовала необходимость в разработке методов оценки риска с более высокой прогностической способностью.

В последние годы в здравоохранении стали широко применяться методы машинного обучения (МО), которые часто позволяют достигнуть более высокой прогностической точности по сравнению с традиционными методами прогноза [1, 2], поскольку они могут учитывать нелинейное взаимодействие между предикторами в дополнение к линейным отношениям [1]. В эпоху больших данных имеется большой оптимизм по поводу того, что МО может потенциально произвести революцию в медицинской помощи, предложить подходы для диагностической и прогностической

оценки наравне с врачами или даже превосходя их [3].

Актуальная проблема применения некоторых методов МО состоит в том, что созданные с их помощью прогнозные модели представляют собой «черные ящики», где неизвестно влияние предикторов на прогноз. В этой связи были предложены подходы к интерпретации результатов анализа МО, например, значения Шепли или SHAP-значения [1, 2]. В итоге можно сказать, что SHAP-значения дают возможность заглядывать в «чёрные ящики» моделей МО. Это позволяет получить представление о том, как именно каждый из прогнозных признаков воздействует на выходные результаты моделей, что повышает доверие к ним при применении в условиях реальной клинической практики.

Таким образом, МО имеет потенциал для улучшения прогнозирования исходов большой сложности и многофакторной причинности, таких как летальные исходы.

Цель исследования: разработать универсальную модель прогнозирования смерти у взрослых пациентов в течение 10 лет и сравнить предсказательную способность прогноза смерти в многочисленной современной когорте модели МО (деревья решений) с обычной моделью логистической регрессии Кокса.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования: работа выполнена в формате ретроспективного когортного

исследования с использованием вторичного источника данных (интегрированные медицинские карты пациентов).

Источником данных для исследования является база данных (БД) платформы прогнозной аналитики Webiomed компании ООО «К-Скай». Данное программное обеспечение предназначено для автоматизации процесса сбора «сырых» медицинских данных из медицинских информационных систем лечебно-профилактических учреждений. В платформе накапливаются следующие обезличенные данные электронных медицинских карт (далее – ЭМК): протоколы врачебных осмотров, данные лабораторной и инструментальной диагностики, коды и дополнительные характеристики диагностированных заболеваний.

Для извлечения информации из ЭМК используются: структурированные запросы к базе данных, язык PL/pgSQL, используемый в СУБД PostgreSQL, библиотеки языка Python (pandas, numpy, matplotlib, scipy, re), методы NLP, поиск по тексту (регулярные выражения), алгоритмический поиск по условию (параметры лабораторных данных), группировка и агрегация формализованных данных разных типов (текстовые, численные), парсинг данных в формате json, pivot table Python (методы сводных таблиц).

Для исследования использовались Python 3.9.0, Jupyter Notebook 6.5.4., библиотеки языка Python: pandas, numpy, matplotlib, scipy, re, sklearn, seaborn, mlxtend, lifelines, scikit-survival.

Для реализации задач исследования использовались обезличенные медицинские записи из лечебно-профилактических медицинских организаций на основании Соглашения о передаче обезличенных данных.

Популяция исследования. Критерии включения:

1. Известен пол и дата рождения.
2. Возраст на дату начала наблюдения не менее 18 лет.
3. Определение класса 1 (пациенты с целевым событием): а) наличие документа «Свидетельство о смерти»; б) указание даты смерти в документе «Свидетельство о смерти»; в) абсолютная разница между датой смерти и датой последнего документа у пациента не превышает 7 дней; г) смерть в течение 11 лет после даты начала наблюдения.
4. Определение класса 0 (пациенты без целевого события): а) отсутствие документа «Свидетельство о смерти» и даты смерти;

б) наблюдение за пациентом в используемой базе данных не менее 11 лет.

Соответствовали критериям включения 201 985 пациентов, 1 129 268 записей:

- Класс 0: 133 372 пациентов, 963 933 записей.
- Класс 1: 68 613 пациентов, 165 335 записей.

Под записью подразумевается информация о ежегодном изменении состоянии здоровья пациента с момента начала наблюдения и до целевого события или до достижения 11 лет. Таким образом, у пациента могло быть от 1-ой, если в течение всего периода наблюдения значения предикторов не изменялись, до 11 записей, если каждый год наблюдения изменялось значение хотя бы одного предиктора.

Полученный набор данных разделен:

1. 20% пациентов случайным образом было выделено в набор для отбора признаков: 40 397 пациентов, 226 114 записей:

- Класс 0: 26 674 пациентов, 192 766 записей.
- Класс 1: 13 723 пациентов, 33 348 записей.

2. 20% пациентов выделено в тестовый набор: 40 397 пациентов, 225 809 записей:

- Класс 0: 26 675 пациентов, 192 877 записей.
- Класс 1: 13 722 пациентов, 32 932 записей.

3. 60% пациентов выделено в обучающий набор: 121 191 пациентов, 677 345 записей:

- Класс 0: 80 023 пациентов, 578 290 записей.
- Класс 1: 41 168 пациентов, 99 055 записей.

Для расчета метрик точности предсказаний моделей для отдельных целевых периодов (1, 3, 5 и 10 лет) тренировочный и тестовый наборы преобразовывались следующим образом:

1) если у записи пациента из класса 1 смерть наступила позже целевого периода, то такая запись пациента переводилась в класс 0 для данного целевого периода;

2) если у записи пациента из класса 0 период наблюдения (длительность между датой записи и датой окончания наблюдения за пациентом) был меньше целевого периода, то такая запись пациента удалялась из набора для данного целевого периода.

Клинические данные и отбор признаков.

Изначально было отобрано 177 признаков, которые присутствовали в БД: пол и возраст, основные факторы риска смерти по данным ВОЗ (11 признаков) [4], ТОП-10 причин смертности среди всех неинфекционных хронических заболеваний по данным Росстата [5], 50 наиболее часто встречающихся в БД Webiomed признаков, 88 признаков из литературных источников, которые не были включены ранее, [1–3, 6–11] и 16 признаков, включенных медицинскими

экспертами. Период сбора клинических данных, вошедших в набор: 08.11.1999 г. – 27.04.2024 г.

Отбор признаков проводился в 4 этапа:

1. Исключение признаков, заполненных менее 10%: исключено 22 признака.

2. Исключение коррелирующих признаков: исключено 4 признака.

3. Многофакторный анализ с учетом изменения признаков с течением времени с помощью алгоритма CoxTimeVaryingFitter (библиотека lifelines): исключено 25 признаков.

4. Отбор лучших признаков с помощью алгоритма SequentialFeatureSelection (библиотека mlxtend) моделью LGBMClassifier на выделенном наборе данных: отобрано 8 признаков.

5. К этим признакам медэкспертом было добавлено 4 признака, которые признаны значимыми для прогноза смерти.

Таким образом, для моделирования было отобрано 12 признаков (таблица 1). Стремление к использованию небольшого количества признаков было продиктовано целью создать универсальную модель.

Заполнение пропущенных значений и устранение выбросов. Стратегия заполнения пропусков:

1. Поля с диагнозами заполнялись «True» для всех последующих периодов после периода первичной регистрации диагноза.

2. Для категориальных признаков пропущенные значения заполнялись «False».

3. Для численных признаков отсутствующие значения заполнялись – 10000.

Устранение выбросов проводилось согласно ГОСТ Р ИСО 16269–4–2017: наблюдения, лежащие за пределами верхней ($Q3 + k(Q3 - Q1)$) и нижней ($Q1 - k(Q3 - Q1)$) внешних границ на диаграмме «ящик с усами» при $k = 3$, рассматривались как явные выбросы. Далее установленные пределы были согласованы медицинскими экспертами с точки зрения того, что пределы не идут в разрез с клинической практикой.

Моделирование. Для моделирования использовалось два алгоритма анализа выживаемости: CoxPHFitter (CP) (библиотека lifelines) [12] и RandomSurvivalForest (RSF) (библиотека scikit-survival) [13]. Методы моделей CP и RSF predict_survival_function возвращают функцию выживаемости, которая, в свою очередь, является вероятностью того, что интересующее событие не наступит до определенного момента времени [14].

Функция выживаемости (S) рассчитывается по формуле:

$$S(t) = \Pr(T \geq t).$$

Вероятность наступления смерти до определенного момента времени (F) рассчитывается по формуле:

$$F(t) = 1 - S(t).$$

С помощью моделей определялась вероятность наступления смерти в течение 1, 3, 5 и 10 лет.

Подбор оптимальных параметров моделей проводился с помощью метода Randomized-SearchCV и техники кросс-валидации из библиотеки Scikit-learn.

Таблица 1

Признаки, отобранные для моделирования

№ п.п.	Название признака
1	АГ/СД/Ожирение
2	Возраст
3	Гематокрит
4	Злокачественные новообразования
5	ИМ/ОНМК
6	Наркотические заболевания
7	Общий белок в моче
8	Пол
9	Сердечная недостаточность
10	Фиброз и цирроз печени (кроме алкогольного)
11	Холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП)
12	SpO2 (Сатурация)

Источник: составлено авторами по собственным данным, актуальным на 28.11.2024 г.

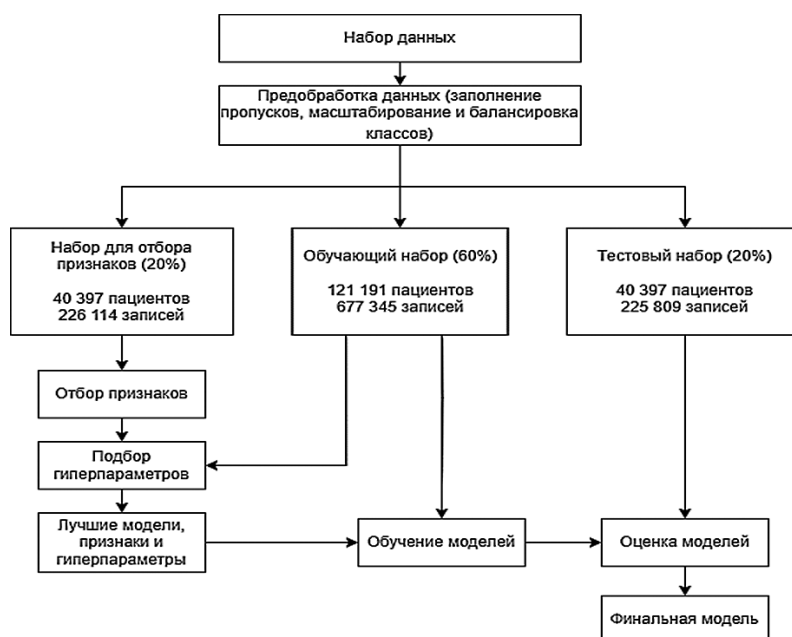


Рис. 1. Схема исследования: составление наборов данных и разработка моделей

Источник: составлено авторами по собственным данным, актуальным на 28.11.2024 г.

Оценка точности разработанных моделей проводилась по следующим расчетным показателям: Площадь под ROC кривой (AUC / Area Under Curve), Площадь под Precision – Recall кривой (AUPRC), Точность (Accuracy), Полнота или Чувствительность (Recall / True positive rate / Sensitivity), Специфичность (Specificity), Прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР) (Precision / Positive predictive value / PPV), Прогностическая ценность отрицательного результата (ПЦОР) (Negative Predictive Value / NPV), Индекс соответствия (Concordance Index), Оценка Брайера (Brier score), Сбалансированная точность (Balanced accuracy).

Общий вид исследования представлен на рис. 1.

Статистический анализ. Количественные признаки представлены в виде числа наблюдений, среднего арифметического, 95% доверительного интервала (ДИ) для среднего (рассчитанного на основе нормального распределения), стандартного отклонения, медианы, минимума и максимума.

Качественные признаки представлены в виде абсолютных частот (количества наблюдений), относительных частот (процентов).

Для проверки гипотез о равенстве средних значений количественных нормально распределенных признаков в зависимости от категории использовался t-тест Стьюдента.

Для оценки различий между двумя независимыми выборками по уровню количественных ненормально распределенных признаков в зависимости от категории в независимых выборках использовался непараметрический U-критерий Манна – Уитни.

Для оценки значимости различий между количеством исходов или качественных характеристик выборки, попадающих в каждую категорию, и теоретическим количеством, которое можно ожидать в изучаемых группах при справедливости нулевой гипотезы (оценка связи между категориальными признаками) использовался непараметрический, одновыборочный тест хи-квадрат Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обученная модель RSF на наборе для тестирования продемонстрировала точность по метрике площадь под ROC кривой для 1, 3, 5, 10-летнего прогноза смерти 0,915, 0,898, 0,899, 0,921 соответственно. Обученная модель CP на наборе для тестирования продемонстрировала точность по метрике площадь под ROC кривой для 1, 3, 5, 10-летнего прогноза смерти 0,882, 0,872, 0,880, 0,913 соответственно. Результаты на тестовом наборе получились сопоставимыми с результатами при обучении (рис. 2), о чем говорит пересечение

ДИ метрик на обучающем и тестовом наборах. Однако, лучший результат показала модель RSF, так как была получена более точная предсказательная способность для краткосрочного прогноза по сравнению с моделью СР. С целью оценки прогнозирования целевого события или его отсутствия для конкретного пациента были рассчитаны метрики ПЦПР и ПЦОР обеих моделей: наилучший результат ПЦПР по порогу Юдена показала модель RSF со значениями для 10-летнего прогноза 0,791, и наилучший результат ПЦОР по порогу Юдена для модели RSF и модели СР был аналогичен (0,992 и 0,989 соответственно)

для 1-летнего прогноза. Полное описание метрик моделей представлено в таблицах 2 и 3. В таблице 4 представлены 99% ДИ разницы средних значений метрик Площадь под ROC кривой и Площадь под Precision – Recall кривой моделей, которые показывают, что метрики статистически значимо выше у модели RSF.

Наиболее значимыми признаками как для модели RSF так и для модели СР по векторам Шепли стали возраст, мужской пол, заболевания сосудисто-метаболического профиля (АГ/СД/ожирение). Значимость всех признаков по 2 моделям представлена на рис. 3 и 4.

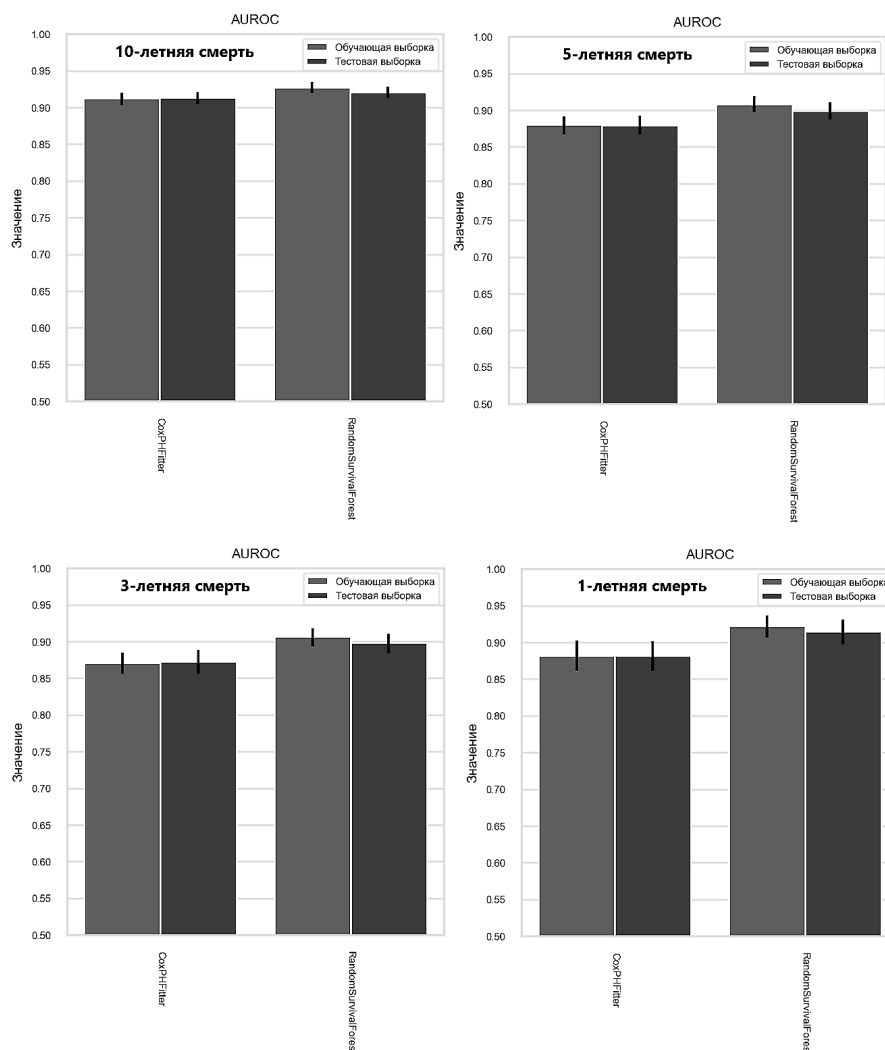


Рис. 2. Площадь под ROC-кривой для моделей RSF и СР на обучающем и тестовом наборах данных

Источник: составлено авторами по собственным данным, актуальным на 28.11.2024 г.

Таблица 2

Метрики модели RandomSurvivalForest на тестовом наборе

Период	Тип порога	Порог классификации	TN	FP	FN	TP	AUROC	Доля правильных ответов (Accuracy)	BAS	Полнота (Recall)	Специфичность (Spec)	ПЦПР (Prec)	ПЦОР	Somers' Index	Brier Score
10-летняя смерть	Индекс Юдена	0,172	47789	7063	6169	26744		0,849 [0,84 0,858]	0,842 [0,832 0,852]	0,813 [0,795 0,83]	0,871 [0,859 0,882]	0,791 [0,776 0,806]	0,886 [0,876 0,895]		
	ПЦПР – порог	0,64	54420	432	20566	12347	0,921 [0,914 0,929]	0,761 [0,752 0,769]	0,684 [0,673 0,694]	0,375 [0,355 0,396]	0,992 [0,989 0,995]	0,966 [0,953 0,978]	0,726 [0,719 0,733]	0,867 [0,861 0,874]	0,139 [0,135 0,145]
	ПЦОР – порог	0,025	18219	36633	368	32545		0,578 [0,568 0,589]	0,66 [0,652 0,669]	0,989 [0,983 0,993]	0,332 [0,316 0,349]	0,47 [0,465 0,477]	0,98 [0,971 0,988]		
5-летняя смерть	Индекс Юдена	0,137	112493	23213	5421	23226		0,826 [0,815 0,836]	0,82 [0,805 0,834]	0,811 [0,784 0,836]	0,829 [0,817 0,841]	0,5 [0,481 0,519]	0,954 [0,948 0,96]		
	ПЦПР – порог	0,65	134736	970	21709	6938	0,899 [0,887 0,911]	0,862 [0,856 0,868]	0,618 [0,602 0,634]	0,242 [0,213 0,274]	0,993 [0,99 0,995]	0,877 [0,835 0,917]	0,861 [0,856 0,866]	0,881 [0,87 0,891]	0,087 [0,083 0,091]
	ПЦОР – порог	0,018	40396	95310	348	28299		0,418 [0,406 0,43]	0,643 [0,635 0,651]	0,988 [0,981 0,994]	0,298 [0,283 0,312]	0,229 [0,225 0,233]	0,991 [0,986 0,996]		
3-летняя смерть	Индекс Юдена	0,114	146781	29729	4250	18150		0,829 [0,819 0,84]	0,821 [0,805 0,838]	0,81 [0,78 0,842]	0,832 [0,821 0,843]	0,379 [0,363 0,398]	0,972 [0,968 0,976]		
	ПЦПР – порог	0,58	175081	1429	17737	4663	0,898 [0,885 0,911]	0,904 [0,899 0,908]	0,6 [0,584 0,616]	0,208 [0,178 0,24]	0,992 [0,989 0,995]	0,765 [0,698 0,829]	0,908 [0,905 0,911]	0,888 [0,875 0,901]	0,066 [0,063 0,069]
	ПЦОР – порог	0,01	45073	131437	189	22211		0,338 [0,327 0,35]	0,623 [0,616 0,631]	0,992 [0,982 0,998]	0,255 [0,243 0,269]	0,145 [0,142 0,147]	0,996 [0,992 0,999]		
1-летняя смерть	Индекс Юдена	0,055	178111	36904	1485	9309		0,83 [0,819 0,841]	0,845 [0,821 0,867]	0,862 [0,816 0,904]	0,828 [0,818 0,839]	0,201 [0,189 0,215]	0,992 [0,989 0,994]		
	ПЦПР – порог	0,4	213549	1466	8960	1834	0,915 [0,898 0,931]	0,954 [0,951 0,957]	0,582 [0,558 0,606]	0,17 [0,121 0,218]	0,993 [0,991 0,996]	0,556 [0,446 0,673]	0,96 [0,958 0,962]	0,915 [0,898 0,931]	0,035 [0,034 0,037]
	ПЦОР – порог	0,004	78819	136196	114	10680		0,396 [0,384 0,409]	0,678 [0,668 0,686]	0,989 [0,975 1,]	0,367 [0,354 0,379]	0,073 [0,071 0,074]	0,999 [0,997 1,]		

Источник: составлено авторами по собственным данным, актуальным на 28.11.2024 г.

Таблица 3

Метрики модели SoxRNFitter на тестовом наборе

Период	Тип порога	Порог классификации	TN	FP	FN	TP	AUROC	Доля правильных ответов (Accuracy)	BAS	Полнота (Recall)	Специфичность (Spec)	ПЦПР (Prec)	ПЦОР	Concordance Index	Brier Score
10-летняя смерть	Индекс Юдена	0,184	46493	8359	5724	27189		0,84 [0,83 0,849]	0,837 [0,827 0,847]	0,826 [0,81 0,843]	0,848 [0,836 0,86]	0,765 [0,75 0,779]	0,89 [0,881 0,9]		
	ПЦПР – порог	0,45	54519	333	23667	9246	0,913 [0,905 0,921]	0,727 [0,719 0,734]	0,637 [0,627 0,648]	0,281 [0,261 0,302]	0,994 [0,991 0,996]	0,965 [0,95 0,98]	0,697 [0,692 0,703]	0,863 [0,855 0,87]	0,179 [0,175 0,182]
	ПЦОР – порог	0,06	12319	42533	254	32659		0,512 [0,503 0,521]	0,608 [0,601 0,616]	0,992 [0,988 0,996]	0,225 [0,21 0,238]	0,434 [0,43 0,439]	0,98 [0,969 0,99]		
5-летняя смерть	Индекс Юдена	0,152	109242	26464	5643	23004		0,805 [0,793 0,816]	0,804 [0,789 0,818]	0,803 [0,775 0,829]	0,805 [0,793 0,818]	0,465 [0,447 0,483]	0,951 [0,944 0,957]		
	ПЦПР – порог	0,45	134644	1062	23693	4954	0,88 [0,867 0,892]	0,849 [0,844 0,854]	0,583 [0,57 0,595]	0,173 [0,149 0,197]	0,992 [0,989 0,995]	0,823 [0,76 0,879]	0,85 [0,846 0,854]	0,862 [0,851 0,874]	0,106 [0,104 0,109]
	ПЦОР – порог	0,048	26881	108825	250	28397		0,336 [0,326 0,346]	0,595 [0,588 0,601]	0,991 [0,984 0,997]	0,198 [0,186 0,209]	0,207 [0,204 0,21]	0,991 [0,984 0,997]		
3-летняя смерть	Индекс Юдена	0,116	140698	35812	4479	17921		0,797 [0,786 0,808]	0,799 [0,781 0,815]	0,8 [0,769 0,831]	0,797 [0,785 0,808]	0,334 [0,318 0,348]	0,969 [0,964 0,974]		
	ПЦПР – порог	0,39	175059	1451	19435	2965	0,872 [0,858 0,887]	0,895 [0,891 0,899]	0,562 [0,549 0,577]	0,132 [0,107 0,162]	0,992 [0,989 0,994]	0,671 [0,589 0,753]	0,9 [0,897 0,903]	0,863 [0,849 0,877]	0,079 [0,077 0,081]
	ПЦОР – порог	0,03	25672	150838	131	22269		0,241 [0,231 0,25]	0,57 [0,563 0,576]	0,994 [0,988 1,]	0,145 [0,135 0,156]	0,129 [0,127 0,13]	0,995 [0,989 1,]		
1-летняя смерть	Индекс Юдена	0,057	172872	42143	1927	8867		0,805 [0,795 0,815]	0,813 [0,786 0,836]	0,821 [0,77 0,87]	0,804 [0,794 0,815]	0,174 [0,163 0,186]	0,989 [0,986 0,992]		
	ПЦПР – порог	0,23	213362	1653	9662	1132	0,882 [0,86 0,902]	0,95 [0,947 0,953]	0,549 [0,531 0,569]	0,105 [0,071 0,146]	0,992 [0,99 0,995]	0,406 [0,293 0,52]	0,957 [0,955 0,959]	0,882 [0,86 0,902]	0,04 [0,039 0,041]
	ПЦОР – порог	0,013	30780	184235	54	10740		0,184 [0,175 0,194]	0,569 [0,562 0,575]	0,995 [0,983 1,]	0,143 [0,134 0,154]	0,055 [0,054 0,056]	0,998 [0,994 1,]		

Источник: составлено авторами по собственным данным, актуальным на 28.11.2024 г.

Таблица 4

99% ДИ разницы средних значений AUROC и AUPRC моделей на тестовом наборе

Период	Модель	AUROC			AUPRC		
		Среднее значение	99% ДИ разницы средних	Значимость различий	Среднее значение	99% ДИ разницы средних	Значимость различий
10-летняя смерть	RandomSurvivalForest	0,921 [0,913 0,929]	0,0074– 0,0084	Различие значимо	0,89 [0,88 0,901]	0,0137– 0,015	Различие значимо
	CoxPHFitter	0,913 [0,905 0,921]			0,875 [0,864 0,887]		
5-летняя смерть	RandomSurvivalForest	0,899 [0,887 0,911]	0,0188– 0,0202	Различие значимо	0,709 [0,679 0,735]	0,0614– 0,0649	Различие значимо
	CoxPHFitter	0,88 [0,867 0,892]			0,645 [0,614 0,678]		
3-летняя смерть	RandomSurvivalForest	0,898 [0,884 0,913]	0,0254– 0,0272	Различие значимо	0,588 [0,549 0,629]	0,0899– 0,0948	Различие значимо
	CoxPHFitter	0,872 [0,858 0,887]			0,495 [0,456 0,535]		
1-летняя смерть	RandomSurvivalForest	0,915 [0,897 0,931]	0,0315– 0,0337	Различие значимо	0,391 [0,336 0,454]	0,1084– 0,1146	Различие значимо
	CoxPHFitter	0,882 [0,86 0,902]			0,279 [0,237 0,338]		

Источник: составлено авторами по собственным данным, актуальным на 28.11.2024 г.

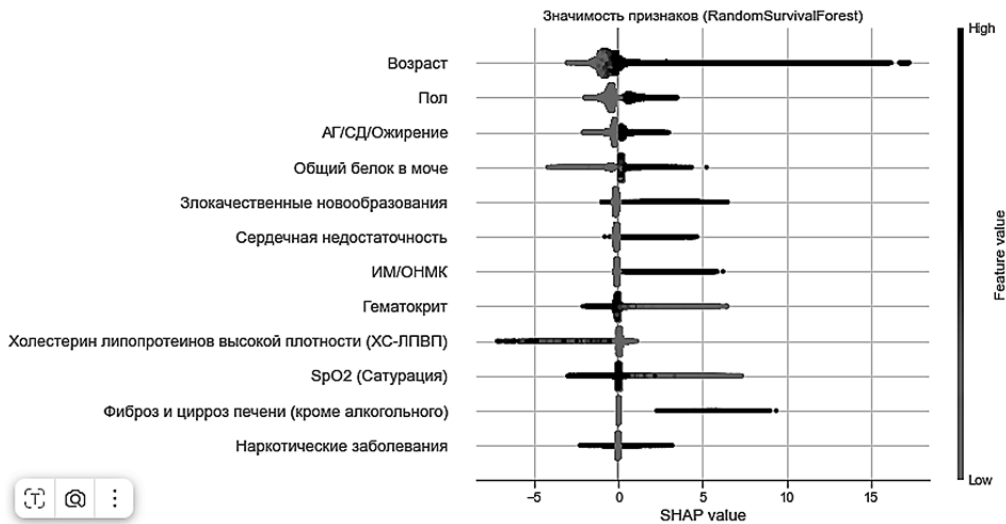


Рис. 3. Значимость признаков модели RandomSurvivalForest

Источник: составлено авторами по собственным данным, актуальным на 28.11.2024 г.

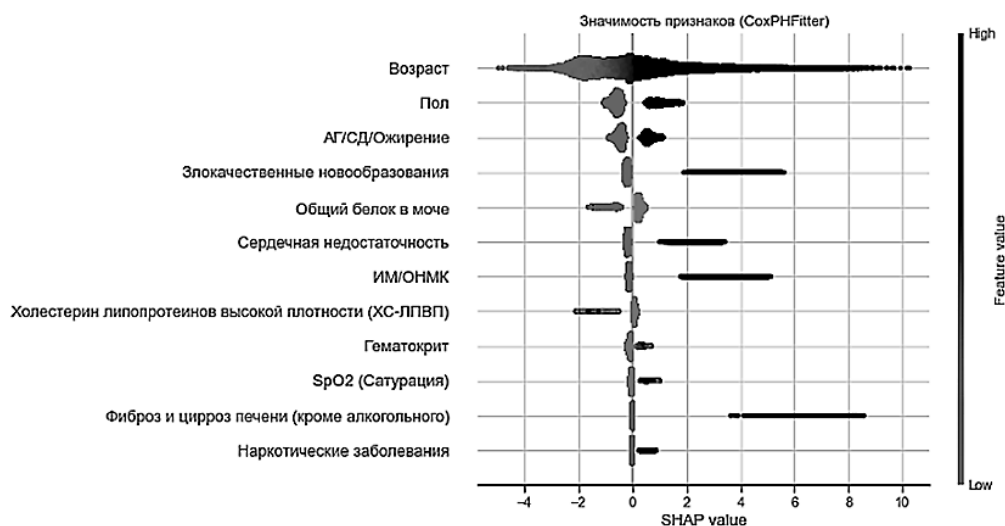


Рис. 4. Значимость признаков модели CoxPHFitter

Источник: составлено авторами по собственным данным, актуальным на 28.11.2024 г.

ОБСУЖДЕНИЕ

Возможность правильно определять пациентов с высоким риском смерти, которые могут получить пользу от усиленных профилактических мер, является одной из основных проблем в медицине. Хотя знания об общепризнанных факторах риска смерти дают основу для общих рекомендаций по профилактике и являются эффективными инструментами для популяционных прогнозов, они мало эффективны для индивидуальной оценки риска, что подчеркивает необходимость более точной оценки прогноза для конкретного пациента.

В более ранних исследованиях сообщалось, что модели на основе МО обладают более высокой прогностической способностью, чем обычные регрессионные модели, как при оценке риска смерти [3], так и риска сердечно-сосудистых заболеваний [15].

В данном исследовании авторами были разработаны две прогностические модели смерти в течение 10 лет на основе алгоритмов анализа выживаемости CoxPHFitter и RandomSurvivalForest. Исследование показало, что метод RSF, основанный на МО, продемонстрировал более высокую прогностическую способность по сравнению с моделью логистической регрессии Кокса. Это указывает на то, что МО может быть полезным для оценки рисков смерти пациентов и улучшения программ медицинских осмотров. Важность объясняющих переменных, оцененная с помощью значений SHAP, была схожей для обеих моделей.

Метрики точности рассматриваемых моделей сопоставимы с аналогичными метриками в более ранних работах по прогнозированию риска смерти (таблица 5).

Такие факторы для прогноза, как возраст, пол, уровень ЛПВП, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение, злокачественные новообразования, фиброз и цирроз печени, наркотические заболевания (употребление алкоголя и наркотиков), ИМ и ОНМК в анамнезе являются общепризнанными факторами риска смерти, поэтому результаты данного исследования представляются обоснованными. Общий белок в моче, гематокрит и сатурация были выделены в качестве факторов высокого риска только с помощью методов МО. Хотя механизмы, по которым эти факторы связаны со смертью, до конца не ясны, они могут повысить прогностическую способность для выявления лиц с высоким риском смерти.

Сильной стороной данного исследования является то, что, во-первых, исследование проведено на широкой популяции, отобранной из базы данных, содержащей 374 086 938 медицинских документов 39 935 673 пациентов из 38 субъектов Российской Федерации. Во-вторых, проведен анализ 177 различных предикторов. В-третьих, исследование проводилось на данных, полученных в реальных клинических условиях, что обеспечивает широкую репрезентативность рассматриваемой популяции пациентов. И, наконец, несомненным достоинством этого исследования, проведенного на основе

Таблица 5

Сравнение метрик лучшей модели с литературными данными

Метрика	Webiomed	Liu	Moll	Siga	Lee	Weng	Argyridou	Motwani	Kawano	Qiu
Популяция	Пациенты от 18 лет	Пациенты с заболеваниями коронарных артерий и фибрилляцией предсердий	Пациенты с заболеваниями легких	Пациенты на гемодиализе	Пациенты с диабетом	Пациенты 40–69 лет	Пациенты 38–73 лет	Пациенты с заболеваниями коронарных артерий	Пациенты 40–74 лет	Любые пациенты
Прогноз	10 лет	4 года	3 150 дней	2 года	11 лет	10 лет	10 лет	5 лет	5 лет	10 лет
AUC	0,921	0,732	-	0,78	0,86	0,79	-	0,79	0,811	0,92
accuracy	0,849	0,936	-	-	-	-	-	-	0,908	-
sensitivity	0,813	-	-	0,72	0,87	0,65	-	-	0,445	-
specificity	0,871	0,699	-	0,69	-	0,78	-	-	-	-
c-index	0,867	-	0,731	-	0,87	-	0,722	-	-	-
ПЦПР	0,791	-	-	0,70	-	-	-	-	-	-
ПЦОР	0,886	-	-	0,71	-	-	-	-	-	-

Источник: составлено авторами по данным литературы [1–3, 6–11].

анализа ЭМК, по сравнению с использованием традиционных методов сбора, очистки и систематизации данных, является высокая скорость получения результатов и относительно небольшие затраты ресурсов. Также, насколько авторам известно, данное исследование является первым в России, в котором рассматривался вопрос создания моделей прогнозирования смерти на основе МО.

Ограничения исследования. При проведении исследования источником данных являлись ЭМК, поэтому потенциальными ограничениями были:

- Пропуски данных и некачественное заполнение экранных форм пользователями (ошибки ввода данных).
- Неструктурированные записи представляют собой большинство данных в ЭМК, и извлечение информации из неструктурированных данных ведет к повышению риска возникновения ошибок.
- Риск неполноты информации о пациентах, связанный с тем, что пациенты могут наблюдаться в амбулаторных медицинских организациях, передающих сведения в платформу Webiomed, а лечиться в стационарах, не передающих сведения в Webiomed, и наоборот.
- Использовались не все признаки, которые по данным литературы влияли на смертность из-за ограничений извлечения признаков платформой или встречаемости в ЭМК.

Например, не оценивались образ жизни, диета и физическая активность, хотя считается, что диета и физическая активность напрямую влияют на риск смерти от всех причин [7].

Устранение имеющихся ограничений в дальнейшем при переобучении модели позволит улучшить качество прогноза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Авторами настоящего исследования была создана простая в использовании и понятная модель прогнозирования риска смерти у взрослых пациентов в течение 10 лет с соблюдением компромисса между сложностью сбора признаков и производительностью модели. В этом исследовании наглядно показано, что модели МО хорошо предсказывают смерть людей, демонстрируя высокую дискриминацию и точность классификации. Их использование в условиях реальной клинической практики может помочь выявлять пациентов с высоким риском смерти, назначать профилактические мероприятия и осуществлять мониторинг, что в конечном счете будет положительно сказываться на сокращении предотвратимой смертности.

Исследования для прогнозирования с использованием сложных моделей МО, вероятно,

будут расширяться в ближайшие годы, поскольку методы МО продолжают быстро развиваться. Эта работа позволяет предположить, что

использование МО должно более активно применяться при разработке моделей для прогноза или диагностики.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Qiu W., Chen H., Dincer A.B., Lundberg S., Kaeberlein M., Lee S.I. Interpretable machine learning prediction of all-cause mortality. *Commun Med (Lond)*. 2022 Oct 3;2:125. <https://doi.org/10.1038/s43856-022-00180-x>
2. Kawano K., Otaki Y., Suzuki N., Fujimoto S., Iseki K., Moriyama T., Yamagata K., Tsuruya K., Narita I., Kondo M., Shibagaki Y., Kasahara M., Asahi K., Watanabe T., Konta T. Prediction of mortality risk of health checkup participants using machine learning-based models: the J-SHC study. *Sci Rep*. 2022 Aug 19;12(1):14154. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18276-8>.
3. Weng S.F., Vaz L., Qureshi N., Kai J. Prediction of premature all-cause mortality: A prospective general population cohort study comparing machine-learning and standard epidemiological approaches. *PLoS One*. 2019 Mar 27;14(3):e0214365. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214365>.
4. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. – Geneva: World health organization, cop. 2009. ISBN 978-92-4-156387-1.
5. Федеральная служба государственной статистики: официальный сайт. – Москва, 2024. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (Дата обращения: 06.05.2024).
6. Motwani M., Dey D., Berman D.S., Germano G., Achenbach S., Al-Mallah M.H., Andreini D., Budoff M.J., Cademartiri F., Callister T.Q., Chang H.J., Chinnaiyan K., Chow B.J., Cury R.C., Delago A., Gomez M., Gransar H., Hadamitzky M., Hausleiter J., Hindoyan N., Feuchtner G., Kaufmann P.A., Kim Y.J., Leipsic J., Lin F.Y., Maffei E., Marques H., Pontone G., Raff G., Rubinshtein R., Shaw L.J., Stehli J., Villines T.C., Dunning A., Min J.K., Slomka P.J. Machine learning for prediction of all-cause mortality in patients with suspected coronary artery disease: a 5-year multicentre prospective registry analysis. *Eur Heart J*. 2017 Feb 14;38(7):500–507. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw188>.
7. Argyridou S., Zaccardi F., Davies M.J., Khunti K., Yates T. Walking pace improves all-cause and cardiovascular mortality risk prediction: A UK Biobank prognostic study. *Eur J Prev Cardiol*. 2020 Jul;27(10):1036–1044. <https://doi.org/10.1177/2047487319887281>.
8. Moll M., Qiao D., Regan E.A., Hunninghake G.M., Make B.J., Tal-Singer R., McGeachie M.J., Castaldi P.J., San Jose Estepar R, Washko GR, Wells JM, LaFon D, Strand M, Bowler R.P., Han M.K., Vestbo J., Celli B., Calverley P., Crapo J., Silverman E.K., Hobbs B.D., Cho M.H. Machine Learning and Prediction of All-Cause Mortality in COPD. *Chest*. 2020 Sep;158(3):952–964. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.03.045>.
9. Siga M.M., Ducher M., Florens N., Roth H., Mahloul N., Fouque D., Fauvel J.P. Prediction of all-cause mortality in haemodialysis patients using a Bayesian network. *Nephrol Dial Transplant*. 2020 Aug 1;35(8):1420–1425. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfz295>.
10. Lee S., Zhou J., Leung K.S.K., Wu W.K.K., Wong W.T., Liu T., Wong I.C.K., Jeevaratnam K., Zhang Q., Tse G. Development of a predictive risk model for all-cause mortality in patients with diabetes in Hong Kong. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2021 Jun;9(1):e001950. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2020-001950>.
11. Liu X., Jiang J., Wei L., Xing W., Shang H., Liu G., Liu F. Prediction of all-cause mortality in coronary artery disease patients with atrial fibrillation based on machine learning models. *BMC Cardiovasc Disord*. 2021 Oct 16;21(1):499. <https://doi.org/10.1186/s12872-021-02314-w>.
12. lifelines: official site. – 2024. – URL: https://lifelines.readthedocs.io/en/latest/fitters/regression/CoxPHFitter.html#lifelines.fitters.coxph_fitter.SemiParametricPHFitter.predict_survival_function (Date of address: 15.05.2024).
13. Scikit-survival: official site. – 2024. – URL: https://scikit-survival.readthedocs.io/en/stable/api/generated/sksurv.linear_model.CoxnetSurvivalAnalysis.html#sksurv.linear_model.CoxnetSurvivalAnalysis.predict_survival_function (Date of address: 15.05.2024).
14. Ping Wang, Yan Li and Chandan K. Reddy. 2019. Machine Learning for Survival Analysis: A Survey. *ACM Comput. Surv.* 51, 6, Article 110 (November 2019), 36 pages. <https://doi.org/10.1145/3214306>.
15. Unnikrishnan P., Kumar D.K., Poosapadi Arjunan S., Kumar H, Mitchell P., Kawasaki R. Development of Health Parameter Model for Risk Prediction of CVD Using SVM. *Comput Math Methods Med*. 2016 Aug 9. 2016;2016:3016245. <https://doi.org/10.1155/2016/3016245>.

ES

Modelo para la predicción de la muerte en pacientes adultos por un periodo de 10 años

A.N. Kaftanov, A.E. Andreichenko, A.D. Ermak, D.V. Gavrilov, A.V. Gusev, R.E. Novitsky

Anotación

Introducción. La identificación de factores de riesgo y la predicción de la muerte por diversas causas son cuestiones importantes en medicina. Desde una perspectiva preventiva, es crucial identificar a los pacientes con alto riesgo de muerte, ya que la detección y tratamiento tempranos de enfermedades aumentan eficazmente la esperanza de vida. **Objetivo del estudio:** desarrollar un modelo universal para

FR

Un modèle pour prédire la mort des patients adultes dans les 10 ans à venir

A.N. Kaftanov, A.E. Andreychenko, A.D. Ermak, D.V. Gavrilov, A.V. Gusev, R.E. Novitsky

Annotation

Introduction. L'identification des facteurs de risque et la prédiction des décès dus à diverses causes sont des questions importantes en médecine. Du point de vue de la prévention, il est important d'identifier les patients présentant un risque élevé de décès, car la détection et le traitement précoces des maladies augmentent efficacement l'espérance de vie. **Objectif de l'étude:** développer un modèle

la predicción de la muerte en pacientes adultos durante 10 años y comparar la capacidad predictiva del pronóstico de muerte en una amplia cohorte moderna del modelo de árboles de decisión (MO) con el modelo convencional de regresión logística de Cox. *Materiales y métodos.* La fuente de datos para el estudio fue la base de datos de la plataforma de análisis predictivo Webiomed de la empresa LLC «K-Sky». Se incluyeron en el estudio 1,129,268 registros de 201,985 pacientes mayores de 18 años. Se estudiaron 177 características predictivas, de las cuales se seleccionaron 12 para la modelización tras un proceso de selección en múltiples etapas. Se utilizaron dos algoritmos de análisis de supervivencia para la modelización: CoxPHFitter y RandomSurvivalForest. A través de los modelos, se determinó la probabilidad de muerte en 1, 3, 5 y 10 años. *Resultados.* Los resultados de las pruebas mostraron que ambos modelos presentaron buenos resultados en la predicción de la muerte. Sin embargo, el mejor resultado se obtuvo con el modelo RandomSurvivalForest. Métricas del mejor modelo con un intervalo de confianza del 95% para la predicción de muerte a 10 años: Área bajo la curva ROC0.921 (0.914–0.929), Precisión 0.849 (0.84–0.858), Sensibilidad 0.813 (0.795–0.83), Especificidad 0.871 (0.859–0.882), Índice de concordancia 0.867 (0.861–0.874), Valor predictivo positivo 0.791 (0.776–0.806), Valor predictivo negativo 0.886 (0.876–0.895). *Conclusión.* Se demostró que los modelos de aprendizaje automático predicen bien los desenlaces fatales, mostrando alta discriminación y precisión en la clasificación. Su uso puede ayudar a identificar a los pacientes de alto riesgo con el fin de tomar decisiones sobre políticas de acción para prevenir la muerte.

Palabras clave: evaluación del riesgo de muerte, inteligencia artificial, aprendizaje automático, predicción de la muerte, análisis de supervivencia.

universel pour prédire la mort chez les patients adultes sur une période de 10 ans et comparer la capacité de prédiction de la mort dans une grande cohorte contemporaine du modèle MO (arbres de décision) avec le modèle conventionnel de régression logistique de Cox. *Matériaux et méthodes.* La source de données pour l'étude était la base de données de la plateforme d'analyse prédictive Webiomed de K-Sky LLC. 1 129 268 dossiers de 201 985 patients âgés de 18 ans et plus ont été inclus dans l'étude. 177 caractéristiques prédictives ont été étudiées, dont 12 ont été sélectionnées pour la modélisation à la suite d'une sélection en plusieurs étapes. Deux algorithmes d'analyse de survie, CoxPHFitter et RandomSurvivalForest, ont été utilisés pour la modélisation. Les modèles ont été utilisés pour déterminer la probabilité de décès à 1, 3, 5 et 10 ans. *Résultats.* D'après les résultats des tests, les deux modèles ont bien prédit le décès. Cependant, le meilleur résultat a été obtenu par le modèle RandomSurvivalForest. La métrique du meilleur modèle avec un intervalle de confiance de 95% pour prédire la mort dans les 10 ans: Surface sous la courbe ROC0,921 (0,914–0,929), Précision 0,849 (0,84–0,858), Sensibilité 0,813 (0,795–0,83), Spécificité 0,871 (0,859–0,882), Indice d'adéquation 0,867 (0,861–0,874), Valeur pronostique du résultat positif 0,791 (0,776–0,806), Valeur pronostique du résultat négatif 0,886 (0,876–0,895). *Conclusion.* Les modèles d'apprentissage automatique se sont avérés efficaces pour prédire les résultats en matière de mortalité, en faisant preuve d'une grande précision de discrimination et de classification. Leur utilisation peut aider à identifier les patients à haut risque afin de prendre une décision sur une politique d'action pour prévenir la mort.

Mots clés: évaluation du risque de mortalité, intelligence artificielle, apprentissage automatique, prédiction des décès, analyse de survie.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Кафтанов Алексей Николаевич – кандидат медицинских наук, аналитик данных, ООО «К-СКАЙ», г. Петрозаводск, Россия.
Alexey N. Kaftanov – PhD in Medical sciences, data analyst, K-Skai, Petrozavodsk, Russia.
E-mail: akaftanov@webiomed.ru; ORCID: 0000-0001-6898-8009; SPIN-код: 8768–2083

Андрейченко Анна Евгеньевна – кандидат физико-математических наук, ведущий научный сотрудник, ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет ИТМО», г. Санкт-Петербург, Россия.
Anna E. Andreychenko – PhD in Physics and Mathematics sciences, lead research scientist, ITMO University, St. Petersburg, Russia.
E-mail: andreychenko.a@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6359-0763; SPIN-код: 6625–4186

Ермак Андрей Дмитриевич – аналитик данных, ООО «К-СКАЙ», г. Петрозаводск, Россия.
Andrey D. Ermak – data analyst, K-Skai, Petrozavodsk, Russia.
E-mail: aermak@webiomed.ru; ORCID: 0000-0002-0513-8557

Гаврилов Денис Владимирович – руководитель медицинского направления, ООО «К-СКАЙ», г. Петрозаводск, Россия.
Denis V. Gavrilov – Head of the medical department, K-Skai, Petrozavodsk, Russia.
E-mail: dgavrilov@webiomed.ai; ORCID: 0000-0002-8745-857X; SPIN-код: 2860–6040

Гусев Александр Владимирович – кандидат технических наук, эксперт по искусственному интеллекту, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.
Aleksandr V. Gusev – PhD in Engineering sciences, artificial intelligence expert, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.
E-mail: agusev@webiomed.ai; ORCID: 0000-0002-7380-8460; SPIN-код: 9160–7024

Новицкий Роман Эдвардович – генеральный директор, ООО «К-СКАЙ», г. Петрозаводск, Россия.
Roman E. Novitskiy – General manager, K-Skai, Petrozavodsk, Russia.
E-mail: roman@webiomed.ru; ORCID: 0000-0002-2350-977X; SPIN-код: 8309–1740

НОВЫЕ ЗАРОЖДАЮЩИЕСЯ ТРЕНДЫ ТЕМАТИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ», ВЫЯВЛЕННЫЕ МЕТОДАМИ НАУКОМЕТРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА: 2024–2025 гг.

А.Ф. КАНЕВ¹, Ф.А. КУРАКОВ¹, Р.Л. КАРМИНА¹

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

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-17-30

Аннотация

Введение. Технологическое развитие, меняющаяся структура потребления медицинских услуг, изменение глобального социально-экономического ландшафта становятся источниками и факторами, порождающими новые тренды развития глобального здравоохранения. Появление трендов на стадии их зарождения как трудноразличимый признак нового процесса принято называть слабыми сигналами. Их ранняя фиксация является особенно сложной задачей, для решения которой необходимо проведение комплексного наукометрического анализа, выполненного с использованием специальных аналитических приложений и инструментов. **Цель исследования:** выявление слабых сигналов о зарождающихся трендах в рамках тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение» на основании анализа публикаций «горячего цитирования», «исследовательских горизонтов» и «фронтов исследований», зафиксированных в начале 2025 г. **Материалы и методы.** Выполнен комплексный наукометрический анализ, предполагающий использование трех методологических подходов к фиксации слабых сигналов: метода определения исследовательских фронтов (с использованием аналитического приложения к БД Web of Science – Essential Science Indicators), метода определения публикации «горячего цитирования» (Hot papers) и метода определения исследовательских горизонтов (с использованием аналитического приложения Research Horizon Navigator). **Результаты.** Выполнен комплексный наукометрический анализ, интегрирующий три методических подхода к выявлению слабых сигналов в тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение». Из трех используемых методов фиксации слабых сигналов в качестве наиболее «чувствительного» инструмента можно выделить алгоритм «Исследовательские горизонты». Вместе с тем все три метода позволили идентифицировать приблизительно одинаковый перечень зарождающихся и устоявшихся трендов. **Заключение.** Статус «зарождающихся трендов» может быть присвоен следующим исследовательским направлениям: здоровье подростков, механизмы здорового старения, этические проблемы применения технологий ИИ и машинного обучения в системе здравоохранения, аккредитация организаций общественного здравоохранения, проблемы достижения справедливости в оказании медицинской помощи, новые подходы к использованию и анализу медицинских данных.

Ключевые слова: зарождающиеся тренды, слабые сигналы, тематическая область, общественное здоровье и здравоохранение, фронты исследований, публикации горячего цитирования, исследовательские горизонты.

Для цитирования: Канев А.Ф., Кураков Ф.А., Кармина Р.Л. Новые зарождающиеся тренды тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение», выявленные методами наукометрического анализа: 2024–2025 гг. Общественное здоровье. 2025; 2(5):17–30, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-17-30

Контактная информация: Кармина Раиса Леонидовна, e-mail: karminarl@mednet.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 15.05.2025. **Статья принята к печати:** 16.06.2025. **Дата публикации:** 25.06.2025.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-17-30

NEW EMERGING TRENDS IN THE THEMATIC AREA «PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE», IDENTIFIED BY THE METHODS OF SCIENTOMETRIC ANALYSIS: 2024–2025

A.F. Kanev¹, F.A. Kurakov¹, R.L. Karmina¹

¹ Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. Technological developments, changing structure of medical service consumption, and shifts in the global socio-economic landscape are becoming sources and factors driving new trends in global healthcare development. The emergence of trends at their inception stage, as an indistinguishable sign of a new process, is commonly referred to as weak signals. Their

early fixation is a particularly challenging task, which requires a comprehensive scientometric analysis using special analytical applications and tools. *The purpose of the study:* to identify weak signals of emerging trends in "Public health and healthcare" thematic area based on an analysis of "hot papers", "research horizons" and "research fronts" recorded in early 2025. *Materials and methods.* A comprehensive scientometric analysis was performed, involving the use of three methodological approaches to detecting weak signals: the method of determining research fronts (using the analytical application to the Web of Science database – Essential Science Indicators), the method of determining "hot citation" publication (Hot papers) and the method of identifying research horizons (using the Research Horizon Navigator analytical application). *Results.* A comprehensive scientometric analysis has been performed, that integrated three methodological approaches to identifying weak signals in "Public health and healthcare" thematic area. Of the three methods used to detect weak signals, the "Research Horizons" algorithm can be identified as the most "sensitive" tool. However, all three methods yielded a similar list of emerging and established trends. *Conclusion.* The following research areas are considered "emerging trends": adolescent health, mechanisms of healthy aging, ethical issues of using AI and machine learning technologies in healthcare, accreditation of public health organizations, achieving equity in health care delivery, and new approaches to using and analyzing medical data.

Keywords: emerging trends, weak signals, thematic area, public health and healthcare, research fronts, hot citation publications, research horizons.

For citation: Kanev A.F., Kurakov F.A., Karmina R.L. New emerging trends in the thematic area «Public health and healthcare», identified by the methods of scientometric analysis: 2024–2025. Public health. 2025; 2(5):17–30, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-17-30

For correspondence: Raisa L. Karmina, e-mail: karminarl@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

Технологическое развитие, меняющаяся структура потребления медицинских услуг, изменение глобального социально-экономического ландшафта становятся источниками и факторами, порождающими новые тренды развития глобального здравоохранения. Одновременно исследовательские институты, изучающие вопросы организации здравоохранения и повышения доступности медицинской помощи, сталкиваются с растущим давлением по привлечению финансирования и демонстрации значимости и результативности собственной научной деятельности. Поэтому оценка меняющегося исследовательского ландшафта призвана служить отправной точкой для реализации актуальных и социально значимых научных исследований. К сожалению, традиционно процессы управления исследовательской деятельностью характеризуются низкой эффективностью: ученые тратят значительную часть времени на анализ публикаций и грантов в рамках ограниченной научной области, при этом массив такого рода данных экспоненциально растет с каждым годом. Это приводит к тому, что в условиях переизбытка информации данные, собранные таким «ручным» способом, далеко не всегда можно эффективно использовать для принятия стратегических решений по актуализации исследовательской повестки.

В последнее десятилетие (2015–2025 гг.) мониторинг трендов превратился в инструмент выделения жизненных циклов эволюции сложных социально-экономических, геополитических, технологических и иных систем. Совокупность сформированных и только что зарождающихся тенденций формирует устойчивую комбинацию разнонаправленных векторов трансформации, позволяющих создавать возможные сценарии развития таких систем. Задачу систематизации этих векторов решает картирование трендов, под которым понимается создание карты актуальных исследовательских направлений с визуализацией системы их взаимосвязей. Совокупность устоявшихся во времени трендов формирует мегатренды, отражающие крупномасштабные долгосрочные процессы мирового развития, определяющие качественное содержание текущего этапа эволюции систем.

Современный процесс мониторинга трендов включает наблюдение за их зарождением, попытки идентификации их истоков и причин, оценку потенциала или сценария развития тренда и моделирование его последствий в среднесрочной перспективе.

Появление трендов на стадии их зарождения как трудноразличимый признак нового процесса принято называть «слабыми сигналами». Их ранняя фиксация является особенно сложной задачей, для решения которой необходимо проведение комплексного наукометрического

анализа, выполняемого с использованием специальных аналитических приложений и инструментов.

Цель исследования: выявление слабых сигналов о новых зарождающихся трендах в рамках тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение» на основании анализа публикаций «горячего цитирования», «исследовательских горизонтов» и «фронтов исследований», зафиксированных в начале 2025 г.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения цели исследования был выполнен комплексный наукометрический анализ, предполагающий использование трех методологических подходов к фиксации слабых сигналов о появлении новых трендов: метода определения исследовательских фронтов (с использованием аналитического приложения к БД Web of Science – Essential Science Indicators), метода определения публикации «горячего цитирования» (Hot papers) и метода определения исследовательских горизонтов (с использованием аналитического приложения к БД Web of Science – Research Horizon Navigator).

Методология и метод определения исследовательских фронтов. С 1994¹ г. Institute for Scientific Information (с англ. Институт научной информации, ныне – компания Clarivate Analytics, США) практикуется комплексный подход к определению исследовательских фронтов, под которыми понимается кластер высокоцитируемых публикаций, изданных в течение последних 5 лет и объединенных тематически, а также на основе частого совместного цитирования.

Методология и метод определения публикаций «горячего цитирования» (Hot papers). К когорте «горячих» относятся статьи, которые входят в топ-0,1% по количеству цитирований за последние три полных года в своей предметной области с учетом даты публикации.

Методология и метод определения исследовательских горизонтов. Принцип определения исследовательских «горизонтов» (зарождающихся трендов), реализованный в новом аналитическом приложении Research Horizon Navigator (2024 г.), компания Clarivate Analytics (США), также основан на изучении цитируемости. Однако в основе методологии – выявление ряда «ключевых»

работ, которые стабильно совместно цитируются новыми публикациями, входящими в контур данной тематической области. Таким образом, для выявления трендов сокращается период ожидания, пока та или иная статья не перейдет в категорию публикаций «горячего цитирования». Уже нескольких новых работ, ссылающихся на «ядро» фронта исследований, достаточно, чтобы присвоить обсуждаемой в них проблеме статус «исследовательского горизонта». Особенную прогностическую ценность имеет предоставляемая модулем возможность определить среднее время цитирования публикаций из «ядра». Таким образом, среди общего массива «исследовательских горизонтов» можно с легкостью выделить вновь зарождающиеся.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Кластер публикаций «горячего цитирования» (Hot papers) тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение». В тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение» (Public, environmental and occupational health) за 2022–2024 гг. число публикаций «горячего цитирования» составило 56 единиц (по состоянию на 27.02.2025 г.). Топ-5 из числа таких статей по уровню цитируемости представлен в таблице 1.

Если проанализировать ключевые слова и названия публикаций, отнесенных к числу «горячих», можно на основе общих тематик объединить статьи в группы. Научные направления, наиболее широко представленные среди высокоцитируемых исследований, принято считать наиболее актуальными трендами. Результаты такого анализа представлены в таблице 2.

На первом месте по числу «горячих» статей оказались «проблемы влияния окружающей среды на здоровье населения». Ключевой темой здесь являются вопросы изменения климата, технологии снижения продукции парниковых газов и аэрополлютантов. Этим проблемам посвящена каждая пятая публикация из числа «горячих». Интересно, что вопросы окружающей среды оказались более актуальными для стран Азии (Китай, Индия, Филиппины, Пакистан) – 8 из 11 работ подготовлены с участием ученых из этих государств.

Второе место по объему портфеля «горячих» публикаций принадлежит теме «влияния социальных факторов на здоровье населения», а именно – изучению модифицируемых факторов риска

¹ Research fronts. Clarivate. – URL: <https://clarivate.com/academia-government/essays/research-fronts/> (Дата обращения: 25.02.2025 г.).

Топ-5 «горячих» статей в области общественного здоровья и здравоохранения по числу цитирований, 2022–2024 гг.

Статья, выходные данные	Цит.	Краткое содержание
Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ. 2023; 72(2):1–14. doi: 10.15585/mmwr.ss7202a1 [47].	770	В 2020 г., по данным сети ADDM, распространенность РАС среди 8-летних детей составила 1 случай на 36, при этом наблюдались расовые и этнические различия, впервые распространенность аутизма оказалась ниже среди белых детей, чем в других этнических группах. Рост числа детей с РАС, особенно среди небелых детей и девочек, подчеркивает необходимость в расширении инфраструктуры для обеспечения равного доступа к диагностике, лечению и поддержке.
Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. Lancet Glob Health. 2023; 11(2): e197–e206. doi: 10.1016/S2214–109X(22)00501–0 [48].	571	В 2020 г. в мире было зарегистрировано более 600 тыс. случаев рака шейки матки и более 340 тыс. смертей, при этом наблюдались значительные географические и социально-экономические различия: самые высокие показатели заболеваемости и смертности отмечались в странах с низким индексом человеческого развития. Несмотря на снижение заболеваемости в большинстве стран, бремя рака шейки матки остается высоким. Для достижения целей ВОЗ по элиминации этого заболевания как проблемы общественного здравоохранения необходимо ускорить внедрение эффективных стратегий скрининга, лечения и профилактики, особенно в странах с низким уровнем развития.
Revisiting the environmental Kuznets curve hypothesis in 208 counties: The roles of trade openness, human capital, renewable energy and natural resource rent. Environmental Research. 2023; 216(3). doi: 10.1016/j.envres.2022.114637 [49].	409	В исследовании, основанном на данных по 208 странам с 1990 по 2018 г., анализируется влияние торговли, человеческого капитала, возобновляемой энергии и использования природных ресурсов на выбросы углекислого газа в рамках гипотезы экологической кривой Кузнеця (ЭКК). Результаты подтверждают гипотезу ЭКК, показывая, что зависимость между уровнем дохода и выбросами углерода имеет форму перевернутой U-образной кривой с точкой перегиба при ВВП на душу населения в 19 203 долл. США, а также выявляют неоднородное влияние возобновляемой энергии и человеческого капитала на выбросы до и после этой точки, ограниченный эффект снижения выбросов от торговли и увеличение выбросов от использования природных ресурсов.
Tobacco Product Use Among Adults–United States, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023; 72(18):475–483. doi: 10.15585/mmwr.mm7218a1 [50].	284	В 2021 г. около 46 млн. взрослых американцев (18,7%) употребляли табачные изделия, включая сигареты (11,5%), электронные сигареты (4,5%), сигары (3,5%), бездымный табак (2,1%) и трубки (0,9%). При этом употребление табака наиболее распространено среди мужчин, людей моложе 65 лет, небелых, белых неиспаноязычных, сельских жителей, малообеспеченных, незастрахованных или застрахованных по Medicaid, лиц с низким уровнем образования, инвалидов и людей с серьезными психологическими проблемами. Для снижения заболеваемости и смертности, связанных с употреблением табака, необходимо продолжать мониторинг, внедрять эффективные стратегии контроля над табаком и регулировать табачные изделия.
ChatGPT and the rise of large language models: the new AI-driven infodemic threat in public health. Front Public Health. 2023; 11:1166120. doi: 10.3389/fpubh.2023 [51].	234	Выпуск Chat от OpenAI вызвал огромный интерес к большим языковым моделям (LLM) и их потенциалу в различных областях, включая научные исследования. Хотя LLM демонстрируют впечатляющие возможности, в том числе в написании научных работ, их применение, особенно в медицине, сопряжено с серьезными этическими и практическими рисками. Потенциально LLM могут в больших масштабах распространять ложную информацию, создавая угрозу для общественного здоровья. Необходимы срочные меры, включая разработку политик для борьбы с «инфодемией, управляемой ИИ», и совершенствование методов обнаружения текстов, сгенерированных искусственным интеллектом.

Примечание: OA – статья находится в открытом доступе; Q1 – Квартиль журнала, рассчитанный согласно импакт-фактору журнала (JIF); Univ. – university (университет); Inst. – institute (институт); ADDM – Autism and Developmental Disabilities Monitoring; РАС – расстройства аутистического спектра; ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения; ВВП – валовый внутренний продукт, ИИ – искусственный интеллект.

Источник: составлено авторами по данным Web of Science, актуальным на 27.02.2025 г.

Таблица 2

**Тематики кластера статей «горячего цитирования» в тематической области
«Общественное здоровье и здравоохранение»: 2022–2024 гг.**

Название статей, выходные данные	Страны-участницы исследований	Цит.
Социальные аспекты здоровья населения		
Tobacco Product Use Among Adults-United States, 2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023; 72(18):475–483. doi: 10.15585/mmwr.mm7218a1 [50].	США	284
Tobacco Product Use Among US Middle and High School Students – National Youth Tobacco Survey, 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023; 72(44): 1173–1182. doi: 10.15585/mmwr.mm7244a1 [52].	США	202
The need to promote sleep health in public health agendas across the globe. Lancet Public Health. 2023; 8(10): e820-e826. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00182-2 [53].	США, Иран, Египет, Китай, Австрия, Австралия, Канада, Бразилия,	76
National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5.7 million participants. Lancet Glob Health. 2024; 12(8): e1232-e1243. doi: 10.1016/S2214-109X(24)00150-5 [54].	Великобритания, Швейцария, Австралия	88
Social determinants of health and premature death among adults in the USA from 1999 to 2018: a national cohort study. Lancet Public Health. 2023 Jun;8(6): e422-e431. doi: 10.1016/S2468-2667(23)00081-6 [55].	США	74
Risk factors for loneliness: A literature review. Soc Sci Med. 2023;334:116163. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.116163 [56]	Италия, Франция	55
The role of education attainment on 24-hour movement behavior in emerging adults: evidence from a population-based study. Front Public Health. 2024; 12:1197150. doi: 10.3389/fpubh.2024.1197150 [57].	Китай	34
Building trust: Leadership reflections on community empowerment and engagement in a large urban initiative. BMC Public Health. 2023; 23(1):1252. doi: 10.1186/s12889-023-15860-z [58].	США	30
Saturation effects of the relationship between physical exercise and systemic immune inflammation index in the short-sleep population: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2024; 24(1):1920. doi: 10.1186/s12889-024-19432-7 [59].	Китай, Австралия	20
The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2024; 9(8): e594-e613. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00126-9 [60].	Австралия, Великобритания, Канада, Финляндия, США	21
Технологии проведения исследований в области медицины		
Handling missing data in clinical research. J Clin Epidemiol. 2022; 151:185–188. doi: 10.1016/j.jclinepi.2022.08.016 [61].	Нидерланды	105
Supporting best practice in reflexive thematic analysis reporting in Palliative Medicine: A review of published research and introduction to the Reflexive Thematic Analysis Reporting Guidelines (RTARG). Palliat Med. 2024; 38(6):608–616. doi: 10.1177/02692163241234800 [62].	Новая Зеландия, Великобритания	86
GRADE guidance 35: update on rating imprecision for assessing contextualized certainty of evidence and making decisions. J Clin Epidemiol. 2022; 150:225–242. doi: 10.1016/j.jclinepi.2022.07.015 [63].	Канада, Чили, Швеция, Китай, США, Аргентина, Нидерланды, Италия, Испания, Ливан	65
A comparison of different methods to adjust survival curves for confounders. Statistics in Medicine. 2023; 42(10): 1461–1479. doi: 10.1002/sim.9681 [64].	Германия	57
The REporting of A Disproportionality Analysis for Drug Safety Signal Detection Using Individual Case Safety Reports in Pharmacovigilance (READUS-PV): Explanation and Elaboration. Drug Saf. 2024; 47(6):585–599. doi: 10.1007/s40264-024-01423-7 [65].	Италия, Франция, Саудовская Аравия, Великобритания, Швейцария, Израиль, США, Португалия, Япония, Швеция, Швейцария, Канада, Норвегия, Нидерланды	63
The Reporting of a Disproportionality Analysis for Drug Safety Signal Detection Using Individual Case Safety Reports in Pharmacovigilance (READUS-PV): Development and Statement. Drug Saf. 2024; 47(6):575–584. doi: 10.1007/s40264-024-01421-9 [66].	Италия, Франция, Саудовская Аравия, Великобритания, Швейцария, Германия, Израиль, США, Португалия, Япония, Швеция, Швейцария, Канада, Норвегия, Нидерланды	28

Название статей, выходные данные	Страны-участницы исследований	Цит.
Неврологические заболевания		
Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ. 2023; 72(2): 1–14. doi: 10.15585/mmwr.ss7202a1 [47].	США	821
Global, regional, and national burden and attributable risk factors of neurological disorders: The Global Burden of Disease study 1990–2019. Front Public Health. 2022; 10: 952161. doi: 10.3389/fpubh.2022.952161 [67].	Китай	143
Association between the weight-adjusted waist index and stroke: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2023; 23(1): 1689. doi: 10.1186/s12889-023-16621-8. [68].	Китай	52

Источник: составлено авторами по данным Web of Science, актуальным на 27.02.2025 г.

развития хронических неинфекционных заболеваний. Эта достаточно гетерогенная группа статей посвящена таким социальным феноменам, как курение, недостаточная физическая активность, нарушение режима сна, одиночество и игровая зависимость и т.п. Больше половины исследований (6 из 11) написаны с участием ученых из США, 4 – в соавторстве с представителями стран Евросоюза. Для азиатских территорий эта проблема, напротив, оказалась менее значимой – лишь 3 публикации отмечены их аффилиацией.

Третьим по динамике развития трендом в области общественного здоровья можно считать проблематику «организации, проведения и анализа медицинских исследований». Вопросы, которые в значительной мере волнуют современное научное сообщество, касаются обращения с пропущенными данными, тематического анализа и картирования предметных областей исследований, корректировки кривых выживаемости с поправкой на конфаундеры и др. Ни одна из таких публикаций не обошлась без вклада авторов из Евросоюза и/или Великобритании.

В качестве четвертого актуального тренда в 2022–2024 гг. следует отметить «вопросы эпидемиологии неврологических заболеваний». Отдельные работы из числа высокоцитируемых были посвящены вопросам «распространенности хронических неинфекционных заболеваний», «проблемам пожилого населения», а также «применению технологий искусственного интеллекта и машинного обучения в здравоохранении». Интересно, что 3 из 4 «горячих» публикаций в области вирусологии касались респираторно-синцитиальной вирусной инфекции.

Исследовательские фронты тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение». Фронты, сформировавшиеся в 2024 г.

в тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение» и выделенные с использованием аналитического приложения Essential Science Indicators представлены в таблице 3. В центре внимания научного сообщества по-прежнему остаются хронические неинфекционные заболевания и методы их профилактики, однако этот тренд уже давно является устоявшимся. Высокая динамика цитирования характерна также и для кластера статей, касающихся внедрения технологий машинного обучения и искусственного интеллекта в процесс оказания медицинской помощи и решения возникающих в связи с этим морально-этических проблем.

Одновременно растет актуальность вопросов обеспечения здоровья подростков, среди которых нарушение режима дня, питания и сна, а также курение электронных сигарет и вейпов.

Исследовательские горизонты тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение». В отличие от представленного в Essential Science Indicators «исследовательского фронта» фокус наукометрического анализа перенесен не на собственно высокоцитируемые работы, а, напротив, на совокупность вновь публикуемых статей, которые совместно цитируют публикации «ядра». Этот кластер новых статей и формирует тот самый «исследовательский горизонт», еще не получивший должного внимания, и, соответственно, литературных ссылок, но который развивает и трансформирует новые смыслы и фокусы, генерируемые ранее сформировавшимся «фронтом исследований». «Исследовательские горизонты», оформившиеся в 2024–2025 гг., представлены в таблице 4.

Как следует из данных, представленных в таблице 4, первый квартал 2025 г. уже ознаменовался появлением трех «горизонтов», которые можно

Таблица 3

Исследовательские фронты в тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение», сформировавшиеся в 2024 г.

Фронт исследования	Публикации фронта	Страны-лидеры	Число цит.
Бремя хронических неинфекционных заболеваний, факторы риска	Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 [1].	Более 50 стран	554
	Global Burden of 288 Causes of Death and Life Expectancy Decomposition in 204 Countries and Territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 [2].		413
Распространенность и вред электронных сигарет и вейпов	Electronic Nicotine-Delivery Systems for Smoking Cessation [3]	Швейцария, Франция	37
	Trends in Harm Perceptions of E-Cigarettes vs Cigarettes Among Adults Who Smoke in England, 2014–2023[4].	Великобритания	16
	Trends in vaping and smoking following the rise of disposable e-cigarettes: a repeat cross-sectional study in England between 2016 and 2023 [5].	Великобритания	15
Гендерная дисфория в среде подростков	Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review [6].	Великобритания	18
	Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of guideline quality (part 1) [7].	Великобритания	14
	Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of recommendations (part 2) [8].	Великобритания	10
Применение искусственного интеллекта в сфере организации здравоохранения	Opportunities and challenges of artificial intelligence and distributed systems to improve the quality of healthcare service [9].	Иран, Турция, Тайвань	41
Синдром социального ритма: нарушение режимов сна, питания и физической нагрузки в современном обществе и его влияние на здоровье	Does the Response to a Stressful Condition in Older Adults with Life Rhythm Dysregulations Provide Evidence of the Existence of the «Dysregulation of Mood, Energy, and Social Rhythms Syndrome»? [10].	Италия, Колумбия	17
Проблема снижения рождаемости и последствия для общества	Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 [11].	Множество стран	96
	Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: an IFFS consensus document based on a narrative review of the literature [12].	США, Великобритания, Австралия, Швейцария, ЮАР, Дания, Египет, Греция, Чили	33
Этические вопросы применения искусственного интеллекта в медицине	Ethical and regulatory challenges of AI technologies in healthcare: A narrative review [13].	Италия	50
Использование искусственного интеллекта с целью автоматической генерации ответов врача в ходе онлайн-консультаций	Artificial Intelligence-Generated Draft Replies to Patient Inbox Messages [14].	США	36
	AI-Generated Draft Replies Integrated Into Health Records and Physicians' Electronic Communication [15].	США	24
Справедливость в оказании медицинской помощи	The Next Era of Assessment: Can Ensuring High-Quality, Equitable Patient Care Be the Defining Characteristic? [16].	США	10

Продолжение таблицы 3

Фронт исследования	Публикации фронта	Страны-лидеры	Число цит.
Исследование состояния здоровья подростков	Exploring a Preliminary Set of Indicators to Measure Adolescent Health: Results From a 12-Country Feasibility Study [17].	Швейцария, Швеция, Франция, Нигерия, Гватемала, Австралия, Сенегал, США, Гвинея, Дания, Иран, Зимбабве, Индия, Армения, Танзания, Пакистан, Малайзия	11
	Indicators to Measure Adolescent Health at the Country, Regional, and Global Levels: Results of a Five-Year Selection Process by the Global Action for the Measurement of Adolescent Health [18].	Швейцария, США, Франция, Нигерия, Австралия, Сенегал, Дания, Иран, Великобритания, Швеция, Китай	10

Источник: составлено авторами по данным Web of Science (Essential Science Indicators), актуальным на 27.02.2025 г.

Таблица 4

Исследовательские горизонты тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение», 2024–2025 гг.

Исследовательский фронт (ядро)	Число статей	Медиана цит.	Публикации «горизонта»
Здоровье и окружающая среда: принятие управленческих решений и исследование общественного мнения	6	2025	Gendered attitudes towards pro-environmental change: The role of hegemonic masculinity endorsement, dominance and threat [19].
			«Green informed consent» in the classroom, clinic, and consultation room [20].
			The Gender Gap in Environmental Concern: Support for an Ecofeminist Perspective and the Role of Gender Egalitarian Attitudes [21].
Аккредитация организаций общественного здравоохранения: улучшение качества оказываемых ими услуг	5	2025	Perspectives on Public Health Department Accreditation: Lessons Learned From Ohio's Accreditation Mandate [22].
			Reaccreditation and Pathways Recognition Experiences of Small Local and Tribal Health Departments [23].
			Using National Public Health Accreditation to Explore Quality Improvement and Performance Management in Small Local Health Departments [24].
Изучение условий и механизмов здорового старения	4	2025	Concepts and definitions of healthy ageing: a systematic review and synthesis of theoretical models [25].
			Engagement in leisure activities and depression in older adults in the United States: Longitudinal evidence from the Health and Retirement Study [26].
			A Comparison of Full Information Maximum Likelihood and Multiple Imputation in Structural Equation Modeling With Missing Data [27].
Глобальное бремя заболеваний: тренды и проекции до 2050 года	190	1-й квартал 2024	Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 [2].
			Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 [28].
			Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021 [1].

Продолжение таблицы 4

Исследовательский фронт (ядро)	Число статей	Медиана цит.	Публикации «горизонта»
Состояние здоровья детей и подростков: тренды и факторы риска	90	2024	Estimated prevalence and trends in smoking among adolescents in South Korea, 2005–2021: a nationwide serial study [29].
			National trends in alcohol and substance use among adolescents from 2005 to 2021: a Korean serial cross-sectional study of one million adolescents [30].
			Breastfeeding and impact on childhood hospital admissions: a nationwide birth cohort in South Korea [31].
Лечение и долгосрочные эффекты пост-ковидного синдрома	57	2024	Persistence of post-COVID symptoms in the general population two years after SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis [32].
			A systematic review and meta-analysis of long-term sequelae of COVID-19 2-year after SARS-CoV-2 infection: A call to action for neurological, physical, and psychological sciences [33].
			Quality of life and ability to work of patients with Post-COVID syndrome in relation to the number of existing symptoms and the duration since infection up to 12 months: a cross-sectional study [34].
Паттерны физической активности и их влияние на здоровье населения	42	2024	Whether weekend warrior activity and other leisure-time physical activity pattern reduce the risk of depression symptom in the representative adults? A population-based analysis of NHANES2007–2020 [35].
			Accelerometer-Derived «WeekendWarrior» Physical Activity and Incident Cardiovascular Disease [36].
			Association of the «Weekend Warrior» and Other Leisure-time Physical Activity Patterns With All-Cause and Cause-Specific Mortality A Nationwide Cohort Study [37].
Социальные «назначения» (Social prescribing): фреймворки и первые результаты	40	2024	Global developments in social prescribing [38].
			Establishing internationally accepted conceptual and operational definitions of social prescribing through expert consensus: a Delphi study [39].
			Tackling loneliness together: A three-tier social identity framework for social prescribing [40].
Распространенность гипертензии, ожирения и сахарного диабета	30	2024	Prevalence of obesity and associated risk factors in Mexican adults: results of the Ensanut 2022 [41].
			Prevalence of prediabetes and diabetes in Mexico: Ensanut 2022 [42].
			Prevalence of overweight and obesity in Mexican school-aged children and adolescents. Ensanut 2020–2022 [43].
Факторы риска и эпидемиология заболеваний дыхательных путей	20	2024	Global burden of upper respiratory infections in 204 countries and territories, from 1990 to 2019 [44].
			Global burden of lower respiratory infections during the last three decades [45].
			Age-sex differences in the global burden of lower respiratory infections and risk factors, 1990–2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019 [46].

Источник: составлено авторами по данным Research Horizon Navigator, актуальным на 27.02.2025 г.

определить как «детерминанты здоровой старости», «повышение эффективности процедуры аккредитации учреждений, реализующих деятельность в области общественного здравоохранения» и «повышение значимости управленческих решений системы здравоохранения, касающихся состояния окружающей среды». Интересным представляется рост внимания к здоровью возрастных групп, отличных от взрослого трудоспособного

населения, таких как подростки и пожилые люди. Продолжают развиваться уже устоявшиеся тренды 2024 г. (по числу публикаций), касающиеся эпидемиологии и прогнозов по распространению в популяции хронических неинфекционных заболеваний, изучению традиционных факторов риска, таких как гипертензия, ожирение и гиподинамия, и методов их профилактики и коррекции.

ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на то, что оценка цитируемости научных публикаций является важным инструментом анализа научных трендов, методология подхода не лишена недостатков. Одно из важнейших его ограничений связано с длительным периодом накопления цитирований: необходимо какое-то время с момента выхода исследования, прежде чем научное сообщество ознакомится с опубликованными результатами, а также напишет и издаст собственные работы, в которых сошлется на уже опубликованные статьи. Таким образом, истинные «горячие» темы могут быть недостаточно оперативно зафиксированы.

Из трех используемых методов фиксации слабых сигналов в качестве наиболее «чувствительного» инструмента можно выделить алгоритм «Исследовательские горизонты». Вместе с тем все три метода позволили идентифицировать приблизительно одинаковый перечень зарождающихся и устоявшихся трендов (таблица 5).

Данные таблицы 5 свидетельствуют о возрастающем интересе научного сообщества в области организации здравоохранения к социальным детерминантам поддержания и (или) утраты здоровья, а также к факторам окружающей среды. Особое внимание уделяется природе

и механизмам воздействия таких аспектов как сокращение продолжительности сна, недостаток физической активности, социальная изоляция, зависимость от видеоигр, гендерная дисфория, сбой в социальных ритмах, употребление электронных сигарет и т.п.

Широкое применение искусственного интеллекта и машинного обучения в здравоохранении (устоявшийся тренд), параллельно с их быстрым распространением, порождает серьезные новые морально-этические вызовы, требующие разработки четких руководящих принципов.

Абсолютно новой является и тенденция повышенного внимания к группам экономически неактивного населения: к подросткам и лицам пенсионного возраста. Вероятно, предотвращение негативного влияния социальных факторов на здоровье подростков и обеспечение условий для активного и здорового старения граждан старше 65 лет позволит оптимизировать использование ресурсов в сфере здравоохранения, что даст возможность перераспределить национальные бюджетные средства в пользу программ, поддерживающих экономический потенциал трудоспособного населения.

Также из числа зарождающихся трендов важно выделить такие перспективные направления исследований, как изучение и внедрение

Таблица 5

Тренды в области «Общественное здоровье и здравоохранение»: 2022–2025 гг.

Тренды, согласно методу анализа кластера статей «горячего цитирования»	Тренды, согласно методу выделения «фронтов исследования»	Тренды, согласно методу «исследовательских горизонтов»
Влияние факторов окружающей среды на здоровье населения	-	Здоровье и окружающая среда: принятие управленческих решений
Влияние социальных факторов на здоровье населения	Исследование состояния подростков. Гендерная дисфория в среде подростков. Распространенность и вред электронных сигарет и вейпов. Синдром социального ритма.	Состояние здоровья детей и подростков: тренды и факторы риска
Применение технологий ИИ и машинного обучения в здравоохранении: этические и правовые аспекты	Этические вопросы применения искусственного интеллекта в медицине	-
Механизмы здорового старения, проблемы пожилого населения	-	Изучение условий и механизмов здорового старения
Эпидемиология неврологических заболеваний	Бремя хронических неинфекционных заболеваний, факторы риска	Эпидемиология заболеваний органов дыхания
Новые подходы к использованию и анализу медицинских данных	-	-
-	Справедливость в оказании медицинской помощи	-
-	-	Аккредитация организаций общественного здравоохранения

Источник: составлено авторами.

инновационных подходов к анализу медицинских данных, совершенствование системы аккредитации организаций общественного здравоохранения и поиск путей к улучшению доступности и справедливости в оказании медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполнен комплексный наукометрический анализ, интегрирующий три методических подхода к выявлению слабых сигналов

в тематической области «Общественное здоровье и здравоохранение», на основании которого статус «зарождающихся трендов» может быть присвоен следующим исследовательским направлениям: здоровье подростков, механизмы здорового старения, этические проблемы применения технологий ИИ и машинного обучения в системе здравоохранения, аккредитация организаций общественного здравоохранения, проблемы достижения справедливости в оказании медицинской помощи, новые подходы к использованию и анализу медицинских данных.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. GBD2021 Diseases and Injuries Collaborators (2024). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, *Lancet*, 403(10440), с. 2133–2161, DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8.
2. GBD2021 Causes of Death Collaborators (2024). Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, *Lancet*, 403(10440), p. 2100–2132, DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00367-2.
3. Auer R. et al. (2024). Electronic Nicotine-Delivery Systems for Smoking Cessation, *New England Journal of Medicine*, 390(7), p. 601–610, DOI: 10.1056/NEJMoa2308815.
4. Jackson S.E., Tattan-Birch H., East K., Cox S., Shahab L. and Brown J. (2024). Trends in Harm Perceptions of E-Cigarettes vs Cigarettes Among Adults Who Smoke in England, 2014–2023, *JAMA Network Open*, 7(2), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.0582.
5. Tattan-Birch H., Brown J., Shahab L., Beard E. and Jackson S.E. (2024). Trends in vaping and smoking following the rise of disposable e-cigarettes: a repeat cross-sectional study in England between 2016 and 2023, *Lancet Regional Health Europe*, 42, DOI: 10.1016/j.lanepe.2024.100924.
6. Taylor J. et al. (2024). Interventions to suppress puberty in adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review, *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl. 2), p. s33-s47, DOI: 10.1136/archdischild-2023-326669.
7. Taylor J., Hall R., Heathcote C., Hewitt C.E., Langton T. and Fraser L. (2024). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of guideline quality (part 1), *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl. 2), p. s65-s72, DOI: 10.1136/archdischild-2023-326499.
8. Taylor J., Hall R., Heathcote C., Hewitt C.E., Langton T. and Fraser L. (2024). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of recommendations (part 2), *Archives of Disease in Childhood*, 109(Suppl. 2), p. s73-s82, DOI: 10.1136/archdischild-2023-326500.
9. Aminizadeh S. et al. (2024). Opportunities and challenges of artificial intelligence and distributed systems to improve the quality of healthcare service, *Artificial Intelligence in Medicine*, 149, DOI: 10.1016/j.artmed.2024.102779.
10. Primavera D. et al. (2023). Does the Response to a Stressful Condition in Older Adults with Life Rhythm Dysregulations Provide Evidence of the Existence of the “Dysregulation of Mood, Energy, and Social Rhythms Syndrome”? *Healthcare (Basel)*, 12(1), DOI: 10.3390/healthcare12010087.
11. GBD2021 Fertility and Forecasting Collaborators (2024). Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, *Lancet*, 403(10440), p. 2057–2099, DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00550-6.
12. Fauser B.C.J.M. et al. (2024). Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: an IFFS consensus document based on a narrative review of the literature, *Human Reproduction Update*, 30(2), p. 153–173, DOI: 10.1093/humupd/dmad028.
13. Mennella C., Maniscalco U., De Pietro G. and Esposito M. (2024). Ethical and regulatory challenges of AI technologies in healthcare: A narrative review, *Heliyon*, 10(4), DOI: 10.1016/j.heliyon.2024.e26297.
14. Garcia P. et al. (2024). Artificial Intelligence-Generated Draft Replies to Patient Inbox Messages, *JAMA Network Open*, 7(3), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.3201.
15. Tai-Seale M. et al. (2024). AI-Generated Draft Replies Integrated Into Health Records and Physicians’ Electronic Communication, *JAMA Network Open*, 7(4), DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.6565.
16. Schumacher D.J., Kinnear B., Burk-Rafel J., Santen S.A. and Bullock J.L. (2024). The Next Era of Assessment: Can Ensuring High-Quality, Equitable Patient Care Be the Defining Characteristic?, *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 99(4S Suppl 1), p. S7-S13, DOI: 10.1097/ACM.0000000000005603.
17. Kagesten A.E. et al. (2024). Exploring a Preliminary Set of Indicators to Measure Adolescent Health: Results From a 12-Country Feasibility Study, *Journal of Adolescent Health*, 74(6S), p. S66-S79, DOI: 10.1016/j.jadohealth.2024.01.017.
18. Marsh A.D. et al. (2024). Indicators to Measure Adolescent Health at the Country, Regional, and Global Levels: Results of a Five-Year Selection Process by the Global Action for the Measurement of Adolescent Health, *Journal of Adolescent Health*, 74(6S), p. S31-S46, DOI: 10.1016/j.jadohealth.2024.02.010.

19. Avery R.A.T. et al. (2025). Gendered attitudes towards pro-environmental change: The role of hegemonic masculinity endorsement, dominance and threat, *British Journal of Social Psychology*, 64(1), DOI: 10.1111/bjso.12834.
20. Richie C. (2023). "Green informed consent" in the classroom, clinic, and consultation room, *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 26(4), p. 507–515, DOI: 10.1007/s11019-023-10163-x.
21. Echavarren J.M. (2023). The Gender Gap in Environmental Concern: Support for an Ecofeminist Perspective and the Role of Gender Egalitarian Attitudes, *Sex Roles*, 89, p. 610–623, DOI: 10.1007/s11199-023-01397-3.
22. Oberly T., Singh S.R., Bush Stevens A., Blair-Ackison R., Sheeran A. and Lang B. (2025). Perspectives on Public Health Department Accreditation: Lessons Learned From Ohio's Accreditation Mandate, *Journal of Public Health Management and Practice*, 31(2), p. 165–172, DOI: 10.1097/PHH.0000000000002094.
23. Allen P. et al. (2025). Reaccreditation and Pathways Recognition Experiences of Small Local and Tribal Health Departments, *Journal of Public Health Management and Practice*, 31(2), c. 173–182, DOI: 10.1097/PHH.0000000000002084.
24. Fifolt M. et al. (2025). Using National Public Health Accreditation to Explore Quality Improvement and Performance Management in Small Local Health Departments, *Journal of Public Health Management and Practice*, 31(2), p. 183–189, DOI: 10.1097/PHH.0000000000002062.
25. Menassa M. et al. (2023). Concepts and definitions of healthy ageing: a systematic review and synthesis of theoretical models, *EClinicalMedicine*, 56, DOI: 10.1016/j.eclinm.2022.101821.
26. Bone J.K., Bu F., Fluharty M.E., Paul E., Sonke J.K. and Fancourt D. (2022). Engagement in leisure activities and depression in older adults in the United States: Longitudinal evidence from the Health and Retirement Study, *Social Science and Medicine*, 294, DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.114703.
27. Lee T. and Shi D. A comparison of full information maximum likelihood and multiple imputation in structural equation modeling with missing data, *Psychological Methods*, 26(4), c. 466–485, DOI: 10.1037/met0000381.
28. GBD2021 Risk Factors Collaborators (2024). Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, *Lancet*, 403(10440), p. 2162–2203, DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00933-4.
29. Shin H. et al. (2023). Estimated prevalence and trends in smoking among adolescents in South Korea, 2005–2021: a nationwide serial study, *World Journal of Pediatrics*, 19(4), c. 366–377, DOI: 10.1007/s12519-022-00673-8.
30. Park S. et al. (2023). National trends in alcohol and substance use among adolescents from 2005 to 2021: a Korean serial cross-sectional study of one million adolescents, *World Journal of Pediatrics*, 19(11), p. 1071–1081, DOI: 10.1007/s12519-023-00715-9.
31. Lee J.S. et al. (2023). Breastfeeding and impact on childhood hospital admissions: a nationwide birth cohort in South Korea, *Nature Communications*, 14(1), DOI: 10.1038/s41467-023-41516-y.
32. Fernandez-de-Las-Peñas C. et al. (2024). Persistence of post-COVID symptoms in the general population two years after SARS-CoV-2 infection: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Infection*, 88(2), p. 77–88, DOI: 10.1016/j.jinf.2023.12.004.
33. Rahmati et al. (2023). A systematic review and meta-analysis of long-term sequelae of COVID-19 2-year after SARS-CoV-2 infection: A call to action for neurological, physical, and psychological sciences, *Journal of Medical Virology*, 95(6), DOI: 10.1002/jmv.28852.
34. Lemhofer C. et al. (2023). Quality of life and ability to work of patients with Post-COVID syndrome in relation to the number of existing symptoms and the duration since infection up to 12 months: a cross-sectional study, *Quality of Life Research*, 32(7), p. 1991–2002, DOI: 10.1007/s11136-023-03369-2.
35. Liang J.H. et al. (2023). Whether weekend warrior activity and other leisure-time physical activity pattern reduce the risk of depression symptom in the representative adults? A population-based analysis of NHANES2007–2020, *Journal of Affective Disorders*, 340, p. 329–339, DOI: 10.1016/j.jad.2023.07.113.
36. Khurshid S., Al-Alusi M.A., Churchill T.W., Guseh J.S. and Ellinor P.T. (2023). Accelerometer-Derived "Weekend Warrior" Physical Activity and Incident Cardiovascular Disease, *JAMA*, 330(3), p. 247–252, DOI: 10.1001/jama.2023.10875.
37. Dos Santos M. et al. (2022). Association of the "Weekend Warrior" and Other Leisure-time Physical Activity Patterns With All-Cause and Cause-Specific Mortality: A Nationwide Cohort Study, *JAMA Internal Medicine*, 182(8), c. 840–848, DOI: 10.1001/jamainternmed.2022.2488.
38. Morst D.F. et al. (2022). Global developments in social prescribing, *BMJ Global Health*, 7(5), DOI: 10.1136/bmjgh-2022-008524.
39. Muhl C., Mulligan K., Bayoumi I., Ashcroft R. and Godfrey C. Establishing internationally accepted conceptual and operational definitions of social prescribing through expert consensus: a Delphi study, *BMJ Open*, 13(7), DOI: 10.1136/bmjopen-2022-070184.
40. Haslam S.A. et al. (2024). Tackling loneliness together: A three-tier social identity framework for social prescribing, *Group Processes & Intergroup Relations*, 27(5), p. 1128–1150, DOI: 10.1177/13684302241242434.
41. Campos-Nonato I., Galván-Valencia Ó., Hernández-Barra L., Oviedo-Solis C., Barquera S. (2023). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022, *Salud Publica de Mexico*, 65, p. s238-s247, DOI: 10.21149/14809.
42. Basto-Abreu A. et al. (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022, *Salud Publica de Mexico*, 65, p. s163-s168, DOI: 10.21149/14832.
43. Shamah-Levy T. et al. (2023). Prevalencias de sobrepeso y obesidad en población escolar y adolescente de México. Ensanut Continua 2020–2022. *Salud Publica de Mexico*, 65, c. s218-s224, DOI: 10.21149/14762.
44. Jin X. et al. (2021). Global burden of upper respiratory infections in 204 countries and territories, from 1990 to 2019, *EClinicalMedicine*, 37, DOI: 10.1016/j.eclinm.2021.100986.
45. Safiri S. et al. (2023). Global burden of lower respiratory infections during the last three decades. *Frontiers in Public Health*, 10, DOI: 10.3389/fpubh.2022.1028525.
46. GBD2019 LRI Collaborators (2022). Age-sex differences in the global burden of lower respiratory infections and risk factors, 1990–2019: results from the Global Burden of Disease Study 2019, *Lancet Infectious Diseases*, 22(11), p. 1626–1647, DOI: 10.1016/S1473-3099(22)00510-2.
47. Maenner M.J. et al. (2023). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020, *MMWR Surveillance Summaries*, 72(2), p. 1–14, DOI: 10.15585/mmwr.ss7202a1.

48. Singh D. et al. (2023). Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative, *Lancet Global Health*, 11(2), p. e197-e206, DOI: 10.1016/S2214-109X(22)00501-0.
49. Wang Q., Zhang F. and Li R. (2023). Revisiting the environmental kuznets curve hypothesis in 208 counties: The roles of trade openness, human capital, renewable energy and natural resource rent, *Environmental Research*, 216(3), DOI: 10.1016/j.envres.2022.114637.
50. Cornelius M.E. et al. (2023). Tobacco Product Use Among Adults – United States, 2021, *MMWR*, 72(18), p. 475–483, DOI: 10.15585/mmwr.mm7218a1.
51. De Angelis L. et al. (2023). ChatGPT and the rise of large language models: the new AI-driven infodemic threat in public health, *Frontiers in Public Health*, 11, DOI: 10.3389/fpubh.2023.1166120.
52. Bridsey J. et al. (2023). Tobacco Product Use Among U.S. Middle and High School Students – National Youth Tobacco Survey, 2023, *MMWR*, 72(44), p. 1173–1182, DOI: 10.15585/mmwr.mm7244a1.
53. Lim D.C. et al. (2023). The need to promote sleep health in public health agendas across the globe, *Lancet Public Health*, 8(10), p. e820-e826, DOI: 10.1016/S2468-2667(23)00182-2.
54. Strain T. et al. (2024). National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5-7 million participants, *Lancet Global Health*, 12(8), p. e1232-e1243, DOI: 10.1016/S2214-109X(24)00150-5.
55. Bundy J.D. et al. (2023). Social determinants of health and premature death among adults in the USA from 1999 to 2018: a national cohort study, *Lancet Public Health*, 8(6), p. e422-e431, DOI: 10.1016/S2468-2667(23)00081-6.
56. Barjaková M., Garnero A. and d'Hombres B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review, *Social Science and Medicine*, 334, DOI: 10.1016/j.socscimed.2023.116163.
57. You Y., Mo L., Tong J., Chen X. and You Y. (2024). The role of education attainment on 24-hour movement behavior in emerging adults: evidence from a population-based study, *Frontiers Public Health*, 12, DOI: 10.3389/fpubh.2024.1197150.
58. Lansing A.E. et al. (2023). Building trust: Leadership reflections on community empowerment and engagement in a large urban initiative, *BMC Public Health*, 23(1), DOI: 10.1186/s12889-023-15860-z.
59. You Y. et al. (2024). Saturation effects of the relationship between physical exercise and systemic immune inflammation index in the short-sleep population: a cross-sectional study, *BMC Public Health*, 24(1), DOI: 10.1186/s12889-024-19432-7.
60. Tran L.T. et al. (2024). The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Public Health*, 9(8), p. e594-e613, DOI: 10.1016/S2468-2667(24)00126-9.
61. Heymans M.W. and Twisk J.W.R. (2022). Handling missing data in clinical research, *Journal of Clinical Epidemiology*, 151, p. 185–188, DOI: 10.1016/j.jclinepi.2022.08.016.
62. Braun V. and Clarke V. (2024). Supporting best practice in reflexive thematic analysis reporting in Palliative Medicine: A review of published research and introduction to the Reflexive Thematic Analysis Reporting Guidelines (RTARG), *Palliative Medicine*, 38(6), p. 608–616, DOI: 10.1177/02692163241234800.
63. Schunemann H.J. et al. (2022). GRADE guidance 35: update on rating imprecision for assessing contextualized certainty of evidence and making decisions, *Journal of Clinical Epidemiology*, 150, p. 225–242, DOI: 10.1016/j.jclinepi.2022.07.015.
64. Denz R., Klaaßen-Mielke R. and Timmesfeld N. (2023). A comparison of different methods to adjust survival curves for confounders. *Statistics in Medicine*, 42(10), p. 1461–1479. DOI: 10.1002/sim.9681.
65. Fusaroli et al. (2024). The REporting of A Disproportionality Analysis for Drug Safety Signal Detection Using Individual Case Safety Reports in Pharmacovigilance (READUS-PV): Explanation and Elaboration, *Drug Safety*, 47(6), p. 585–599, DOI: 10.1007/s40264-024-01423-7.
66. Fusaroli et al. (2024). The Reporting of a Disproportionality Analysis for Drug Safety Signal Detection Using Individual Case Safety Reports in Pharmacovigilance (READUS-PV): Development and Statement, *Drug Safety*, 47(6), p. 575–584, DOI: 10.1007/s40264-024-01421-9.
67. Ding C. et al. (2022). Global, regional, and national burden and attributable risk factors of neurological disorders: The Global Burden of Disease study 1990–2019, *Frontiers in Public Health*, 10, DOI: 10.3389/fpubh.2022.952161.
68. Ye J. et al. (2023). Association between the weight-adjusted waist index and stroke: a cross-sectional study, *BMC Public Health*, 23(1), DOI: 10.1186/s12889-023-16621-8.

ES

Nuevas tendencias emergentes en el ámbito de la «Salud pública y atención sanitaria», identificadas mediante métodos de análisis bibliométrico: años 2024–2025

A.F. Kanev, F.A. Kurakov, R.L. Karmina

Anotación

Introducción. El desarrollo tecnológico, la cambiante estructura del consumo de servicios médicos y el cambio en el paisaje socioeconómico global se convierten en fuentes y factores que generan nuevas tendencias en el desarrollo de la salud global. La aparición de tendencias en su fase de inicio, como un signo difícil de distinguir de un nuevo proceso, se denomina comúnmente señales débiles. Su detección temprana es una tarea especialmente compleja, para la cual es necesario llevar a cabo un análisis bibliométrico integral, realizado con el uso de aplicaciones y herramientas analíticas especiales. *Objetivo del estudio:*

FR

Nouvelles tendances émergentes dans le domaine thématique «Santé publique et soins de santé publique» identifiées par des méthodes d'analyse scientométrique: 2024–2025

A.F. Kanev, F.A. Kurakov, R.L. Karmina

Annotation

Introduction. Le développement technologique, l'évolution de la structure de la consommation de services médicaux, l'évolution du paysage socio-économique mondial deviennent des sources et des facteurs générant de nouvelles tendances dans le développement des soins de santé mondiaux. L'émergence de tendances à un stade précoce, en tant que signe difficile à discerner d'un nouveau processus, est communément appelée «signaux faibles». Leur détection précoce est une tâche particulièrement difficile, qui nécessite une analyse scientométrique complexe à l'aide d'applications et d'outils analytiques spéciaux. *Objectif*

identificar señales débiles sobre tendencias emergentes en el ámbito del «Salud pública y atención sanitaria» basándose en el análisis de publicaciones de «citación caliente», «horizontes de investigación» y «frentes de investigación», registradas a principios de 2025. *Materiales y métodos.* Se realizó un análisis bibliométrico integral que implica el uso de tres enfoques metodológicos para la detección de señales débiles: el método de determinación de frentes de investigación (utilizando la aplicación analítica de la base de datos Web of Science – Essential Science Indicators), el método de determinación de publicaciones de «citación caliente» (Hot papers) y el método de determinación de horizontes de investigación (utilizando la aplicación analítica Research Horizon Navigator). *Resultados.* Se llevó a cabo un análisis bibliométrico integral que integra tres enfoques metodológicos para identificar señales débiles en el ámbito de «Salud pública y atención sanitaria». De los tres métodos utilizados para la detección de señales débiles, se puede destacar el algoritmo de «Horizontes de investigación» como el instrumento más «sensible». Sin embargo, los tres métodos permitieron identificar aproximadamente la misma lista de tendencias emergentes y consolidadas. *Conclusión.* El estatus de «tendencias emergentes» puede ser asignado a las siguientes direcciones de investigación: salud de los adolescentes, mecanismos de envejecimiento saludable, problemas éticos en la aplicación de tecnologías de IA y aprendizaje automático en el sistema de salud, acreditación de organizaciones de salud pública, problemas de equidad en la prestación de atención médica, nuevos enfoques para el uso y análisis de datos médicos.

Palabras clave: tendencias emergentes, señales débiles, ámbito temático, salud pública y atención sanitaria, frentes de investigación, publicaciones de citación caliente, horizontes de investigación.

de l'étude: est d'identifier les signaux faibles des tendances émergentes dans le domaine thématique «Santé publique et soins de santé» sur la base de l'analyse des publications «hot citation», des «horizons de recherche» et des «fronts de recherche» enregistrés au début de l'année 2025. *Matériaux et méthodes.* Une analyse scientométrique complète a été réalisée, impliquant l'utilisation de trois approches méthodologiques pour capturer les signaux faibles: la méthode de définition des fronts de recherche (en utilisant l'application analytique à la base de données Web of Science – Essential Science Indicators), la méthode de définition des publications «hot citation» (Hot papers) et la méthode de définition des horizons de recherche (en utilisant l'application analytique Research Horizon Navigator). *Résultats.* Une analyse scientométrique complète a été réalisée en intégrant trois approches méthodologiques pour identifier les signaux faibles dans le domaine de la «santé publique et des soins de santé». Parmi les trois méthodes utilisées pour identifier les signaux faibles, l'algorithme Research Horizons peut être considéré comme l'outil le plus «sensible». Toutefois, les trois méthodes ont permis d'identifier à peu près la même liste de tendances naissantes et établies. *Conclusion.* Le statut de «tendances émergentes» peut être attribué aux domaines de recherche suivants: santé des adolescents, mécanismes du vieillissement en bonne santé, problèmes éthiques liés à l'application des technologies d'IA et d'apprentissage automatique dans le système de soins de santé, accréditation des organisations de santé publique, problèmes d'équité dans la prestation des soins de santé, nouvelles approches de l'utilisation et de l'analyse des données médicales.

Mots clés: tendances émergentes, signaux faibles, domaine thématique, santé publique et soins de santé, fronts de recherche, publications à citation chaude, horizons de recherche.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Канев Александр Федорович – кандидат медицинских наук, аналитик 1 категории отдела аналитики и мониторинга, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Aleksandr F. Kanev – PhD in Medical sciences, analyst of the 1st category, Analyst at the department of analysis and monitoring, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: kanev.af@ssmu.ru; ORCID: 0000-0001-9612-8815; SPIN-код: 5907-6834

Кураков Федор Александрович – главный специалист научно-технического и редакционного отдела, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Fedor A. Kurakov – Chief Specialist of the Scientific, Technical and Editorial Department, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: fedkurakov@yandex.ru; ORCID: 0000-0003-4868-3990; SPIN-код: 5867-5836

Кармина Раиса Леонидовна – заведующая научно-техническим и редакционным отделом, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Raisa L. Karmina – Head of the Scientific, Technical and Editorial Department, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: karminarl@mednet.ru; ORCID: 0009-0006-6567-4235; SPIN-код: 8093-1122

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОГО УПРАВЛЕНИЯ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ В СОСТОЯНИИ ОПЬЯНЕНИЯ: МНЕНИЕ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

А.В. МАСЯКИН¹, И.А. БЕДИНА¹, И.Д. БЕДИНА¹, А.С. САЗОНОВА¹

¹ ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-31-39

Аннотация

Введение. Практикующие наркологи указывают на необходимость модернизации существующей процедуры обязательного медицинского освидетельствования водителей. **Цель исследования:** выявление значимых для врача-психиатра-нарколога показателей (параметров) оценки состояния водителей при проведении обязательного медицинского освидетельствования, связанного с восстановлением права управления транспортным средством. **Материалы и методы.** Опрос (анкетирование) 120 врачей-психиатров-наркологов, работающих в наркологических диспансерах Москвы. Результаты обработаны с помощью методов описательной статистики. **Результаты.** Объективные методы диагностики злоупотребления алкоголем являются наиболее эффективными для принятия врачом решения о годности водителя к управлению транспортным средством. Значимыми являются результаты химико-токсикологического исследования – на 95% уровне доверительной вероятности истинная доля респондентов, считающих метод очень эффективным для вынесения заключения, находится в интервале от 36,8% до 52%; а также данные объективного анамнеза (интервал от 19,1% до 30,3%). Физикальное обследование лиц, восстанавливающих право управления ТС, данные субъективного анамнеза и дополнительные инструментальные методы исследования респонденты считают менее результативными для принятия экспертного решения. В ходе опроса врачи отметили, что, несмотря на четкость действующих в Порядке критериев осмотра водителей, их перечень все же не является исчерпывающим, в связи с чем и нуждается в пересмотре или уточнении. **Заключение.** Для повышения эффективности процедуры оценки годности водителей к управлению транспортным средством необходимо внесение в Порядок дополнительных критериев внешнего осмотра. Факт добровольного прохождения водителем, ранее управлявшим транспортным средством в состоянии опьянения, тематических профилактических реабилитационных программ, может стать дополнительным инструментом для врача при вынесении экспертного решения по итогам процедуры обязательного медицинского освидетельствования.

Ключевые слова: освидетельствование, профилактика, восстановление права управления транспортным средством, водитель.

Для цитирования: Масякин А.В., Бедина И.А., Бедина И.Д., Сазонова А.С. Профилактика повторного управления транспортным средством в состоянии опьянения: мнение врачей-психиатров-наркологов об эффективности показателей оценки состояния водителей при проведении обязательного медицинского освидетельствования. Общественное здоровье. 2025; 2(5):31–39. DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-31-39

Контактная информация: Бедина Инесса Александровна, e-mail: ibedina@mail.ru

Финансирование: работа выполнена в рамках темы НИР «Персонализированный подход к профилактике, диагностике, лечению и реабилитации пациентов с болезнями зависимости с целью совершенствования наркологической помощи».

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 20.02.2025. **Статья принята к печати:** 09.06.2025. **Дата публикации:** 25.06.2025.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-31-39

THE PREVENTION OF REPEATED DRIVING WHILE INTOXICATED: THE OPINION OF NARCOLOGISTS ON THE EFFECTIVENESS OF INDICATORS FOR ASSESSING THE CONDITION OF DRIVERS DURING MANDATORY MEDICAL EXAMINATIONS

A.V. Masyakin¹, I.A. Bedina¹, I.D. Bedina¹, A.S. Sazonova¹

¹ Moscow Research and Practical Centre of narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. Practicing narcologists point to the need to modernize the existing procedure for mandatory medical examination of drivers. **The purpose of the study:** identification of indicators (parameters) significant for a psychiatrist-narcologist to assess the condition of drivers during a mandatory medical examination related to the restoration of the right to drive a vehicle. **Materials and methods.** A survey of 120 psychiatrists and narcologists working in narcological dispensaries in Moscow. The results were processed using descriptive statistics methods. **Results.** Objective methods for diagnosing alcohol abuse are the most effective for a doctor to decide whether a driver is fit to drive a vehicle. The results of the chemical and toxicological examination and the data of the objective medical history are significant. **Conclusion.** In order to increase the effectiveness of the procedure for assessing the suitability of drivers to drive a vehicle, additional external inspection criteria must be introduced into the Procedure. The fact that a driver who had previously driven a vehicle while intoxicated voluntarily completed thematic preventive rehabilitation programs may become an additional tool for a doctor when making an expert decision based on the results of the mandatory medical examination procedure.

Keywords: examination, prevention, restoration of the right to drive a vehicle, driver.

For citation: Masyakin A.V., Bedina I.A., Bedina I.D., Sazonova A.S. The prevention of repeated driving while intoxicated: the opinion of narcologists on the effectiveness of indicators for assessing the condition of drivers during mandatory medical examinations. Public health. 2025; 2(5):31–39, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-31-39

For correspondence: Inessa A. Bedina, e-mail: ibedina@mail.ru

Funding: the work was carried out within the framework of the research topic «A personalized approach to the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with addiction diseases in order to improve drug treatment care».

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 настоящее время задача по снижению аварийности с участием водителей в состоянии опьянения на территории Российской Федерации является чрезвычайно актуальной. Согласно информационно-аналитическому обзору, подготовленному сотрудниками научно-го центра БДД МВД России, в 2023 г. на водителей, находившихся в состоянии опьянения, пришлось десятая часть (10,5%) совершенных в Российской Федерации дорожно-транспортных происшествий (далее – ДТП), а также четверть (23,5%) среди всех погибших [1]. При этом подчеркивается, что «особого внимания» заслуживают водители, ранее лишенные права управления транспортным средством (далее – ТС), поскольку в 2023 г. почти в половине случаев ДТП с их участием (49,5%) у водителя повторно было констатировано состояние опьянения [1]. Принимая во внимание аналогичные данные ГИБДД за 2022 г. (состояние опьянения у виновников ДТП, лишенных права управления ТС, было выявлено в 50,7% случаев) [2], можно говорить о слабой положительной динамике или стабильности данного показателя. Ранее отмечено, что одной из возможных превентивных мер, способных оказать положительное влияние на статистику рецидивов среди водителей, является выявление у них противопоказаний или ограничений к управлению ТС в рамках процедуры обязательного медицинского

освидетельствования (далее – ОМО) при принятии решения о восстановлении водительских прав [3, 4, 5]. Согласно данным врачей-психиатров-наркологов, в настоящее время процедура оценки водителей несовершенна – она требует планомерной работы по модернизации унифицированного алгоритма действий врача-психиатра-нарколога при проведении обследования, а также разработки рекомендательных материалов, которые позволят повысить эффективность процедуры ОМО.

Для достижения данной цели требовалось установить круг проблем, с которыми на сегодняшний день сталкиваются специалисты при проведении ОМО, и с помощью статистических методов анализа проверить значимость выявленных «слабых мест» процедуры для всей выборки врачей-психиатров-наркологов, которые принимают участие в ОМО. Ранее авторами настоящего исследования был осуществлен первый качественный этап научной работы, представлявший собой серию глубинных интервью с врачами-психиатрами-наркологами одного из диспансеров г. Москвы, проводящими оценку годности водителей к управлению ТС [3]. В результате анализа ответов респондентов, собранных в ходе интервью, был выявлен и подробно описан феномен субъективизма врача при проведении ОМО, который сами респонденты объясняли недостаточностью критериев, закрепленных в Порядке проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей

ТС (далее – Порядок)¹. При этом респонденты высказывали предложения по совершенствованию существующей нормативной базы в части, касающейся перечня клинических признаков оценки состояния обследуемого, которые, по их мнению, в перспективе могли бы помочь специалисту в формировании более взвешенного решения относительно допуска водителя к управлению ТС. Поэтому в дальнейших исследованиях представлялось важным подтвердить целесообразность расширения (дополнения) перечня клинических признаков, на которые опираются врачи при проведении процедуры ОМО. В настоящей работе описан второй, количественный этап исследования, на котором с помощью метода опроса проверяются результаты, полученные в ходе предварительных интервью. По итогам проведенного анализа ответов респондентов второго этапа будут предложены первые рекомендации по модернизации процедуры оценки водителей, лишенных прав из-за вождения в состоянии опьянения, к управлению ТС.

Цель исследования: выявление значимых для врача-психиатра-нарколога показателей (параметров) оценки состояния водителей при проведении ОМО, связанного с восстановлением права управления ТС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Поскольку основной задачей данного этапа исследования стала статистическая проверка полученных в ходе качественного этапа исследования данных, было предложено использовать количественный метод – опрос (анкетирование) врачей-психиатров-наркологов. Эмпирическая база исследования состояла из 120 врачей-психиатров-наркологов – как участников ранее проведенных глубинных интервью, так и врачей, которые ранее не участвовали в исследовательских мероприятиях, однако удовлетворяли установленным параметрам

выборки (так называемая look-alike модель)². С одной стороны, такое решение позволило верифицировать результаты предыдущего этапа согласно требованиям внешней валидности исследования, с другой – экстраполировать полученные данные на более крупную выборку целевой аудитории.

При отборе респондентов основными критериями формирования выборки стали:

- практическая деятельность респондента в качестве врача-психиатра-нарколога в амбулаторном звене МНПЦ наркологии;
- наличие у респондента опыта проведения процедуры ОМО водителей, лишенных водительских прав за управление ТС в состоянии опьянения.

Структура анкеты опроса состояла из нескольких блоков, вопросы которых были разработаны на базе результатов предварительного качественного этапа исследования. Ответы респондентов и основные гипотезы, которые были сделаны по итогам первого этапа легли в основу возможных вариантов ответов на вопросы настоящей анкеты. Первый блок – социально-демографический, где респонденты указывали свой возраст, пол, стаж работы и наличие предыдущего опыта работы по другой врачебной специальности. При утвердительном ответе на последний вопрос опрашиваемых просили уточнить специальность. Респонденты, которые не имели ранее опыта работы по иной врачебной специальности, сразу переходили к следующему разделу. Второй блок содержал вопросы, с помощью которых измерялись переменные: «фактическое время, затрачиваемое врачом на процедуру оценки», «эффективные методы оценки», «эффективные элементы внешнего осмотра», «четкость клинических критериев, описанных в Порядке», «исчерпываемость (полнота) клинических критериев, описанных в Порядке», «факт использования врачом дополнительных критериев осмотра, отсутствующих в Порядке», «дополнительные полезные для оценки годности водителя к управлению ТС критерии осмотра, которые должны быть добавлены в Порядок», «плановая длительность процедуры оценки годности водителя к управлению ТС», «ожидаемый эффект от введения дополнительных критериев осмотра». Вопросы относительно фактической и рекомендуемой длительности осмотра были использованы не

¹ Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1092н «Об утверждении порядка проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств), порядка выдачи и формы медицинского заключения о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами, а также о признании утратившими силу отдельных приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации».

² Creswell J.W. Mixed-method research: Introduction and application //Handbook of educational policy. – Academic press, 1999. – С. 455–472.

случайно – с их помощью проверялась гипотеза о дефиците времени на проведение врачом процедуры оценки годности водителя к управлению ТС. С помощью сопоставления переменных фактической и рекомендуемой длительности процедуры планировалось установить, как врачи-наркологи оценивают текущие условия работы с пациентами, есть ли у них потребность в дальнейшем сокращении или увеличении планового времени осмотра. Анкета была составлена с помощью интернет-ресурса Google Forms.

Методы описательной статистики. Полученные в ходе количественного исследования данные были обработаны первично с помощью методов описательной статистики. Так, интервальные переменные, связанные как с фактическим временем, затрачиваемым респондентами на процедуру оценки водителей, так и с желаемой длительностью процедуры, были проанализированы с помощью мер центральной тенденции – моды, медианы и среднего. К порядковым переменным, которые измерялись с помощью 5-балльной или 6-балльной шкалы, были применены меры центральной тенденции как мода и медиана. Такими переменными были методы оценки водителей; четкость критериев, описанных в Порядке. Отметим, что переменные, связанные с методами проведения оценки водителей, которые, опираясь на свой опыт, респонденты ранжировали в зависимости от степени его эффективности, были рассмотрены отдельно, что позволило получить более достоверные данные. Наконец, номинальные (в том числе дихотомические) переменные (эффективные элементы внешнего осмотра; дополнительные критерии осмотра водителей; эффект от дополнительных критериев осмотра) анализировались с помощью моды.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1. Социо-демографические характеристики респондентов. Медианный возраст опрошенных врачей составил 45 лет, при этом квартильный размах равен 11 годам при размахе возраста респондентов в 48 лет, что указывает на высокую разнородность выборки (выборка сбалансирована по возрастному критерию). Средний стаж работы врачом психиатром-наркологом у опрошенных составляет 15 лет, при этом наибольшее количество респондентов работает по данной специальности 10 лет. Практически половина опрошенных (46,9%) ранее

имели опыт работы по иной медицинской специальности, большинство из которых (76,3%) практиковали в области психиатрии.

2. Продолжительность осмотра. Анализ данных показал, что в настоящее время осмотр пациента для принятия решения о его годности к управлению ТС в среднем занимает около 30 минут. По оценке большинства респондентов, такая продолжительность осмотра является оптимальной и достаточной для вынесения экспертного заключения. Однако интересно, что квартильный размах для переменной фактически затрачиваемого времени на процедуру равен 10 минутам, в то время как для переменной «идеальной» длительности процедуры квартильный размах равен 20 минутам, то есть диапазон значений в 50% центральных наблюдений для данной переменной шире. Это означает, что части респондентов, которые в настоящее время проводят процедуру за 30 минут, не хватает времени – они хотели бы иметь в запасе чуть больше.

Основные методы обследования пациента:

– **Лабораторная диагностика (химико-токсикологическое исследование – ХТИ).** Среди опрошенных врачей-психиатров-наркологов наиболее популярным ответом является «1», эквивалентный значению «очень эффективный». Медианное значение по данной переменной – «2», т.е. 50% выборки считает данный метод обследования «очень эффективным» и «вполне эффективным», что демонстрирует высокое доверие врачей к результатам ХТИ. Расчет доверительного интервала для данной переменной подтверждает данный вывод – на 95% уровне доверительной вероятности истинная доля врачей-психиатров-наркологов, проводящих оценку водителей, лишенных прав к управлению ТС, которые считают ХТИ очень эффективным методом для вынесения заключения, находится в интервале от 36,8% до 52,0%.

– **Объективный анамнез.** Наиболее популярным ответом респондентов, соответствующим данной переменной, являлся вариант «2» – «вполне эффективный», что также демонстрирует высокое доверие специалистов по отношению к данному методу обследования. Медианное значение по переменной равно «3», таким образом 50% опрошенных считают объективный анамнез «очень эффективным», «вполне эффективным» и «достаточно эффективным» для принятия решения о годности водителя, восстанавливающего водительские права, к управлению ТС. Отметим, что на 95%

уровне доверительной вероятности истинная доля представителей генеральной совокупности (врачей-психиатров-наркологов, проводящих процедуру оценки), которые считают, что объективный анамнез является «вполне эффективным», лежит в интервале от 19,1% до 30,3%.

– **Внешний осмотр пациента.** Данный метод обследования лиц, восстанавливающих право управления ТС, опрошенные врачи-психиатры-наркологи считают менее результативным по сравнению с предыдущими. Об этом свидетельствует значение моды «3», которое эквивалентно ответу «достаточно эффективный», этот ответ выбрали 24,7% респондентов. При этом 23,5% опрошенных считают данный метод достаточно неэффективным (ответ «4»). Сгруппированность результатов вокруг «центральных» ответов 3 и 4 дает возможность утверждать, что метод внешнего осмотра пациента воспринимается врачами-психиатрами-наркологами как спорный (необъективный) и для вынесения экспертного решения относительно данной категории водителей скорее является вспомогательным. Между тем, оценивая результативность составляющих процедуры медицинского осмотра, респонденты отметили важность для вынесения экспертного решения анализа актуального психического состояния обследуемого. В качестве наиболее значимых показателей специалисты отметили *сохранность / нарушение критических способностей обследуемого (85,2%), лабильность поведенческих (82,7%) и эмоциональных реакций (76,5%)*. Остальные элементы осмотра называли эффективными менее половины опрошенных, что позволяет сделать вывод об их второстепенном значении при принятии врачами-психиатрами-наркологами решения о годности водителя к управлению ТС.

– **Субъективный анамнез, дополнительные инструментальные методы исследования.** Статистическая обработка полученных результатов показала, что сведения из данных категорий респонденты считают наименее эффективными для оценки состояния водителя, ранее лишённого права управления ТС. Мода по данным переменным варьируется от «5» (для субъективного анамнеза) до «6» (дополнительные инструментальные методы). В частности, оценивая эффективность показателей дополнительных инструментальных методов для вынесения экспертного заключения, почти половина опрошенных врачей (43,2%) сошлись во мнении об их полной неэффективности. Можно предположить, что в своей работе только часть врачей использует

данный метод, отчего большинство респондентов оценивают его эффект как минимальный.

3. Четкость и полнота клинических критериев, описанных в Порядке. Анализ переменных, которые связаны с критериями, закрепленными в Порядке, также показал значимые результаты. При ответе на вопрос «Оцените по шкале от 1 до 5 четкость критериев осмотра водителей, лишенных прав, описанных в Порядке», 40,7% респондентов отметили вариант «4», который эквивалентен ответу «достаточно четкие». В отношении полноты (исчерываемости) клинических критериев, описанных в Порядке, мнения респондентов разделились – почти равные половины опрошенных отметили, что указанных в Порядке критериев им «достаточно» – 54,3%, «недостаточно» – 45,7% респондентов. Это означает, что несмотря на четкость действующих критериев осмотра водителей, их перечень все же не является исчерпывающим – у врачей-психиатров-наркологов есть запрос на изменение или уточнение нормативно закрепленных клинических признаков, на которые можно было бы опираться при проведении процедуры оценки годности водителя к управлению ТС. Об этом свидетельствуют и показатели переменной, при помощи которой измерялось использование врачами-психиатрами-наркологами *дополнительных критериев оценки*, отсутствующих в Порядке. Согласно результатам, более половины опрошенных (51,9%) действительно используют собственные дополнительные методы оценки, выходя за формальные рамки проведения обсуждаемой процедуры.

При ответе на вопрос о дополнительных критериях осмотра, которые в случае закрепления их в Порядке могли быть полезны врачам при проведении процедуры оценки, значительное большинство респондентов выбрало «факт прохождения водителем реабилитационных программ» (74,1%). В то же время «обязательное заключение психолога» и «статистика совершенных водителем ДТП в нетрезвом виде» не получили такой поддержки со стороны специалистов – чуть более половины опрошенных (всего 58,0%) подтвердили потенциальную полезность полученных сведений для практического использования. Наконец, отвечая на вопрос о предполагаемых в долгосрочной перспективе положительных последствиях внедрения дополнительных критериев оценки состояния водителей, 85,2% респондентов отметили «снижение вероятности ошибки при вынесении заключения», а 61,7% – «рост числа обоснованных отказов».

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно ранее полученным результатам качественного этапа исследования, при проведении ОМО водителей наряду с инструментарием, определенным действующими нормативными актами, врачами используются иные дополнительные методы оценки состояния обследуемого, основанные на их личном профессиональном опыте [3]. Поскольку критерии (клинические признаки), закрепленные в Порядке, по мнению врачей не являются исчерпывающими и отражают лишь актуальное состояние опьянения, при осмотре обследуемого они вынуждены опираться на субъективно значимые клинические признаки. Данные настоящего исследования подтверждают предварительные результаты на более крупной выборке респондентов. Действительно, более половины опрошенных врачей-психиатров-наркологов используют дополнительные (субъективные) параметры внешнего осмотра, выходя за формальные рамки проведения процедуры ОМО. В свете сказанного оправданным представляется мнение респондентов о целесообразности пересмотра действующего Порядка в части, касающейся перечня клинических признаков. В целом, клинический метод оценивается врачами как спорный (необъективный) и малоэффективный для вынесения экспертного решения относительно обсуждаемой категории водителей. Данный вывод согласуется с результатами работ других авторов, ранее изучавших проблемные аспекты ОМО [6]. Так, по мнению С.В. Шпорт и Т.В. Клименко, клинический метод и данные инструментальных исследований, которые считаются базовыми при диагностике соматических расстройств, малоинформативны для диагностики наркологического расстройства, включая алкогольную зависимость, поскольку в случае воздержания обследуемого от употребления спиртных напитков в течение нескольких дней достоверных признаков наркологического расстройства выявить невозможно [6]. Более того, желание получить положительное экспертное заключение в ряде случаев заставляет обследуемого скрывать или приуменьшать наркологический анамнез, в связи с чем диагностика алкогольной зависимости вызывает еще большие трудности [7].

Настоящее исследование показало, что при принятии экспертного решения врачи-психиатры-наркологи склонны опираться на результаты лабораторных методов диагностики (ХТИ) и данные объективного анамнеза, как

показатели «наиболее объективно» характеризующие состояние обследуемого. Целесообразность применения лабораторных методов исследования для подтверждения годности водителя к управлению ТС и эффективность их использования непосредственно в мероприятиях по профилактике последствий и рисков у водителей, ранее лишенных водительских прав за вождение в нетрезвом виде, подтверждается работами зарубежных авторов [8, 9, 10, 11]. К анамнестическим данным, которые (помимо установленного факта управления ТС в состоянии алкогольного опьянения) могут свидетельствовать о наличии наркологического расстройства, следует отнести сведения о совершенных правонарушениях в состоянии опьянения, информацию об оказании лицу медицинской помощи по поводу алкоголь-ассоциированных заболеваний и отравлений [6], а также данные медицинской документации, подтверждающие пребывание обследуемого под диспансерным наблюдением у врача-психиатра-нарколога.

С одной стороны, высокая оценка эффективности объективных показателей связана с возможностью для врача верификации и «защиты» принятого им решения, что приобретает особую актуальность в случае несогласия обследуемого с заключением эксперта. Об этом косвенно свидетельствует значимость для респондентов потенциального показателя «рост числа обоснованных отказов» (последний вопрос анкеты). С другой стороны, существующие в настоящее время объективные методы оценки годности водителей к управлению ТС позволяют врачам понизить степень субъективизма [3], что, в свою очередь, способствует унификации процесса проведения обсуждаемой процедуры.

В качестве дополнительного инструмента при вынесении положительного решения о восстановлении права управления ТС может стать «факт добровольного прохождения водителем тематических реабилитационных программ». Несмотря на то, что данный показатель не связан с состоянием обследуемого на момент прохождения ОМО, он, по мнению опрошенных специалистов, ретроспективно демонстрирует положительную динамику изменения отношения водителя к причине совершенного им правонарушения и может рассматриваться в качестве значимого прогностического фактора по предупреждению риска повторного управления ТС в состоянии опьянения. Выявленный феномен напрямую соотносится с выводами проведенного ранее авторами качественного этапа исследования [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в результате проведенного исследования были выявлены значимые для врачей-психиатров-наркологов показатели, на которые они опираются при вынесении экспертного решения о допуске к управлению ТС водителей, ранее лишенных водительских прав за управление ТС в состоянии алкогольного опьянения. Среди существующих в настоящее время наиболее эффективными называются методы, объективно подтверждающие злоупотребление алкоголем – ХТИ и данные объективного анамнеза.

Актуальным и целесообразным по мнению целевой аудитории представляется включение

в мероприятия по предупреждению повторного управления ТС в состоянии опьянения тематических реабилитационных программ, а также внесение дополнений в действующий Порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей ТС (Приказ Минздрава России от 24.11.2021 г. № 1092 н).

Выводы. Проведенное исследование открывает возможности для реализации организационных изменений в процедуре ОМО водителей, ранее лишенных прав за управление ТС в состоянии опьянения. На основе полученных результатов могут быть расширены критерии и инструменты оценки состояния водителей, а также изменен порядок проведения процедуры ОМО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дорожно-транспортная аварийность в Российской Федерации в 2023 году: Информационно-аналитический обзор / К. С. Баканов, П. В. Ляхов, А. С. Айсанов [и др.]. – Москва: ФКУ «НЦ БДД МВД России», 2024. – 154 с.
2. Дорожно-транспортная аварийность в Российской Федерации за 2022 год: Информационно-аналитический обзор / К. С. Баканов, П. В. Ляхов, А. С. Айсанов [и др.]. – Москва: ФКУ «НЦ БДД МВД России», 2023. – 150 с.
3. Масакин А. В., Бедина И. А., Харитonenкова Е. Ю., Сазонова А. С., Бедина И. Д. Особенности процедуры оценки годности к управлению транспортным средством водителей, ранее лишенных прав за управление транспортным средством в состоянии опьянения: качественное исследование. Общественное здоровье. 2024; 2(4):32–40, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-32-40.
4. Бедина И. А., Бурцев А. А., Кочетова Т. В. Основные модели медико-психологической работы по профилактике повторного управления транспортным средством в состоянии опьянения (международный опыт). Психология и право. 2022; 12(1): 2–14. DOI: 10.17759/psylaw.2022120101
5. Бурцев А. А., Баканов К. С., Бедина И. А. Обзор мирового опыта допуска к управлению транспортными средствами (Испания, Хорватия). Наркология. 2020; 19 (8): 56–63. DOI 10.25557/1682–8313.2020.08.56–63
6. Шпорт С. В., Клименко Т. В. Проблемные аспекты обязательного медицинского освидетельствования для установления наличия (отсутствия) медицинских

противопоказаний, связанных с употреблением психоактивных веществ, к управлению транспортным средством. Безопасность дорожного движения. 2024; 4: 25–29.

7. Baggio S., Trächsel B., Rousson V. et al. Identifying an accurate self-reported screening tool for alcohol use disorder: evidence from a Swiss, male population-based assessment. Addiction. 2020; 115(3): 426–436. DOI: 10.1111/add.14864
8. Fiorelli D. et al. Carbohydrate-Deficient Transferrin (CDT) as a Biomarker of Alcohol Abuse: A Retrospective Study of the Italian Drinking Trend among Drivers from 2016 to 2022. Toxics. 2023; 11(11):914. DOI: 10.3390/toxics11110914
9. Porpiglia N. M. et al. New evidence of high association between carbohydrate deficient transferrin (CDT) and alcohol-related road traffic accidents. A retrospective study on 929 injured drivers. Forensic Sci Int. 2022; 340:111438. DOI: 10.1016/j.forsciint.2022.111438
10. Porpiglia N. M., Bortolotti F. et al. CDT vs. GGT for the certification of the fitness to hold the driving license. A comparison based on the association of incremented values with the occurrence of alcohol-related road traffic accidents. Drug Alcohol Depend. 2021; 1;228:109088. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109088
11. De Bejczy A. Phosphatidylethanol (B-PEth) and other direct and indirect biomarkers of alcohol consumption. Int. Rev. Neurobiol. 2024; 175:313–344. DOI: 10.1016/bs.irn.2024.03.004

REFERENCES

1. Road Traffic Accidents in the Russian Federation in 2023: An Information and Analytical Review / K. S. Bakanov, P. V. Lyakhov, A. S. Aisanov, et al. – Moscow: FКУ “National Center for Road Safety of the Ministry of Internal Affairs of Russia,” 2024–154 p.
2. Road Traffic Accidents in the Russian Federation in 2022: Information and Analytical Review / K. S. Bakanov, P. V. Lyakhov, A. S. Aisanov et al. – Moscow, FКУ “National Center for Road Safety, Ministry of Internal Affairs, 2023–150 p.
3. Masjakin A. V., Bedina I. A., Khartonenkova E. Yu., Sazonova A. S. and Bedina I. D. (2024). “Features of the Procedure for Assessing the Fitness to Drive a Vehicle of Drivers Who Were Previously Deprived of Their Rights for Driving While Intoxicated: A Qualitative Study.” Public Health, 2(4), 32–40, doi: 10.2104/2782-1676-2024-4-2-32-40.
4. Bedina I. A., Burtsev A. A., Kochetova T. V. (2022). Basic models of medical and psychological work to prevent repeated driving under the influence of alcohol

- (international experience). *Psychology and Law*, 12(1), 2–14. <https://doi.org/10.17759/psylaw.2022120101>
5. Burtsev A.A., Bakanov K.S., Bedina I.A. (2020). Review of world experience in vehicle licensing (Spain, Croatia). *Narcology*, 19(8), 56–63. <https://doi.org/10.25557/1682-8313.2020.08.56-63>.
 6. Shport S.V., Klimenko T.V. Problematic aspects of mandatory medical examination to establish the presence (absence) of medical contraindications related to the use of psychoactive substances to driving a vehicle. *Road safety*. 2024; 4: 25–29.
 7. Baggio S., Trächsel B., Rousson V. et al. Identifying an accurate self-reported screening tool for alcohol use disorder: evidence from a Swiss, male population-based assessment. *Addiction*. 2020; 115(3): 426–436. DOI: 10.1111/add.14864.
 8. Fiorelli D. et al. Carbohydrate-Deficient Transferrin (CDT) as a Biomarker of Alcohol Abuse: A Retrospective Study

of the Italian Drinking Trend among Drivers from 2016 to 2022. *Toxics*. 2023; 11(11):914. DOI: 10.3390/toxics11110914.

9. Porpiglia N.M., Bortolotti F. et al. New evidence of high association between carbohydrate deficient transferrin (CDT) and alcohol-related road traffic accidents. A retrospective study on 929 injured drivers. *Forensic Sci Int*. 2022; 340:111438. DOI: 10.1016/j.forsciint.2022.111438.
10. Porpiglia N.M., Bortolotti F. et al. CDT vs. GGT for the certification of the fitness to hold the driving license. A comparison based on the association of incremented values with the occurrence of alcohol-related road traffic accidents. *Drug Alcohol Depend*. 2021; 1:228:109088. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2021.109088.
11. De Bejczy A. Phosphatidylethanol (B-PEth) and other direct and indirect biomarkers of alcohol consumption. *Int. Rev. Neurobiol*. 2024; 175:313–344. DOI: 10.1016/bs.irn.2024.03.004.

ES

Prevención de la reincidencia en la conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol: opinión de médicos psiquiatras y toxicólogos sobre la efectividad de los indicadores de evaluación del estado de los conductores durante la realización de un examen médico obligatorio

A.V. Masyakin, I.A. Bedina, I.D. Bedina, A.S. Sazonova

Anotación

Introducción. Los médicos toxicólogos en ejercicio señalan la necesidad de modernizar el procedimiento existente de examen médico obligatorio para conductores. **Objetivo del estudio:** identificar los indicadores (parámetros) significativos para el médico psiquiatra-toxicólogo en la evaluación del estado de los conductores durante la realización del examen médico obligatorio relacionado con la recuperación del derecho a conducir un vehículo. **Materiales y métodos.** Encuesta (cuestionario) a 120 médicos psiquiatras-toxicólogos que trabajan en dispensarios de toxicología en Moscú. Los resultados fueron procesados mediante métodos de estadística descriptiva. **Resultados.** Los métodos objetivos de diagnóstico del abuso de alcohol son los más efectivos para que el médico tome decisiones sobre la idoneidad del conductor para manejar un vehículo. Los resultados del estudio químico-toxicológico son significativos: con un nivel de confianza del 95%, la verdadera proporción de encuestados que consideran el método muy efectivo para emitir un dictamen se encuentra en el intervalo del 36,8% al 52%; así como los datos del historial objetivo (intervalo del 19,1% al 30,3%). El examen físico de las personas que recuperan el derecho a conducir, los datos del historial subjetivo y los métodos instrumentales adicionales son considerados menos efectivos por los encuestados para la toma de decisiones expertas. Durante la encuesta, los médicos señalaron que, a pesar de la claridad de los criterios establecidos en el Procedimiento para el examen de conductores, su lista no es exhaustiva y, por lo tanto, necesita ser revisada o aclarada. **Conclusión.** Para aumentar la efectividad del procedimiento de evaluación de la idoneidad de los conductores para manejar un vehículo, es necesario incluir criterios adicionales de examen externo en el Procedimiento. El hecho de que un conductor, que anteriormente manejó un vehículo bajo la influencia del alcohol, participe voluntariamente en programas de rehabilitación preventiva temáticos puede

FR

Prévention de la récidence de conduite sous l'influence de substances intoxicantes: l'avis des médecins psychiatres et narcologues sur l'efficacité des indicateurs d'évaluation de l'état des conducteurs lors de l'examen médical obligatoire

A.V. Masyakin, I.A. Bedina, I.D. Bedina, A.S. Sazonova

Annotation

Introduction. Les narcologues praticiens soulignent la nécessité de moderniser la procédure existante d'examen médical obligatoire des conducteurs. **Objectif de l'étude:** identification des indicateurs (paramètres) significatifs pour un psychiatre-narcologue dans l'évaluation de l'état des conducteurs lors de l'examen médical obligatoire lié au rétablissement du droit de conduire. **Matériaux et méthodes.** Une enquête (enquête par questionnaire) auprès de 120 médecins-psychiatres-narcologues travaillant dans les dispensaires narcologiques de Moscou. Les résultats ont été traités en utilisant les méthodes de statistiques descriptives. **Résultats.** Les méthodes objectives de diagnostic de l'abus d'alcool sont les plus efficaces pour la décision du médecin sur l'aptitude du conducteur à conduire. Les résultats de l'examen chimico-toxicologique sont significatifs – au niveau de confiance de 95%, la proportion réelle des répondants qui considèrent la méthode comme très efficace pour parvenir à une conclusion se situe dans l'intervalle de 36,8% à 52%; et les données objectives sur les antécédents (intervalle de 19,1% à 30,3%). L'examen physique des personnes rétablissant le droit de conduire un véhicule à moteur, les données de l'anamnèse subjective et les méthodes d'investigation instrumentales supplémentaires sont considérés par les répondants comme moins efficaces pour rendre un jugement d'expert. Au cours de l'enquête, les médecins ont noté que, malgré la clarté des critères d'examen des conducteurs dans la procédure, leur liste n'est pas encore exhaustive et doit donc être révisée ou clarifiée. **Conclusion.** Afin d'améliorer l'efficacité de la procédure d'évaluation de l'aptitude à la conduite, il est nécessaire d'introduire des critères supplémentaires d'examen externe dans la Procédure. Le fait qu'un conducteur qui a déjà conduit un véhicule en état d'ébriété ait volontairement suivi des programmes thématiques de réhabilitation préventive peut devenir un

convertirse en una herramienta adicional para el médico al emitir un dictamen experto al final del procedimiento de examen médico obligatorio.

Palabras clave: examen, prevención, recuperación del derecho a conducir un vehículo, conductor.

outil supplémentaire pour le médecin lorsqu'il prend une décision d'expert sur les résultats de la procédure d'examen médical obligatoire.

Mots clés: examen, prévention, rétablissement du droit de conduire, conducteur.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Масякин Антон Валерьевич – доктор медицинских наук, доцент, директор, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Anton V. Masyakin – Grand PhD in Medical sciences, Associate Professor, Director, Moscow Research and Practical Centre of narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: MasyakinAV@zdrav.mos.ru; ORCID: 0000-0002-9614-7343; SPIN-код: 8427-5025

Бедина Инесса Александровна – кандидат медицинских наук, ученый секретарь, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Inessa A. Bedina – PhD in Medical sciences, scientific Secretary, Moscow Research and Practical Centre of narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: ibedina@mail.ru; ORCID: 0000-0002-9040-2913; SPIN-код: 8875-1830

Бедина Инесса Дмитриевна – специалист по учебно-методической работе, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Inessa D. Bedina – specialist in educational and methodical work, Moscow Research and Practical Centre of narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: inbed@mail.ru; ORCID: 0000-0002-3782-0710; SPIN-код: 1611-9450

Сазонова Алина Станиславовна – заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия.

Alina S. Sazonova – Deputy Chief Medical Officer, Moscow Research and Practical Centre of narcology of the Department of Public Health, Moscow, Russia.

E-mail: sazonova.alina74@mail.ru; ORCID: 0009-0006-1273-3617; SPIN-код: 6373-5574

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

НОВАЯ ПАРАДИГМА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: ПЕРЕХОД ОТ РЕАКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ К ПРОАКТИВНОЙ

«Сегодня новой парадигмой становится переход от реактивной медицины к проактивной, от лечения последствий заболевания к предотвращению его причин», – об этом рассказал министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Альбертович Мурашко на международном форуме «Превентивная медицина как основа качественного и здорового долголетия». Глава Минздрава России отметил, что медицина будущего должна оставаться человекоцентричной: в её основе – не только технологии, но и индивидуальный подход к каждому пациенту, его образу жизни и особенностям здоровья. Так, нацпроекты «Продолжительная и активная жизнь» и «Новые технологии сбережения здоровья» направлены на снижение смертности от хронических неинфекционных заболеваний и увеличение периода активного долголетия, в них заложен новый инновационный смысл – создание здоровьесберегающей среды вокруг человека.

Министр также подчеркнул, что к 2030 г. планируется трансформация федеральной сети учреждений, ориентированных на профилактику заболеваний и формирование здоровых привычек: «Одним из шагов к этому станет модернизация действующих и создание новых центров общественного здоровья, число которых достигнет 600. Центры здоровья будут переоснащены необходимым оборудованием, чтобы осуществлять комплексное наблюдение за гражданами, в том числе имеющими потенциальные риски, даже при отсутствии признаков болезни». Также будет продолжена информационно-коммуникационная кампания, направленная на повышение приверженности граждан к ведению здорового образа жизни и коррекции факторов риска заболеваний: усиление профилактического звена, развитие диспансерного наблюдения, повышение адресности подходов, используя в том числе цифровой профиль пациента, – за счет дальнейшего масштабирования уже полученных результатов от внедрения вышеперечисленных мер.

Источник: Официальный telegram-канал Минздрава России.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ДФО К ПРОБЛЕМЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ: РИСК СОБСТВЕННОГО ЗАРАЖЕНИЯ И СТИГМАТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

И.О. ТАЕНКОВА¹, О.Е. ТРОЦЕНКО¹, Л.А. БАЛАХОНЦЕВА¹,
Е.А. БАЗЫКИНА¹

¹ ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии»
Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека,
г. Хабаровск, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-40-49

Аннотация

Введение. Эпидемиологическая ситуация с распространением ВИЧ-инфекции в Дальневосточном федеральном округе носит напряженный характер, но находится в концентрированной фазе. Научные достижения в диагностике и лечении позволили ВИЧ-инфицированным людям жить полноценной жизнью. Однако в медицинской среде, как и в обществе в целом, сохраняется дискриминация и стигматизация лиц, живущих с ВИЧ, а также боязнь собственного заражения. **Цель исследования:** изучить уровень осведомленности о ВИЧ-инфекции, риске собственного заражения и стигматизации пациентов, живущих с ВИЧ, среди работников медицинских учреждений Дальневосточного федерального округа. **Материалы и методы.** Для реализации целей и задач исследования проведен анализ данных, полученных в результате анонимного опроса 1953 работников из 7 территорий Дальневосточного федерального округа методом сплошной случайной выборки по структурированной анкете. Использовался социологический метод и метод сравнительного анализа. **Результаты.** Анализ полученных данных свидетельствует об удовлетворительном уровне информированности о ВИЧ-инфекции. Одновременно опрос позволил выявить определенный дефицит знаний о проблеме и наличие стигматизирующего поведения в отношении ВИЧ-инфицированных пациентов. Отношение к ВИЧ-инфицированным людям носит в основном доброжелательный характер, но были зафиксированы мифы о путях передачи ВИЧ-инфекции, исходом которых возможна дискриминация лиц, живущих с ВИЧ. Была отмечена негативная реакция медработников к рождению детей ВИЧ-инфицированными женщинами. В 4,4 раза чаще зафиксировано стигматизирующее поведение со стороны среднего медперсонала, чем врачей. С увеличением стажа работы в учреждениях здравоохранения проявляются фобии в отношении риска профессионального заражения. **Заключение.** Исследование уровня осведомленности персонала лечебно-профилактических учреждений о ВИЧ-инфекции может служить своеобразным индикатором возможного риска заражения и стигматизации ВИЧ-инфицированных пациентов. Результаты исследования смогут помочь в определении необходимых мероприятий по повышению компетенции медицинских работников для формирования профессиональной среды, исключающей риск профессионального заражения, повышающей толерантность к пациентам, живущим с ВИЧ, и влияющей на качество оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, медицинские работники, информированность, риск заражения, стигма, стигматизация, толерантность.

Для цитирования: Таенкова И.О., Троценко О.Е., Балахонцева Л.А., Базыкина Е.А. Некоторые аспекты отношения медицинских работников ДФО к проблеме ВИЧ-инфекции: риск собственного заражения и стигматизация пациентов, живущих с ВИЧ. Общественное здоровье. 2025; 2(5):40–49, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-40-49

Контактная информация: Таенкова Ирина Олеговна, e-mail: aids_27dv@mail.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 02.09.2024. **Статья принята к печати:** 24.12.2024. **Дата публикации:** 25.06.2025.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-40-49

SOME ASPECTS OF THE FAR EASTERN FEDERAL DISTRICT MEDICAL STAFF ATTITUDE TOWARDS THE ISSUE OF HIV-INFECTION: SELF-PERCEIVED INFECTION RISK AND STIGMATIZATION OF PATIENTS LIVING WITH HIV

I.O. Taenkova¹, O.E. Trotsenko¹, L.A. Balakhontseva¹, E.A. Bazykina¹

¹ Khabarovsk research institute of epidemiology and microbiology, Khabarovsk, Russia.

Abstract

Introduction. HIV in the Far Eastern Federal district is found in concentrated epidemic, however, the situation is tense. Scientific advances in diagnosis and treatment allowed people living with HIV (PLWH) have a chance to live a full life. However, PLWH discrimination and stigmatization as well as self-perceived risk of acquiring HIV persists among medical staff and in society. **The purpose of the study:** to evaluate level of awareness concerning HIV-infection, self-perceived infection risk and stigmatization of patients living with HIV among medical staff of healthcare institutions of the Far Eastern Federal district. **Materials and methods.** Analysis of data obtained in an anonymous survey of 1953 medical workers from 7 constituent entities of the Far Eastern Federal district was performed to implement the goals and aims of the research. Method of continuous random sampling and a structured questionnaire were used in the survey. Sociological method and method of comparative analysis were used in the study. **Results.** Analysis of obtained data indicates a satisfactory level of knowledge on the issue and presence of stigmatizing behavior towards HIV-infected patients. The attitude towards HIV-infected people is mostly friendly but myths about HIV-infection transmission routes were revealed that may lead to discrimination of people living with HIV. A negative reaction towards birth of children by HIV-infected women was detected. Stigmatizing behavior was higher in mid-level medical personnel compared to physicians by 4.4 times. Appearance of perceived risk of being infected due to professional duties was associated with higher work experience. **Conclusion.** Studying the level of healthcare institutions personnel awareness on HIV-infection can be a sort of indicator of perceived infection risk and stigmatization of HIV-infected patients. Results of the research can help to define needed measures for improving competence level of medical workers in order to form a professional environment excluding perceived risk of being infected due to professional duties and increasing tolerance towards patients living with HIV and affection the quality of medical care.

Keywords: HIV-infection, medical workers, awareness, perceived infection risk, stigma, stigmatization, tolerance.

For citation: Taenkova I.O., Trotsenko O.E., Balakhontseva L.A., Bazykina E.A. Some aspects of the Far Eastern Federal district medical staff attitude towards the issue of HIV-infection: self-perceived infection risk and stigmatization of patients living with HIV. Public health. 2025; 2(5):40–49, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-40-49

For correspondence: Irina O. Taenkova, e-mail: aids_27dv@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

Эпидемиологическая ситуация с ВИЧ-инфекцией как в России, так и в Дальневосточном федеральном округе (ДФО) характеризуется ростом новых случаев заражения, выходящих за «ключевые группы» населения, носит напряженный характер, но эпидемия находится в концентрированной фазе (инфицированы ВИЧ 0,43% населения в ДФО).

Пораженность ВИЧ в ДФО по состоянию на 01.01.2024 г. составляет 451,2 случая, а заболеваемость 34,0 на 100 тыс. населения. Увеличивается общее число лиц, живущих с этой инфекцией за счет возрастания доли ВИЧ-инфицированных, регулярно получающих антиретровирусную терапию [1].

Несмотря на то, что современная наука добилась минимизирования воздействия ВИЧ-инфекции и сделала жизнь инфицированного человека полноценной, в обществе продолжается дискриминация и стигматизация носителей данного заболевания. Это положение регистрируется и в медицинской среде. Вопреки получаемым знаниям ряд врачей, и студентов медицинских учреждений следуют закреплённым стереотипам, что негативно сказывается на их

деятельности и подрывает доверие пациента [2]. Стигма, применительно к ВИЧ-инфицированным лицам, означает социальный стереотип, отражающий предвзятое отношение окружающих к носителям ВИЧ-инфекции. Для исчезновения стигматизации ВИЧ-инфицированных людей необходимы знания, которые в настоящее время общедоступны, по крайней мере, в медицинской среде и которыми они должны владеть для осуществления повседневной деятельности [3].

Навешивание ярлыков на лиц, живущих с ВИЧ, со стороны медицинского персонала, а также боязнь собственного заражения среди медицинских работников может препятствовать оказанию качественной медицинской помощи. Фактором, формирующим настороженное отношение медицинского персонала к пациентам с ВИЧ, является и частота контактов с ними.

Актуальность исследования обусловлена тем, что большинство медработников в той или иной мере общаются с пациентами, имеющими ВИЧ-положительный статус, оказывая им медицинскую помощь. Существуют и профессиональные риски заболеваемости врачей и медсестер гемоконтактными инфекциями, в т.ч. ВИЧ и вирусными гепатитами В и С. В зоне риска инфицирования находятся все категории медицинского

персонала: от руководителей лечебных учреждений до санитарок и вспомогательного персонала. Особо высокий показатель ощущения опасности выявляется среди младшего медперсонала, что свидетельствует о восприятии риска на эмоционально-психологическом уровне и недостатке знаний о профилактике заражения. В Волгоградской области, например, преобладающее большинство опрошенных медицинских работников испытывают страх заражения, их чувства в отношении ВИЧ-инфицированных в 5,43% случаев вызывают страх и брезгливость [4, 5].

Страх инфицирования ВИЧ может влиять на качество работы сотрудников медицинских организаций, усиливать чувство утомления от работы. Боязнь заражения связана с тем, что у медицинских работников низка или отсутствует осведомленность о ВИЧ-инфекции. Более негативное отношение к ВИЧ-инфицированным пациентам демонстрируют медицинские сестры, нежели врачи [6].

Уровень осведомленности населения о ВИЧ/СПИДе изучается путем проведения социологических исследований и планирования последующей профилактической работы. Оценка информированности самих медицинских работников позволяет выявить возможности снижения профессионального риска заражения сотрудников медицинских организаций, определить приоритеты для улучшения качества медицинской помощи пациентам, живущим с ВИЧ.

Преодолению страха заражения ВИЧ-инфекцией, а также стигматизации лиц, живущих с ВИЧ, среди медицинских работников может способствовать повышение уровня компетентности по вопросам ВИЧ/СПИДа. Для планирования и организации обучения, последующего мониторинга эффективности проводимых мероприятий необходимы периодические исследования среди сотрудников медицинских учреждений их осведомленности о ВИЧ.

Пилотное исследование уровня информированности работников медицинских учреждений о проблеме ВИЧ-инфекции было проведено авторами статьи в трех регионах ДФО в 2019–2020 гг., на основании которого был сделан вывод о необходимости проведения полномасштабных научных работ, расширив как количество анализируемых территорий, входящих в ДФО, так и количество участников опроса [7]. Представленная статья является продолжением ранее начатого исследования.

Цель исследования: изучить среди работников медицинских учреждений ДФО уровень

осведомленности о ВИЧ-инфекции, риске собственного заражения и стигматизации лиц, живущих с ВИЧ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Как и в предыдущих исследованиях, в представленной работе использовался социологический метод и метод сравнительного анализа. Опрос проводился в 2021–2024 гг. анонимно среди работников медицинских организаций ДФО: Хабаровского и Забайкальского краёв, Сахалинской, Амурской, Магаданской областей, республики Саха (Якутия), Еврейской автономной области (ЕАО). Применен метод сплошной случайной выборки по структурированной анкете, включающей 12 вопросов с вариантами ответов от 3 до 7, которую авторы использовали и ранее [7]. Участниками опроса являлись работники лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) 7 территорий ДФО разного профиля: областных больниц и ФАПов, центров по профилактике и борьбе со СПИД, амбулаторных учреждений органов здравоохранения регионов, противотуберкулезного диспансера, станций скорой помощи и переливания крови, женских консультаций, психоневрологической больницы.

Были обработаны 1 953 результативные анкеты. Врачи составили 33,93±1,8% (n=663), из них хирургического профиля – 25,34±0,98%, терапевтического – 74,66±0,98%. Средние медработники – 46,93±1,64% (n=917), младший медперсонал – 9,78±2,14% (n=191), административный персонал – 6,61±2,18% (n=129) и специалисты по социальной работе, психологи медучреждений – 2,72±2,21% (n=54). Средний возраст респондентов составил 44,88±1,81 лет, а стаж работы в медицинских учреждениях – 20,45±0,91 лет. Доля респондентов-мужчин – 6,91±0,57%, что характерно для гендерного состава учреждений здравоохранения.

Статистическая обработка результатов проводилась вручную и с помощью программы Excel, 2013. Данные представлены в виде относительных показателей (доли, %) и стандартной ошибки показателя (доли, %).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате анализа данных, полученных в настоящем исследовании, установлено, что уровень осведомленности о проблеме

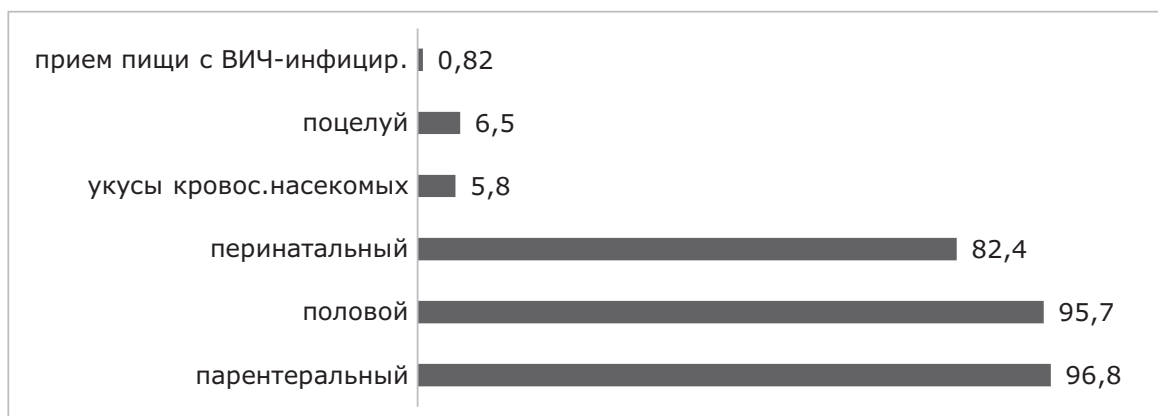


Рис. 1. Распределение ответов респондентов об основных путях передачи ВИЧ-инфекции (в процентах)

Примечание: можно было выбрать все правильные с точки зрения респондентов ответы.

Источник: составлено авторами по данным анкетирования медработников ЛПУ ДФО, актуальным на 01.05.2024 г.

с распространением ВИЧ-инфекции среди работников учреждений здравоохранения ДФО вполне удовлетворительная ($95,70 \pm 0,45\%$). Респонденты, которые выбрали варианты ответов на вопрос «Знаете ли вы о проблеме ВИЧ/СПИДа?»: «Слышал, но точно не знаю», «Я не такой человек, чтобы заразиться ВИЧ», «Не интересуюсь этой проблемой» составляют незначительную долю ($4,32 \pm 0,46\%$).

Сравнительные данные по информированности о возможных путях передачи этой инфекции представлены на рис. 1.

Респонденты хорошо осведомлены о парентеральном и половом путях передачи ВИЧ-инфекции. Перинатальный (вертикальный, от матери к ребенку) путь возможного заражения известен

$82,35 \pm 0,86\%$ (1 609) опрошенным работникам учреждений здравоохранения.

В таблице 1 представлены сравнительные данные ответов медицинских работников 7 территорий ДФО на вопрос о возможных путях передачи ВИЧ-инфекции.

Небольшая доля опрошенных уверены, что заражение может произойти при укусе насекомых, при поцелуе и совместном приеме пищи с ВИЧ-инфицированным человеком. В настоящем исследовании зафиксировано, что мифы в отношении возможных путей заражения ВИЧ в 1,5 раза чаще встречаются у медицинских сестер и младшего персонала по сравнению со средним показателем среди всех медработников, участвующих в опросе (таблица 2).

Таблица 1

Распределение ответов респондентов об основных возможных путях передачи ВИЧ-инфекции по территориям ДФО (в процентах)

Территории	Пути передачи ВИЧ-инфекции (доля в%)					
	Парентеральный	Половой	Перинатальный	Укусы кровососущ.	Поцелуй	Прием пищи с ВИЧ-инфицир. чел.
Сахалинская область	99,0	99,4	93,0	4,7	3,5	-
Амурская область	88,3	92,6	96,8	14,9	6,4	1,1
Магаданская область	95,7	94,1	73,8	4,7	3,7	0,2
Еврейская автономная область	98,5	96,4	87,6	5,7	6,2	0,5
Хабаровский край	99,7	96,9	78,3	5,5	9,1	2,4
Республика Саха (Якутия)	98,4	96,8	84,3	4,0	7,5	1,3
Забайкальский край	92,1	93,0	79,2	9,3	11,2	0,9

Источник: составлено авторами по данным анкетирования медработников ЛПУ ДФО, актуальным на 01.05.2024 г.

**Сравнительные данные распределения ложных ответов
о возможных путях заражения ВИЧ (в %)**

Возможные пути заражения ВИЧ	Средний и младший мед. персонал (в %) n = 1108	Все сотрудники мед. организаций (в %) n = 1953
Укусы кровососущих насекомых	8,57±1,55	5,84±0,53
Поцелуй	8,68±1,56	6,45±0,55
Совместный прием пищи с ВИЧ-инфицированным человеком	1,24±0,61	0,82±0,22

Источник: составлено авторами по данным анкетирования медработников ЛПУ ДФО, актуальным на 01.05.2024 г.

Очевидно, что недостаточное знание о путях передачи ВИЧ будет порождать мифы о заболевании и страх, не ассоциированный со снижением риска, а страх, единственным исходом которого будет дискриминация ВИЧ-инфицированных лиц. Так, например, по данным исследований, проведенных в Иркутской области, 35,9% младшего персонала уверены, что заражение ВИЧ-инфекцией возможно при уходе за ВИЧ-положительными пациентами. Причем, с мнением младших работников согласны 10% врачей и 25% медицинских сестер [4, 8, 9].

Одной из задач исследования было изучение отдельных аспектов проблемы стигматизации пациентов (людей), живущих с ВИЧ, со стороны работников ЛПУ. В данной работе респондентам не задавался напрямую вопрос об их недоброжелательном отношении к ВИЧ-позитивным пациентам. Но по ответам на ряд вопросов анкеты можно косвенно судить о настороженном взаимодействии с ВИЧ-инфицированными людьми, обращающимися за медицинской помощью.

Можно предположить, что профессиональный страх возможного инфицирования основан не на рациональном уровне (как позитивное чувство, которое в соответствии с инструкцией помогает адекватно действовать в ситуации риска заражения), а как результат эмоционально-психологического стресса (человеческий фактор). Это способствует формированию у персонала защитных реакций по отношению к пациентам, живущим с ВИЧ, и выражается в виде стигматизации [4].

Опрос персонала ЛПУ в ДФО показал, что отношение к ВИЧ-инфицированным людям носит в основном доброжелательный характер. Этот факт можно продемонстрировать по ответам на ряд вопросов анкеты. Так, например, свое спокойное (нейтральное) отношение к ВИЧ-инфицированным выразили 73,95±0,99% опрошенных. Готовность оказывать им помощь и поддержку зафиксировано у 32,45±1,06% респондентов. Но все-таки 12,85±0,76% участников опроса испытывают «напряжение» при общении с лицами, живущими

с ВИЧ. Выразили «желание отдалиться» от них и даже «возмущение» 7,78±0,60% и 5,84±0,53% респондентов соответственно.

Определенную степень стигматизации людей, живущих с ВИЧ, со стороны работников ЛПУ можно оценить и по ответам на вопрос: «Пожмете ли вы руку ВИЧ-инфицированному человеку?». Так, сомневаются в этом действии 15,77±0,82% респондентов, а категоричное «нет» выбрали 5,79±0,52% опрошенных.

Вопросы толерантности к лицам, живущим с ВИЧ, имеют определенное значение как при оказании качественной медицинской помощи, так и при совместной работе с ВИЧ-инфицированным сотрудником ЛПУ. Например, вполне допустимо для 61,6% врачей-терапевтов одного из округов г. Москвы иметь ВИЧ-инфицированного коллегу по работе [10].

В проведенном авторским коллективом исследовании выявлена высокая настороженность респондентов при возможной совместной работе с ВИЧ-инфицированным сотрудником. Отвечая на вопрос: «Должен ли работник при приеме на работу сообщать свой ВИЧ-статус?», только 17,35±0,86% опрошенных выбрали вариант «нет, не обязан». Большинство респондентов (82,66±0,86%) вне зависимости от профессионального статуса убеждены, что ВИЧ-инфицированный должен раскрыть свой положительный статус: «да, если он работает с людьми» (39,97±1,1%) и «да, если его работа связана с инвазивными процедурами» (42,69±1,1%).

Но эти утверждения противоречат законодательным нормам о праве лиц, живущих с ВИЧ, т.к. ВИЧ-статус может быть оглашен другому гражданину, в т.ч. родственникам, только с явного согласия инфицированного лица [11].

Решение о создании семьи и рождении детей (но при этом в обязательном порядке сообщать свой ВИЧ-статус и предпринимать меры защиты) как право ВИЧ-инфицированного человека самому его принимать отметили в ответах 83,73±0,83% респондентов. Однако 9,68±0,67% опрошенных

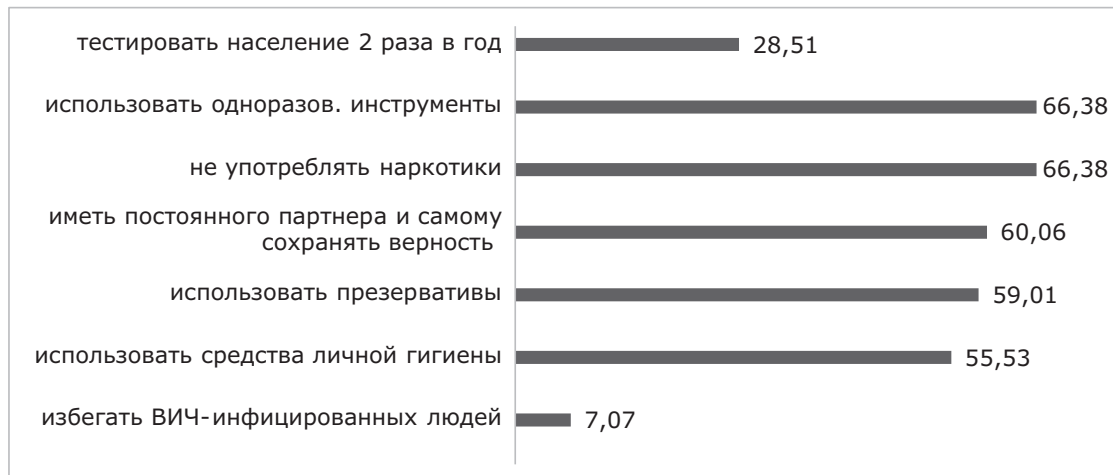


Рис. 2. **Распределение ответов респондентов о возможных мерах профилактики заражения ВИЧ-инфекцией (в %)**

Примечание: можно было выбрать до 3-х вариантов ответов.

Источник: составлено авторами по данным анкетирования медработников ЛПУ ДФО, актуальным на 01.05.2024 г.

считают, что это опасно (за исключением респондентов Забайкальского края), еще $6,59 \pm 0,56\%$ опрошенных не знают ответа на вопрос о возможности ВИЧ-инфицированному человеку создавать семью и рожать детей.

Негативное отношение медработников к рождению ребенка ВИЧ-инфицированной женщиной может снижать доверие пациенток к системе оказания помощи и представлять собой барьер, препятствующий проведению профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, проводимой у женщин во время беременности и родов, а также у новорожденных детей [2].

Основным реальным ресурсом в снижении темпов распространения ВИЧ-инфекции является профилактика. Через опрос респондентов, охваченных данным исследованием, был выяснен уровень их осведомленности о мерах в области первичной (неспецифической) профилактики заражения ВИЧ-инфекцией (рис. 2).

С точки зрения опрошенных медицинских работников, приоритетными мерами профилактики являются отказ от употребления наркотических веществ и использование одноразовых инструментов, а также наличие одного здорового партнера и необходимость самому хранить верность и постоянное использование презервативов.

Вариант ответа «избегать ВИЧ-инфицированных» на вопрос: «Что необходимо предпринять для снижения риска заражения?» выбрали $7,07 \pm 0,58\%$ респондентов. Причем в 4,43 раза чаще согласны с этим вариантом медицинские сестры ($14,15\%$), чем врачи ($3,20\%$). Это свидетельствует о наличии большей стигматизации лиц, живущих с ВИЧ, со стороны среднего медперсонала.

До $28,51 \pm 1,02\%$ респондентов предлагают с профилактической целью тестировать все население 2 раза в год. Но в то же время $20,42 \pm 0,91\%$ опрошенных медработников сами не помнят, когда в последний раз проходили тест на ВИЧ. В таблице 3

Таблица 3

**Распределение вариантов ответов респондентов на вопрос:
«Проходили ли вы тест на ВИЧ?» (в абс. числах и в %)**

Варианты ответа	Абсол. число n = 1954	Доля в %
Да, но не помню когда	399	$20,42 \pm 0,91$
Да, полгода назад	1366	$69,91 \pm 1,03$
Я бы прошел(-ла), но не предлагали	110	$5,63 \pm 0,52$
Мне это не надо	79	$4,05 \pm 0,44$

Источник: составлено авторами по данным анкетирования медработников ЛПУ ДФО, актуальным на 01.05.2024 г.

Таблица 4

Распределение варианта ответа «да, в последние полгода» на вопрос: «Проходили ли вы тестирование на ВИЧ-инфекцию?» (по территориям ДФО)

Территория	Абсолютное число респондентов, выбравших вариант «да, в последние полгода» (n = 1 366)	Доля ответа (в %)
Сахалинская область	149	86,63±2,59
Амурская область	65	69,15±4,76
Магаданская область	330	67,20±2,11
Еврейская автономная обл.	212	54,80±2,38
Хабаровский край	173	78,80±2,76
Республика Саха (Якутия)	262	69,87±2,37
Забайкальский край	175	81,40±2,45

Источник: составлено авторами по данным анкетирования медработников ЛПУ ДФО, актуальным на 01.05.2024 г.

представлены варианты ответов работников учреждений здравоохранения ДФО на вопрос: «Проходили ли вы тест на ВИЧ?».

Распределение по территориям ДФО долей респондентов, прошедших тестирование на ВИЧ в последние полгода, представлено в таблице 4.

Из всех медработников ЛПУ, участвующих в опросе, 71,33±1,03% прошли тестирование на ВИЧ-инфекцию полгода назад.

На основании полученных данных настоящего исследования, необходимо отметить, что в тестировании медперсонала для контроля своего ВИЧ-статуса существует определенный резерв, который может быть использован в качестве профилактической меры риска заражения. Особое внимание на регулярность тестирования необходимо обратить сотрудникам ЛПУ из ЕАО, Магаданской, Амурской областей и республики Саха (Якутия).

В результате анализа полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. В целом, уровень осведомленности работников учреждений здравоохранения ДФО о ВИЧ-инфекции удовлетворительный. Однако не вполне информированы все категории медработников о перинатальном пути заражения (82,35%), что возможно снижает внимание к ВИЧ-инфицированным пациентам, планирующим беременность для получения своевременного и регулярного профилактического лечения.

2. У всех категорий медицинских работников зафиксирован определенный уровень страха и фобии в отношении людей, живущих с ВИЧ, что формирует стигматизацию в отношении таких лиц (сомневаются в пожатии руки ВИЧ-инфицированному человеку 15,77% респондентов; 12,85% – испытывают напряжение и страх).

3. С увеличением стажа работы в ЛПУ проявляются более выраженные фобии в отношении риска заражения. В свою очередь, страх может отрицательно влиять на качество оказываемой помощи.

4. Информированность средних медработников в отношении использования профилактических мер заражения ВИЧ-инфекцией ниже врачебного персонала.

5. Исследование уровня осведомленности медицинского персонала о ВИЧ-инфекции может служить своеобразным индикатором возможного риска заражения и стигматизации ВИЧ-инфицированных пациентов.

Все вышеперечисленное диктует необходимость при проведении мероприятий, направленных на повышение профессиональной компетенции, больше внимания уделять вопросам ВИЧ/СПИДа, а также этике и деонтологии в работе с ВИЧ-инфицированными пациентами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Любая эпидемия создает в обществе напряженность, мифы и фобии, поэтому имеется необходимость регулярного проведения информационно-просветительской работы не только с населением, но и с работниками организаций системы здравоохранения, направленной на повышение компетенции в вопросах ВИЧ-инфекции [9].

Для формирования профессиональной среды, исключающей стигматизацию лиц, живущих с ВИЧ, со стороны работников ЛПУ целесообразно периодически проводить мероприятия, направленные не только на повышение знаний

в профессиональных вопросах ВИЧ-инфекции, но и на тему формирования толерантности и дружелюбия к ВИЧ-инфицированным пациентам. Это может быть реализовано за счет включения в программы повышения квалификации психологических и поведенческих тренингов. Особое внимание необходимо уделять младшему медицинскому персоналу, разработав для них адаптированную программу [4, 9].

Есть необходимость изменения подходов к обучению/повышению квалификации, используя как традиционные формы и методы, так и современные перспективные технологии. С помощью интерактивных тренинговых программ необходимо расширить перечень тем о ВИЧ/СПИДе, особенно среди тех, кто имеет мало опыта работы с ВИЧ-инфицированными пациентами.

Таким образом, полученные в ходе исследования данные позволили оценить уровень осведомленности работников медицинских организаций ДФО в вопросах ВИЧ-инфекции и определить дальнейшее направление в повышении их компетентности для снижения риска собственного профессионального заражения и сведения к минимуму уровня стигматизации ВИЧ-инфицированных пациентов при оказании им качественной медицинской и профилактической помощи.

Благодарность: Авторы выражают благодарность руководителям и сотрудникам территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом Магаданской, Амурской и Сахалинской обл., ЕАО, республики Саха (Якутия), Забайкальского края за организационную помощь в проведении социологического опроса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Таенкова И.О., Троценко О.Е., Балахонцева Л.А., Котова В.О., Базыкина Е.А. Эпидемиологическая ситуация с распространением ВИЧ-инфекции в ДФО (краткий анализ за 2023 г.) // Дальневосточный журнал инфекционной патологии.
2. Алексеева С.В., Лукьянская А.В. Проблема отношения к ВИЧ-инфицированным в обществе и медресах // Смыслы, ценности, нормы в бытии человека, общества, государства: сб. ст. и материалов / сост. А.С. Макурина. – Челябинск: ЮУрГПИ им. П.И. Чайковского, 2020.
3. Маркова Д.П., Сутурина Л.В. Проблема стигматизации ВИЧ-инфицированных пациентов со стороны медицинских работников: литературный обзор. /Acta biomedica scientifica, 3 (3).
4. Лисаускене М.В., Плотнокова Ю.К., Ракова Ю.Н. Социологический анализ отношения различных категорий медицинского персонала лечебных учреждений к ВИЧ-инфицированным пациентам // Социология медицины. – 2017. – № 16 (1). – С. 56–61. <https://doi.org/10.18821/1728-2810-2017-16-1-56-61>
5. Чернявская О.А., Иоанниди Е.А. Некоторые аспекты проблемы стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ/СПИДом // Социология медицины.
6. Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., Кольцова О.В., Селютина Е.В. и др. О проблеме стигматизации больных с ВИЧ-инфекцией со стороны медицинских работников // Доктор.Ру. Неврология Психиатрия. 2016.
7. Таенкова И.О., Троценко О.Е., Балахонцева Л.А., Таенкова А.А., Ячинская Т.В., Базыкина Е.А. Изучение

- осведомленности специалистов учреждений здравоохранения и социальной защиты населения дальневосточного региона о ВИЧ-инфекции для формирования профессиональной среды, исключающей стигматизацию (предварительные данные пилотного исследования) // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2020. – № 39. – С. 75–81.
8. Аглиуллина С.Т., Хасанова Г.Р., Мухарьмова Л.М., Хасанова Р.Н. Отношение студентов медицинских факультетов к проблеме ВИЧ-инфекции // Профилактическая и клиническая медицина. – 2017. – № 2 (63). – С. 72–77. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-strategii-profilaktiki-vich-infektsii-obzor-literatury> (Дата обращения: 28.01.2024).
9. Таенкова И.О., Троценко О.Е., Балахонцева Л.А., Таенкова А.А., Ячинская Т.В., Базыкина Е.А. Уровень осведомленности медицинских и социальных работников о ВИЧ-инфекции как один из возможных факторов, влияющих на качество медико-социальной работы с подростками и молодежью // Репродукт. здоровье детей и подростков. 2019.
10. Богачанская Н.Н. Отношение врачей-терапевтов к ВИЧ-инфицированным пациентам // Современное исследование социальных проблем.
11. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: Федеральный закон от 22 июля 1993 г. № 5487-1, ст. 61. В ред. 07.12.2011 г. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2413/c3c15877d6c0f9a5dfa0f42c0383143c91953784/ (Дата обращения: 08.12.2023 г.).

REFERENCES

1. Taenkova I.O., Trotsenko O.E., Balakhontseva L.A., Kotova V.O., Bazykina E.A. Epidemiological situation with the spread of HIV-infection in the Far Eastern Federal district (short analysis for 2023) // Far Eastern journal of infectious pathology. – 2024. – № 46. P. 50–55. URL: <https://doi.org/10.62963/2073-2899-2024-46-50-54> (in Russian).
2. Alexeeva S.V., Luk'yanskaya A.V. The problem of relationship to HIV-infected in society and medical institutions. Collection of articles and materials "Meanings, values, norms in the existence of man, society, state". Publishing house: "South Ural state institute of arts named after P.I. Tchaikovsky. Chelabinsk, 2020. P. 94–101. URL: https://uyrgii.ru/sites/default/files/scn_na_sayt.pdf

3. Markova M.D., Suturina L. V. The problem of stigmatization of HIV-infected patients by the medical workers: literature review. *Acta biomedica scientifica*, 3 (3), 160–164, <https://doi.org/10.29413/ABS.2018-3.3.25> (in Russian).
4. Lissauskene M.V., Plontikova Yu.K., Rakova Yu. N. The sociological analysis of attitude of various categories of medical personnel of municipal medical institutions to HIV-infected patients // *Sociology of medicine*. – 2017. № 16 (1). P. 56–61. <https://doi.org/10.18821/1728-2810-2017-16-1-56-61> (in Russian).
5. Chernyavskaya O.A., Ioannidi E.A. Some aspects of stigmatization issue and discrimination of people living with HIV/AIDS // *Sociology of medicine*. 2014. № 2. P. 55–57. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-aspekty-problemy-stigmatizatsii-i-diskriminatsii-lyudey-zhivuschih-s-vich-spidom> (Date of access: 08 Dec., 2023). (in Russian).
6. Neznakov N.G., Khalezova N.B., Koltsova O.V., Selyutina E. V. et al. Stigmatization of Patients with HIV by Medical Professionals // *Doctor.Ru. Neurology Psychiatry*. 2016. № 4 (121). P. 49–54.
7. Taenkova I.O., Trotsenko O.E., Balakhontseva L. A., Taenkova A.A., Yachinskaya T.V., Bazykina E.A. Evaluation of awareness on HIV-infection among health care and social welfare professionals of the Far Eastern federal district performed in order to eliminate stigmatization in professional environment (preliminary data of pilot survey) // *Far Eastern journal of infectious pathology*. – 2020. – № 39. – P. 75–81. (in Russian).
8. Agliullina S.T., Khasanova G.R., Mukharyamova L.M., Khasanova R.N. The attitude of medical students to HIV infection // *Preventive and clinical medicine*. 2017. № 2 (63). P. 72–77 (in Russian). <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-strategii-profilaktiki-vich-infektsii-obzor-literatury> (Date of access: 28 Jan, 2024). (in Russian).
9. Taenkova I.O., Trotsenko O.E., Balakhontseva L.A., Taenkova A.A., Yachinskaya T.V., Bazykina E.A. Levels of awareness among medical and social care workers concerning HIV-infection as one of potential factors that influence quality of sociomedical support of teenagers and youth. *Reproduktivnoe zdorov'e detey i podrostkov [Pediatric and Adolescent Reproductive Health]*. 2019; 15 (2): 5–14. <https://doi.org/10.24411/1816-2134-2019-12001>. (in Russian).
10. Bogachanskaya N.N. The attitude of general practitioners towards HIV-infected patients // *Modern studies of social issues* 2011. № 1 (05). P. 217–219. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-vrachey-terapevtov-k-vich-infitsirovannym-patsientam-2> (Date of access: 28 Jan., 2024). (in Russian).
11. Fundamentals of the legislation of the Russian Federation on health protection of citizens: Federal law dated June 22, 1993. № 5487–1, p. 61. Edited December 07, 2011. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2413/c3c15877d6c0f9a5dfa0f42c0383143c91953784/ (Date of access: 08 Dec., 2023 r.). (in Russian).

ES

Algunos aspectos de la actitud de los trabajadores de la salud del Distrito Federal del Lejano Oriente hacia el problema de la infección por VIH: el riesgo de infección propia y la estigmatización de los pacientes que viven con VIH

I.O. Taenkova, O.E. Trotsenko, L.A. Balakhontseva, E.A. Bazykina

Anotación

Introducción. La situación epidemiológica con respecto a la propagación de la infección por VIH en el Distrito Federal del Lejano Oriente es tensa, pero se encuentra en una fase concentrada. Los logros científicos en diagnóstico y tratamiento han permitido que las personas infectadas por VIH vivan una vida plena. Sin embargo, en el entorno médico, al igual que en la sociedad en general, persiste la discriminación y estigmatización de las personas que viven con VIH, así como el miedo a la propia infección. *Objetivo del estudio:* examinar el nivel de conocimiento sobre la infección por VIH, el riesgo de infección propia y la estigmatización de los pacientes que viven con VIH entre los trabajadores de las instituciones médicas del Distrito Federal del Lejano Oriente. *Materiales y métodos.* Para llevar a cabo los objetivos y tareas del estudio, se realizó un análisis de los datos obtenidos a partir de una encuesta anónima a 1,953 trabajadores de 7 territorios del Distrito Federal del Lejano Oriente mediante un muestreo aleatorio completo a través de un cuestionario estructurado. Se utilizaron métodos sociológicos y de análisis comparativo. *Resultados.* El análisis de los datos obtenidos indica un nivel satisfactorio de conocimiento sobre la infección por VIH. Al mismo tiempo, la encuesta permitió identificar una cierta falta de conocimiento sobre el problema y la existencia de comportamientos estigmatizantes hacia los pacientes infectados por VIH. La actitud

FR

Quelques aspects de l'attitude du personnel de santé de la District fédéral d'Extrême-Orient face à l'infection par le VIH: le risque d'auto-infection et la stigmatisation des patients vivant avec le VIH

I.O. Taenkova, O.E. Trotsenko, L.A. Balakhontseva, E.A. Bazykina

Annotation

Introduction. La situation épidémiologique liée à la propagation de l'infection par le VIH dans le district fédéral d'Extrême-Orient est tendue mais se trouve dans une phase de concentration. Les progrès scientifiques en matière de diagnostic et de traitement ont permis aux personnes infectées par le VIH de vivre pleinement. Cependant, la discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, ainsi que la peur de leur propre infection, persistent dans le milieu médical, ainsi que dans la société dans son ensemble. *Objectif de l'étude:* est d'examiner le niveau de sensibilisation à l'infection par le VIH, le risque de propre infection et la stigmatisation des patients vivant avec le VIH parmi les employés des institutions médicales du district fédéral de l'Extrême-Orient. *Matériaux et méthodes.* Afin de réaliser les buts et objectifs de l'étude, les données obtenues à partir d'une enquête anonyme menée auprès de 1953 employés de 7 territoires du district fédéral d'Extrême-Orient ont été analysées à l'aide d'une méthode d'échantillonnage aléatoire et d'un questionnaire structuré. La méthode sociologique et la méthode d'analyse comparative ont été utilisées. *Résultats.* L'analyse des données obtenues indique un niveau satisfaisant de sensibilisation à l'infection par le VIH. En même temps, l'enquête a révélé un certain déficit de connaissances sur le problème et la présence de comportements stigmatisants à l'égard des patients

hacia las personas infectadas por VIH es en su mayoría benevolente, pero se han registrado mitos sobre las vías de transmisión de la infección por VIH, que pueden resultar en la discriminación de las personas que viven con VIH. Se observó una reacción negativa de los trabajadores de la salud hacia el nacimiento de niños por parte de mujeres infectadas por VIH. Se registró un comportamiento estigmatizante 4,4 veces más frecuente por parte del personal de enfermería en comparación con los médicos. A medida que aumenta la antigüedad en las instituciones de salud, se manifiestan fobias respecto al riesgo de infección profesional. *Conclusión.* El estudio del nivel de conocimiento del personal de las instituciones de atención médica sobre la infección por VIH puede servir como un indicador del posible riesgo de infección y estigmatización de los pacientes infectados por VIH. Los resultados del estudio pueden ayudar a determinar las medidas necesarias para aumentar la competencia de los trabajadores de la salud, con el fin de formar un entorno profesional que excluya el riesgo de infección profesional, aumente la tolerancia hacia los pacientes que viven con VIH y afecte la calidad de la atención médica.

Palabras clave: infección por VIH, trabajadores de la salud, conocimiento, riesgo de infección, estigma, estigmatización, tolerancia.

infectés par le VIH. Les attitudes à l'égard des personnes infectées par le VIH sont généralement bienveillantes, mais des mythes sur les modes de transmission du VIH, susceptibles d'entraîner une discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, ont été enregistrés. Une réaction négative des agents de santé à la naissance d'enfants par des femmes infectées par le VIH a été observée. Le comportement stigmatisant des infirmières a été enregistré 4,4 fois plus souvent que celui des médecins. Avec l'augmentation de la durée de service dans les institutions de soins de santé, les phobies concernant le risque d'infection professionnelle se manifestent. *Conclusion.* L'étude du niveau de sensibilisation à l'infection par le VIH parmi le personnel des établissements de soins de santé peut servir d'indicateur du risque possible d'infection et de stigmatisation des patients infectés par le VIH. Les résultats de l'étude peuvent aider à déterminer les mesures nécessaires pour améliorer les compétences du personnel médical afin de créer un environnement professionnel qui élimine le risque d'infection professionnelle, augmente la tolérance à l'égard des patients vivant avec le VIH et affecte la qualité des soins médicaux.

Mots clés: infection par le VIH, personnel de santé, sensibilisation, risque d'infection, stigmatisation, tolérance.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Таенкова Ирина Олеговна – научный сотрудник лаборатории эпидемиологии и профилактики вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Хабаровск, Россия.

Irina O. Taenkova – Researcher of the Laboratory of Epidemiology and Prevention of Viral Hepatitis and HIV Infection, Khabarovsk research institute of epidemiology and microbiology, Khabarovsk, Russia.

E-mail: aids_27dv@mail.ru, ORCID: 0000-0001-7748-6107, SPIN-код: 1468-9325

Троценко Ольга Евгеньевна – доктор медицинских наук, директор, ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Хабаровск, Россия.

Olga E. Trotsenko – Grand PhD in Medical sciences, director, Khabarovsk research institute of epidemiology and microbiology, Khabarovsk, Russia.

E-mail: trotsenko_oe@hniiem.ru, ORCID: 0000-0003-3050-4472, SPIN-код: 1088-8195

Балахонцева Людмила Анатольевна – руководитель Дальневосточного окружного центра по профилактике и борьбе со СПИД, ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Хабаровск, Россия.

Ludmila A. Balakhontseva – Head of the Far Eastern Regional Center for the Prevention and Control of AIDS, Khabarovsk research institute of epidemiology and microbiology, Khabarovsk, Russia.

E-mail: balakhontseva-la@list.ru, ORCID: 0000-0002-3209-7623, SPIN-код: 6061-0551

Базыкина Елена Анатольевна – младший научный сотрудник лаборатории эпидемиологии и профилактики вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции, ФБУН «Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, г. Хабаровск, Россия.

Elena A. Bazykina – junior researcher of the Laboratory of Epidemiology and Prevention of Viral Hepatitis and HIV Infection, Khabarovsk research institute of epidemiology and microbiology, Khabarovsk, Russia.

E-mail: alyonaf@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-5695-6752, SPIN-код: 7281-5407

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

С.С. ШЕВЧЕНКО¹, Н.К. ТИХОНОВА¹, Д.А. ПЕТЕЛИНА¹,
А.Р. ЮПАТОВА¹, О.Г. СУСЛАКОВА¹

¹ ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, Россия.

УДК 61:378.180.6

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-50-57

Аннотация

Введение. В последние годы здоровье студенческого микросоциума вызывает серьезную озабоченность. Более 65% российских студентов имеют хронические заболевания. Кроме того, характерной чертой студенческой молодежи является недопонимание значимости состояния своего здоровья с его неадекватной оценкой. Одним из показателей отношения студентов к своему здоровью является его самооценка. Однако, субъективная оценка здоровья и его оценка по объективным данным могут не совпадать, что может привести к хроническому течению заболевания. **Цель исследования:** провести анализ самооценки здоровья и структуры заболеваемости студентов медицинского университета. **Материалы и методы.** В исследовании принимали участие студенты ФГБОУ ВО «СГМУ» Минздрава России. Анализ заболеваемости проводился по номенклатуре, согласно «Международной классификации болезней, травм и причин смерти X пересмотра». Источники информации в исследовании: отчетно-учетная документация организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь студентам. Для проведения анализа отношения студенческой молодежи к своему здоровью была разработана «Анкета о состоянии здоровья студента». Проведено анонимное онлайн анкетирование 1180 обучающихся. **Результаты.** При анализе анкет оценки студентами СГМУ своего здоровья выявлено, что около половины респондентов (49,2%) не предъявляют жалоб на свое самочувствие, 13,4% студентов испытывают нарушения в самочувствии, но не обращают на это внимание, редко обращаются к врачу 72,2% и не состоят на диспансерном учете 64,7%. Считают себя здоровыми 31,0% респондентов. При анкетировании 16,3% студентов СГМУ указали на наличие заболеваний эндокринной системы, 15,4% – пищеварительной системы, 13,6% – болезни глаз, 11,6% – болезни органов кровообращения. В структуре заболеваемости среди неинфекционных заболеваний у студентов-медиков лидируют болезни пищеварительной (47,3%) и нервной (22,5%) систем. **Заключение.** Самооценка здоровья может служить важным индикатором состояния здоровья студентов.

Ключевые слова: студенты-медики, анкетирование, самооценка здоровья, заболеваемость.

Для цитирования: Шевченко С.С., Тихонова Н.К., Петелина Д.А., Юпатова А.Р., Суслakова О.Г. Самооценка здоровья и структура заболеваемости студентов медицинского вуза. Общественное здоровье. 2025; 2(5):50–57, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-50-57

Контактная информация: Шевченко Светлана Сергеевна, e-mail: sveta.shevchenko.00@inbox.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 31.10.2024. **Статья принята к печати:** 02.06.2025. **Дата публикации:** 25.06.2025.

UDC 61:378.180.6

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-50-57

SELF-ASSESSMENT OF HEALTH AND MORBIDITY STRUCTURE OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

S.S. Shevchenko¹, N.K. Tikhonova¹, D.A. Petelina¹, A.R. Yupatova¹, O.G. Suslakova¹

¹ Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia.

Abstract

Introduction. In recent years, the health of the student microsociey has served as a cause of serious concern. According to a number of authors, more than 65% of Russian students have chronic diseases. In addition, a characteristic feature of student youth is a misunderstanding of the significance of their health status with its inadequate assessment. One of the indicators of student youth attitude to health is its self-assessment. However, the subjective assessment of health and its assessment based on objective data may not coincide, which can lead to a chronic course of the disease. **The purpose of the study:** to analyze the self-assessment of health and morbidity structure of medical university students. **Materials and methods.** Students of FSBEI VO «SSMU» of the Ministry of Health of Russia. The analysis of morbidity was carried out according to the nomenclature, according to the «International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death X revision». Sources of information in the study: accounting records of healthcare organizations providing medical care to students. To analyze the

students' attitude to their health, the «Questionnaire about the student's health status» was developed. An anonymous online questionnaire survey was conducted among 1180 students. *Results.* At the analysis of questionnaires of assessment of health by students of SSMU it was revealed that about a half of respondents (49,2%) do not complain about their health, 13,4% of students experience disorders in their health but do not pay attention to it, rarely consult a doctor 72,2% and are not on the dispensary registration 64,7%. During the questioning 16,3% of SSMU students indicated the presence of endocrine system diseases, 15,4% – digestive system, 13,6% – eye diseases, 11,6% – diseases of circulatory organs. Diseases of the digestive (47,3%) and nervous (22,5%) systems are leading in the structure of morbidity among non-communicable diseases among medical students. *Conclusion.* Self-assessment of health can serve as an important indicator of students' health status.

Keywords: medical students, questionnaire, self-assessment of health.

For citation: Shevchenko S.S., Tikhonova N.K., Petelina D.A., Yumatova A.R., Suslakova O.G. Self-assessment of health and morbidity structure of medical university students. Public health. 2025; 2(5):50–57, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-50-57

For correspondence: Svetlana S. Shevchenko, e-mail: sveta.shevchenko.00@inbox.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

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 27 «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья» п. 1 указывает: «Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья» [1]. В XXI веке здоровье имеет огромное значение. Сообразно определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов [2].

Функционирование общества в целом и образовательной системы в частности зависит от множества проблем, существующих в современном образовании. В данном случае идет речь о здоровье студенческой молодежи. Сохранение здоровья важно именно в студенческом возрасте, так как в данный отрезок времени формируется будущий специалист, который должен быть физически вынослив, обладать высокой профессиональной квалификацией и достаточной работоспособностью [3, 4, 5].

К сожалению, в последние годы здоровье студенческого микросоциума служит причиной серьезной озабоченности. По данным научной литературы более 65% российских студентов имеют хронические заболевания [6, 7, 8]. Кроме того, характерной чертой студенческой молодежи является недопонимание значимости состояния своего здоровья с его неадекватной оценкой. Поэтому состояние здоровья студентов находится в центре внимания исследователей, а поддержание и его укрепление является важной задачей для подготовки высококвалифицированных специалистов [9].

Одним из показателей отношения студенческой молодежи к своему здоровью является его самооценка. По данным исследования, проведенного Варламовой С.Н. с соавт., оценка собственного здоровья респондентами в 70–80% случаев совпадает с данными медицинских карт, поэтому авторы делают заключение, что самооценка здоровья близка к объективной [10]. По мнению Решетникова А.В. [11], самооценка не является точным индикатором действительного состояния здоровья, но помогает увидеть абсолютно точное представление о реальной ситуации. Кроме того, самооценка здоровья побуждает на самокоррекцию и помогает выявить уровень неблагополучия в функционировании организма, что может предотвратить развитие заболеваний. Однако, субъективная оценка здоровья и его оценка по объективным данным могут не совпадать, что может привести к хроническому течению заболевания.

В настоящий момент основная масса работ посвящена исследованию психического благополучия, физической активности и образа жизни студенческой молодежи. Заболеваемость студентов-медиков и самооценка ими своего здоровья изучены недостаточно и представляют большой практический интерес.

Цель исследования: провести анализ самооценки здоровья и структуры заболеваемости студентов медицинского университета.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения анализа отношения студентов к своему здоровью была разработана «Анкета о состоянии здоровья студента».

Исследование проводилось в ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (СГМУ) в 2022 г. среди студентов 1–6 курсов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. Репрезентативная группа была сформирована методом случайной выборки. В анкетировании приняло участие 1 180 обучающихся в возрасте от 18 до 24 лет, из них 945 (80,1%) – девушки и 235 (19,9%) – юноши. Анализ заболеваемости проводился по номенклатуре, согласно «Международной классификации болезней, травм и причин смерти X пересмотра». Источниками информации в исследовании послужили: отчетно-учетная документация организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь студентам. Статистическая обработка данных была проведена при помощи программы Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе анкет оценки студентами СГМУ своего здоровья (таблица 1) выявлено, что около половины респондентов (49,2%) не предъявляли жалоб на свое самочувствие, 13,4% студентов испытывали нарушения в самочувствии, но не обращали на это внимание, редко обращались к врачу 72,2% и не состоят на диспансерном учете 64,7%. Практически полное отсутствие острых респираторных вирусных заболеваний (ОРВИ) у себя отмечают только 15,2% студенческой молодежи, болеют 1–2 раза в год – 71,3%, и частые простудные заболевания (более 3 раз в год) выявлены у 13,5% респондентов.

Как известно, на здоровье оказывает влияние множество субъективных факторов: условия и образ жизни, отношение к своему здоровью и социальному окружению. Одним из основных факторов риска, влияющих практически на все

Таблица 1

Результаты анкетирования студентов СГМУ (N = 1 180)

Вопросы и варианты ответов	Абс. количество анкетированных	%
Как часто Вы болеете острыми респираторными заболеваниями? – Не болею – 1–2 раза в год – Чаше 3–4 раз в год	179 842 159	15,2 71,3 13,5
Есть ли у Вас какие-либо жалобы на своё самочувствие? – Нет, ощущаю себя здоровым – Да – Иногда ощущаю дискомфорт, но не придаю этому значение	580 158 442	49,2 13,4 37,4
Как часто Вы обращаетесь в здравпункт? – Редко – Сразу, как почувствовал себя не хорошо	852 328	72,2 27,8
Состоите ли Вы на диспансерном учете в поликлинике? (Наблюдаетесь ли Вы у врача?) – Да – Нет	416 764	35,3 64,7
Курите ли Вы? Если да, то как давно? – Не курю – Начал курить еще в старших классах – Начал курить на младших курсах (1–3 курс) – Начал курить на старших курсах (4–6 курс)	812 207 134 27	68,8 17,5 11,4 2,3
Употребляете ли Вы алкогольсодержащие напитки? Если да, то как давно? – Не пью – Начал употреблять алкоголь в старших классах школы – Начал употреблять алкоголь на младших курсах (1–3 курс) – Начал употреблять алкоголь на старших курсах (4–6 курс)	351 547 273 9	29,7 46,4 23,1 0,8
Работаете ли Вы? – Нет – Да, в медицинской сфере – Да, но не в медицинской сфере	849 195 136	71,9 16,6 11,5
Как Вы оцениваете свое финансовое положение? – Высокое – Среднее – Низкое	113 849 218	9,6 71,9 18,5

Источник: составлено авторами на основании результатов собственных исследований.

системы организма, являются вредные привычки [12]. Для выявления распространенности вредных привычек среди студентов СГМУ (таблица 1) были заданы следующие вопросы: «Курите ли Вы?», «Употребляете ли Вы алкогольсодержащие напитки?». Утвердительно ответило 31,2% и 70,3% (соответственно) респондентов, что согласуется с данными аналогичных исследований [13, 14, 15]. Большинство из них курить (56,3%) и употреблять алкоголь содержащие напитки (65,9%) начали в старших классах школы, около трети студентов-медиков пристрастились к данным вредным привычкам на младших курсах университета (1–3 курсы), а на старших курсах университета курить начали 7,3% студентов и употреблять алкогольные напитки 1,1% студентов-медиков.

Было также задано несколько вопросов для определения условий жизни, которые в том числе оказывают влияние на здоровье. 28,1% студентов ответили на вопрос «Работаете ли Вы?» утвердительно. При анализе ответов на вопрос «Как Вы оцениваете свое материальное положение?» было установлено, что большинство студентов (71,9%) оценивают свое материальное положение как среднее, 18,5% – как низкое и только 9,6%, – как высокое.

При анкетировании было выявлено, что 31,0% респондентов не отмечают у себя патологии органов и систем. Структура выявленных заболеваний в ходе исследования распределилась следующим образом (таблица 2): студенты СГМУ считали, что у них есть заболевания эндокринной системы в 16,3% случаев, пищеварительной системы – 15,4%, болезни глаз – 13,6%, болезни органов кровообращения – 11,6%. Далее, примерно с одинаковой частотой указывали на болезни нервной

системы (9,9%), болезни кожи (8,3%) и болезни органов дыхания (8,2%). Значительно меньший удельный вес имели болезни костно-мышечной (6,6%) и мочеполовой (5,9%) систем, а также болезни крови (4,2%).

Среди курящих студентов-медиков у 83,4% отмечено наличие патологии органов и систем, где чаще выявлялись поражения: эндокринной (20,7%), пищеварительной (19,8%) систем и болезней органов дыхания (12,2%). В группе употребляющих алкогольсодержащие напитки 70,0% респондентов указали на наличие патологии, прежде всего пищеварительной (16,0%), эндокринной (14,5%) систем и болезней глаз (11,6%). Большинство работающих (74,4% в медицинской сфере и 76,5% в немедицинской сфере) и не работающих (69,8%) респондентов отмечают патологические изменения органов и систем. Анализ ответов респондентов с учетом материального положения показал, что чаще всего (78,4%) отмечают у себя патологию органов и систем студенты с низким материальным положением. В структуре преобладали патологии пищеварительной (19,3%), эндокринной (15,6%) и в равном соотношении нервной и дыхательной (11,0%) систем.

По количеству заболеваний у одного исследуемого были получены следующие результаты: по одному заболеванию у себя отметили 31,3% студентов, по 2 – 21,6%, по 3 – 8,9%, по 4 – 4,1%, по 5 – 2,1%, по 6 – 0,3% и по 7 – 0,6%. Однако, учитывая, что большинство студентов (60,7%) не состоят на диспансерном учете, можно предположить, что это их субъективное мнение.

Изучение общей заболеваемости студентов СГМУ показывает достаточно высокую частоту

Таблица 2

Структура болезней по самооценке здоровья студентов СГМУ

Болезни	Абсолютное количество заболеваний	%
Болезни эндокринной системы	210	16,3
Болезни органов пищеварения	201	15,4
Болезни глаз	177	13,6
Болезни органов кровообращения	151	11,6
Болезни нервной системы	129	9,9
Болезни кожи	108	8,3
Болезни органов дыхания	106	8,2
Болезни костно-мышечной системы	86	6,6
Болезни мочеполовой системы	76	5,9
Болезни крови	54	4,2
Итого:	1298	100

Источник: составлено авторами на основании результатов собственных исследований.

Таблица 3

Структура общей заболеваемости студентов СГМУ

Классы болезней	Абсолютное количество заболеваний	%
K00-K92	276	47,3
G00-G98	131	22,5
N00-N99	43	7,4
E00-E89	42	7,2
J20-J98	34	5,9
M00-M99	16	2,7
H00-H59	15	2,6
D50-D89	15	2,6
I00-I99	9	1,5
L00-L98	2	0,3
Итого:	583	100

Примечание: K00-K92 – болезни органов пищеварения; E00-E89 – болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обменных веществ; I00-I99 – болезни системы кровообращения; N00-N99 – болезни мочеполовой системы; L00-L98 – болезни кожи и подкожной клетчатки; H00-H59 – болезни глаза и его придаточного аппарата; M00-M99 – болезни костно-мышечной системы; D50-D89 – болезни крови, кроветворных органов; G00-G98 – болезни нервной системы; J20-J98 – болезни органов дыхания.

Источник: составлено авторами на основании результатов собственных исследований.

распространенности ОРВИ (70,7%). Выявленный достаточно высокий процент заболеваемости ОРВИ можно объяснить тем, что студенческий коллектив представляет собой микросоциум с большим количеством контактов, как между собой, так и с профессорско-преподавательским составом в процессе обучения, что делает такой коллектив уязвимым к вспышкам инфекций, передающихся воздушно-капельным путем [16]. Кроме того, возможно, это может быть связано с особенностями бытового устройства, удаленностью вуза от клинических баз и транспортными проблемами, а также с экологическим состоянием среды конкретного учебного заведения.

В структуре заболеваемости среди неинфекционных заболеваний (таблица 3) у студентов-медиков лидируют болезни пищеварительной (47,3%) и нервной (22,5%) систем. Более низкий и практически одинаковый процент встречаемости отмечается у болезней мочеполовой и эндокринной систем. Пятое место занимают болезни органов дыхания, а далее почти одинаковые процентные значения выявлены у болезней костно-мышечной системы, болезней глаза и крови. Замыкают список болезни системы кровообращения и болезни кожи и подкожной клетчатки.

Полученные результаты в рамках настоящей работы о том, что большинство респондентов начали курить и употреблять алкогольсодержащие напитки в старших классах школы, подтверждают данные ранее проведенных исследований,

что начало приобщения к вредным привычкам относится к подростковому возрасту [17, 18]. Подавляющее большинство студенческой молодежи знает о губительном влиянии вредных привычек, но не желает с ними расставаться. Основными причинами, побуждающими к зависимостям, становятся любопытство и давление со стороны группы сверстников [19]. Несмотря на взросление, третья часть анкетированных курить и принимать алкоголь начали, учась на младших курсах, и небольшой процент студентов-медиков пристрастились к вредным привычкам на старших курсах. В какой-то степени, это можно объяснить влиянием на студентов-медиков учебной нагрузки, которая особенно на младших курсах, отличается высокой интенсивностью. На фоне длительного переутомления и сопровождающей тревожности у молодых людей с недостаточной переносимостью трудностей, которые стремятся привести свое состояние в норму путем ухода от реальности, часто формируется зависимое поведение, которое способствует распространению курения и потребления алкоголя [20]. Наличие данных вредных привычек увеличивает частоту появления язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, которые плохо поддаются лечению, и при этом возрастает возможность летального исхода заболеваний.

Смена обстановки при поступлении в вуз, большая загруженность учебной и работой не всегда дают возможность соблюдению

четкого режима питания, а недостаток денежных средств приводит к низкому качеству его состава [21]. Нарушение питания, в свою очередь, может приводить к развитию патологии со стороны пищеварительной системы и нарушению обменных процессов, что подтверждается полученными анкетными данными.

Снижение качества жизни, психоэмоциональная нагрузка требуют от студенческой молодежи мобилизации сил и умения приспособиться к новым условиям обучения и проживания. На долю студентов в настоящее время выпадает большое количество сложностей, которые требуют от них умения генерировать отношения вне семьи. При поступлении в вуз молодые люди оказываются в новых условиях, а нередко и в новой климато-географической среде, при этом включаются механизмы адаптации организма к новому, а возникающий при этом многоуровневый процесс определяет состояние здоровья [22].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в ходе исследования было выявлено, что студенты СГМУ в меньшей степени обращаются за медицинской помощью. Учитывая несоответствие данных по частоте встречаемости заболеваний на основе обращаемости и самооценки своего здоровья обучающихся, можно предположить, что они

являются недостаточно обследованными или не обращаются именно по тем заболеваниям, процент которых не совпадает с процентом заболеваний, зарегистрированных по обращаемости. Длительное воздействие негативных факторов среды может приводить к развитию скрыто протекающих хронических заболеваний, что дает повод говорить о необходимости проведения дополнительного углубленного обследования по тем системам, которые, по их мнению, преобладают в структуре заболеваемости. Проведение анкетирования по самооценке состояния здоровья среди студентов университета до профилактического осмотра поможет акцентировать внимание врачебной комиссии на заболеваниях, указанных респондентами.

Полученные результаты по самооценке говорят о том, что вредные привычки, наличие или отсутствие работы и материальное положение студентов-медиков оказывают влияние на структуру заболеваний.

Опираясь на полученные данные о раннем пристрастии молодежи к вредным привычкам, нужно рекомендовать прививать подрастающему поколению идею о здоровом образе жизни как можно раньше, так как это позволит добиться профилактики многих заболеваний в будущем.

Учитывая вышесказанное, можно сделать вывод, что самооценка здоровья может служить важным индикатором состояния здоровья студентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.09.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступил в силу с 24.07.2015).
2. Brehm W., Wagner P., Sygusch R., Hahn U., Janke A. Health Promotion by means of Health Sport. A framework and a controlled intervention study with sedentary adults. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*. 2005; 15(1): 13–20.
3. Сулима В.Н. Личностно-профессиональное развитие студентов в период обучения в высшем учебном заведении. / В.Н. Сулима // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2017;(5):74–78.
4. Толмачёв Д.А., Мухаметзянов Р.Р., Миннирова А.И. Влияние учебного процесса на состояние здоровья студентов I–III курсов медицинского вуза. *Modern Science*. 2019; 11(4): 178–180.
5. Толмачев Д.А., Меньшиков И.В., Габутдинов К.А. Успеваемость студентов ижевской государственной медицинской академии в зависимости от их образа жизни в динамике за 2016 и 2018 гг. *Синергия Наук*. 2019; (31):1458–1463.
6. Бабина В.С. Проблемы здоровья студенческой молодежи. *Молодой ученый* 2015; (11): 572–575.
7. Артеменков А.А. Комплексная программа оздоровления студентов с дезадаптивными расстройствами. *Российский медицинский журнал*. 2017; (3): 142–147.
8. Миннибаев Т.Ш., Рапопорт И.К., Гончарова Г.А., Чубаровский В.В., Тимошенко К.Т. Состояние здоровья студентов и основные задачи университетской медицины. *Здоровье населения и среда обитания*. 2012; (3): 16–20.
9. Соколова Т.М. Самооценка здоровья студентами профессиональных и высших учебных заведений / Т.М. Соколова, А.Р. Дорохов // *Международный научно-исследовательский журнал*. 2021; 11 (113–3): 124–128.
10. Варламова С.Н., Седова Н.Н. Здоровый образ жизни – шаг вперед, два назад // *Социологические исследования*. 2010; 4 (312):75–87.
11. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // *Экономика здравоохранения*. 2000; 12: 5–19.
12. Меерманова И.Б., Седач Н.Н., Большакова И.А., Калбеков Ж.А. Современное состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи. *Медицина и Экология*. Караганда. 2019;2: 5–11.
13. Шубович М.М., Гринева Е.А., Бибикина Н.В. Здоровьесберегающие технологии по профилактике вредных привычек студенческой молодежи. *Педагогико-психологические и медико-биологические*

- проблемы физической культуры и спорта. 2018; 13(4): 80–86. <https://doi.org/10.14526/2070-4798-2018-13-4-82-86>
14. Усачева Л.В. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи // Наука и практика в образовании: электронный научный журнал. 2021. № 5 (7). С. 46–59. https://doi.org/10.54158/27132838_2021_5_46
 15. Хонякова Т.В., Жадько Д.Д. Анализ распространенности вредных привычек среди студентов специального учебного отделения. Здоровье для всех: сборник статей V Международной научно-практической конференции. – Пинск: Полесский ГУ, 2013. С. 159–162.
 16. Бичев В.Г. Основные составляющие здорового образа жизни человека [Текст] / В.Г. Бичев // Научный журнал «Инновации. Наука. Образование». г. Тольятти, 2020. № 17. С. 203–210.
 17. Кулинич Г.Г. Вредные привычки: профилактика зависимостей: 5–7 классы. – М.: ВАКО, 2013. 208 с.
 18. Баранов А.А., Кучма В.Р., Звездина И.В. Табакокурение детей и подростков: гигиенические и медико-социальные проблемы и пути решения. М.: Литера, 2012. 216 с.
 19. Гонохова А.С., Замчий Т.П. Отношение студентов к вредным привычкам и способы борьбы с ними. Экологические проблемы региона и пути их разрешения: материалы XIII Международной научно-практической конференции. – Омск: ОГТУ, 2019. – С. 189–194.
 20. Глыбочко П.В., Есауленко И.Э., Попов В.И., Петрова Т.Н. Здоровье студентов медицинских вузов России: проблемы и пути их решения. Сеченовский вестник. 2017;2(28):4–1. EDN: ZHHBTZ.
 21. Безряднова А.С., Липатова Л.П., Беркетова Л.В. Анализ структуры питания студентов высшей школы. Вестник Российского экономического университета имени Г.В. Плеханова. 2016;(5):153–159. <https://doi.org/10.21686/2413-2829-2016-5-153-159>
 22. Гаджиев С.Р. Самооценка студентами медицинского университета состояния своего здоровья // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 4–1. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=18608> (Дата обращения: 18.01.2024).

REFERENCES

1. Federal Law No. 323-f3 of 11/21/2011 (as amended on 07/13/2015, as amended dated 30.09.2015) "On the basics of public health protection in the Russian Federation" (as amended and supplemented, entered into force on 07/24/2015). (In Russ.).
2. Brehm W., Wagner P., Sygusch R., Hahn U., Janke A. Health Promotion by means of Health Sport. A framework and a controlled intervention study with sedentary adults. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports. 2005; 15(1): 13–20.
3. Sulima V.N. Personal and professional development of students during their studies at a higher educational institution. / V.N. Sulima // Bulletin of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics. 2017;(5):74–78. (In Russ.).
4. Tolmachev D.A., Mukhametzyanov R.R., Minniyarova A.I. The influence of the educational process on the health of students of the I–III courses of the medical university. Modern Science. 2019; 11(4): 178–180. (In Russ.).
5. Tolmachev D.A., Men'shikov I.V., Gabutdinov K.A. The academic performance of students of the Izhevsk State Medical Academy depending on their lifestyle in dynamics for 2016 and 2018. Sinergiya Nauk. 2019; (31):1458–1463. (In Russ.).
6. Babina V.S. Health problems of students. Young scientist 2015; (11): 572–575. (In Russ.).
7. Artemenkov A.A. Comprehensive program of rehabilitation for students with maladaptive disorders. Russian Medical Journal. 2017; (3): 142–147. (In Russ.).
8. Minnibaev T. Sh., Rapoport I. K., Goncharova G. A., Chubarovsky V. V., Timoshenko K. T. The state of health of students and the main tasks of university medicine. Public health and habitat. 2012; (3): 16–20. 9. (In Russ.).
9. Sokolova T.M. Self-assessment of health by students of professional and higher educational institutions / T.M. Sokolova, A.R. Dorokhov // International Scientific Research Journal. 2021; 11 (113–3); 124–128. (In Russ.).
10. Varlamova S. N., Sedova N. N. Healthy lifestyle – step forward, two backs, Sociological research. 2010; 4 (312):75–87. (In Russ.).
11. Reshetnikov A. V. Social portrait of a health care consumer, Healthcare economy. 2000; 12: 5–19. (In Russ.).
12. Meyermanova I.B., Sedach N.N., Bolshakova I.A., Kalbekov Zh.A. Modern condition and problems of students' health. Meditsina i `Ekologija. Karaganda. 2019;2: 5–11. (In Russ.).
13. Shubovich M.M., Grineva E.A., Bibikova N.V. Health saving technologies in the prevention of addictions student youth. The Russian Journal of Physical Education and Sport. 2018; 13 (4): 80–86. <https://doi.org/10.14526/2070-4798-2018-13-4-80-86>.
14. Usacheva L.V. Developing healthy lifestyles for Student youth. Science and Practice in Education: Electronic Scientific Journal. 2021;(5):46–59. (In Russ.). https://doi.org/10.54158/27132838_2021_5_46
15. Khonyakova T.V. and Zhadko D.D. «Analysis of the prevalence of harmful habits among students of the special educational department», Health for all: Collection of articles of the V International Scientific and Practical Conference, Pinsk, 2013. P. 159–162. (In Russ.).
16. Bichev V.G. The main components of a healthy human lifestyle [Text]. Nauchnyy zhurnal «Innovatsii. Nauka. Obrazovanie». g. Tol'yatti, 2020. № 17. P. 203–210. (In Russ.).
17. Kulinich G.G. Bad habits: addiction prevention: Grades 5–7. M.: WACO; 2013. (In Russ.).
18. Baranov A.A., Kuchma V.R., Zvezdina I. V. Tobacco smoking in children and adolescents: hygienic and medico-social problems and solutions M.: Litera; 2012. (In Russ.).
19. Gonokhova A.S. and Zamchiy T.P. The attitude of students to harmful habits and ways to combat them. Ecological problems of the region and ways of their resolution: Materials of the XIII International Scientific and Practical Conference, Omsk:2019. P. 189–194. (In Russ.).
20. Glybochko P.V., Esaulenko I.E., Popov V.I., Petrova T.N. Health of russian medical university students: problems and solutions. Sechenovskij vestnik.2017;2(28):4–11. (In Russ.). EDN: ZHHBTZ.
21. Bezryadnova A.S., Lipatova L.P., Berketova L.V. Analyzing the structure of university students' nutrition. Vestnik of the Plekhanov Russian University of Economics. 2016;(5):153–159. (In Russ.). <https://doi.org/10.21686/2413-2829-2016-5-153-159>
22. Gadzhiev S.R. Self-assessment by medical university students of their health status. Mezhdunarodnyy studentcheskiy nauchnyy vestnik. Published 2018. № 4–1; URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=18608> (Date of application: 18.04.2024).

ES

Autoevaluación de la salud y estructura de morbilidad de los estudiantes de la facultad de medicina**S.S. Shevchenko, N.K. Tikhonova, D.A. Petelina, A.R. Yumatova, O.G. Suslakova****Anotación**

Introducción. En los últimos años, la salud del microsociedad estudiantil ha suscitado serias preocupaciones. Más del 65% de los estudiantes rusos tienen enfermedades crónicas. Además, una característica distintiva de la juventud estudiantil es la falta de comprensión de la importancia del estado de su salud, junto con una evaluación inadecuada de la misma. Uno de los indicadores de la actitud de los estudiantes hacia su salud es su autoevaluación. Sin embargo, la evaluación subjetiva de la salud y su evaluación basada en datos objetivos pueden no coincidir, lo que puede llevar a un curso crónico de la enfermedad. **Objetivo del estudio:** realizar un análisis de la autoevaluación de la salud y la estructura de morbilidad de los estudiantes de la universidad de medicina. **Materiales y métodos.** En el estudio participaron estudiantes de la FGBOU VO «SGMU» del Ministerio de Salud de Rusia. El análisis de morbilidad se realizó según la nomenclatura, de acuerdo con la «Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte, décima revisión». Las fuentes de información en el estudio fueron la documentación de informes y registros de organizaciones de salud que brindan atención médica a estudiantes. Para llevar a cabo el análisis de la actitud de la juventud estudiantil hacia su salud, se desarrolló el «Cuestionario sobre el estado de salud del estudiante». Se realizó una encuesta anónima en línea a 1,180 estudiantes. **Resultados.** Al analizar los cuestionarios de autoevaluación de salud de los estudiantes de SGMU, se encontró que aproximadamente la mitad de los encuestados (49.2%) no presentan quejas sobre su bienestar, el 13.4% de los estudiantes experimentan alteraciones en su bienestar, pero no les prestan atención, el 72.2% acude raramente al médico y el 64.7% no está en seguimiento dispensario. El 31.0% de los encuestados se considera saludable. En la encuesta, el 16.3% de los estudiantes de SGMU indicaron tener enfermedades del sistema endocrino, el 15.4% del sistema digestivo, el 13.6% enfermedades oculares, y el 11.6% enfermedades del sistema circulatorio. En la estructura de morbilidad entre las enfermedades no infecciosas, las enfermedades del sistema digestivo (47.3%) y del sistema nervioso (22.5%) son las más prevalentes entre los estudiantes de medicina. **Conclusión.** La autoevaluación de la salud puede servir como un importante indicador del estado de salud de los estudiantes.

Palabras clave: estudiantes de medicina, encuesta, autoevaluación de la salud, morbilidad.

FR

Auto-évaluation de la santé et structure de la morbidité des étudiants en médecine**S.S. Shevchenko, N.K. Tikhonova, D.A. Petelina, A.R. Yumatova, O.G. Suslakova****Annotation**

Introduction. Ces dernières années, la santé de la microsociété étudiante a fait l'objet de graves préoccupations. Plus de 65% des étudiants russes souffrent de maladies chroniques. En outre, l'une des caractéristiques de la jeunesse étudiante est la méconnaissance de l'importance de son état de santé et son évaluation inadéquate. L'un des indicateurs de l'attitude des étudiants à l'égard de leur santé est leur auto-évaluation. Cependant, l'évaluation subjective de la santé et son évaluation selon des données objectives peuvent ne pas coïncider, ce qui peut conduire à une évolution chronique de la maladie. **Objectif de l'étude:** analyser l'auto-évaluation de la santé et la structure de la morbidité des étudiants en médecine. **Matériaux et méthodes.** L'étude a porté sur les étudiants de FSBIHE USMU du Ministère de la Santé de Russie. La morbidité a été analysée selon la nomenclature de la «Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, révision X». Sources d'information de l'étude: rapports et documents comptables des organismes de soins de santé fournissant des soins médicaux aux étudiants. Pour analyser l'attitude des jeunes étudiants à l'égard de leur santé, le «Questionnaire sur l'état de santé des étudiants» a été élaboré. Une enquête anonyme par questionnaire en ligne a été menée auprès de 1180 étudiants. **Résultats.** L'analyse des questionnaires d'évaluation de l'état de santé des étudiants de la FSBIHE USMU a révélé qu'environ la moitié des répondants (49,2%) ne se plaignent pas de leur santé, que 13,4% des étudiants éprouvent des problèmes de santé mais n'y prêtent pas attention, qu'ils consultent rarement un médecin (72,2%) et qu'ils ne sont pas inscrits dans un dispensaire (64,7%). 31,0% des répondants se considèrent en bonne santé. Au cours de l'enquête, 16,3% des étudiants de la FSBIHE USMU ont indiqué la présence de maladies du système endocrinien, 15,4% de maladies du système digestif, 13,6% de maladies oculaires et 11,6% de maladies des organes circulatoires. Les maladies du système digestif (47,3%) et du système nerveux (22,5%) sont en tête de la structure de morbidité parmi les maladies non infectieuses chez les étudiants en médecine. **Conclusion.** L'auto-évaluation de la santé peut servir d'indicateur important de l'état de santé des étudiants.

Mots clés: étudiants en médecine, questionnaire, auto-évaluation de la santé, morbidité.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Шевченко Светлана Сергеевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней у детей, ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, Россия.
Svetlana S. Shevchenko – PhD in Medical sciences, Associate Professor of the Department of Infectious Diseases in Children, Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia.

E-mail: sveta.shevchenko.00@inbox.ru; ORCID: 0000-0003-3723-6087; SPIN-код: 4762-6074

Тихонова Наталья Константиновна – доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, Россия.

Natalya K. Tikhonova – Grand PhD in Medical sciences, Professor of the Department of Public Health and Public Health, Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia.

E-mail: nktikhonova@mail.ru; ORCID: 0000-0003-1192-3305; SPIN-код: 2920-6052

Петелина Дарья Александровна – студентка 6 курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, Россия.

Darya A. Petelina – 6th year student of the pediatric faculty, Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia.

E-mail: darya.petelina.2000@mail.ru; ORCID: 0009-0002-0748-2383; SPIN-код: 1175-8675

Юпатова Алина Романовна – студентка 6 курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, Россия.

Alina R. Yumatova – 6th year student of the pediatric faculty, Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia.

E-mail: yumatova.alina1b@yandex.ru; ORCID: 0009-0007-7386-3009; SPIN-код: 4153-2996

Сулакова Ольга Георгиевна – студентка 6 курса педиатрического факультета, ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, Россия.

Olga G. Suslakova – 6th year student of the pediatric faculty, Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia.

E-mail: suslakova2000@mail.ru; ORCID: 0009-0001-2342-7408; SPIN-код: 7298-7233

ПОВСЕДНЕВНЫЕ ПРАКТИКИ ПИТАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА)

Т.В. СКЛЯРОВА^{1,2}, Р.Р. ЯХИНА²

¹ ФГБОУ ВО «Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю.А.»,
г. Саратов, Россия;

² ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики»,
г. Саратов, Россия.

УДК 316.334.52

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-58-69

Аннотация

Введение. Статья посвящена анализу процесса использования молодёжью знаний о здоровом образе жизни в ежедневных выборах и действиях. В ходе исследования выявлены потенциальные медико-социальные риски и осмыслены причины саморазрушающего поведения в отношении здоровья. Полученные данные могут быть полезны в профилактической и информационно-образовательной работе. **Цель исследования:** изучение готовности студенческой молодежи к ежедневному осознанному воспроизводству паттернов здорового образа жизни (правильное питание, контроль массы тела), предотвращающих риски здоровью. **Материалы и методы.** В статье осуществлен тематический анализ публикаций и исследований; применялись статистический (вторичный анализ данных), социологический (онлайн-анкетирование и блиц-опросы) и аналитический (интерпретация результатов исследований) методы. Эмпирической базой исследования стало оригинальное авторское социологическое исследование студенческой молодежи, охватившее 4 возрастные группы: 18–20 лет (5 014 респондентов); 21–25 лет (944 респондента); 26–30 лет (158 респондентов); 31–35 лет (22 респондента) и проходившее в период с февраля по октябрь 2023 г. **Результаты.** Были зафиксированы наиболее вредные пищевые привычки студенческой молодёжи: переедание (10,8%); недоедание (6,7%), причины которого – нехватка времени (39,4%), желание похудеть (21,4%); прием пищи 1–2 раза в день (37,6%); 30,2% едят, где получится; употребление фаст-фуда (78,8%) и энергетических напитков (52,0%), выступающие предпосылками избыточной массы тела. Определены границы потенциальной группы риска (44,1%), имеющей различные вариации отклонений массы тела (как в сторону превышения, так и в сторону снижения). **Заключение.** В ходе социологического исследования было установлено, что теоретический уровень контроля риска здоровью исследуемой группы населения находится на достаточно высоком уровне. Однако в повседневной практике (фактически) мы сталкиваемся с саморазрушительным поведением, что приводит к девальвации имеющихся знаний, повышению риска здоровью и дополнительному медико-социальному вниманию.

Ключевые слова: социальные установки, здоровый образ жизни, культура питания, индекс массы тела, студенческая молодёжь.

Для цитирования: Склярова Т.В., Яхина Р.Р. Повседневные практики питания студенческой молодежи Саратовской области (по результатам социологического скрининга). Общественное здоровье. 2025; 2(5):58–69, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-58-69

Контактная информация: Склярова Татьяна Валентиновна, e-mail: skliarovatv@gmail.com

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 19.08.2024. **Статья принята к печати:** 13.12.2024. **Дата публикации:** 25.06.2025.

UDC 316.334.52

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-58-69

DAILY NUTRITION PRACTICES OF STUDENT YOUTH IN THE SARATOV REGION (BASED ON THE RESULTS OF SOCIOLOGICAL SCREENING)

T.V. Skliarova^{1,2}, R.R. Yakhina²

¹ Saratov state technical university named after Gagarin Yu.A., Saratov, Russia;

² Saratov Regional Center for Public Health and Medical Prevention, Saratov, Russia.

Abstract

Introduction. The article is aimed at analyzing the process of youth using knowledge about a healthy lifestyle in everyday choices and actions. The study identified potential medical and social risks and comprehended the causes of self-destructive behavior in relation to health. The data obtained can be useful in preventive and information-educational work. **The purpose of the study:** studying the readiness of student youth to daily conscious reproduction of healthy lifestyle patterns (proper

nutrition, weight control) that prevent health risks. *Materials and methods.* The thematic analysis of publications and studies was carried out; statistical (secondary data analysis), sociological (online questionnaires and blitz surveys) and analytical (interpretation of research results) methods were applied in the article. The empirical basis of the study was the author's original sociological screening of student youth, which covered 4 age groups: 18–20 years old (5014 respondents); 21–25 years old (944 respondents); 26–30 years old (158 respondents); 31–35 years old (22 respondents) and took place from February to October 2023. *Results.* The most harmful food habits of student youth were recorded: overeating (10.8%); malnutrition (6.7%), the reasons for which are lack of time (39.4%), desire to lose weight (21.4%); eating 1–2 times a day (37.6%); 30.2% eat wherever they can; consumption of fast food (78.8%) and energy drinks (52%), which are prerequisites for excess body weight. The boundaries of a potential risk group (44.1%) with different variations of body weight deviations (both in the direction of overweight and underweight) were determined. *Conclusion.* In the course of the comprehensive study it was found that the theoretical level of health risk control of the studied population group is at a sufficiently high level. However, in everyday practice (de facto) we are faced with self-destructive behavior, which leads to devaluation of available knowledge, increased health risks and additional medical and social attention.

Keywords: social attitudes, healthy lifestyle, food culture, body mass index, student youth.

For citation: Skliarova T.V., Yakhina R.R. Daily nutrition practices of student youth in the Saratov region (based on the results of sociological screening). Public health. 2025; 2(5):58–69, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-58-69

For correspondence: Tatiana V. Skliarova, e-mail: skliarovatv@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

В настоящее время как на глобальном, так и на национальном уровне, отмечается неуклонный рост количества людей, имеющих избыточный вес. Согласно данным доклада Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 2022 г., ожирением страдают почти 60% взрослого населения Европейского региона¹. Ожирение считается прямой причиной примерно 13 видов онкологических заболеваний. Как минимум, 200 тыс. новых случаев рака, ежегодно регистрируются и по прогнозам ВОЗ в ближайшие годы эта цифра будет только увеличиваться². Помимо этого, избыточная масса тела и ожирение являются ведущим фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний [1, 2, 3]. Столкнувшись с новой и беспрецедентной угрозой общественному здоровью – ожирением, большинство стран мира недооценило и в полной мере не осознало экономические последствия, которые надо будет решать в результате возникающих потенциальных проблем со здоровьем у населения. [4]. Подтверждением

значимости проблемы служат многочисленные исследования, свидетельствующие о том, что «эпидемия» ожирения представляет не меньшую угрозу, чем СПИД, табакокурение, алкоголизм [5, 6, 7, 8, 9]. В этой связи целесообразно говорить о серьезном и междисциплинарном изучении как предпосылок, так и самого проблемного поля.

В России ведется активная социальная политика, направленная на укрепление общественного здоровья и реализуемая в трёх взаимозависимых направлениях: федеральном, региональном, муниципальном. Это отражается в нормативно-правовых документах, новых моделях функционирования центров общественного здоровья, региональных и муниципальных программах укрепления общественного здоровья, стратегиях информационно-просветительской работы. Однако ситуация с ростом количества людей, имеющих избыточную массу тела, остается актуальной: по зарегистрированным заболеваниям у пациентов с диагнозом болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, установленным впервые в 2020 г. зафиксировано 1 617,0 тыс. чел., в 2021 г. – 1 669,7 тыс. чел., в 2022 г. – 1 831,4 тыс. чел.³; регистрируется стремительный рост первичной заболеваемости ожирением, и в 2022 г. этот показатель вырос на 10,7% (по данным отчета

¹ Европейский региональный доклад ВОЗ об ожирении. 2022 [Электронный ресурс.] Режим доступа: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738> (Дата обращения: 22.12.2023 г.).

² Информационный бюллетень. ВОЗ. Январь 2023. Сетевое издание (научно-практический журнал) «Социальные аспекты здоровья населения» [Электронный ресурс.] Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1457/27/lang,ru/> (Дата обращения: 22.12.2023 г.).

³ Заболеваемость населения по основным классам болезней. 2022. Росстат. [Электронный ресурс.] Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (Дата обращения: 20.12.2023 г.).

Минздрава России)⁴. В Саратовской области фиксируется похожая тенденция. Так, за 2023 г. ожирение было диагностировано у 9,9% населения, прошедшего диспансеризацию; у 19,8% была установлена избыточная масса тела.

Особое внимание и озабоченность вызывает распространение избыточного веса и ожирения у детей и молодежи, поскольку превышение нормы веса в раннем возрасте не только влияет на непосредственное физическое и психическое здоровье человека, уровень образования и качество жизни, но и увеличивает риск ожирения и хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в дальнейшей жизни⁵. Несмотря на то, что европейские страны добились значительных успехов в замедлении роста ожирения, распространенность избыточного веса среди молодого населения по-прежнему вызывает беспокойство [4].

Немаловажную роль в решении вопроса играет стиль жизни человека, который не возникает сам по себе. Установка на здоровый образ жизни предполагает не пассивную констатацию правил, а активное формирование навыков на практике [10, 11]. Иными словами, знание в чистом виде о том, как правильно питаться, выбирать и/или составлять ежедневный рацион, поддерживать свой вес в норме, обязательно должно быть подкреплено практической реализацией/действиями. В том числе способность контролировать поведение, имеющее негативные последствия. Исследования показывают, что в молодом возрасте легче приобрести и зафиксировать привычки по сравнению с более поздними периодами [12].

В целях полноценного изучения причин и последствий нарушения массы тела у молодежи необходима операционализация понятия «здоровый образ жизни». Базовыми направлениями проводимых исследований и публикаций, отражающих наиболее часто используемые критерии сохранения и укрепления общественного здоровья, а соответственно готовность и ведение здорового образа жизни [13, 14, 15]. Традиционными маркерами выступают: физкультура и спорт, оказывающие влияние на процесс формирования здоровой нации и полноценного

гражданского общества [16, 17]; правильное (рациональное и сбалансированное) питание и отказ от вредных привычек [18, 19].

Существенным элементом является изучение поведенческих практик, направленных на сохранение и укрепление здоровья, в том числе представлений о здоровом образе жизни (рациональном питании, физической активности, закаливании) [20, 21]. В этой связи очевидную и немаловажную роль играют установки, принципы и ценности, которые детерминированы ключевыми условиями жизнедеятельности: индивидуальными потребностями и обстоятельствами внешней среды [22].

Анализ мнения молодежи о нормативной телесности, возможностях эффективного функционирования тела показал, что восприятие телесности согласуется с традиционными стереотипами (женское – красота и привлекательность, мужское – выносливость и работоспособность). Параллельно с этим у молодежи была зафиксирована тенденция к нормативной модели здорового тела, представленная такими основными практиками заботы о теле как физическая активность и сбалансированное питание [23].

Исходя из вышеизложенного, можно с уверенностью заключить, что доминирующим индикатором, сохраняющим здоровье человека, считается определенный образ жизни. В противном случае несоблюдение установок (разрушительное поведение в отношении своего здоровья) приводит к отклонениям, связанным с очевидными медицинскими патологиями (болезненным процессам или состояниям). То есть, речь идет о появлении соматических заболеваний из-за «болезней образа жизни», оказывающих влияние на здоровье человека и формирующихся в результате деструктивных повседневных практик [24, 25]. К сожалению, проводимые исследования позволяют говорить о том, что люди редко полностью придерживаются модели здорового поведения и для большинства характерен смешанный (комбинированный) тип [26].

Таким образом, уместно рассматривать возникновение «медицинского диагноза» как следствие симультанного процесса – наследственность, индивидуальные нарушения здоровья, образ жизни. Так, например, повседневные (рутинные) практики человека выступают в роли детерминант здоровья. Их изучение с позиций социологии рисков, социологии здоровья, социологии знания, социологии культуры, социологии повседневности становится значимым

⁴ Первичная заболеваемость ожирением в России выросла на 10,7%. РИА Новости. 08.05.2023. [Электронный ресурс.] Режим доступа: <https://ria.ru/20230508/ozhirenie-1870405154.html> (Дата обращения: 25.12.2023 г.).

⁵ Европейский региональный доклад ВОЗ об ожирении. ВОЗ. 2022. [Электронный ресурс.] Режим доступа: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738> (Дата обращения: 22.12.2023 г.).

ресурсом в процессе формирования и укрепления общественного здоровья.

Цель исследования: изучение степени готовности и приверженности студенческой молодежи к ежедневным практикам ведения здорового образа жизни, способствующих снижению рисков здоровью.

Рабочей гипотезой стало предположение о том, что имеющиеся знания о структуре здорового питания, правилах поддержания веса в норме и принципах здорового образа жизни не являются гарантом соблюдения и воплощения этих знаний в реальной жизни, что приводит к риску развития ХНИЗ.

В задачи исследования входило проведение социального исследования здоровья студенческой молодежи, включающего в себя анкетирования и опросы по чек-листу; сравнительный анализ и интерпретацию полученных данных субъективного здоровья (анкетирование; самооценка по чек-листу); разработку рекомендаций и предложений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проверки гипотезы и решения поставленных задач в период с февраля по октябрь 2023 г. ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» провел социологическое исследование (онлайн-анкетирование) «Правильное питание» с общим количеством респондентов 6 138 чел., в которых принимали участие студенты 8 вузов и 8 колледжей Саратовской области. Проведение такого масштабного исследования стало возможным благодаря региональному сетевому медико-социальному проекту «#ЗОЖМОЛОДЁЖЬ» [27]. В орбиту партнерских отношений входят профессиональные образовательные учреждения, готовящие весь спектр специалистов для рынка труда региона: технический, классический, аграрный, медицинский университеты, юридическая академия, консерватория и профильные колледжи.

Оригинальная анкета была разработана авторами статьи, на основе вторичного анализа данных аналогичных исследований, контент-анализа интеллектуальных данных англоязычной базы научного цитирования Scopus, российской научной электронной библиотеки «КиберЛенинка». Полученные данные обоснованы и были достигнуты в результате поставленной цели и обозначенных задач

исследования; концептуализации основных понятий и подходов, позволивших сформулировать гипотезу; репрезентативного охвата выборки. При разработке оригинального социологического инструментария (анкеты) валидация не требуется. Однако ее оценка была проведена через валидность содержания: с помощью исследовательского инструментария (набора вопросов), подтвердивших гипотезу и решивших поставленные задачи. Ответы по большинству вопросов попадают в доверительный интервал 95% (при стандартном отклонении 4,75%), что также подтверждает валидность данных. Кроме того, социологическое исследование (опрос) не оказывало влияние на психоэмоциональный и соматический статус респондентов, гарантировало конфиденциальность, а авторы придерживались этических принципов проведения гуманитарных исследований [28].

Опросник состоял из 20 вопросов, включающих в себя открытые вопросы, вопросы с одним альтернативным выбором, вопросы с множественным альтернативным выбором и вопросы с оценкой по шкалам. Социально-демографический блок включал информацию о поле, возрасте и образовательной организации, в которой обучаются студенты. При проведении анкетирования были использованы Google Формы. Онлайн-опрос проводился с помощью ссылок, направленных координаторам проекта в профессиональных образовательных учреждениях и охватывал студентов 1–3 курсов вузов и 3–4 курсов колледжей.

Основной задачей, поставленной авторами статьи при разработке чек-листа, было получение дополнительной краткой и простой информации по самооценке студентами общего состояния своего здоровья. По результатам блиц-опросов, проведенных в феврале и октябре 2023 г., были получены чек-листы от 243 студентов, сбор данных осуществлялся сотрудниками ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики» во время проведения информационно-пропагандистских мероприятий, методом случайного отбора. Все исследования являлись добровольными и анонимными.

Первый этап исследования о правильном (рациональном) питании проходил с конца марта по середину апреля 2023 г.; выборка была представлена двумя группами студенческой молодежи – студентами 8 вузов городов Саратов, Энгельс, Балашов (N=3 129) и студентами 8 колледжей старше 18 лет (N=3 009), общим

объемом N=6 138 чел. Анкета состояла из социально-демографической информации: пол, возраст, образовательное учреждение и место проживания (дом, общежитие, съемная квартира). Вопросы (условно) были разбиты на три блока: выявление наиболее вредных пищевых привычек студенческой молодежи; основные стратегии составления ежедневного рациона; возможные причины неполноценного питания. Кроме того, были заданы вопросы по самооценке (вопрос № 1 «Считаете ли Вы, что питаетесь правильно?», вопрос № 6 «Удовлетворены ли Вы своим весом?»). Из 20-ти предложенных вопросов 15 предполагали выбор одного из альтернативных вариантов, 5 – множественный выбор альтернативных вариантов. В т.ч. вопрос № 13 (о значении рационального (правильного) питания для сохранения здоровья), вопрос № 20 (причины, по которым человек может начать правильно питаться), где необходимо было оценить по 5-ти балльной шкале предлагаемые варианты (где 5 – очень важно, 1 – практически не имеет значения).

Вторым источником информации стали опросы по чек-листу, которые предлагалось заполнить студентам во время медико-социальных акций. Выбор участников опроса был случайным, в него вошли 243 студента, обучающихся в 4-х вузах и 1-м колледже. Чек-лист состоял из 7 открытых вопросов относительно общего состояния здоровья респондента: Есть ли у Вас проблемы со здоровьем? Употребляете ли Вы ежедневно не менее 400 гр. свежих фруктов/овощей? Вы курите? Употребляете ли Вы энергетические напитки? Занимаетесь ли Вы спортом? Ваш вес в норме? Посещаете ли Вы стоматолога не реже 1 раза в год?

Методологической рамкой работы стали: классическая теория социального действия М. Вебера [29, 30], в соответствии с которой выделяются типы доминирующего социального поведения; теория социальных установок Д. Н. Узнадзе, объясняющая причины возникновения диссонанса между когнитивными, регулятивными и поведенческими действиями [22, 31, 32]; концепция социальной деструкции Т. Адорно, М. Хоркхаймера [33], с помощью которой рассматривается социальное поведение молодежи, содержащее саморазрушающие практики в отношении здоровья. Несмотря на такое широкое поле интересов, теоретической рамкой статьи были выбраны социология знания, социология поведения и социология повседневности, с помощью которых осуществлены анализ

социальной природы рискованного поведения в отношении своего здоровья и интерпретация полученных данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Гендерное соотношение респондентов имело достаточно однородные пропорции: в вузах прошли анкетирование 57,0% девушек и 43,0% юношей; в колледжах – 52,0% девушек и 48,0% юношей. В онлайн-анкетировании принимали участие 4-е возрастные группы: 18–20 лет (5 014 чел.), 21–25 лет (944 чел.), 26–30 лет (158 чел.), 31–35 лет (22 чел.). Средний возраст опрошенных студентов составил 20 лет. Несмотря на разные уровни образования (университет – колледж), не было установлено принципиальных различий во мнениях (несовпадение результатов ответов, по значимым для анализа вопросам, варьировалось в пределах $\pm 5\%$, что не искажало общую тенденцию).

Было установлено, что 38,8% респондентов (вопрос № 1 «Считаете ли Вы, что питаетесь правильно?») оценивают свое питание как не соответствующее принципам правильного (рационального), что условно относит их к группе риска. При дифференциации по типам образовательных учреждений (колледж – вуз) значительные расхождения в оценках были получены лишь в группе максимально уверенных в своем питании респондентов (рис. 1).

Изучение частоты приемов пищи показало идентичную для всех студентов тенденцию, связанную с тем, что значительное количество опрошенных респондентов принимает пищу 1–2 раза в день (37,6%) (рис. 2). Мотивацией приема пищи для 48,0% студентов колледжей и 45,0% студентов вузов является чувство голода. Безусловно, чувство голода (с точки зрения физиологических процессов) – это правильная мотивация, но при условии регулярности и соблюдении режима питания.

Как видно из таблицы 1, самыми популярными продуктами, утоляющими чувство голода и используемыми студентами для перекуса, стали булочка/пирожок/мороженое; стакан воды/йогурт и свежие фрукты.

Исследование показало, что значительная часть студенческой молодежи питается дома (65,1%). В то же время для 30,2% респондентов прием пищи проходит спонтанно (где получится). Услугами столовой колледжа пользуются лишь 1,5%, в вузах – 2,7%.

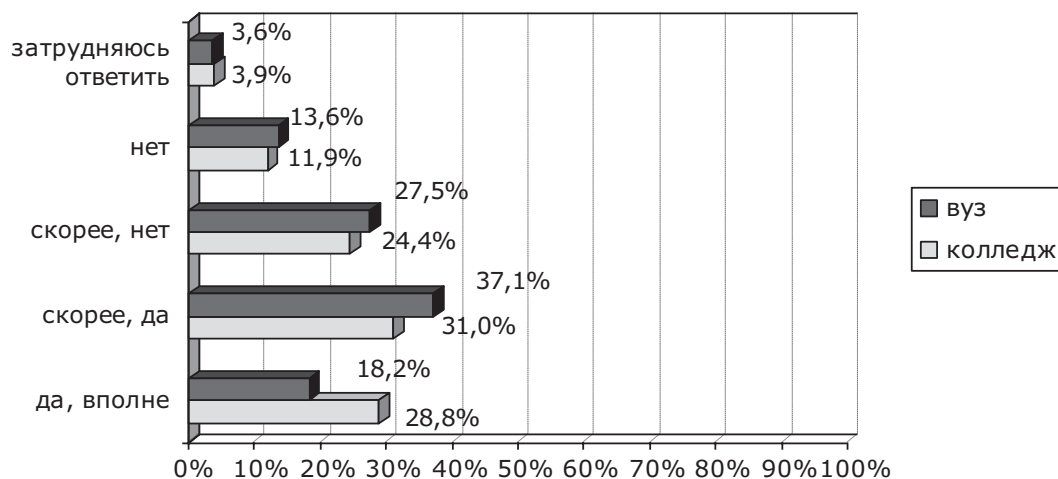


Рис. 1. Самооценка питания (в % от общего количества опрошенных)

Источник: составлено авторами по данным оригинального социологического опроса, актуальным на 15.04.2023 г.

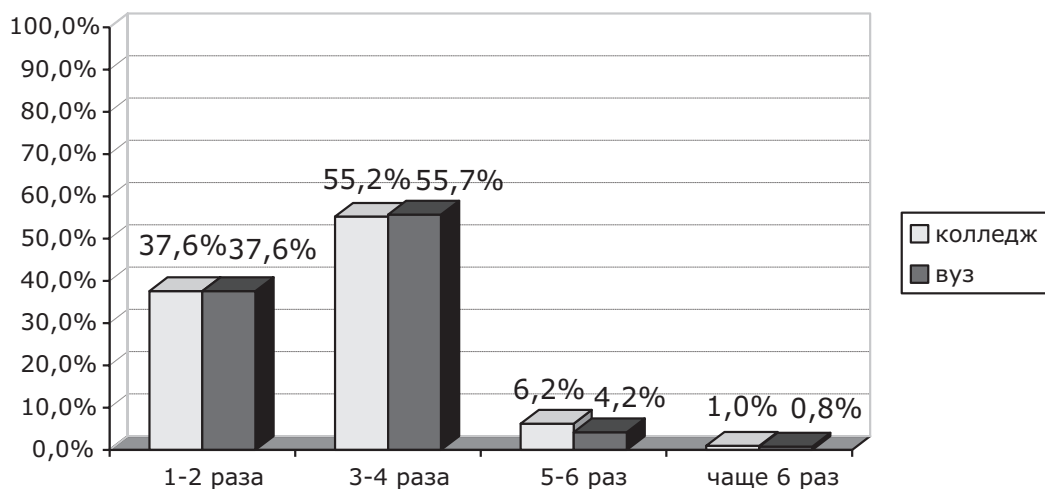


Рис. 2. Количество приемов пищи в день (в % от общего количества опрошенных)

Источник: составлено авторами по данным оригинального социологического опроса, актуальным на 15.04.2023 г.

При выборе ежедневной пищи были предложены множественный выбор альтернатив: вареная/тушеная; постная; жареная/жирная; маринованная, копченая; острая; сладкая; готовая; фаст-фуд. Чаще всего респонденты выбирали вареную/тушеную пищу (4 354 чел. из 6 138 чел.), жареную/жирную пищу (3 720 чел. из 6 138 чел.), сладкую пищу (2 843 чел. из 6 138 чел.); 1/3 респондентов регулярно употребляют фаст-фуд. Например, вопрос о частоте потребления фаст-фуда показал, что только 21,2% студентов не включают продукты быстрого

приготовления в свой рацион. Остальная часть опрошенных с различной степенью регулярности употребляют фаст-фуд.

Изучение качественного состава завтрака студенческой молодёжи продемонстрировало склонность современных людей к потреблению продуктов, не требующих сложного приготовления. Что, скорее всего, можно объяснить как объективными причинами (нехватка времени, новая культура питания, индивидуальные особенности организма), так и отсутствием знаний о роли завтрака для организма человека.

Таблица 1

Продукты для перекуса

№ п.п.	Продукты, утоляющие голод	Студенты вузов в % от каждой выделенной категории	Студенты колледжей в % от каждой выделенной категории
1	газировка, энергетический напиток	10,2	13,9
2	просто терплю	29,3	24,7
3	сухарики, хлебец	9,4	10,8
4	печенье	19,9	17,9
5	булочка, пирожное	49,6	49,9
6	сухофрукт	13,5	13,5
7	свежий фрукт	37,0	35,0
8	шоколад, батончик	33,8	30,0
9	вода, йогурт	45,1	46,0

Источник: составлено авторами по данным оригинального социологического опроса, актуальным на 15.04.2023 г.

Чаще всего в качестве завтрака респонденты выбирали бутерброд (49,75%), кофе или чай с конфетой/шоколадным батончиком/печеньем (39,0%); лишь 1/3 студентов едят каши.

Сопоставление выборов завтрака и еды перед сном показало, что кофе или чай с конфетой/шоколадным батончиком/печеньем – это неизменный «участник» ежедневного рациона современного молодого человека.

Изучение самооценки студентов своего веса (вопрос № 6 «Удовлетворены ли Вы своим весом?») показало, что 13,5% всех опрошенных респондентов им недовольны. При этом 10,4% респондентов ответили, что переедают. Альтернативной группой «переедающим» стали студенты, которые не доедают (6,7%). Наиболее частыми причинами недоедания молодыми людьми были отмечены: нехватка времени (39,9%), желание похудеть (19,8%), отсутствие подходящего места для приема пищи (15,45%) и нехватка денег (15,2%).

При оценке роли рационального (правильного) питания для сохранения здоровья (вопрос № 13) респондентам были предложены варианты из 6 позиций (соблюдение режима питания, сбалансированность, разнообразие, умеренность, полноценность и безопасность) и предлагалось провести оценку по шкалам. В итоге было установлено, что максимальную важность имеют безопасность и доброкачественность пищи (59,8%), полноценное питание (54,3%). В то время как сбалансированность пищи имела самое низкое значение (42,2%), что может свидетельствовать о слабой информированности респондентов о сути правильного (рационального) питания.

На вопрос «Что же должно входить в рацион человека, чтобы его питание было сбалансированным, разнообразным и полноценным?» студентами были выбраны ежедневное употребление зелени, овощей и фруктов – 86,6% и ежедневное употребление около 2 литров жидкости – 82,5%. При этом, ответы, полученные в чек-листах, зафиксировали некоторое расхождение в данных: по ответам 60,0% опрошенных студентов в их ежедневном рационе отсутствуют свежие фрукты/овощи.

Результаты блиц-опроса по самооценке общего состояния здоровья показали «болевы точки» реальной жизни студенческой молодежи: 42,5% считают, что у них есть проблемы со здоровьем; у 48,0% отсутствуют в рационе необходимое количество свежих овощей/фруктов; 47,0% – курящие; 52,0% употребляют энергетические напитки; 26,0% не занимаются спортом; 30,0% считают свой вес отклоняющимся от нормы; 35,0% не посещают регулярно (1 раз в год) стоматолога.

Ограничения исследования: необходимо пояснить, что онлайн-анкетирование и опросы по чек-листам отличались по способу получения информации, проходили с разным количеством участников, не совпадали по времени, то есть мнения студентов были получены в неодинаковых условиях.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты в ходе социологического исследования (рациональное питание) можно рассматривать как «живую иллюстрацию» веберовского понимания

социального действия и теории социальных установок. Интерпретация данных в контексте этих теорий помогает объяснить склонность значительного количества респондентов к традиционному социальному действию, основанному на привычках: частота приема пищи (1–2 раза в день), ежедневный выбор продуктов питания и напитков (жареная/жирная и сладкая пища, отсутствие кисломолочной продукции и каш, энергетические напитки), употребляемые объемы и структура питания (переедание-недоедание, фаст-фуд, отсутствие овощей/фруктов). При этом, безусловно, наблюдается и ценностно-рациональный подход, основанный на определенной убежденности, правилах, установках и нормах (ценностях): употребление вареной/тушеной пищи, отсутствие в рационе продуктов быстрого приготовления, употребление на завтрак каш, понимание принципов рационального питания. Рассогласованность знаний и действий могут свидетельствовать о том, что респонденты не ориентируются в повседневной жизни на целерациональное социальное действие – выбор стратегий питания, основанных на ответственном понимании последствий (3–4 разовое питание, включение в рацион каш, зелени, свежих овощей и фруктов, отказ от перекусов снеками).

Обобщая полученные в ходе исследования результаты, авторы приходят к ряду выводов, носящих противоречивый характер. Так, был зафиксирован достаточно высокий уровень знаний студенческой молодежи о здоровой структуре питания (сбалансированность, разнообразие и полноценность питания); по вопросам безопасности и доброкачественности пищи; правил выбора еды; местах приема пищи. Вместе с тем, информированность носит теоретический характер, так как реальное (ежедневное) пищевое поведение не соответствует принципам правильного (рационального питания), что условно относит около половины студенческой молодежи к группе риска. В первую очередь это связано с частотой потребления пищи и мотивацией её приема. Исходя из этого, можно говорить о существующем расхождении теоретических знаний и ежедневного действия, что подтверждает выдвинутую гипотезу и соотносится с общероссийским социологическим опросом в сфере питания [19].

Изучение образа жизни современной студенческой молодежи обрисовало наличие конкретных социальных рисков, возникающих

в студенческой среде. Эти риски детерминированы объективными и субъективными обстоятельствами: ритмы и возможности современного города, стрессы, информационные и психологические перегрузки, стиль жизни, где нерациональное питание рассматривается в качестве дополнительного риска, как для самого индивида, так и для общества: комплекс ожидаемых индивидуальных проблем со здоровьем, увеличение нагрузки на систему здравоохранения, снижение уровня общественного здоровья. Причинами возможных рисков становится нерациональное поведение и склонность к деструктивным практикам: курение, отсутствие физической активности, употребление энергетических напитков, нерегулярное посещение стоматолога, переедание.

Таким образом, достижение поставленной цели – изучение готовности и приверженности студенческой молодежи к повседневным здоровьесберегающим практикам было достигнуто. Решение заявленных задач осуществлено: исследованы социальные установки молодежи в отношении рационального питания и здорового образа жизни; определены повседневные практики (стили жизни) и предпочтения молодежи, являющиеся предпосылками саморазрушительного поведения; выявлены потенциальные группы риска; а также получена дополнительная информация о причинах девиаций в сфере здорового образа жизни в молодежной среде.

Практическая значимость полученных результатов может быть использована при разработке информационно-образовательных блоков и инфографики о потенциальных проблемах (рисках) для здоровья, сути правильного питания и популяризации информации о том, что правильное питание может быть не только полезным, но и вкусным. Ресурсом для формирования осознанного отношения к здоровью так же могут выступать корпоративные программы здоровья. Поскольку целевая аудитория программ – это трудоспособное население, то установки на здоровый стиль жизни могут транслироваться профессиональными сообществами. Следовательно, очевидными лидерами мнений должны рассматриваться врачи и педагоги, так как именно эти группы относятся к типу профессий «человек-человек», социально ориентированы и являются важными проводниками общественно значимых идеологий и ценностей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Озабоченность вызывает тенденция потребления студенческой молодежью энергетических напитков и фаст-фуда, оказывающих разрушительное влияние на соматическое и психологическое состояние организма.

Сопоставление данных, позволяет говорить о наличии значительной части студенческой молодежи (более 40%), входящей в потенциальную «группу риска» по развитию ХНИЗ,

снижению качества и продолжительности жизни. В результате данной тенденции формируется существенная группа населения, которая будет нуждаться в дополнительном медико-социальном внимании и превентивных мероприятиях, направленных на снижение рисков и их последствий.

Соблюдение этических стандартов: при осуществлении социологического скрининга авторы придерживались этических принципов проведения гуманитарных исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Разина А.О., Руненко С.Д., Ачкасов Е.Е. Проблема ожирения: современные тенденции в России и в мире // Вестник Российской академии медицинских наук. 2016. Т. 7. № 2. С. 154–159. doi: 10.15690/vramn655
2. Александрова Ю.Д., Колосницкая М.Г. Проблема избыточного веса населения России: статистический анализ // Вопросы статистики. 2018. Т. 25. № 10. С. 61–77. <https://voprstat.elpub.ru/jour/article/view/776>
3. Ortiz C., López-Cuadrado T., Rodríguez-Blázquez C. et al. Physical and social environmental factors related to co-occurrence of unhealthy lifestyle behaviors. *Health & Place*. 2022;75:102804. doi: 10.1016/j.healthplace.2022.102804
4. Chrissini M.K., Panagiotakos D.B. Public health interventions tackling childhood obesity at European level: A literature review. *Preventive Medicine Reports*. 2022;30:102068. doi: 10.1016/j.pmedr.2022.102068
5. Panda P., Ayyanar R., Boyanagari V.K. Burden and cost of overweight and obesity in south India public health system. *Obesity Medicine*. 2019;13:55–58. doi:10.1016/j.obmed.2019.01.004
6. Nianogo R.A., Arah O.A. Impact of Public Health Interventions on Obesity and Type 2 Diabetes Prevention: A Simulation Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 2018;55(6):795–802. doi: 10.1016/j.amepre.2018.07.014
7. Bray L., Slater A., Lewis-Smith H. et al. Promoting positive body image and tackling overweight/obesity in children and adolescents: A combined health psychology and public health approach. *Preventive Medicine*. 2018;116:219–221. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.08.011
8. Byers T., Sedjo R.L. Public Health Response to the Obesity Epidemic: Too Soon or Too Late? *The Journal of Nutrition*. 2007;137(2):488–492. doi: 10.1093/jn/137.2.488
9. Михайлова О.Р. Ожирение как моральная паника: тематический анализ теоретических и эмпирических публикаций в темпоральной перспективе // Журнал исследований социальной политики. 2023. № 21 (1). С. 175–186. doi: 10.17323/727-0634-2023-21-1-175-186
10. Steele M., Mialon M., Browne S. et al. Obesity, public health ethics and the nanny state. *Ethics, Medicine and Public Health*. 2021;19:2352–5525. doi:10.1016/j.jemep.2021.100724
11. Гаирбеков М.М., Базаева Ф.У. Проблемы формирования потребности в здоровом образе жизни у студенческой молодежи // Мир науки, культуры, образования. 2019. № 5 (78). С. 210–211 [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-formirovaniya-potrebnosti-v-zdorovom-obraze-zhizni-u-studencheskoy-molodzhi> (Дата обращения: 22.11.2023).
12. Tunc G.C., Bilgin N.C., Cerit B. The Relationship Between International Students' Health Perceptions and Their Healthy Lifestyle Behaviors. *Journal of Religion and Health*. 2021;60(6):4331–4344. doi:10.1007/s10943-021-01336-0
13. Свиридова И.А., Ковтун Л.О. Готовность студенческой молодежи к сохранению и укреплению здоровья // Профессиональное образование в России и за рубежом. 2014. Вып. 13. С. 55–59 [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/gotovnost-studencheskoy-molodezhi-k-sohraneniyu-i-ukrepleniyu-zdorovya> (Дата обращения: 24.12.2023).
14. Московченко О.Н., Катцин О.А. Модель ориентирования студента вуза на формирование здорового образа жизни // Вестник КемГУ. 2013. № 3 (55) Т. 1. С. 90–94 [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/model-orientirovaniya-studenta-vuza-na-formirovanie-zdorovogo-obraza-zhizni> (Дата обращения: 22.11.2023).
15. Перминова М.С., Переселкова З.Ю. К вопросу о формировании здорового образа жизни студенческой молодежи (на примере Оренбургского государственного университета) // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Социология. Политология. 2018. Т. 18, вып. 1. С. 30–36. doi: 10.18500/1818-9601-2018-18-1-30-36
16. Федотов Б.В. Идеология здорового образа жизни в современной России // Профессиональное образование в современном мире. 2020. Т. 10, № 1. С. 3620–3632. doi: 10.15372/PEMW20200125
17. Денисова Г.С. Зависимость массы тела студентов специального отделения Алтайского государственного университета от характера питания и оптимального уровня двигательной активности // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. 2019. № 1(12). С. 127–152. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://journal.asu.ru/index.php/zosh> (Дата обращения: 22.12.2023).
18. Гуреев С.А., Мингазова Э.Н. Особенности основных антропометрических показателей физического развития студентов // Менеджер здравоохранения. 2022;4:45–49. doi: 10.21045/1811-0185-2022-4-45-49
19. Локида А.Н., Зыбуновская Н.В. Культура питания российского населения (по результатам социологического исследования) // Здоровье населения и среда обитания. 2022. Т. 30. № 2. С. 13–22. doi: 10.35627/2219-5238/2022-30-2-13-22

20. Фролова О.А., Тафеева Е.А., Лядова И.В. Индекс массы тела как показатель, формирующий качество жизни женщин трудоспособного возраста // Медицина труда и промышленная экология. 2019;59(9). doi: 10.31089/1026-9428-2019-59-9-796-797
21. Покида А.Н., Зыбуновская Н.В. Различия в поведенческих практиках по сохранению и укреплению здоровья среди работников умственного и физического труда // Здоровье населения и среда обитания. 2022. Т. 30. № 9. С. 18–28. doi: 10.35627/2219-5238/2022-30-9-18-28
22. Ядов В.А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности: Диспозиционная концепция. 2-е расширенное изд. М.: ЦСПиМ, 2013. – 376 с. <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/8j1z9e6zjk/direct/97145776> (Дата обращения: 20.06.2024).
23. Антонова Н.Л., Абрамова С.Б., Лопатина В.Р. Здоровое тело как нормативная модель в представлениях студенческой молодежи // Образование и наука. 2023. Т. 25. № 5. С. 155–175. doi: 10.17853/1994-5639-2023-5-155-175
24. Демкина Е.В., Шебанец Е.Ю., Паатова М.Э. Социально-педагогическая профилактика вейпинг-зависимости в молодежной среде // Вестник Адыгейского государственного университета. Сер.: Педагогика и психология. 2023. Вып. 3 (323). С. 15–23. doi: 10.53598/2410-3004-2023-3-323-15-23
25. Горбачев Д.О. Гигиеническая оценка рисков здоровью трудоспособного населения, обусловленных питанием // Здоровье населения, и среда обитания. 2019; (9):33–39. doi: 10.35627/2219-5238/2019-318-9-33-39
26. Ермолаева П.О., Носкова Е.П. Основные тенденции здорового образа жизни россиян // Социологические исследования. 2015. № 4. С. 120–129. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0647/analit02.php> (Дата обращения: 22.12.2023).
27. Склярова Т.В., Яхина Р.Р., Курлова Е.Б. Компетенции ЗОЖ: новые практики формирования (опыт регионального сетевого медико-социального проекта) // Общественное здоровье. 2023;3(1):51–60. doi: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-51-60
28. Абрамов Р.Н., Быков А.В. Профессиональная этика как объект социологического исследования: между социологией морали и социологией профессий // Вестник РУДН. Серия: Социология. 2018. Т. 18. № 4. С. 747–764 [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-etika-kak-obekt-sotsiologicheskogo-issledovaniya-mezhdu-sotsiologiy-morali-i-sotsiologiy-professiy> (Дата обращения: 22.03.2024).
29. Кравченко Е.И. Теория социального действия: от М. Вебера к феноменологам // Социологический журнал. 2001. № 3. С. 122–143. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoriya-sotsialnogo-deystviya-ot-maksa-vebera-k-fenomenologam> (Дата обращения: 18.12.2023).
30. Вебер М. Основные социологические понятия / Пер. с нем. М.И. Левиной // Вебер М. Избранные произведения. М.: Прогресс, 1990.
31. Гордеева С.С. Сущность и структура социальной установки в социологии и социальной психологии // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2016. Вып. 3(27). С. 135–140. doi: 10.17072/2078-7898/2016-3-135-140
32. Фадеев П.В. Понимание социальной установки в различных научных дисциплинах // Теория и практика общественного развития. 2013. № 8. С. 108–109. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponimanie-sotsialnoy-ustanovki-v-razlichnyh-nauchnyh-distiplinah> (Дата обращения: 19.06.2024).
33. Хоркхаймер М. Диалектика Просвещения. Философские фрагменты / Макс Хоркхаймер, Теодор В. Адорно / Пер. с нем. М. Кузнецова. – М.; СПб.: Медиум, Ювента, 1997. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://gtmarket.ru/library/basis/5521> (Дата обращения: 20.12.2023).

REFERENCES

1. Razina A.O., Runenko S.D., Achkasov E.E. Obesity: current global and Russian trends. Vestnik Rossiyskoy Akademii Meditsinskikh Nauk. 2016;71(2):154–159. (In Russ.) doi: 10.15690/vramn655
2. Aleksandrova Yu.D., Kolosnitsyna M.G. Overweight population in Russia: statistical analysis. Voprosy Statistiki. 2018;25(10):61–77. (In Russ.) Accessed: January 12, 2022. <https://vopstat.elpub.ru/jour/article/view/776>
3. Ortiz C., López-Cuadrado T., Rodríguez-Blázquez C. et al. Physical and social environmental factors related to co-occurrence of unhealthy lifestyle behaviors. Health & Place. 2022;75:102804. doi: 10.1016/j.healthplace.2022.102804
4. Chrissini M.K., Panagiotakos D.B. Public health interventions tackling childhood obesity at European level: A literature review. Preventive Medicine Reports. 2022;30:102068. doi: 10.1016/j.pmedr.2022.102068
5. Panda P., Ayyanar R., Boyanagari V.K. Burden and cost of overweight and obesity in south India public health system. Obesity Medicine. 2019;13:55–58. doi:10.1016/j.obmed.2019.01.004
6. Nianogo R.A., Arah O.A. Impact of Public Health Interventions on Obesity and Type 2 Diabetes Prevention: A Simulation Study. American Journal of Preventive Medicine. 2018;55(6):795–802. doi: 10.1016/j.amepre.2018.07.014
7. Bray L., Slater A., Lewis-Smith H. et al. Promoting positive body image and tackling overweight/obesity in children and adolescents: A combined health psychology and public health approach. Preventive Medicine. 2018;116:219–221. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.08.011
8. Byers T., Sedjo R.L. Public Health Response to the Obesity Epidemic: Too Soon or Too Late? The Journal of Nutrition. 2007;137(2):488–492. doi: 10.1093/jn/137.2.488
9. Mikhailova O.R. Obesity as a moral panic: thematic analysis of theoretical and empirical publications in temporal perspective. Zhurnal issledovaniy sotsial'noi politiki. 2023;21 (1):175–186. (In Russ.) doi: 10.17323/727-0634-2023-21-1-175-186
10. Steele M., Mialon M., Browne S. et al. Obesity, public health ethics and the nanny state. Ethics, Medicine and Public Health. 2021;19:2352–5525. doi:10.1016/j.jemep.2021.100724
11. Gairbekov M.M., Bazayeva F.U. Problems of forming the need for a healthy lifestyle in student youth. Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya. 2019; 5(78):210–211(In Russ.) Accessed November 22, 2023. <https://cyberleninka.ru/article/n/problems-formirovaniya-potrebnosti-v-zdorovom-obraze-zhizni-u-studencheskoy-molodyozhi>

12. Tunc G.C., Bilgin N.C., Cerit B. The Relationship Between International Students' Health Perceptions and Their Healthy Lifestyle Behaviors. *Journal of Religion and Health*. 2021;60(6):4331–4344. doi:10.1007/s10943-021-01336-0
13. Sviridova I.A., Kovtun L.O. Readiness of student youth to preserve and strengthen health. *Professional'noe obrazovanie v Rossii i za rubezhom*. 2014;13:55–59 (In Russ.) Accessed December 24, 2023. <https://cyberleninka.ru/article/n/gotovnost-studencheskoy-molodezhi-k-sohraneniyu-i-ukrepleniyu-zdorovya>
14. Moskovchenko O.N., Kattsin O.A. Model of orientation of university students to the formation of a healthy lifestyle. *Vestnik KemGU*. 2013;3(55):90–94 (In Russ.) Accessed: November 22, 2023. <https://cyberleninka.ru/article/n/model-orientirovaniya-studenta-vuza-na-formirovanie-zdorovogo-obraza-zhizni>
15. Perminova M.S., Pereselkova Z.Yu. To the question of forming a healthy lifestyle of student youth (on the example of Orenburg State University). *Izv. Sarat. un-ta. Nov. ser. Ser. Sotsiologiya. Politologiya*. 2018;18(1): 30–36. (In Russ.) doi: 10.18500/1818-9601-2018-18-1-30-36
16. Fedotov B.V. Ideology of healthy lifestyle in modern Russia. *Professional'noe obrazovanie v sovremennom mire*. 2020;10(1):3620–3632. (In Russ.) doi: 10.15372/PEMW20200125
17. Denisova G.S. Dependence of body weight of students of special department of Altai State University on the nature of nutrition and optimal level of motor activity. *Zdorov'e cheloveka, teoriya i metodika fizicheskoi kul'tury i sporta*. 2019;1(12):127–152. (In Russ.) Accessed: December 22, 2023. <http://journal.asu.ru/index.php/zosh>
18. Gureev S.A., Mingazova E.N. Features of the main anthropometric indicators of physical development of students. *Manager Zdravoohranenia*. 2022; 4:45–49. (In Russ.) doi: 10.21045/1811-0185-2022-4-45-49
19. Pokida A.N., Zybunovskaya N.V. Food culture of the Russian population: Results of a sociological survey. *Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya*. 2022;30(2):13–22. (In Russ.) doi: 10.35627/2219–5238/2022-30-2-13-22
20. Frolova O.A., Tafeeva E.A., Lyadova I.V. Body mass Index as an indicator that forms the quality of life of women of working age. *Med. truda i prom. ekol*. 2019; 59 (9). (In Russ.) doi: 10.31089/1026-9428-2019-59-9-796-797
21. Pokida A.N., Zybunovskaya N.V. Differences in behavioral practices of health maintenance and promotion between knowledge and manual workers. *Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya*. 2022;30(9):18–28. (In Russ.) doi: <https://doi.org/10.35627/2219–5238/2022-30-9-18-28>
22. Yadov V.A. Self-regulation and forecasting of social behavior of the individual: Dispositional concept. 2nd Expanded Edition. Moscow, TsSPiM Publ., 2013. – 376 p. (In Russ.) Accessed: June 19, 2024: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/8jlz9e6zjk/direct/97145776>
23. Antonova N.L., Abramova S.B., Lopatina V.R. Healthy body as a normative model in the perceptions of student youth. *Obrazovanie i nauka*. 2023;25(5): 155–175. (In Russ.) doi: 10.17853/1994-5639-2023-5-155-175
24. Dyomkina E.V., Shebanets E.Yu., Paatova M.E. Socio-pedagogical prevention of vaping addiction amongst the youth. *Vestnik Adygeyskogo Gosudarstvennogo Universiteta. Ser.: Pedagogy and Psychology*. 2023;(3(323)):15–23. (In Russ.) doi: 10.53598/2410-3004-2023-3-323-15-23
25. Gorbachev D.O. Hygienic assessment of health risks of able-bodied population caused by nutrition. *Zdorov'e Naseleniya i Sreda Obitaniya*. 2019;(9):33–39. (In Russ.) doi: 10.35627/2219-5238/2019-318-9-33-39
26. Ermolaeva P.O., Noskova E.P. The main trends in the healthy lifestyle of Russians. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2015;4:120–129. (In Russ.) Accessed December 22, 2023. <http://www.demoscope.ru/weekly/2015/0647/analit02.php>
27. Skliarova T.V., Yakhina R.R., Kurlova E.B. Competence of HLS: new practices of formation (experience of the regional network medical and social project). *Public health*. 2023; 3(1):51–60. (In Russ.) doi: 10.21045/2782-1676-2023-3-1-51-60
28. Abramov R.N., Bykov A.V. Professional ethics as an object of sociological research: between sociology of morals and sociology of professions. *Vestnik RUDN. Seriya: Sotsiologiya*. 2018;18(4):747–764 (In Russ.) Accessed: March 22, 2024: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnaya-etika-kak-obekt-sotsiologicheskogo-issledovaniya-mezhdu-sotsiologiy-morali-i-sotsiologiy-professiy>
29. Kravchenko E.I. Theory of social action: from M. Weber to phenomenologists. *Sotsiologicheskii zhurnal*. 2001;3:122–143. (In Russ.) Accessed: December 18, 2023. <https://cyberleninka.ru/article/n/teoriya-sotsialnogo-deystviya-ot-maksa-vebera-k-fenomenologam>
30. Weber M. Basic Sociological Concepts. M.I. Levina. Weber M. Selected Works. M.: Progress, 1990.
31. Gordeeva S.S. Essence and structure of social attitudes in sociology and social psychology // Perm University Herald. Series «Philosophy. Psychology. Sociology». 2016;3(27):135–140. (In Russ.) doi: 10.17072/2078–7898/2016-3-135-140
32. Fadeev P.V. Understanding of social installation in various scientific disciplines. *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya*. 2013;8:108–109. (In Russ.) Accessed: June 19, 2024: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponimanie-sotsialnoy-ustanovki-v-razlichnyh-nauchnyh-dist-siplinah>
33. Horkheimer M. Dialectics of Enlightenment. Philosophical Fragments. [Max Horkheimer, Theodor W. Adorno] / Transl. from German. M. Kuznetsov. – Moscow, St. Petersburg: Medium, Juventa, 1997. (In Russ.) Accessed: December 20, 2023. <https://gtmarket.ru/library/basis/5521>

ES

Prácticas cotidianas de alimentación de la juventud estudiantil de la región de Saratov (según los resultados de un cribado sociológico)**T.V. Sklyarova, R.R. Yakhina****Anotación**

Introducción. El artículo está dedicado al análisis del proceso de utilización por parte de la juventud de los conocimientos sobre un estilo de vida saludable en sus elecciones y acciones diarias. Durante la investigación se identificaron riesgos médico-sociales potenciales y se reflexionó sobre las causas del comportamiento autodestructivo en relación con la salud. Los datos obtenidos pueden ser útiles en el trabajo de prevención y en la educación informativa. *Objetivo del estudio:* estudiar la disposición de la juventud estudiantil para reproducir diariamente de manera consciente patrones de un estilo de vida saludable (alimentación adecuada, control del peso corporal), que prevengan riesgos para la salud. *Materiales y métodos.* En el artículo se realizó un análisis temático de publicaciones e investigaciones; se aplicaron métodos estadísticos (análisis secundario de datos), sociológicos (encuestas en línea y sondeos rápidos) y analíticos (interpretación de los resultados de las investigaciones). La base empírica de la investigación fue un estudio sociológico original realizado entre la juventud estudiantil, que abarcó 4 grupos de edad: 18–20 años (5,014 encuestados); 21–25 años (944 encuestados); 26–30 años (158 encuestados); 31–35 años (22 encuestados) y se llevó a cabo desde febrero hasta octubre de 2023. *Resultados.* Se registraron los hábitos alimenticios más perjudiciales de la juventud estudiantil: comer en exceso (10.8%); no comer lo suficiente (6.7%), cuyas causas son la falta de tiempo (39.4%), el deseo de perder peso (21.4%); comer 1–2 veces al día (37.6%); el 30.2% come donde puede; consumo de comida rápida (78.8%) y bebidas energéticas (52.0%), que son condiciones previas para el exceso de peso corporal. Se definieron los límites del grupo de riesgo potencial (44.1%), que presenta diversas variaciones en las desviaciones del peso corporal (tanto hacia el exceso como hacia la disminución). *Conclusión.* Durante la investigación sociológica se estableció que el nivel teórico de control del riesgo para la salud del grupo de población estudiado se encuentra en un nivel bastante alto. Sin embargo, en la práctica cotidiana (de hecho) nos enfrentamos a un comportamiento autodestructivo, lo que lleva a la devaluación de los conocimientos existentes, al aumento del riesgo para la salud y a una atención médico-social adicional.

Palabras clave: actitudes sociales, estilo de vida saludable, cultura alimentaria, índice de masa corporal, juventud estudiantil.

FR

Pratiques nutritionnelles quotidiennes des jeunes étudiants de la région de Saratov (sur la base des résultats d'un dépistage sociologique)**T.V. Sklyarova, R.R. Yakhina****Annotation**

Introduction. L'article est consacré à l'analyse du processus d'utilisation par les jeunes des connaissances sur le mode de vie sain dans les choix et les actions de tous les jours. L'étude révèle les risques médicaux et sociaux potentiels et comprend les raisons d'un comportement autodestructeur en matière de santé. Les données obtenues peuvent être utiles dans le cadre d'un travail de prévention et d'information-éducation. *Objectif de l'étude:* est d'examiner la capacité des jeunes étudiants à reproduire quotidiennement et consciemment des modes de vie sains (alimentation correcte, contrôle du poids corporel) afin de prévenir les risques pour la santé. *Matériaux et méthodes.* L'article contient une analyse thématique de publications et d'études; des méthodes statistiques (analyse de données secondaires), sociologiques (questionnaires en ligne et enquêtes éclair) et analytiques (interprétation des résultats de la recherche) ont été utilisées. La base empirique de la recherche est l'étude sociologique originale de l'auteur sur la jeunesse étudiante, couvrant 4 groupes d'âge: 18–20 ans (5014 répondants); 21–25 ans (944 répondants); 26–30 ans (158 répondants); 31–35 ans (22 répondants) et menée entre février et octobre 2023. *Résultats.* Les habitudes alimentaires les plus néfastes des jeunes étudiants ont été enregistrées: suralimentation (10,8%); malnutrition (6,7%), dont les raisons sont le manque de temps (39,4%), le désir de perdre du poids (21,4%); manger 1 à 2 fois par jour (37,6%); 30,2% mangent où ils peuvent; fast-food (78,8%) et boissons énergisantes (52,0%), agissant comme des conditions préalables à l'excès de poids corporel. Les limites d'un groupe à risque potentiel (44,1%) avec différentes variations d'écarts de poids corporel (à la fois dans le sens du surpoids et de l'insuffisance pondérale) ont été déterminées. *Conclusion.* Au cours de l'étude sociologique, il a été établi que le niveau théorique de contrôle des risques pour la santé du groupe de population étudié est suffisamment élevé. Cependant, dans la pratique quotidienne, nous sommes confrontés à des comportements autodestructeurs qui entraînent une dévaluation des connaissances disponibles, un risque accru pour la santé et une attention médicale et sociale supplémentaire.

Mots clés: attitudes sociales, mode de vie sain, culture alimentaire, indice de masse corporelle, jeunesse étudiante.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Склярова Татьяна Валентиновна – кандидат социологических наук, доцент кафедры «Политология и социология», ФГБОУ ВО «Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю.А.»; социолог, ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г. Саратов, Россия.

Tatiana V. Skliarova – PhD in Sociological sciences, Associate Professor of the Department of Political and Sociology Studies, Saratov state technical university named after Gagarin Yu.A.; sociologist, Saratov Regional Center for Public Health and Medical Prevention, Saratov, Russia.

E-mail: skliarovatv@gmail.com; ORCID: 0000-0001-5786-1352; SPIN-код: 5311-6894

Яхина Римма Равильевна – главный врач, ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г. Саратов, Россия.

Rimma R. Yakhina – Chief Physician, Saratov Regional Center for Public Health and Medical Prevention, Saratov, Russia.
E-mail: sarsocmp@mail.ru; ORCID: 0009-0005-8577-974X

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКА, СИНДРОМА ОТМЕНЫ ТАБАКА

О.О. САЛАГАЙ¹, Г.М. САХАРОВА², Н.С. АНТОНОВ²,
Е.Ю. ТЕТЕНОВА³, А.В. НАДЕЖДИН³

¹ Министерство здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия;

³ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-70-80

Аннотация

Введение. Оказание медицинской помощи по прекращению употребления табака является одной из ведущих мер государственной политики по эффективному снижению и, в конечном итоге, полному искоренению вреда, причиняемого табаком. **Цель исследования:** разработать клинические рекомендации по отказу от табака, диагностике и лечению табачной (никотиновой) зависимости и последствий потребления табака и никотинсодержащей продукции врачами любых специальностей на амбулаторном и стационарном уровнях оказания медицинской помощи. **Материалы и методы.** Основой для разработки Клинических рекомендаций послужили систематические обзоры и научные исследования по основным ключевым вопросам лечения табачной (никотиновой) зависимости: поведенческая терапия; фармакологическое лечение; сочетание поведенческой и фармакологической терапии; традиционные, дополнительные и альтернативные виды лечения; отказ от употребления табака при лечении неинфекционных заболеваний. Для оценки уровня достоверности доказательств методов диагностики и лечения и уровня убедительности рекомендаций использовались шкалы в соответствии с приказом Минздрава России. **Результаты.** В Клинические рекомендации было включено 9 рекомендаций, имеющих доказательную базу их убедительности: диагностика синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака осуществляется всеми врачами при лечении пациентов, потребляющих табак и/или никотинсодержащие изделия; проводится оценка медицинских последствий у пациентов, употребляющих табак и/или никотинсодержащие изделия; пациентам оказывается поведенческая поддержка; назначается фармакологическая терапия, направленная на лечение никотиновой зависимости; для повышения эффективности лечения рекомендуется комбинация поведенческой и фармакологической терапии; назначается фармакологическая терапия сопутствующих заболеваний; традиционные, дополнительные и альтернативные виды лечения не применяются для лечения никотиновой зависимости; лечение проводится пациентам, потребляющим табачные и/или никотинсодержащие изделия; помощь по отказу от потребления табака и никотина оказывается на амбулаторном и стационарном уровнях оказания медицинской помощи. **Заключение.** Рекомендации, основаны на доказательствах, включают современные подходы, и могут применяться врачами любых медицинских специальностей на амбулаторном и стационарном уровнях оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: табак, никотин, факторы риска здоровья, табачная зависимость, никотиновая зависимость, лечение курящего человека, электронные сигареты, болезнь вейперов, клинические рекомендации, рекомендации для врачей, борьба против табака, антитабачная политика, меры по борьбе против табака, федеральный антитабачный закон.

Для цитирования: Салагай О.О., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Тетенкова Е.Ю., Надеждин А.В. Клинические рекомендации по лечению синдрома зависимости от табака, синдрома отмены табака. Общественное здоровье. 2025; 2(5):70–80, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-70-80

Контактная информация: Сахарова Галина Михайловна; e-mail: sakharovagm@mednet.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 07.04.2025. **Статья принята к печати:** 27.05.2025. **Дата публикации:** 25.06.2025.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-70-80

CLINICAL GUIDELINES FOR THE TREATMENT OF TOBACCO DEPENDENCE SYNDROME, TOBACCO WITHDRAWAL SYNDROME

O.O. Salagay¹, G.M. Sakharova², N.S. Antonov², E.Yu. Tetenova³, A.V. Nadezhdin³¹ Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia;² Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia;³ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia.**Abstract**

Introduction. The provision of medical assistance to stop tobacco use is one of the leading public policy measures to effectively reduce and eliminate the harm caused by tobacco. *The purpose of the study:* to develop Clinical Recommendations (CR) on tobacco quitting, treatment of nicotine addiction and the consequences of consumption of tobacco and nicotine-containing products. **Materials and methods.** The basis for the development of CR was systematic reviews and scientific research on the main key issues of tobacco (nicotine) addiction treatment: behavioral therapy; pharmacological treatment; combination of behavioral and pharmacological therapy; traditional, complementary and alternative treatments; tobacco cessation in the treatment of NCDs. The scales of the reliability of evidence in accordance with the order of the Ministry of Health were used to determine the certainty of evidence and formulate the recommendations. **Results.** CR included 9 evidence-based recommendations: diagnosis of tobacco dependence syndrome and tobacco withdrawal syndrome is carried out by all doctors; assessment of medical consequences in patients who use tobacco/nicotine; behavioral support is provided to patients; pharmacological treatment aimed at the treatment of nicotine addiction is prescribed; a combination of behavioral and pharmacological therapy is recommended to increase the effectiveness of treatment; pharmacological therapy of concomitant diseases is prescribed; traditional and alternative treatments are not used; treatment is provided to both tobacco users and nicotine users at outpatient and inpatient levels of medical care. **Conclusion.** The recommendations are evidence-based, modern, and can be applied by doctors at both outpatient and inpatient levels of medical care.

Keywords: tobacco, nicotine, health risk factors, tobacco dependence, nicotine dependence, treatment of smokers, electronic cigarettes, vaper's disease, clinical guidelines, recommendations for doctors, tobacco control, anti-smoking policy, tobacco control measures, federal anti-smoking law.

For citation: Salagay O.O., Sakharova G.M., Antonov N.S., Tetenova E.Yu., Nadezhdin A.V. Clinical guidelines for the treatment of tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome. Public health. 2025; 2(5):70–80, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-70-80

For correspondence: Galina M. Sakharova, e-mail: sakharovagm@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

Употребление табачной и никотинсодержащей продукции является во всем мире наиболее распространенным фактором риска для здоровья, ежегодно уносящим жизни более 8 миллионов человек [1]. Начатая в конце XX века борьба против табака, включающая внедрение на страновом уровне мер, направленных на снижение спроса и предложения табачных изделий, до настоящего времени остается актуальной и требует непрерывного развития и совершенствования указанных мер с учетом текущей ситуации. Производители табачных и никотинсодержащих изделий постоянно разрабатывают и внедряют новые способы повышения привлекательности своей продукции, например, добавляя в их состав ароматизаторы и вкусовые добавки, меняющие вкус и запах табака и никотина, повышая вкусовую привлекательность изделий. Такая тактика направлена на более раннее привлечение молодежи к курению табака или употреблению

никотинсодержащих изделий, что влечет за собой развитие сильной никотиновой зависимости, которая может оставаться у потребителей этих изделий в течение всей жизни [2]. При развитии выраженной никотиновой зависимости, даже при полном осознании вреда для здоровья, потребителям табака и никотина трудно самостоятельно избавиться от табачной (никотиновой) зависимости. Проведенное исследование показало, что в Российской Федерации распространенность потребления табака/никотина в 2023 г. составила среди взрослого населения 21,3% (среди мужчин – 35,0% и среди женщин – 10,2%), а никотиновая зависимость средней и более высокой степени тяжести выявлялась у 16,7% взрослого населения (среди мужчин – 28,9%, среди женщин – 6,9%) [3]. Таким образом, для успешного отказа от табака и никотина медицинская помощь необходима примерно 20% всего взрослого населения Российской Федерации.

Параллельно с развитием никотиновой зависимости у потребителей могут развиваться

сердечно-сосудистые и респираторные заболевания, злокачественные новообразования и многие другие хронические неинфекционные заболевания (НИЗ) [4]. Так, при употреблении табачных или никотинсодержащих изделий в 2 раза увеличивается индивидуальный относительный риск развития инсульта, инфаркта миокарда, онкологических заболеваний, заболеваний печени, язвы желудка [5]. Например, в Российской Федерации в 2023 г. с употреблением табака было дополнительно связано 9,3% случаев артериальной гипертензии, 8,5% случаев онкологических заболеваний, 7,5% случаев язвы желудка или 12-перстной кишки [5]. Все эти прецеденты болезней могли быть предотвращены при своевременном оказании медицинской помощи по отказу от табака и никотина.

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) содержит всеобъемлющий комплекс мер по эффективному снижению и, в конечном итоге, полному искоренению вреда, причиняемого табаком. В соответствии со статьей 14 РКБТ ВОЗ страны, присоединившиеся к РКБТ, несут обязательства по оказанию поддержки потребителям табака, включая помощь в прекращении употребления табака и лечение табачной зависимости [6]. В руководящих принципах статьи 14 РКБТ ВОЗ подчеркивается важность осуществления мер по лечению табачной зависимости в комплексе с другими мерами по борьбе против табака, что максимально увеличивает их эффективность [7].

По данным ВОЗ, в мире 1,25 миллиардов людей потребляют табак и более 60% из них хотят бросить курить. Однако около 70% из них не имеют доступа к услугам по прекращению употребления табака [8]. В качестве элемента базовой инфраструктуры, необходимой для организации помощи по отказу от табака и обеспечения эффективного лечения табачной зависимости, руководящими принципами по статье 14 РКБТ ВОЗ рекомендуются национальные клинические рекомендации по лечению табачной (никотиновой) зависимости. Отчет ВОЗ по глобальной табачной эпидемии за 2019 г., посвященный оказанию помощи по отказу от табака, выявил, что в мире только в 82 странах (42%) разработаны и действуют клинические рекомендации по прекращению употребления табака [9].

В Российской Федерации положения статьи 14 РКБТ ВОЗ реализованы в статье 17 Федерального закона от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия

окружающего табачного дыма и последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» [10]. В соответствии с пунктом 3 статьи 17 медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака или никотинсодержащей продукции, лечение табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, должна предоставляться на основе стандартов оказания медицинской помощи и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.

В Международной классификации болезней табачная (никотиновая) зависимость отнесена к классу психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ. В широкой клинической практике распространенными являются синдром зависимости от табака (код МКБ-10 – F17.2) и синдром отмены табака (код МКБ-10 – F17.3). В Российской Федерации разработаны клинические рекомендации по лечению этих двух состояний, которые в своей ежедневной клинической практике могут применять врачи всех специальностей. В 2024 г. научно-практический совет Минздрава России одобрил второй пересмотр Клинических рекомендаций по синдрому зависимости от табака, синдрому отмены табака (далее – Клинические рекомендации), которые размещены в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России (ID601_2).

Цель исследования: разработать клинические рекомендации по отказу от табака, диагностике и лечению табачной (никотиновой) зависимости и последствий потребления табака и никотинсодержащей продукции врачами любых специальностей на амбулаторном и стационарном уровнях оказания медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основой для разработки Клинических рекомендаций послужили систематические обзоры и научные исследования по основным ключевым вопросам лечения табачной (никотиновой) зависимости: поведенческая терапия; фармакологическое лечение; сочетание поведенческой и фармакологической терапии; традиционные, дополнительные и альтернативные виды лечения; отказ от употребления табака при лечении НИЗ. В качестве источников данных использовались научные публикации в периодических

изданиях, научных электронных библиотеках (e-library, Cochrane Library, Medline, MedScape, PubMed, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDD)), а также данные Государственного Реестра Лекарственных Средств.

При разработке Клинических рекомендаций для оценки уровня достоверности доказательств методов диагностики и лечения (таблицы 1 и 2) и уровня убедительности рекомендаций (таблица 3) использовались шкалы в соответствии с приказом Минздрава России от 28.02.2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре,

составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации» [11].

РЕЗУЛЬТАТЫ

В Клинические рекомендации было включено 9 рекомендаций по диагностике и лечению синдрома зависимости от табака, синдрома отмены табака, имеющих доказательную базу их убедительности:

1. Диагностика синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака осуществляется всеми врачами при лечении пациентов, потребляющих табак и/или никотинсодержащие изделия.
2. Проводится оценка медицинских последствий у пациентов, употребляющих табак и/или никотинсодержащие изделия.

Таблица 1

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Источник: Приказ Минздрава России от 28.02.2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации».

Таблица 2

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна (помимо РКИ) с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Источник: Приказ Минздрава России от 28.02.2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации».

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество, и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Источник: Приказ Минздрава России от 28.02.2019 г. № 103н «Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации».

3. Пациентам оказывается поведенческая поддержка.

4. Назначается фармакологическая терапия, направленная на лечение никотиновой зависимости.

5. Для повышения эффективности лечения рекомендуется комбинация поведенческой и фармакологической терапии.

6. Назначается фармакологическая терапия сопутствующих заболеваний.

7. Традиционные, дополнительные и альтернативные виды лечения не применяются для лечения никотиновой зависимости.

8. Лечение проводится пациентам, потребляющим табачные и/или никотинсодержащие изделия.

9. Помощь по отказу от потребления табака и никотина оказывается на амбулаторном и стационарном уровнях оказания медицинской помощи.

Подробно диагностические и лечебные алгоритмы описаны в Клинических рекомендациях по синдрому зависимости от табака, синдрому отмены табака, размещенными в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России. В данной статье представлено краткое изложение рекомендаций.

Диагностика синдрома зависимости от табака (никотина), синдрома отмены табака (никотина). Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 2).

Как было уже сказано, в соответствии с МКБ-10 выделяют синдром зависимости от табака (никотина) (код МКБ-10 – F17.2) и синдром отмены табака (никотина) (код МКБ-10 – F17.3). Синдром зависимости от табака (никотина) – это комплекс психических и поведенческих

расстройств, характеризующихся выраженным влечением к курению или употреблению никотинсодержащей продукции, развитием толерантности, возникновением симптомов отмены после прекращения употребления, неспособностью отказаться от табака (никотина), несмотря на вредные последствия для здоровья и социальное давление. Синдром отмены табака (никотина) – это группа симптомов различного характера и различной тяжести, возникающих после уменьшения или прекращения поступления никотина в организм зависимого от него человека. Он включает в себя влечение к табаку или другим никотинсодержащим продуктам, тревогу, снижение концентрации внимания, раздражительность или беспокойство, недомогание и слабость, дисфорическое настроение, усиление кашля, афтозный стоматит, усиление аппетита, бессонницу.

Основное значение при постановке диагноза синдрома зависимости от никотина или синдром отмены никотина имеет клиническая диагностика, состоящая из сбора жалоб, анамнеза и оценки степени никотиновой зависимости по тесту Фагерстрема. Поставленный диагноз заносится врачом в медицинскую карту пациента.

Оценка медицинских последствий у пациентов, употребляющих табак и/или никотинсодержащие изделия. Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 2).

При употреблении табачных или никотинсодержащих изделий под воздействием веществ табачного дыма и аэрозоля электронных сигарет развиваются нарушения бронхолегочной системы, которые могут обостряться в период отказа от курения, снижая эффективность

лечения никотиновой зависимости и влияя на течение бронхолегочных заболеваний. Диагностируются у пациентов респираторные симптомы (кашель, выделение мокроты, одышка), и проводится оценка функционального состояния легких, позволяющая выявить наличие у пациента синдрома гиперреактивности бронхов или синдрома бронхиальной обструкции. Таким образом, выделяются синдром зависимости от табака (никотина) и синдром отмены табака (никотина) с бронхолегочными симптомами или бронхолегочными синдромами.

Поведенческая поддержка. Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 2).

Для любого человека, который планирует прекратить употребление табака или никотинсодержащих изделий, важное значение имеет мотивация и готовность к этому отказу. Используется три вида психологической поддержки: краткая беседа; мотивационное консультирование; когнитивно-поведенческая терапия.

Короткая беседа может проводиться врачами всех специальностей, а также медицинским персоналом среднего звена, в течение 3-х и более минут и включает в себя определение статуса курения; персонифицированный совет бросить курить; информирование о медицинской помощи по отказу от табака. Результаты короткой беседы должны быть занесены в медицинскую документацию пациента. Необходимо отметить, что рекомендация по проведению короткой беседы также включена в Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях (приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.10.2020 г. № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»).

Выделяют два вида мотивационного интервьюирования: для усиления мотивации к отказу от употребления табака и/или никотина; для поддержания принятого решения отказаться от табака/никотина на протяжении всего курса лечения никотиновой зависимости. Каждый вид мотивационного консультирования имеет свой алгоритм проведения и может включать несколько сеансов.

Когнитивно-поведенческая терапия проводится в течение всего периода лечения

и строится на следующих принципах: выявление и проверка мыслей об употреблении табака или никотина; изменение соответствующих убеждений и выявлении триггеров, повышающих вероятность употребления этих веществ; обучение навыкам отказа от употребления табака или никотина; профилактика рецидива. Рекомендуется использование ряда техник когнитивной терапии, включая решение проблемы, принятие решения, мониторинг и планирование видов деятельности, отвлечение и переключение внимания, последовательного приближения.

Фармакологическая терапия, направленная на лечение никотиновой зависимости. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Для лечения никотиновой зависимости рекомендуется применять агонисты и частичные антагонисты никотиновых рецепторов.

К агонистам никотиновых рецепторов относятся никотинсодержащие препараты. По данным литературы, никотинзаместительная терапия (НЗТ) является терапией первой линии для лечения никотиновой зависимости у мотивированных и немотивированных пациентов [12]. НЗТ может применяться как монотерапия с использованием одного продукта, так и комбинация нескольких продуктов (трансдермального пластыря с одним из продуктов быстрого высвобождения никотина – жевательная резинка, спрей или таблетка для рассасывания). Необходимо отметить, что применяемые препараты для НЗТ должны быть должным образом зарегистрированы в Российской Федерации.

Частичные агонисты никотинового рецептора связываются с ацетилхолиновыми рецепторами головного мозга, в отношении которых они являются как частичными агонистами, но в меньшей степени, чем никотин, так и антагонистами, препятствующими связыванию никотина с никотиновыми рецепторами.

Комбинация поведенческой и фармакологической терапии. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

При высокой и очень высокой степени никотиновой зависимости рекомендуется применение комбинации когнитивно-поведенческой и фармакологической терапии.

Фармакологическая терапия сопутствующих заболеваний. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

При выявлении у пациента синдрома зависимости от табака (никотина) или синдрома отмены табака (никотина) с бронхолегочными симптомами рекомендуется назначение муколитических, отхаркивающих и противокашлевых препаратов с целью уменьшения выраженности бронхолегочной симптоматики. При выявлении у пациента синдрома зависимости от табака (никотина) или синдрома отмены табака (никотина) с бронхолегочными синдромами рекомендуется назначение бронхолитических препаратов или комбинированных бронхолитических препаратов. Большое значение имеет быстрота начала и продолжительность бронхолитического действия препарата, а также выраженность и длительность бронхопротективного действия. Терапия назначается индивидуально в зависимости от выраженности нарушения.

Традиционные, дополнительные и альтернативные виды лечения. В настоящее время не встречено убедительных доказательств эффективности каких-либо традиционных, дополнительных или альтернативных видов лечения никотиновой зависимости.

По этой причине не рекомендуется использовать препараты авersive терапии (препараты для полоскания рта, меняющие вкус сигарет и др.), иглорефлексотерапию, гипноз, нормобарическую гипокситерапию, краниальную электростимуляцию, фитотерапию, гомеопатию. В качестве стратегии лечения табачной зависимости не рекомендуется использовать бездымные табачные изделия и электронные сигареты.

Лечение проводится пациентам, потребляющим табачные и/или никотинсодержащие изделия. Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Все рекомендации применимы как для пациентов, потребляющих табачные изделия, так и для пациентов, потребляющих никотинсодержащие изделия. С этой целью тест Фагерстрема, а также методики краткой беседы и мотивационного интервьюирования, исходно разработанные для пациентов, употребляющих сигареты, были адаптированы для применения у пациентов, употребляющих электронные сигареты, вейпы.

Помощь по отказу от потребления табака и никотина оказывается на амбулаторном и стационарном уровнях оказания медицинской помощи.

Рекомендуемые действия врачей «первичного звена»: опросить пациента об употреблении табака/никотина; выявить наличие употребления табачных или никотинсодержащих изделий;

установить диагноз (синдром зависимости от табака или синдром отмены табака с бронхолегочными симптомами или бронхолегочными синдромами); внести всю информацию в медицинскую документацию пациента; провести короткую беседу. При слабой мотивации пациента рекомендуется проводить повторные короткие беседы при каждом визите пациента, при высокой степени мотивации к отказу от табака/никотина рекомендуется составить план лечения пациента, либо направить к специалистам, оказывающим данную медицинскую помощь.

Рекомендуемые действия врача стационара: опросить пациента об употреблении табака/никотина; выявить наличие употребления табачных или никотинсодержащих изделий; установить диагноз (синдром зависимости от табака или синдром отмены табака с бронхолегочными симптомами или бронхолегочными синдромами); внести всю информацию в медицинскую документацию пациента; провести мотивационное консультирование и назначить терапию либо с целью временного прекращения потребления табака/никотина на период пребывания в стационаре, либо с целью полного отказа от табака/никотина.

Для внесения информации в медицинскую документацию в Клинических рекомендациях предлагается листок-вкладыш при амбулаторном лечении и листок-вкладыш при стационарном лечении.

ОБСУЖДЕНИЕ

Первые Клинические рекомендации были приняты в Российской Федерации в 2018 г. [13]. Они включали рекомендации по диагностике и лечению в амбулаторных условиях синдрома зависимости от табака, синдрома отмены табака, вызванных употреблением табачных изделий. В 2024 г. Клинические рекомендации были пересмотрены и существенно дополнены.

Клинические рекомендации второго пересмотра (2024 г.) адаптированы для лечения заболеваний у пациентов, потребляющих никотинсодержащие изделия. Также они были адаптированы для применения врачами в медицинских организациях стационарного профиля. Целью оказания медицинской помощи на стационарном уровне является мотивация потребителей табака/никотина к полному отказу от употребления, оказание медицинской помощи с целью прекращения потребления табака/никотина на

период нахождения пациента в стационаре, оказание медицинской помощи по лечению синдрома зависимости от табака и синдрома отмены табака. Для того, чтобы врачи любых отделений стационаров могли внедрить оказание медицинской помощи по отказу от табака и никотина в свою ежедневную клиническую практику, в Клинические рекомендации 2024 г. включен листок-вкладыш в медицинскую документацию пациента, легкий для заполнения и содержащий диагностический алгоритм выявления заболевания и постановки диагноза.

В Клинических рекомендациях большое внимание уделено вовлечению врачей всех специальностей в выявление потребителей табака и никотина, мотивирование их к отказу и организацию лечения синдрома зависимости от табака, синдрома отмены табака. Они адаптированы для применения как врачами любых специальностей во время ежедневного приема пациентов, так и врачами, работающими в кабинетах медицинской помощи по отказу от табака и никотина, установленных Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции [14].

Подходы к диагностике и лечению пациентов с никотиновой зависимостью, включенные в Клинические рекомендации, полностью согласуются с рекомендациями Клинического руководства по отказу от курения взрослых, разработанных ВОЗ в 2024 г. [15].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Разработанные в Российской Федерации Клинические рекомендации по синдрому зависимости от табака, синдрому отмены табака включают все этапы оказания помощи при отказе от табака (выявление потребителей табака и никотинсодержащей продукции, мотивирование к отказу, профилактика, диагностика и лечение табачной (никотиновой) зависимости и медицинских последствий потребления табака/никотина, организация медицинской помощи в медицинских организациях). Все рекомендации основаны на доказательствах, включают современные подходы и могут применяться врачами любых медицинских специальностей на амбулаторном и стационарном уровнях оказания медицинской помощи.

В настоящее время в Российской Федерации разработан полный комплекс документов, необходимых для организации эффективной медицинской помощи по отказу от табака: порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, и Клинические рекомендации по синдрому зависимости от табака (никотина), синдрому отмены табака (никотина). Документы позволяют оказывать медицинскую помощь врачам всех специальностей в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи и медицинских организациях, оказывающих стационарную помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO report on the global tobacco epidemic, Protect people from tobacco smoke 2023. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372043/9789240077164-eng.pdf?sequence=1>
2. World No Tobacco Day 2025: Unmasking the appeal. <https://www.who.int/news/item/11-11-2024-no-tobacco-day-2025-unmasking-the-appeal>
3. Салагай О.О., Антонов Н.С., Сахарова Г.М., Конради А.О., Таничева А.А. Вовлеченность медицинских работников в оказание медицинской помощи в отказе от потребления табачной и никотинсодержащей продукции. Профилактическая медицина. 2025;28(1):14–23. <https://doi.org/10.17116/profmed2025280114>.
4. Samet J.M. Tobacco smoking: the leading cause of preventable disease worldwide. Thorac Surg Clin. 2013; 23(2):103–12. (<https://doi.org/10.1016/j.thorsurg.2013.01.009>).
5. Салагай О.О., Антонов Н.С., Сахарова Г.М., Стадник Н.М. Влияние потребления табака на индивидуальный и популяционный риск развития неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Общественное здоровье. 2024; 2(4):18–31. DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-18-31.
6. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1>
7. Guidelines for implementation of Article 14. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2022. <https://fctc.who.int/publications/m/item/guidelines-for-implementation-of-article-14>
8. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343287/9789240032095-eng.pdf?sequence=1>.
9. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use. Geneva: World Health Organization; 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?sequence=1>

10. Федеральный закон от 23.02.13 № 15-ФЗ (ред. от 30.12.20) «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции» https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142515/. (In Russian).
11. Синдром зависимости от табака (никотина), синдром отмены табака (никотина) у взрослых, Клинические рекомендации. ID601_2. 2024. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/601_2
12. Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай О.О. Эффективные воздействия при прекращении потребления табака: обзор литературы. Лечебное дело, 2017, № 4, с. 57–66. <https://atmosphere-ph.ru/modules.php?name=Magazines&sop=viewissue&magid=7&issueid=425>.
13. Чучалин А.Г., Сахарова Г.М., Антонов Н.С., Салагай О.О., Брюн Е.А., Кутушев О.Т., Лыков В.И. Синдром зависимости от табака, синдром отмены табака у взрослых. Клинические рекомендации. Наркология, 2018, том 17, № 3, с. 3–21. <https://medq.ru/narcology>
14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 февраля 2021 г. № 140н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции». Ссылка активна на 01.04.2025. <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400354235/> (In Russian).
15. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

REFERENCES

1. WHO report on the global tobacco epidemic, Protect people from tobacco smoke. 2023. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372043/9789240077164-eng.pdf?sequence=1>
2. World No Tobacco Day 2025: Unmasking the appeal. <https://www.who.int/news/item/11-11-2024-no-tobacco-day-2025-unmasking-the-appeal>
3. Salagay O.O., Antonov N.S., Sakharova G.M., Konradi A.O., Tanicheva A.A. Involvement of medical professionals in the provision of medical care to quit tobacco and nicotine consumption. The Russian Journal of Preventive Medicine. 2025;28(1):14–23. <https://doi.org/10.17116/profmed20252801114/> (In Russian).
4. Samet J.M. Tobacco smoking: the leading cause of preventable disease worldwide. Thorac Surg Clin. 2013;23(2):103–12. (<https://doi.org/10.1016/j.thorsurg.2013.01.009>)
5. Salagay O.O., Antonov N.S., Sakharova G.M., Stadnik N.M. The impact of tobacco consumption on the individual and population risk of non-communicable diseases in the Russian Federation. Public health. 2024; 2(4):18–31, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-18-31 (In Russian).
6. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1>
7. Guidelines for implementation of Article 14. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2022 <https://fctc.who.int/publications/m/item/guidelines-for-implementationof-article-14>
8. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343287/9789240032095-eng.pdf?sequence=1>.
9. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019: offer help to quit tobacco use. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?sequence=1>
10. Federal Law No. 15-FZ of 02/23/13 (as amended on 12/30/20) “On Protecting the Health of Citizens from Exposure to ambient tobacco Smoke, the Effects of Tobacco Consumption or consumption of nicotine-containing Products” https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_142515/. (In Russian).
11. Tobacco dependence syndrome (nicotine), tobacco withdrawal syndrome (nicotine) in adults, Clinical recommendations. ID601_2. 2024. Rubricator of clinical recommendations of the Russian Ministry of Health. https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/601_2 (In Russian).
12. Sakharova G.M., Antonov N.S., Salagai O.O. Effective effects on tobacco cessation: a literature review. Lechebnoe delo, 2017, № 4, с. 57–66. <https://atmosphere-ph.ru/modules.php?name=Magazines&sop=viewissue&magid=7&issueid=425>. (In Russian).
13. Chuchalin A.G., Sakharova G.M., Antonov N.S., Salagai O.O., Brun E.A., kutushev O.T., Lykov V.I. Tobacco dependence syndrome, tobacco withdrawal syndrome in adults. Clinical recommendations. Narkologia [Narcology], 2018: 17(3), P. 3–21. <https://medq.ru/narcology>
14. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 140n dated February 26, 2021 “On Approval of the Procedure for providing medical care to the adult population to stop tobacco consumption or consumption of nicotine-containing products, treatment of tobacco (nicotine) dependence, consequences of tobacco consumption or consumption of nicotine-containing products.” <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400354235/> (In Russian).
15. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ES

Recomendaciones clínicas para el tratamiento del síndrome de dependencia del tabaco y el síndrome de abstinencia del tabaco

O.O. Salagay, G.M. Sakharova, N.S. Antonov, E.Yu. Tetenova, A.V. Nadezhdin

Anotación

Introducción. La prestación de asistencia médica para dejar de consumir tabaco es una de las principales medidas de la política estatal para reducir de manera efectiva y, en última

FR

Recommandations cliniques pour le traitement du syndrome de dépendance au tabac et du syndrome de sevrage tabagique

O.O. Salagay, G.M. Sakharova, N.S. Antonov, E.Yu. Tetenova, A.V. Nadezhdin

Annotation

Introduction. Fournir une aide médicale pour arrêter la consommation de tabac est l'une des principales mesures de la politique gouvernementale visant à réduire efficacement et, en

instancia, erradicar por completo el daño causado por el tabaco. **Objetivo del estudio:** desarrollar recomendaciones clínicas para la cesación del tabaco, el diagnóstico y tratamiento de la dependencia del tabaco (nicotina) y las consecuencias del consumo de tabaco y productos que contienen nicotina por parte de médicos de cualquier especialidad en niveles ambulatorios y hospitalarios de atención médica. **Materiales y métodos.** La base para el desarrollo de las Recomendaciones Clínicas fueron revisiones sistemáticas e investigaciones científicas sobre las principales cuestiones clave en el tratamiento de la dependencia del tabaco (nicotina): terapia conductual; tratamiento farmacológico; combinación de terapia conductual y farmacológica; tratamientos tradicionales, complementarios y alternativos; cesación del consumo de tabaco en el tratamiento de enfermedades no infecciosas. Para evaluar el nivel de validez de las pruebas de los métodos de diagnóstico y tratamiento y el nivel de persuasión de las recomendaciones, se utilizaron escalas de acuerdo con la orden del Ministerio de Salud de Rusia. **Resultados.** Las Recomendaciones Clínicas incluyeron 9 recomendaciones con base en evidencia de su persuasión: el diagnóstico del síndrome de dependencia del tabaco y el síndrome de abstinencia del tabaco debe ser realizado por todos los médicos al tratar a pacientes que consumen tabaco y/o productos que contienen nicotina; se evalúan las consecuencias médicas en pacientes que consumen tabaco y/o productos que contienen nicotina; se proporciona apoyo conductual a los pacientes; se prescribe terapia farmacológica dirigida al tratamiento de la dependencia de la nicotina; para aumentar la efectividad del tratamiento se recomienda la combinación de terapia conductual y farmacológica; se prescribe terapia farmacológica para enfermedades concomitantes; no se utilizan tratamientos tradicionales, complementarios y alternativos para el tratamiento de la dependencia de la nicotina; el tratamiento se lleva a cabo en pacientes que consumen productos de tabaco y/o que contienen nicotina; la ayuda para dejar de consumir tabaco y nicotina se proporciona en niveles ambulatorios y hospitalarios de atención médica. **Conclusión.** Las recomendaciones, basadas en evidencia, incluyen enfoques modernos y pueden ser aplicadas por médicos de cualquier especialidad médica en niveles ambulatorios y hospitalarios de atención médica.

Palabras clave: tabaco, nicotina, factores de riesgo para la salud, dependencia del tabaco, dependencia de la nicotina, tratamiento de fumadores, cigarrillos electrónicos, enfermedad de los vapeadores, recomendaciones clínicas, recomendaciones para médicos, lucha contra el tabaco, política antitabaco, medidas contra el tabaco, ley federal antitabaco.

fin de compte, à éradiquer complètement les dommages causés par le tabac. **Objectif de l'étude:** élaborer des recommandations cliniques pour l'abandon du tabac, le diagnostic et le traitement de la dépendance tabagique (nicotine) et des conséquences de la consommation de tabac et de produits contenant de la nicotine par des médecins de toutes spécialités, tant au niveau ambulatoire qu'hospitalier. **Matériaux et méthodes.** Les recommandations cliniques ont été élaborées sur la base de revues systématiques et d'études scientifiques sur les principales questions clés du traitement de la dépendance tabagique (nicotine): thérapie comportementale; traitement pharmacologique; combinaison de thérapie comportementale et pharmacologique; traitements traditionnels, complémentaires et alternatifs; cessation de la consommation de tabac dans le traitement des maladies non infectieuses. Pour évaluer le niveau de validité des preuves des méthodes de diagnostic et de traitement et le niveau de force des recommandations, des échelles ont été utilisées conformément à l'ordre du Ministère de la Santé de la Russie. **Résultats.** Les recommandations cliniques comprennent 9 recommandations ayant une base de preuves de leur force: le diagnostic du syndrome de dépendance au tabac et du syndrome de sevrage tabagique est effectué par tous les médecins lors du traitement des patients consommant du tabac et/ou des produits contenant de la nicotine; une évaluation des conséquences médicales chez les patients consommant du tabac et/ou des produits contenant de la nicotine est réalisée; un soutien comportemental est fourni aux patients; un traitement pharmacologique visant à traiter la dépendance à la nicotine est prescrit; pour améliorer l'efficacité du traitement, une combinaison de thérapie comportementale et pharmacologique est recommandée; un traitement pharmacologique des maladies concomitantes est prescrit; les traitements traditionnels, complémentaires et alternatifs ne sont pas utilisés pour traiter la dépendance à la nicotine; le traitement est effectué chez les patients consommant des produits tabagiques et/ou contenant de la nicotine; l'aide à l'abandon de la consommation de tabac et de nicotine est fournie aux niveaux ambulatoire et hospitalier. **Conclusion.** Les recommandations, basées sur des preuves, incluent des approches modernes et peuvent être appliquées par des médecins de toutes spécialités médicales aux niveaux ambulatoire et hospitalier.

Mots clés: tabac, nicotine, facteurs de risque pour la santé, dépendance tabagique, dépendance à la nicotine, traitement des fumeurs, cigarettes électroniques, maladie des vapeurs, recommandations cliniques, recommandations pour les médecins, lutte contre le tabac, politique antitabac, mesures de lutte contre le tabac, loi fédérale antitabac.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

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

Oleg O. Salagay – PhD in Medical sciences, State Secretary – Deputy Minister of Health of the Russian Federation, Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

E-mail: salagay00@minzdrav.gov.ru, ORCID: 0000-0002-4501-7514, SPIN-код: 3580-0675

Сахарова Галина Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отдела общественного здоровья и здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Galina M. Sakharova – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Chief Researcher of the Department of Public Health and Healthcare, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: sakharovagm@mednet.ru, ORCID: 0000-0001-7230-2647, SPIN-код: 4335-3571

Антонов Николай Сергеевич – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела общественного здоровья и здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Nikolay S. Antonov – Grand PhD in Medical sciences, Chief Researcher of the Department of Public Health and Healthcare, Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

E-mail: antonovns@mednet.ru, ORCID: 0000-0003-0279-1080, SPIN-код: 6259-2016

Тетенова Елена Юрьевна – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры наркологии, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Elena Yu. Tetenova – PhD in Medical sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Narcology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia.

E-mail: teleno07@inbox.ru, ORCID: 0000-0002-9390-621X, SPIN-код: 6583-7692

Надеждин Алексей Валентинович – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры наркологии, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия.

Aleksei V. Nadezhdin – PhD in Medical sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Narcology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia.

E-mail: aminazin@inbox.ru, ORCID: 0000-0003-3368-3170, SPIN-код: 4616-8820

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МЕДИЦИНА БЕЗ ГРАНИЦ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ТУРИЗМА

На Петербургском международном экономическом форуме (ПМЭФ-2025) прошла сессия «Медицина без границ: новые возможности для медицинского туризма». В России имеется значительный потенциал для развития медицинского туризма, что обусловлено пациентоориентированностью, высоким уровнем квалификации медицинских работников, качественным сервисом, доступностью и эффективностью передовых технологий в области здравоохранения. Партнерство бизнеса, государства и науки открывает новые возможности для экспорта медицинских услуг и привлечения иностранных пациентов, особенно из стран СНГ и Ближнего Востока.

Как подчеркнул ректор Первого Санкт-Петербургского ГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Минздрава России Сергей Федорович Багненко, высокий уровень экспорта медуслуг в России – это отражение качества медицинской помощи у нас в стране. Он также уточнил, что реализации качественной медицинской помощи на территории страны способствуют применяемые стандарты, протоколы, клинические рекомендации и национальные программы, а её высокий уровень оказания формирует доверие иностранных граждан к качеству российских медицинских услуг.

«Россия привлекает туристов со всех уголков земного шара не только своей природой, обычаями и традициями, культурой и гостеприимством местных жителей, но и качественным медицинским обслуживанием, доступным по разумным ценам», – рассказала директор ЦНИИОИЗ Минздрава России Ольга Сергеевна Кобякова. Она отметила, что с 2019 по 2024 гг. под руководством Минздрава России в Российской Федерации успешно реализовывался федпроект «Развитие экспорта медицинских услуг», заложивший основу для дальнейшего роста медицинского туризма в стране. Также для облегчения доступа как для иностранных пациентов, так и для российских медицинских учреждений были созданы необходимые правовые условия: Порядок оказания медицинской помощи иностранцам на территории России (установлен Приказом Минздрава России); Административный регламент оформления виз иностранным гражданам (утвержден Приказом МИД России); Административный регламент оформления приглашений на въезд в Россию иностранных граждан (утвержден МВД России). Кроме того, с 2023 г. в России введена система, позволяющая гражданам более чем 55 государств подавать заявления онлайн и получать визы для пребывания в России сроком до 16 дней.

Вместе с тем О.С. Кобякова подчеркнула, что важным инструментом продвижения российского медицинского туризма стал специализированный портал russiamedtravel.ru, который содержит сведения о более чем 250 лечебных учреждениях, оказывающих медицинские услуги по различным направлениям. В заключении она выделила несколько ключевых задач для привлечения иностранных пациентов: широкое продвижение информации о достижениях и потенциале российской медицины через все доступные каналы связи; устранение всех возможных логистических и языковых барьеров, что включает в себя обеспечение четкой навигации (например, указатели на нескольких языках) и обязательное присутствие англоговорящего персонала с целью создания максимально дружелюбной среды для гостя из другой страны.

Также эксперты обсудили, какие направления медицинского туризма будут наиболее востребованы у иностранных граждан, какие меры необходимы для увеличения потока медицинских туристов в Россию, идеи инновационных проектов в области здравоохранения и т.п.

Источники: официальный telegram-канал Минздрава России и сайт Фонда «Росконгресс».

ПРИЕМНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СЛУЖБА И СТАЦИОНАРНЫЕ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.В. ДЕНЧИК³, А.С. БЕНЯН^{1,2}, С.Ю. ПУШКИН^{1,2}, И.Г. ТРУХАНОВА¹, Н.С. ИЗМАЛКОВ¹, Р.С. ЧЕРНУХА^{1,4}, Н.Г. БУРЛОВА¹

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

² ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», г. Самара, Россия;

³ ГБУЗ СО «Приволжская центральная районная больница», Самарская область, Россия;

⁴ ГБУЗ «Самарская областная станция скорой медицинской помощи», г. Новокуйбышевск, Россия.

УДК 614.2; 614.88; 616.083.88

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-81-90

Аннотация

Введение. Создание условий для оказания качественной экстренной медицинской помощи, основанное на внедрении новых подходов, инновационных технологиях и оптимизации коечного фонда способствуют повышению эффективности работы многопрофильного стационара и расширению спектра предоставляемых услуг. **Цель исследования:** на основе обзора литературных данных, посвященных вопросам организации работы приемно-диагностических отделений и стационарных отделений скорой медицинской помощи, провести оценку современных задач и решений этого раздела здравоохранения, а также определить направления его дальнейшего устойчивого развития. **Материалы и методы.** Проведен поиск публикаций в базах данных PubMed, Scopus, Medline, ELibrary, посвященных вопросам организации медицинской помощи на этапе приемно-диагностических отделений и стационарных отделений скорой медицинской помощи многопрофильных больниц, из них материалы 45 статей были использованы в настоящем исследовании. Анализ больших массивов данных проводили на основе программы Microsoft Excel и платформы искусственного интеллекта YandexGPT 3. **Результаты.** Основными проблемными вопросами являются: переполненность, качество коммуникации между персоналом и пациентами, необходимость внедрения принципов цифровой трансформации и бережливого производства, взаимодействие с другими звеньями медицинской помощи, развитие инфраструктуры. **Заключение.** Администрирование потоков пациентов должно предотвращать переполненность и скученность, обеспечивать взаимодействие с другими медицинскими организациями при непрофильных обращениях, способствовать привлечению дополнительных ресурсов при необходимости. В организации работы важным аспектом является соблюдение правил безопасности пациента. Помимо решения основной задачи – предоставления квалифицированной медицинской помощи пациентам с экстренными и неотложными состояниями – функционирование службы способствует управлению потоками госпитализации в больничные отделения, а также обеспечивает преемственность между амбулаторно-поликлиническим и госпитальным звеньями.

Ключевые слова: приемно-диагностическая служба, стационарные отделения скорой медицинской помощи, экстренная и неотложная помощь пациентам.

Для цитирования: Денчик А.В., Бенян А.С., Пушкин С.Ю., Труханова И.Г., Измалков Н.С., Чернуха Р.С., Бурлова Н.Г. Приемно-диагностическая служба и стационарные отделения скорой медицинской помощи – современное состояние вопроса (Обзор литературы). Общественное здоровье. 2025; 2(5):81–90, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-81-90

Контактная информация: Денчик Антон Викторович, e-mail: denchik.av@yandex.ru

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 04.06.2024. **Статья принята к печати:** 15.04.2025. **Дата публикации:** 25.06.2025.

UDC 614.2; 614.88; 616.083.88

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-81-90

RECEPTION AND DIAGNOSTIC SERVICE AND INPATIENT EMERGENCY DEPARTMENTS – THE CURRENT STATE OF THE ISSUE (LITERATURE REVIEW)

A.V. Denchik³, A.S. Benian^{1,2}, S.Yu. Pushkin^{1,2}, I.G. Trukhanova¹, N.S. Izmalkov¹, R.S. Chernukha^{1,4}, N.G. Burlova¹

¹ Samara State Medical University, Samara, Russia;

² Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin, Samara, Russia;

³ Privolzhskiy Central District Hospital, Samara region, Russia;

⁴ Samara Regional Ambulance Station, Novokuibyshevsk, Russia.

Abstract

Introduction. The creation of conditions for the provision of high-quality emergency medical care based on the introduction of new approaches, innovative technologies and optimization of the bed stock contribute to improving the efficiency of a multidisciplinary hospital and expanding the range of services provided. **The purpose of the study:** based on the analysis of periodical literature devoted to the organization of the activities of diagnostic and emergency departments and inpatient departments, to identify current problematic issues and identify ways to solve them. **Materials and methods.** The databases PubMed, Scopus, Medline, and eLibrary searched for publications on the organization of medical care at the stage of emergency departments and inpatient emergency departments of multidisciplinary hospitals, of which 45 articles were used in this study. The analysis of large amounts of data was carried out based on the Microsoft Excel program and the artificial intelligence platform YandexGPT 3. **Results.** The main problematic issues are overcrowding, the quality of communication between staff and patients, the need to implement the principles of digital transformation and lean manufacturing, interaction with other parts of medical care, and infrastructure development. **Conclusion.** The administration of patient flows should prevent overcrowding and crowding, ensure interaction with other medical organizations in non-core cases, and help attract additional resources if necessary. In the organization of work, an important aspect is the observance of patient safety rules. In addition to solving the main task of providing qualified medical care to patients with emergency and urgent conditions, the functioning of the service helps manage the flow of hospitalization to hospital departments, as well as ensures continuity between outpatient and hospital units.

Keywords: reception and diagnostic services, inpatient emergency departments, emergency and emergency care for patients.

For citation: Denchik A.V., Benian A.S., Pushkin S.Yu., Trukhanova I.G., Izmalkov N.S., Chernukha R.S., Burlova N.G. Reception and diagnostic service and inpatient emergency departments – the current state of the issue (Literature review). Public health. 2025; 2(5):81–90, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-81-90

For correspondence: Anton V. Denchik, e-mail: denchik.av@yandex.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

Приемно-диагностические отделения (ПДО) и стационарные отделения скорой медицинской помощи (СОСМП), являясь структурными подразделениями госпитального звена медицинской помощи, участвуют в оказании экстренной и неотложной помощи пациентам с острыми состояниями, травмой, обострением хронических заболеваний [1]. Синергизм принципов работы скорой и специализированной помощи, готовность к массовому поступлению пострадавших при ЧС, управление потоками госпитализации в круглосуточные стационары и возврата пациентов в зону ответственности амбулаторно-поликлинических учреждений представляют собой основные критерии эффективности деятельности ПДО и СОСМП [2]. При этом наиболее часто встречающимися проблемными вопросами в организации деятельности этих подразделений являются переполненность отделений, задержки в сроках начала сортировки и оказания медицинской помощи, коммуникативные барьеры между пациентами и медицинским персоналом, использование инструментов цифровой трансформации и принципов бережливого производства, информационный обмен

и соблюдение преемственности [3]. Причины возникновения барьеров и неудовлетворительных результатов деятельности в большинстве случаев сосредоточены в несоответствии существующей имущественно-технологической базы требованиям, предъявляемым к отделениям по сортировке и медицинским модулям, а также в разрозненности при взаимодействии различных госпитальных служб [4]. Создание условий для доступной и качественной медицинской помощи пациентам при риске развития жизнеугрожающих состояний и внедрение новой технологии оказания СМП в СОСМП многопрофильного стационара способствует более эффективному использованию коечного фонда организации, увеличению профилей медицинской помощи [5, 6, 7]. Современным взглядам, отражающим актуальные вызовы и перспективы в организации деятельности ПДО и СОСМП, посвящена данная работа.

Цель исследования: на основе обзора литературных данных, сосредоточенных на вопросах организации работы ПДО и СОСМП, провести оценку современных задач и решений этого раздела здравоохранения, а также определить направления его дальнейшего устойчивого развития.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Коллективом авторов было проведено изучение литературных данных, посвященных вопросам организации медицинской помощи на этапе ПДО и СОСМП многопрофильных больниц. По ключевым словам «Emergency department» в англоязычных базах данных (PubMed, Scopus, Medline) отобраны 124 публикации, из которых 27 легли в основу данной статьи. В отечественных изданиях организации скоромощных стационарных отделений посвящено 45 публикаций, из них материалы 18 статей были использованы в настоящем исследовании. Анализ больших массивов данных проводили на основе программы Microsoft Excel и платформы искусственного интеллекта YandexGPT 3. С их помощью проведена систематизация основных тем и направлений, определяющих аспекты и проблемные вопросы функционирования данных подразделений. Отмечено, что если в иноязычной литературе интерес к вопросам и проблемам функционирования ПДО и СОСМП стал возрастать с начала 1980-х гг., то большинство отечественных публикаций приходится на начало XXI века с постепенным расширением спектра обсуждаемых проблем к настоящему времени. При этом, нельзя не упомянуть, что в начальных периодах становления отечественной медицины встречались организационные мероприятия по приему и сортировке больных, в частности, в «Генеральном регламенте о госпиталях», датированном концом XVIII века [8]. В работах А.А. Нечаева, И.Г. Георги, Г. Аттенгофера описываются процессы оказания медицинской помощи в Обуховской больнице Санкт-Петербурга, возможно, первые шаги в маршрутизации пациента от момента его поступления в больницу до его госпитализации на койку клиники [9, 10, 11]. Исторический очерк развития нормативно – правового регулирования оказания скорой медицинской помощи на госпитальном этапе подробно описан в работе коллектива авторов под руководством С.Ф. Багненко в 2013 г. [12].

Принятые определения и терминология также имеют свои различия в отечественных и зарубежных базах данных. В разных источниках русскоязычной периодической литературы имеются указания на ПДО, отделения неотложной помощи, СОСМП. В англоязычной литературе общепринят термин «Emergency department». Принципиальными положениями, определяющими формат работы данных подразделений, являются: наличие сортировочной площадки,

триажная система разделения потоков пациентов, полноценная диагностическая база, сосредоточенная на площадях данного подразделения, возможность выполнения малых хирургических вмешательств и противошоковых реанимационных и хирургических мероприятий, наличие диагностических коек и палат кратковременного пребывания.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведения анализа упомянутых литературных источников коллективом авторов были обозначены общие темы и частные вопросы, требующие проспективного обсуждения и дальнейшего развития: а) обращаемость и переполненность ПДО и СОСМП, б) взаимодействие между звеньями медицинской помощи, в) оценка доступности и качества, г) уровень коммуникативной среды в подразделениях, д) развитие инфраструктуры и технологий.

Обращаемость и переполненность. Переполненность ПДО и СОСМП является одним из факторов, определяющих, с одной стороны, востребованность данного формата работы, с другой – указывает на необходимость улучшения отдельных процессов как внутри СОСМП, так и на уровне взаимодействия со стационарными подразделениями [12]. До 30% больных, госпитализированных на койки специализированных отделений с целью обследования и лечения, по данным А.Г. Мирошниченко, могли получить медицинское обеспечение в условиях ПДО при его наличии [3]. Переполненность отделений неотложной помощи негативно сказывается на процессах диагностики и ухода за пациентами и часто приводит к плохому восприятию пациентами стандартизированного оказания медицинской помощи [13]. M. Getachew et al., используя многофакторный логистический регрессионный анализ, нашли связь переполненности СОСМП со временем ожидания сортировки, контакта персонала с пациентом, пребывания пациента в СОСМП, уровень сатурации, наличие хронических заболеваний, наличие патологических характеристик пульса [14]. При этом в исследовании M.C. van der Linden et al. было выявлено, что несмотря на то, что скученность влияет на процесс сортировки и приводит к увеличению времени ожидания и начала оказания медицинской помощи, она не влияет на маршрутизацию конечного пункта предназначения сортировки [15]. Отечественные авторы

обращают внимание на интенсификацию процессов внутри СОСМП, возможную при соблюдении соответствия данных отделений современным требованиям и нормам. Соблюдая эти правила, увеличение числа больных, которые не были госпитализированы на специализированные койки, не приводит к увеличению жалоб пациентов [16].

Для оценки непосредственно переполненности СОСМП применяют несколько международных шкал: NEDOCS, SONET [17, 18]. В дополнение к ним используют анализ индикаторов потребности в ЧС в режиме реального времени (READI) и индекс работы СОСМП (EDWIN). Объективная интегральная оценка перегруженности СОСМП в 83,3% совпадает с субъективным восприятием нагрузок врачебного персонала и в 86,7% – среднего медицинского персонала [19]. J. Wretborn et al. предложили шкалу mSEAL (modified Skane Emergency Department Assessment of Patient Load) для измерения причин и следствий переполненности в СОСМП на основе рабочей нагрузки [20]. Почасовая и сезонная зависимость загруженности СОСМП была выявлена в исследовании D. H. Giunta et al., которые зарегистрировали переполненность отделений на 4–6 баллов по шкале NEDOCS в 57,7% исследуемого времени с превалярованием в промежутке 10.00. – 24.00. и наибольшей частотой явления в зимние месяцы южного полушария (июнь, июль, август) [21].

Взаимодействие между звеньями. На переполненность СОСМП оказывает большое влияние непрофильное поступление пациентов в виде самостоятельного обращения, без предварительного направления из поликлиники или транспортировки службой СМП [22]. Причинами этого, в большинстве случаев, являются недостаточная осведомленность пациента и его родственников о показаниях к обращению в стационар и проблемы недоступности иных видов медицинской помощи (первичной, неотложной, паллиативной). А пути решения вопроса включают информирование о показаниях и порядке госпитализации, расширение роли догоспитального обслуживания в первичной медицинской помощи, профилактику необоснованного обращения в стационар, улучшение доступности других видов медицинской помощи [23].

Деятельность СОСМП, как звено между первичной медико-санитарной помощью и госпитальным этапом, подразумевает преимущество ведения пациентов, необходимость перекрестного обмена информацией для

минимизации времени, затраченного на диагностику и лечение. В.М. Теплов и соавторы придают СОСМП особую важную роль в оказании медицинской помощи, характеризуя его как «ключевой логистический центр» [24]. По данным J. A. Bentley et al., до 72% пациентов, обратившихся за неотложной помощью в СОСМП, после этапа первичной диагностики и соответствующих лечебных мероприятий, направляются для дальнейшего ведения в амбулаторно-поликлиническое звено. При этом только у 4,9% из них были зарегистрированы повторные обращения, требующие госпитализации [25]. Коллектив авторов под руководством С.В. Артюхова приводят данные об увеличении на 10% плановой госпитализации в учреждение при использовании коек СОСМП, на которых оказывается медицинская помощь непрофильным пациентам для специализированных отделений [26].

Синхронизация работы ПДО и СОСМП с госпитальными коечными отделениями подразумевает также наличие актуальной информации о свободных койко-местах. Несмотря на то, что это существенным образом не должно влиять на продолжительность времени ожидания пациентов или проведения диагностических/лечебных мероприятий в ПДО, тем не менее, владение информацией о резерве коек позволяет точнее управлять потоками экстренной госпитализации и проводить сопряжение с планированием выписки пациентов [27]. М.А. Hostetler et al. для повышения уровня взаимодействия приёмных и стационарных отделений предлагают разработку протоколов сортировки, клинических рекомендаций, предложений по исследованиям и компьютеризированных систем мониторинга данных, учитывающих наличие и необходимые мощности ПДО и СОСМП [28]. Р.Р. Алимов и соавторы при изучении частоты обоснованной экстренной госпитализации после организации работы СОСМП приводят данные об увеличении количества законченных случаев лечения в СОСМП в 4,3 раза [29]. Внедрение СОСМП приводит к большей интенсификации работы и госпитальных отделений, которые могут расширить спектр, увеличить количество случаев оказания специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи. Любопытную закономерность взаимосвязи между опытом работы медицинского персонала СОСМП и частотой перенаправления обратившихся пациентов в амбулаторно-поликлиническую службу отметили М.С. van der Linden et al. Авторы говорят о прямой зависимости данных критериев

и обосновывают это с одной стороны, высокими компетенционными качествами, а с другой – наличием многолетних внутрикорпоративных механизмов коммуникации и взаимодействия [30].

Оценка качества деятельности ПДО и СОСМП.

Весьма важным оценочным критерием качества работы СОСМП является частота повторных обращений и последующих госпитализаций пациентов, ранее получавших помощь в условиях СОСМП. G. Gabayan et al. в 4,5% отметили наличие повторного обращения в течении первой недели после выписки. Предикторами повторного обращения авторы считают изменения следующих витальных показателей на момент выписки: систолическое артериальное давление < 97 мм.рт.ст., частота пульса > 101 в минуту, температура тела > 37,3 °C, сатурация < 92% [31].

Еще одним аспектом, требующим непрерывного внимания и оптимизации управленческих подходов является производительность труда персонала ПДО и СОСМП. Такие критерии, как количество принятых пациентов на 1 врача, среднее время, затраченное на 1 пациента, соответствие стандартным операционным процедурам, позволяют проводить объективную оценку трудозатрат персонала и коэффициента эффективности [32]. Автономность среднего медицинского персонала при сортировке пациентов, согласно принципу триажа, позволяет выделить нуждающихся в осмотре больных врачом «здесь и сейчас», что позволяет сократить время начала медицинских вмешательств [33]. С целью повышения производительности персонала ряд авторов рекомендуют регулярное проведение тренингов и программ по коммуникации, приводя данные о 25% увеличении качества теоретических знаний, практических навыков и бережливости после проведения учебных циклов [34].

Применение стандартов к работе ПДО и СОСМП является сложной задачей, поскольку необходимо учитывать достаточно много разных факторов, не только внутренних медицинских, но и внешних, логистических, стихийных и т.д. Существующие ПДО, в подавляющем большинстве, отличаются планировочными решениями, профилем и форматом дежурного персонала, потоками пациентов. Важным элементом оценки организации работы догоспитального этапа скорой медицинской помощи являются мнения медицинских работников, при анкетировании которых были определены наиболее актуальные аспекты обратной связи: дефицит кадров (26,9%), несовершенство инфраструктуры

отделения, длительность консультации врача узкого специалиста (25,2%), большое число непрофильных пациентов (23,8%), недостаточное материально-техническое обеспечение (23,7%) [35, 36].

Коммуникативная среда. ПДО и СОСМП – это среда, способствующая возникновению ошибок, связанных с медицинскими процессами. Основными предрасполагающими факторами являются ограниченность времени и стремление медицинского персонала быстро оценить состояние пациентов и начать лечение [37].

О внедрении коммуникативных процедур, которые являются практичными, функциональными, отражающими качество взаимодействия и способными улучшить качество практики на местном, национальном и международном уровнях пишут J. Blackburn et al. Авторы прибегают к систематическому интервьюированию пациентов и персонала, особое внимание придавая оценке степени изменения на предыдущие вопросы и появление новых [38]. Обратную связь от пациентов C. Bull et al. структурировали по 4 основным темам: отношения между пациентами и работниками ПДО; условия пребывания в отделениях неотложной помощи; различия в ожидании и объеме медицинской помощи; наличие компаньона в отделении неотложной помощи. Авторы резюмируют, что стратегии по улучшению вовлеченности пациентов в совместное принятие решений и коммуникации между пациентами и поставщиками медицинских услуг о времени ожидания будут иметь решающее значение для оптимизации работы пациентов отделения неотложной помощи и практики, ориентированной на человека [39].

Отсутствие должного уровня коммуникации между пациентом/родственниками пациента и медицинским персоналом является наиболее частой причиной возникновения последующих жалоб на качество оказания медицинской помощи. N. Dreisinger et al. считают, что систематический подход к принесению извинений со стороны персонала упрощает процесс и помогает обеспечить передачу нужной информации пациенту и его семье [40].

Инфраструктура и технологии. Строительство или реконструкция ПДО и СОСМП в настоящее время должны проводиться с учетом требований к сортировочным зонам, противошоковым и реанимационным пространствам, логичного расположения диагностических служб, коммуникаций с основными госпитальными отделами. В то же время, в каждом госпитале

с постоянно действующей неотложной службой на уровне ПДО и СОСМП должна быть резервная схема размещения необходимых подразделений на случай переполнения или аварии на основной территории [41].

Разные категории пациентов по профилям и степени тяжести обуславливают необходимость наличия в ПДО и СОСМП как стационарных, так и передвижных диагностических устройств. Высокая разрешающая способность портативного ультразвукового исследования позволяет рассматривать его в стандартах оснащения бригад СМП, реанимационной службы, а также ПДО и СОСМП. X. Gao et al., подтверждая ценность УЗИ, предлагают повысить его эффективность путем сочетания с роботизированной рукой и искусственным интеллектом [42].

Внедрение современных информационных технологий в систему здравоохранения является одним из приоритетных направлений национального проекта «Здравоохранение». Такие технологии, непременно, должны использоваться в ПДО и СОСМП. Внедрение цифровых помощников как электронная очередь, индивидуальные браслеты с баркодами позволяют высоко оценить комфортные условия пребывания пациента, его логистический маршрут,

выявление проблемных участков отделения с последующей их коррекцией [43, 44, 45].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В системе организации здравоохранения большую роль в поддержании необходимого уровня доступности и качества медицинской помощи играют ПДО и СОСМП стационаров. Администрирование потоков пациентов должно предотвращать переполненность и скученность, обеспечивать взаимодействие с другими медицинскими организациями при непрофильных обращениях, способствовать привлечению дополнительных ресурсов при необходимости. В организации работы ПДО и СОСМП важным аспектом является соблюдение правил безопасности пациента. Помимо решения основной задачи – предоставления квалифицированной медицинской помощи пациентам с экстренными и неотложными состояниями функционирование ПДО и СОСМП способствует управлению потоками госпитализации в госпитальные отделения, а также обеспечивает преемственность между амбулаторно-поликлиническим и госпитальными звеньями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Парфенов В.Е., Мирошниченко А.Г., Ромашкин-Тиманов М.В., Барсукова И.М., Алимов Р.Р., Бумай А.О., Корбут Д.Л. и Магадиев М.Ф. (2015), «Организация деятельности отделения скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания в многопрофильном стационаре», Санкт-Петербург: ООО «Фирма «Стикс», с. 14.
2. Цебровская Е.А., Теплов В.М., Ключовкин К.С., Правосол Д.М., Коломойцев В.В., Бурыкина В.В., Архангельский Н.Д., Ихаев А.Б., Багненко С.Ф. и Касымова О.А. (2023), «Роль стационарного отделения скорой медицинской помощи в условиях массового поступления пострадавших в техногенных чрезвычайных ситуациях», Медицина катастроф, № 1, с. 42–45.
3. Мирошниченко А.Г., Багненко С.Ф., Парфенов В.Е., Алимов Р.Р., Стожаров В.В., Линец Ю.П., Минуллин И.П., Барсукова И.М. и Разумный Н.В. (2013), «Решение задач государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» за счет реорганизации госпитального этапа скорой медицинской помощи», Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Т. 5, № 3, с. 113–118.
4. Мирошниченко А.Г., Стожаров В.В., Алимов Р.Р. и Москвин В.А. (2019), «Критерии оценки качества скорой и специализированной медицинской помощи в экстренной форме в стационарных условиях», Скорая медицинская помощь, № 1, с. 4–11.
5. Линец Ю.П., Зайцева Т.Е. и Артюхов С.В. (2019), Стационарное отделение скорой медицинской помощи: путь к решению проблем стационаров экстренной медицинской помощи, Проблемы городского здравоохранения: Сборник научных трудов, под редакцией Н.И. Вишнякова, Санкт-Петербург: Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», с. 191–194.
6. Линец Ю.П., Артюхов С.В. и Зайцева Т.Е. (2018), Стационарное отделение скорой медицинской помощи, Эпидемиологические аспекты и нозология, Скорая медицинская помощь, № 4, с. 26–30.
7. Алимов Р.Р., Парфенов В.Е., Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Стожаров В.В. и Линец Ю.П., (2013), Интенсификация использования ресурсов многопрофильного стационара за счет внедрения технологии стационарного отделения скорой медицинской помощи, Скорая медицинская помощь, Т. 14, № 4, с. 076–082.
8. Петров Е. Собрание Российских законов о медицинском управлении (1826), Т. 1, Генеральный регламент о госпиталях от 24 декабря 1735 г, СПб., с. 27–53.
9. Нечаев А.Л. (1952), Очерки по истории Обуховской больницы, ВММА.
10. Георги И.Г. (1794), Описание столичного города Санкт-Петербурга, СПб.
11. Атенгофер Г. (1820), Медико-топографическое описание Санкт-Петербурга, СПб.
12. Kenny J.F., Chang B.C. and Hemmert K.C. (2020), Factors affecting emergency department crowding, Emerg Med Clin North Am, vol. 38, No. 3, p. 573–587.
13. Hwang U., Richardson L., Livote E., Harris B., Spencer N. and Sean, Morrison R. (2008), Emergency department crowding

- and decreased quality of pain care, *Acad Emerg Med*, vol. 15, No. 12, p. 1248–55.
14. Getachew M., Musa I., Degefu N., Beza L., Hawlte B. and Asefa F. (2024), Emergency department overcrowding and its associated factors at HARME medical emergency center in Eastern Ethiopia, *Afr J Emerg Med*, vol. 14, no. 1, pp. 26–32.
 15. van der Linden M.C., Meester B.E. and van der Linden N. (2016), Emergency department crowding affects triage processes, *Int Emerg Nurs*, vol. 29, pp. 27–31.
 16. Артюхов С.В. и Зайцева Т.Е. (2018), Стационарное отделение скорой медицинской помощи: эпидемиологические аспекты и нозология, Харизма моей хирургии: Материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященная 160-летию ГБУЗ ЯО "Городская больница имени Н.А. Семашко", Ярославль, 28 декабря 2018 года, Под редакцией А.Б. Ларичева, Ярославль: ООО "Цифровая типография", с. 383–386.
 17. Weiss S.J., Ernst A.A. and Nick T.G. (2006), Comparison of the National Emergency Department Overcrowding Scale and the Emergency Department Work Index for quantifying emergency department crowding, *Acad Emerg Med*, vol. 13, No. 5, p. 513–8.
 18. Hwang U., McCarthy M.L., Aronsky D., Asplin B., Crane P.W., Craven C.K., Epstein S.K., Fee C., Handel D.A., Pines J.M., Rathlev N.K., Schafermeyer R.W., Zwemer F.L. Jr and Bernstein S.L. (2011), Measures of crowding in the emergency department: a systematic review, *Acad Emerg Med*, vol. 18, No. 5, p. 527–38.
 19. Sharma R., Prakash A., Chauhan R. and Dhibar D.P. (2021), Overcrowding an encumbrance for an emergency health-care system: A perspective of Health-care providers from tertiary care center in Northern India, *J Educ Health Promot*, vol. 10, p. 5.
 20. Wretborn J., Starkenberg H., Ruge T., Wilhelms D.B. and Ekelund U. (2021), Validation of the modified Skåne emergency department assessment of patient load (mSEAL) model for emergency department crowding and comparison with international models; an observational study, *BMC Emerg Med*, vol. 21, no. 1, p. 21.
 21. Giunta D.H., Pedretti A.S., Elizondo C.M., Grande Ratti M.F., González Bernaldo de Quiros F., Waisman G.D., Peroni H.J. and Martínez, B., (2017), Descripción de las características del fenómeno crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva [Analysis of crowding in an Adult Emergency Department of a tertiary university hospital], *Rev Med Chil*, vol. 145, no. 5, pp. 557–563.
 22. Higginson I. (2012), Emergency department crowding, *Emerg Med J*, vol. 29, No. 6, pp. 437–443.
 23. Burns T.R. (2017), Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis, *Int Emerg Nurs*, vol. 35, p. 51–55.
 24. Теплов В.М., Полушин Ю.С., Повзун А.С., Афанасьев А.А., Комедев С.С. и Багненко С.Ф., (2017), Стационарное отделение скорой медицинской помощи и его роль в оптимизации работы отделений реанимации многопрофильного стационара, Вестник анестезиологии и реаниматологии, Т. 14, № 3, с. 5–9.
 25. Bentley J.A., Thakore S., Morrison W. and Wang W. (2017), Emergency Department redirection to primary care: a prospective evaluation of practice, *Scott Med J*, vol. 62, No. 1, pp. 2–10.
 26. Артюхов С.В. и Зайцева Т.Е. (2018), Стационарное отделение скорой медицинской помощи: эпидемиологические аспекты и нозология, Харизма моей хирургии: Материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященная 160-летию ГБУЗ ЯО "Городская больница имени Н.А. Семашко", Ярославль, 28 декабря 2018 года, Под редакцией А.Б. Ларичева, Ярославль: ООО "Цифровая типография", с. 383–386.
 27. Cheng L., Tapia M., Menzel K., Page M. and Ellis W. (2022), Predicting need for hospital beds to reduce Emergency Department boarding, *Perm J*, vol. 26, No. 4, pp. 14–20.
 28. Hostetler M.A., Mace S., Brown K., Finkler J., Hernandez D., Krug S.E. and Schamban N. (2007), Subcommittee on Emergency Department Overcrowding and Children, Section of Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Emergency department overcrowding and children. *Pediatr Emerg Care*, vol. 23, No. 7, pp. 507–515.
 29. Алимов Р.Р., Мирошниченко А.Г., Линец Ю.П. и Божко В.О. (2017), Динамика обоснованности госпитализации в многопрофильном стационаре после внедрения стационарного отделения скорой медицинской помощи, Скорая медицинская помощь, Т. 18, № 2, с. 56–63.
 30. van der Linden M.C., Meester B.E. and van der Linden N. (2016), Emergency department crowding affects triage processes, *Int Emerg Nurs*, vol. 29, pp. 27–31.
 31. Gabayan G.Z., Gould M.K., Weiss R.E., Derose S.F., Chiu V.Y. and Sarkisian C.A. (2017), Emergency Department Vital Signs and Outcomes After Discharge, *Acad Emerg Med*, vol. 24, No. 7; pp. 846–854.
 32. Anjum O., Yadav K., Chhabra S., Mallick R., Fournier K., Thiruganasambandamoorthy V., and Cortel-LeBlanc M.A. (2023), Definitions and factors associated with emergency physician productivity: a scoping review, *CJEM*, vol. 25, no. 4, p. 314–325.
 33. Теплов В.М., Алексанин С.С., Цебровская Е.А., Коломойцев В.В., Бурыкина В.В., Лебедева А.А., Белаш В.А. и Багненко С.Ф. (2021), Новое в профессиональных компетенциях персонала стационарного отделения скорой медицинской помощи, Медицина катастроф, № 2, (114), с. 59–64.
 34. Aaronson E.L., White B.A., Black L., Brown D.F., Benzer T., Castagna A., Raja A.S., Sonis J. and Mort E. (2019), Training to improve communication quality: an efficient interdisciplinary experience for Emergency Department clinicians, *Am J Med Qual*, vol. 34, No. 3, p. 260–265.
 35. Багненко С.Ф., Лобжанидзе А.А. и Разумный Н.В. (2014), Изучение мнения медицинских работников центральных районных больниц Ленинградской области об организации работы догоспитального этапа скорой медицинской помощи и приемных отделений больниц, Скорая медицинская помощь, Т. 15, с. 13–18.
 36. Baker W.E. and Solano J.J. (2020), Quality assurance in the emergency department, *Emerg Med Clin North Am*, vol. 38, No. 3, pp. 663–680.
 37. Dreisinger N. and Zapolsky N. (2017), Ethics in the pediatric emergency department: when mistakes happen: an approach to the process, evaluation, and response to medical errors, *Pediatr Emerg Care*, vol. 33, No. 2, pp. 128–131.
 38. Blackburn J., Ousey K. and Goodwin E. (2019), Information and communication in the emergency department, *Int Emerg Nurs*, vol. 42, pp. 30–35.
 39. Bull C., Latimer S., Crilly J., Spain D. and Gillespie B.M. (2022), 'I knew I'd be taken care of': Exploring patient experiences in the Emergency Department, *J Adv Nurs*, vol. 78, No. 10, pp. 3330–3344.
 40. Dreisinger N. and Zapolsky N. (2017), Ethics in the pediatric emergency department: when mistakes happen: an approach to the process, evaluation, and response to medical errors, *Pediatr Emerg Care*, vol. 33, No. 2, pp. 128–131.
 41. Barten D.G., Veltmeijer M.T.W. and Peters N.A.L.R. (2019), Emergency department ceiling collapse: response to an internal emergency, *Disaster Med Public Health Prep*, vol. 13, No. 4, p. 829–830.

42. Gao X., Lv Q. and Hou S. (2023), Progress in the application of portable ultrasound combined with artificial intelligence in pre-hospital Emergency and disaster sites, *Diagnostics* (Basel), vol. 13, No. 2, p. 3388.
43. Теплов В.М., Карпова Е.А., Комедев С.С., Цебровская Е.А., Коробенков Е.А., Саенко Л.Ф., Разумный Н.В. и Бажненко С.Ф. (2017), Информационные технологии в работе

стационарного отделения скорой медицинской помощи, *Скорая медицинская помощь*, Т. 18, № 3, с. 17–21.

44. Kayden S., Anderson P.D., Freitas R. and Platz E. (2015), *Emergency department leadership and management*, Cambridge, p. 359.
45. Fisne J. (1999), What works: ER tracking system prevents "lost" patients, *Health Manag. Technol*, vol. 20, pp. 52–53.

REFERENCES

1. Parfenov V.E., Miroshnichenko A.G., Romashkin-Timanov M.V., Barsukova M., Alimov R.R., Burnai A.O., Korbut D.L. and Magadiyev M.F. (2015), Organization of the activities of the emergency department of short-term stay in a multidisciplinary hospital – St. Petersburg: LLC «Firm «Styx», p. 14.
2. Tsebrovskaya E.A., Teplov V.M., Klyukovkin K.S., Prasol D.M., Kolomoitsev V.V., Burykina V.V., Arkhangelsky N.D., Ikhaev A.B., Bagnenko S.F. and Kasymova O.A. (2023), "The role of the inpatient emergency department in conditions of mass admission of victims in man-made emergencies", *Disaster Medicine*, No. 1, pp. 42–45.
3. Miroshnichenko A.G., Bagnenko S.F., Parfenov V.E., Alimov R.R., Stozharov V.V., Linets Yu.P., Minullin I.P., Barsukova I.M. and Razumny N.V. (2013), "Solving problems of the state program of the Russian Federation "Development of healthcare" due to the reorganization of the hospital stage of emergency medical care", *Bulletin of the I.I. Mechnikov Northwestern State Medical University*, Vol. 5, No. 3, pp. 113–118.
4. Miroshnichenko A.G., Stozharov V.V., Alimov R.R., and Moskvina V.A. (2019), "Criteria for assessing the quality of emergency and specialized medical care in an emergency form in inpatient settings", *Emergency medical care*, No. 1, pp. 4–11.
5. Linets Y. P., Zaitseva T.E. and Artyukhov S.V. (2019), Inpatient emergency department: a way to solve the problems of emergency hospitals, *Problems of urban healthcare: A collection of scientific papers*, edited by N.I. Vishnyakov, St. Petersburg: State Budgetary Institution "St. Petersburg Scientific Research Institute of Emergency Medicine named after I.I. Janelidze", pp. 191–194]
6. Linets Y.P., Artyukhov S.V. and Zaitseva T.E. (2018), Inpatient emergency department, Epidemiological aspects and nosology, *Emergency medical care*, No. 4, pp. 26–30.
7. Alimov R.R., Parfenov V.E., Bagnenko S.F., Miroshnichenko A.G., Stozharov V.V. and Linets Y.P. (2013), Intensification of the use of resources of a multidisciplinary hospital through the introduction of technology of an inpatient emergency department, *Emergency medical care*, Vol. 14, No. 4, p. 076–082.
8. Petrov E. Collection of Russian laws on medical management (1826), Vol. 1, General Regulations on Hospitals dated December 24, 1735, St. Petersburg, pp. 27–53.
9. Nechaev A.L. (1952), Essays on the history of the Obukhov hospital, VMMA.
10. Georgi I.G. (1794), Description of the capital city of St. Petersburg, SPb.
11. Attenhofer G. (1820), Medical and topographic description of St. Petersburg, SPb.
12. Kenny J.F., Chang B.C. and Hemmert K.C. (2020), Factors affecting emergency department crowding, *Emerg Med Clin North Am*, vol. 38, No. 3, p. 573–587.
13. Hwang U., Richardson L., Livote E., Harris B., Spencer N. and Sean, Morrison R. (2008), Emergency department crowding and decreased quality of pain care, *Acad Emerg Med*, vol. 15, No. 12, p. 1248–55.
14. Getachew M., Musa I., Degefu N., Beza L., Hawlte B. and Asefa F. (2024), Emergency department overcrowding and its

associated factors at HARME medical emergency center in Eastern Ethiopia, *Afr J Emerg Med*, vol. 14, no. 1, pp. 26–32.

15. van der Linden M.C., Meester B.E. and van der Linden N. (2016), Emergency department crowding affects triage processes, *Int Emerg Nurs*, vol. 29, pp. 27–31.
16. Artyukhov S.V. and Zaitseva T.E. (2018), Inpatient emergency department: epidemiological aspects and nosology, *Charisma of my surgery: Materials of the All-Russian conference with international participation dedicated to the 160th anniversary of GBKUZ YAO "City Hospital named after N.A. Semashko"*, Yaroslavl, December 28, 2018, Edited by A.B. Larichev, Yaroslavl: OOO "Digital Printing House", pp. 383–386.
17. Weiss S.J., Ernst A.A. and Nick T.G. (2006), Comparison of the National Emergency Department Overcrowding Scale and the Emergency Department Work Index for quantifying emergency department crowding, *Acad Emerg Med*, vol. 13, No. 5, pp. 513–8.
18. Hwang U., McCarthy M.L., Aronsky D., Asplin B., Crane P.W., Craven C.K., Epstein S.K., Fee C., Handel D.A., Pines J.M., Rathlev N.K., Schafermeyer R.W., Zwerner F.L. Jr and Bernstein S.L. (2011), Measures of crowding in the emergency department: a systematic review, *Acad Emerg Med*, vol. 18, No. 5, pp. 527–38.
19. Sharma R., Prakash A., Chauhan R. and Dhibar D.P. (2021), Overcrowding an encumbrance for an emergency health-care system: A perspective of Health-care providers from tertiary care center in Northern India, *J Educ Health Promot*, vol. 10, p. 5.
20. Wretborn, J., Starkenberg, H., Ruge, T., Wilhelms, D.B. and Ekelund U., (2021), Validation of the modified Skåne emergency department assessment of patient load (mSEAL) model for emergency department crowding and comparison with international models; an observational study, *BMC Emerg Med*, vol. 21, no.1, p. 21.
21. Giunta D.H., Pedretti A.S., Elizondo C.M., Grande Ratti M.F., González Bernaldo de Quiros F., Waisman G.D., Peroni H.J. and Martínez B. (2017), Descripción de las características del fenómeno crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva [Analysis of crowding in an Adult Emergency Department of a tertiary university hospital], *Rev Med Chil*, vol. 145, no. 5, pp. 557–563.
22. Higginson I. (2012), Emergency department crowding, *Emerg Med J*, vol. 29, No. 6, p. 437–443.
23. Burns, T.R. (2017), Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis, *Int Emerg Nurs*, vol. 35, pp. 51–55.
24. Teplov V.M., Polushin Yu.S., Povzun A.S., Afanasiev A.A., Komedevev S.S. and Bagnenko S.F. (2017), Inpatient emergency department and its role in optimizing the work of intensive care units of a multidisciplinary hospital, *Bulletin of Anesthesiology and Intensive Care*, Vol. 14, No. 3, pp. 5–9.
25. Bentley J.A., Thakore S., Morrison W. and Wang W. (2017), Emergency Department redirection to primary care: a prospective evaluation of practice, *Scott Med J*, vol. 62, No. 1, pp. 2–10.

26. Artyukhov S.V. and Zaitseva T.E. (2018), Inpatient emergency department: epidemiological aspects and nosology, Charisma of my surgery: Materials of the All-Russian conference with international participation dedicated to the 160th anniversary of GBKUZ YAO "City Hospital named after N. A. Semashko", Yaroslavl, December 28, 2018, Edited by A. B. Larichev, Yaroslavl: OOO "Digital Printing House", p. 383–386.
27. Cheng L., Tapia M., Menzel K., Page M. and Ellis W. (2022), Predicting need for hospital beds to reduce Emergency Department boarding, Perm J, vol. 26, No. 4, pp. 14–20.
28. Hostetler M.A., Mace S., Brown K., Finkler J., Hernandez D., Krug S.E. and Schamban N. (2007), Subcommittee on Emergency Department Overcrowding and Children, Section of Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians, Emergency department overcrowding and children. *Pediatr Emerg Care*, vol. 23, No. 7, pp. 507–515.
29. Alimov R.R., Miroshnichenko A.G., Linets Yu.P. and Bozhko V.O. (2017), Dynamics of the validity of hospitalization in a multidisciplinary hospital after the introduction of an inpatient emergency department, *Emergency medical care*, Vol. 18, No. 2, p. 56–63.
30. van der Linden M.C., Meester B.E. and van der Linden N. (2016), Emergency department crowding affects triage processes, *Int Emerg Nurs*, vol. 29, pp. 27–31.
31. Gabayan G.Z., Gould M.K., Weiss R.E., Derose S.F., Chiu V.Y. and Sarkisian C.A. (2017), Emergency Department Vital Signs and Outcomes After Discharge, *Acad Emerg Med*, vol. 24, No. 7, pp. 846–854.
32. Anjum O., Yadav K., Chhabra S., Mallick R., Fournier K., Thiruganasambandamoorthy V., and Cortel-LeBlanc M.A. (2023), Definitions and factors associated with emergency physician productivity: a scoping review, *CJEM*, vol. 25, no. 4, pp. 314–325.
33. Teplov V.M., Aleksanin S.S., Cebrovskaya E.A., Kolomoitseva V.V., Burykina V.V., Lebedeva A.A., Belash V.A. and Bagnenko S.F. (2021), New in the professional competencies of the staff of the inpatient emergency department, *Disaster Medicine*, No. 2, (114), p. 59–64.
34. Aaronson E.L., White B.A., Black L., Brown D.F., Benzer T., Castagna A., Raja A.S., Sonis J. and Mort E. (2019), Training to improve communication quality: an efficient interdisciplinary experience for Emergency Department clinicians, *Am J Med Qual*, vol. 34, No. 3, pp. 260–265.
35. Bagnenko S.F., Lobzhanidze A.A. and Razumny N.V. (2014), A study of the opinion of medical workers of central district hospitals of the Leningrad region on the organization of the prehospital stage of emergency medical care and hospital emergency departments, *Emergency medical care*, vol. 15, p. 13–18.
36. Baker W.E. and Solano J.J. (2020), Quality assurance in the emergency department, *Emerg Med Clin North Am*, vol. 38, No. 3, p. 663–680.
37. Dreisinger N. and Zapolsky N. (2017), Ethics in the pediatric emergency department: when mistakes happen: an approach to the process, evaluation, and response to medical errors, *Pediatr Emerg Care*, vol. 33, No. 2, pp. 128–131.
38. Blackburn J., Ousey K. and Goodwin E. (2019), Information and communication in the emergency department, *Int Emerg Nurs*, vol. 42, p. 30–35.
39. Bull C., Latimer S., Crilly J., Spain D. and Gillespie B.M. (2022), 'I knew I'd be taken care of': Exploring patient experiences in the Emergency Department, *J Adv Nurs*, vol. 78, No. 10, p. 3330–3344.
40. Dreisinger N. and Zapolsky N. (2017), Ethics in the pediatric emergency department: when mistakes happen: an approach to the process, evaluation, and response to medical errors, *Pediatr Emerg Care*, vol. 33, No. 2, pp. 128–131.
41. Barten D.G., Veltmeijer M.T.W. and Peters N.A.L.R. (2019), Emergency department ceiling collapse: response to an internal emergency, *Disaster Med Public Health Prep*, vol. 13, No. 4, pp. 829–830.
42. Gao X., Lv Q. and Hou S. (2023), Progress in the application of portable ultrasound combined with artificial intelligence in pre-hospital Emergency and disaster sites, *Diagnostics (Basel)*, vol. 13, No. 2, p. 3388.
43. Teplov V.M., Karpova E.A., Komedev S.S., Cebrovskaya E.A., Korobnikov E.A., Saenko L.F., Razumny N.V. and Bagnenko S.F. (2017), Information technologies in the work of the inpatient emergency department, *Ambulance help*, vol. 18, No. 3, pp. 17–21.
44. Kayden S., Anderson P.D., Freitas R. and Platz E. (2015), Emergency department leadership and management, Cambridge, p. 359.
45. Fisne J. (1999), What works: ER tracking system prevents "lost" patients, *Health Manag. Technol*, vol. 20, pp. 52–53.

ES

Servicio de recepción y diagnóstico y departamentos de hospitalización de atención médica de emergencia – estado actual del tema (Revisión de la literatura)

A.V. Denchik, A.S. Benyan, S. Yu. Pushkin, I.G. Trukhanova, N.S. Izmalkov, R.S. Chernukha, N.G. Burlova

Anotación

Introducción. La creación de condiciones para proporcionar atención médica de emergencia de calidad, basada en la implementación de nuevos enfoques, tecnologías innovadoras y la optimización de la capacidad de camas, contribuye a aumentar la eficiencia del trabajo de un hospital multidisciplinario y a ampliar el espectro de servicios ofrecidos. *Objetivo del estudio:* basándose en una revisión de datos literarios dedicados a la organización del trabajo de los departamentos de recepción y diagnóstico y de los departamentos de hospitalización de atención médica de emergencia, evaluar las tareas y soluciones actuales de este sector de la salud, así como determinar las direcciones para su desarrollo sostenible futuro. *Materiales y métodos.* Se realizó una búsqueda de publicaciones en bases de datos como PubMed, Scopus, Medline, ELibrary, dedicadas a la organización de la atención médica en la etapa de los departamentos de recepción y diagnóstico y de los departamentos de hospitalización de atención médica de emergencia de hospitales multidisciplinarios; de ellas, se utilizaron materiales

FR

Service d'accueil et de diagnostic et départements hospitaliers des urgences médicales – état actuel de la question (Revue de la littérature)

A.V. Denchik, A.S. Benyan, S. Yu. Pushkin, I.G. Trukhanova, N.S. Izmalkov, R.S. Chernukha, N.G. Burlova

Annotation

Introduction. La création de conditions pour fournir des soins médicaux d'urgence de qualité, basée sur l'introduction de nouvelles approches, de technologies innovantes et l'optimisation du nombre de lits, contribue à améliorer l'efficacité du travail des hôpitaux polyvalents et à élargir le spectre des services offerts. *Objectif de l'étude:* sur la base d'une revue des données littéraires consacrées à l'organisation du travail des départements d'accueil et de diagnostic et des départements hospitaliers des urgences médicales, évaluer les tâches et solutions modernes de ce secteur de la santé, ainsi que déterminer les directions de son développement durable futur. *Matériaux et méthodes.* Une recherche de publications a été effectuée dans les bases de données PubMed, Scopus, Medline, ELibrary, consacrées aux questions d'organisation des soins médicaux au niveau des départements d'accueil et de diagnostic et des départements hospitaliers des urgences médicales des hôpitaux polyvalents. Parmi celles-ci, les matériaux de 45 articles ont été utilisés dans

de 45 artículos en la presente investigación. El análisis de grandes volúmenes de datos se llevó a cabo utilizando el programa Microsoft Excel y la plataforma de inteligencia artificial YandexGPT 3. **Resultados.** Las principales cuestiones problemáticas son: la sobrecarga, la calidad de la comunicación entre el personal y los pacientes, la necesidad de implementar principios de transformación digital y producción ajustada, la interacción con otros niveles de atención médica y el desarrollo de la infraestructura. **Conclusión.** La administración de los flujos de pacientes debe prevenir la sobrecarga y la congestión, garantizar la interacción con otras organizaciones médicas en casos no especializados y facilitar la atracción de recursos adicionales cuando sea necesario. Un aspecto importante en la organización del trabajo es el cumplimiento de las normas de seguridad del paciente. Además de resolver la tarea principal – proporcionar atención médica calificada a pacientes con condiciones de emergencia y urgencia – el funcionamiento del servicio contribuye a la gestión de los flujos de hospitalización en los departamentos hospitalarios, así como a garantizar la continuidad entre los niveles ambulatorios y hospitalarios.

Palabras clave: servicio de recepción y diagnóstico, departamentos de hospitalización de atención médica de emergencia, atención médica de emergencia y urgente a pacientes.

la présente étude. L'analyse de grandes quantités de données a été réalisée à l'aide du programme Microsoft Excel et de la plateforme d'intelligence artificielle YandexGPT 3. **Résultats.** Les principales questions problématiques sont: la surpopulation, la qualité de la communication entre le personnel et les patients, la nécessité d'introduire des principes de transformation numérique et de production lean, l'interaction avec d'autres niveaux de soins médicaux, le développement de l'infrastructure. **Conclusion.** L'administration des flux de patients doit prévenir la surpopulation et l'encombrement, assurer l'interaction avec d'autres organisations médicales en cas de demandes non spécialisées, et favoriser l'attraction de ressources supplémentaires si nécessaire. Dans l'organisation du travail, un aspect important est le respect des règles de sécurité des patients. En plus de résoudre la tâche principale – fournir des soins médicaux qualifiés aux patients en état d'urgence et d'urgence – le fonctionnement du service contribue à la gestion des flux d'hospitalisation dans les départements hospitaliers, ainsi qu'à assurer la continuité entre le niveau ambulatoire et le niveau hospitalier.

Mots clés: service d'accueil et de diagnostic, départements hospitaliers des urgences médicales, soins d'urgence et soins immédiats aux patients.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Денчик Антон Викторович – главный врач, ГБУЗ СО «Приволжская центральная районная больница», Самарская область, Россия.
Anton V. Denchik – Head physician, Privolzhskiy Central District Hospital, Samara region, Russia.
E-mail: denchik.av@yandex.ru, ORCID: 0009-0004-9811-2728, SPIN-код: 8905-7949

Бенян Армен Сисакович – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры хирургии с курсом сердечно-сосудистой хирургии ИПО, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; заместитель главного врача по научной работе, ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», г. Самара, Россия.

Armen S. Benian – Grand PhD in Medical sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Surgery with a Course of Cardiovascular Surgery, Samara State Medical University; Deputy Chief Physician for Scientific Work, Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin, Samara, Russia.

E-mail: armenbenyan@yandex.ru, ORCID: 0000-0003-4371-7426, SPIN-код: 1007-9332

Пушкин Сергей Юрьевич – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней детей и взрослых, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; главный врач, ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», г. Самара, Россия.

Sergey Yu. Pushkin – Grand PhD in Medical sciences, Associate Professor, Chief of the Department of Surgical diseases of children and adults, Samara State Medical University; Head physician, Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin, Samara, Russia.
E-mail: serpushkin@mail.ru, ORCID: 0000-0003-2206-6679, SPIN-код: 7317-7795

Труханова Инна Георгиевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия.

Inna G. Trukhanova – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Chief of the Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine, Samara State Medical University, Samara, Russia.

E-mail: innasmp@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-2191-1087, SPIN-код: 9672-8355

Измалков Николай Сергеевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИПО, главный врач Клиник; ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия.

Nikolay S. Izmalkov – PhD in Medical sciences, Associate Professor of the Department of Public Health and Public Health, Head physician of the Clinics, Samara State Medical University, Samara, Russia.

E-mail: clinica@samsmu.ru, ORCID: 0000-0002-0773-9524, SPIN-код: 6865-1172

Чернуха Раймонд Самвелович – ассистент кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия; главный врач, ГБУЗ «Самарская областная станция скорой медицинской помощи», г. Новокуйбышевск, Россия.

Raymond S. Chernukha – Assistant of the Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine, Samara State Medical University, Samara, Russia; Head Physician, Samara Regional Ambulance Station, Novokuibyshevsk, Russia.

E-mail: rej83@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-7108-4326

Бурлова Наталья Геннадьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры сестринского дела, ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия.

Natalia G. Burlova – PhD in Medical sciences, Associate Professor at the Department of Nursing, Samara State Medical University, Samara, Russia.

E-mail: n.burlova@mail.ru, ORCID: 0000-0003-3042-4464, SPIN-код: 5052-4770

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВETERANОВ БОВЕЫХ ДЕЙСТВИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ С УЧЕТОМ МКФ

С.В. ШЛЫК¹, С.С. МЕМЕТОВ¹, Е.Е. АЧКАСОВ², В.В. КИМ¹

¹ ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Россия;

² ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия.

УДК 616.036.86

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-91-101

Аннотация

Введение. На сегодняшний день, с учетом сложившейся международной обстановки, особую актуальность приобретает реабилитация ветеранов боевых действий. Причем существенная роль в решении данной проблемы в отношении этой категории лиц принадлежит государству. **Цель исследования:** изучить структуру нарушений функций организма с учетом МКФ у ветеранов боевых действий, проходивших реабилитацию в условиях специализированного учреждения ГБУ РО «ГВВ» в 2022 г. и определить их потребность в различных видах реабилитации. **Материалы и методы.** Изучена структура нарушений центральной и периферической нервной системы у 168 ветеранов боевых действий, проходивших курс реабилитации в условиях стационара ГБУ РО «ГВВ» в 2022 г. и определена их потребность в различных реабилитационных мероприятиях с использованием статистического метода и метода сравнительного анализа. **Результаты.** Установлено, что у ветеранов боевых действий с нарушением функций центральной и периферической нервной системы достаточно широко распространены такие ограничения функций организма как снижение функции памяти, нарушение функций сна, эмоций, нарушения интеллектуальных функций и т.д., требующих проведения специальных реабилитационных мероприятий. Отмечена актуальность работы мультидисциплинарной команды медицинской организации и ее роль в установке реабилитационного диагноза в соответствии с МКФ. **Заключение.** Среди ветеранов боевых действий отмечается высокая потребность в мероприятиях по медицинской реабилитации, требующая комплексного подхода с участием широкого круга специалистов. МКФ позволяет более полно диагностировать характеристику функционирования каждого ветерана боевых действий, определить его ограничения жизнедеятельности с последующей разработкой индивидуального плана медицинской реабилитации, что позволяет достичь большего эффекта от проведенных реабилитационных мероприятий. Рекомендованные реабилитационные мероприятия в амбулаторно-поликлинических учреждениях не всегда могут быть выполнены в полном объеме по ряду объективных причин, в зависимости от места проживания ветерана боевых действий.

Ключевые слова: медицинская реабилитация, ветеран боевых действий, медицинская организация, ограничения жизнедеятельности, функции организма, международная классификация функционирования, реабилитационные мероприятия.

Для цитирования: Шлык С.В., Меметов С.С., Ачкасов Е.Е., Ким В.В. Пути совершенствования медико-социальной реабилитации ветеранов боевых действий на современном этапе с учетом МКФ. Общественное здоровье. 2025; 2(5):91–101, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-91-101

Контактная информация: Ким Вячеслав Владиславович, e-mail: livfan1347@gmail.com

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 05.12.2023. **Статья принята к печати:** 02.06.2025. **Дата публикации:** 25.06.2025.

UDC 616.036.86

DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-91-101

WAYS TO IMPROVE THE MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF COMBAT VETERANS AT THE PRESENT STAGE, TAKING INTO ACCOUNT THE ICF

S.V. Shlyk¹, S.S. Memetov¹, E.E. Achkasov², V.V. Kim¹

¹ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia;

² I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia.

Abstract

Introduction. Today, taking into account the current international situation, the rehabilitation of combat veterans is becoming particularly relevant. Moreover, the state plays a significant role in solving this problem in relation to this category of persons.

The purpose of the study: to study the structure of disorders of body functions, taking into account the ICF, in combat veterans who underwent rehabilitation in a specialized institution GBU RO «GVV» in 2022 and determine their need for various types of rehabilitation. *Materials and methods.* We studied the structure of disorders of the central and peripheral nervous system in 168 combat veterans who underwent rehabilitation in the hospital of GBU RO «GVV» in 2022 and determined their need for various rehabilitation measures using the statistical method and the method of comparative analysis. *Results.* It has been established that in combat veterans with impaired functions of the central and peripheral nervous system, such limitations of body functions as decreased memory function, impaired sleep function, emotions, impaired intellectual functions, etc., requiring special rehabilitation measures, are quite widespread. The relevance of the work of the multidisciplinary team of the medical organization and its role in establishing a rehabilitation diagnosis in accordance with the ICF is noted. *Conclusion.* There is a high need for medical rehabilitation measures among combat veterans, which requires an integrated approach with the participation of a wide range of specialists. The international classification of functioning makes it possible to more fully diagnose the characteristics of the functioning of each combat veteran, determine his life limitations, followed by the development of an individual medical rehabilitation plan, which allows to achieve a greater effect from the rehabilitation measures carried out. Recommended rehabilitation measures for the third stage in outpatient clinics may not always be carried out in full for a number of objective reasons, depending on the place of residence of a combat veteran.

Keywords: medical rehabilitation, combat veteran, medical organization, disability, body functions, international classification of functioning, rehabilitation measures.

For citation: Shlyk S.V., Memetov S.S., Achkasov E.E., Kim V.V. Ways to improve the medical and social rehabilitation of combat veterans at the present stage, taking into account the ICF. Public health. 2025; 2(5):91–101, DOI: 10.21045/2782-1676-2025-5-2-91-101

For correspondence: Vyacheslav V. Kim, e-mail: livfan1347@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

На современном этапе важнейшими направлениями в области здравоохранения и социальной защиты являются усиление профилактики заболеваемости и инвалидности населения, развитие мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения, развитие реабилитации и реабилитационных технологий [1, 2, 3].

Необходимо отметить, что на фоне успехов медицины в целом, внедрения высокоэффективных медицинских технологий, в обществе постоянно увеличивается количество хронических больных и лиц с ограниченными возможностями, нуждающихся в современных реабилитационных мероприятиях [4, 5].

Ассамблея Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) еще в 2001 г. для описания и измерения степени нарушения здоровья приняла специальную Международную классификацию функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [6].

В России более активный переход на данную методику должен был произойти, начиная с 2019 г., в связи с чем предполагалось, что при проведении медицинской реабилитации использование МКФ должно быть обязательным. Вместе с тем, пандемия COVID-19 и ряд других

социальных факторов оказали негативное влияние на полномасштабное внедрение МКФ в медицинскую и социальную сферы [7].

На современном этапе развития реабилитации вообще и медицинской в частности невозможно без использования МКФ, которая позволяет оценить биопсихосоциальный статус пациента с имеющимися у него функциональными нарушениями, с учетом его среды обитания, и максимально его интегрировать в социум по результатам проведенных реабилитационных мероприятий [8].

Основная цель МКФ: обеспечить описание показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, одним стандартным языком, понятным для всех участников реабилитационного процесса как с медицинским, так и с немедицинским образованием. При этом МКФ содержит в себе не последствия болезни, а составляющие здоровья, так называемые «Домены» [9].

Новый этап развития реабилитации в России начался с 01.01.2021 г., когда вступил в силу приказ Минздрава России от 31.07.2020 г. № 788н [10], утвердивший Порядок организации реабилитации взрослых, обязывающий все медицинские организации, занимающиеся реабилитационными мероприятиями, создавать в своей структуре мультидисциплинарные реабилитационные команды (МДРК) с включением в их

состав необходимых специалистов, которые должны прежде чем приступить к реабилитации определить реабилитационный диагноз, сформировать цель и задачи реабилитации, а также составить индивидуальный план мероприятий.

На сегодняшний день, с учетом сложившейся международной обстановки, особую актуальность приобретает реабилитация ветеранов боевых действий. Причем существенная роль в решении данной проблемы в отношении этой категории лиц принадлежит государству [11, 12].

Медицинская помощь, в том числе реабилитация, указанному контингенту лиц оказывается не только в медицинских организациях общего профиля, но и в специальных специализированных государственных учреждениях – госпиталях для ветеранов войн.

Цель исследования: изучить структуру нарушений функций организма с учетом Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья у ветеранов боевых действий, проходивших реабилитацию в условиях государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Госпиталь для ветеранов войн» (ГБУ РО «ГВВ») в 2022 г. и определить их потребность в различных видах реабилитации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучена структура нарушений центральной и периферической нервной системы у 168 ветеранов боевых действий, проходивших курс реабилитации в условиях стационара ГБУ РО «ГВВ» в 2022 г. (исследование сплошное), и определена их потребность в различных реабилитационных мероприятиях с использованием статистического метода и метода сравнительного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С учетом специфики исследуемого контингента абсолютное большинство 160 чел. (95,2%) составили мужчины, женщины – 8 чел. (4,8%). По возрасту исследуемый контингент распределился следующим образом: до 30 лет – 1 чел. (0,6%), от 31 до 40 лет – 14 чел. (8,3%), от 41 до 50 лет – 30 чел. (17,9%), от 51 до 60 лет – 73 чел. (43,5%), от 61 до 70 лет – 38 чел. (22,6%), старше 70 лет – 12 чел. (7,1%). Наибольшее количество респондентов – 103 чел. (61,3%) приходится на возрастную группу от 41 до 60 лет, то есть это лица трудоспособного возраста, имеющие конкретную специальность и способные своей трудовой деятельностью принести максимальную помощь государству, в связи с чем реабилитация указанного контингента имеет важное социальное значение как для ветеранов боевых действий, так и для государства в целом. По месту жительства респонденты распределились примерно поровну с небольшим преобладанием жителей села – 85 чел. (50,6%), перед жителями города – 83 чел. (49,4%).

В соответствии с кодами МКБ-10 по основному заболеванию исследуемый контингент распределился следующим образом: более половины респондентов – 89 чел. (53,0%) были с последствиями внутричерепной травмы (Т90.5), 26 чел. (15,5%) имели сдавление нервных корешков и сплетений при нарушениях межпозвонковых дисков (G55.1), 23 чел. (13,7%) страдали остеохондрозом позвоночника (M42.1), у 16 чел. (9,5%) отмечалась полинейропатия неуточненная (G62.9) и 14 чел. (8,3%) страдали гипертензивной энцефалопатией (I67.4) (таблица 1).

Все пациенты были направлены в стационар для проведения реабилитационных мероприятий врачами-специалистами, наблюдающими их в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Таблица 1

Распределение ветеранов боевых действий по диагнозам в соответствии с МКБ-10

№ п.п.	Код по МКБ-10	Абс.	%
1	Последствия внутричерепной травмы (Т90.5)	89	53,0
2	Сдавление нервных корешков и сплетений при нарушениях межпозвонковых дисков (G55.1)	26	15,5
3	Остеохондроз позвоночника у взрослых (M42.1)	23	13,7
4	Полинейропатия неуточненная (G62.9)	16	9,5
5	Гипертензивная энцефалопатия (I67.4)	14	8,3
6	Всего	168	100

Источник: составлено авторами по данным анализа медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в ГБУ РО «ГВВ», актуальным на декабрь 2022 г.

В день поступления пациенты осматривались МДРК с участием врача по медицинской реабилитации и врача невролога, а также других специалистов с учетом особенностей состояния их здоровья. Целью осмотра являлось, в первую очередь, оценка реабилитационного статуса и установление реабилитационного диагноза,

исходя из функций, структуры организма, влияния факторов окружающей среды и личностных факторов, а также активности и участия пациента в соответствии с МКФ, в том числе оценивалась динамика реабилитационного диагноза в процессе проведения реабилитационных мероприятий (таблицы 2–5).

Таблица 2

Основные нарушения функций при последствиях внутричерепной травмы (Т90.5)

Функции организма	Код по МКФ	Определитель выраженности нарушения при поступлении			Определитель выраженности нарушения при выписке			Частота встречаемости среди 100 ветеранов, (N=89)	
		Легкие (5–24%)	Умеренные (25–49%)	Тяжелые (50–95%)	Легкие (5–24%)	Умеренные (25–49%)	Тяжелые (50–95%)	Абс.	На 100 чел., %
Глобальные умственные функции	b110 функции сознания	4 (26,7%)	11 (73,3%)	0	10 (66,7%)	5 (33,3%)	0	15	8,9
	b114 функции ориентированности	6 (28,6%)	11 (52,4%)	4 (19,0%)	13 (61,9%)	7 (33,3%)	1 (4,8%)	21	12,5
	b117 интеллектуальные функции	9 (29,0%)	15 (48,4%)	7 (22,6%)	15 (48,4%)	14 (45,2%)	2 (6,4%)	31	18,4
	b134 функции сна	16 (30,2%)	27 (50,9%)	10 (18,9%)	29 (54,7%)	21 (39,6%)	3 (5,7%)	53	31,5
Специфические умственные функции	b140 функции внимания	15 (25,4%)	30 (50,9%)	14 (23,7%)	26 (44,1%)	29 (49,1%)	4 (6,8%)	59	35,1
	b144 функции памяти	17 (25,4%)	34 (50,7%)	16 (23,9%)	30 (44,8%)	32 (47,8%)	5 (7,4%)	67	39,9
	b147 психомоторные функции	8 (22,2%)	18 (50%)	10 (27,8%)	14 (38,9%)	20 (55,6%)	2 (5,5%)	36	21,4
	b152 функции эмоций	10 (20,8%)	29 (60,4%)	9 (18,8%)	24 (50,0%)	23 (47,9%)	1 (2,1%)	48	28,6
	b156 функции восприятия	8 (28,6%)	14 (50,0%)	6 (21,4%)	16 (57,1%)	12 (42,9%)	0	28	16,7
	b160 функции мышления	10 (26,3%)	19 (50%)	9 (23,7%)	17 (44,8%)	20 (52,6%)	1 (2,6%)	38	22,6
	b164 познавательные функции	7 (29,2%)	12 (50%)	5 (20,8%)	11 (45,8%)	12 (50%)	1 (4,2%)	24	14,3
	b167 функции речи	3 (50%)	3 (50%)	0	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0	6	3,6
	b176 функции последовательных сложных движений	2 (50%)	2 (50%)	0	4 (100%)	0	0	4	2,4
	b180 функции самоощущения и ощущения времени	7 (26,9%)	15 (57,7%)	4 (15,4%)	12 (46,2%)	14 (53,8%)	0	26	15,5

Источник: составлено авторами по данным анализа медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в ГБУ РО «ГВВ», актуальным на декабрь 2022 г.

После установления реабилитационного диагноза в отношении каждого пациента формировался индивидуальный план медицинской реабилитации (ИПМР) с учетом данных, полученных после осмотра МДРК и данных дополнительных методов исследования, в том числе оценивалось состояние здоровья пациента по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ).

Как было указано выше, большую часть пациентов составили лица с патологией центральной нервной системы – 103 чел. (61,3%), из которых 89 чел. (86,4%) были с последствиями внутричерепной травмы (Т90.5) и 14 чел. (13,6%) с гипертензивной энцефалопатией (I67.4).

Среди лиц с последствиями внутричерепной травмы (Т90.5) (89 чел.) отмечались нарушения как глобальных, так и специфических умственных функций. Причем у лиц с глобальными нарушениями умственных функций в соответствии с кодами МКФ чаще всего – 53 чел. (31,5%) – отмечалось нарушение функции сна (b134), у 31 чел. (18,4%) были нарушены интеллектуальные функции (b117), у 21 чел. (12,5%) страдала функция ориентации (b114) и у 15 чел. (8,9%) отмечались нарушения функции сознания (b110). По степени выраженности нарушений вышеуказанных функций они были легкими, умеренными и тяжелыми (таблица 2).

Среди нарушений специфических умственных функций у данной категории лиц наиболее часто отмечались нарушения функции памяти (b144) – 67 чел. (39,9%) и функции внимания (b140) – 59 чел. (35,1%), в том числе достаточно часто встречалось нарушение функции эмоций (b152) – 48 чел. (28,6%) и функции мышления (b160) – 38 чел. (22,6%). Гораздо реже были нарушены такие функции как восприятие (b156) – 28 чел. (16,7%), самоощущение и ощущение времени (b180) – 26 чел. (15,5%) и познавательные функции (b164) – 24 чел. (14,3%). В единичных случаях имело место нарушение функции речи (b167) – 6 чел. (3,6%) и нарушение функции последовательных сложных движений (b176) – 4 чел. (2,4%). Все указанные специфические умственные функции имели различную степень выраженности (таблица 2).

Относительно пациентов с гипертензивной энцефалопатией (I67.4) (14 чел.) также, как и у пациентов с последствиями внутричерепной травмы, среди глобальных умственных функций лидировали функции нарушения сна (b134) – 11 чел. (78,6%) и интеллектуальные функции (b117) – 11 чел. (78,6%), в том числе серьезно была нарушена функция ориентированности (b114) – 10 чел. (71,4%). Среди специфических умственных функций

больше всего страдали функции внимания (b140) и функции памяти (b144) – по 14 чел. (100,0%), у 10 чел. (71,4%) были нарушены функции внимания (b152), у 8 чел. (57,1%) – функции восприятия (b156), у половины пациентов этой группы – 7 чел. (50,0%) отмечались нарушения функции мышления (b160) и функции самоощущения и ощущения времени (b180). Степень выраженности указанных расстройств у данной группы пациентов колебалась от легкой до тяжелой, но, как правило, преобладали пациенты с умеренно нарушенными функциями (таблица 3).

Относительно пациентов с повреждением периферической нервной системы (65 чел.) сложилась следующая картина: у большей части из них – 26 чел. (40,0%) – были нарушения, связанные со сдавлением нервных корешков и сплетений при нарушениях межпозвоночных дисков (G55.1), у 23 чел. (35,4%) имели место нарушения функции позвоночника, соответствующие остеохондрозу (M42.1), и у 16 чел. (24,6%) отмечались нарушения функций, относящихся к неутонченной полинейропатии (G62.9). У данной группы пациентов относительно функций организма отмечалась выраженная боль и нарушение функции движения, т.е. в соответствии с кодами по МКФ, практически у всех обследуемых наблюдался болевой синдром (b282–289), и были нарушены двигательные функции (b850–889). По степени выраженности нарушений они были легкими, умеренными и тяжелыми (таблицы 4–6).

Таким образом, по результатам реабилитационной диагностики у исследуемого контингента при глобальных психических нарушениях функций в соответствии с кодами МКФ выявлены следующие клинические проявления: нарушение сознания, ориентированности, интеллектуальных функций и нарушение функции сна. При специфических психических нарушениях функций организма, в соответствии с кодами МКФ обнаружены клинические проявления в виде снижения памяти, внимания, нарушения восприятия, мышления, познавательных функций, в том числе эмоциональные нарушения, а в отдельных случаях нарушения речи и нарушения функции последовательных сложных движений.

Относительно нарушения функций периферической нервной системы в соответствии с кодами по МКФ основными клиническими проявлениями были болевой синдром и ограничения движений.

В отношении каждого пациента из исследуемой группы по результатам осмотра МДРК

Таблица 3

Основные нарушения функций при гипертензивной энцефалопатии (I67.4)

Функции организма	Код по МКФ	Определитель выраженности нарушения при поступлении			Определитель выраженности нарушения при выписке			Частота встречаемости среди 100 ветеранов, (N=89)	
		Легкие (5–24%)	Умеренные (25–49%)	Тяжелые (50–95%)	Легкие (5–24%)	Умеренные (25–49%)	Тяжелые (50–95%)	Абс.	На 100 чел., %
Глобальные умственные функции	b110 функции сознания	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0	3 (100%)	0	0	3	21,4
	b114 функции ориентированности	2 (20%)	5 (50%)	3 (30%)	6 (60%)	4 (40%)	0	10	71,4
	b117 интеллектуальные функции	2 (18,2%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0	11	78,6
	b134 функции сна	3 (27,3%)	6 (54,5%)	2 (18,2%)	6 (54,5%)	5 (45,5%)	0	11	78,6
Специфические умственные функции	b140 функции внимания	3 (21,4%)	9 (64,3%)	2 (14,3%)	7 (50%)	7 (50%)	0	14	100
	b144 функции памяти	2 (14,3%)	8 (57,1%)	4 (28,6%)	7 (50%)	6 (42,9%)	1 (7,1%)	14	100
	b147 психомоторные функции	1 (12,5%)	4 (50%)	3 (37,5%)	4 (50%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	8	57,1
	b152 функции эмоций	3 (30%)	5 (50%)	2 (20%)	6 (60%)	4 (40%)	0	10	71,4
	b156 функции восприятия	2 (25%)	5 (62,5%)	1 (12,5%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)	0	8	57,1
	b160 функции мышления	1 (14,3%)	6 (71,4%)	1 (14,3%)	4 (57,1%)	3 (42,9%)	0	7	50,0
	b164 познавательные функции	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0	6	42,9
	b167 функции речи	0	1 (100%)	0	1 (100%)	0	0	1	7,1
	b176 функции последовательных сложных движений	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0	3 (100%)	0	0	3	21,4
	b180 функции самоощущения и ощущения времени	1 (14,3%)	4 (57,1%)	2 (28,6%)	5 (71,4%)	2 (28,6%)	0	7	50,0

Источник: составлено авторами по данным анализа медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в ГБУ РО «ГВВ», актуальным на декабрь 2022 г.

Таблица 4

**Основные нарушения функций при сдавлении нервных корешков и сплетений
при нарушениях межпозвонковых дисков (G55.1)**

Функции организма	Код по МКФ	Определитель выраженности нарушения при поступлении			Определитель выраженности нарушения при выписке			Частота встречаемости среди 100 ветеранов, (N=89)	
		Легкие (5–24%)	Умеренные (25–49%)	Тяжелые (50–95%)	Легкие (5–24%)	Умеренные (25–49%)	Тяжелые (50–95%)	Абс.	На 100 чел., %
Боль	b280-b289 Болевой синдром	5 (19,2%)	14 (53,9%)	7 (26,9%)	14 (53,9%)	11 (42,3%)	1 (3,8%)	26	100
Функции движения	b750-b789 Двигательные функции	6 (23,1%)	13 (50%)	7 (26,9%)	13 (50%)	11 (42,3%)	2 (7,7%)	26	100

Источник: составлено авторами по данным анализа медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в ГБУ РО «ГВВ», актуальным на декабрь 2022 г.

Таблица 5

Основные нарушения функций при остеохондрозе позвоночника у взрослых (M42.1)

Функции организма	Код по МКФ	Определитель выраженности нарушения при поступлении			Определитель выраженности нарушения при выписке			Частота встречаемости среди 100 ветеранов, (N=89)	
		Легкие (5–24%)	Умеренные (25–49%)	Тяжелые (50–95%)	Легкие (5–24%)	Умеренные (25–49%)	Тяжелые (50–95%)	Абс.	На 100 чел., %
Боль	b280-b289 Болевой синдром	5 (21,7%)	12 (52,2%)	6 (26,1%)	10 (43,5%)	12 (52,2%)	1 (4,3%)	23	100
Функции движения	b750-b789 Двигательные функции	6 (26,1%)	13 (56,5%)	4 (17,4%)	12 (52,2%)	11 (47,8%)	0	23	100

Источник: составлено авторами по данным анализа медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в ГБУ РО «ГВВ», актуальным на декабрь 2022 г.

Таблица 6

Основные нарушения функций при полинейропатии неуточненной (G62.9)

Функции организма	Код по МКФ	Определитель выраженности нарушения при поступлении			Определитель выраженности нарушения при выписке			Частота встречаемости среди 100 ветеранов, (N=89)	
		Легкие (5–24%)	Умеренные (25–49%)	Тяжелые (50–95%)	Легкие (5–24%)	Умеренные (25–49%)	Тяжелые (50–95%)	Абс.	На 100 чел., %
Боль	b280-b289 Болевой синдром	3 (18,7%)	9 (56,3%)	4 (25,0%)	9 (56,3%)	7 (43,7%)	0	16	100
Функции движения	b750-b789 Двигательные функции	3 (18,7%)	11 (68,8%)	2 (12,5%)	7 (43,7%)	8 (50%)	1 (6,3%)	16	100

Источник: составлено авторами по данным анализа медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в ГБУ РО «ГВВ», актуальным на декабрь 2022 г.

устанавливался реабилитационный диагноз с учетом ограничений жизнедеятельности, а также активности и участия самого пациента, на основании его реабилитационного потенциала составлялся индивидуальный план медицинской реабилитации, реализацией которого занимались все заинтересованные и отраженные в ИПМР специалисты под наблюдением лечащего врача и врача-специалиста по медицинской реабилитации. Длительность проведения реабилитационных мероприятий на данном этапе в условиях круглосуточного стационара колебалась от 10 до 18 дней, в зависимости от тяжести состояния здоровья пациента и степени выраженности нарушений функций организма. В комплекс мероприятий по медицинской реабилитации включались: медикаментозная терапия, рефлексотерапия, когнитивная реабилитация, психокоррекционная терапия, механотерапия, физиотерапия, массаж, эрготерапия, лечебная физкультура, ударно-волновая терапия и другие.

С учетом достаточно широкой распространенности среди исследуемого контингента нарушений глобальных и специфических умственных функций, а также умеренной и тяжелой степени их выраженности отмечалась достаточно высокая потребность в психокоррекционной работе, причем не только с участием психолога и психотерапевта, а зачастую и психиатра, который, к сожалению, не входит в штатное расписание врачебного состава госпиталя, что, по мнению авторов, требует своего решения как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Накануне дня выписки каждый пациент проходил повторный осмотр МДРК с целью оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий, установки реабилитационного диагноза и разработки ИПМР для проведения реабилитационных процессов на следующем третьем этапе в амбулаторно-поликлинических условиях.

Следует отметить, что по результатам проведенных реабилитационных мероприятий в условиях круглосуточного стационара по абсолютному большинству позиций, связанных с нарушением различных глобальных и специфических умственных функций, а также с нарушением функции движения организма, удалось достичь существенных положительных результатов, касающихся выраженности нарушений функций организма. В частности, в качестве

примера можно привести специфическую умственную функцию, наиболее часто встречающуюся у исследуемого контингента, нарушение памяти, которое было отмечено у 67 чел. (75,3%) из 89 ветеранов, проходивших реабилитацию по последствиям внутричерепной травмы (Т90.5). На момент поступления при проведении реабилитационной диагностики эта функция с тяжелыми нарушениями отмечалась у 16 чел. (23,9%), с умеренными нарушениями – у 34 чел. (50,7%) и легкими нарушениями – у 17 чел. (25,4%). Накануне выписки количество лиц с тяжелыми нарушениями данной функции сократилось до 5 чел. (7,9%), с умеренными нарушениями – до 32 чел. (47,8%), а число лиц с легкими нарушениями наоборот увеличилось значительно до 30 чел. (44,8%), то есть налицо положительная динамика частичного восстановления такой важной функции организма как память.

В день выписки пациента из стационара ему на руки выдается соответствующее заключение из медицинской карты стационарного больного с указанием не только клинического диагноза, имеющего место у данного обследуемого, но и в обязательном порядке указывается реабилитационный диагноз с перечнем кодов по МКФ. Кроме того, в выписном эпикризе отражаются факторы риска, способные оказать негативное влияние на проведение реабилитационных мероприятий, сведения о реабилитационном потенциале, а также перечень мероприятий, которые необходимо реализовать на следующем этапе реабилитации для закрепления достигнутого результата.

При этом целесообразно обратить внимание на важный, на взгляд авторов, момент, влияющий на процесс реабилитации в целом. Если в условиях круглосуточного стационара медицинской организации все пациенты находятся в равных условиях, и им всем доступен широкий перечень реабилитационных мероприятий, то после выписки все они попадают в разные условия в зависимости от места жительства, уровня медицинской организации, в которую пациент направляется для прохождения реабилитационных мероприятий, ее материально-технического и кадрового обеспечения. Безусловно, в данной ситуации жители села и малых городов оказываются в более невыгодном положении, чем жители крупных городов, что требует особого внимания со стороны органов власти и организаторов здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы. 1) Среди ветеранов боевых действий отмечается высокая потребность в мероприятиях по медицинской реабилитации, требующая комплексного подхода с участием широкого круга специалистов. 2) Международная классификация функционирования позволяет более полно диагностировать характеристику функционирования каждого ветерана боевых действий, определить его ограничения

жизнедеятельности с последующей разработкой индивидуального плана медицинской реабилитации, что позволяет достичь большего эффекта от проведенных реабилитационных мероприятий. 3) Рекомендованные реабилитационные мероприятия на третий этап в амбулаторно-поликлинических учреждениях не всегда могут быть выполнены в полном объеме по ряду объективных причин, в зависимости от места проживания ветерана боевых действий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Меметов С.С., Шаркунов Н.П., Ким В.В. Пути совершенствования медико-социальной помощи участникам и ветеранам боевых действий // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2018. № 4. С. 79–83.
2. Петрова В.Н., Ачкасов Е.Е., Пузин С.Н., Захарченко Ю.И., Меметова А.С., Макаренко А.С., Деева Ю.А. Актуальные вопросы психологической реабилитации ветеранов боевых действий на современном этапе // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2021. № 3. С. 16–22.
3. Петрова В.Н., Ачкасов Е.Е., Пузин С.Н., Макаренко А.С., Меметова А.С., Поликарпов Р.В., Ким В.В., Шин Ю.Е. Вопросы комплексной медико-социальной реабилитации участников боевых действий // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2022. № 1. С. 45–51.
4. Середина А.Н., Ачкасов Е.Е., Меметова А.С., Ким В.В. Актуальные вопросы медицинской реабилитации на муниципальном уровне пациентов с последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022. Т. 30. № 5. С. 820–824.
5. Петрова В.Н., Ачкасов Е.Е., Поликарпов Р.В., Меметова А.С., Ким В.В., Макаренко А.С. Клинико-функциональные особенности ветеранов боевых действий, проходивших курс медицинской реабилитации в условиях неврологического отделения специализированной медицинской организации и их потребность в медицинской реабилитации // В сборнике: Спорт и спортивная медицина. Материалы III Международной научно-практической конференции. Чайковский, 2022. С. 209–218.
6. Всемирная ассамблея здравоохранения 22 мая 2001 года (резолюция WHA 54,21).
7. Фадин Н.И., Темиров Р.А. Восстановление человеческого и физиологического капитала у инвалидов трудоспособного возраста на основе методики МКФ // Социально-трудовые исследования. 2023;52(3):165–181.
8. Гришин Д.В., Меметова А.С., Ким Ю.Е., Шаркунов А.Н. Проблемные вопросы реабилитации взрослых лиц с последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы на амбулаторном этапе // В сборнике: Инновационные подходы в решении научных проблем. Сборник трудов по материалам XII Международного конкурса научно-исследовательских работ. Уфа, 2023. С. 101–110.
9. Газалиева Ш.М., Алиханова К.А., Абуғалиева Т.О., Омаркулов Б.К. Роль МКФ при составлении индивидуального профиля функционирования и оценки эффективности реабилитационных мероприятий // Медицина и экология. 2019. № 1. С. 109–114.
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
11. Wenzel T., Morfeld M. Nutzung der ICF in der medizinischen rehabilitation in Deutschland: anspruch und wirklichkeit // Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2017. Т. 60. № 4. С. 386–393.
12. Finger M.E., Glässel A., Erhart P., Grädinger F., Klipstein A., Rivier G., Schröer M., Wenk Ch., Gmünder H.P., Stucki G., Escorpizo R. Identification of relevant icf categories in vocational rehabilitation: a cross sectional study evaluating the clinical perspective // Journal of Occupational Rehabilitation. 2011. Т. 21. № 2. С. 156–166.

REFERENCES

1. Memetov S.S., Sharkunov N.P., Kim V.V. Ways to improve medical and social assistance to participants and veterans of military operations // Bulletin of the All-Russian Society of specialists in medical and social expertise, rehabilitation and rehabilitation industry. 2018. No. 4. P. 79–83.
2. Petrova V.N., Achkasov E.E., Puzin S.N., Zakharchenko Yu.I., Memetova A.S., Makarenko A.S., Deeva Yu.A. Actual issues of psychological rehabilitation of combat veterans at the present stage // Bulletin of the All-Russian Society of specialists in medical and social expertise, rehabilitation and rehabilitation industry. 2021. No. 3. P. 16–22.
3. Petrova V.N., Achkasov E.E., Puzin S.N., Makarenko A.S., Memetova A.S., Polikarpov R.V., Kim V.V., Shin Yu.E. Issues of complex medical and social rehabilitation of participants in hostilities // Bulletin of the All-Russian society of specialists in medical and social expertise, rehabilitation and rehabilitation industry. 2022. No. 1. P. 45–51.
4. Sereda A.N., Achkasov E.E., Memetova A.S., Kim V.V. Topical issues of medical rehabilitation at the municipal level

- of patients with the consequences of severe traumatic brain injury // Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine. 2022. Vol. 30. No. 5. P. 820–824.
5. Petrova V.N., Achkasov E.E., Polikarpov R.V., Memetova A.S., Kim V.V., Makarenko A.S. Clinical and functional features of combat veterans undergoing medical rehabilitation in the neurological department of a specialized medical organization and their need for medical rehabilitation // In the collection: Sports and sports medicine. Materials of the III International Scientific and Practical Conference. Tchaikovsky, 2022. P. 209–218.
 6. World Health Assembly on May 22, 2001 (WHA score 54.21).
 7. Fadin N.I., Temirov R.A. Restoration of human and physiological capital in people with disabilities of working age on the basis of the ICF methodology // Socio-labor research. 2023;52(3):165–181.
 8. Grishin D.V., Memetova A.S., Kim Yu.E., Sharkunov A.N. Problematic issues of rehabilitation of adults with the consequences of severe traumatic brain injury at the outpatient stage // In the collection: Innovative approaches

in solving scientific problems. Collection of works based on the materials of the XII International Competition of scientific research papers. Ufa, 2023. P. 101–110.

9. Gazalieva Sh.M., Alikhanov K.A., Abugalieva T.O., Omarkulov B.K. The role of the ICF in compiling an individual profile of functioning and evaluating the effectiveness of rehabilitation measures // Medicine and Ecology. 2019. No. 1. P. 109–114.
10. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated July 31, 2020 No. 788n "On approval of the Procedure for organizing medical rehabilitation of adults".
11. Wenzel T., Morfeld M. ICF guidelines for medical rehabilitation in Germany: analysis and practical implementation // Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 2017. Vol. 60. No. 4. P. 386–393.
12. Finger M.E., Glassel A., Earhart P., Gradinger F., Klipstein A., Rivier G., Schreer M., Wenk C., Gmunder H.P., Stucky G., Escorpiso R. Identification of relevant ICF categories in occupational rehabilitation: a cross-sectional study evaluating a clinical perspective // Journal of Occupational Rehabilitation. 2011. Vol. 21. No. 2. P. 156–166.

ES

Camino para la mejora de la rehabilitación médico-social de los veteranos de conflictos bélicos en la etapa actual considerando la CIF

S.V. Shlyk, S.S. Memetov, E.E. Achkasov, V.V. Kim

Anotación

Introducción. En la actualidad, dada la situación internacional, la rehabilitación de los veteranos de conflictos bélicos adquiere una relevancia especial. Además, el estado desempeña un papel fundamental en la solución de este problema en relación con esta categoría de personas. **Objetivo del estudio:** estudiar la estructura de las alteraciones en las funciones del organismo considerando la CIF en veteranos de conflictos bélicos que recibieron rehabilitación en la institución especializada GBU RO «GVV» en 2022 y determinar sus necesidades en diferentes tipos de rehabilitación. **Materiales y métodos.** Se estudió la estructura de las alteraciones del sistema nervioso central y periférico en 168 veteranos de conflictos bélicos que realizaron un curso de rehabilitación en el hospital GBU RO «GVV» en 2022, y se determinó su necesidad de diversas actividades de rehabilitación utilizando métodos estadísticos y de análisis comparativo. **Resultados.** Se estableció que en los veteranos de conflictos bélicos con alteraciones en las funciones del sistema nervioso central y periférico, están bastante extendidas limitaciones en funciones del organismo como la disminución de la memoria, alteraciones en el sueño, emociones, funciones intelectuales, etc., que requieren la realización de actividades de rehabilitación especiales. Se destacó la relevancia del trabajo del equipo multidisciplinario de la organización médica y su papel en el establecimiento del diagnóstico de rehabilitación de acuerdo con la CIF. **Conclusión.** Entre los veteranos de conflictos bélicos se observa una alta necesidad de actividades de rehabilitación médica, que requiere un enfoque integral con la participación de un amplio grupo de especialistas. La CIF permite diagnosticar de manera más completa las características del funcionamiento de cada veterano de conflictos bélicos, determinar sus limitaciones en la vida diaria y desarrollar un plan individual de rehabilitación médica, lo que permite lograr un mayor efecto de las actividades de rehabilitación realizadas. Las

FR

Voies d'amélioration de la réhabilitation médico-sociale des vétérans de combats à l'étape actuelle en tenant compte de la CIF

S.V. Shlyk, S.S. Memetov, E.E. Achkasov, V.V. Kim

Annotation

Introduction. À l'heure actuelle, compte tenu de la situation internationale, la réhabilitation des vétérans de combats revêt une importance particulière. Un rôle essentiel dans la résolution de ce problème pour cette catégorie de personnes revient à l'État. **Objectif de l'étude:** étudier la structure des troubles des fonctions corporelles en tenant compte de la Classification internationale du fonctionnement (CIF) chez les vétérans de combats ayant suivi une réhabilitation dans un établissement spécialisé GBU RO «GVV» en 2022, et déterminer leurs besoins en différents types de réhabilitation. **Matériaux et méthodes.** La structure des troubles du système nerveux central et périphérique a été étudiée chez 168 vétérans de combats ayant suivi un cours de réhabilitation dans un établissement hospitalier GBU RO «GVV» en 2022, et leurs besoins en diverses activités de réhabilitation ont été déterminés à l'aide de méthodes statistiques et d'analyse comparative. **Résultats.** Il a été établi que chez les vétérans de combats présentant des troubles des fonctions du système nerveux central et périphérique, des limitations fonctionnelles telles que la diminution de la mémoire, des troubles du sommeil, des émotions, des fonctions intellectuelles, etc., sont largement répandues, nécessitant la mise en œuvre de mesures de réhabilitation spécifiques. L'importance du travail d'une équipe multidisciplinaire au sein de l'organisation médicale et son rôle dans l'établissement du diagnostic de réhabilitation conformément à la CIF ont été soulignés. **Conclusion.** Parmi les vétérans de combats, un besoin élevé en activités de réhabilitation médicale a été noté, nécessitant une approche globale impliquant un large éventail de spécialistes. La CIF permet de diagnostiquer plus complètement les caractéristiques de fonctionnement de chaque vétéran de combats, de déterminer ses limitations dans la vie quotidienne, suivie de l'élaboration d'un plan individuel de réhabilitation médicale, ce qui permet d'atteindre un meilleur effet des mesures de réhabilitation mises en œuvre.

actividades de rehabilitación recomendadas en las instituciones ambulatorias y policlínicas no siempre pueden llevarse a cabo en su totalidad por una serie de razones objetivas, dependiendo del lugar de residencia del veterano de conflictos bélicos.

Palabras clave: rehabilitación médica, veterano de conflictos bélicos, organización médica, limitaciones en la vida diaria, funciones del organismo, clasificación internacional del funcionamiento, actividades de rehabilitación.

Les activités de réhabilitation recommandées dans les établissements ambulatoires et polycliniques ne peuvent pas toujours être réalisées dans leur intégralité pour diverses raisons objectives, en fonction du lieu de résidence du vétéran de combats.

Mots clés: réhabilitation médicale, vétéran de combats, organisation médicale, limitations de la vie quotidienne, fonctions corporelles, classification internationale du fonctionnement, activités de réhabilitation.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Шлык Сергей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, ректор, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Sergey V. Shlyk – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Rector, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia.
E-mail: sshlyk@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3070-8424; SPIN-код: 7460-0527

Меметов Сервир Сеитягьяевич – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья (с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине) № 2, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Servir S. Memetov – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Professor of the Department of Health Organization and Public Health (with a course in Information Computer Technologies in Healthcare and Medicine) No. 2, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia.
E-mail: memetov.57@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6804-0717; SPIN-код: 6123-3047

Ачкасов Евгений Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой спортивной медицины и медицинской реабилитации, ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия.

Evgeny E. Achkasov – Grand PhD in Medical sciences, Professor, Head of the Department of Sports Medicine and Medical Rehabilitation, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia.
E-mail: achkasov_e_e@staff.sechenov.ru; ORCID: 0000-0001-9964-5199; SPIN-код: 5291-0906

Ким Вячеслав Владиславович – ассистент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья (с курсом информационных компьютерных технологий в здравоохранении и медицине) № 2, ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Россия.

Vyacheslav V. Kim – Assistant of the Department of Health Organization and Public Health (with the Course of Information Computer Technologies in Healthcare and Medicine) No. 2, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia.
E-mail: livfan1347@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8803-7048; SPIN-код: 6306-2079

АКАДЕМИКУ ВЛАДИМИРУ ИВАНОВИЧУ СТАРОДУБОВУ – 75 ЛЕТ



Поздравляем с 75-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача Российской Федерации, академика-секретаря отделения медицинских наук РАН, научного руководителя Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения.

Владимир Иванович Стародубов родился 17 мая 1950 г. на станции Кособродск Каргопольского района Курганской области. В 1973 г. окончил

Свердловский государственный медицинский институт по специальности «Лечебно-профилактическое дело» (Ленинский стипендиат), в 1986 г. стал кандидатом медицинских наук, а в 1997 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Научное обоснование развития здравоохранения в условиях социально-экономических реформ». В 1998 г. присвоено звание профессора.

С 1973 г. работал хирургом и заведующим операционным блоком городской больницы № 2 в г. Нижнем Тагиле. В 1977–1980 гг. трудился в качестве ассистента на кафедре хирургии Свердловского государственного медицинского института, в 1980–1981 гг. исполнял функции главного врача городской клинической больницы № 27 г. Свердловска, в 1981–1989 гг. В.И. Стародубов занимал ряд ответственных постов в руководстве системы здравоохранения Свердловской области. В 1989 г. был назначен начальником Главного управления лечебно-профилактической помощи Минздрава РСФСР, в 1990–1994 гг. исполнял обязанности заместителя министра здравоохранения Российской Федерации. В 1993 г. был избран председателем впервые созданного правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС). В 1994–1996 гг. заведовал кафедрой экономики здравоохранения и медицинского страхования Российского государственного медицинского университета имени Н.И. Пирогова (РГМУ имени И.М. Пирогова). В 1996 г. приступил к обязанностям заместителя министра здравоохранения Российской Федерации, в 1998–1999 гг. В.И. Стародубов возглавлял Министерство здравоохранения Российской Федерации. С 1998 г. председательствовал в правлении Федерального фонда ОМС, в 2004–2008 гг. работал первым заместителем и заместителем министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В 1999–2020 гг. заведовал кафедрой экономики и управления здравоохранением РГМУ имени И.М. Пирогова. В 1999–2004 гг., 2008–2020 гг. – директор ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России), далее и по наст. время – научный руководитель данного учреждения.

Член-корреспондент РАМН с 2000 г., академик РАМН с 2004 г., академик РАН с 2013 г. – Отделение медицинских наук. В 2015–2017 гг. исполнял функции вице-президента РАН, в 2017 г. был избран академиком-секретарем Отделения медицинских наук РАН.

В.И. Стародубов является членом Президиума РАН, членом Экспертного совета РАН, председателем Научного совета Отделения медицинских наук РАН, членом Комиссии по уставу федерального государственного бюджетного учреждения «Российская академия наук», членом бюро Научного совета РАН «Биомедицинская физика и инженерия», членом бюро Научного совета РАН «Науки о жизни», председателем Кадровой комиссии президиума РАН, членом Экспертной комиссии по Большой золотой медали РАН имени М.В. Ломоносова, заместителем председателя Экспертной комиссии по Большой

золотой медали РАН имени Н.И. Пирогова, председателем диссертационного совета ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по защите докторских и кандидатских диссертаций и др.

В.И. Стародубов – главный редактор журналов «Вестник Российской академии медицинских наук» и «Менеджер здравоохранения», заместитель главного редактора журнала «Социальные аспекты здоровья населения», член редакционных коллегий и советов журналов «Здравоохранение Российской Федерации», «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины», «Экономика здравоохранения», «Бюллетень сибирской медицины», «Российский кардиологический журнал», «Общественное здоровье», «Вестник восстановительной медицины» и многих др.

В.И. Стародубов – крупный учёный и выдающийся организатор здравоохранения, известный в стране и за рубежом. Основными направлениями его научных исследований являются разработка, обоснование и исследование правовых, организационно-методических и экономических аспектов реформирования системы здравоохранения страны, изучение медико-демографических процессов и показателей здоровья населения, научная разработка мониторинга деятельности системы здравоохранения в современных социально-экономических условиях, формирование модели счетов здравоохранения и аудита эффективности использования государственных ресурсов в здравоохранении; новые направления политики в области охраны здоровья населения (восстановительная медицина, медицинская реабилитация). Им внесён существенный вклад в восстановление системы текущего и стратегического планирования в охране здоровья населения и здравоохранения, в обоснование экономических отношений в системе организации медицинской помощи, в обеспечении качества и эффективности лечебно-профилактической помощи, в рационализации расходов средств в здравоохранении. В.И. Стародубов руководил разработкой Концепции реформы управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации в современных социально-экономических условиях, внёс существенный вклад в создание нормативно-методической базы для работы системы обязательного медицинского страхования. Благодаря трудам В.И. Стародубова были усовершенствованы меры по борьбе с социальными болезнями, в результате снизилась смертность от туберкулёза, сократились темпы распространения ВИЧ-инфекции. Под его руководством и при его непосредственном участии проходила разработка крупнейшего в истории новой России проекта в сфере здравоохранения – приоритетного Национального проекта «Здоровье», который позволил улучшить демографическую ситуацию в стране, увеличить возможности российского здравоохранения по оказанию населению высокотехнологичной медицинской помощи и т.п.

В.И. Стародубов – автор более 650 опубликованных научных работ, в том числе монографий, методических указаний, учебно-методических пособий, руководств и т.п. Под руководством и при его непосредственной консультативной помощи выполнены и защищены 38 докторских и 36 кандидатских диссертаций.

Залуженный врач Российской Федерации (1999 г.). Награждён медалью «За доблестный труд. В ознаменование 100-летия со дня рождения Владимира Ильича Ленина» (1971 г.), медалью «За трудовую доблесть» (1989 г.), орденом Почёта (2005 г.), орденом «За заслуги перед Отечеством» IV, III и II степени (2011 г., 2020 г. и 2025 г. соответственно). Удостоен Благодарности Минздрава России (2013 г.), Благодарственного письма Президента Российской Федерации В.В. Путина в связи с 300-летием Академии (2024 г.). Ему вручены нагрудный знак «Отличнику здравоохранения», юбилейная медаль «300 лет Российской академии наук» (2024 г.) и др.

Редакция журнала сердечно желает Владимиру Ивановичу крепкого здоровья, долгих лет жизни, благополучия и дальнейшей реализации намеченных планов!

АКАДЕМИКУ ВЛАДИМИРУ АЛЕКСЕЕВИЧУ СОЛОДКОМУ – 70 ЛЕТ



Поздравляем с 70-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача Российской Федерации, директора Российского научного центра рентгенорадиологии.

Владимир Алексеевич Солодкий родился 27 апреля 1955 г. в г. Москве. В 1978 г. окончил лечебный факультет 2-го Московского ордена Ленина

государственного медицинского института имени Н.И. Пирогова по специальности «Лечебное дело», там же прошёл обучение в клинической ординатуре на кафедре хирургических болезней, в 1996 г. стал кандидатом экономических наук, а в 1999 г. защитил докторскую диссертацию (медицинские науки) на тему: «Научно-организационное обеспечение программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на территориальном уровне». Присвоено звание профессора.

С 1980 г. работал врачом-хирургом, а впоследствии заместителем главного врача медсанчасти г. Орска (Оренбургская область). С 1987 г. – заместитель главного врача Ногинской центральной районной больницы (Московская область), с 1989 г. – заместитель начальника Главного управления здравоохранения администрации Московской области. В 1998–1999 гг. – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации, в 1999–2002 гг. – первый заместитель руководителя Главного управления здравоохранения и первый заместитель Министра здравоохранения Московской области, в 2002–2006 гг. – заместитель президента Российской академии медицинских наук по финансово-экономическим вопросам. С 2006 г. – помощник Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В 2006–2008 гг. – заместитель руководителя Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи. С 2009 г. по наст. время – директор ФГБУ «Российский научный центр рентгенорадиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России).

Член-корреспондент РАМН с 2005 г., член-корреспондент РАН с 2014 г., академик РАН с 2016 г. – Отделение медицинских наук.

В.А. Солодкий является членом бюро Секции профилактической медицины Отделения медицинских наук РАН, председателем учёного совета, а также диссертационного совета (Д 208.01.81) ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России, председателем государственной аттестационной комиссии медицинского факультета Российского университета дружбы народов (РУДН), заместителем председателя Комиссии Российского союза промышленников и предпринимателей по индустрии здоровья, членом

правления Национального союза «Ассоциация онкологов России», вице-президентом Российской ассоциации радиологов.

В.А. Солодкий – главный редактор журнала «Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии», член редакционных коллегий и советов журналов «Вестник рентгенологии и радиологии», «Онкология. Журнал имени П.А. Герцена», «Вопросы онкологии», «Поволжский онкологический вестник», «Экономика здравоохранения» и «Социология медицины».

В.А. Солодкий – видный учёный, клиницист, специалист в области онкологии. Имеет большой опыт клинической работы, сфера его научных интересов – клиническая и экспериментальная онкология, онкохирургия. Будучи хирургом-онкологом высшей квалификационной категории, он ежедневно оперирует больных, занимается консультативной работой. Им проведена разработка персонифицированных подходов к выработке диагностической и лечебной тактики при комбинированном, лекарственном и лучевом лечении локальных и распространенных форм рака различных органов, в том числе наследственных форм; усовершенствованы методики реабилитации больных после онкологических операций. В то же время В.А. Солодкий – крупный организатор здравоохранения, его научные исследования посвящены проблемам формирования нормативной базы федеральных научных медицинских учреждений по программам государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, разработке современных подходов к планированию и финансированию оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению в федеральных научных медицинских учреждениях. Им разработаны нормативы бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение, создан порядок формирования государственного задания, планирования, финансирования и организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи, исследованы аспекты модернизации и развития здравоохранения, вопросы деятельности федеральных медицинских учреждений в современных условиях.

В.А. Солодкий – автор более 250 опубликованных научных работ, в том числе монографий, учебных пособий, авторских свидетельств и т.п. Под руководством и при его непосредственной консультативной помощи выполнены и защищены 13 докторских и 16 кандидатских диссертаций.

Залуженный врач Российской Федерации (2008 г.), Лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники (2017 г.). Награжден орденом Дружбы (2020 г.) и орденом Почета (2025 г.), отмечен юбилейной медалью «300 лет Российской академии наук» (2024 г.) и почетной грамотой Российской академии наук (2024 г.).

Сердечно поздравляем Владимира Алексеевича с 70-летием и желаем крепкого здоровья, долгих лет жизни, благополучия и творческого вдохновения!

АКАДЕМИКУ АЛЕКСАНДРУ ЛЕОНИДОВИЧУ ХОХЛОВУ – 60 ЛЕТ



Поздравляем с 60-летием академика РАН, доктора медицинских наук, профессора, ректора Ярославского государственного медицинского университета.

Александр Леонидович Хохлов родился 23 июня 1965 г. в г. Ярославле. В 1988 г. окончил лечебный факультет Ярославского государственного медицинского института, далее там же в 1991 г. – аспирантуру на кафедре фармакологии, в 1990 г. стал кандида-

том медицинских наук, а в 1998 г. защитил докторскую диссертацию на тему: «Церебрально-соматические соотношения при ревматизме». В 2001 г. присвоено ученое звание профессора. Также в 2014 г. окончил юридический факультет Международного института экономики и права.

С 1991 г. по наст. время работает в ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России), прошел путь от ассистента кафедры факультетской терапии, профессора кафедры фармакологии (с 1991 по 1999 гг.) до заведующего кафедрой фармакологии и клинической фармакологии (с 1999 г. по наст. время), заместителя декана и декана лечебного факультета (с 2005 по 2011 гг.), помощника ректора по инновационной деятельности (с 2011 по 2012 гг.), проректора по развитию ФГБОУ ВО «ЯГМУ» Минздрава России (с 2021 по 2023 гг.), ректора данного учреждения (с 2023 г. по наст. время).

А.Л. Хохлов являлся главным научным сотрудником Научно-образовательного центра права и биоэтики геномных исследований и применения генетических технологий Университета имени О.Е. Кутафина (МГЮА) по 2022 г. В 2016–2021 гг. – заместитель директора по науке Центра трансфера фармацевтических технологий им. М.В. Дорогова Ярославского государственного педагогического университета имени К.Д. Ушинского.

Член-корреспондент РАН с 2016 г., академик РАН с 2022 г. – Отделение медицинских наук.

А.Л. Хохлов является председателем Совета по этике научных исследований при Президиуме РАН, заместителем председателя Межведомственного совета РАН по научному обоснованию и сопровождению лекарственной политики, председателем Совета по этике при Минздраве России, председателем Российского комитета по биоэтике при Комиссии Российской Федерации по делам ЮНЕСКО, членом рабочей группы Всемирной организации здравоохранения, заместителем председателя межрегиональной общественной организации «Ассоциация клинических фармакологов России», сопредседателем Совета по медико-биологическим наукам Общероссийской организации «Российское профессорское собрание», членом рабочей группы по нормативному регулированию в сфере генетических технологий, включая вопросы геномного редактирования, и биоэтике при Президиуме Совета по реализации Федеральной научно-технической программы развития генетических технологий на 2019–2030 гг., членом бюро Секции медико-биологических наук Отделения медицинских наук РАН, членом Общественной палаты Ярославской области, председателем Совета ректоров вузов Ярославской области и др.

А.Л. Хохлов – главный редактор журналов «Медицинская этика», «Пациентоориентированная медицина и фармация», член редакционных коллегий и советов журналов «Лекарственные препараты и рациональная фармакотерапия», «Качественная клиническая практика», «Архив внутренней медицины», «Терапия», «Фармакогенетика и фармакогеномика», «Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения», «Медицинская визуализация», «Лекарственный вестник», «Фармакокинетика и фармакодинамика», «Research Results in Pharmacology», «Реальная клиническая практика: данные и доказательства», «Биоэтика», «Клиническая геронтология», «Проблемы стандартизации» и др.

А.Л. Хохлов – врач-терапевт высшей квалификационной категории, врач-клинический фармаколог высшей квалификационной категории. Принимал участие в формировании законодательной базы для службы клинической фармакологии в Российской Федерации. Будучи председателем Совета по этике при Минздраве России, участвует в этической экспертизе материалов клинических исследований лекарственных средств. Научные интересы А.Л. Хохлова связаны с основными направлениями клинической фармакологии и фармакологии: фармакоэпидемиологией, фармакоэкономикой, фармакокинетикой, фармакодинамикой и фармакогенетикой, доклиническими и клиническими исследованиями новых лекарственных препаратов, а также биоэтикой, использованием цифровых технологий в оценке практики применения лекарств. Под его руководством разработаны и проведены программы последипломного образования с межвузовским и международным участием «Качественная практика фармакобезопасности», «Качественная лабораторная практика». Автор инновационных образовательных курсов. Читает лекции по клинической фармакологии студентам лечебного, педиатрического, стоматологического и фармацевтического факультетов, активно участвует в образовательных программах на последипломном уровне.

А.Л. Хохлов – автор более 600 опубликованных научных работ, в том числе монографий, учебников и учебных пособий, патентов, свидетельств о регистрации и т.п. Под руководством и при его непосредственной консультативной помощи выполнены и защищены 10 докторских и 31 кандидатская диссертация.

А.Л. Хохлов награжден Орденом Дружбы (2025 г.), Почётной грамотой Президента Российской Федерации (2022 г.), Благодарственным письмом Совета Федерации (2019 г.), Благодарностью Министерства науки и высшего образования Российской Федерации (2021 г.). Отмечен нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» (2009 г.), Почётной грамотой Российской академии наук (2024 г.), юбилейной медалью «300 лет Российской академии наук» (2024 г.). Ему вручены Почётные Грамоты губернатора Ярославской области (2004 г., 2006 г.), Почетная грамота Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области (2015 г.), Почётная грамота Ярославской областной Думы (2023 г.), удостоен медали отдела по церковной благотворительности и социальному служению Русской Православной Церкви за дела милосердия (2023 г.), Серебряной медали Ярославской Епархии (2024 г.).

Редакция журнала поздравляет Александра Леонидовича с юбилеем и желает крепкого здоровья, благополучия, счастья и дальнейших творческих и профессиональных успехов!

