

Государственное бюджетное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт  
скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»

*На правах рукописи*

Тявокина Елена Юрьевна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ  
ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ  
С АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ  
В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,  
медико-социальная экспертиза

**ДИССЕРТАЦИЯ**

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
Доктор медицинских наук доцент  
Барсукова Ирина Михайловна

Санкт-Петербург, 2025

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	6
ГЛАВА 1 СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) .....	17
1.1 Государственное регулирование потребления алкоголя .....	17
1.2 Пагубное влияние алкоголя на состояние здоровья .....	25
1.3 Нормативно-правовое обеспечение отдельных аспектов оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в Российской Федерации .....	31
1.4 Статистика потребления алкоголя населением и заболеваемости алкоголь- ассоциированной патологией Российской Федерации .....	38
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	53
ГЛАВА 3 ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО И ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ .....	68
3.1 Структура медицинских организаций наркологического, психиатрического и токсикологического профилей, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией .....	69
3.2 Штаты медицинских организаций наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией .....	76
3.3 Показатели работы медицинских организаций наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией .....	82
3.4 Изменения нормативно-правового регулирования, повлиявшие на медицинский маршрут пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией ....	89

ГЛАВА 4 АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛКОГОЛИЗМОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ОБЪЕМОВ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НАСЕЛЕНИЕМ ..	94
4.1 Анализ заболеваемости алкоголизмом в Российской Федерации .....	94
4.2 Анализ показателей смертности (умерших от случайных отравлений алкоголем) .....	98
4.3 Анализ продажи алкогольной продукции населению Российской Федерации .....	103
4.4 Медицинское освидетельствование лиц на состояние алкогольного опьянения .....	107
ГЛАВА 5 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	112
5.1 Анализ показателей потребления алкоголя у пациентов соматического профиля, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям в многопрофильный стационар (социологическое исследование) .....	112
5.2 Медико-социальная характеристика пациентов многопрофильного стационара с алкоголь-ассоциированной патологией .....	126
5.3 Анализ организационной характеристики госпитализации пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией .....	131
ГЛАВА 6 РАЗРАБОТКА И ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА .....	142
6.1 Комплексная интегративная методика выявления контингента пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, определения уровня алкоголь-ассоциированных госпитализаций и структуры алкоголь-ассоциированных заболеваний (состояний) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь взрослому населению в стационарных условиях .....	142
6.2 Алгоритмы выбора и смены режима наблюдения медицинского персонала за пациентом с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) .....	148

6.3 Алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) .....	154
6.4 Вопросы маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи .....	157
6.5 Оценка эффективности комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара .....	170
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	174
ВЫВОДЫ .....	184
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	188
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ .....	190
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	193
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	232
Приложение А. Диагностические коды МКБ-10, названия болезней и проблем, связанных со здоровьем, в которых упоминается алкоголь (этанол).....	232
Приложение Б. Динамика числа медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в Российской Федерации .....	234
Приложение В. Динамика коечного фонда медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в стационарных условиях, в Российской Федерации .....	236
Приложение Г. Штаты персонала в медицинских организациях и структурных подразделениях, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в амбулаторных условиях, в Российской Федерации .....	238
Приложение Д. Штаты персонала в медицинских организациях и структурных подразделениях, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-	

ассоциированной патологией в стационарных условиях в Российской Федерации .....	240
Приложение Е. Объемные показатели работы медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в амбулаторных условиях, в Российской Федерации .....	241
Приложение Ж. Объемные показатели работы медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией, в стационарных условиях, в Российской Федерации .....	242
Приложение З. Динамика показателей медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам на койках наркологического, психиатрического и токсикологического профиля в стационарных условиях, в Российской Федерации .....	244
Приложение И. Анкета (социологическое исследование).....	246
Приложение К. Нозологическая структура пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, закончивших лечение в условиях стационарного отделения скорой помощи (СтОСМП).....	248
Приложение Л. Карта выбора и смены режима наблюдения.....	252
Приложение М. Основные клинические характеристики оценки состояния сознания.....	255
Приложение Н. Положение о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей в медицинской организации стационарного типа для взрослого населения.....	256
Приложение О. Оценка эффективности комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара.....	261
АКТЫ ВНЕДРЕНИЯ.....	264

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** Концепция демографической политики Российской Федерации, стратегия развития страны и отрасли здравоохранения (Указы Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351, от 07.05.2012 № 606, от 07.05.2018 № 204, от 06.06.2019 № 254, от 02.07.2021 № 400) направлены на обеспечение национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан, определяют национальные цели и задачи развития, среди которых – формирование здорового образа жизни, сокращение потребления алкоголя, увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни граждан («Публичная декларация...», 2020).

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вредное употребление алкоголя является причиной более двухсот заболеваний и травм: во всем мире по этой причине ежегодно умирают 3 млн человек, что составляет 5,3% всех случаев смерти; около 140 млн человек на планете страдают от алкогольной зависимости (ВОЗ, 2022). Проблема алкоголизации населения исключительно актуальна в мире (Shield K. et al., 2020; Angus C. et al., 2020; White A.M. et al., 2020; Marten R. et al., 2020; Udesen C.H. et al., 2023; Kraus L. et al., 2024; Trichia E. et al., 2024; Rehm J. et al., 2025).

Борьба с алкоголь-ассоциированной патологией населения мобилизует значительные ресурсы системы здравоохранения, определяет направления мер отечественной государственной политики (Салагай О.О. и соавт., 2021; Шаповалова Э.Б. и соавт., 2021; Рудковская А.Б., 2022; Шпорт С.В. и соавт., 2024<sup>1</sup>; Соловьев А.Г. и соавт., 2024; Масякин А.В. и соавт., 2025).

Несмотря на положительные тенденции (Radaev V. et al., 2020; Razvodovsky Y.E., 2020; Neufeld M. et al., 2020<sup>1,2</sup>; Шпорт С.В., Клименко Т.В., 2023; Шпорт С.В. и соавт., 2024<sup>2</sup>), проблема злоупотребления алкоголем сохраняет свою значимость и наносит ущерб обществу и государству (демографический, медико-социальный,

финансово-экономический, морально-этический) (Nemtsov A. et al., 2019; Kuznetsova P.O., 2020; Попович М.В. и соавт., 2022; Григорьева И.В. и соавт., 2022; Ortola R. et al., 2024) и требует дополнительных мер медицинского, нормативно-правового и организационного характера (Клименко Т.В., 2019<sup>1</sup>; Клименко Т.В. и соавт., 2018<sup>1,2</sup>; Киржанова В.В. и соавт., 2021, 2022; Колосницына М.Г., 2024).

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 11.12.2023 № 3547-р утверждена Концепция сокращения потребления алкоголя на период до 2030 г. и дальнейшую перспективу.

Стоит задача совершенствования организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией, разработки соответствующих теоретических, научно-методических положений и практических рекомендаций, что определяет актуальность, научную и практическую значимость настоящего исследования.

**Степень разработанности темы исследования.** Проблемам избыточного потребления алкоголя и алкоголь-ассоциированных заболеваний уделено особое внимание в научных исследованиях и целевых программах страны. Научные работы российских и зарубежных авторов часто связаны с определенным профилем патологии или конкретными нозологическими формами и демонстрируют употребление алкоголя в качестве фактора, отягощающего течение острых и хронических заболеваний (Белякин С.А. и соавт., 2021; Белогубов П.В., 2023; Ding C. et al., 2021; Di Castelnuovo A. et al., 2022; Zhao J. et al., 2023; Mitkin N.A. et al., 2024; Shao L. et al., 2024); ассоциированы с психиатрической или токсикологической тематикой (Синенченко А.Г. и соавт., 2019<sup>2</sup>; Перегуд Д.И. и соавт., 2023; Jacob L. et al., 2021; Spark T.L. et al., 2023) и задачами лечения алкогольной зависимости (Кашкин В.А., 2020; Ачуваков Р.С. и соавт., 2023; Beseran E. et al., 2022; Caputo F. et al., 2024). Ряд работ посвящен решению региональных проблем, обусловленных алкогольным фактором (Мордовский Э.А., 2019; Хамитова Р.Я., Лоскутов Д.В., 2020; Бессонова О.Г., 2022; Катин А.А., 2022).

При достаточном внимании к организации медицинской помощи и совершенствованию клинических подходов ее оказания, до настоящего времени

отсутствует решение ряда вопросов, связанных с бременем алкоголь-ассоциированной патологии в многопрофильном стационаре скорой медицинской помощи. Феномены наркологической и соматической анозогнозии, проблема стигматизации и дискриминации при алкоголь-ассоциированной физической и психической патологии (Клименко Т.В. и соавт., 2018<sup>1,2</sup>; Пичугин А.Н., 2019; Макушкин Е.В., 2021), а также традиционные порядки составления статистических отчетов по формам статистического наблюдения затрудняют сбор статистических данных о реальном уровне статистических показателей (Кузнецов В.В., 2016, 2018; Киржанова В.В. и соавт., 2021, 2022; Самородская И.В. и соавт., 2023). «Скрытый» контингент проблемных потребителей алкоголя и пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией концентрируется в ургентном многопрофильном стационаре и намного превышает «учтенный» (Егоров А.Ю. и соавт., 2013; Neufeld M. et al., 2019; Надеждин А.В. и соавт., 2023, 2024<sup>1,2</sup>). Необходим поиск дополнительных механизмов мониторинга уровня госпитализаций, обусловленных алкоголь-ассоциированными заболеваниями (Бурцев А.А. и соавт., 2020; Алексеенко С.Н. и соавт., 2022).

Коморбидность и мультиморбидность таких пациентов, полиморфность их состояний и заболеваний создает разнообразие и неоднозначность смысловой составляющей терминов: необходимо структурировать элементы общего понятийного аппарата проблемы (Мордовский Э.А., 2019).

Эффективная медицинская стратегия требует междисциплинарного подхода, детальной проработки вопросов маршрутизации и обеспечения преемственности как внутри многопрофильного стационара, так и за его пределами (Клименко Т.В. и соавт., 2018<sup>2</sup>; Никифоров И.А. и соавт., 2021; Ситникова Е.Ю. и соавт., 2023; Mahabir S.A. et al., 2020; Casey M. Silver, 2022; Schölin L. et al., 2025).

Нозологическая неоднородность когорты пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией и их полиморбидность детерминируют сложность выбора порядка оказания медицинской помощи по конкретному профилю, заболеванию или состоянию.

Для пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, сопровождающейся

психическими и поведенческими расстройствами, такие вопросы относятся к категории наиболее «острых». Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» исключил возможность оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя (диагностический код F10 в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10)), в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, осуществляющих деятельность по профилю «психиатрия», что актуализирует вопросы модернизации существующих регламентов (Алексеева С.С., Стародубцев М.Э., 2021; Чучалин А.Г., 2021; Андрианова В.В., Асташкина М.А., Савощикова Е.В., 2023; Липатникова В.С., 2024) и поиск алгоритмов оказания медицинской помощи, учитывающих уровень сознания и пороки психики и поведения у пациентов алкогольной группы.

Таким образом, условия выполнения целевых показателей национальных программ и проектов, формирования системы защиты прав пациентов (Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204), совершенствования механизмов взаимодействия медицинских организаций, внедрения клинических рекомендаций и протоколов лечения задают поиск эффективных организационных решений, основанных на анализе показателей деятельности многопрофильных стационаров по оказанию медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

**Цель исследования:** разработать и обосновать комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара.

Достижение поставленной цели предполагает решение **задач:**

1. Провести анализ современного состояния медицинских организаций и структурных подразделений наркологического, психиатрического и

токсикологического профиля в Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

2. Изучить показатели заболеваемости алкоголизмом, смертности от случайного отравления алкоголем и объемы потребления алкоголя населением Российской Федерации.

3. Провести анализ показателей потребления алкоголя у пациентов соматического профиля, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям в многопрофильный стационар (социологическое исследование).

4. Представить медико-социальную характеристику пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре.

5. Изучить организационные аспекты госпитализации пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией.

6. Разработать и обосновать комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара.

**Научная новизна исследования** состоит в развитии теоретических, научно-методических положений, разработке комплекса мероприятий и рекомендаций, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией, с этой целью впервые:

выявлено снижение ресурсного потенциала медицинских организаций и структурных подразделений наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией;

отмечено замедление темпов снижения показателей заболеваемости населения алкоголизмом в Российской Федерации;

выявлен рост объемов реализации алкогольной продукции;

установлено увеличение числа медицинских организаций и структурных подразделений, осуществляющих медицинское освидетельствование лиц на состояние алкогольного опьянения, а также числа лиц, направляемых на освидетельствование, и положительных результатов исследования;

выявлены высокий уровень и частота потребления алкоголя, а также наличие негативных последствий употребления алкоголя у пациентов соматического профиля, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям в многопрофильный стационар;

определены медико-социальная и организационная характеристики пациентов многопрофильного стационара с алкоголь-ассоциированной патологией;

установлено, что действующая нормативная правовая база не позволяет в полной мере учитывать проблемы реализации медицинского вмешательства и медицинского маршрута пациентов с алкоголь-ассоциированными заболеваниями;

в качестве нового методического подхода разработана комплексная интегративная методика выявления контингента пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, определения уровня алкоголь-ассоциированных госпитализаций и структуры алкоголь-ассоциированных заболеваний (состояний) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь взрослому населению в стационарных условиях;

теоретической новизной являются разработанные элементы понятийно-категориального аппарата, характеризующего проблему алкоголь-ассоциированной патологии; предложения по стратификации алкоголь-ассоциированных госпитализаций по характеру связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния);

разработаны практические критерии и алгоритмы, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией;

даны рекомендации по введению должности специалиста и развертыванию коек по профилю «психиатрия-наркология» в многопрофильном стационаре для взрослого населения;

обоснована необходимость организации системного мониторинга уровня таких госпитализаций и структуры заболеваемости, определяющих выбор разработанных в исследовании критериев и алгоритмов;

доказана необходимость комплексного подхода к совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием), включающего клинико-организационные, организационно-правовые, нормотворческие, контрольно-надзорные механизмы.

**Теоретическая и практическая значимость** работы заключается в оценке современного состояния системы оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией: детальном анализе деятельности осуществляющих эту работу медицинских организаций и структурных подразделений (их ресурсов, технологии, результатов деятельности), показателей заболеваемости алкоголизмом и уровня потребления алкоголя населением Российской Федерации, изучении контингента пациентов, употребляющих алкоголь, а также разработке и обосновании комплекса мероприятий, направленных на совершенствование системы оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

Предложены элементы понятийно-категориального аппарата, характеризующего проблему алкоголь-ассоциированной патологии.

Разработаны критерии и алгоритмы, направленные на совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

Даны рекомендации по введению должности специалиста и развертыванию коек по профилю «психиатрия-наркология» в многопрофильном стационаре для взрослого населения.

Областью применения результатов исследования является система оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи Российской Федерации в ее практической части и в сфере организации здравоохранения, а также система профессиональной подготовки специалистов по программам основного и дополнительного профессионального образования, в первую очередь – организаторов здравоохранения, врачей-психиатров, врачей-психиатров-наркологов, врачей-токсикологов, врачей других специальностей,

участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

Результаты исследования внедрены в практику лечебной работы стационарного отделения скорой медицинской помощи (акт внедрения от 23.09.2024), в учебный процесс кафедры скорой медицинской помощи и хирургии повреждений (акт внедрения от 15.01.2025) и кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением (акт внедрения от 15.01.2025) ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, а также в научную (акт внедрения от 15.04.2024), образовательную (акт внедрения от 20.05.2024, учебное пособие) и практическую (акт внедрения от 05.08.2024) деятельность ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе».

**Методология и методы исследования.** Теоретической и научно-методологической основой исследования служат труды отечественных и зарубежных ученых в области организации здравоохранения, нормативные правовые акты Российской Федерации. Программа исследования разработана и реализована с использованием методологии системного и ситуационного подхода к изучению системы оказания медицинской помощи. Объект исследования – деятельность медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией. Предмет исследования – ресурсы, процессы (технология) и результаты работы системы оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре для взрослого населения.

В исследовании использованы контент-анализ, аналитический, статистический и социологический методы исследования; применялись компаративный, нормативно-правовой, корреляционный методы анализа данных.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Эпидемиологическая ситуация в Российской Федерации, установившийся правовой регламент работы, результаты реструктуризации

медицинских организаций определяют необходимость разработки новых подходов для решения проблем оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

2. Высокий уровень потребления алкоголя и объем контингента «латентных потребителей», значительная доля пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре создают объективные сложности лечебно-диагностического процесса.

3. Для совершенствования организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара необходимо привлечение комплекса клиничко-организационных, организационно-правовых, методических, нормотворческих и контрольно-надзорных мероприятий.

**Степень достоверности полученных результатов и выводов** определяется значительными (достаточными) объемами базы данных (всего 373 563 единиц наблюдения); использованием современных методов исследования, соответствующих цели, задачам и методологии диссертационной работы; использованием сплошного метода исследования; комплексом методик и адекватным статистическим аппаратом, а также апробацией основных результатов исследования в рамках научно-практических мероприятий (конференций). Выводы аргументированы и соответствуют реализованным направлениям научного исследования.

Статистическая значимость сравниваемых показателей с нормальным распределением определялась с использованием критерия Стьюдента (t). Проверка статистических гипотез (p) проводилась по общепринятым в статистике методикам при критическом уровне значимости равным 0,05; значимые отличия фиксировали при достижении указанного значения ( $p < 0,05$ ). Использованная методология и комплексные решения свидетельствуют о достоверности полученных результатов, позволили решить поставленные задачи, достигнуть цели исследования.

**Апробация работы.** Основные положения, предварительные и окончательные результаты исследования представлены и обсуждены на XVI Съезде психиатров России – Всероссийской научно-практической конференции

«Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» (г. Казань, 2015); Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации» (Санкт-Петербург, 2016); Межрегиональной научно-практической конференции «Эффективный психиатрический стационар: каким он должен быть?» (Санкт-Петербург, 2016); Всероссийской конференции с международным участием «Харизма моей хирургии» (г. Ярославль, 2018); Всероссийской научно-практической конференции «Приоритетные направления развития Всероссийской службы медицины катастроф в современных условиях» (г. Петропавловск-Камчатский, 2019); 54-й межрегиональной научно-практической медицинской конференции «Национальные проекты – приоритет развития здравоохранения регионов» (г. Ульяновск, 2019); 55-й межрегиональной научно-практической медицинской конференции «Национальные проекты: вызовы и решения» (г. Ульяновск, 2020); Ежегодном многопрофильном форуме «VI Неделя образования в Елизаветинской больнице» (Санкт-Петербург, 2022); Конгрессе Межрегиональной ассоциации по неотложной хирургии (Санкт-Петербург, 2023); 59-й научно-практической медицинской конференции в Ульяновской области «Год семьи: вектор для решения демографических задач» (г. Ульяновск, 2024); Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием) «Скорая медицинская помощь» (Санкт-Петербург, 2013, 2018, 2022, 2024); Научно-практической конференции «Джанелидзеvские чтения» (Санкт-Петербург, 2022, 2023, 2024); Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы и проблемы региональной наркологической службы» (Санкт-Петербург, 2024), IV Межрегиональной научно-практической конференции «Мультидисциплинарный подход в оказании наркологической помощи на современном этапе» (Москва, 2025).

**Личный вклад автора** заключается в разработке концепции (95 %), основных направлений исследования (100%), цели и задач (98 %), методики и программы исследования (100%), анализе его результатов (100%), формировании доказательной базы (100%) и статистической обработке материала (95%), научном

обосновании положений диссертационного исследования (98 %), формулировке выводов и практических рекомендаций (100%). Автору принадлежит ведущая роль в апробации и внедрении результатов исследования, научных публикациях.

**Соответствие паспорту научной специальности.** Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности: 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» (пп. 13-16, 18).

**Публикации.** Основные положения диссертации отражены в 25 научных публикациях, из них 8 – в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, опубликовано 1 учебное пособие.

# ГЛАВА 1 СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

## 1.1 Государственное регулирование потребления алкоголя

История формирования и реализации отечественных и зарубежных государственных и общественных антиалкогольных стратегий отражала масштабы социально-негативных последствий алкоголизации населения; определялась действующими религиозными, правовыми, политическими режимами и доминирующими во временном отрезке профессиональными и этнокультуральными установками.

Так, в догосударственный период систему ценностей и права формировали религиозные догматы. Невоздержанность в алкоголе порицается в иудаизме (Книга Мишлей (Притч) 20:1; 21:17; 23:29-35) и христианстве (Рим 13:13; Еф 5:18; 1 Кор 6:10; Гал 5:21); прямые тексты шариата содержат последовательные ограничения и запрет на употребление алкоголя (Коран 2:219; 4:43; 5:90-91).

Государственные ограничительные меры были связаны с «...монополией на производство и торговлю алкогольными напитками и поэтому носили противоречивый характер» (Николаев А.В., 2008). Страны создавали «...свою собственную структуру потребления алкогольной продукции, что связано с привычками, обычаями и культурными традициями населения» (Соловьев А.М., 2018). Угроза депопуляции населения, вызванной алкоголем, требовала «...совместных усилий национальных государственных и негосударственных организаций» (Шаповалова Э.Б. и соавт., 2021).

Глобальная стратегия по сокращению вредного употребления алкоголя, согласованная и принятая государствами-членами ВОЗ в 2010 г., отражала международный консенсус в приоритетности комплекса мер, направленных на

сокращение вредного употребления алкоголя и решения проблем в области общественного здравоохранения, связанных с алкоголем; разработан инструмент оценки реализации антиалкогольной политики (Policy in action..., 2018; Risk Factors..., 2020; Alcohol pricing in the WHO..., 2020; GBD 2019, 2020; WHO, 2017-2020;). Выявлены различные факторы, влияющие на уровни и формы потребления алкоголя, а также масштабы связанных с алкоголем проблем в группах населения на индивидуальном и популяционном уровнях. Социальные факторы включали уровень экономического развития, культурные аспекты, социальные нормы, доступность алкоголя, а также осуществление и обеспечение соблюдения политики в отношении алкоголя; к числу отдельных факторов отнесены возраст, пол, семейные обстоятельства и социально-экономический статус (ВОЗ, 2022). Основные рекомендации по снижению бремени вредного употребления алкоголя включали регулирование маркетинга и ограничение доступности; сокращение спроса с использованием механизмов налогообложения и ценообразования; введение в действие норм управления транспортными средствами; повышение осведомленности населения о вреде алкоголя и предоставление медицинской помощи лицам, употребляющим алкоголь (ВОЗ, 2022).

Современная отечественная антиалкогольная политика была сформирована бременем исторических причин. К моменту тяжелой социокультурной трансформации, связанной с изменением общественно-политического строя, экономического режима в стране «...реальностью нашей повседневной жизни стало практически полное отсутствие правил и обычаев, носящих антиалкогольную направленность, и обилие в полном смысле алкогольных обычаев» (Разводовский Ю.А., 2005).

Концепция демографической политики Российской Федерации (Указы Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351, от 07.05.2012 № 606) и стратегия развития здравоохранения страны (Указы Президента Российской Федерации от 12.05.2009 № 537, от 06.06.2019 № 254) определили приоритетные задачи. Проблема алкоголизации населения страны рассматривается как угроза национальной безопасности (Попович М.В. и соавт., 2022; Салагай О.О. и соавт.,

2021; Kuznetsova P.O., 2020). С середины 2000-х годов в России активизировались государственные меры борьбы с избыточным потреблением алкоголя, за 10-летний период 2007-2017 гг. потребление алкоголя действительно последовательно снижалось.

Попытка сравнительного анализа двух антиалкогольных кампаний, последней в СССР (1985-1988 гг.) и первой масштабной алкогольной реформы современной России (2009-2020 гг.), проводимых в русле рекомендаций ВОЗ, выявила их различия в методах, способах, побочных эффектах и результатах: использовались «...прямые административные запреты (ограничения), например, снижение уровня производства и реализации алкоголя, ограничение возраста, времени, мест для продажи спиртных напитков, так и мероприятия, связанные с повышением цен на спиртосодержащую продукцию и увеличением акцизных ставок; ...принимались (корректировались) законы о вождении в нетрезвом состоянии и меры по оказанию медицинской помощи людям, страдающим от алкогольной зависимости. Осуществлялось воздействие и на неформальные институты как на уровне их формирования через систему образования, а также велась корректировка уже сформировавшихся предпочтений, установок с помощью специальной информации, социальной рекламы и антирекламы» (Лобас Т.В., Криушинская М.В., 2023).

К 2016 году в России благодаря финансированию из федерального бюджета и из региональных средств, с учетом потребности и с целью повышения эффективности функционирования и обеспечения доступности медицинской помощи по профилю «наркология» была модернизирована наркологическая служба (Приказ Минздрава России от 05.06.2014 № 263 «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года»). Активное внедрение социально-экономических методов борьбы с хронической алкогольной интоксикацией: удорожание «...спиртного, промотирование слабого алкоголя, запрет на продажу несовершеннолетним и т.д.), а также пропаганда здорового образа жизни привели к уменьшению частоты

летальности в связи с алкоголь-индуцированным поражением внутренних органов...» (Иванишкина Е.В. и соавт., 2019).

Успешно завершилась анонсированная в 2009 г. первая российская антиалкогольная концепция (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12.2009 № 2128-р «О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 г.): «Цели и индикаторы Концепции были, в основном, достигнуты... из 21-й меры ...реализованы 15 (71%), среди них в полном объеме 12, а частично - 3 (14%). Из 17 научно обоснованных мероприятий Концепции 15 (88%) были реализованы полностью или частично. С 2008-2019 гг. потребление алкоголя снизилось с 15,7 до 9,1 литра этанола на душу населения» (Салагай О.О. и соавт., 2021). Констатировано значительное снижение показателей смертности от случайных отравлений алкоголем (на 62%: с 16,9 до 6,4 на 100 тыс., 2008-2020 гг.) и заболеваемости населения алкоголизмом в России (на 55%: с 81,4 до 36,6 случая на 100 тыс. человек) (Салагай О.О. и соавт., 2021; Суменков С.Ю., Суменкова М.В., 2019; Razvodovsky Y.E., 2020; Mitkin N.A. et al., 2024).

В рамках этой концепции большое внимание было уделено государственному регулированию производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и ограничению потребления (распития) алкогольной продукции (Федеральный закон от 22.11.1995 № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» (ред. от 21.05.2025)). Техническим регламентом Евразийского экономического союза установлены обязательные для применения и исполнения на территориях государств-членов Евразийского экономического союза требования к выпускаемой алкогольной продукции, процессам производства, хранения, перевозки (транспортирования), реализации и утилизации, маркировке и упаковке алкогольной продукции для обеспечения ее свободного перемещения (<http://www.eaeunion.org>; Казаков Е.С., 2023).

Однако, в последнее время официальная статистика отмечает ежегодный рост потребления алкогольных напитков: с 7,2 л чистого спирта в расчете на душу взрослого населения в 2017 г. до 7,7 л в 2021 г. Анализируя ситуацию, М.Г. Колосницына и соавторы делают вывод о непоследовательности антиалкогольной политики в России: «Формальное применение ценовых и ограничительных мер в последнем десятилетии не препятствовало росту потребления алкоголя» (Колосницына М.Г., Дубынина А.И., 2019; Kolosnitsyna M., Sukhanova V., 2023; Колосницына М.Г., 2024).

К.С. Брагин и И.Г. Давидова (2023) рассматривают финансово-правовое регулирование производства и оборота алкогольной продукции как вид государственного регулирования этой сферы, направленного на наполнение доходной части бюджета, указывают на популярность и востребованность алкоголя как продукта и прибыльность этой отрасли, которые нередко выдвигаются на первый план. Отмечен конфликт на почве защиты тех или иных интересов экономических, политических, культурных аспектов взаимодействия государства, алкогольной индустрии, групп болельщиков, спортивных сообществ и сторонников общественного здоровья (Разводовский Ю.Е., 2019; Белова Ю.Ю., 2022; Kueng L., Yakovlev E., 2021; Gee S., 2020). Так, по данным исследований, в Свердловской области плотность точек продажи алкоголя составила 3,4 ед. на 1 км<sup>2</sup> (1168,7 ед. на 100 тыс. населения), что значительно превышает число точек продажи свежих овощей и фруктов, плотность объектов спорта и здорового питания. Авторы заключают: «Создание и применение методологии комплексной системы оценки единой профилактической среды для укрепления здоровья и ведения здорового образа жизни на муниципальном уровне с использованием сочетания объективных методов исследования (GIS-технологий, инструментальных и лабораторных тестов) и субъективных методов оценки (персональный опрос), а также внедрение интерактивных карт инфраструктуры муниципалитетов, влияющих на здоровье населения, позволит использовать фактические данные для принятия обоснованных решений по разработке и

внедрению программ укрепления здоровья и их оперативного управления на региональном/ муниципальном уровнях» (Попович М.В. и соавт., 2022).

Алкогольная зависимость и расстройства настроения являются не только серьезной медицинской и социально-экономической проблемой для современного общества, но и причиной нарушений социальной адаптации, формирующейся уже на ранних этапах каждого из этих расстройств, а также в случае их коморбидности (Турсунходжаева Л.А., Баймирова Л.Т., 2021; Березина А.А. и соавт., 2021; Рощина О.В. и соавт., 2022). Аддиктивное поведение представляет собой один из видов деструктивного отклоняющегося поведения, которое связано с психологической и физиологической зависимостью от употребления психоактивных веществ с целью изменения психического состояния: оно проявляется серьезными деформациями в личностной сфере человека (формируются негативные изменения в работе всех психических процессов, нарушения в эмоциональной сфере); отмечена склонность к агрессивным, неконтролируемым действиям, наблюдается рост преступлений, совершенных в состоянии измененного сознания (Сундукова В.В., Карпова Г.С., 2022; Власова Н.В., Лановая А.М., 2021; Дежурова Е.В., 2020).

Употребление алкогольных напитков повсеместно сопряжено с совершением правонарушений, преступлений и других деяний, так или иначе нарушающих общественный порядок (Григорьева И.В. и соавт., 2022; Клименко Т.В. и соавт., 2019<sup>1</sup>). По данным Министерства внутренних дел, в 2021 г. более четверти (28,1 %) расследованных преступлений совершено лицами в состоянии алкогольного опьянения (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 11.12.2023 № 3547-р). Установлено, что «...сформированные в преморбидном периоде неудовлетворительные социально-психологические условия развития в сочетании с многообразными конституционально-биологическими и экзогенно-органическими факторами способствовали формированию агрессивных тенденций и их фиксации в форме отвержения общепринятых норм и требований, а также в виде эмоциональной и физической агрессии, обычно проецированной на окружающих лиц, неодушевленные предметы и животных» (Клименко Т.В. и соавт., 2019<sup>1</sup>), что подтверждают многие исследователи (Меринов А.В., 2019;

Машекуашева М.Х., Кочесокова З.Х., 2022; Григорьева И.В. и соавт., 2022). Профилактика правонарушений является задачей многоаспектного характера и ее решение возможно исключительно путем целенаправленного воздействия всех мер экономического, социального, политического, идеологического, духовно-нравственного характера (Ткаченко В.В. и соавт., 2020; Павлик Е.М., 2020; Федякин К.П., Галактионов С.А., 2020; Левандовская М.Г., 2020; Беженцев А.А., 2021; Маякунов А.Э., 2021; Ибрагимова Э.С., 2022; Кудовба О.Н., 2022; Берндт А.А., 2022; Голенков А.В., Зольников З.И., 2023; Дизер О.А., Андреев Д.В., 2023; Храмова О.В., 2023). Гражданским законодательством предусмотрена возможность ограничения гражданина в дееспособности, если он «...вследствие пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами ставит свою семью в тяжелое материальное положение» (п. 1 ст. 30 Гражданского кодекса Российской Федерации (ред. от 31.10.2024)).

Катастрофические последствия злоупотребления алкоголем как для здоровья индивидуума, так и для страны в целом делают эту поведенческую привычку серьезной медико-социальной проблемой общества (Mackenbach J.P. et al., 2017; Ventura-Cots M. et al., 2019; Hendriks H.F.J., 2020; Kuznetsova P.O., 2020; Marten R. et al., 2020; Kueng L., Yakovlev E., 2021; Dadgar I., Norstrum T., 2022; Kivimäki M., Batty G.D., 2022; Zasimova L., Kolosnitsyna M., 2023; Jernigan D.H., 2023).

В Стратегии развития здравоохранения на период до 2025 года вновь обращено внимание на высокий уровень потребления алкоголя (Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»).

Установлено, что для России характерны большие и многократные колебания распространенности употребления алкоголя. Такие явления отражают периоды социальных и экономических кризисов и представлены двумя поведенческими моделями: повышением употребления спиртного из-за усиления психологического дистресса и снижением употребления вследствие бюджетных ограничений. При оценке уровня удовлетворенности жизнью, уровня тревоги,

самооценки экономического положения и ощущения собственного бесправия (исследование за период 1994-2022 гг.) выявлено, что «...напряженной алкогольной ситуации в России способствует не столько тяжелое экономическое положение, сколько процесс резких трансформаций: изменение социально-экономической ситуации, как в лучшую, так и в худшую сторону, может повышать уровень алкоголизации» (Позднякова М.Е., Брюно В.В., 2023). Так, в период распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 темпы снижения потребления алкоголя замедлились, в 2022 г. потребление алкогольной продукции выросло, структура потребления снова сдвинулась в пользу крепкой алкогольной продукции, что указывает на недостаточность используемых правовых средств для достижения целей регулирования и на необходимость их дальнейшего совершенствования (Сурин И.М., 2023; Коммерсантъ, 05.03.2023).

Экспертная оценка организации и обращаемости за наркологической помощью при алкоголь-ассоциированных заболеваниях актуализирует проблемные вопросы. Так, в наибольшей степени влияют «...на снижение обращаемости за наркологической помощью... факторы правовых ограничений, общественного порицания, а также дефекты самооценки нозологического статуса пациентами и дефицит общей медицинской грамотности населения» (Алексеев С.Н. и соавт., 2022).

Реалистичную оценку проблем, связанных с потреблением алкоголя населением, и результатов ранее внедренных антиалкогольных мер содержит обнародованная в канун 2024 года вторая масштабная российская антиалкогольная концепция, в которой «...задача по развитию системы профилактики злоупотребления алкогольной продукцией, повышению качества и доступности помощи лицам с алкогольной зависимостью сохранена и расширена» (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 11.12.2023 № 3547-р «Об утверждении Концепции сокращения потребления алкоголя в Российской Федерации на период до 2030 г. и дальнейшую перспективу»).

## 1.2 Пагубное влияние алкоголя на состояние здоровья

Алкоголь оказывает негативное влияние на многие органы и системы организма (Николаев А.Ю., Малкоч А.В., 2020; Гасенко К.А. и соавт., 2020; Ефремов И.С. и соавт., 2020; Акалаев Р.Н. и соавт., 2020; Анохина И.П., 2021; Babor T. et al., 2023; Esser M.V. et al., 2022; GBD 2020, 2022; Caputo F. et al., 2024; Shao L. et al., 2024). Существуют объективные сложности в обследовании, лечении, маршрутизации этих пациентов. Специфика этиопатогенеза алкоголь-ассоциированных расстройств определяет разнообразие клинических диагнозов и лечебных тактик. Многочисленными наблюдениями подтвержден более длительный период реконвалесценции основного заболевания на фоне хронической соматической патологии, сформированной длительной алкоголизацией. Острые и хронические психические расстройства, явившиеся следствием острой или хронической алкогольной интоксикации, становятся преградой к осознанию и выполнению назначений врача пациентом и пролонгируют сроки стационарного лечения. Исследования подтверждают: аффективные расстройства и алкогольная зависимость связаны с серьезными нарушениями функционирования головного мозга (Галкин С.А. и соавт., 2020; Рощина О.В. и соавт., 2021; Погосов А.В., Лентюгова Г.М., 2020; Knock E. et al., 2021). Морфологические изменения коры головного мозга в условиях хронической алкогольной интоксикации неспецифичны и во многом напоминают нейродегенеративные изменения при других патологических состояниях, старческой деменции (Саушкина А.О., Аверкин Н.С., 2024; Проскуракова Т.В., 2022); в экспериментах на грызунах показано, что при потреблении алкоголя происходят регион-специфичные изменения уровня нейротрофического фактора мозга (BDNF), что ведет к нарушениям нейропластичности, может сопровождаться структурными перестройками нейронов и нарушениями различных форм поведения (Перегуд Д.И. и соавт., 2023).

Индукцированные алкоголем мембранопатии и каналопатии и последующее нарушение баланса, цикла превращений и функций циркулирующих молекул сиаловой кислоты вызывают нарушения защитных реакций организма на уровне врожденного и адаптивного иммунитета; в мировой литературе это описано как иммунная и рецепторная дисрегуляция, эндотоксинемия и даже «клеточный инсульт», проявляющиеся в системных поражениях органов, нейродегенеративных, онкологических заболеваниях (Чернобровкина Т.В., Копоров С.Г., 2022).

В России, по данным ВОЗ, наблюдается один из самых высоких показателей потребления алкоголя среди женщин репродуктивного возраста (Фадеева Е.В., Лановая А.М., 2023; Марьянн А.Ю. и соавт., 2023; Neufeld M. et al., 2019). Алкоголь приводит к изменениям размеров и количества нейробластов, глиобластов и сосудов микроциркуляторного русла и, как следствие, к диспропорциональности развития всей ткани головного мозга (Солонский А.В. и соавт., 2023). Последствием может быть формирование у ребенка фетального алкогольного синдрома, характеризующегося необратимыми врожденными психическими и физическими дефектами (Марьянн А.Ю. и соавт., 2022, 2023; Easey K.E. et al., 2019; Loubaba M. et al., 2020; Salem N.A. et al., 2021).

Развиваются осложнения, отрицательно влияющие на психическую сферу пациентов, страдающих алкоголизмом, проявления тревоги и депрессии усугубляют течение деструктивных процессов (Синенченко А.Г. и соавт., 2018, 2019<sup>1,2</sup>; Галкин С.А. и соавт., 2022<sup>1,2</sup>, 2023; Васильева С.Н. и соавт., 2022, 2023; Пешковская А.Г., 2023<sup>1,2</sup>; Ашуров З.Ш., Ким Д.П., 2022; Jacob L. et al., 2021). Связь стресса и алкогольной зависимости доказана многочисленными экспериментальными и клиническими исследованиями. Показано, что в основе механизмов взаимовлияния стресса и алкоголя лежит изменение активности различных звеньев нейромедиаторной, нейромодуляторной и нейрогуморальной регуляции, среди которых центральное место по праву принадлежит кортикотропин-релизинг-фактору (corticotropin-releasing factor, CRF) – главному нейрогормону, участвующему в активации гипоталамо-гипофизарно-

надпочечниковой системы при стрессе (Проскуракова Т.В. и соавт., 2020). Отмечены особенности злоупотребления алкоголем у лиц с тревожными расстройствами невротического спектра, которые зачастую используют алкоголь для снижения выраженности симптомов и совладания со стрессом, что приводит к возникновению различных социальных и медицинских проблем (Радионов Д.С. и соавт., 2023); пациенты с алкогольной зависимостью и депрессией показали более тяжелый клинический профиль с более широким спектром симптомов и большим количеством сопутствующих заболеваний по сравнению с субъектами с независимыми заболеваниями (Тулбаева Н.Р., 2022; Pizzagalli D.A., Roberts A.C., 2022; Rudenstine S. et al., 2020; Garey L. et al., 2020; Wang S.C. et al., 2020); алкоголизация сопряжена с высоким риском аутоагрессивного, в том числе суицидного поведения в популяции (Булейко А.А., Солдаткин В.А., 2021; Клименко Т.В. и соавт., 2019<sup>2</sup>). Нарушение психомоторной реакции и когнитивной гибкости при алкогольной зависимости обусловлено регионарными изменениями (снижением) мозгового кровотока, а также снижением эластичности стенки церебральных сосудов (Галкин С.А. и соавт., 2022<sup>1,2</sup>). В то же время установлено, что относительная личностная сохранность пациентов с алкогольной зависимостью с различными акцентуациями характера и высоким уровнем социальной адаптации, отсутствие сопутствующей коморбидной патологии в форме расстройств личности определяют мягкое, ремиссионное течение алкогольной зависимости и даже при многолетнем пьянстве не всегда приводят к появлению типичных алкогольных изменений личности (Кожина Т.А., Гофман А.Г., 2019).

С начала пандемии COVID-19 в социальных сетях и других средствах массовой информации распространяются домыслы о пользе алкоголя как средства профилактики инфицирования SARS-CoV-2. Эти факты, а также ряд иных причин, связанных с чувством неопределенности, страха и тревоги, оторванности от социума, в ряде стран привели к росту объемов потребления алкоголя. Авторы исследования пришли к противоположному мнению: прием алкоголя во время пандемии COVID-19 сопровождается ростом заболеваемости и смертности

населения Европы в целом, и нашей страны в частности; информация о предохраняющей роли алкоголя от инфицирования SARS-CoV-2 не имеет под собой научной основы (Кривошеев В.В. и соавт., 2022; Позднякова М.Е., Брюно В.В., 2022; Гиль А.Ю. и соавт., 2021; Рыбакова К.В. и соавт., 2021; Bantounou M.A., 2023; Kilian C. et al., 2021; Rossow I. et al., 2021; Weerakoon S.M. et al., 2021; Cannizzaro E. et al., 2023; Gonçalves P.D. et al., 2020; Pollard M.S. et al., 2020; Justo-Alonso A. et al., 2020; De Vargas D. et al., 2022; Abate V.B. et al., 2020; Adibi A. et al., 2020; Alpers S.E. et al., 2021; Barbosa C. et al., 2021; Boschuetz N. et al., 2020; Bramness J.G. et al., 2021; Callinan S. et al., 2021; Castaldelli-Maia J.M. et al., 2021; Chick J., 2020; Chodkiewicz J. et al., 2020; Colbert S. et al., 2020; Fernandes S. et al., 2021; Gurrieri I. et al., 2021; Hanson J.D. et al., 2021; Kim J.U. et al., 2020).

Негативное влияние алкоголя связано и с поражением желудочно-кишечного тракта. Алкогольная болезнь печени – повреждение паренхимы печени под воздействием употребления этанола, которое может проявляться в нескольких вариантах: стеатоз, алкогольный гепатит (стеатогепатит), фиброз и цирроз печени (Трухан Д.И., 2023; Полунина Т.Е., 2020, 2023; Иванишкина Е.В. и соавт., 2020; Цуканов В.В. и соавт., 2023; Лазебник Л.Б. и соавт., 2020; Клинические рекомендации..., 2020). Повышенный риск рака поджелудочной железы, панкреонекроза связан с высоким потреблением алкоголя (Григорьева И.Н., 2022;). Алкогольная болезнь печени относится к распространенным заболеваниям, выявляющимся у 10-25% мужского населения большинства развитых стран; связь между смертностью от цирроза печени и уровнем среднедушевого потребления алкоголя доказана (Белякин С.А. и соавт., 2021).

По данным скрининг-теста предикторов внезапной сердечной смерти, «...диагностика чрезмерного потребления алкоголя – систематического суточного разового потребления алкоголя выше безопасной нормы ВОЗ (более 2-х стандартных доз алкоголя в сутки, где в одной дозе содержится 13,7 г – 18 мл этанола) в пересчёте на алкогольные напитки прогнозирует у мужчин вероятность внезапной сердечной смерти в 0,5-17,9%» (Лазуткина А.Ю., 2023). Избыточное и длительное потребление алкоголя увеличивает риск развития острой и

хронической сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца и утяжеляет уже имеющиеся сердечно-сосудистые заболевания (Карамнова Н.С. и соавт., 2021; Тарловская Е.И. и соавт., 2022; Di Castelnuovo A. et al., 2022). Есть данные об уменьшении вариабельности сердечного ритма вскоре после приема алкоголя (Алексеев Б.Э. и соавт., 2022; Белогубов П.В., 2023). Сочетание артериальной гипертензии с частым употреблением алкоголя значительно повышает риск смерти от всех причин сердечно-сосудистых заболеваний (Долгалев И.В. и соавт., 2021; Корой П.В. и соавт., 2020); алкоголь является фактором гендерного градиента уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (Разводовский Ю.Е. и соавт., 2019, 2020), установлена роль полового фактора на структурно-функциональные и электрофизиологические изменения сердечной мышцы при остромалкогольном воздействии легкой и средней степени тяжести (Белогубов П.В., 2023).

В то же время есть исследования, утверждающие, что «употребление небольшого или среднего количества алкоголя снижает заболеваемость сахарным диабетом; ... у людей с сахарным диабетом употребление алкоголя от легкого до умеренного снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от всех причин» (Моргунов Л.Ю., 2021).

Отрицательное влияние алкоголя отмечено на мужскую репродуктивную систему (Аполихин О.И., Красняк С.С., 2021). Отмечена связь пролактина с употреблением алкоголя: алкоголь увеличивает синтез и секрецию пролактина, что приводит к развитию гиперпролактинемии (Проскуракова Т.В. и соавт., 2020).

Показатели региональной алкогольной ситуации статистически значимо взаимосвязаны с общей онкологической заболеваемостью всего населения и обладают эффектом отсроченного длительного действия (Хамитова Р.Я., Лоскутов Д.В., 2020; Tran K.V. et al., 2022).

Длительное употребление алкоголя имеет серьезные последствия. Одно из тяжелых и, зачастую, летальных состояний при алкогольной зависимости – абстинентный синдром (синдром отмены алкоголя). Серьезным осложнением являются судорожные припадки, они развиваются в основном при длительной

алкогольной зависимости, связаны с выраженностью как физических, так и психических симптомов тревоги в постабстинентном периоде и возникают у 30% пациентов (Ачуваков Р.С. и соавт., 2023). Согласно исследованиям, около 60% пациентов с алкогольной зависимостью рецидивируют в течение первых 6 месяцев после детоксикации, состояние ремиссии в течение года отмечается лишь у 20-25% пациентов (Галкин С.А., 2020).

Вопросы совершенствования медицинской помощи пациентам с алкогольным фактором в современных условиях приобретают исключительную важность (Егоров А.Ю. и соавт., 2013; Синенченко А.Г. и соавт., 2017, 2018, 2019<sup>2</sup>; Парфенов В.Е. и соавт., 2018; Скорая медицинская помощь: Национальное руководство, 2018; Багрецова И.А. и соавт., 2019; Тявокина Е.Ю., 2018; Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2019; Тявокина Е.Ю. и соавт., 2018<sup>3</sup>, 2019<sup>3-5</sup>; Барсукова И.М. и соавт., 2022<sup>2-5</sup>; Заболотских И.Б. и соавт., 2022; Хоминец В.В. и соавт., 2022<sup>1,2</sup>, 2023<sup>1,2</sup>). Известно, что скорая медицинская помощь является самым востребованным, доступным и бесплатным видом медицинской помощи (Багненко С.Ф. и соавт., 2024; Мануковский В.А. и соавт., 2023, 2024). Стационарные условия и междисциплинарная практика при оказании скорой медицинской помощи предполагают эффективное динамическое наблюдение и лечение пациента и создают большие временные возможности для изучения характера и осложнений потребления алкоголя пациентом, начала профилактических мероприятий, формирования приверженности к специализированной наркологической медицинской помощи (а при необходимости и определенных организационных усилиях – возможности ее оказания).

Проблемы оказания медицинской помощи лицам с заболеваниями и состояниями, обусловленными алкоголем, представляют особую актуальность, а задачи по доступности и качеству оказания интегрируют медицинских работников, общество и государственный аппарат.

### **1.3 Нормативно-правовое обеспечение отдельных аспектов оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в Российской Федерации**

Концепция сокращения потребления алкоголя на период до 2030 года и дальнейшую перспективу (далее – Концепция) «...в интересах укрепления общественного здоровья, в том числе психического здоровья населения, и общественной безопасности...», определила поле стратегических интересов в указанной сфере; ее цели – «...снижение потребления алкоголя, в том числе крепких спиртных напитков, заболеваемости, инвалидности и предотвратимой смертности, связанных с потреблением алкоголя, и увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни граждан». Средоточием успеха Концепции представляется «...задача повышения качества и доступности медицинской помощи лицам с алкогольной зависимостью и лицам, страдающим пагубным (вредным) употреблением алкоголя...»; она во многом определяет продвижение профилактических, реабилитирующих и ресоциализирующих мер, трезвого и здорового образа жизни.

Кардинальное значение приобретает анализ сложности правового сопровождения акцепции и регламента ее оказания.

Существующая система здравоохранения предусматривает осмотры врачом-психиатром-наркологом только по обращаемости населения или по требованию работодателя; при этом значительна доля неработающего населения (студенты, собственно безработные, самозанятые граждане, домохозяйки, лица пенсионного возраста и др.), а предварительные и периодические медицинские осмотры с участием врача-психиатра-нарколога регламентированы для работников при осуществлении отдельных видов работ (Трудовой кодекс Российской Федерации (ред. от 30.09.2024)).

«Адресная» медицинская помощь лицам с алкоголь-ассоциированной патологией оказывалась медицинскими организациями и структурными подразделениями, осуществляющими медицинскую деятельность по профилю

«психиатрия», «психиатрия-наркология» и «токсикология». В современной России последнего десятилетия эта функция была нормативно закреплена приказами Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н (ред. от 07.06.2022) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (далее – Приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н), от 15.11.2015 № 925н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями» (далее – Приказ Минздрава России от 15.11.2015 № 925н), приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 17.05.2012 № 566н (ред. от 01.02.2022) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (далее – Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н).

Психические расстройства и отравления, обусловленные употреблением алкоголя и являющиеся экстренными поводами к оказанию скорой медицинской помощи, ассоциируют с заявленной проблемой регламенты оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология-реаниматология» (Приказы Минздрава России от 20.06.2013 № 388н (ред. от 21.02.2020), от 15.11.2012 № 919н (ред. от 14.09.2018)).

В иных действовавших и действующих порядках профили, заболевания или состояния, указывающие на связь с употреблением алкоголя, отмечены не были. Выявленное обстоятельство приобретает негативный оттенок: данные многочисленных научных наблюдений подтверждают тяжесть пациентов этой группы. Для них характерны длительные сроки стационарного лечения, высокие риски неблагоприятного прогноза, инвалидизации и смерти, что определяется коморбидностью соматической алкогольной патологии с психическими и поведенческими расстройствами, несвоевременностью принятия или отказом от медицинской помощи (Бохан Н.А., Коробицина Т.В., 2008; Верткин А.Л. и соавт., 2011; Лазебник Л.Б. и соавт., 2020; Никифоров И.А. и соавт., 2021; Ситникова Е.Ю. и соавт., 2023; Степаненко Д.А. и соавт., 2023; Casey M. Silver, 2022).

Проблему умножают феномены наркологической и соматической анозогнозии, социальная и юридическая стигматизация и дискриминация при алкоголь-ассоциированной физической и психической патологии (Алексеев С.Н. и соавт., 2022; Макушкин Е.В., 2021; Пичугин А.Н., 2019; Клименко Т.В. и соавт., 2018<sup>1,2</sup>).

Возможность сознательного отказа лица от медицинской помощи является законным механизмом соблюдения прав человека в демократическом государстве (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2024). «Законодательством предусмотрена возможность реализовывать права пациенту лично, через законного представителя и представителя по доверенности. Возможность законного представительства, как правило, обусловлена возрастом пациента или его психическим состоянием» (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2018<sup>1</sup>). Отсутствие факта информированного добровольного согласия (ИДС) на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства или отказ от дачи ИДС создает невозможность получения медицинской помощи. Так, в соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 01.03.2025) (далее – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ), «...необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи». Выполнить обширные требования к содержательной части информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в условиях оказания скорой стационарной медицинской помощи достаточно сложно (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2018<sup>1</sup>, 2020<sup>2</sup>).

В этой связи особое значение приобретают последствия редакции Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденного Приказом Минздрава России от 14.10.2022 № 668н

(вступил в законную силу с 01.07.2023): запрет на оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя (диагностический код МКБ-10 F10), в медицинских организациях и структурных подразделениях, осуществляющих деятельность по профилю «психиатрия», привел к утрате механизмов госпитализации в недобровольном порядке для таких лиц.

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «...Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается... если оно необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители...» (согласно п. 1 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Такое решение принимается консилиумом врачей, «...а в случае, если собрать консилиум невозможно, – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя...» (п. 1 ч. 10 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ). «К сожалению, на основании действующей отраслевой нормативной правовой базы можно говорить лишь об одной группе состояний, указывающей на невозможность волеизъявления и определяющейся, прежде всего, порядком оформления документа, свидетельствующего о согласии или отказе лица от выполнения...» медицинского вмешательства (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2024<sup>7</sup>). Так, согласие на медицинское вмешательство или отказ от него «...оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником, либо формируется в форме электронного документа, подписанного гражданином, одним из родителей или иным законным представителем с использованием усиленной квалифицированной электронной

подписи или простой электронной подписи посредством применения единой системы идентификации и аутентификации, а также медицинским работником с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи» (ч.7 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

«Это юридическое обстоятельство заставляет созывать КВ (консилиум врачей) при выполнении медицинского вмешательства лицу, способному выразить свою волю, однако в силу физических ограничений не способного подписать бумажный или электронный документ, что нередко случается, например, при нарушении функций верхних конечностей фактом костной травмы, контузии периферических нервов, в результате гипсовой иммобилизации» (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2024<sup>7</sup>).

Согласно пункту 11 Приказа Минздрава России от 20.06.2013 № 388н, «...Поводами для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме являются внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни пациента, в том числе: а) нарушения сознания;.. г) психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц;.. е) травмы любой этиологии, отравления, ранения (сопровожденные кровотечением, представляющим угрозу жизни, или повреждением внутренних органов);.. ».

В части 4 статьи 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 01.03.2025) приведены определения плановой, неотложной и экстренной форм оказания медицинской помощи: «...экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;.. неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;.. плановая... оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и

отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью».

При этом «...основания к выполнению медицинского вмешательства в условиях стационара для взрослого населения для устранения угрозы жизни человека без его согласия требуют оценки его состояния как «не позволяющего выразить свою волю. Смысловая конструкция рассматриваемой нормы права позволяет сделать вывод о возможности рассмотрения как физических, так и психических изменений в состоянии лица в качестве критериев для такой оценки» (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2024<sup>7</sup>).

В законодательстве «...состояния, не позволяющие пациенту выразить свою волю, однозначно не определены как варианты угнетения сознания в результате соматической катастрофы, а, следовательно, необходимо рассматривать невозможность волеизъявления пациента с позиции количественных и качественных нарушений сознания пациента в силу разных причин. Среди таковых – употребление психоактивных веществ, острое или хроническое психическое расстройство» (законодатель косвенно подтверждает правомерность такого подхода, указывая возможность волеизъявления законного представителя недееспособного пациента... » (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2018<sup>1</sup>).

«Степень выраженности качественных и количественных признаков нарушения сознания лица, безусловно, позволяет судить о возможности его волеизъявления.

Общепризнанные стандартизированные методы оценки уровня бодрствования и степени ареактивности пациента (например, шкала FOUR, Full Outline of UnResponsiveness, FOUR; шкала комы Глазго, ШКГ, The Glasgow Coma Scale, GCS; шкала возбуждения-седации Ричмонда (Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS)) рассматривают как качественные, так и количественные признаки изменения сознания, однако, проблематичны к применению при невозможности полноценного вербального контакта с пациентом, создают значительные погрешности оценки при психиатрическом диагнозе (Пирадов М.А. и соавт., 2021; Белкин А.А. и соавт., 2019).

Предназначенные для оценки нарушений психической деятельности шкалы и критерии часто объёмны по своему содержанию и требуют специальных психиатрических знаний у исследователя (шкала оценки тяжести делирия (Delirium Rating Scale-Revised-98, DRS-R-98)) или охватывают лишь часть сфер психической деятельности при исследовании (Мини-Ког, Quick screening for early dementia detection, mini-COG; краткая шкала оценки психического статуса, Mini-Mental State Examination, MMSE; шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI), шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS), госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P., HADS» (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2024<sup>7</sup>). Кроме того, процесс оказания медицинской помощи сопряжен с рядом стрессовых факторов, способных оказать негативное действие на как на когнитивные функции, так и эмоции пациентов» (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2024<sup>7</sup>).

Клинические признаки опьянения, установленные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18 декабря 2015 г. № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» и содержащиеся в разделе «Изменения психической деятельности» Приложения №2 к этому приказу, скорее, «маркируют» нарушение способности к волеизъявлению лица (Определение Ленинградского областного суда № 33-2182/2016 от 20 апреля 2016 г. . . , <https://sudact.ru/regular/doc/KGd0GK7Z0HZi/>).

Явный и «латентный» контингент проблемных потребителей алкоголя, бремя «алкоголь-ассоциированной патологии» в многопрофильном стационаре определяет весомость «неразрешенных» вопросов правового статуса пациента многопрофильного стационара при оказании медицинской помощи, особенностей волеизъявления, регламента информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при оказании медицинской помощи пациентам с расстройствами психики и поведения, назначения ограничительных медицинских мер, организационно-правовых возможностей врачебного консилиума и другие.

Необходимость дальнейших преобразований в нормативно-правовой, организационной и образовательной сферах подтверждает оценка результатов реформирования наркологической службы (Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Гусева О.И., 2014; Киржанова В.В. и соавт., 2021, 2022 и др.). Названные проблемы требуют глубокого анализа и доработки (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2018<sup>1,2</sup>, 2019<sup>6-12</sup>, 2020<sup>1-4</sup>, 2021<sup>1,2</sup>, 2022<sup>1,2</sup>; Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2020).

#### **1.4 Статистика потребления алкоголя населением и заболеваемости алкоголь-ассоциированной патологией Российской Федерации**

Суммарное глобальное бремя болезней и травм, обусловленных употреблением алкоголя, согласно оценкам, полученным на основании числа лет жизни с поправкой на инвалидность, составляет 5,1% (индекс DALY).

Помимо последствий для здоровья вредное употребление алкоголя наносит значительный социальный и экономический ущерб отдельным людям и обществу в целом. Употребление алкоголя приводит к смерти и инвалидности на относительно раннем этапе жизни. Среди людей в возрасте от 20 до 39 лет примерно 13,5% всех случаев смерти связаны с употреблением алкоголя. Существует причинно-следственная связь между вредным употреблением алкоголя и целым рядом психических и поведенческих расстройств, других неинфекционных нарушений здоровья, а также травм (ВОЗ, 2022).

По данным ВОЗ, около 140 млн человек на планете страдают от алкогольной зависимости, прием алкоголя является фактором риска развития многих социально значимых заболеваний (Emerging Risk..., 2018; Shield K. et al., 2020; GBD 2019, 2020; Risk Factors..., 2020; Hu A. et al., 2022; WHO, 2017-2020; Cohen S.M. et al., 2022; Zhao J. et al., 2023; Rehm J. et al., 2025). По данным национального исследования потребления лекарственных средств и здоровья населения (США, 2019 г.) 85,6% людей в возрасте 18 лет и старше сообщили, что употребляли алкоголь в какой-то момент своей жизни, 169,5% лиц употребляли алкоголь в прошлом году, и 54,9% – в прошлом месяце (Переверзев А.П. и соавт., 2021<sup>1,2</sup>;

Brainerd E., 2021; Saal W. et al., 2020; Chrystoja B.R. et al., 2021; Friesen E.L. et al., 2021). По данным исследования г. Москвы 78% москвичей употребляли алкоголь за последний (2022) год, при этом доля чрезмерных потребителей составляет 14% среди пьющих мужчин и 7% среди пьющих женщин, что соотносится с данными ранее проведенных по общероссийской выборке исследований. «Выявлена структура потребления спиртных напитков, составлена классификация типов потребителей: «барный тип» (24%), «самодельный алкоголь различной крепости» (21%), «крепкий алкоголь и домашнее вино» (20%), «вино» (18%), «только водка» (17%)» (Богдан И.В. и соавт., 2023).

Существуют гендерные различия в показателях смертности и заболеваемости, связанных с употреблением алкоголя, а также в уровнях и формах употребления алкоголя. Доля случаев смерти, связанных с алкоголем, среди мужчин составляет 7,7% всех случаев смерти в мире по сравнению с 2,6% среди женщин. Общий уровень употребления алкоголя на душу населения в 2016 г. среди мужчин и женщин во всем мире составил в среднем 19,4 л и 7,0 л чистого спирта соответственно (ВОЗ, 2022).

По ряду данных в последние годы ситуация в России характеризуется значительным снижением числа потребителей алкогольной продукции (Шпорт С.В., Клименко Т.В., 2023; Nemtsov A. et al., 2019; Neufeld M. et al., 2020<sup>1,2</sup>; Radaev V. et al., 2020; Razvodovsky Y.E., 2020). В то же время исследования трех специализированных центров в России свидетельствуют о значительно возросшей доле пациентов «...с отравлениями этанолом: в Санкт-Петербурге их количество увеличилось в 2,5 раза, в Новосибирске – в 3,0 раза, в Казани – на 30,0%» (Шикалова И.А. и соавт., 2019). В этой связи следует отметить, что «...определенный объем потребления алкоголя приходится на так называемый незафиксированный алкоголь. К нему относят: алкоголь, произведенный в домашних хозяйствах, приобретенный в международных магазинах, контрабанду, заменители алкоголя в технических, медицинских и иных целях, потребленный туристом за границей, алкоголь, который юридически таковым не является» (Соловьев А.М., 2018). В структуре госпитализированных пациентов

наркологического стационара в 2020 г., как и в предыдущие годы, преобладали лица с алкогольными расстройствами, они составили 86,9% от общего числа госпитализированных (Рудковская А.Б., 2022).

Оценка склонности к алкогольной зависимости среди молодежи выявила, что средний возраст первого употребления напитков, содержащих алкоголь, приходится на 14 лет. Наиболее склонны к употреблению алкоголя лица мужского пола, 1/3 которых начали выпивать до 15 лет. Большинство женщин и мужчин (70% и 50% соответственно) употребляют алкоголь с целью расслабиться, отвлечься от ежедневных проблем (Таибова Д.Р. и соавт., 2023; Берндт А.А., 2022; O'Leary C. et al., 2020). Имеются данные, указывающие на генетическую основу зависимости от алкоголя (Рожнова Т.М. и соавт., 2022; Меркулова Т.В. и соавт., 2021<sup>1,2</sup>; Анохина И.П. 2021; Кибитов А.О. и соавт., 2021; Kranzler H.R. et al., 2019).

Опубликованы данные о комплексе потенциальных факторов средовой обусловленности потребления алкоголя населением: выявлено, что уровень алкоголизации жителей отдельных территорий связан с показателями социальной и криминальной напряженности, этнической принадлежностью, уровнем образования, региональными особенностями; физико-географическими факторами риска являются выраженность северной широты места жительства, пониженный уровень среднегодовой температуры воздуха и долготы дня в зимнее время года; содержание в организме человека бора, кальция и магния отрицательно, а меди, марганца и никеля незначительно положительно связано с алкоголизацией жителей регионов России (Мулик А.Б. и соавт., 2020; Белова Ю.Ю., 2019; Шушпанова Т.В. и соавт., 2019; Долгалев И. В. и соавт., 2019; Шальнова С. А. и соавт., 2019; Климанова С.Г. и соавт., 2023; Хамитова Р.Я., Лоскутов Д.В., 2020; Лебедева-Несевря Н.А., Гордеева С.С., 2023 и др.; Vos T. et al., 2017; Danilova I. et al., 2020; Tang H. et al., 2022).

Неумеренное потребление алкоголя является важным фактором преждевременной смертности (Wood A.M. et al., 2018; Angus C. et al., 2020; Kuznetsova P.O., 2020; White A.M. et al., 2020; Nemtsov A. et al., 2019; Neufeld M. et al., 2019; Mahabir C.A. et al., 2020; Van Loon M. et al., 2020; Kueng L., Yakovlev E.,

2021; Beseran E. et al., 2022; Spark T.L. et al., 2023; Udesen C.H. et al., 2023; Ortolá R. et al., 2024). «В то же время, дать количественную оценку смертности, обусловленной алкоголем, не так просто, поскольку, как правило, дискуссия об алкогольной смертности касается лишь причин смерти, на 100% обусловленных неумеренным потреблением алкоголя, что существенно сужает круг возможных негативных последствий... Согласно полученным оценкам, в 2018 г. смертность от причин, обусловленных алкоголем, в России составила 196 тыс. человек (146 тыс. мужчин и 50 тыс. женщин). Пик алкогольной смертности приходится на возраст от 50 лет и старше. В структуре ...преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы и внешние причины, причем, для мужчин вклад внешних причин существенно выше. Неумеренное потребление алкоголя снижает продолжительность жизни на 5,9 и 4,7 лет для мужчин и женщин, а ожидаемую продолжительность здоровой жизни – на 4,2 и 2,6 лет для мужчин и женщин соответственно» (Kuznetsova P.O., 2020; Замятнина Е.С., 2021; Nemtsov A. et al., 2019; Pridemore W.A., 2019).

Несмотря на общую тенденцию к снижению непосредственно обусловленной алкоголем смертности, анализ структуры смертности от причин, непосредственно обусловленных алкоголем (т. е. тех причин смерти, в наименовании которых фигурирует слово «алкоголь») за 2011-2021 гг. выявил два подъема показателей: 2014-2015 гг. (предположительно, вследствие ослабления мер антиалкогольной политики) и в 2020 г. (в связи с социальной напряженностью, вызванной пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19) (ЦНИИОИЗ, 2020). Алкогольная кардиомиопатия, алкогольные отравления и алкогольная болезнь печени составили более 80% непосредственно обусловленной алкоголем смертности; из них более 70% – лица трудоспособного возраста; наибольшее число умерших – в возрасте 40-65 лет. В структуре женской смертности преобладала доля алкогольной болезни печени, а в структуре мужской – алкогольные отравления. Потери ожидаемой продолжительности жизни в результате непосредственно обусловленной алкоголем смертности составили в 2011-2021 гг. в среднем 0,58 года в год

(Замятнина Е.С., 2022; Амлаев К.Р., 2021; Kuznetsova P.O., 2020; Skorobogatov A., 2021).

Анализ обобщенной информации об умерших (по данным электронной базы данных Главного управления ЗАГС Московской области), у которых в качестве первоначальной причины в медицинских свидетельствах о смерти указаны алкоголь-ассоциированные причины, выявил, что доля алкоголь-ассоциированных смертей в 2019 г. составила 4% (среди мужчин – 4%; женщин – 1,9%), в 2022 г. – 3,1% (4,8% и 1,5%); 2/3 умерших составляли мужчины; средний возраст –  $52,1 \pm 11,1$  лет, наибольшее число умерших отмечено в возрастной группе 40-59 лет. Причем среди мужчин чаще, чем среди женщин первоначальная причина смерти была связана с кодами МКБ-10 F10 (психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя), I42.6 (алкогольная кардиомиопатия), T51 (токсическое действие алкоголя), у женщин преобладал код K70 (алкогольное поражение печени) (Чижикова И.О., Шигеев С.В., 2022; Самородская И.В. и соавт., 2023; Драпкина О.М. и соавт., 2023).

Опубликованные на сегодняшний день комплексные оценки вклада алкоголя в смертность в России представляют собой сумму всех ассоциированных с потреблением алкоголя смертей, рассчитанную методом популяционной атрибутивной фракции. В этих работах приводятся оценки вклада потребления алкоголя в российскую смертность на уровне 13-22%, а в возрасте 15-49 лет – 35% для мужчин и 20% для женщин. Кроме того, опубликованные результаты судебно-медицинских экспертиз показывают, что доля умерших россиян, в особенности в трудоспособном возрасте, в биологических жидкостях которых был обнаружен этанол, для некоторых причин смерти достигает 70-80%. Таким образом, можно предполагать наличие потенциального недоучета вклада потребления алкоголя в смертность в России в текущих оценках (Замятнина Е.С., 2021). «В официальной российской статистике негативное влияние алкоголя оценивается как количество смертей, на 100% обусловленных алкоголем, что приводит к существенной недооценке реальных демографических потерь. Согласно результатам отдельных исследований, вклад этих причин в алкогольную смертность составляет лишь 25%»

(Kuznetsova P.O., 2020). «Статистическая информация основана на устаревшей методологии сбора первичных статистических данных и абсолютно непригодна ни для оценки качества деятельности службы, ни для планирования её развития, ни для разработки Программы госгарантий, ни для оценки эффективности модернизации наркологической службы РФ» (Кузнецов В.В., 2016). При наличии очевидных положительных достижений в процессе реформирования отечественной наркологической службы периода 2013-2016 гг. авторитетные оценки результатов реформы содержат выводы о необходимости новой методологии сбора и анализа первичных статистических данных (Брюн Е.А. и соавт., 2016; Кузнецов В.В., 2016), а также включение в антиалкогольные программы специалистов самого разнообразного профиля (Клименко Т.В. и соавт., 2018<sup>1,2</sup>).

Требуется детальное изучение статистики латентного потребления алкоголя населением и совершенствование статистического аппарата в отрасли медицины; для создания полноценной и адекватной медицинской стратегии необходим поиск дополнительных механизмов мониторинга уровня госпитализаций, обусловленных алкоголь-ассоциированными заболеваниями (Кузнецов В.В. и соавт., 2016, 2018; Бурцев А.А. и соавт., 2020; Царев С.А. и соавт., 2021 и др.).

Коморбидность и мультиморбидность таких пациентов, полиморфность их состояний и заболеваний создает разнообразие и неоднозначность смысловой составляющей терминов: необходимо структурировать элементы общего понятийного аппарата проблемы (Мордовский Э.А., 2019).

Необходимость создания междисциплинарного определения когорты пациентов-потребителей алкоголя в общем потоке пациентов многопрофильного стационара подтверждается множеством и разноплановостью встречающихся в научных и публицистических дискуссиях терминов. По данным научной электронной библиотеки (eLibrary.ru) в ноябре 2024 г. проиндексировано 117 336 научных публикаций, упоминающих термин «алкоголь», 123 150 научных публикаций содержало определение «алкогольный». Так, широко используются и применяются с различными значениями термины «алкогольный фактор»,

«потребление алкоголя», «злоупотребление алкоголем», «негативные последствия потребления алкоголя», «алкоголь-ассоциированная патология»; «алкогольная патология». В монодисциплинарных, интердисциплинарных и междисциплинарных исследованиях выделяются, в той или иной степени характеризуются и изучаются «алкоголь-ассоциированные», «алкоголь-атрибутивные», «алкоголь-детерминированные», «алкоголь-индуцированные», «алкоголь-обусловленные», «алкоголь-опосредованные» состояния и заболевания, а также их всевозможного рода риски, причины, связи и последствия. Методика таких исследований не способствует масштабной экстраполяции полученных результатов (Мордовский Э.А., 2019).

Для планирования характера и перечня антиалкогольных мероприятий, определения мишеней, уровней и масштабов предполагаемого воздействия на уровне медицинской организации стационарного типа, оказывающей помощь взрослому населению, целесообразно руководствоваться формулировками рассматриваемой задачи Концепции. Согласно Концепции, возможные контингенты-акцепторы подобных медицинских мероприятий: «лица с алкогольной зависимостью и лица, страдающие пагубным (вредным) употреблением алкоголя», имеющие «физические признаки хронической алкогольной интоксикации», «расстройства, обусловленные употреблением алкоголя», «фетальный алкогольный синдром», «лица, злоупотребляющие алкоголем», «лица, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения». Важно соотнести указанные термины Концепции с принятыми в употреблении названиями болезней и проблем, связанных со здоровьем и ассоциированных с потреблением алкоголя.

В современном мире в качестве основного инструмента сбора данных о диагнозах, синдромах, отдельных симптомах и состояниях выступает международная статистическая классификация болезней (МКБ). ВОЗ разрабатываются, утверждаются и периодически пересматриваются принципы унифицированного алфавитно-цифрового кодирования болезней; в странах-акцепторах версии очередного пересмотра МКБ проходят этапы перевода на

государственный язык и последующей адаптации как в теоретическом, так и практическом применении. Благодаря использованию МКБ формируются статистические сведения о заболеваемости и смертности, облегчается процесс их изучения и хранения в странах, регионах и в мировом сообществе. Позитивными и негативными тенденциями в изменении статистических показателей определяются приоритеты и стратегии дальнейшего развития самой отрасли здравоохранения; это учитывается при планировании целей и задач национальной политики. Анализ и динамика статистических показателей заболеваемости и смертности во многом формируют направления деятельности органов государственной власти субъектов, органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья и медицинских организаций.

В настоящее время в России используются дефиниции, диагностические критерии и алгоритмы МКБ десятого пересмотра (МКБ-10), действующей с 1 января 1999 г. В перечне диагностических рубрик главы V (F) МКБ-10, посвященной психическим расстройствам, присутствует рубрика «психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» (F10-F19), содержащая принципы диагностики состояний, вызванных употреблением алкоголя (F10.xxx) (МКБ-10). Четвертым знаком кода в диагнозе отражается клиническое состояние (характер потребления алкоголя, формирование синдрома зависимости, психотические или дементные состояния); пятым – сопутствующие осложнения (травмы, расстройства восприятия, кома, судороги); шестым – степень опьянения (легкая, средней степени, тяжелая).

Согласно МКБ-10, «лицу, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения» устанавливается диагноз F10.0xx «Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение)». При этом исключается интоксикация, подразумевающая отравление (в таких случаях устанавливается диагноз «Токсическое действие алкоголя» T50.1 из класса травм, отравлений и некоторые другие последствия воздействия внешних причин). Диагноз используется при невозможности установить факт алкогольной зависимости и, как правило,

используется при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

Диагноз «Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя» F10.1xx может быть установлен «лицам, злоупотребляющим алкоголем» и «лицам, страдающим пагубным (вредным) употреблением алкоголя». Диагностическими критериями будут отчетливые медицинские последствия физического (например, гепатит) или психического вреда здоровью (вторичные депрессивные расстройства после тяжелой алкоголизации); повторный прием вещества, сохраняющийся (повторяющийся) на протяжении 12 месяцев; отсутствие признаков синдрома зависимости.

Постановка диагноза «лицу с алкогольной зависимостью» осуществляется на основании 3 или более признаков, сохраняющихся (повторяющихся) на протяжении года: сильная (непреодолимая) потребность приема алкоголя, неспособность контролировать употребляемую дозу и длительность, повышение толерантности к эффектам вещества, требующее увеличения дозы, ограничение круга интересов процессами поиска и употребления алкоголя, снижением критики к происходящему, синдром отмены на фоне уменьшения (прекращения) употребления алкоголя и поиски способов его облегчения. Перечисленные симптомы представляют группу заболеваний или состояний (F10.2xx-F10.8xx) с полиморфными поведенческими, психотическими, когнитивными, эмоциональными, неврологическими, соматическими расстройствам.

«Физические признаки хронической алкогольной интоксикации» присутствуют в структуре синдрома отмены алкоголя (например, «Абстинентное состояние (синдром отмены) неосложненное» (F10.30), «Синдром отмены алкоголя с судорожными припадками» (F10.31).

Соматические последствия острой и хронической интоксикации алкоголем и его дериватами могут кодироваться и в других разделах МКБ-10. Многообразие диагностических кодов из разных классов, блоков, рубрик и подрубрик МКБ-10, а также нюансы лингвокультуральной адаптации диагнозов с конкретным упоминанием алкоголя или этанола показаны в приложении А. При соотнесении

терминов Концепции с принятыми в употреблении названиями болезней и проблем, связанных со здоровьем, обнаруживаются полиморфные симптомы психических и соматических заболеваний или состояний, связанных с потреблением алкоголя. При этом сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами, предоставляемые годовыми формами федерального статистического наблюдения (Форма № 11 «Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами», Форма № 37 «Сведения о пациентах, больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями») не предполагает учета соматических эквивалентов алкоголизма (Приказ Росстата от 16.10.2013 № 410); не способствует этому и структура формы федерального статистического наблюдения №14 «Сведения о деятельности подразделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях» (Приказы Росстата от 16.10.2013 № 410, от 27.12.2022 № 985 (в ред. от 28.12.2024), от 10.03.2025 №116), что иллюстрирует рисунок 1.1.

Внедрение скрининговых методов исследования распространенности и особенностей употребления алкоголя среди пациентов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных и в амбулаторных условиях, способствует прояснению истинного состояния проблемы, однако, требует верификации полученных результатов как с позиции установления диагнозов врачом-специалистом, так и преодоления анозогнозии и диссимуляции симптомов участвующих в опросах пациентов (Егоров А.Ю. и соавт., 2013; Плавинский С.Л. и соавт., 2019; Царев С.А. и соавт., 2021; Надеждин А.В. и соавт., 2023 и др.).

«Скрытый» контингент проблемных потребителей алкоголя и пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией концентрируется в ургентном многопрофильном стационаре и намного превышает «учтенный» (Егоров А.Ю. и соавт., 2013).

1	2	3	4	5
Всего	1.0	A00 - T98		
в том числе:				
психические расстройства и расстройства поведения	6.0	F01 - F99		
из них психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ	6.1	F10 - F19	←	
болезни нервной системы	7.0	G00 - G98		
из них:				
другие дегенеративные болезни нервной системы	7.4	G30 - G31	←	
из них болезнь Альцгеймера	7.4.1	G30		
поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы	7.7	G50 - G64	←	
из них синдром Гийена-Барре	7.7.1	G61.0		
болезни нервно-мышечного сигнала и мышц	7.8	G70 - G73	←	
из них миастения	7.8.1	G70.0.2		

1	2	3	4	5
Всего	1.0	A00 - T98		
в том числе:				
другие болезни сердца	10.6	I30 - I51		
из них: острый перикардит	10.6.1	I30		
острый и подострый эндокардит	10.6.2	I33		
неревматические поражения клапанов	10.6.3	I34 - I37		
острый миокардит	10.6.4	I40		
кардиомиопатия	10.6.5	I42	←	
болезни органов пищеварения	12.0	K00 - K92		
из них: язва желудка и двенадцатиперстной кишки	12.1	K25 - K26		
гастрит и дуоденит	12.2	K29	←	
болезни печени	12.8	K70 - K76		
из них фиброз и цирроз печени	12.8.1	K74		
болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	12.9	K80 - 83		
болезни поджелудочной железы	12.10	K85 - K86	←	
из них острый панкреатит	12.10.1	K85	←	

Рисунок 1.1 - Пример формирования статистических сведений о соматических эквивалентах алкоголизма, подтвержденных кодом МКБ-10 в таблице 2000 «Состав пациентов в стационаре, сроки и исходы лечения» формы федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях» (фрагмент таблицы)

Призыв к поиску дополнительных механизмов мониторинга уровня госпитализаций, обусловленных алкоголь-ассоциированными заболеваниями, был поддержан Министерством здравоохранения: с 23.05.2024 г. открыт отраслевой инцидент №9 «Повышение эффективности управления системой мер по снижению смертности взрослого населения» (далее – Инцидент №9). Рекомендации по определению источника информации для показателей Инцидента №9, собираемых через автоматизированную систему мониторинга медицинских сведений, представлены на рисунке 1.2.

Как следует из рекомендаций, для указанной группы индикаторами являются количества осмотренных пациентов врачом-психиатром-наркологом в отчетном периоде «...по вопросам психического расстройства и расстройства поведения, связанного с употреблением алкоголя (F10.x) или в связи с проблемами, связанными с образом жизни: употребление алкоголя (Z72.1), в период госпитализации в стационар с алкоголь ассоциированными диагнозами (T51, Y15,

X45, X65, K70, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K85.2, K86.0, K86.1, F10)», и лиц, «поступивших в стационар с алкоголь-ассоциированными диагнозами (T51, Y15, X45, X65, K70, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K85.2, K86.0, K86.1, F10)».

Количество пациентов, поступивших в стационар в состоянии алкогольной интоксикации (F10.0), и впервые посетивших врача-нарколога по вопросам алкогольной зависимости, абс.	Все группы возрастов	Нарастающим итогом с 01 января текущего года на конец отчётного месяца	Оперативные данные медицинских организаций и субъекта	Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 066/у
Количество лиц в отчетном периоде, поступивших в стационар в состоянии алкогольной интоксикации (F10.0), абс.	Все группы возрастов	Нарастающим итогом с 01 января текущего года на конец отчётного месяца	Оперативные данные медицинских организаций и субъекта	Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 066/у
Количество лиц в отчетном периоде, поступивших в стационар с алкоголь ассоциированными диагнозами (T51, Y15, X45, X65, K70, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K85.2, K86, F10)	Все группы возрастов	Нарастающим итогом с 01 января текущего года на конец отчётного месяца	Оперативные данные медицинских организаций и субъекта	Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 066/у
Количество лиц, впервые посетивших врача-нарколога по вопросам алкогольной зависимости, из числа поступивших в стационар с алкоголь ассоциированными диагнозами (T51, Y15, X45, X65, K70, G31.2, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K85.2, K86, F10)	Все группы возрастов	Нарастающим итогом с 01 января текущего года на конец отчётного месяца	Оперативные данные медицинских организаций и субъекта	Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 066/у

Рисунок 1.2 - Рекомендации по определению источника информации для показателей Инцидента № 9, собираемых через автоматизированную систему мониторинга медицинских сведений (фрагмент таблицы)

Источником для сбора информации в отчетной документации определены оперативные данные медицинских организаций и субъекта (Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 13.08.2024 №486–р «Об организации работы по профилактике наркологических расстройств, вызванных употреблением алкоголя»); в учетной документации таким источником названа статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара 066/у. Согласно приложению № 5 Приказа Минздрава Российской Федерации от 30.12.2002 г. № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации», указанная карта заполняется на всех выбывших из стационара (дневного стационара) любого типа, содержит сведения о диагнозе направившего учреждения, приемного отделения, состоянии опьянения

(если оно подтверждается данными медицинской карты, протоколом медицинского освидетельствования).

Однако, столь важное начинание имеет ряд факторов, осложняющих сбор сведений. Так, при наличии бикаузального или мультикаузального диагноза (основного заключительного клинического, патологоанатомического) в рубрике «основной» кодируется одна нозологическая единица, которая идет в статистическую разработку. Очевидно, что в медицинской организации (ее структурном подразделении) приоритетным будет выбор кода диагноза по основному профилю заболевания, определенную роль при выборе будут играть экономические и событийные «тренды». Так, например, актуальна методологическая проблема регистрации заболеваний наркологического профиля: «В отличие от пациентов с соматическими заболеваниями, у каждого из которых в амбулаторных условиях в течение года может быть зарегистрировано несколько заболеваний (расстройств или состояний), в наркологической практике, в соответствии с действующей нормативной базой, у пациентов наркологического профиля заболевания регистрируются с использованием монокаузального диагноза. Такой порядок регистрации... подробно представлен в Приложении №6 к письму Минздрава России от 26.12.2016 г. №13-2/10/2-8390. В документе отмечается, что при «...регистрации наркологического расстройства следует исходить из концепции единого психического расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, поскольку при снижении доступности основного (предпочитаемого) психоактивного вещества пациенты могут переходить на другое ПАВ. Исходя из этого в амбулаторных условиях пациент с психическим расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ, в течение отчетного года может быть зарегистрирован только один раз: либо с острым заболеванием (острый психоз), либо с хроническим (синдром зависимости, амнестический синдром, хроническое психотическое состояние), либо с иным состоянием (пагубное употребление)» (Киржанова В.В. и соавт., 2022).

Утвержденный регламент и юридические аспекты постановки диагноза требуют присутствия врача-психиатра-нарколога в штате принимающей или

направляющей медицинской организации, что для многопрофильных медицинских организаций устоявшейся практикой не является. Важным аспектом является истребование согласия пациента на взаимодействие с врачом-специалистом, а социальные стигмы и особенности течения наркологических расстройств являются дополнительной преградой к получению консультации врача-психиатра-нарколога. Перечисленные обстоятельства «девальвируют» предлагаемые индикаторы, а важность задачи задает поиск новой методологии сбора данных.

**Резюме.** Таким образом, анализ нормативной правовой базы, отечественных и зарубежных научных исследований, официальных статистических наблюдений подтверждает актуальность исследования.

Императивы новейшей государственной антиалкогольной политики обнаруживают проблемы нормативно-правового обеспечения оказания и организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией: их умножают феномены наркологической и соматической анозогнозии, социальная и юридическая стигматизация и дискриминация, диссимуляция симптомов, пороки волеизъявления при истребовании согласия на медицинское вмешательство при алкоголь-ассоциированной физической и психической патологии.

Значительные последствия злоупотребления алкоголем и бремя соматических и психических осложнений требуют поиска дополнительных мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

Существующие принципы сбора, формирования, систематизации и анализа статистических данных о таких пациентах нуждаются в ревизии: структура ряда форм федерального статистического наблюдения не предполагает или затрудняет учет соматических и психических эквивалентов алкоголизма, скрининговые методы исследования требуют дополнительной верификации результатов, установление алкоголь-ассоциированного диагноза сопряжено с подтверждением алкогольного анамнеза врачом-психиатром-наркологом и, как минимум,

осложняется его отсутствием в штате медицинской организации, формирующей первичные статистические данные.

Нуждается в уточнении понятийный аппарат междисциплинарной проблемы алкоголь-ассоциированной патологии.

Предположения об истинном вкладе алкоголя в смертность населения, объемах латентного потребления, сведения об уровне и структуре заболеваемости, связанной с употреблением алкоголя, задачи новой антиалкогольной Концепции определяют необходимость изучения проблемы алкоголь-ассоциированных госпитализаций в условиях многопрофильного стационара.

## ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнялось комплексное исследование системы оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

### **Материалы исследования:**

1. Официальные данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации (Здравоохранение в России, Стат.сб./Росстат, официальное издание), 2000-2022 гг.

2. Формы федерального статистического наблюдения (далее – ФСН) № 30 (годовая) «Сведения об учреждении здравоохранения» (2014-2020 гг.), «Сведения о медицинской организации» (2021-2022 гг.) по Российской Федерации, 2014-2022 гг.

3. Сведения о деятельности многопрофильного стационара (официальные данные ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» ФСН № 14 (годовая) «Сведения о деятельности стационара», ФСН № 30 (годовая) «Сведения об учреждении здравоохранения», утверждены приказом Федеральной службы государственной статистики от 29.07.2009 № 154 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения», а в дальнейшем (с 2021 года) – ФСН № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» и ФСН № 30 «Сведения о медицинской организации», утверждены Приказом Росстата от 20.12.2021 № 932 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья»), 2015-2023 гг.

4. Электронные медицинские карты, данные медицинских информационных систем и медицинские карты пациентов ГБУ «Санкт-

Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе» (форма 003/у «Медицинская карта стационарного больного» (2015-2021 гг.), учетная форма 033/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (2022-2024 гг.)), 2015-2024 гг.

5. Анкеты социологического исследования пациентов ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», 2024 гг.

6. Анкеты социологического исследования сотрудников стационарного отделения скорой медицинской помощи ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», 2022, 2024 гг.

7. Нормативные правовые акты Российской Федерации;

8. Научные литературные источники (отечественные и зарубежные) по теме диссертации (включая интернет-ресурсы) по теме исследования.

Объектом исследования является деятельность медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией. Предмет исследования – ресурсы, процессы (технология) и результаты работы системы оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре для взрослого населения. Всего – 373 563 ед. наблюдения.

Изучение проводилось путем выкопировки сведений на соответствующие карты статистического наблюдения, создания электронных баз данных, последующей статистической обработки, анализа и оформления полученных результатов.

Использование и обработка данных первичной медицинской документации (бумажной и электронной формы документов, магнитных носителей информации) осуществлялись с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну. Программа и материалы исследования изучены и одобрены

экспертами локального этического комитета ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе».

### **Характеристика базы исследования.**

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» (далее – ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе) – многопрофильный стационар, работающий в режиме больницы скорой помощи (24/7/365), научный, лечебный и образовательный центр регионального подчинения (Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга), в его составе 37 медицинских отделений по 19 профилям медицинской помощи. В течение года в ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе обращаются свыше 80 тыс. пациентов, ежедневная обращаемость – до 200-350 человек.

Важной особенностью, значимой для данного исследования является наличие в структуре клинического соматопсихиатрического отделения, функционирующего с 2005 года. Оно функционирует в составе научного отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации.

Коечный фонд отделения включает психиатрические и соматопсихиатрические койки, работающие в режимах круглосуточного и дневного стационаров. Его задачами являются: обеспечение специализированной помощи лицам с сопутствующей соматической патологией, страдающим психическими расстройствами; стационарное лечение и ранняя реабилитация больных с наркологическими заболеваниями; комплексное лечение заболеваний с аноректическим синдромом различной этиологии; лечение критических и коморбидных состояний у психически больных; оказание психотерапевтической помощи лицам, совершившим суицидные попытки; разработка и внедрение новых методов диагностики и лечения экзогенных психических расстройств, заболеваний с аноректическим синдромом, неотложных состояний при наркомании и алкоголизме; оказание психиатрической и психологической помощи лицам, пострадавшим при чрезвычайных ситуациях; организационно–методическая и консультативная работа в многопрофильных стационарах Санкт-Петербурга;

участие в программах по предупреждению распространения наркологических заболеваний среди населения (<https://emergency.spb.ru/area/psixiatriya-narkologiya-i-psixoreabilitaciya/>).

**Программа исследования.** Для организации диссертационного исследования была разработана программа (таблица 2.1), включающая реализацию основных этапов. Задачи исследования, источники получения информации, объекты и предметы исследования, методы и единицы наблюдения соответствовали определенному этапу.

В исследовании использованы контент-анализ, компаративный анализ, социологическое исследование, нормативно-правовой, статистический (расчет относительных и средних величин, определение достоверности их различий, корреляционный анализ), аналитический методы.

На I этапе исследования (глава 1) проведен аналитический обзор научных публикации отечественных и зарубежных авторов по вопросам распространенности алкоголизма, его негативных последствий, оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в России и в мире, обзор нормативных правовых документов, регулирующих соответствующие общественные отношения, что определило актуальность данного исследования, цель и задачи, а также средства и методы их достижения.

II этап исследования (глава 3) – изучение особенностей современного состояния медицинских организаций и структурных подразделений наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

Анализ включал изучение коечного фонда, кадрового обеспечения и объемных показателей работы в динамике 2000-2022 гг. Детальный расчет этих показателей представлен в приложениях Б-3.

Таблица 2.1 – Программа исследования

<b>Цель:</b> разработать и обосновать комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара.		
<b>Этапы исследования</b>	<b>Материалы*</b>	<b>Методы</b>
1. Аналитический обзор научных публикации отечественных и зарубежных авторов, нормативных правовых документов по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в РФ и в мире, определивший актуальность данного исследования, цель и задачи, а также средства и методы их достижения (глава 1)	научные источники (n=352), в том числе отечественной (n=255) и зарубежной (n=97) литературы	контент-анализ, статистический, аналитический, нормативно-правовой
2. Анализ особенностей современного состояния медицинских организаций и структурных подразделений наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией (глава 3, задача 1)	ФСН № 30 (годовая) по РФ, 2014-2022 гг. (n=9)	компаративный анализ, статистический, аналитический
3. Анализ показателей заболеваемости алкоголизмом, смертности от случайного отравления алкоголем и объемов потребления алкоголя населением РФ (глава 4, задача 2)	Здравоохранение в России, Стат.сб./Росстат, официальное издание, 2000-2022 гг. (n=23); ФСН № 30 (годовая) по РФ, 2014-2022 гг. (n=9)	компаративный анализ, статистический, аналитический
4. Анализ показателей потребления алкоголя у пациентов соматического профиля, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям в многопрофильный стационар (социологическое исследование, пациенты многопрофильного стационара) (глава 5, задача 3)	Анкеты социологического исследования пациентов, январь 2024 г. (n=586)	социологический, статистический, аналитический
5. Анализ медико-социальной характеристики пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре (глава 5, задача 4)	ФСН № 14 и ФСН № 30 (годовые) ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2015-2023 г. (n=18); форма 003/у и учетная форма 033/у, 2015-2024 гг. (n=372177)	статистический, аналитический
6. Анализ организационных аспектов госпитализации пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре (глава 5, задача 5)	ФСН № 14 и ФСН № 30 (годовая) ГБУ СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2015-2023 г. (n=18); форма 003/у, учетная форма 033/у, 2015-2024 гг.; (n=372177)	статистический, аналитический
7. Разработка и обоснование комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара и оценка их эффективности (глава 6, задача 6)	все перечисленные, анкеты социологического исследования сотрудников СтОСМП, 2022, 2024 гг. (n=267); всего – 373 563 ед. наблюдения	все перечисленные

\*РФ – Российская Федерация; ФСН № 30 – форма статистического наблюдения № 30 «Сведения об учреждении здравоохранения» (2014-2020 гг.), «Сведения о медицинской организации» (2021-2023 гг.); ФСН № 14 – форма статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности стационара» (2015-2020 гг.), «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» (2021-2023 гг.); Форма 003/у – «Медицинская карта стационарного больного» (2015-2021 гг.); Учетная форма 033/у – «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (2022-2024 гг.).

**Дизайн исследования** представлен на рисунке 2.1.



Рисунок 2.1 - Дизайн исследования

III этап исследования (глава 4) был направлен на анализ показателей заболеваемости алкоголизмом, смертности от случайного отравления алкоголем и объема потребления алкоголя в России. Изучены объемы потребления алкоголя населением (объемы реализации алкогольной продукции) в динамике за период 2014-2022 гг. Проведен анализ системы структурных подразделений и медицинских организаций, осуществляющих медицинское освидетельствование лиц на состояние алкогольного опьянения, и результаты деятельности этих подразделений.

IV этап включал социологическое исследование, направленное на изучение показателей потребления алкоголя у пациентов соматического профиля, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям в многопрофильный стационар (глава 5). Методика его проведения представлена в таблице 2.2.

Таблица 2.2 – Методика социологического исследования «Особенности потребления алкоголя пациентами многопрофильного стационара»

Название	показатели потребления алкоголя у пациентов соматического профиля, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям в многопрофильный стационар
Цель	прикладная - изучение уровня и особенностей употребления алкоголя пациентами многопрофильного стационара
Задачи	<ul style="list-style-type: none"> <li>• изучение частотно-количественных характеристик употребления различных видов алкогольных напитков у опрашиваемых;</li> <li>• выявление у опрашиваемых типичных проблем, связанных с употреблением алкоголя;</li> <li>• выявление групп риска развития алкоголизма</li> </ul>
Объект исследования	пациент многопрофильного стационара
Предмет исследования	уровень и особенности употребления алкоголя пациентом, госпитализированным по экстренным и неотложным показаниям
Методика	<ul style="list-style-type: none"> <li>• использован тест АУДИТ (Alcohol Disorders Identification Test, AUDIT), разработанный ВОЗ в 1989 г. В качестве скринингового метода (краткая оценка) для выявления лиц с чрезмерным, вредным и опасным потреблением алкоголя, характеризуется высокой чувствительностью (92%) и специфичностью (93%).</li> <li>• использован метод опроса – анкетирование (анонимное, добровольное);</li> <li>• место проведения – СтОСМП*;</li> <li>• время проведения – краткосрочное, в период с 14.01.2024 г. по 20.01.2024 г., с 08.00 до 16.00 ежедневно;</li> <li>• вид наблюдения: единовременное (одномоментное), по состоянию на день анкетирования;</li> <li>• способ наблюдения и сбора материала: опросные листы (анкеты) раздавались пациентам, поступающим в стационар и ожидающим регистрации в холле СтОСМП*;</li> <li>• условия проведения: <ul style="list-style-type: none"> <li>- заполнение анкеты самостоятельное (предоставлялась анкета и ручка) в присутствии информированного интервьюера (врача соматопсихиатрического отделения);</li> <li>- по запросу анкетированного допускалось разъяснение вопросов интервьюером;</li> <li>- в ряде случаев (менее 0,5%) допускалось заполнение анкеты интервьюером (травма руки, инфузионная терапия, болевой синдром, медицинские манипуляции и др.)</li> </ul> </li> <li>• объем исследования: сплошная выборка;</li> <li>• общий репрезентативный объем исследования составил 586 человек</li> </ul>
Ограничения исследования	<ul style="list-style-type: none"> <li>• тяжесть состояния пациента</li> <li>• признаки расстройства психики и поведения</li> <li>• отказ от обследования (15 человек (2,6%) отказались от анкетирования)</li> </ul>
Научные гипотезы	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отмечается высокий уровень потребления алкоголя в целом среди населения, в том числе – среди пациентов многопрофильного стационара</li> <li>2. Значительная часть пациентов, злоупотребляющих алкоголем, имеет патологию как в виде психических расстройств и расстройств поведения, так и ее соматические эквиваленты; последнее является причиной обращения за медицинской помощью в многопрофильные стационары. Это «латентные» потребители алкоголя и пациенты с алкоголь-ассоциированной патологией, не попадающие в систему оказания специализированной наркологической помощи.</li> <li>3. Отмечается высокий уровень негативных последствий пагубного употребления алкоголя среди пациентов многопрофильного стационара</li> </ol>
Интерпретация результатов исследования	Опрошено 586 респондентов. Исследование завершилось анализом полученного материала, формулировкой выводов и предложений

\*СтОСМП – стационарное отделение скорой медицинской помощи.

На этапе определения объема выборки исследования и определения достоверной интерпретации полученных данных был сформирован необходимый объём выборки. Размер выборки рассчитан по формуле (формула 2.1):

$$n = \frac{Z^2 pq}{\Delta^2} \quad (2.1)$$

где:

$n$  – объем выборки;

$Z$  – коэффициент, зависящий от выбранного доверительного интервала (1,96 для 95% доверительного интервала);

$p$  – доля респондентов с наличием исследуемого признака;

$q = 1 - p$  – доля респондентов, у которых исследуемый признак отсутствует;

$\Delta$  – предельная ошибка выборки ( $0,05 = \pm 5\%$ ).

Расчетное значение выборки – 310 респондентов. При этом генеральная совокупность была сопоставима с объёмом выборки, а фактический объем составил  $n=586$ , то есть опрошены все поступающие пациенты (сплошное исследование), за исключением «ограничений исследования» (табл. 2.2).

V этап – изучение медико-социальной характеристики пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре (глава 5), включающих анализ объемных показателей входящего потока пациентов, его половозрастного состава и нозологической структуры.

VI этап исследования (глава 5) связан с изучением организационных аспектов госпитализации пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией: путей и сроков госпитализации, дальнейшей маршрутизации (на примере ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе).

VII этап – разработка и обоснование комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией, включающая изучение и структурирование элементов понятийно-категориального аппарата, характеризующего проблему алкоголь-ассоциированной патологии, методические подходы к ее выявлению в условиях многопрофильного стационара (глава 6). Выполнена первичная оценка

эффективности разработанного комплекса мероприятий, в рамках оценки проведено двухэтапное социологическое исследование, направленное на изучение мнений сотрудников стационарного отделения скорой медицинской помощи ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе об организации процесса оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией, методика его проведения представлена в таблице 2.3.

Таблица 2.3 – Методика социологического исследования «Оценка эффективности комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара на основании анкетирования сотрудников стационарного отделения скорой медицинской помощи»

Название	оценка эффективности комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара на основании анкетирования штатных сотрудников стационарного отделения скорой медицинской помощи
Цель	прикладная – оценка эффективности процесса оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией по результатам предложенного комплекса мероприятий
Задачи	<ul style="list-style-type: none"> <li>• выявление у опрашиваемых типичных проблем, связанных с процессом оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией;</li> <li>• оценка эффективности реализуемого комплекса мероприятий по результатам двухэтапного скринингового сплошного социологического исследования</li> </ul>
Объект исследования	процесс оказания медицинской помощи пациенту с алкоголь-ассоциированной патологией
Предмет исследования	типичные проблемы, возникающие при оказании медицинской помощи

## Продолжение таблицы 2.3

Методика	<ul style="list-style-type: none"> <li>• использован метод опроса – анкетирование (анонимное, добровольное);</li> <li>• место проведения – стационарное отделение скорой медицинской помощи многопрофильного стационара;</li> <li>• двухэтапное скрининговое социологическое исследование;</li> <li>• время проведения – краткосрочное, январь 2022 г. и декабрь 2024 г. с 08.00 до 16.00 ежедневно;</li> <li>• вид наблюдения: единовременное (одномоментное), по состоянию на день анкетирования;</li> <li>• способ наблюдения и сбора материала: опросные листы (анкеты) раздавались сотрудникам, в период работы в отделения;</li> <li>• условия проведения: самостоятельное заполнение анкеты;</li> <li>• объем исследования: сплошная выборка;</li> <li>• общий репрезентативный объем исследования составили 126 опрошиваемых в январе 2022 г. и 141 опрошиваемый в декабре 2024 г. на втором этапе (всего 267) человек</li> </ul>
Ограничения исследования	<ul style="list-style-type: none"> <li>• отказ от обследования (отказов не зафиксировано)</li> <li>• лица, не включенные в штатное расписание отделения</li> <li>• отсутствие сотрудника на рабочем месте согласно таблице рабочего времени и утвержденному графику</li> </ul>
Научные гипотезы	<p>1. В процессе оказания медицинской помощи в стационарных условиях у пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией наблюдаются асоциальное, компульсивное и неадекватное поведение, пороки критики, нарушения памяти, внимания, воли, эмоций; нарушения координации движений, измененная болевая чувствительность и другие признаки поражения периферической нервной системы; высоки риски развития психоза, судорожного синдрома.</p> <p>2. Существуют особенности лечебно-диагностического процесса: необходимость дополнительного наблюдения и контроля за медицинским маршрутом, объективные трудности при получении согласия на медицинское вмешательство; сложности лечебно-диагностического поиска и определения профиля пациента, преимущества в оказании медицинской помощи, в том числе специализированной, определения территории наблюдения и лечения.</p>
Интерпретация результатов исследования	Опрошено 267 респондентов. Исследование завершилось анализом полученного материала, формулировкой выводов и предложений

В итоге, логическая схема исследования следующая: таблица 2.4.

Для решения ряда методических и организационных проблем, возникающих при выполнении научных исследований, сопровождающих поиск статистических данных по изучаемой проблеме, оценку негативных последствий употребления алкоголя населением разработана оригинальная Комплексная интегративная методика выявления контингента пациентов с алкоголь-ассоциированной

патологией, определения уровня алкоголь-ассоциированных госпитализаций (далее – ААсГ) и структуры алкоголь-ассоциированных заболеваний (состояний) (далее – ААсЗ(С)) в медицинской организации стационарного типа для взрослого населения, основанная на трехкомпонентном анализе медицинской документации.

Таблица 2.4 - Логическая схема исследования

Тема	Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией
Научная специальность	3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза» (пп. 13-16, 18)
Цель работы	разработать и обосновать комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара.
Научные гипотезы	<p>1. Злоупотребление алкоголем – фактор риска, ассоциированный со смертностью, одна из причин демографического и социального кризиса в России, представляющего общенациональную угрозу на уровне личности, семьи, общества, государства.</p> <p>2. Второе десятилетие в России наблюдаются снижение заболеваемости населения алкоголизмом, числа умерших от отравления алкоголем, объемов реализуемой алкогольной продукции. Однако, статистика последних лет демонстрирует замедление этих процессов. При этом наблюдается реструктуризация медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.</p> <p>3. Наблюдения свидетельствуют о высоком уровне потребления алкоголя и значительной доле пациентов с алкогольным фактором. Коморбидность и мультиморбидность, полиморфность и тяжесть состояний и заболеваний, феномены наркологической и соматической анозогнозии, стигматизации и дискриминации, концентрация «скрытого» контингента потребителей алкоголя и пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре требуют уточнения существующего понятийно-категориального аппарата, мониторинга уровня таких госпитализации и структуры заболеваемости, совершенствования организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара.</p> <p>4. С целью совершенствования организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара могут быть разработанные и обоснованные методические, клинико-организационные, организационно-правовые, контрольно-надзорные, нормотворческие мероприятия, направленные на расширение практики раннего выявления патологии и определения потребности в получении специализированной наркологической медицинской помощи.</p>
Дизайн исследования	представлен на рисунке 2.1.

Комплексная интегративная методика выявления контингента пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, определения уровня ААсГ и структуры ААсЗ(С) в медицинской организации стационарного типа для взрослого населения включает медико-статистический и клинико-организационный подходы и предполагает целенаправленный, систематический и последовательный сбор трех блоков статистических данных для последующего анализа. Этапы и направления методики сбора и анализа статистических данных основаны на механизмах диагностики и принципах кодификации болезней и проблем, связанных с потреблением алкоголя. Для этого в медико-информационной системе медицинской организации ретроспективно и в режиме текущего времени в установленный период наблюдения осуществляется сбор статистических данных по трем направлениями: поиск тематических тегов «алкоголь», «этанол» в основных видах диагнозов пациентов медицинской организации; поиск упоминающих алкоголь (этанол) диагностических кодов МКБ-10; поиск заключений химико-токсикологического исследования о наличии и уровне этанола и его суррогатов в отобранных пробах биологических объектов (кровь, моча) и данных исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя у пациентов медицинской организации.

Теги, или тематические ключевые слова «алкоголь» и «этанол», являются специальной меткой для обнаружения уровня ААсГ в общем объеме госпитализаций, а также выявления структуры ААсЗ(С) в медицинской организации. На предмет наличия тегов исследуются клинический (направительный, предварительный, основной и заключительный), патологоанатомический, судебно-медицинский диагнозы пациента. При этом учитываются теги во всех рубриках структурированного диагноза (основное заболевание, конкурирующее, сочетанное, фоновое, а также их осложнения и сопутствующие заболевания). При составлении генеральной совокупности за единицу принимается каждая госпитализация пациента в медицинскую организацию, если в одном из диагнозов обнаруживается указанный тематический тег.

Это позволяет проследить медицинский маршрут пациента с ААсГ в медицинской организации и за ее пределами; выявить случаи регоспитализации с ААсЗ(С) для конкретного пациента и проследить динамику соматических и психических изменений в его состоянии; обнаружить клинические подразделения, «концентрирующие» пациентов с ААсЗ(С); составить представление о «латентном» контингенте потребителей алкоголя.

Поиск упоминающих алкоголь (этанол) диагностических кодов МКБ-10 применяется для исследования характера связи между употреблением алкоголя и госпитализацией пациента в медицинскую организацию и определения структуры ААсЗ(С) в медицинской организации. Включение в поиск диагностических кодов из различных рубрик МКБ-10 позволяет составить полное представление о влиянии алкоголя на психическое и физическое здоровье пациента и сформировать выборочные совокупности пациентов с ААсЗ(С), определяемые механизмом установленного диагноза, содержащего упоминание алкоголя (этанола), и характером связи употребления алкоголя с конкретной госпитализацией. В этом случае достоверность дефиниций, диагностических критериев и алгоритмов МКБ-10 (в том числе, лабораторно-инструментальных), использованных для оценки полиморфных симптомов психических и соматических заболеваний или состояний, связанных с потреблением алкоголя, приумножается динамическим и полипрофильным диагностическим поиском врачей-специалистов медицинской организации. Результаты этой выборки позволяют уточнить данные об уровне ААсГ в медицинской организации, полученные при изучении генеральной совокупности (все госпитализации в медицинской организации за исследуемый период) данные о пациентах с алкогольным фактором исследуются с целью изучения структуры ААсЗ(С).

Поиск заключений химико-токсикологических исследований о наличии и уровне этанола и его суррогатов в отобранных пробах биологических объектов (кровь, моча) и данных исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя у пациентов медицинской организации подтверждает связь конкретной

госпитализации пациента с употреблением алкоголя и дополняет сведения об уровне ААсГ.

Значительный уровень ААсГ в медицинской организации требует систематического мониторинга и детального изучения структуры ААсЗ(С). С этой целью разработана методика стратификации госпитализации по характеру связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния), способная выступать как самостоятельной методикой, так и интегративной частью комплексной методики. Методика стратификации госпитализации по характеру связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния) послужила основой для разработки элементов понятийно-категориального аппарата изучаемой проблемы и подробно рассматривается в Главе 6.

В процессе работы использованы методы статистической обработки результатов исследования с помощью персонального компьютера (ACER Aspire MC605 с операционной системой Windows 10) и пакетов прикладных программ для создания баз данных и их статистической обработки (Microsoft Office Excel 2016.Irk). Полученные результаты обработаны с использованием программной системы STATISTICA (версия 10, лиц. ВХХR310F964808FA–V), а также программной системы SPSS Statistics (версия 17.0).

При проверке статистических гипотез использовался уровень значимости  $p$ , равный 0,05.

Качественные данные представлены в виде частот и процентов от общего числа наблюдений. Для анализа качественных данных применялись таблицы сопряженности и критерии ХИ-квадрат или точный двухсторонний критерий Фишера (в случае малого числа наблюдений).

Количественные данные были проверены на нормальность распределения с помощью критерия согласия Колмогорова. Количественные данные представлены в виде средних со стандартным отклонением ( $M \pm \sigma$ ) или медианы с 25% и 75% квантилями, в зависимости от нормальности распределения случайных величин, рассчитаны коэффициенты динамики показателей, включающие базисный абсолютный прирост, базисный темп прироста, средний темп прироста,

коэффициент аппроксимации ( $R^2$ ), F критерий Фишера. При анализе F критерия принимали во внимание: если  $F > F_{\text{критический}}$ , то коэффициент аппроксимации статистически значим, а тенденция достоверно подтверждена. Значение критерия Фишера сравнивали с табличным значением, равным 5,5914.

Для несвязанных групп, распределение данных внутри которых подчинялось нормальному закону, применялся t-критерий Стьюдента. В случае, когда закон распределения отличался от нормального для установления различий между двумя несвязанными группами применялся критерий Манна-Уитни. Динамика групп исследовалась с помощью дисперсионного анализа с поправкой на повторные наблюдения или критерия Вилкоксона (использовался в случае распределения, отличного от нормального)

Для исследования корреляционных связей между показателями применялся ранговый тест Спирмена, вычислялись коэффициенты корреляций ( $r$ ) и уровень значимости  $p$ .

Результаты статистической обработки материала оформлены и представлены в табличной в графической формах (для визуализации структуры исходных данных, полученных результатов исследования и их анализа применялись графические возможности модулей построения диаграмм системы Microsoft Office).

### **ГЛАВА 3 ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО, ПСИХИАТРИЧЕСКОГО И ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Результаты лечебно-диагностических мероприятий, а в итоге – исход для каждого конкретного пациента обеспечиваются ресурсной базой: наличием медицинских организаций (далее – МО) и их подразделений, коечного фонда и специалистов, их оснащение всем необходимым в значительной степени составляет доступность и качество медицинской помощи (далее – МП).

В третьей главе рассмотрен ряд вопросов, связанных с ресурсным обеспечением и показателями работы МО и структурных подразделений, осуществляющих медицинскую деятельность по профилям «психиатрия», «психиатрия-наркология» и «токсикология», и, согласно анализу действующих нормативно-правовых документов, в период 2014-2022 гг. оказывающих МП пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией (далее – ААсП).

Оказание МП пациентам этого профиля регулируют приказы Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н (ред. от 07.06.2022) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (далее – Приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н), от 15.11.2015 № 925н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями» (далее – Приказ Минздрава России от 15.11.2015 № 925н), от 20.06.2013 № 388н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (далее – Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н), от 15.11.2012 № 919н (ред. от 14.09.2018) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи

взрослому населению по профилю «анестезиология-реаниматология» (далее – Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н).

Важно подчеркнуть, что в период выполнения исследования действовал приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 17.05.2012 № 566н (ред. от 01.02.2022) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (далее – Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н), разрешающий оказание МП в амбулаторных и стационарных условиях пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя (диагностический код МКБ-10 F10), в МО, а также в структурных подразделениях МО, осуществляющих деятельность по профилю «психиатрия». Приказом Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (далее – Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н) документ признан утратившим силу с 01.07.2023 г.

Для оценки состояния и тенденций развития названных МО и структурных подразделений выполнялся анализ данных годовых форм федерального статистического наблюдения (далее – ФСН) № 30 (годовая) «Сведения об учреждении здравоохранения» (2014-2020 гг.), «Сведения о медицинской организации» (2021-2022 гг.) по РФ.

### **3.1 Структура медицинских организаций наркологического, психиатрического и токсикологического профилей, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией**

В период 2014-2022 гг. МП лицам с алкоголь-ассоциированной патологией (далее – ААсП) оказывалась в виде первичной медико-санитарной, скорой (в том числе скорой специализированной) и специализированной; вне медицинской организации, в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и стационарных условиях; в экстренной, неотложной и плановой формах; на основе

клинических рекомендаций, с учетом стандартов оказания МП и в соответствии с порядками оказания по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний).

В это время осуществляют работу многочисленные и разнообразные МО и структурные подразделения (отделы, отделения, кабинеты, диспансеры, дневные стационары, пункты, реабилитационные центры, больницы, «телефоны доверия» и др.), объединенные подразделения (отделы, отделения) и отдельные (необъединенные) кабинеты наркологического, психиатрического (психоневрологические, медико-психологические) и психотерапевтического профилей. Согласно Приказу Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н и Приказу Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н, в амбулаторных условиях в исследуемый период (и до 01.07.2023) они осуществляют «профилактику наркологических расстройств, консультирование, лечение в амбулаторных условиях и диспансерное наблюдение лиц, проходящих социальную реабилитацию», а также «психиатрическое обследование и медицинское психиатрическое освидетельствование, профилактику и диагностику психических расстройств, лечение и медицинскую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами, диспансерное наблюдение». В динамике 2014-2022 гг. обобщенные данные по этим подразделениям представлены в таблице 3.1, подробно за все годы наблюдения – в приложении Б.

Наиболее широко представлены подразделения психиатрического профиля, среди которых  $89,0 \pm 48,3$  ед. объединенных структурных подразделений (отделов, отделений) и более 2-х тыс. ( $2317,4 \pm 44,7$  ед.) отдельных кабинетов. В динамике отмечено существенное снижение числа отделов и отделений (на 74,1%, с 201 ед. до 52 ед., 2014-2022 гг.).

Таблица 3.1 – Показатели динамики числа амбулаторно-поликлинических подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в Российской Федерации, за 2014-2022 гг. \*

Показатели	Наличие подразделений, отделов, отделений, кабинетов	Число подразделений, отделов, отделений (объединенных)	Число кабинетов (необъединенных)
<b>Наркологические фельдшерские пункты</b>			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-11	+1	-
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-78,6	+50,0	-
Средний темп прироста, %	-17,5	+5,2	-
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,1758	0,469	-
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	1,49<5,5914	6,1765>5,5914	-
<b>Наркологические отделы, отделения, кабинеты</b>			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-83	-41	+17
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-4,54	-42,71	+0,85
Средний темп прироста, %	-0,6	-6,7	+0,1
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,56	0,679	0,0068
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	8,9225>5,5914	14,8188>5,5914	0,04637<5,5914
<b>Психиатрические отделы, отделения, кабинеты</b>			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-53	-149	+109
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-2,69	-74,13	+4,86
Средний темп прироста, %	-0,3	-15,6	+0,6
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,623	0,727	0,772
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	11,5432>5,5914	18,6391>5,5914	23,7472>5,5914
<b>Психотерапевтические отделы, отделения, кабинеты</b>			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-216	-51	-250
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-30,68	-59,3	-29,87
Средний темп прироста, %	-4,5	-10,6	-4,3
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,983	0,83	0,972
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	416,91>5,5914	34,1767>5,5914	247,316>5,5914
<b>Наркологические амбулаторные реабилитационные центры (отделения, кабинеты)**</b>			
Базисный абсолютный прирост 2022/2018 гг.	+1	+1	-
Базисный темп прироста 2022/2018 гг., %	+50,0	+50,0	-
Средний темп прироста, %	+10,7	+10,7	-
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,5	0,5	-
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	3<10,128	3<10,128	-

\*ФСН № 30 по РФ, 2014-2022 гг. Приложение Б.

\*\* данные статистики представлены с 2018 г.

Подразделения наркологического профиля насчитывали  $69,2 \pm 16,3$  ед. объединенных структурных подразделений (отделов, отделений) и около 2-х тыс. ( $2064,1 \pm 42,8$  ед.) отдельных кабинетов. Отмечена существенная отрицательная динамика численности отделов и отделений за период наблюдения (темп прироста =  $-42,7\%$ ), в среднем анализируемый показатель с каждым годом сокращался на  $6,7\%$ . Наркологические фельдшерские пункты и наркологические амбулаторные реабилитационные центры (отделения, кабинеты) представлены в значительно меньшем количестве, насчитывали единичные подразделения в стране (по 3 ед. каждого вида, 2022 г.).

Среди подразделений психиатрического профиля было  $89,0 \pm 48,3$  ед. объединенных структурных подразделений (отделов, отделений) и более 2-х тыс. ( $2317,4 \pm 44,7$  ед.) отдельных кабинетов. Отмечена существенная отрицательная динамика численности отделов и отделений за период наблюдения (темп прироста =  $-74,1\%$ ), с выраженной устойчивой тенденцией ( $R^2=0,727$ ). В среднем анализируемый показатель с каждым годом сокращался на  $15,6\%$ .

Подразделения психотерапевтического профиля включали  $53,6 \pm 16,0$  ед. отделов и отделений и  $704,1 \pm 86,0$  ед. отдельных кабинетов с отрицательной количественной динамикой и первых ( $-59,3\%$ , 2014-2022 гг.), и вторых ( $-29,9\%$ , 2014-2022 гг.) за период наблюдения с выраженной устойчивой тенденцией ( $R^2=0,830$  и  $R^2=0,972$ , соответственно). В среднем эти показатели с каждым годом сокращались на  $10,6\%$  и  $4,3\%$ , соответственно.

При наличии медицинских показаний и невозможности оказания МП в рамках первичной медико-санитарной помощи пациент может быть направлен в МО, оказывающую специализированную МП. Скорая, в том числе скорая специализированная, МП оказывается выездными бригадами скорой медицинской помощи (далее – БСМП) в соответствии с приказом Минздрава России от 26.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи». Выездная БСМП осуществляет транспортировку пациентов с признаками интоксикации, психотических

расстройств в МО стационарного типа, оказывающие специализированную МП соответствующего профиля («анестезиология и реаниматология», «токсикология», «психиатрия», «психиатрия-наркология») согласно схемам маршрутизации, утвержденным в регионе. После устранения угрожающих жизни состояний и при наличии медицинских показаний пациенты переводятся в наркологическое отделение для оказания специализированной МП по профилю «психиатрия-наркология» в стационарных условиях (как правило, это случаи тяжелого и среднетяжелого течения наркологического расстройства) или в условиях дневного стационара (в наркологических диспансерах, больницах, реабилитационных и научно-практических центрах).

В динамике 2014-2022 гг. обобщенные данные по коечному фонду представлены в таблице 3.2, на рисунках 3.1 и 3.2, подробно за все годы наблюдения – в приложении В.

Таблица 3.2 – Показатели динамики коечного фонда медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в стационарных условиях в Российской Федерации, за 2014-2022 гг.\*

Показатели	Число коек, фактически развернутых и свернутых на ремонт		
	на конец отчетного года	из них: расположенных в сельской местности	средне-годовых
<b>Койки психиатрического профиля для взрослых</b>			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-14550	-2209	-17634,5
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-11,03	-5,29	-13,31
Средний темп прироста, %	-1,5	-0,7	-1,8
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,936	0,841	0,967
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	102,1731 $>5,5914$	37,0615 $>5,5914$	208,174 $>5,5914$
<b>из них: психосоматического профиля</b>			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-2359	+373	-2625
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-49,8	+224,7	-53,55
Средний темп прироста, %	-8,3	+15,9	-9,1
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,471	0,505	0,552
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	6,2237 $>5,5914$	7,1377 $>5,5914$	8,6284 $>5,5914$

## Продолжение таблицы 3.2

из них: соматопсихиатрического профиля			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-1666	-1107	-1873
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-52,75	-66,81	-58,7
Средний темп прироста, %	-9,0	-12,9	-10,5
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,758	0,525	0,814
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	21,9852 $>5,5914$	7,7232 $>5,5914$	30,7301 $>5,5914$
Токсикологического профиля			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-274	-	-344
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-27,1	-	-33,93
Средний темп прироста, %	-3,9	-	-5,1
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,783	-	0,917
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	25,2998 $>5,5914$	-	77,5572 $>5,5914$
Наркологического профиля			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-3293	-365	-4567,85
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-14,82	-19,11	-20,17
Средний темп прироста, %	-2,0	-2,6	-2,8
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,935	0,962	0,953
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	101,1535 $>5,5914$	178,597 $>5,5914$	142,36 $>5,5914$

\* ФСН № 30 по РФ, 2014-2022 гг. Приложение В

Наибольшее число коек (117,3 тыс. ед., 2022 г.,  $p<0,05$ ) в коечном фонде – койки психиатрического профиля для взрослых, в динамике оно уменьшилось (на 11,0%, на 14,6 тыс. коек, с 131,9 тыс. до 117,3 тыс. коек) с выраженной устойчивой тенденцией ( $R^2=0,936$ ); в среднем показатель с каждым годом сокращался на 1,5%. В их числе - койки психосоматического и соматопсихиатрического профиля – 2378 и 1492 коек, соответственно (2022 г.). Отрицательную динамику фиксирует число коек психосоматического профиля (темп прироста=-49,8%; с 4,7 тыс. до 2,4 тыс. коек) при средних темпах сокращения 8,3% в год. Обращает на себя внимание рост коек психосоматического профиля, расположенных в сельской местности (на 224,7%, на 373 коек, с 166 до 539 коек), со средним темпом прироста 15,9% в год. За период наблюдения отмечается существенное снижение числа коек соматопсихиатрического профиля (на 52,8%, с 3,2 тыс. до 1,5 тыс. коек), с устойчивой динамикой ( $R^2=0,758$ ), в том числе в сельской местности – на 66,8% (с

1657 до 550 коек), при средних темпах сокращения 9,0% и 12,9% в год, соответственно.

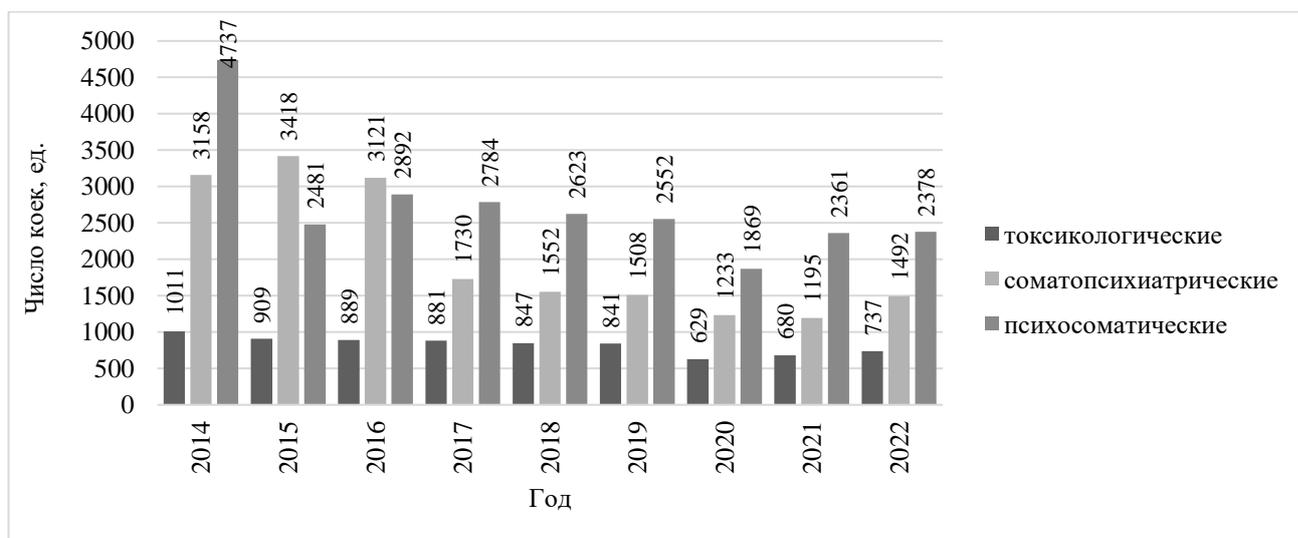


Рисунок 3.1 - Динамика числа коек токсикологического, соматопсихиатрического и психосоматического профиля в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн.

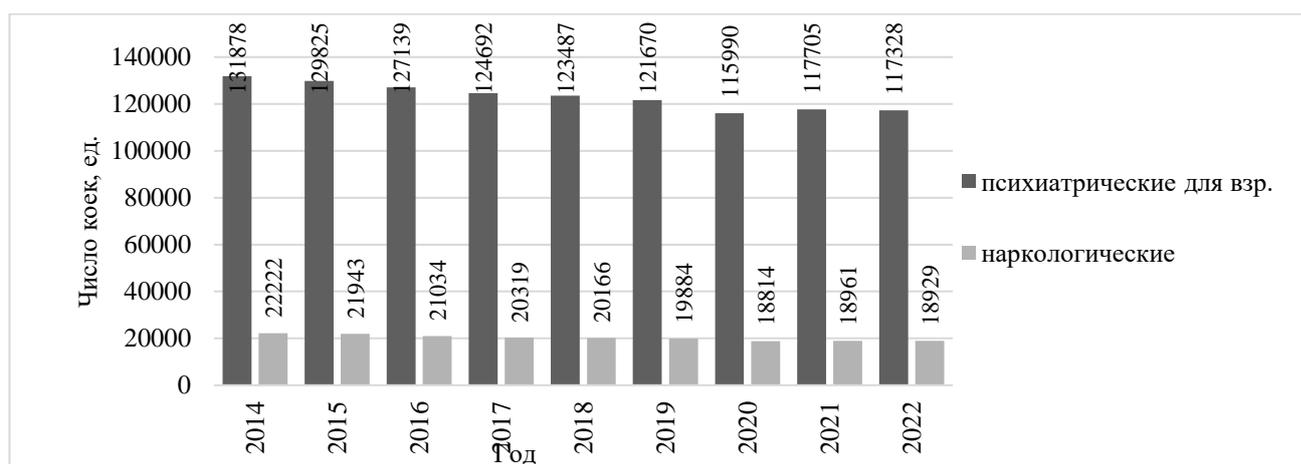


Рисунок 3.2 - Динамика числа коек психиатрического и наркологического профиля в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн.

На втором месте по численности – койки наркологического профиля (20252,4±1274,0 ед), 18929 тыс. коек, 2022 г. За период 2014-2022 гг. наблюдалось снижение числа коек (на 14,8%, на 3,2 тыс. коек), в том числе расположенных в сельской местности – на 19,1% (с 1,9 тыс. до 1,5 тыс. коек); в среднем показатели с каждым годом сокращались на 2,2% и 2,6%, соответственно. Отмечалась выраженная устойчивая тенденция динамики ( $R^2=0,935$  и  $R^2=0,962$ , соответственно).

Среднее число коек токсикологического профиля в стране не превышало 1 тыс. ед. ( $824,9 \pm 120,8$  коек) и составляло 737 коек в 2022 г. В динамике наблюдается снижение их числа практически на треть (на 27,1%, на 274 койки, с 1011 до 737 коек) с выраженной устойчивой тенденцией ( $R^2=0,935$ ).

Таким образом, МП пациентам с ААсП оказывалась в МО и структурных подразделениях наркологического, психиатрического и токсикологического профиля в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара, в стационарных условиях, а также силами выездных БСМП вне МО. За период наблюдения отмечается снижение числа МО и структурных подразделений психиатрического, наркологического и психотерапевтического профиля в РФ, оказывающих МП в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; снижение числа коек наркологического, психиатрического, соматопсихиатрического, психосоматического, токсикологического профиля МО и структурных подразделений, оказывающих МП пациентам с ААсП в стационарных условиях (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>1</sup>).

### **3.2 Штаты медицинских организаций наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией**

В исследовании представлены данные по штатам персонала в МО и структурных подразделениях наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, оказывающих МП пациентам с ААсП как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Обобщенные данные по результатам исследования представлены в таблицах 3.3 и 3.4, на рисунках 3.3 и 3.4, более подробно по годам за весь период наблюдения – в приложениях Г и Д.

Амбулаторные условия (Таблица 3.3). Основное количество штатных должностей в подразделениях, оказывающих МП в амбулаторных условиях – специалисты врачи-психиатры и врачи-психиатры-наркологи ( $7540,8 \pm 173,7$  ед. и

6506,9±227,7 ед., соответственно). За период наблюдения отмечалась статистически незначимая динамика числа штатных, занятых должностей и физических лиц этих специалистов. Достаточно высокой оставалась укомплектованность штатов по занятым должностям (85,4±3,0% и 80,7±1,8%, соответственно) при низких значениях укомплектованности штатов по физическим лицам (62,3±0,8% и 51,7±1,3%, соответственно), что может свидетельствовать о высоких показателях совместительства и уровня нагрузки на этих специалистов.

Врачи-психиатры-наркологи участковые и фельдшеры-наркологи – на втором месте по количеству амбулаторных специалистов (692,2±111,2 ед. и 686,2±26,8 ед. штатных должностей, соответственно).

Следует отметить существенную отрицательную динамику участковых врачей-психиатров-наркологов за 2014-2022 гг.: на треть отмечалось снижение и штатных (-30,8%), и занятых (-33,4%) должностей, а также физических лиц (темп прироста=-23,1%) со средним ежегодным темпом сокращения на 4,5%, 5,0% и 3,2%, с выраженной устойчивой тенденцией ( $R^2=0,854$ ,  $R^2=0,888$  и  $R^2=0,812$ ), соответственно. При высоких показателях укомплектованности штатов по занятым должностям (82,0±2,5%) за все годы наблюдения низкой оставалась укомплектованность физическими лицами (57,1±1,3%), что может свидетельствовать о высоких уровнях совместительства (совмещения) должностей и нагрузки на этих специалистов.

Численность фельдшеров-наркологов относительно стабильна как по штатным (686,2±26,8 ед.) и занятым (618,4±28,3 ед.) должностям, так и по физическим лицам (514,8±22,4 чел.), динамика их числа статистически не значима. При этом отмечается высокий уровень (по сравнению с другими должностями) укомплектованности кадров как по занятым должностям, так и по физическим лицам (90,1±1,5% и 75,0±1,3%, соответственно).

Таблица 3.3 – Показатели динамики медицинского персонала наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в Российской Федерации, за 2014-2022 гг.\*

Показатели	Число должностей, ед.		Физ. лица, чел.	Укомплектованность, %	
	штатные	занятые		по занятым должностям	по физ. лицам
<b>Врачи-психиатры</b>					
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	+311,5	-270,75	+287	-	-
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	+4,27	-4,15	+6,4	-8,07	+2,05
Средний темп прироста, %	+0,5	-0,5	+0,8	-1,1	+0,2
Коэфф. аппроксимации ( $R^2$ )	0,725	0,869	0,643	0,93	0,017
F критерий	18,48	46,45	12,63	92,37	0,121
<b>Врачи-психиатры-наркологи</b>					
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-677,5	-786,5	-90	-	-
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-10,04	-13,99	-2,68	-4,39	+8,17
Средний темп прироста, %	-1,3	-1,9	-0,3	-0,6	+1,0
Коэфф. аппроксимации ( $R^2$ )	0,892	0,970	0,342	0,832	0,899
F критерий	57,83	225,46	3,64	34,72	62,43
<b>из них врачи-психиатры-наркологи участковые</b>					
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-264,5	-240,5	-105	-	-
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-30,76	-33,4	-23,13	-3,82	+11,02
Средний темп прироста, %	-4,5	-5,0	-3,2	-0,5	+1,3
Коэфф. аппроксимации ( $R^2$ )	0,854	0,888	0,812	0,663	0,601
F критерий	40,98	55,46	30,33	13,76	10,56
<b>Врачи-токсикологи</b>					
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-5	-0,75	-1	-	-
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-76,92	-33,33	-50,0	+188,85	+116,67
Средний темп прироста, %	-16,8	-4,9	-8,3	+1,14	+10,2
Коэфф. аппроксимации ( $R^2$ )	0,865	0,485	0,219	0,684	0,308
F критерий	44,74	6,60	1,96	15,18	3,12
<b>Фельдшеры-наркологи</b>					
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-1,25	-19	-10	-	-
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-0,18	-3,03	-1,93	-2,86	-1,75
Средний темп прироста, %	-0,02	-0,4	-0,2	-0,4	-0,2
Коэфф. аппроксимации ( $R^2$ )	0,043	0,292	0,018	0,757	0,014
F критерий	0,31	2,89	0,13	21,79	0,10

\*Приложение Г.

Значительно снизилось в амбулаторных условиях число врачей-токсикологов: при изначально малом их количестве (штатных должностей в 2014 г. - 6,5 ставок, в 2022 г. – 1,5 ставки) число штатных должностей с 2014 г. уменьшилось на 76,9%, занятых – на 33,3%, физических лиц – на 50,0% и составило в 2022 г. всего 1 физическое лицо (на 1,5 ставки). Отмечалась также низкая укомплектованность штатов этих специалистов как по занятым должностям, так и по физическим лицам ( $52,3 \pm 20,9\%$  и  $42,2 \pm 31,4\%$ , соответственно).

Стационарные условия (Таблица 3.4). Врачи-психиатры значительно превосходили по численности остальных специалистов ( $p < 0,05$ ), оказывающих МП пациентам с ААсП в стационарных условиях ( $372070,2 \pm 23328,7$  ед.); динамика их числа за 2014-2022 гг. незначительна как по штатным и занятым должностям, так и по физическим лицам; укомплектованность штатов по занятым должностям высока и составляет  $87,3 \pm 4,0\%$ , по физическим лицам –  $59,3 \pm 1,3\%$ , что может свидетельствовать о значительном уровне совместительства должностей.

По численности врачи-психиатры-наркологи занимали второе место ( $3264,3 \pm 148,1$  ед. штатных должностей) среди специалистов, оказывающих МП пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в стационарных условиях. Отмечено снижение их штатных ( $-13,6\%$ ) и занятых ( $-19,7\%$ ) должностей, а также физических лиц ( $-15,8\%$ ) за период наблюдения, выраженная устойчивая тенденция ( $R^2 = 0,827; 0,975$ ) со средним ежегодным темпом снижения на 1,8 и 2,1%. Укомплектованность по занятым должностям достаточно высока ( $86,4 \pm 3,1\%$ ) при низком показателе ( $52,10 \pm 1,32\%$ ) по физическим лицам.

Врачи-токсикологи среди врачей-специалистов, оказывающих МП пациентам с ААсП, немногочисленны ( $373,2 \pm 41,0$  штатных единиц). Тем не менее, за период 2014-2022 гг. наблюдается отрицательная динамика количества штатных ( $-27,1\%$ ) и занятых ( $-36,7\%$ ) должностей, а также трудоустроенных на должности физических лиц ( $-24,7\%$ ), выраженная устойчивая тенденция ( $R^2 = 0,948-0,798$ ) со средним ежегодным темпом снижения на 3,9%, 5,6% и 3,5%, соответственно. Укомплектованность по занятым должностям составляла  $81,6 \pm 4,6\%$  с некоторой

отрицательной динамикой за годы наблюдения (-11,7%), по физическим лицам она была низкой –  $46,2 \pm 1,5\%$ .

Таблица 3.4 – Показатели динамики медицинского персонала в медицинских организациях и структурных подразделениях, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в стационарных условиях в Российской Федерации за 2014-2022 гг.\*

Показатели	Число должностей, ед.		Физ. лица, чел.	Укомплектованность, %	
	штатные	занятые		по занятым должностям	по физ. лицам
<b>Врачи-психиатры</b>					
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	+1863,5	-21946	+ 6187	-	-
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	+0,51	-6,68	+ 2,96	-9,68	-2,75
Средний темп прироста, %	+0,06	- 0,9	+ 0,4	-1,4	-0,3
Коэфф. аппроксимации ( $R^2$ )	0,263	0,075	0,5046	0,942	0,6491
F критерий	2,4932	0,5695	7,1294	113,7043	12,951
<b>Врачи-психиатры-наркологи</b>					
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-470,75	-611,25	-289	-	-
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-13,58	-19,7	-15,84	-6,34	-2,62
Средний темп прироста, %	-1,8	-2,7	-2,1	-0,9	-0,3
Коэфф. аппроксимации ( $R^2$ )	0,8272	0,9753	0,9165	0,8913	0,4731
F критерий	33,5155	276,03	76,844	57,414	6,2843
<b>Врачи-токсикологи</b>					
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-114,5	-137,5	-47	-	-
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-27,08	-36,72	-24,74	-13,21	+3,23
Средний темп прироста, %	-3,9	-5,6	-3,5	-1,8	+0,18
Коэфф. аппроксимации ( $R^2$ )	0,9482	0,9683	0,7979	0,9311	0,2165
F критерий	128,05	214,05	27,632	94,576	1,934
<b>Фельдшеры-наркологи</b>					
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	+7,25	+3,5	+14	-	-
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	+12,72	+6,25	+53,85	-5,74	+36,51
Средний темп прироста, %	+1,5	+0,8	+5,5	-0,7	+4,0
Коэфф. аппроксимации ( $R^2$ )	0,013	0,063	0,049	0,503	0,409
F критерий	0,089	0,472	0,361	7,072	4,85

\*Приложение Д.

Среди фельдшеров-наркологов ( $78,0 \pm 10,0$  штатных единиц) также наблюдалась отрицательная динамика по штатным (-21,6%) и занятым (-24,2%)

должностям, по физическим лицам (-21,6%) при высокой укомплектованности штатов по занятым (93,6±3,3%) должностям и незначительной – по физическим лицам (61,9±5,1%).

Общее количество специалистов (физических лиц), оказывавших МП пациентам с ААсП в амбулаторных и стационарных условиях в период 2014-2022 гг. представлено на рисунках 3.3 и 3.4.

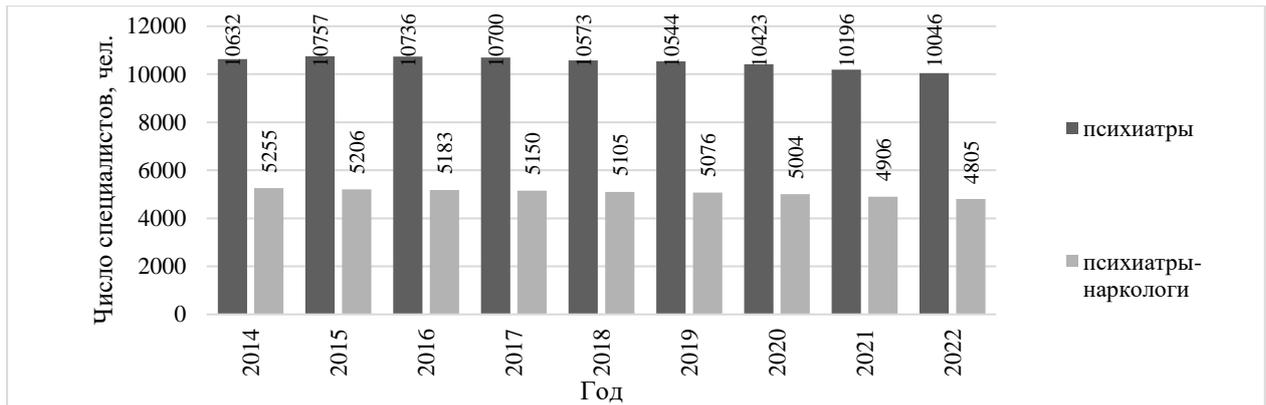


Рисунок 3.3 - Динамика числа специалистов (врачей-психиатров и врачей-психиатров-наркологов - физических лиц), оказывающих помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в амбулаторных и стационарных условиях в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн.

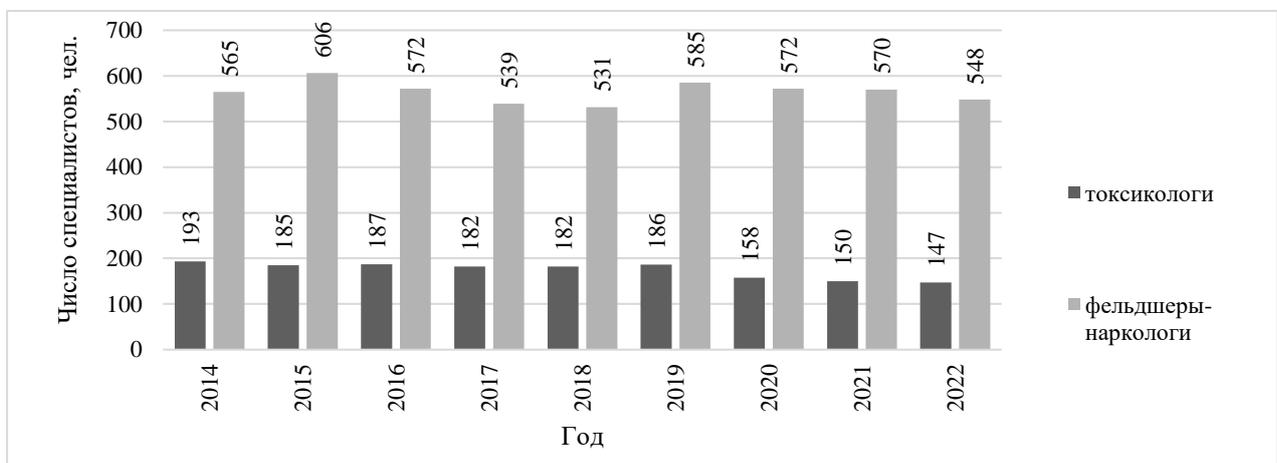


Рисунок 3.4 - Динамика числа специалистов (врачей-токсикологов и фельдшеров-наркологов - физических лиц), оказывающих помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в амбулаторных и стационарных условиях в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн.

В лечебно-диагностическом процессе и реабилитации пациентов с наркологическими нарушениями участвуют также специалисты врачи-психотерапевты, медицинские психологи, врачи-физиотерапевты, врачи-

диетологи, врачи по лечебной физкультуре, специалисты по социальной работе, социальные работники.

Таким образом, анализ кадровых ресурсов, оказывавших МП пациентам с ААсП в период 2014-2022 гг., выявил тенденцию к снижению численности специалистов практически по всем должностям. Наиболее существенным (на треть) было снижение числа врачей-психиатров-наркологов участковых (на 35,4% по штатным должностям, на 38,0% по занятым должностям, на 31,7% по физическим лицам) и врачей-токсикологов (темп прироста=-76,9%, -33,3% и -50,0%, соответственно).

Среди врачей-специалистов, оказывающих МП в стационарных условиях наиболее существенным было снижение числа врачей-токсикологов (на 27,1%, 36,7% и 24,7%, соответственно) и фельдшеров-наркологов (темп прироста=-21,6%, -24,2% и -21,6%, соответственно).

Укомплектованность врачебного состава по занятым должностям различных специальностей оставалась достаточно высокой (более 80,0%) при низкой укомплектованности физическими лицами (50,0-60,0%), что могло свидетельствовать о высоком коэффициенте совместительства (совмещения) должностей и нагрузке на этих специалистов.

### **3.3 Показатели работы медицинских организаций наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией**

В значительной степени объемные показатели работы МО и подразделений определяются их структурными характеристиками и мощностью (по числу посещений в смену и коечному фонду). Эти показатели в динамике 2014-2022 гг. представлены в таблицах 3.5, 3.6 и 3.7, рисунке 3.5, в приложениях Е, Ж, З.

Ежегодно в амбулаторных условиях наблюдается более 30,0 млн посещений врачей-психиатров (взрослых и детей, в том числе в профилактических целях), более половины из которых (18,2 млн) – посещения участковых врачей-

психиатров; более трети посещений (11,3 млн) – по поводу заболеваний взрослого населения. Посещения врачей-психиатров-наркологов составляют 26,9 млн в год, из которых 6,9 млн (25,7%) – по поводу заболеваний взрослого населения. Значимая динамика посещений отмечена у врачей-психиатров-наркологов по поводу заболеваний у взрослых (-20,4%), в том числе на дому (темп прироста=-52,9%) со средним ежегодным темпом снижения на 2,8% и 9,0%, соответственно, с выраженной устойчивой тенденцией ( $R^2=0,844$  и  $R^2=0,962$ ). Существенной она была и у врачей-психиатров-наркологов участковых: снижение общего числа посещений (-25,6%), в том числе по поводу заболеваний у взрослых (-34,2%), и посещений на дому (-65,8%) со средним ежегодным темпом сокращения на 3,6%, 5,1% и 12,5%, с выраженной устойчивой тенденцией ( $R^2=0,869$ ,  $R^2=0,935$  и  $R^2=0,812$ ), соответственно (Таблица 3.5).

Таблица 3.5 – Коэффициенты динамики объемных показателей работы медицинских организаций и структурных подразделений психиатрического и наркологического профиля, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в Российской Федерации за 2014-2022 гг.\*

Показатели	Число посещений		Число посещений на дому
	всего, включая профилактические	в том числе, по поводу заболеваний взрослыми 18 лет и старше	
<b>Врачи-психиатры</b>			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	+66807	-925713	-37329
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	+0,23	-7,83	-6,76
Средний темп прироста, %	+0,03	-1,0	-0,9
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,009	0,742	0,004
F критерий	0,006	20,152	0,009
<b>из них: врачи-психиатры участковые</b>			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-823224	-411618	-54176
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-4,49	-4,62	-10,63
Средний темп прироста, %	-0,6	-0,6	-1,4
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,08	0,446	0,038
F критерий	0,608	5,638	0,274

Продолжение таблицы 3.5

Врачи-психиатры-наркологи			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-2145331	-1581280	-47006
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-7,92	-20,44	-52,95
Средний темп прироста, %	-1,0	-2,8	-9,0
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,272	0,844	0,962
F критерий	2,609	37,796	177,89
из них: врачи-психиатры-наркологи участковые			
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-1180989	-547556	-13748
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-25,57	-34,23	-65,76
Средний темп прироста, %	-3,6	-5,1	-12,5
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,869	0,935	0,812
F критерий	46,452	101,24	30,29

\*Приложение Е.

В стационарных условиях наиболее востребованными были койки психиатрического профиля для взрослых: на них ежегодно госпитализируется  $575800,8 \pm 51924,4$  пациентов, в 10 раз меньше – на койки токсикологического профиля ( $57429,6 \pm 10885,0$  чел.). Значительное число пациентов, соизмеримое с числом пациентов, поступающих на койки психиатрического профиля для взрослых, поступает и на койки наркологического профиля ( $483563,8 \pm 40916,0$  чел. в год) (Таблица 3.6).

За период наблюдения отмечается снижение числа госпитализаций на все виды коек исследуемых профилей. В наибольшей степени поток госпитализаций сократился на койки соматопсихиатрического профиля (-51,8%), на треть – на койки токсикологического (-34,9%) и психосоматического (-35,9%) профиля, ( $p < 0,05$ ), значительно меньше – на койки наркологического (-14,4%) и койки психиатрического профиля для взрослых (-12,3%).

Наиболее существенное снижение потока пациентов на койки соматопсихиатрического профиля характеризовалось средним ежегодным темпом сокращения на 8,7% с выраженной устойчивой тенденцией ( $R^2=0,889$ ).

Таблица 3.6 – Коэффициенты динамики объемных показателей работы медицинских организаций и структурных подразделений наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в Российской Федерации за 2014-2022 гг.\*

Показатели	Поступило пациентов, чел.	
	всего	в том числе взрослых 18 лет и старше
<b>Койки наркологического профиля</b>		
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-76203	-71814
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-14,37	-13,74
Средний темп прироста, %	-1,9	-1,8
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,684	0,671
F критерий	15,172	14,264
<b>койки психиатрического профиля для взрослых</b>		
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-75747	-71290
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-12,26	-11,88
Средний темп прироста, %	-1,6	-1,6
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,598	0,594
F критерий	10,394	10,231
<b>из них: койки психосоматического профиля</b>		
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-10778	-10725
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-35,95	-36,26
Средний темп прироста, %	-5,4	-5,5
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,666	0,669
F критерий	13,956	14,134
<b>из них: койки соматопсихиатрического профиля</b>		
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-10660	-10481
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-51,83	-51,41
Средний темп прироста, %	-8,7	-8,6
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,889	0,889
F критерий	56,293	56,264
<b>Койки токсикологического профиля</b>		
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	-23239	-18855
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-34,85	-32,83
Средний темп прироста, %	-5,2	-4,9
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,615	0,551
F критерий	11,197	8,597

\*Приложение Ж.

Около полумиллиона пациентов ежегодно выписываются после лечения на койках наркологического ( $485769,8 \pm 39667,1$  чел.) и психиатрического ( $576750,3 \pm 48218,4$  чел.) профиля. С коек токсикологического профиля выписывается существенно меньшее число пациентов ( $64842,4 \pm 12409,7$  чел.),  $p < 0,05$ . Соответственно, и число проведенных пациентами койко-дней различается на этих койках значительно: более 6,0 млн дн. в год – на койках наркологического профиля, в 1,5 раза меньше (4,0 млн дн.) – на койках психиатрического профиля для взрослых и только 0,2 млн дн. – на койках токсикологического профиля, с отчетливой отрицательной динамикой в диапазоне 20,0-60,0% за 2014-2022 гг. (Рисунок 3.5. Таблица 3.7).

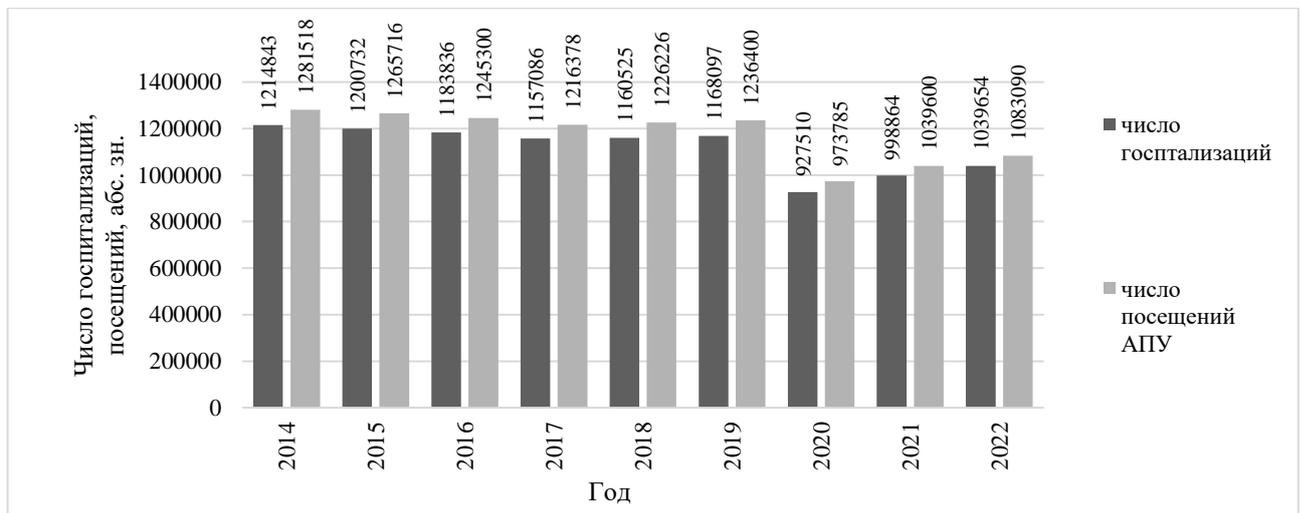


Рисунок 3.5 – Динамика объемных показателей работы медицинских организаций и структурных подразделений наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн.

Средняя длительность пребывания на койке существенно варьировала на койках разного профиля. Максимальной она была на койках психиатрического профиля для взрослых ( $68,8 \pm 2,3$  дн.,  $p < 0,05$ ), минимальной – на койках наркологического и токсикологического профиля ( $12,3 \pm 0,9$  дн. и  $3,4 \pm 0,2$  дн., соответственно,  $p < 0,05$ ), с отрицательной динамикой в диапазоне 10,0-35,0% на койках разных профилей за 2014-2022 гг.

Таблица 3.7 – Коэффициенты динамики показателей медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам на койках наркологического, психиатрического и токсикологического профиля в Российской Федерации, 2014-2022 гг.\*

Показатели	Выписано пациентов			Умерло пациентов		Проведено койко-дней, дн.	Средняя длительность пребывания на койке, дн.
	Всего чел.	в том числе старше трудоспособного возраста					
		Абс. зн.	%	Абс. зн.	%		
<b>койки наркологического профиля</b>							
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	-14,0	-1,3	+ 15,56	- 38,76	-33,33	-30,37	-19,26
Средн. темп прироста, %	-1,9	-0,2	+1,8	-6,0	-4,9	-4,4	-2,6
Коэффициент аппроксимации (R <sup>2</sup> )	0,683	0,03	0,307	0,659	0,525	0,914	0,987
<b>койки психиатрического профиля для взрослых</b>							
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	- 12,73	-4,51	+ 9,52	-45,2	-35,71	-20,75	-9,22
Средн. темп прироста, %	-1,7	-0,6	+1,1	-7,2	-5,4	-2,9	-1,2
Коэффициент аппроксимации (R <sup>2</sup> )	0,663	0,201	0,399	0,959	0,817	0,921	0,479
<b>из них: койки психосоматического профиля</b>							
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	- 37,15	-29,93	+11,51	- 71,23	-56,25	-65,8	-45,49
Средн. темп прироста, %	-5,6	-4,4	+1,4	-14,4	-9,8	-12,6	-7,3
Коэффициент аппроксимации (R <sup>2</sup> )	0,653	0,444	0,070	0,454	0,124	0,656	0,31
<b>из них: койки соматопсихиатрического профиля</b>							
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	- 40,24	-24,67	+26,13	- 56,89	-26,87	-61,48	-35,69
Средн. темп прироста, %	-6,2	-3,5	+2,9	-10,0	-3,8	-11,2	-5,4
Коэффициент аппроксимации (R <sup>2</sup> )	0,855	0,637	0,31	0,957	0,556	0,817	0,677
<b>койки токсикологического профиля</b>							
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	- 33,78	-35,61	-3,36	- 50,92	-23,08	-44,34	-15,38
Средн. темп прироста, %	-5,0	-5,4	-0,4	-8,5	-3,2	-7,1	-2,1
Коэффициент аппроксимации (R <sup>2</sup> )	0,657	0,469	0,028	0,47	0,0004	0,896	0,46

\*Приложение 3.

Анализ возрастного состава пациентов стационаров позволил заключить, что наиболее «молодой» контингент был госпитализирован на койки наркологического и токсикологического профилей: пациенты старше трудоспособного возраста занимали на этих койках 10,8% и 12,4%, соответственно. Они же составляли до

половины больных на койках психосоматического и соматопсихиатрического профилей – 48,6% и 44,7%, соответственно.

Отсутствует значимая возрастная динамика числа пациентов на койках этих профилей, за исключением соматопсихиатрического: на них доля пациентов старше трудоспособного возраста возросла за 2014-2022 гг. на 26,1% ( $p < 0,05$ ).

Летальность самой высокой ( $p < 0,05$ ) была на койках соматопсихиатрического профиля – 5,7%, сопряженная, в том числе, с возрастными особенностями пациентов (лица старше трудоспособного возраста составляли на этих койках 44,7%), самая низкая ( $p < 0,05$ ) – среди «молодых» пациентов, получающих лечение на койках наркологического профиля (0,2%).

Таким образом, за период 2014-2022 гг. отмечается снижение числа посещений врачей-психиатров-наркологов по поводу заболеваний у взрослых (на 20,4%), в том числе на дому (-52,9%) и врачей-психиатров-наркологов участковых (снижение общего числа посещений на 25,6%), в том числе по поводу заболеваний у взрослых (темп прироста=-34,2%), и посещений на дому (темп прироста=-65,8%). Установлено снижение числа госпитализаций на койки наркологического, психиатрического и токсикологического профилей. В наибольшей степени поток госпитализаций сократился на койки соматопсихиатрического профиля (на 51,8%), на треть – на койки токсикологического (-34,9%) и психосоматического (на 35,9%) профиля. Отмечалась также отрицательная динамика (в диапазоне 20,0-60,0%) числа проведенных пациентами койко-дней и длительности пребывания на койке (в диапазоне 10,0-35,0%) по койкам разных профилей.

Самый «молодой» контингент пациентов был госпитализирован на койки наркологического и токсикологического профилей, пациенты старше трудоспособного возраста занимали эти койки в объеме 10,8% и 12,4%. Пациенты старше трудоспособного возраста составляли до половины больных на койках психосоматического и соматопсихиатрического профилей – 48,6% и 44,7%, соответственно, причем, их доля возросла на койках соматопсихиатрического профиля за 2014-2022 гг. на 26,1%. Показатель летальности самым высоким был также среди пациентов на койках соматопсихиатрического профиля (5,7%).

### **3.4 Изменения нормативно-правового регулирования, повлиявшие на медицинский маршрут пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией**

С 01.07.2023 г. вступил в законную силу Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н, исключивший возможность оказания МП пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, в МО и структурных подразделениях, осуществляющих деятельность по профилю «психиатрия». Размещение таких пациентов на койках соматопсихиатрического, психосоматического и психиатрического профилей более невозможно.

Однако, по данным федеральных статистических наблюдений прослеживается многолетняя тенденция: в общем числе госпитализированных на психиатрические и наркологические койки с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, значительно преобладает доля пациентов с алкогольными расстройствами. В 2020 г. она составляла 86,9%, а «...удельный вес госпитализаций по поводу расстройств, связанных с употреблением наркотиков, в 2020 г. составил 12,6%. При этом на больных с синдромом зависимости от наркотиков приходилось 10,6% от общего числа госпитализированных пациентов. Пациенты с токсикоманией и другими расстройствами, вызванными употреблением ненаркотических ПАВ, составили 0,5% от общего числа госпитализированных» (Киржанова В.В. и соавт., 2021).

При отсутствии компенсирующих мероприятий динамика коечного фонда медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях дневного стационара и стационарных условиях в период 2014-2024 гг. может быть представлена рисунком 3.6.

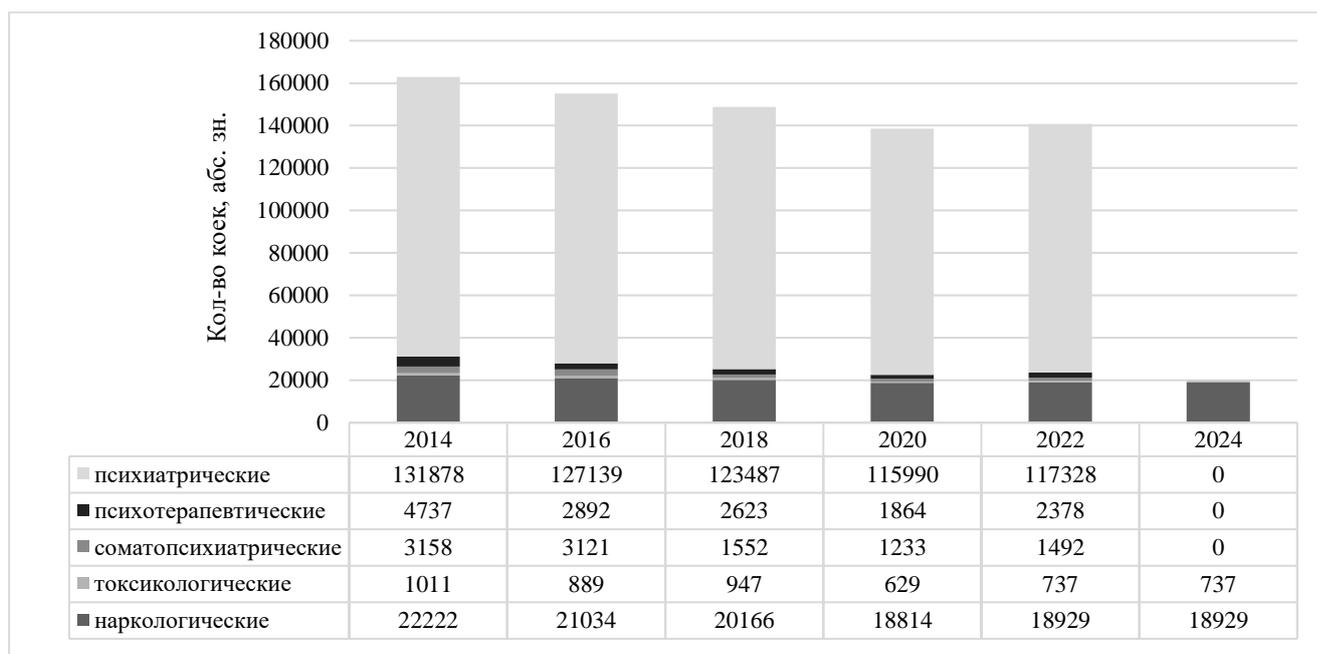


Рисунок 3.6 - Динамика коечного фонда медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях дневного стационара, стационарных условиях в Российской Федерации, 2014-2024 гг., абс. зн.

Действующий профильный порядок (Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н) исключил компетенцию оказания МП при психических и поведенческих расстройствах, вызванных употреблением алкоголя, из полномочий врачей-психиатров; теперь она закреплена за врачами-психиатрами-наркологами.

Обзор литературных и правовых источников позволяет заключить, что основания к выполнению медицинского вмешательства без согласия лица оказались локализованы нормами общего отраслевого законодательства – правоприменительная практика недобровольной госпитализации в МО или структурное подразделение психиатрического профиля утратилась. Это не только осложнило маршрутизацию имеющих выраженные психические нарушения пациентов с ААсП, но и ограничило возможности оказания МП для пациентов со сниженной и измененной в силу алкоголизации критикой.

Изменения в порядке оказания МП при психических и поведенческих расстройствах привели к пробелам и конфликтам в регламентации маршрута пациентов с ААсП. Так, согласно Приказу Минздрава России от 30.12.2015 №

1034н, пациенты алкогольной группы с признаками психических расстройств должны маршрутизироваться в психиатрическую больницу.

По-прежнему, в случаях отравления этиловым алкоголем пациенты получают лечение на койках токсикологического профиля, а при их отсутствии в структуре МО – на койках реанимационного (интенсивной терапии), терапевтического профиля; пациенты с вредными (пагубными) последствиями и осложнениями соматического профиля, вызванными злоупотреблением алкоголем, а также пациенты с соматическими эквивалентами алкогольной зависимости маршрутизируются на койки по профилю соматического заболевания (состояния). Анализ объемных показателей работы, численности кадров, коечного фонда в период 2014-2022 гг. показывает востребованность и объем «выбывшего» из структуры оказания МП лицам с ААсП; при этом обнаружившиеся организационно-правовые проблемы медицинского маршрута позволяют предполагать перераспределение потока таких пациентов на койки многопрофильных стационаров.

**Резюме.** Результаты исследования настоящей главы, а также анализ профильных порядков оказания медицинской помощи в период 2014-2022 гг. в процессе оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в амбулаторных и стационарных условиях определяют ключевое участие медицинских организаций и структурных подразделений по профилям «психиатрия», «психиатрия-наркология», «токсикология».

Снижалось число амбулаторных подразделений и коечного фонда стационаров по профилям «психиатрия», «психиатрия-наркология», «токсикология». Анализ кадровых ресурсов выявил тенденцию к снижению численности специалистов практически по всем должностям и укомплектованности врачебного состава по занятым должностям при низкой укомплектованности физическими лицами. Наиболее существенным (на треть) было снижение в амбулаторных условиях числа врачей-психиатров-наркологов участковых (на 35,4% по штатным должностям, на 38,0% по занятым должностям, на 31,7% физическими лицами) и врачей-токсикологов (на 76,9%, на 33,3% и на

50,0%, соответственно), в стационарных условиях снижение числа врачей-токсикологов (на 27,1%, 36,7% и 24,7% соответственно) и фельдшеров-наркологов (на 21,6%, 24,2% и 21,6%, соответственно). Снизилось число посещений врачей-психиатров-наркологов по поводу заболеваний у взрослых (на 20,4%), в том числе на дому (на 52,9%) и врачей-психиатров-наркологов участковых (в целом – на 25,6%, в том числе по поводу заболеваний у взрослых (-34,2%), и посещений на дому (-65,8%). Поток госпитализаций значительно сократился на койки соматопсихиатрического профиля (-51,8%), на треть – токсикологического (-34,9%) и психосоматического (-35,9%) профиля, а также на койки наркологического (-14,4%) и психиатрического для взрослых (-12,3%) профиля. Отмечалась отрицательная динамика числа проведенных пациентами койко-дней (в диапазоне 20,0-60,0%) и длительности пребывания на койке (на 10,0-35,0% по разным профилям).

В этот период наиболее широко были представлены МО и подразделения психиатрического профиля, число отделов и отделений этого профиля существенно снизилось (на 74,1%, с 201 ед. до 52 ед.); врачи-психиатры значительно превосходили по численности остальных специалистов ( $p < 0,05$ ), оказывающих МП пациентам с ААсП в стационарных условиях ( $372070,2 \pm 23328,7$  ед.). Койки и специалисты этого профиля были востребованы для лечения пациентов с тяжелыми алкогольными расстройствами, доля пациентов с алкогольными расстройствами значимо преобладала в общем числе госпитализированных.

В последующем (с 01.07.2023 г.) произошли изменения в отраслевой нормативно-правовой базе, исключившие МО и структурные подразделения по профилю «психиатрия» (а, следовательно, отделы, отделения, кабинеты и койки психиатрического, психотерапевтического, соматопсихиатрического профиля) из системы оказания МП пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя.

Это обстоятельство, а также обнаруженные противоречия и пробелы полинормативного регулирования затрудняют и ограничивают возможности

оказания МП при ААсП, особенно для пациентов с нарушениями психической сферы. При этом организационно-правовые проблемы медицинского маршрута позволяют предполагать увеличение обращаемости в МО и структурные подразделения соматического профиля, осуществляющие помощь в амбулаторных условиях, и перераспределение потока таких пациентов на койки многопрофильных стационаров. Необходимы срочные и доступные компенсирующие меры.

## ГЛАВА 4 АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛКОГОЛИЗМОМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ОБЪЕМОВ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НАСЕЛЕНИЕМ

### 4.1 Анализ заболеваемости алкоголизмом в Российской Федерации

На основании данных федеральных статистических наблюдений (Минздрав России, Росстат) выполнен анализ ряда показателей за период 2003-2022 гг. – рисунки 4.1-4.3, таблица 4.1.

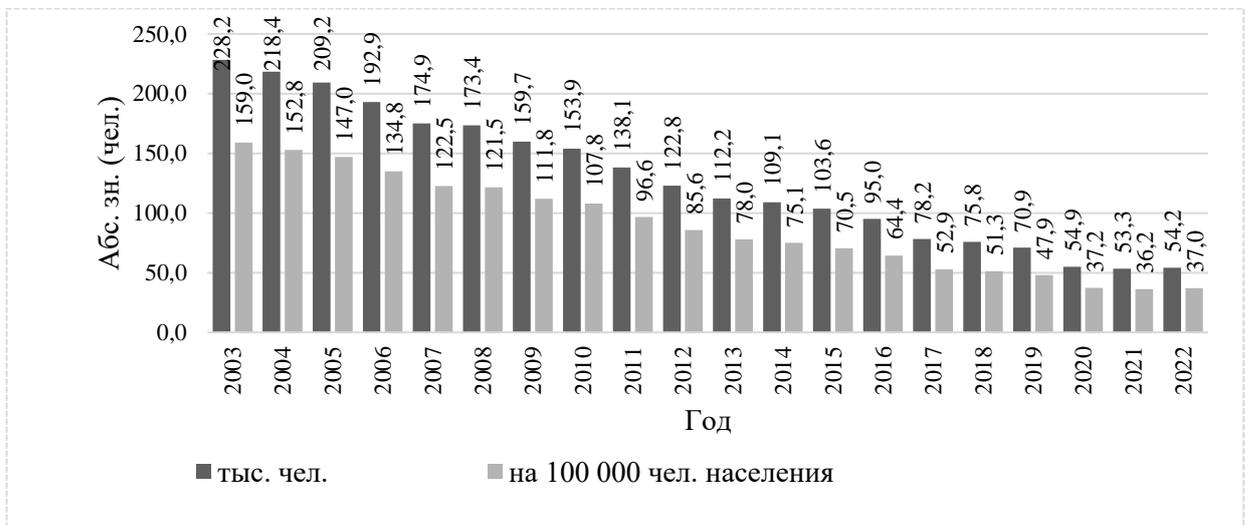


Рисунок 4.1 – Динамика заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами (число пациентов, взятых под диспансерное наблюдение впервые в жизни с установленным диагнозом в отчетном году в Российской Федерации), 2003-2022 гг., тыс. чел., на 100000 чел. населения

Из представленных данных видно, что среднее число пациентов, «...взятых под диспансерное наблюдение впервые в жизни с установленным диагнозом составило за 20 лет (2003-2022 гг.) наблюдения  $128,9 \pm 57,2$  тыс. чел. в год, за последние 10 лет (2013-2022 гг.) –  $80,7 \pm 23,0$  тыс. чел. в год, в расчете на 100000 чел. населения –  $89,5 \pm 40,7$  чел. и  $55,1 \pm 16,1$  чел., соответственно. В динамике отмечалось снижение показателя (абс. числа) на 76,2% за 20 лет (в среднем 9,2% в год, с выраженной устойчивой тенденцией,  $R^2=0,985$ ) и на 51,7% за 10 лет наблюдения,  $p < 0,05$ . В 2022 г. он составил 54,2 тыс. чел. (37,0 чел. на 100000 чел. населения)» (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>3,4</sup>).

Таблица 4.1 – Заболеваемость населения Российской Федерации алкоголизмом и алкогольными психозами\*

Год	Взято под диспансерное наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году		из них алкогольные психозы		Взято под диспансерное наблюдение в течение года в связи с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя		Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного года		из них алкогольные психозы		Численность пациентов, состоящих под наблюдением у психиатра-нарколога в связи с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя	
	всего, тыс. чел.	на 100 000 чел. насел.	всего, тыс. чел.	на 100 000 чел. насел.	всего, тыс. чел.	на 100 000 чел. насел.	всего, тыс. чел.	на 100 000 чел. насел.	всего, тыс. чел.	на 100 000 чел. насел.	всего, тыс. чел.	на 100 000 чел. насел.
2003	228,2	159,0	79,6	55,5	170,6	119,0	2213,1	1545,3	129,8	90,8	415,3	290,3
2004	218,4	152,8	77,1	54,0	159,3	111,6	2203,1	1544,2	127,1	89,3	407,3	286,1
2005	209,2	147,0	74,2	52,1	157,0	110,3	2190,7	1541,8	74,2	52,1	404,1	284,4
2006	192,9	134,8	66,2	46,5	144,4	101,3	2151,9	1506,3	117,1	82,2	388,2	272,4
2007	174,9	122,5	58,0	40,8	144,7	101,8	2115,8	1482,2	108,2	76,2	378,1	266,2
2008	173,4	121,5	57,9	40,8	150,4	106,0	2082,7	1459,1	108,5	76,5	378,6	266,8
2009	159,7	111,8	50,6	35,7	141,9	100,0	2016,5	1411,8	99,7	70,3	373,9	263,4
2010	153,9	107,8	47,5	33,2	135,2	94,6	1953,1	1367,1	95,4	66,8	351,8	246,3
2011	138,1	96,6	43,5	30,4	129,7	90,7	1865,9	1303,3	90,7	63,4	344,0	240,5
2012	122,8	85,6	37,5	26,2	114,0	79,6	1807,9	1259,1	82,4	57,5	333,0	232,3
2013	112,2	78,0	33,5	32,1	105,6	94,2	1749,5	1214,7	72,6	68,8	318,3	294,1
2014	109,1	75,1	23,3	21,9	73,5	64,4	1690,0	1151,6	50,5	47,0	221,5	201,1
2015	103,6	70,5	30,0	20,4	88,4	60,2	1577,0	1071,5	63,4	43,1	276,3	187,7
2016	95,0	64,4	25,5	17,3	69,3	47,2	1444,5	978,8	56,7	38,6	210,8	143,6
2017	78,2	52,9	19,6	13,3	50,1	34,1	1304,6	882,7	45,4	30,9	170,2	115,9
2018	75,8	51,3	18,5	12,6	42,6	29,0	1208,6	817,5	42,6	29,0	158,7	108,1

Продолжение таблицы 4.1

2019	70,9	47,9	16,9	11,5	26,7	18,1	1126,7	761,5	40,3	27,2	147,8	99,9
2020	54,9	37,2	14	9,5	25,6	17,4	1102,8	747,9	35	23,7	140,9	95,6
2021	53,3	36,2	12,8	12,9	25,1	17,1	1077,7	733,2	32,2	21,9	140,3	95,5
2022*	54,2	37,0	8,7	8,8	26,7	18,1	1051,4	717,9	30,9	21,1	139,7	95,4
Показатели динамики за 2003-2022 гг.												
Базисный темп прироста, %	-76,25	-76,73	-89,07	-84,14	-84,35	-84,79	-52,49	-53,54	-76,19	-76,76	-66,36	-67,14
Ср. темп прироста, %	-9,16	-7,4	-11,0	-9,2	-9,3	-9,4	-3,8	-4,0	-7,3	-7,4	-5,6	-5,7
R <sup>2</sup>	0,985	0,985	0,968	0,961	0,953	0,93	0,967	0,966	0,883	0,87	0,933	0,863

\*Без учета статистической информации по Донецкой Народной Республике (ДНР), Луганской Народной Республике (ЛНР), Запорожской и Херсонской областям.

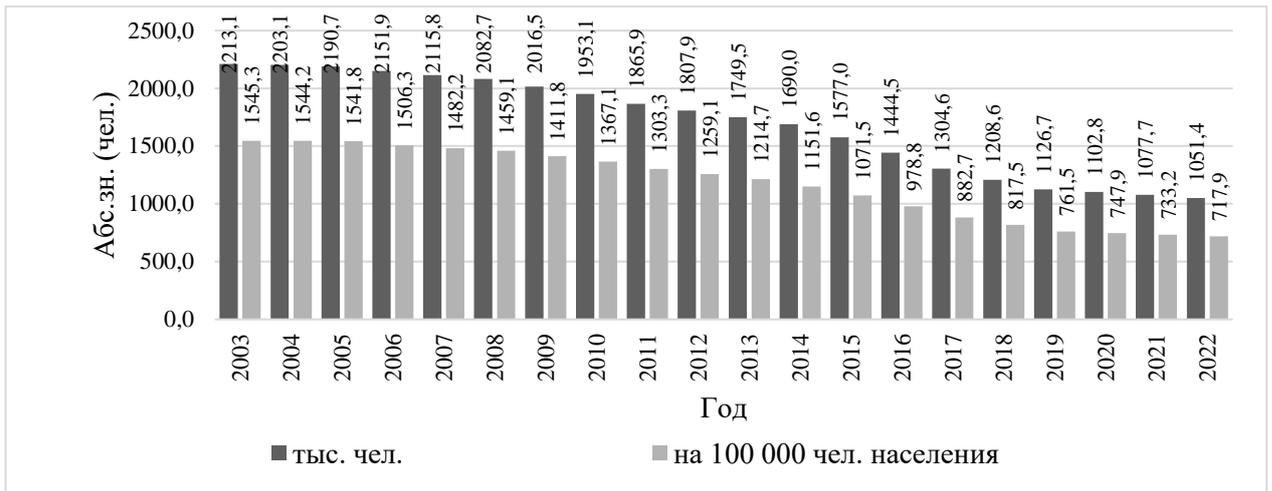


Рисунок 4.2 - Динамика заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами (численность пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного года в Российской Федерации), 2003-2022 гг., тыс. чел., на 100000 чел. населения

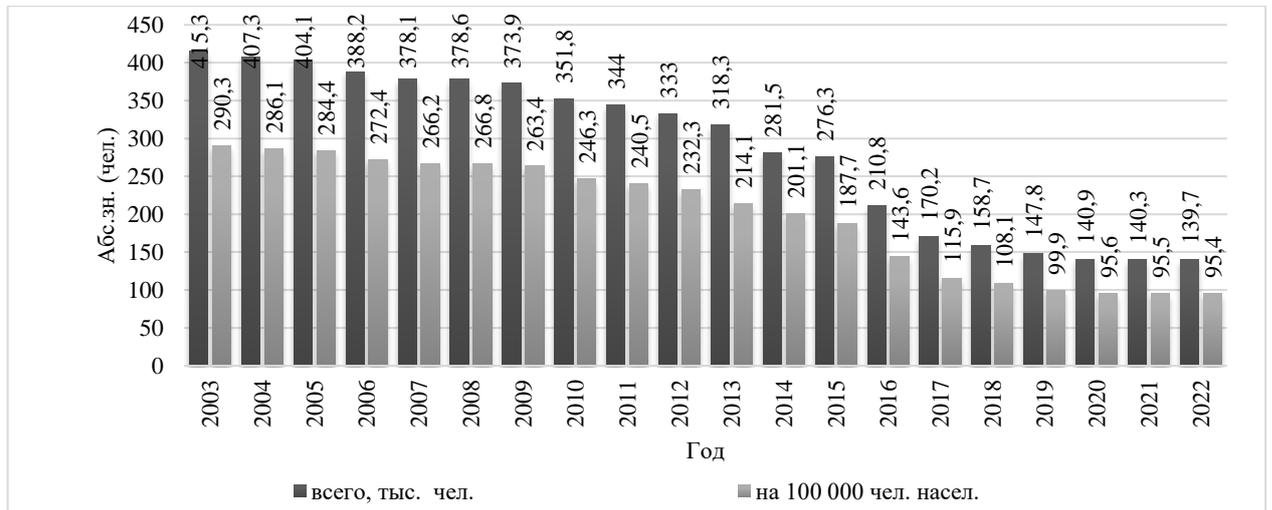


Рисунок 4.3 – Динамика заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами (численность пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением у врача-психиатра-нарколога в связи с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя в Российской Федерации), 2003-2022 гг., тыс. чел., на 100000 чел. населения

«В итоге, численность пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, составила: за 20 лет наблюдения –  $1696,7 \pm 426,6$  тыс. чел., за 10 лет наблюдения –  $1333,3 \pm 264,4$  тыс. чел., в расчете на 100000 чел. населения –  $1174,9 \pm 310,5$  чел. и  $907,7 \pm 184,9$  чел., соответственно, в 2022 г. – 1051,4 тыс. чел. (717,9 чел. на 100000 чел. населения). В динамике наблюдалось снижение числа больных, состоящих под диспансерным наблюдением, за 20 лет наблюдения – на

52,5% (в среднем 3,8% в год, с выраженной устойчивой тенденцией,  $R^2=0,967$ ), за 10 лет наблюдения – на 39,9%,  $p<0,05$ )» (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>2,4</sup>).

«Средняя годовая численность пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением у врача-психиатра-нарколога в связи с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя... составила  $284,9\pm 106,1$  тыс. чел., в том числе на 100000 чел. населения –  $204,3\pm 78,1$  тыс. чел.;.. она снизилась на 66,5% (на 275,5 тыс. чел., 2003-2022 гг.,  $p<0,05$ ),.. в расчете на 100000 чел. населения – на 67,1%,  $p<0,05$ )» (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>2,4</sup>).

Таким образом, анализ данных федеральных статистических наблюдений обнаруживает тенденцию снижения показателей заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами: произошло уменьшение «...численности пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением за период 2003-2022 гг. (за 20 лет наблюдения – на 52,5%, за 10 лет наблюдения – на 39,9%),.. числа больных, взятых под диспансерное наблюдение впервые в жизни с установленным диагнозом в отчетном году (на 76,2% за 20 лет и на 51,7% за 10 лет наблюдения),.. пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением у врача-психиатра-нарколога в связи с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (на 66,5%)» (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>1,2,4</sup>).

#### **4.2 Анализ показателей смертности (умерших от случайных отравлений алкоголем)**

Особую значимость имеет динамика показателей алкоголь-ассоциированной смертности и летальности. Анализ умерших от случайных отравлений алкоголем (Х45) на тыс. населения и 100000 чел. населения (Таблица 4.2, Рисунок 4.4), по половозрастному составу (Таблица 4.3, Рисунок 4.5), а также среди детского населения (Рисунок 4.6). «По представленным данным, в среднем за период наблюдения (2000-2022 гг.)  $17,1\pm 11,3$  тыс. чел. ( $11,8\pm 7,9$  чел. на 100000 тыс. населения) ежегодно умирает от отравления алкоголем; за последние 5 лет (период

2018-2022 гг.) этот показатель... составляет  $9,8 \pm 1,9$  тыс. чел. и  $6,7 \pm 1,3$  чел. на 100000 чел. населения, соответственно» (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>4</sup>).

Таблица 4.2 – Динамика смертности от случайных отравлений алкоголем в Российской Федерации за 2000-2022 гг.

Год, показатель	Умершие от случайных отравлений алкоголем (X45)	
	тыс. чел.	на 100000 чел. населения
2000	37,2	25,7
2005	40,9	28,5
2010	19,1	13,4
2015	15,2	10,4
2016	14,0	9,6
2017	12,3	8,4
2018	11,0	7,5
2019	9,9	6,7
2020	10,2	7,0
2021	9,3	6,4
2022	8,5	5,8
Базисный темп прироста 2022/2000 гг., %	-77,15	-77,43
Средний темп прироста 2022/2000 гг., %	-13,7	-13,8
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ ), 2022/2000 гг.	0,898	0,897
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	79,353>5,1174	78,516>5,1174
Базисный темп прироста 2022/2018 гг., %	-22,73	-22,67
Средний темп прироста 2022/2018 гг., %	-6,2	-6,2
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ ), 2022/2018 гг.	0,884	0,841
F критерий	22,84>10,128	15,857>10,128

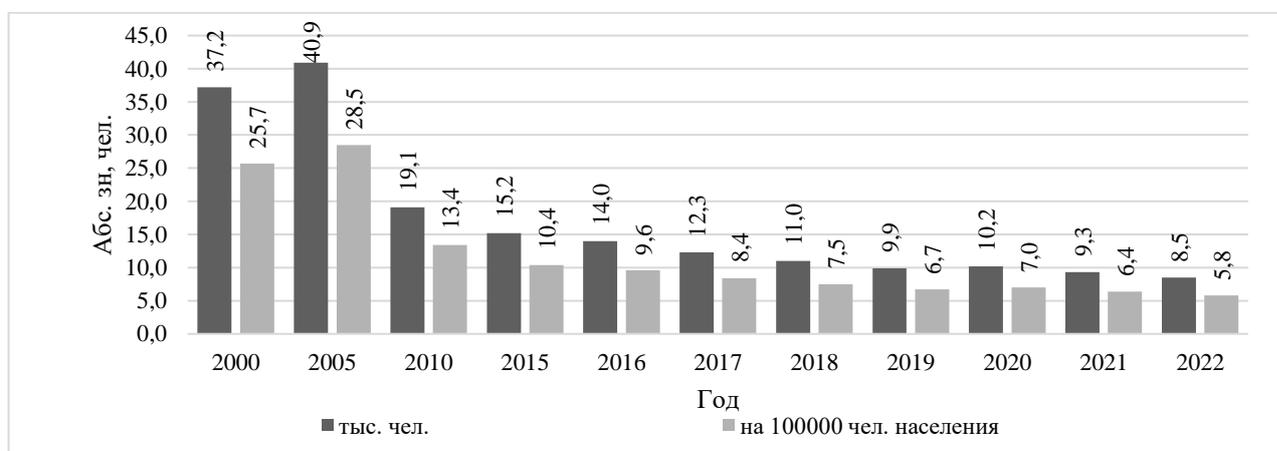


Рисунок 4.4 - Динамика числа умерших от случайных отравлений алкоголем в Российской Федерации, 2000-2022 гг., тыс. чел., на 100 000 чел. населения

Динамика показателей говорит о стабилизации ситуации по смертельным отравлениям алкоголем, произошло снижение «...числа умерших от отравления алкоголем за 2000-2022 гг. – в 4,4 раза (на 77,2%, на 28,7 тыс. населения со средним ежегодным темпом сокращения на 13,7%, с выраженной устойчивой тенденцией,  $R^2=0,898$ ), за период 2018-2022 гг. – в 1,3 раза (на 22,7%, на 2,5 тыс. населения со средним ежегодным темпом сокращения на 6,2%, с выраженной устойчивой тенденцией,  $R^2=0,884$ ),  $p<0,05$ » (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>1,4</sup>).

Гендерное распределение умерших от случайных отравлений алкоголем отражено на рисунке 4.5 и в таблице 4.3. В период исследования «...число мужчин в 4,8 раз превышает ( $p<0,05$ ) число женщин, умерших от отравления алкоголем, и средний годовой показатель составляет  $24,7\pm 16,9$  тыс. чел. и  $5,1\pm 4,1$  чел. на 100000 чел. населения, соответственно. За 5-и летний период 2018-2022 гг. данный показатель был значительно ниже (по мужчинам – в 1,7 раза, по женщинам – в 1,9 раза,  $p<0,05$ ) и составил  $14,3\pm 1,0$  (мужчины)  $2,7\pm 0,1$  (женщины) чел. на 100000 населения, соответственно; половой коэффициент мужчины / женщины был близок к показателю 2000-2022 гг. и составил 5:3» (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>3,4</sup>).

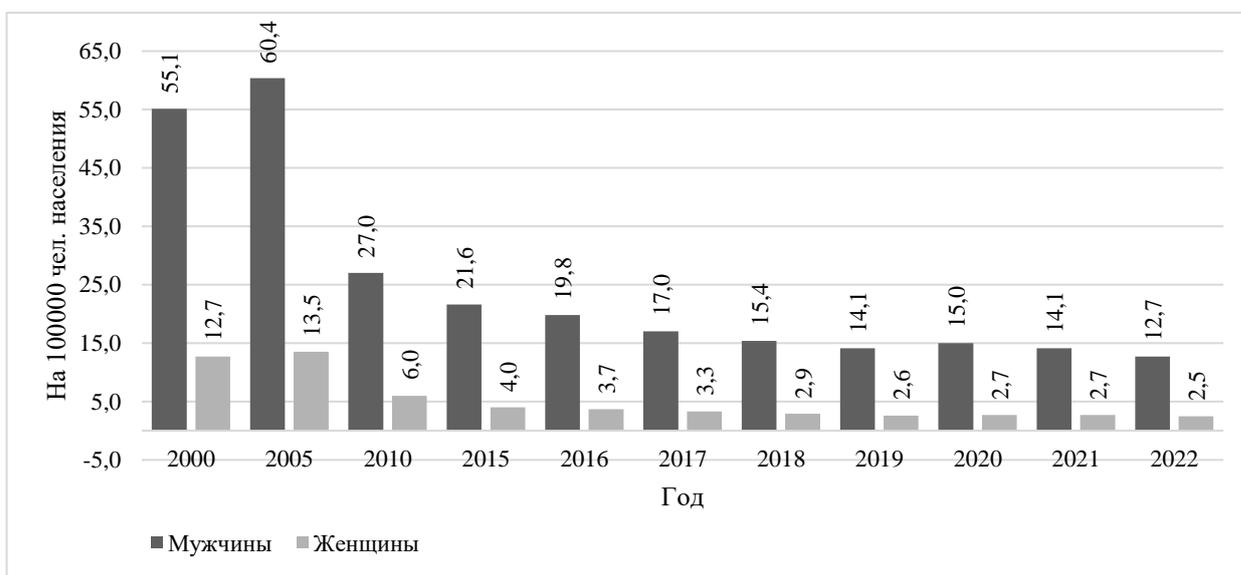


Рисунок 4.5 - Динамика числа умерших мужчин и женщин от случайных отравлений алкоголем (X45) в Российской Федерации, 2000-2022 гг., число умерших на 100 000 человек населения соответствующего пола и возраста

Таблица 4.3 – Динамика коэффициентов смертности населения в трудоспособном возрасте по полу при изучении случаев, умерших от случайных отравлений алкоголем в Российской Федерации за 2000-2022 гг.

Год, показатель	Умершие от случайных отравлений алкоголем (Х45), число умерших на 100 000 человек населения соответствующего пола и возраста		
	Мужчины и женщины	Мужчины	Женщины
2000	34,3	55,1	12,7
2005	37,3	60,4	13,5
2010	16,8	27,0	6,0
2015	13,2	21,6	4,0
2016	12,1	19,8	3,7
2017	10,5	17,0	3,3
2018	9,4	15,4	2,9
2019	8,6	14,1	2,6
2020	9,1	15,0	2,7
2021	8,6	14,1	2,7
2022	7,7	12,7	2,5
Базисный темп прироста 2022/2000 гг., %	-77,55	-76,95	-80,31
Средний темп прироста 2022/2000 гг., %	-13,9	-13,7	-15,0
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ ), 2022/2000 гг.	0,891	0,886	0,894
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	73,175>5,1174	69,879>5,1174	75,648>5,1174
Базисный темп прироста 2022/2018 гг., %	-18,09	-17,53	-13,79
Средний темп прироста 2022/2018 гг., %	-4,9	-4,7	-3,6
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ ), 2022/2018 гг.	0,693	0,673	0,557
F критерий	6,773<10,128	6,178<10,128	3,796<10,128

При сохранении практически неизменного в целом гендерного распределения произошло «...снижение числа мужчин на 77,0% и женщин на 80,3% за 23-х летний период наблюдения (2000-2022 гг.) при расчете числа умерших на 100 000 чел. населения соответствующего пола и возраста; эта динамика характеризовалась средними ежегодными темпами снижения на 13,7% и 15,0%, с выраженной устойчивой тенденцией ( $R^2=0,886$  и  $R^2=0,894$ ), соответственно. За 5-летний период (2018-2022 гг.) снижение составило на 18,1% (мужчины) и 13,8% (женщины) при расчете числа умерших на 100 000 чел. населения соответствующего пола и возраста» с более низкими средними

ежегодными темпами прироста (на 4,7% и 3,6%, соответственно) (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>1,3</sup>).

За период 2005-2022 гг. случаи отравления алкоголем зафиксированы также среди детского населения страны (Рисунок 4.6).

Отрадно снижение детской смертности от отравления алкоголем: при среднегодовом показателе, составляющем  $0,034 \pm 0,036$  чел. на 100 000 чел. населения соответствующего возраста, произошло его снижение в 12,5 раз (на 92%),  $p < 0,05$ ; он оставался неизменным в течение трех лет (2020-2022 гг.) и составил 0,008 чел. на 100 000 чел. населения соответствующего возраста (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>2</sup>).



Рисунок 4.6 – Динамика смертности детей в возрасте 0–14 лет от случайных отравлений алкоголем (Х45) в Российской Федерации, 2005-2022 гг., (на 100 000 человек населения соответствующего возраста)

Таким образом, в период 2000-2022 гг. в РФ показатели смертности населения, непосредственно связанной с алкоголем, в среднем составляли  $17,1 \pm 11,3$  тыс. чел. ( $11,8 \pm 7,9$  чел. на 100 000 чел. населения); в период 2018-2022 гг. этот показатель составляет  $9,8 \pm 1,9$  тыс. чел. и  $6,7 \pm 1,3$  чел. на 100000 чел. населения соответственно. В динамике регистрируется снижение числа умерших от отравления алкоголем за период 2000-2022 гг. в 4,4 раза (на 77,2%, на 28,7 тыс. населения), за период 2018-2022 гг. в 1,3 раза (на 22,7%, на 2,5 тыс. населения),  $p < 0,05$ .

Среди умерших от отравлений алкоголем в трудоспособном возрасте в динамике гендерное распределение неизменно соотношение мужчин и женщин составляет около 5:1; отмечено снижение числа мужчин на 77,0% и женщин на 80,3% за период наблюдения (2000-2022 гг.) при расчете числа умерших на 100 000 чел. населения соответствующего пола и возраста.

Смертность детей от случайных отравлений алкоголем снизилась в 12,5 раз (на 92,0%) (Барсукова И.М. и соавт., 2024; Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>2</sup>).

### 4.3 Анализ продажи алкогольной продукции населению Российской Федерации

Анализ продаж алкогольной продукции населению (2014-2022 гг.) производился по данным Росстата РФ за 2014-2022 гг. (Рисунок 4.7, Таблицы 4.4 и 4.5).



Рисунок 4.7 - Объемы реализации алкогольной продукции в Российской Федерации, млн. дкл, 2022 г.

По данным официальной статистики (по данным Росалкогольрегулирования) в стране ежегодно реализуется до 1000 млн дкл алкогольной продукции ( $994,9 \pm 81,8$  млн дкл), в общем объеме реализации пиво и пивные напитки составляют 79,1% (753,5 млн дкл), что в 8,25-58,9 раз превосходит объемы реализации других видов алкогольной продукции ( $p < 0,05$ ).

Таблица 4.4 – Динамика продаж алкогольной продукции населению Российской Федерации за 2014-2022 гг.

Год	Вид алкогольной продукции, млн дкл					Всего, млн дкл
	Водка и ликеро-водочные изделия	Коньяк	Винодельческая продукция (без вин игристых и шампанских)	Вина игристые и шампанские	Пиво и пивные напитки	
2014	112,4	11,5	90,4	26,4	895,9	1136,6
2016	96,6	10,3	84,9	22,0	780,6	994,3
2018	83,3	11,5	95,4	16,9	732,7	939,8
2020	84,8	11,8	88,9	17,8	748,7	952,0
2022	91,3	12,8	73,5	20,9	753,5	952,0
Структура по видам алкогольной продукции (% к итогу)						
	9,6	1,3	7,7	2,2	79,2	100,0
Показатели динамики за 2014-2022 гг.						
Базисный абсолютный прирост	-21,1	+1,3	-16,9	-5,5	-142,4	-184,6
Базисный темп прироста, %	-18,77	+11,3	-18,69	-20,83	-15,89	-16,24
Средний темп прироста, %	-5,1	+2,7	-5,0	-5,7	-4,2	-4,3
Показатели динамики за 2018-2022 гг.						
Базисный абсолютный прирост	+8	+1,3	-21,9	+4,0	+20,8	+12,2
Базисный темп прироста, %	+9,6	+11,3	-22,96	+23,67	+2,84	+1,3
Средний темп прироста, %	+4,7	+5,5	-12,2	+11,2	+1,4	+0,6

\*Здравоохранение в России. 2015-2023: Стат.сб./Росстат; по данным Росалкогольрегулирования, Росалкогольтабакрегулирования

Второе место по объемам реализации принадлежит крепким алкогольным напиткам (10,9%; 104,1 млн дкл – водка и ликеро-водочные изделия, коньяк), на третьем (9,9%; 94,4 млн дкл) – вина и винодельческая продукция.

В динамике 2014-2022 гг. на 16,2% (184,6 млн дкл,  $p < 0,05$ ) снизились общие объемы реализуемой алкогольной продукции, средний темп снижения составил 4,3% в год; уменьшились объемы реализации водки (-18,8%, со средними темпами прироста 5,1% в год), вина (-20,8%, со средними темпами динамики 5,7% в год) и винодельческой продукции (-18,7%, со средними темпами прироста 5,0% в год), пива (-15,9%, со средними темпами прироста 5,1% в год).

По данным Росалкогольрегулирования, в расчете на душу населения объемы потребления различных напитков составляли: «...водка и ликеро-водочные изделия – 7,7-6,6 л; коньяки, коньячные напитки (включая бренди, кальвадосы) – 0,8-0,7 л; напитки слабоалкогольные с содержанием этилового спирта – 1,2-0,6 л; винодельческая продукция (без шампанских и игристых вин) – 6,2-5,8 л; шампанские и игристые вина – 1,8-1,5 л; пиво – 61,3-53,2 л ...» (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2024<sup>5</sup>), при этом в расчет не включался прирост населения новыми регионами (ЛНР, ДНР, Херсонской и Запорожской областей).

Лидирует по продажам алкогольной продукции Центральный федеральный округ (262819,1 тыс. дкл), ему «противостоит» (в 18,7 раз меньше,  $p < 0,05$ ) Северо-Кавказский федеральный округ (14082,0 тыс. дкл) (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2024<sup>5</sup>) (Рисунок 4.8).

Условно среди всех федеральных округов обнаруживается группа с высокими (более 200 000,0 тыс. дкл в ЦФО, ПФО (262819,1-202894,9 тыс. дкл)), средними (более 100 000,0 тыс. дкл в СФО, СЗФО, УФО (114791,1-100870,7 тыс. дкл)) и низкими уровнями (менее 100 000,0 тыс. дкл в ФФО, ДВФО, СКФО (88145,9-14082,0 тыс. дкл)) реализации алкогольной продукции.

Таблица 4.5 – Анализ продаж алкогольной продукции по федеральным округам Российской Федерации, 2022 г., тыс. дкл\*

ФО, РФ**	Вид алкогольной продукции, тыс. дкл					Всего, тыс. дкл
	Водка и ликеро- водочные изделия	Коньяк	Винодельческая продукция (без вин игристых и шампанских)	Вина игристые и шампанские	Пиво и пивные напитки	
ЦФО	26310,0	4255,3	24117,7	7556,7	200579,4	262819,1
СЗФО	11972,9	1878,9	11022,3	288,9	78548,9	103711,9
ЮФО	7337,8	1379,1	7603,2	2721,0	69104,8	88145,9
СКФО	1542,1	300,9	1062,3	359,3	10817,4	14082,0
ПФО	19651,5	2112,3	12095,1	2812,1	166223,9	202894,9
УФО	8048,0	1060,2	6640,7	1653,8	83467,9	100870,6
СФО	9287,5	1185,0	7096,6	1814,3	95407,7	114791,1
ДВФО	7118,9	669,0	3829,1	1135,2	49323,5	62075,7
РФ, млн дкл	91,3	12,8	73,5	20,9	753,5	952,0

\*Здравоохранение в России. 2023: Стат.сб./Росстат; по данным Росалкогольрегулирования, Росалкогольтабакрегулирования

\*\*ФО - федеральный округ: Центральный федеральный округ (ЦФО), Северо-Западный федеральный округ (СЗФО), Южный федеральный округ (ЮФО), Северо-Кавказский федеральный округ (СКФО), Приволжский федеральный округ (ПФО), Уральский федеральный округ (УФО), Сибирский федеральный округ (СФО), Дальневосточный федеральный округ (ДВФО); РФ – Российская Федерация

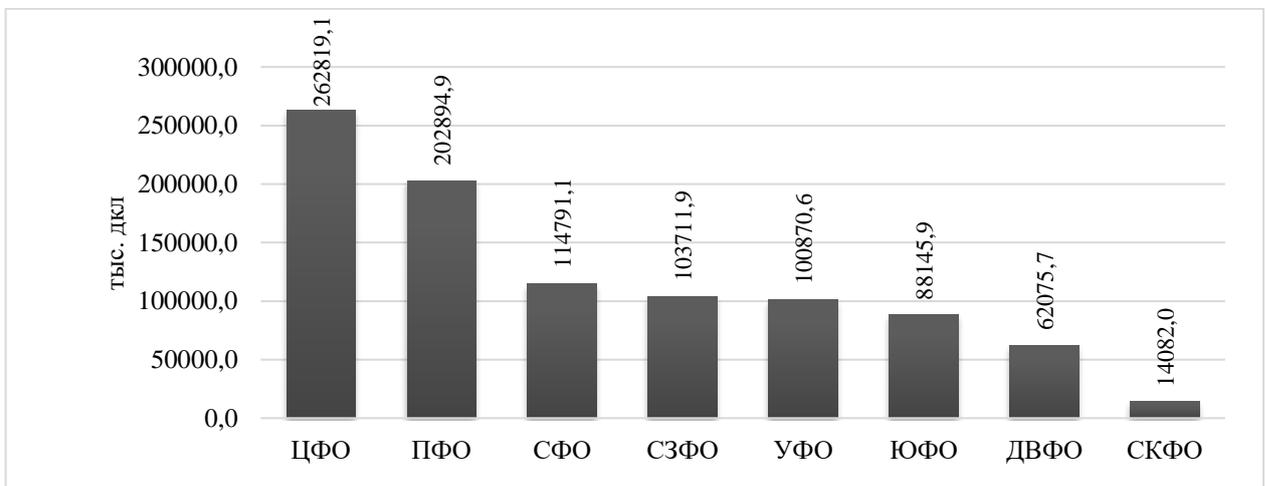


Рисунок 4.8 - Распределение федеральных округов по объему реализации алкогольной продукции (по убыванию) в Российской Федерации, 2022 г., тыс. дкл

Считается, что на объемы реализации влияют такие факторы, как размеры, инфраструктура субъектов РФ, численность и плотность проживания населения (сравнительно высокие показатели в Московской и Свердловской областях, г. Москве, г. Санкт-Петербурге, в Краснодарском крае); значима роль национальных, культуральных, правовых ограничений в ряде регионов (Карачаево-Черкесская

Республика, Ненецкий автономный округ, Чукотский автономный округ, Чеченская Республика, Республика Ингушетия).

Таким образом, в период 2014-2022 гг. отмечалось снижение реализации всех видов алкогольной продукции, общие объемы реализации снижены на 16,2% (184,6 млн дкл), что, безусловно, свидетельствует об успехах государственных антиалкогольных мер. Тем не менее, в последние пять лет (2018-2022 гг.) анализ состояния проблемы вызывает тревогу: на фоне пандемии новой коронавирусной инфекции и сложной социально-политической обстановки в стране отмечен некоторый рост объемов реализации алкогольной продукции.

#### **4.4 Медицинское освидетельствование лиц на состояние алкогольного опьянения**

В соответствии с приказом Минздрава России от 14.07.2003 № 308 (ред. от 18.12.2015) «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения», Постановлением Правительства РФ от 23.01.2015 № 37 «Об утверждении Правил направления на медицинское освидетельствование на состояние опьянения лиц, совершивших административные правонарушения» проводится процедура медицинского освидетельствования на состояние опьянения. Число МО и структурных подразделений, осуществляющие медицинское освидетельствование на состояние опьянения, а также показатели их работы представлены в таблицах 4.6, 4.7 и на рисунке 4.9.

На основании данных ФСН № 30 (2014-2022 гг.)  $693,3 \pm 73,0$  МО РФ имеют подразделения, осуществляющие медицинское освидетельствование на состояние опьянения, в их числе  $48,7 \pm 7,4$  ед. – объединенные в отделы, отделения, и  $786,8 \pm 104,0$  ед. необъединенных кабинетов.

Таблица 4.6 – Динамика числа подразделений, осуществляющих медицинское освидетельствование на состояние опьянения в Российской Федерации за 2014-2022 гг.

Год	Наличие подразделений, отделов, отделений, кабинетов	Число подразделений, отделов, отделений (объединенных)	Число кабинетов (необъединенных)
2014	592	46	630
2015	590	62	633
2016	643	40	720
2017	661	43	766
2018	723	50	832
2019	739	39	861
2020	769	54	881
2021	768	51	883
2022	755	53	875
Базисный абсолютный прирост 2022/2014 гг.	+163	+7	+245
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	+27,53	+15,22	+38,89
Средний темп прироста, %	+3,1	+1,8	+4,2
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,899	0,014	0,887
Критерий Фишера ( $>F>F_{критический}$ )	62,505>5,5914	0,097<5,5914	55,075>5,5914

Число этих подразделений существенно выросло за период наблюдения (2014-2022 гг.): в целом - на 27,5% со средним ежегодным темпом увеличения на 3,1%, с выраженной устойчивой тенденцией ( $R^2=0,899$ ); объединенных – на 15,2%; необъединенных кабинетов – на 38,9%, с выраженной устойчивой тенденцией роста ( $R^2=0,887$ ) ( $p<0,05$ ) (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2024<sup>6</sup>).

В среднем  $610432,2 \pm 465881,3$  чел. ежегодно направляется для медицинского освидетельствования, в 2022 г. их было 1,2 млн, число обследуемых за 2014-2022 гг. возросло в 2,8 раз (на 178,9%, с 419,3 тыс. чел. до 1169,2 тыс. чел., средний темп прироста составил 13,7% в год),  $p<0,05$  (Таблица 4.7, Рисунок 4.9).

Таблица 4.7 – Динамика результатов медицинского освидетельствования лиц на состояние алкогольного опьянения в Российской Федерации за 2014-2022 гг.

Год, показатели	Число лиц, направленных на освидетельствование, чел.	Установлено алкогольное опьянение	
		абс. зн.	% от числа направленных
1	2	3	4
2014	419268	130651	31,2
2015	319382	103946	32,5
2016	412654	90762	22,0
2017	243308	62605	25,7
2018	228569	54933	24,0
2019	202565	50414	24,9
2020	1255308	572287	45,6
2021	1243665	532122	42,8
2022	1169171	507424	43,4
Базисный темп роста 2022/2014 гг., %	278,86	388,38	139,1
Базисный темп прироста 2022/2014 гг., %	+178,86	+288,38	+39,1
Средний темп прироста, %	+13,7	+18,5	+4,2
Коэффициент аппроксимации ( $R^2$ )	0,528	0,554	0,387
Критерий Фишера ( $>F>F_{\text{критический}}$ )	7,832>5,5914	8,697>5,5914	4,421<5,5914

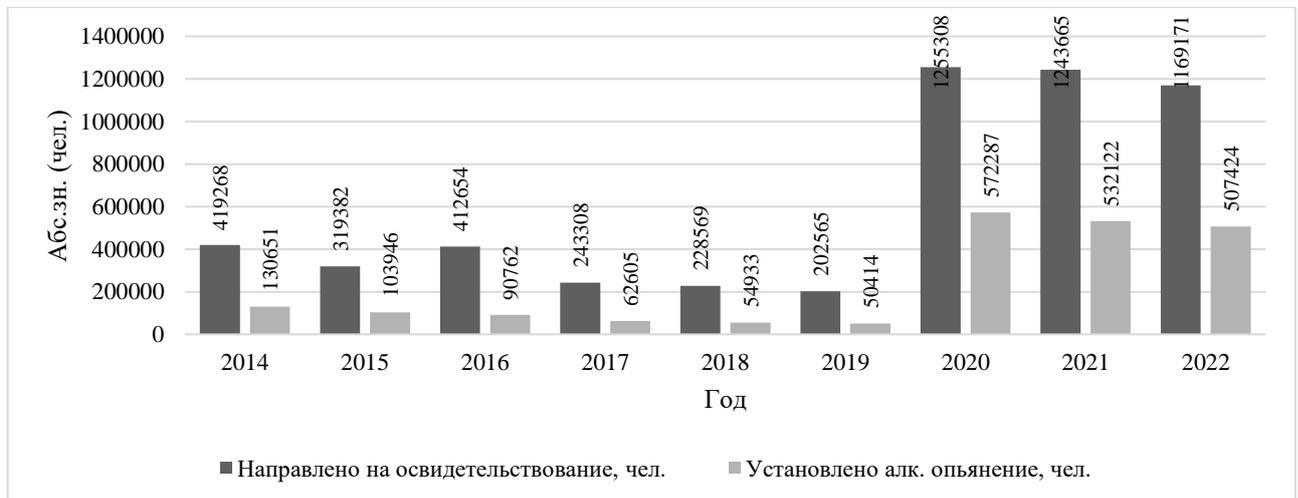


Рисунок 4.9 – Динамика показателей медицинского освидетельствования лиц на состояние алкогольного опьянения в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн., чел.

При этом доля положительных результатов, подтверждающих факт алкогольного опьянения, составила  $32,5 \pm 9,2\%$ , за период наблюдения она возросла на 12,2% (с 31,2% до 43,4%), средний темп прироста – 4,2% в год, однако, максимальным прирост был с 2020 года. Корреляционные связи (корреляция

Пирсона) показателей (по столбцам) высоки:  $r_{1-2}=0,727$  и  $r_{2-3}=0,996$  – связь прямая, сильная (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2024<sup>6</sup>).

Особую значимость имеет освидетельствование водителей транспортных средств на состояние алкогольного опьянения (Таблица 4.8).

Таблица 4.8 – Динамика результатов медицинского освидетельствования водителей транспортных средств на состояние алкогольного опьянения в Российской Федерации за 2020-2022 гг.

Год, показатели	Число лиц, направленных на освидетельствование, чел.	Установлено алкогольное опьянение	
		абс. зн.	% от числа направленных
1	2	3	4
2020	208020	46693	22,4
2021	220564	45525	20,6
2022	192715	40693	21,1
Базисный темп роста 2022/2020 гг., %	92,64	87,15	94,2
Базисный темп прироста 2022/2020 гг., %	-7,36	-12,85	-5,8
Средний темп прироста, %	-3,8	-6,7	-3,0

Около 200 тыс. водителей ( $207099,7 \pm 13947,3$  чел.) ежегодно направляются на медицинское освидетельствование, число их за 2020-2022 гг. снизилось незначительно (-7,4%, со средним темпом снижения 7,4% в год,  $p > 0,05$ ). Положительным на алкоголь результатом является каждый пятый –  $21,4 \pm 0,9\%$  ( $44303,7 \pm 3181,0$  ед. исследований в год), без значимой динамики за период наблюдения (2020-2022 гг.) (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2024<sup>6</sup>).

Таким образом, за период наблюдения увеличилось число МО, осуществляющих медицинское освидетельствование (на 27,5%) и число лиц, направляемых на освидетельствование (на 178,9%), в 2022 г. их было 1,2 млн. человек. Каждый третий результат (32,5%) подтвердил факт алкогольного опьянения, среди водителей транспортных средств положительным был каждый пятый результат исследования (21,4%).

**Резюме.** Выявлено снижение числа больных алкоголизмом и алкогольными психозами, состоящих под диспансерным наблюдением за период 2003-2022 гг. (за 20 лет наблюдения – на 52,5%, за 10 лет наблюдения – на 39,9%) и взятых под

диспансерное наблюдение впервые в жизни с установленным диагнозом в отчетном году (за 20 лет наблюдения на 76,2%, за 10 лет наблюдения на 51,7%), а также лиц, состоящих под диспансерным наблюдением у врача-психиатра-нарколога в связи с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (на 66,5%).

Число умерших от отравления алкоголем за период 2000-2022 гг. снизилось в 4,4 раза (на 77,2%, на 28,7 тыс. населения), за период 2018-2022 гг. в 1,3 раза (на 22,7%, на 2,5 тыс. населения),  $p < 0,05$ , общие объемы реализации алкогольной продукции в 2014-2022 гг. снижены на 16,2%).

Полученные данные свидетельствуют об успехах антиалкогольной политики в стране. Однако, проблема злоупотребления алкоголем остается значимой и сопровождается социальными рисками, а наметившийся рост объемов реализуемой продукции (2018-2022 гг.) и существенное увеличение положительных результатов медицинского освидетельствования лиц (в том числе, среди водителей транспортных средств) на состояние алкогольного опьянения актуализируют дальнейшую необходимость активных мер.

В то же время, анализ нормативно-правовых источников и критический обзор источников научной литературы устанавливает ряд проблем статистического инструментария, первичного формирования и процесса сбора данных (в том числе, формирующих статистику алкогольной смертности); выявлены значимые для наркологической статистики организационно-правовые изменения процесса оказания МП пациентам с ААсП. Для прояснения истинного состояния проблемы заболеваемости алкоголизмом и объемов пагубного потребления алкоголя населением требуется новая методика их выявления и междисциплинарный подход к формированию статистических сведений, определяющих дальнейшие государственные и медицинские мероприятия.

## **ГЛАВА 5 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬ- АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Для разработки мероприятий, направленных на совершенствование организации оказания медицинской помощи, изучены медико-социальные и организационные особенности госпитализации пациентов с ААсП в МПС. Алкогольный анамнез таких пациентов может быть представлен соматической патологией, обострившейся на фоне злоупотребления алкогольсодержащими напитками, различными проявлениями алкогольной болезни, пагубными последствиями употребления алкоголя, алкогольной интоксикацией. Эти сведения указываются в описательной части медицинской документации, отражающей состояние пациента, подтверждаются данными химико-токсикологического исследования (далее – ХТИ), фигурируют в динамике формирования диагноза, но не всегда выносятся в заключительный диагноз (клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский). Принципы кодирования заболеваний и структура форм статистической отчетности, подробно рассмотренные в главе 1, создают проблемы оценки реального уровня алкоголь-ассоциированных госпитализаций (далее – ААсГ) в МПС. Поэтому выявление контингента пациентов с ААсП и определение уровня таких госпитализаций производилось с помощью комплексной интегративной методики, разработанной в ходе исследования и подробно представленной в Главе 2.

### **5.1 Анализ показателей потребления алкоголя у пациентов соматического профиля, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям в многопрофильный стационар (социологическое исследование)**

В рамках выполняемой работы проведено социологическое исследование, включающее систему теоретических (подготовка программы исследования и

инструкции его проведения, анализ результатов) и эмпирических (непосредственное анкетирование) процедур прикладного характера, направленных на решение конкретных социальных проблем - изучение уровня и особенностей употребления алкоголя пациентами соматического профиля, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям в многопрофильный стационар (далее – МПС) (поисковая, описательная и аналитическая составляющие) (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2025).

Особенности его проведения представлены в Главе 2, разработанная анкета – в приложении И.

В социологическом исследовании приняли участие 586 пациентов. По результатам анкетирования число пациентов, употребляющих алкоголь (422 чел., 72,0%) в 2,6 раз превышало число лиц, его не употребляющих (164 чел., 28,0%),  $p < 0,05$  (Таблица 5.1).

Распределение анкетированных по возрасту носило случайный характер, тем не менее, отмечены различные доли потребления алкоголя среди ряда возрастных групп:

- наиболее высокой (более 80,0%) она была среди пациентов 50-54 лет (96,0%), 25-29 лет (86,0%) и 18-24 г. (83,3%),  $p < 0,05$ ;
- наиболее низкой (22,2%) – среди пациентов 80 и более лет,  $p < 0,05$ ;
- доля потребления алкоголя остальных возрастных групп была также достаточно высока и находилась в диапазоне 58,8-77,8% среди лиц, употребляющих алкоголь.

Таблица 5.1 – Половозрастная характеристика анкетированных пациентов, абс. зн., %

Возраст, лет	Пациенты, употребляющие алкоголь						Пациенты, не употребляющие алкоголь						Всего	
	Мужской		Женский		Всего		Мужской		Женский		Всего			
	Абс. зн.	% от ст.6	Абс. зн.	% от ст.6	Абс. зн.	% от ст. 14	Абс. зн.	% от ст. 12	Абс. зн.	% от ст. 12	Абс. зн.	% от ст. 14	Абс. зн.	% от ст. 14
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
18-24	12	30,0	28	70,0	40	83,3	4	50,0	4	50,0	8	16,7	48	8,2
25-29	42	56,8	32	43,2	74	86,0	4	33,3	8	66,7	12	14,0	86	14,7
30-34	16	57,1	12	42,9	28	77,8	6	75,0	2	25,0	8	22,2	36	6,1
35-39	24	54,5	20	45,5	44	71,0	12	66,7	6	33,3	18	29,0	62	10,6
40-44	24	57,1	18	42,9	42	72,4	6	37,5	10	62,5	16	27,6	58	9,9
45-49	2	10,0	18	90,0	20	58,8	6	42,9	8	57,1	14	41,2	34	5,8
50-54	38	79,2	10	20,8	48	96,0	0	0,0	2	100,0	2	4,0	50	8,5
55-59	14	53,8	12	46,2	26	76,5	0	0,0	8	100,0	8	23,5	34	5,8
60-64	20	62,5	12	37,5	32	59,3	6	27,3	16	72,7	22	40,7	54	9,2
65-69	24	75,0	8	25,0	32	53,3	12	42,9	16	57,1	28	46,7	60	10,2
70-74	10	55,6	8	44,4	18	69,2	4	50,0	4	50,0	8	30,8	26	4,4
75-79	8	57,1	6	42,9	14	70,0	4	66,7	2	33,3	6	30,0	20	3,4
80 и >	4	100,0	0	0,0	4	22,2	4	28,6	10	71,4	14	77,8	18	3,1
Итого	238	56,4	184	43,6	422	72,0	68	41,5	96	58,5	164	28,0	586	100,0

Среди лиц, не употребляющих алкоголь:

- наиболее высокой (77,8%) доля была среди пациентов 80 и более лет,  $p < 0,05$ ;

- самой низкой – среди пациентов 50-54 лет (4,0%),  $p < 0,05$ .

Анализ по половой принадлежности выявил статистически значимые различия:

- среди лиц, употребляющих алкоголь, мужчин было в 1,3 раза больше, чем женщин (56,4% и 43,6%, соответственно;  $p < 0,05$ );

- среди лиц, не употребляющих алкоголь, женщин было в 1,4 раза больше, чем мужчин (41,5% и 58,5%, соответственно;  $p < 0,05$ ).

Среди опрашиваемых пациентов 95,2% были гражданами России, и только 4,8% – представителями иных государств; 73,1% российских граждан и 50,0% иностранных государств употребляли алкоголь. Среди россиян число лиц, употребляющих алкоголь, в 2,7 раза превышало число лиц, не употребляющих алкоголь,  $p < 0,05$  (Таблица 5.2).

Таблица 5.2 – Гражданство анкетированных пациентов, абс. зн., % к итогу

Гражданство	Пациенты, употребляющие алкоголь			Пациенты, не употребляющие алкоголь			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Гражданин РФ	408	96,7	73,1	150	91,5	26,9	558	95,2
2. Иное гражданство	14	3,3	50,0	14	8,5	50,0	28	4,8
Итого	422	100,0	72,0	164	100,0	28,0	586	100,0

Подтвердили употребление алкоголя 72% респондентов. Анализ частоты употребления алкоголя (Таблица 5.3) выявил наиболее распространенный ответ – «1 раз в месяц или реже», его дал каждый третий респондент (31,1%; 43,6% мужчин и 56,4% женщин), самым редким – «4 и более раз в неделю», его дали 4,8% респондентов (85,7% мужчин и 14,3% женщин).

Таблица 5.3 – Распределение анкетированных пациентов по частоте употребления алкогольных напитков, абс. зн., %

Частота употребления алкогольных напитков	Мужчины			Женщины			Всего	
	Абс. зн.	Доля среди мужчин, %	% от ст. 8	Абс. зн.	Доля среди женщин, %	% от ст. 8	Абс. зн.	Доля от общего числа пациентов, %
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Не употребляю	68	22,2	41,5	96	34,3	58,5	164	28,0
2. 1 раз в месяц или реже	85	27,8	43,6	110	39,3	56,4	195	31,1
3. 2-4 раза в месяц	80	26,1	60,6	52	18,6	39,4	132	23,2
4. 2-3 раза в неделю	55	18,0	74,3	19	6,8	25,7	74	13
5. 4 и более раз в неделю	18	5,9	85,7	3	1,1	14,3	21	4,8
Итого	306	100,0	52,2	280	100,0	47,8	586	100,0

Следует отметить, что среди потребителей алкоголя:

- для мужчин (в порядке убывания) были характерны следующие ответы: «4 и более раз в неделю» (85,7%, самый распространенный), «2-3 раза в неделю» (74,3%), «2-4 раза в месяц» (60,6%);

- для женщин (в порядке убывания) были характерны следующие ответы: «не употребляю» (58,5%), «1 раз в месяц или реже» (56,4%), «2-4 раза в месяц» (39,4%).

Представленные данные свидетельствуют:

- о значительной частоте употребления алкоголя пациентами соматического профиля, госпитализированных по экстренным и неотложным показаниям в МПС (72,0%);

- о преобладании мужчин, употребляющих алкоголь (в 1,3 раза);

- о высокой частоте употребления алкоголя мужчинами.

Анализ семейного положения лиц, употребляющих алкоголь, выявил высокую долю анкетированных как среди холостых (незамужних) (85,5%), разведенных (70,9%) пациентов, так и среди лиц, находящихся в браке (68,1%). При этом число лиц, находящихся в браке и употребляющих алкоголь, в 2,1 раза превосходило число лиц, не употребляющих алкоголь,  $p < 0,01$ . Среди холостых (незамужних) и разведенных пациентов эти различия были также достоверны,

$p < 0,01$ . Полученные данные не позволяют судить о существенной сдерживающей роли брака в употреблении алкоголя (Таблица 5.4).

Таблица 5.4 – Семейное положение анкетированных пациентов, абс. зн., %

Семейное положение	Пациенты, употребляющие алкоголь			Пациенты, не употребляющие алкоголь			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. В браке	184	43,6	68,1	86	52,4	31,9	270	46,1
2. Холост (не замужем)	130	30,8	85,5	22	13,4	14,5	152	25,9
3. Разведен(а)	78	18,5	70,9	32	19,5	29,1	110	18,8
4. Вдовец (вдова)	30	7,1	55,6	24	14,6	44,4	54	9,2
Итого	422	100,0	72,0	164	100,0	28,0	586	100,0

Оценка образовательного уровня анкетированных выявила высокую долю лиц, употребляющих алкоголь, среди лиц с высшим (43,1%) образованием; доля лиц со средним и средним специальным образованием была меньше (21,3% и 25,6%) (Таблица 5.5).

Таблица 5.5 – Распределение анкетированных по уровню образования, абс. зн., %

Образование	Пациенты, употребляющие алкоголь			Пациенты, не употребляющие алкоголь			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Начальное	0	0,0	0	6	3,7	100,0	6	1,0
2. Неполное среднее	8	1,9	66,7	4	2,4	33,3	12	2,0
3. Среднее	90	21,3	81,8	20	12,2	18,2	110	18,8
4. Среднее специальное	108	25,6	65,1	58	35,4	34,9	166	28,3
5. Неполное высшее	34	8,1	100,0	0	0,0	0,0	34	5,8
6. Высшее	182	43,1	70,5	76	46,3	29,5	258	44,0
Итого	422	100,0	72,0	164	100,0	28,0	586	100,0

При этом число лиц в этих трех группах, употребляющих алкоголь, было статистически выше числа лиц, не употребляющих алкоголь,  $p < 0,01$ . Полученные данные не позволяют заключить о преимущественном образовательном уровне лиц, употребляющих алкоголь.

Анализ трудовой деятельности анкетированных лиц свидетельствовал о высокой доле (более 80,0%) лиц, употребляющих алкоголь, среди учащихся (92,9%), самозанятых (85,7%), представителей неквалифицированного (80,8%) и квалифицированного (79,7%) труда. В этих категориях число пациентов, употребляющих алкоголь, статистически значимо превышало число пациентов, не употребляющих алкоголь,  $p < 0,01$  (Таблица 5.6).

Таблица 5.6 – Трудовая деятельность анкетированных лиц, абс. зн., %

Трудовая деятельность	Пациенты, употребляющие алкоголь			Пациенты, не употребляющие алкоголь			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Не работаю	102	24,2	52,6	92	56,1	47,4	194	33,1
2. Самозанятый	60	14,2	85,7	10	6,1	14,3	70	11,9
3. Неквалифицированный труд	42	10,0	80,8	10	6,1	19,2	52	8,9
4. Квалифицированный труд	188	44,5	79,7	48	29,3	20,3	236	40,3
5. Служащий	4	0,9	66,7	2	1,2	33,3	6	1,0
6. Учащийся	26	6,2	92,9	2	1,2	7,1	28	4,8
Итого	422	100,0	72,0	164	100,0	28,0	586	100,0

Наличие хронических заболеваний было отмечено у 58,7% опрошенных пациентов, из которых 68,0% составляли лица, употребляющие алкоголь, 32,0% – лица, не употребляющие алкоголь. Число лиц с хроническими заболеваниями, употребляющих алкоголь, в 2,1 раза превышало число лиц, не употребляющих алкоголь,  $p < 0,01$ , что свидетельствует о пагубном влиянии последнего на состояние здоровья народонаселения (Таблица 5.7).

Таблица 5.7 – Распределение анкетированных по наличию хронических заболеваний, абс. зн., %

Наличие хронических заболеваний	Пациенты, употребляющие алкоголь			Пациенты, не употребляющие алкоголь			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Есть	234	55,5	68,0	110	67,1	32,0	344	58,7
2. Нет	188	44,5	77,7	54	32,9	22,3	242	41,3
Итого	422	100,0	72,0	164	100,0	28,0	586	100,0

Анализ качественных и количественных показателей употребления алкоголя представлен в таблицах 5.8 и 5.9.

Таблица 5.8 – Распределение лиц, употребляющих алкоголь, по виду алкогольных напитков и полу, абс. зн., %

Вид алкогольных напитков	Мужчины			Женщины			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Водка, коньяк, виски 40 об.%	138	58,0	78,4	38	20,7	21,6	176	41,7
2. Крепленое вино 17-20 об.%	8	3,4	57,1	6	3,3	42,9	14	3,3
3. Сухое вино 11-13 об.%	30	12,6	22,4	104	56,5	77,6	134	31,8
4. Пиво 5 об.%	62	26,1	66,0	32	17,4	34,0	94	22,3
5. Алкогольные коктейли 15 об.%	0	0,0	0,0	4	2,2	100,0	4	0,9
Итого	238	100,0	56,4	184	100,0	43,6	422	100,0

Крепленое вино и алкогольные коктейли занимали незначительно малую часть в ассортименте пациентов, употребляющих алкоголь (3,3% и 0,9%, соответственно,  $p < 0,05$ ).

Наиболее часто употребляемые объемы этих напитков были следующими (в порядке убывания):

- крепкие алкогольные напитки (водка, коньяк, виски 40 об.%) : более 300 мл (37,5%), 30-60 мл (20,5%), 90-120 мл (15,9%);
- сухое вино 11-13 об.% – 300-400 мл (38,8%), 75-150 мл (29,9%);
- пиво – 1,5-2,0 л (44,7%), 0,25-0,5 л (29,8%).

По частоте употребления 1-е место занимают пациенты, предпочитающие крепкие алкогольные напитки (водка, коньяк, виски 40 об.%) – 41,7% респондентов, среди которых преобладали мужчины: в 3,6 раза, они составили 78,4% опрошенных,  $p < 0,01$ .

На втором месте – лица, употребляющие сухое вино 11-13 об.% – 31,8% респондентов, среди которых преобладали женщины: в 3,5 раза, они составили 77,6% опрошенных,  $p < 0,01$ .

Таблица 5.9 – Обычная доза алкогольных напитков (в день их употребления) у лиц, употребляющих алкоголь, абс. зн., %

Показатели	Водка, коньяк, виски 40 об. % (мл)	Крепленое вино 17-20 об. % (мл)	Сухое вино 11-13 об. % (мл)	Пиво 5 об. % (л)	Алкогольные коктейли 15 об. % (мл)	Всего
Объем	30-60	75-150	75-150	0,25-0,5	85-165	
Абс.зн.	36	6	40	28	0	110
%	20,5	42,9	29,9	29,8	0,0	26,1
Объем	90-120	225-300	300-400	1,5-2	250-300	
Абс.зн.	28	4	52	42	2	128
%	15,9	28,6	38,8	44,7	50,0	30,3
Объем	150-180	375-450	500-600	2,5-3	420-450	
Абс.зн.	22	0	20	8	2	52
%	12,5	0,0	14,9	8,5	50,0	12,3
Объем	210-240	525-600	700-800	3,5-4	525-600	
Абс.зн.	24	2	16	12	0	54
%	13,6	14,3	11,9	12,8	0,0	12,8
Объем	более 300	750 и более	1000 и более	Более 4 л.	850 и более	
Абс.зн.	66	2	6	4	0	78
%	37,5	14,3	4,5	4,3	0,0	18,5
Итого						
Абс.зн.	176	14	134	94	4	422
%	41,7	3,3	31,8	22,3	0,9	100,0

На третьем месте – «любители пива», каждый пятый из опрошенных (22,3%), среди которых преобладали мужчины: в 1,9 раза, они составили 66,0% опрошенных,  $p < 0,01$ .

В ходе исследования был проведен детальный анализ в отношении группы лиц, употребляющих алкоголь, в том числе, значительных его объемов.

Рассмотрена частота употребления более 180 мл водки (450 мл вина) анкетированными лицами (Таблица 5.10).

Таблица 5.10 – Распределение анкетированных по критерию «частота употребления более 180 мл водки (450 мл вина)» и полу, абс. зн., %

Частота употребления более 180 мл водки (450 мл вина)	Мужчины			Женщины			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Никогда	110	46,2	43,1	145	78,8	56,9	255	60,4
2. Менее 1 раза в месяц	43	18,1	82,7	9	4,9	17,3	52	12,3
3. 1 раз в месяц (ежемесячно)	51	21,4	82,3	11	6,0	17,7	62	14,7
4. 1 раз в неделю (еженедельно)	20	8,4	57,1	15	8,2	42,9	35	8,3
5. Ежедневно или почти ежедневно	14	5,9	77,8	4	2,2	22,2	18	4,3
Итого	238	100,0	56,4	184	100,0	43,6	422	100,0

По полученным данным 60,4% респондентов никогда не употребляют спиртные напитки такими объемами (43,1% мужчин и 56,9% женщин); 12,3% пациентов менее 1 раза в месяц позволяют себе подобные объемы (4,9% женщин и 18,1% мужчин); 14,7% опрошенных употребляют такие объемы ежемесячно (6,0% женщин и 21,4% мужчин); 8,3% – еженедельно (8,2% женщин и 8,4% мужчин), а 4,3% – ежедневно (2,2% женщин и 5,9% мужчин). Разница между лицами женского и мужского пола в пользу последних очевидна, статистически значима по все показателям,  $p < 0,05$ .

«Запойный» характер употребления алкоголя – важный фактор, отягощающий негативные последствия пагубного пристрастия. Проведен анализ пациентов на предмет «неспособности остановиться, начав пить», он был отмечен у 26,9% опрошенных. Подавляющее большинство (73,0%) респондентов отрицали

данный факт (54,5% женщин и 48,7% мужчин). При этом у мужчин «запойный» характер употребления алкоголя присутствовал с частотой менее 1 раза в месяц в 72,7%, ежемесячно – в 57,1%, еженедельно – в 54,5%, ежедневно – в 50,0% случаев; у женщин эти показатели были достоверно ниже,  $p < 0,05$  (Таблица 5.11).

Таблица 5.11 – Распределение анкетированных по критерию «неспособность остановиться, начав пить» и полу, абс. зн., %

Неспособность остановиться, начав пить	Мужчины			Женщины			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Никогда	162	68,1	52,6	156	84,8	50,6	308	73,0
2. Менее 1 раза в месяц	32	13,4	72,7	12	6,5	27,3	44	10,4
3. 1 раз в месяц (ежемесячно)	21	8,8	75,0	7	3,8	25,0	28	6,6
4. 1 раз в неделю (еженедельно)	15	6,3	68,2	7	3,8	31,8	22	5,2
5. Ежедневно или почти ежедневно	8	3,4	40,0	2	1,1	10,0	20	4,7
Итого	238	100,0	56,4	184	100,0	43,6	422	100,0

Еще один из признаков тяжести пагубного пристрастия к алкоголю - необходимость выпить утром (опохмелиться) после употребления алкоголя, его наличие отметил каждый пятый – 22,7% опрошенных (Таблица 5.12).

Таблица 5.12 – Распределение анкетированных по критерию «необходимость выпить утром (опохмелиться) после употребления алкоголя» и полу, абс. зн., %

Необходимость выпить утром (опохмелиться) после употребления алкоголя	Мужчины			Женщины			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Никогда	157	66,0	48,2	169	91,8	51,8	326	77,3
2. Менее 1 раза в месяц	42	17,6	84,0	8	4,3	16,0	50	11,8
3. 1 раз в месяц (ежемесячно)	22	9,2	91,7	2	1,1	8,3	24	5,7
4. 1 раз в неделю (еженедельно)	9	3,8	75,0	3	1,6	25,0	12	2,8
5. Ежедневно или почти ежедневно	8	3,4	80,0	2	1,1	20,0	10	2,4
Итого	238	100,0	56,4	184	100,0	43,6	422	100,0

При этом около половины анкетированных, 66,0% мужчин и 91,8% женщин, употребляющих алкоголь, не наблюдают подобного состояния. В значительной степени этот показатель был характерен для пациентов мужского пола, употребляющих крепкие спиртные напитки, причем, в значительных количествах: 17,6% опрошенных мужчин отметили его наличие с частотой менее 1 раза в месяц, 9,2% – ежемесячно, 3,8% – еженедельно.

Численное преобладание мужчин над женщинами было статистически достоверным по всем рассматриваемым позициям,  $p < 0,05$ .

Анализ группы респондентов, употребляющих алкоголь, по критерию «отказ от обычных дел в связи с употреблением алкоголя» получил 21,3% положительных ответов, что может свидетельствовать о нарушении социального и личного функционирования. Причем, около половины опрошенных мужчин и женщин дали отрицательный ответ (71,0% и 88,6%, соответственно). В соответствующих группах анкетированных (по критериям 2-5 таблицы 5.13), употребляющих алкоголь, отказ от обычных дел в связи с употреблением алкоголя был характерен для 100,0% мужчин ежемесячно, для 75,0% – еженедельно, для 74,2% – менее 1 раза в месяц, для 75,0% – ежедневно. Численное преобладание мужчин над женщинами было статистически достоверным по всем рассматриваемым позициям,  $p < 0,05$  (Таблица 5.13).

Таблица 5.13 – Распределение анкетированных по критерию «отказ от обычных дел в связи с употреблением алкоголя» и полу, абс. зн., %

Отказ от обычных дел в связи с употреблением алкоголя	Мужчины			Женщины			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Никогда	169	71,0	50,9	163	88,6	49,1	332	78,7
2. Менее 1 раза в месяц	46	19,3	74,2	14	7,6	22,6	62	14,7
3. 1 раз в месяц (ежемесячно)	10	4,2	100,0	2	1,1	20,0	10	2,4
4. 1 раз в неделю (еженедельно)	9	3,8	75,0	3	1,6	25,0	12	2,8
5. Ежедневно или почти ежедневно	4	1,7	66,7	2	1,1	33,3	6	1,4
Итого	238	100,0	56,4	184	100,0	43,6	422	100,0

На неспособность вспомнить, что было накануне, после употребления алкоголя указали 21,3% опрошенных. В то же время подавляющее большинство опрошенных мужчин и женщин дали отрицательный ответ (67,2% и 93,5%, соответственно,  $p < 0,05$ ) (Таблица 5.14).

Таблица 5.14 – Распределение анкетированных по критерию «неспособность вспомнить, что было накануне, после употребления алкоголя» и полу, абс. зн., %

Неспособность вспомнить, что было накануне, после употребления алкоголя	Мужчины			Женщины			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Никогда	160	67,2	48,2	172	93,5	51,8	332	78,7
2. Менее 1 раза в месяц	56	23,5	90,3	6	3,3	9,7	62	14,7
3. 1 раз в месяц (ежемесячно)	12	5,0	75,0	4	2,2	25,0	16	3,8
4. 1 раз в неделю (еженедельно)	6	2,5	75,0	2	1,1	25,0	8	1,9
5. Ежедневно или почти ежедневно	4	1,7	100,0	0	0,0	0,0	4	0,9
Итого	238	100,0	56,4	184	100,0	43,6	422	100,0

В соответствующих группах анкетированных, употребляющих алкоголь, неспособность вспомнить, что было накануне, после употребления алкоголя отмечают ежедневно 100,0% опрошенных мужчин, менее 1 раза в месяц – 90,3% опрошенных мужчин, ежемесячно и еженедельно – 75,0% опрошенных мужчин. Численное преобладание мужчин было статистически достоверным по всем рассматриваемым позициям,  $p < 0,05$ .

Нарушения поведения и психики вследствие употребления алкоголя могут быть причиной телесных повреждений пациента и окружающих его людей. В проведенном исследовании 63,0% пациентов никогда не связывали употребление алкоголя с телесными повреждениями (49,3% мужчин и 50,7% женщин), 14,7% отмечали их в течение последнего года (70,0% мужчин и 30,0% женщин), 22,3% – более года назад (77,9% мужчин и 21,1% женщин). Численное преобладание мужчин (в 2,9 раз) было статистически достоверным по показателям наличия телесных повреждений,  $p < 0,05$  (Таблица 5.15).

Таблица 5.15 – Распределение анкетировуемых по критерию «алкоголь как причина телесных повреждений» и полу, абс. зн., %

Алкоголь как причина телесных повреждений	Мужчины			Женщины			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Никогда	150	63,0	49,3	154	83,7	50,7	150	63,0
2. Да, более, чем год назад	53	22,3	77,9	15	8,2	22,1	53	22,3
3. Да, в течение этого года	35	14,7	70,0	15	8,2	30,0	35	14,7
Итого	238	100,0	56,4	184	100,0	43,6	238	100,0

По результатам анкетирования чувство вины и (или) раскаяния после употребления алкоголя испытывал каждый пятый – 21,3% опрошенных (21,8% мужчин и 20,6% женщин) (Таблица 5.16). В соответствующих группах анкетировуемых, употребляющих алкоголь, чувство вины и (или) раскаяния после употребления алкоголя испытывали менее 1 раза в месяц 64,7% мужчин, ежемесячно и еженедельно – 33,3% опрошенных мужчин. Чувство вины и (или) раскаяния после употребления алкоголя было характерно и для пациентов женского пола (в отдельных группах в диапазоне 35,3-66,7%), по ряду показателей оно было даже более выражено в долевого отношении, превышая аналогичную долю у пациентов мужского пола (ежемесячно и еженедельно – в 2 раза,  $p < 0,05$ ).

Таблица 5.16 – Распределение анкетировуемых по критерию «чувство вины и (или) раскаяния после употребления алкоголя» и полу, абс. зн., %

Чувство вины и (или) раскаяния после употребления алкоголя	Мужчины			Женщины			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Никогда	186	78,2	56,0	146	79,3	44,0	332	78,7
2. Менее 1 раза в месяц	44	18,5	64,7	24	13,0	35,3	68	16,1
3. 1 раз в месяц (ежемесячно)	4	1,7	33,3	8	4,3	66,7	12	2,8
4. 1 раз в неделю (еженедельно)	2	0,8	33,3	4	2,2	66,7	6	1,4
5. Ежедневно или почти ежедневно	2	0,8	50,0	2	1,1	50,0	4	0,9
Итого	238	100,0	56,4	184,0	100,0	43,6	422	100,0

Не подтвердили «озабоченность окружающих по поводу употребления алкоголя» 74,4% анкетированных (47,18% мужчин и 52,5% женщин). 25,6% пациентов отмечали эту «озабоченность»: 16,6% – в течение этого года, 9,0% – более года назад (Таблица 5.17).

Таблица 5.17 – Распределение анкетированных по критерию «озабоченность окружающих по поводу употребления алкоголя» и полу, абс. зн., %

Озабоченность окружающих по поводу употребления алкоголя	Мужчины			Женщины			Всего	
	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%	% от ст. 8	Абс. зн.	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Никогда	148	62,2	47,1	166	90,2	52,5	314	74,4
2. Да, более, чем год назад	30	12,6	78,9	8	4,3	21,1	38	9,0
3. Да, в течение этого года	60	25,2	85,7	10	5,4	14,7	70	16,6
Итого	238	100,0	56,4	184	100,0	43,6	422	100,0

По ответам мужчин эта «озабоченность» в долевом отношении в 3,7-6,0 раз превышает таковую у женщин,  $p < 0,05$ .

## 5.2 Медико-социальная характеристика пациентов многопрофильного стационара с алкоголь-ассоциированной патологией

**Распределение пациентов многопрофильного стационара по наличию алкоголь-ассоциированной патологии.** Более 18 тыс. пациентов ежегодно поступают в МПС с ААсП ( $18471,0 \pm 4017,6$  чел.). Алкогольный фактор, по данным ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, присутствует у каждого четвертого госпитализируемого пациента ( $24,9 \pm 3,8\%$ ) с динамикой возрастания показателя на 30,3% (2015-2023 гг.), средний ежегодный темп прироста составил 6,9% в год.

Вполне возможно, что столь высокие показатели обусловлены особенностями контингента пациентов, поступающих по экстренным и неотложным показаниям, а также присутствием в структуре клинических подразделений ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе Центра острых отравлений. Этот поток имеет значительную долю иногородних и иностранных граждан

(мигрантов), лиц, доставляемых БСМП с улицы, общественных мест, пациентов с асоциальным поведением (Таблица 5.18, Рисунок 5.1).

Таблица 5.18 – Динамика распределения пациентов по критерию наличия алкоголь-ассоциированной патологии (клиники, анамнеза, положительного результата ХТИ\* на этанол) за 2015-2023 гг.

Год, показатель	Пациентов всего**, абс.зн.	Пациенты без алкоголь-ассоциированной патологии		Пациенты с алкоголь-ассоциированной патологией***		Положительный результат ХТИ на этанол	
		абс.зн.	%	абс.зн.	%	абс.зн.	%
2015	67672	53533	79,1	14139	20,9	14099	20,8
2017	74599	55466	74,4	19133	25,6	19007	25,5
2019	80888	56067	69,3	24821	30,7	21104	26,1
2021	70679	54846	77,6	15833	22,4	16143	22,8
2023	74773	56344	75,4	18429	24,6	19266	25,8
Базисный темп роста 2023/2015 гг., %	110,49	105,25	95,32	130,34	117,7	136,65	124,04
Базисный темп прироста 2023/2015 гг., %	+10,49	+5,25	-4,68	+30,34	+17,7	+36,65	+24,04
Средний темп прироста, %	+2,5	+1,3	-1,2	+6,9	+4,2	+8,1	+5,5

\*ХТИ – химико-токсикологическое исследование

\*\*получали медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях

\*\*\* по данным клинического и лабораторного исследований

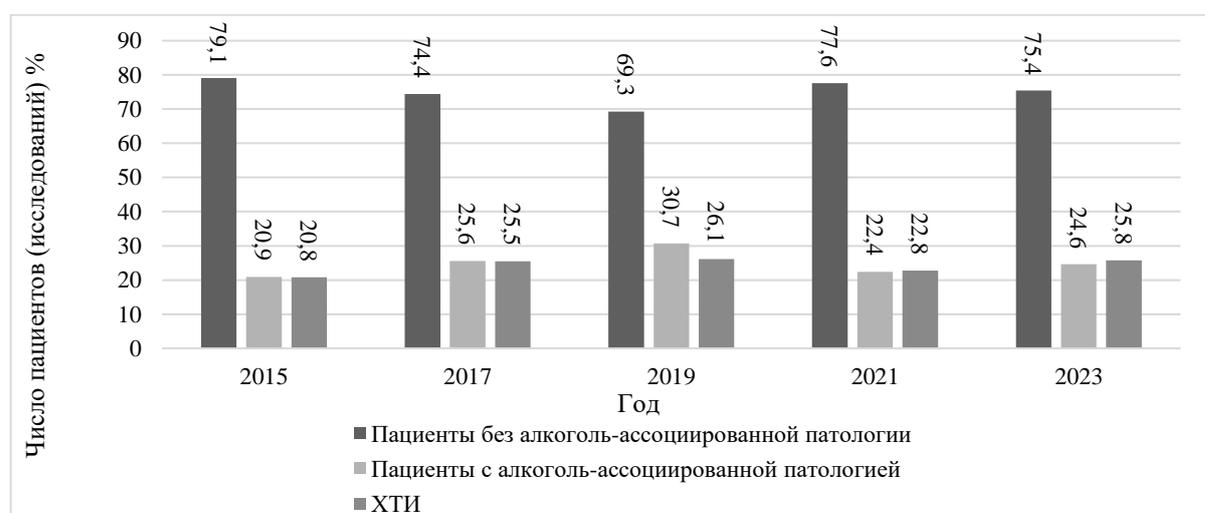


Рисунок 5.1 - Распределение пациентов по критерию наличия алкоголь-ассоциированной патологии (по данным клинического и химико-токсикологического (ХТИ) обследования, 2015-2023 гг., %

**Половозрастное распределение пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре.** Половозрастная характеристика пациентов с ААсП в МПС свидетельствует о преобладании мужчин (78,73%) в 3,7 раза над женщинами (21,27%),  $p < 0,05$ . Среди возрастных групп значительно преобладали мужчины 18-44 лет (48,68%) и мужчины 45-59 лет (22,63),  $p < 0,05$ ; на третьем месте среди мужчин была возрастная группа 60-74 лет (6,91%). Среди женщин, которые по частоте наличия ААсП значительно «уступали» мужчинам, выделяется группа 18-44 лет (12,30%), на втором месте – группа 45-59 лет (6,87%).

В итоге, наиболее значимой в возрастном аспекте среди пациентов с ААсП была группа 18-44 лет (60,98%), на втором месте – группа 45-59 лет (29,59%), вместе на их долю приходится 90,48% пациентов данной категории,  $p < 0,05$  (Таблица 5.19, Рисунок 5.2).

Таблица 5.19 – Распределение пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре по возрасту и полу, 2015-2023 гг., %

Возрастные группы	Пол	Доля пациентов, %*	Итого, %
до 18 лет	Мужчины	0,05	0,08
	Женщины	0,03	
от 18 до 44 лет	Мужчины	48,68	60,98
	Женщины	12,30	
от 45 до 59 лет	Мужчины	22,63	29,50
	Женщины	6,87	
от 60 до 74 лет	Мужчины	6,91	8,55
	Женщины	1,64	
от 75 до 90 лет	Мужчины	0,45	0,85
	Женщины	0,40	
от 90 лет	Мужчины	0,01	0,04
	Женщины	0,03	
<b>Итого</b>	<b>Женщины</b>	<b>21,23</b>	<b>100,00</b>
	<b>Мужчины</b>	<b>78,77</b>	

\*Среднегодовые показатели за период наблюдения, 2015-2023 гг.

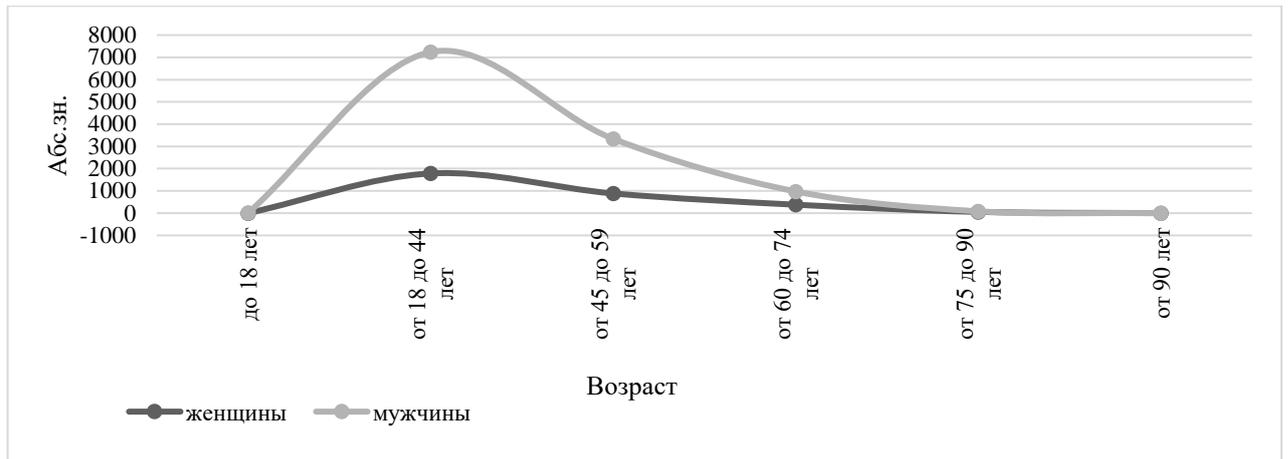


Рисунок 5.2 - Разделение лиц с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре по полу и возрасту (среднегодовой показатель за период наблюдения), 2015-2023 гг., абс. зн.

Отдельно рассмотрен возрастной состав пациентов с ААсП среди пациентов соматопсихиатрического отделения (далее – СПО) и стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП, ранее – ОЭМП) (Рисунок 5.3).

В исследовании приняло участие 72,1% мужчин и 27,9% женщин. В группе 1 (СПО) наблюдалось 68,8% мужчин и 31,2% женщин, в группе 2 (СтОСМП, ОЭМП) – 70,1% мужчин и 26,9% женщин. Средний возраст пациентов в исследовании составил  $33,61 \pm 0,32$  лет, в том числе в группе 1 –  $32,21 \pm 0,65$ , в группе 2 –  $33,72 \pm 0,38$ . Группы были однородны по возрасту ( $F=0,41$ ,  $p=0,52$ ).

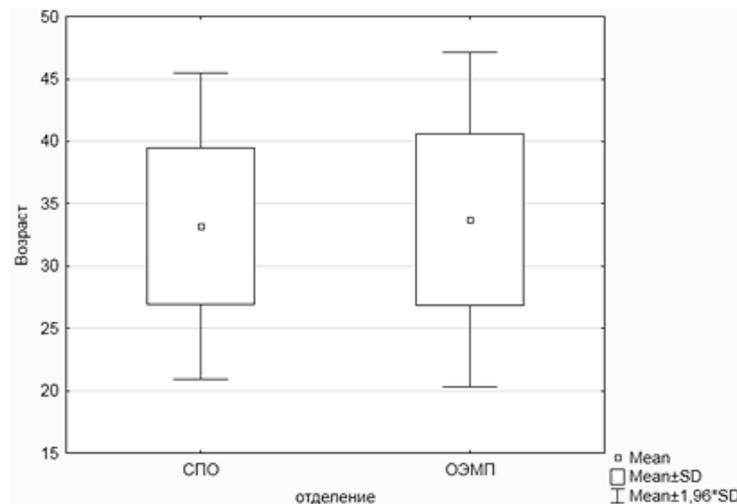


Рисунок 5.3 - Возрастной состав пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией среди пациентов соматопсихиатрического отделения (СПО) и стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП, ОЭМП), абс. зн.

**Тяжесть состояния пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией при поступлении в многопрофильный стационар.** С ААсП поступили в МПС в удовлетворительном состоянии 11,16% пациентов, 84,78% – в состоянии средней тяжести, в тяжелом состоянии (в том числе шок) – 4,06% (согласно распределению медицинской информационной системы (МИС) медицинской организации) (Таблица 5.20).

Таблица 5.20 – Распределение пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре по тяжести состояния при поступлении, 2015-2023 гг., %

Состояние*	Пол, доля пациентов, %**		Итого, %
	Мужчины	Женщины	
1 – удовлетворительное	7,40	3,76	11,16
2 - средней тяжести	67,97	16,81	84,78
3 – тяжелое	3,40	0,66	4,06
<b>Итого</b>	<b>78,77</b>	<b>21,23</b>	<b>100,00</b>

\*согласно распределению медицинской информационной системы медицинской организации

\*\*среднегодовые показатели за период наблюдения, 2015-2023 гг.

Следует отметить, что в состоянии средней степени тяжести находилось подавляющее большинство пациентов с асоциальным поведением (80,01%,  $p < 0,05$ ); «маркеры» этой когорты пациентов – неадекватное психическое состояние, обусловленное употреблением алкоголя, неопрятный внешний вид; диагнозы «острое пероральное отравление этанолом средней степени тяжести», «алкогольная интоксикация» или указание в медицинской документации на «алкогольное опьянение» в сочетании с иным диагнозом.

Доля пациентов мужского пола достоверно преобладала над женским в каждой рассматриваемой группе (как по числу пациентов, так и в общем в группах): среди пациентов в удовлетворительном состоянии – в 2,0 раза, в среднетяжелом состоянии – в 4 раза, в тяжелом состоянии – в 7 раз,  $p < 0,05$ .

Нозологическая структура пациентов с ААсП, закончивших лечение в условиях СтОСМП, представлена в приложении К.

Среди них незначительно преобладали пациенты хирургического профиля (51,7%), также выделялись пациенты следующего профиля:

– токсикологический профиль - 17,5%;

- травматологический профиль - 8,62%;
- кардиологический профиль - 7,19%.

Таким образом, по результатам анализа медико-социальных характеристик госпитализации пациентов с ААсП за период 2015-2023 гг.:

- более 18 тыс. пациентов ежегодно поступали в МПС с ААсП; алкогольный фактор присутствует у каждого четвертого госпитализируемого пациента ( $24,9 \pm 3,8\%$ ), с динамикой возрастания показателя на 3,8%;

- наиболее значимой в возрастном аспекте среди пациентов с ААсП была группа 18-44 лет (60,98%), на втором месте – группа 45-59 лет (29,59%); половозрастная характеристика пациентов с ААсП в МПС свидетельствует о преобладании мужчин (78,73%) в 3,7 раза над женщинами (21,27%);

- с ААсП поступили в МПС в удовлетворительном состоянии 11,2% пациентов, в состоянии средней тяжести – 84,8%, в тяжелом состоянии – 4,06%; пациенты с «маркерами» асоциального поведения составили 80,0% в этом потоке поступающих, они находились в среднетяжелом состоянии и подлежали изоляции;

- нозологическая структура пациентов с ААсП была преимущественно представлена больными (пострадавшими) хирургического (51,7%), токсикологического (17,5%), травматологического (8,62%) и кардиологического (7,19%) профиля.

### **5.3 Анализ организационной характеристики госпитализации пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией**

**Пути госпитализации пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильный стационар.** Доставка пациентов осуществлялась преимущественно БСМП ( $95,8 \pm 0,9\%$ ), отмечались также случаи госпитализации по направлению из других медицинских организаций ( $2,2 \pm 0,5\%$ ) и самообращений за медицинской помощью ( $2,1 \pm 0,5\%$ ),  $p < 0,05$  (Таблица 5.21).

Таблица 5.21 – Динамика поступления пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильный стационар за 2015-2023 гг.

Год, показатель	Пациентов всего, абс.зн.	Доставлены бригадой скорой медицинской помощи		Самообращение		Направлены другой медицинской организацией	
		Абс.зн.	%	Абс.зн.	%	Абс.зн.	%
2015	67672	65316	96,5	1102	1,6	1254	1,9
2017	74599	71615	96,0	1194	1,6	1790	2,4
2019	80888	77511	96,5	1906	2,4	1254	1,9
2021	70679	66578	94,2	2007	2,8	2094	3,0
2023	74773	71720	95,9	1754	2,3	1299	1,7
Базисный темп роста 2023/2015 гг., %	110,49	109,80	99,38	159,17	143,75	103,59	89,47
Базисный темп прироста 2023/2015 гг., %	+10,49	+9,80	-0,62	+59,17	+43,75	+3,59	-10,53
Средний темп прироста, %	+2,5	+2,4	-0,2	+12,3	+9,5	+0,9	-2,7

Последнее может свидетельствовать о востребованности и «...доступности медицинской помощи в экстренной и неотложной форме в условиях СтОСМП (в режиме досуточного и краткосрочного пребывания),.. на койках скорой медицинской помощи, при показаниях – на специализированных койках МПС» (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>3</sup>),.

При осуществлении медицинской эвакуации БСМП сотрудники бригады излагают обстоятельства обнаружения и поступления таких пациентов в сопроводительных листах. Зачастую в таких сведениях отражен и алкогольный, и социальный анамнез: «...диагноз «Острое пероральное отравление этанолом» ии «АО?» (алкогольное опьянение/отравление), «запах алкоголя» (в сопутствующем диагнозе);.. «найден у входа в метро», «обнаружен на детской площадке», «лежал на улице», «спал на скамейке остановки»...» (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2024<sup>3</sup>).

Территориальное расположение МПС (ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе располагается во Фрунзенском районе) определяло логистику доставки пациентов: из Фрунзенского района доставлено (40,4%,  $p < 0,05$ )

пациентов с ААсП, также в общем потоке высокие доли госпитализации отмечены из «приграничных» районов города (Невский (13,8%), Московский (11,0%), Центральный (10,3%) и Адмиралтейский (9,0%)) (Рисунок 5.4).

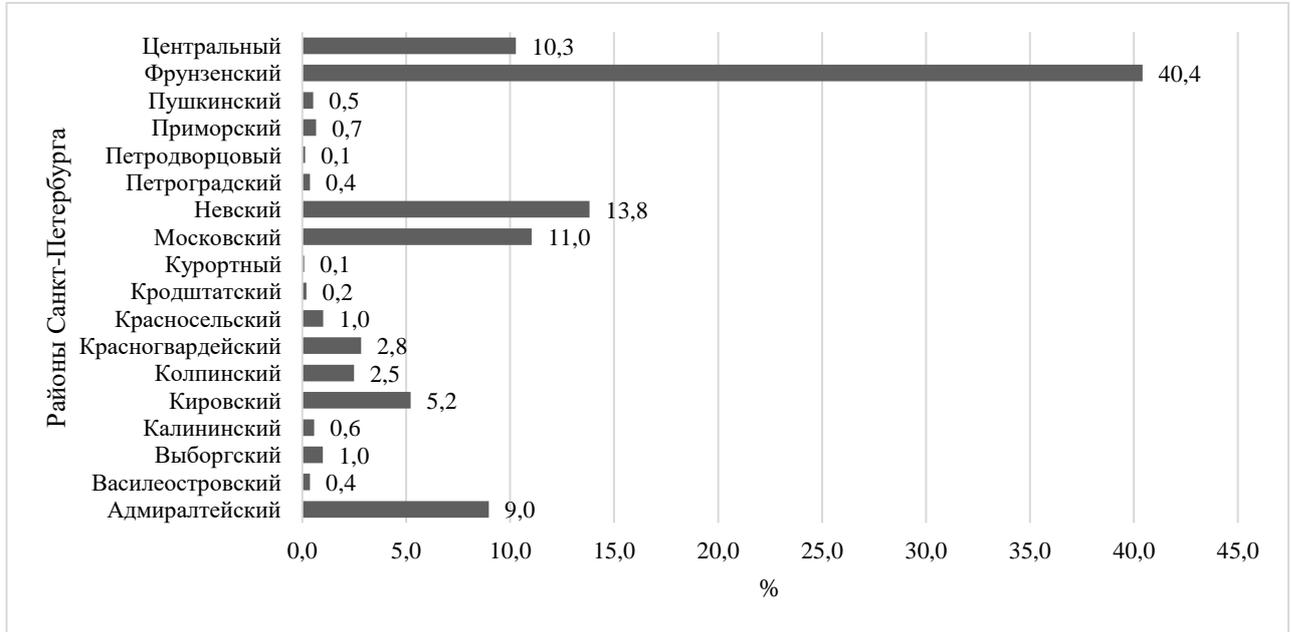


Рисунок 5.4 - Районы поступления пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильный стационар, средние годовые показатели, 2015-2023 гг., %

**Распределение пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в отделениях многопрофильного стационара.** Около 80 тыс. пациентов ежегодно госпитализируется в различные клиники (отделения) базовой медицинской организации – ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Условно маршрут таких пациентов можно считать определившимся: они получают полный объем специализированной медицинской помощи по основному профилю заболевания.

Среднесуточное поступление больных и пострадавших в ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе составляет  $204,9 \pm 46,5$  пациентов, из которых  $45,7 \pm 3,9\%$  завершают госпитализацию в условиях СтОСМП.

Без госпитализации в профильное отделение в первые сутки из СтОСМП выбывает 81,84% пациентов с ААсП (преобладающая доля,  $p < 0,05$ ). При этом в МИС ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе регистрируются такие варианты

выбытия из стационара как «самовольный уход» (3,59%), «отказ от госпитализации» (1,64%) и «в госпитализации не нуждается» (6,15%), что в сумме составляет 11,38% пациентов от числа всех выбывших из СтОСМП и косвенно свидетельствует о необоснованности госпитализации.

Распределение потока пациентов с ААсП по вариантам «выбытия» из МПС в целом имеет несколько иное соотношение: подавляющая доля пациентов отказалась от госпитализации (45,32%,  $p < 0,05$ ), значительная доля не нуждалась в госпитализации (23,64%,  $p < 0,05$ ); каждый пятый пациент (22,86%) выписан из стационарного отделения скорой медицинской помощи.

Объединенную группу «самовольный уход» (6,79%), «отказ от госпитализации» (45,32%) и «в госпитализации не нуждается» (23,64%) суммарно составляют 75,75% выбывших из стационара; высокий процент отказов от госпитализации и самовольных уходов пациентов алкогольной группы может косвенно свидетельствовать о влиянии алкогольного фактора на мотивацию к лечению основного заболевания (Таблица 5.22).

Отдельно рассмотрены виды выбытия среди пациентов СПО и СтОСМП, госпитализированных с ААсП (Таблица 5.23).

Таблица 5.22 – Вид выбытия из многопрофильного стационара пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в целом и закончивших лечение в условиях отделения экстренной медицинской помощи в первые сутки, %

Вид выбытия из стационара	Доля пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, выбывших из многопрофильного стационара в первые сутки, %*		
	в целом, %	закончивших лечение в отделении экстренной медицинской помощи (СтОСМП), %*	$p^{**}$
1	2	3	4
1. В госпитализации не нуждается	23,64	6,15	$p=0,028$
2. Выписка	22,86	81,84	$p < 0,0001$
3. Отказ пациента от госпитализации	45,32	1,64	$p=0,98$
4. Перевод в другие стационары	0,48	1,76	$p=0,98$
5. Самовольный уход	6,79	3,59	$p=0,028$
6. Летальный исход	0,90	5,02	$p < 0,05$

\*средние годовые показатели за период наблюдения, 2015-2023 гг.

\*\*Достоверность различий данных столбцов 2 и 3 (по абсолютным значениям).

Таблица 5.23 – Вид выбытия из многопрофильного стационара пациентов основной и контрольной групп сравнения, %

Вид выбытия из стационара	Доля пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, выбывших*		
	из сомато психиатрического отделения (СПО), основная группа, %*	из отделения экстренной медицинской помощи (СтОСМП), контрольная группа, %*	p**
1	2	3	4
1. В госпитализации не нуждается	0,00	47,09	p<0,0001
2. Выписка	84,95	3,67	
3. Отказ пациента от госпитализации	2,15	44,04	
4. Перевод в другие стационары	12,90	0,00	
5. Самовольный уход	0,00	5,20	
6. Летальный исход	0,00	0,00	-

\*Средние годовые показатели за период наблюдения по основной и контрольной группам сравнения, 2015-2023 гг.

\*\*Достоверность различий данных столбцов 2 и 3 (по абсолютным значениям).

Для выполнения этой задачи из общего числа госпитализированных в МПС пациентов с ААсП были сформированы основная (или экспериментальная) (пациенты СПО) и контрольная (пациенты СтОСМП) группы сравнения, стандартизированные по основным клиническим характеристикам (клинические диагнозы: поверхностные травмы головы и тела, острая интоксикация алкоголем, пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя, состояние отмены алкоголя (неосложненное), регистрируемые на момент выбытия из СтОСМП и (или) поступления в СПО ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе), легкая и средняя тяжесть клинических проявлений абстинентного алкогольного синдрома). Критерии включения: пациенты обоего пола в возрасте 18-45 лет с наличием повторных госпитализаций с ААсП за период исследования, добровольный характер получения медицинской помощи в ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. Критерии невключения: однократные госпитализации за период исследования или вид выбытия при повторной госпитализации пациента, не связанной с алкогольным фактором, недобровольный характер получения медицинской помощи в СПО ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. В

исследовании приняли участие 420 пациентов, разделенных на 2 группы по отделению: группа 1 (СПО) – 93 пациента (22,1%); группа 2 (СтОСМП) – 327 пациента (77,9%).

Средний возраст пациентов в исследовании составил  $33,61 \pm 0,32$  лет, в том числе в группе 1 –  $32,21 \pm 0,65$ , в группе 2 –  $33,72 \pm 0,38$ . Группы были однородны по возрасту и полу ( $F=0,41$ ,  $p=0,52$ ).

Экспериментальные условия определялись принципами организации работы согласно действующим нормативным документам, структурой и ресурсами СПО. К экспериментальным стимулам отнесены следующие: консультация врача-психиатра и (или) врача психиатра-нарколога, назначение режима наблюдения и лечебно-диагностических мероприятий по медицинским показаниям.

**Время (сроки) пребывания пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре (Рисунок 5.5).**

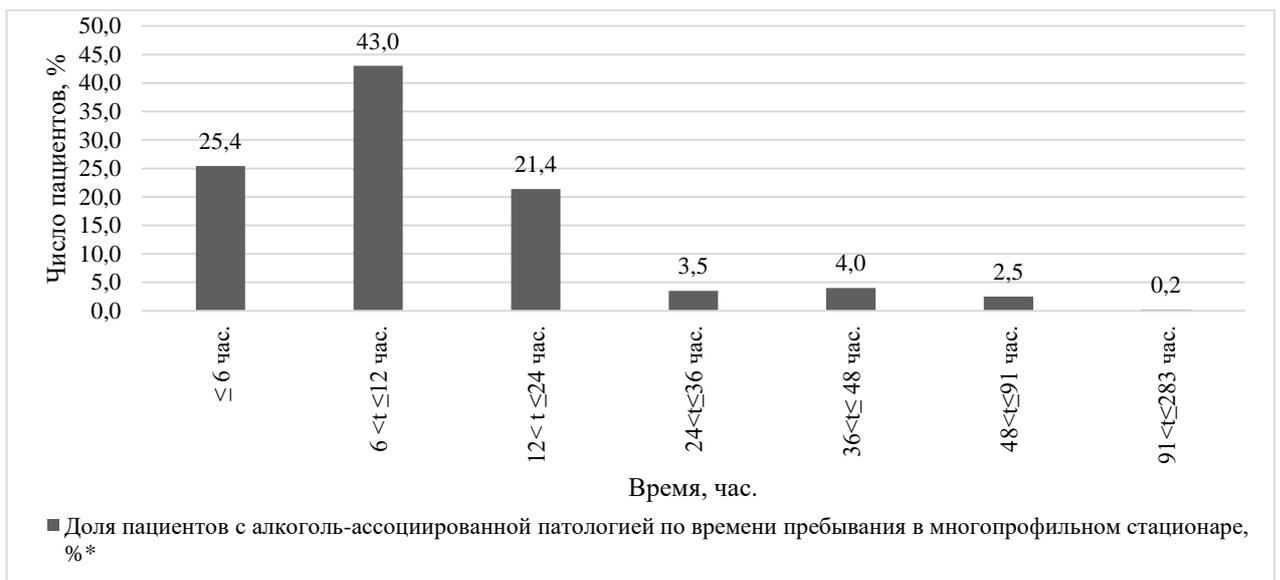


Рисунок 5.5 - Время (сроки) пребывания пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре (средние годовые значения), 2015-2023 гг., %

Подавляющая часть пациентов с ААсП (43,0%) получает помощь в МПС в интервале 6-12 час. пребывания в медицинской организации,  $p < 0,05$ . Значительная часть пациентов, закончивших лечебно-диагностические мероприятия за 12-24 час. (каждый пятый пациент, 21,4%) и в срок до 6 час. (каждый четвертый пациент, 25,4%),  $p < 0,05$ .

Таким образом, пациенты с ААсП получают необходимый объем медицинской помощи в МПС в достаточно короткие сроки: 89,8% – в течение 1-х суток (подавляющее большинство,  $p < 0,05$ ), 97,3% – в течение 2-х суток (подавляющее большинство,  $p < 0,05$ ), 2,7% – в сроки, превышающие 2-х суточное пребывание.

**Повторные госпитализации пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией.** Значимым фактором являются случаи повторного поступления пациентов в стационар в течение года. Из рассматриваемой годовой выборки до 29,0% пациентов с ААсП имели повторные госпитализации в тот же стационар: 3,1% – двукратные, 2,0% – трехкратные, 1,4% – четырехкратные, 1,2% – пятикратные, ... 2,0% – десятикратные, в ряде случаев используя медицинскую организацию как вытрезвитель, место ночевки и питания, для получения медикаментозной помощи при запоях, купирования негативных симптомов и последствий алкоголизма (Рисунки 5.6-5.9).

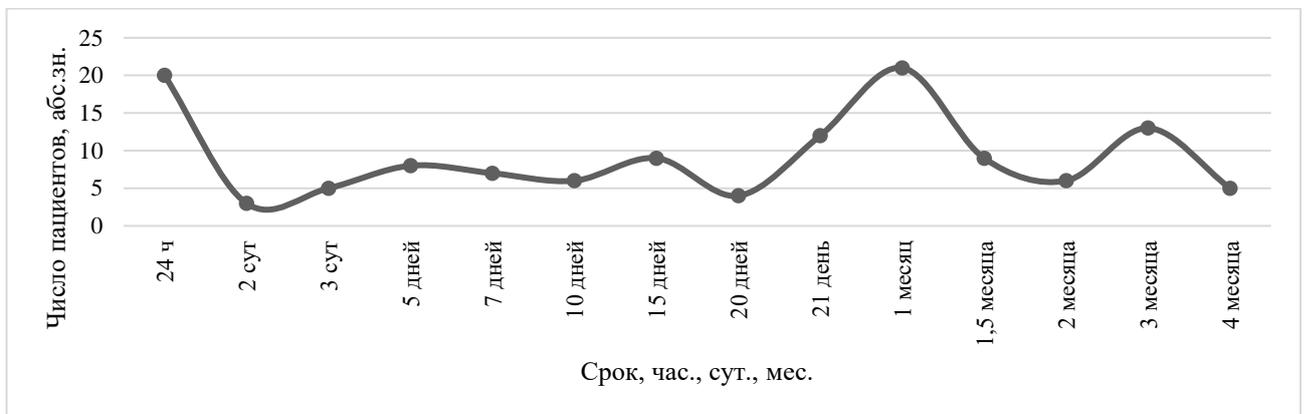


Рисунок 5.6 - Объемы (число пациентов) и временные интервалы повторных госпитализаций пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре, средние годовые значения, 2015-2023 гг., абс. зн.

У 55,0% повторно поступивших пациентов отмечалось ухудшение состояния после предыдущей госпитализации (Рисунок 5.7).

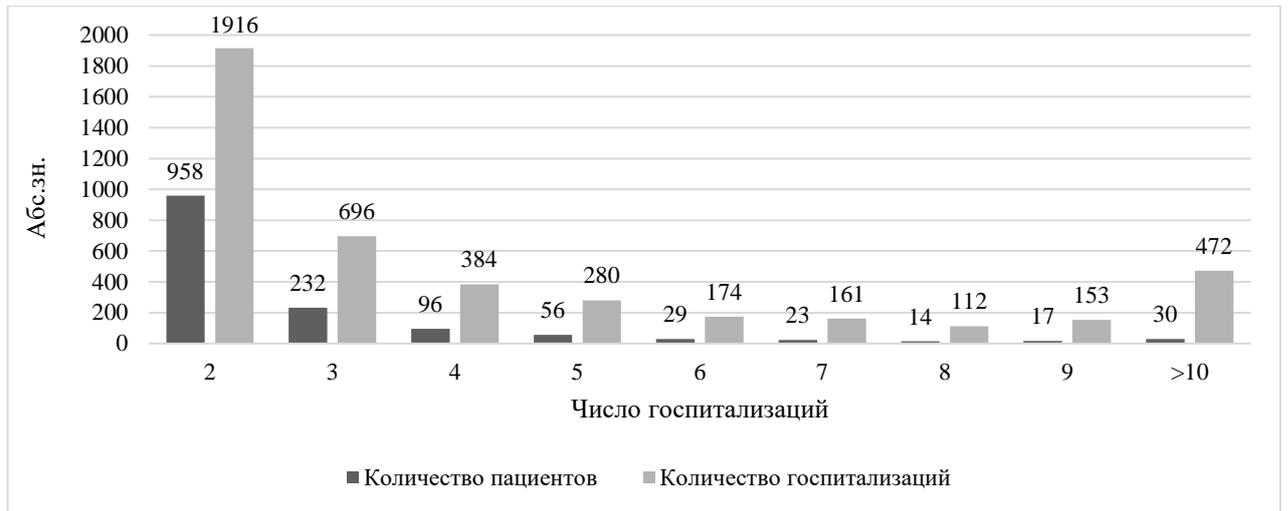


Рисунок 5.7 - Соотношение числа пациентов, случаев повторных госпитализаций тех же пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре, средние годовые значения, 2015-2023 гг., абс. зн.

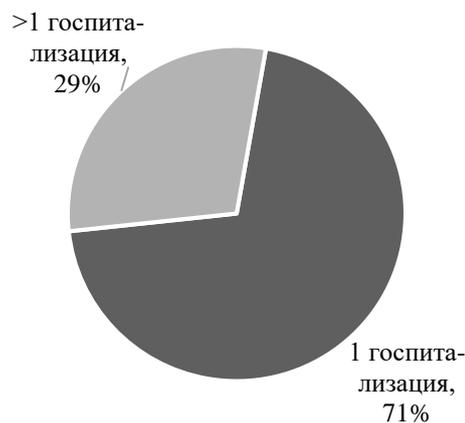


Рисунок 5.8 - Соотношение числа пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре с однократной и повторными госпитализациями, средние годовые значения, 2015-2023 гг., %



Рисунок 5.9 - Состояние повторно госпитализированных пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, средние годовые значения, 2015-2023 гг., %

Значимыми являются факты повторных госпитализаций выбывших пациентов с ААсП уже в первую неделю после первичной госпитализации, из которых более четверти (28,0%) возвращается уже в первые сутки, еще столько же – на следующие сутки, 12,0% – через 2 дня.

Отдельно рассмотрено суммарное количество госпитализаций и суммарное время госпитализаций за весь период исследования пациентов с ААСП среди пациентов СПО и СтОСМП.

В СПО суммарное количество госпитализаций у пациента за весь период исследования варьировалось от 1 до 4, среднее количество –  $1,3 \pm 0,07$ , в СтОСМП – от 1 до 25 госпитализаций, в среднем –  $2,2 \pm 0,17$ . В группе СтОСМП суммарное количество госпитализаций у пациента было значимо выше, чем в СПО ( $F=6,9$ ;  $p=0,0089$ ).

Суммарное время госпитализации в группе СПО варьировалось от 2,88 до 668,4 часа и в среднем составило  $161,4 \pm 12,6$  часа, в группе СтОСМП – от 0,06 до 1544,5 часа, в среднем  $40,7 \pm 8,2$  часа. В группе СтОСМП суммарное время госпитализаций у пациента было значимо ниже, чем в СПО ( $F=51,7$ ,  $p<0,0001$ ) (Рисунок 5.10).

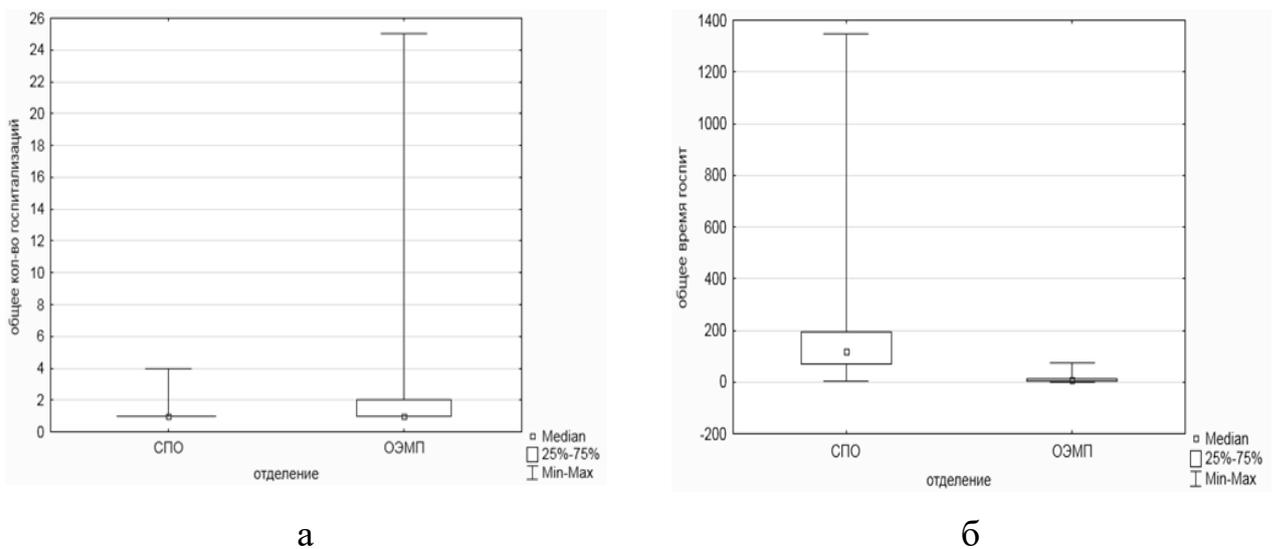


Рисунок 5.10 - Распределение суммарного количества (а) и суммарного времени (б) оспитализаций в группах пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в соматопсихиатрическом отделении (СПО) и отделении экстренной медицинской помощи (СтОСМП, ОЭМП), 2015-2023 гг., абс. зн.

Исследование времени госпитализаций (Таблица 5.24). Для сравнения групп используются данные первых 4-х госпитализаций, так как в группе СПО наблюдалось не более 4-х госпитализаций.

Таблица 5.24 – Распределение времени первых 4-х госпитализаций в группах пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией соматопсихиатрического отделения (СПО) и стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОСМП, ОЭМП), абс. зн.

Показатель		СПО	СтОСМП	Все пациенты	p
Госпитализация № 1 в часах	M±m	147,0±11,4	9,4±0,8	39,9±3,8	0,000000
	Кол-во	93	327	420	
Госпитализация № 2 в часах	M±m	46,8±12,6	35,1±13,3	37,2±11,2	0,689293
	Кол-во	22	102	124	
Госпитализация № 3 в часах	M±m	30,4±21,4	11,5±1,9	13,8±3,1	0,896724*
	Кол-во	8	57	65	
Госпитализация № 4 в часах	M±m	33,3±26,2	13,9±2,9	14,7±2,9	неприменимо
	Кол-во	2	42	44	

\*критерий Манна-Уитни (ANOVA)

Как видно из таблицы, значительно различается время только госпитализации № 1; госпитализации № 2 и № 3 значительно не различаются; по госпитализации № 4 сделать вывод невозможно из-за малого числа наблюдений в группе пациентов СПО. По количеству пациентов, которым потребовались 2 и более госпитализации, группы значительно не различались ( $p=0,18$ ).

Исследование интервалов между госпитализациями. Для сравнения групп используются данные первых 3-х интервалов между госпитализациями, так как в группе пациентов СПО наблюдалось не более 4-х госпитализаций. Распределение времени первых 3-х интервалов в группах пациентов СПО и СтОСМП приведены в таблице 5.25.

Таблица 5.25 – Распределение времени первых 3-х интервалов в группах пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией соматопсихиатрического отделения и отделения экстренной медицинской помощи, абс. зн.

Показатель		СПО	СтОСМП	p
Интервал 1 в часах	Me(Q25;Q75)	54(16;195)	45(13,242)	0,769240
	Кол-во	21	97	
Интервал 2 в часах	Me(Q25;Q 75)	89(29,5;252,25)	45(8,5,202)	0,283294
	Кол-во	8	56	
Интервал 3 в часах	Me(Q25;Q75)	153(13,5;292,5)	18,5(7,5;43,5)	0,507400
	Кол-во	2	42	

По интервалам (в часах) между госпитализациями группы значимо не различались.

### **Резюме.**

Результаты, полученные в ходе социологического исследования, выявили высокий уровень употребления алкоголя госпитализированными по экстренным и неотложным показаниям в МПС пациентами соматического профиля, а также негативные последствия употребления. Полученные при выполнении социологического исследования данные в полной мере соответствуют выводам многочисленных исследований подобного направления (Егоров А.Ю. и соавт., 2013; Надеждин А.В. и соавт., 2023 и др.).

Дальнейшее изучение структуры алкоголь-ассоциированных заболеваний и состояний в МПС выявило короткие сроки пребывания пациентов, неоднократные повторные госпитализации, отказ от продолжения лечения в стационарных условиях; среди доставленных бригадами СМП доля таких пациентов составляла четверть от входящего потока, происходила их концентрация в СтОСМП.

Пациенты основной (СПО) и контрольной (СтОСМП) групп значимо различались по видам выбытия ( $p < 0,0001$ ), согласию на лечение в стационарных условиях, количеству повторных госпитализаций и суммарной длительности госпитализации, приверженности к дальнейшему получению специализированной наркологической и психиатрической помощи, что при существенной доле пациентов с алкогольным фактором доказывает целесообразность зонирования потока таких пациентов с предоставлением им специализированной наркологической помощи в условиях МПС.

## **ГЛАВА 6 РАЗРАБОТКА И ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСА МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С АЛКОГОЛЬ- АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

На основании обзора литературы и выполненных исследований предлагается следующий комплекс мероприятий по совершенствованию организации МП пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях стационара.

### **6.1 Комплексная интегративная методика выявления контингента пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, определения уровня алкоголь-ассоциированных госпитализаций и структуры алкоголь- ассоциированных заболеваний (состояний) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь взрослому населению в стационарных условиях**

Для целей настоящего исследования разработана комплексная интегративная методика выявления контингента пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией (ААсП), определения уровня алкоголь-ассоциированных госпитализаций (ААсГ) и структуры алкоголь-ассоциированных заболеваний (состояний) (ААсЗ(С)) в медицинской организации (МО) стационарного типа для взрослого населения, основанная на трехкомпонентном анализе медицинской документации, минимизирующем недостатки и погрешности ранее применявшихся методов сбора данных. Основные принципы методики и ее этапы изложены в Главе 2 настоящего исследования.

Как отмечалось ранее (Глава 2), анализ результатов, полученных при определении уровня ААсГ и структуры ААсЗ(С) сообщает о масштабах проблемы

в конкретной МО в определенный период времени. Выявление значительного уровня ААсГ требует детального изучения структуры ААсЗ(С).

Важной интегративной частью методики **является этап стратификации** госпитализации по характеру связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния). В основу стратификации положена проблема причинности (проблема и ее методология рассматривается в различных областях знаний, в том числе, медико-биологических дисциплинах (Котеров А.Н. и соавт., 2020; Кузьмин Ю.А., 2020; Illari P.M. et al., 2011).

Для определения характера и направления мероприятий в рамках решения задач антиалкогольной Концепции главным стратифицирующим признаком должна выступать связь между употреблением алкоголя, заболеванием (состоянием) и госпитализацией. В таком случае в качестве причины предполагается факт предшествующего госпитализации разового или систематического употребления алкоголя, а заболевание или состояние, с которым госпитализирован пациент, рассматривается как возможное следствие указанной причины. При выявлении ААсЗ(С) в МО устанавливается характер связи между употреблением алкоголя в ближайшем анамнезе и госпитализацией пациента.

Так, эта связь может носить случайный характер, если алкоголь не повлиял на причину и механизм госпитализации. Например, лицо в состоянии алкогольного опьянения, будучи пассажиром автотранспортного средства, обращается за МП в связи с травмой в результате дорожно-транспортного происшествия. Факт употребления алкоголя в ближайшем анамнезе установлен, однако, алкоголизация никак не влияла на обстоятельства обращения за МП.

Условный характер связи устанавливается, если алкоголизация явилась условием госпитализации. Например, это случай, когда лицо по причине алкогольного опьянения получает термическую или механическую травму и обращается за МП.

Причинный характер связи устанавливается, если причина (факт употребления алкоголя) является обязательной по отношению к последствию (то есть возникновению заболевания (состояния), приведшего к госпитализации).

Причинно-следственный характер связи устанавливается, если причина является полной по отношению к последствию (возникновению заболевания (состояния), приведшего к госпитализации). При этом воздействие причины на следствие является однонаправленным, обязательным, всегда предшествует исходу, усиление воздействия по количеству и (или) времени увеличивает риск развития заболевания (состояния) и реализует факт госпитализации. Зависимость воздействия причины и возникновения следствия подтверждается характерными патобиологическими процессами в организме пациента и доказывается от противного (отсутствие алкоголизации останавливает или замедляет патобиологические изменения).

В первом случае причина неполная (достаточная, необходимая, обязательная, требующая определенных условий), то есть воздействие алкоголя не каждый раз приводит к госпитализации, но факты употребления алкоголя и госпитализации линейно связаны в ближайшем времени (например, острый алкогольный панкреатит, состояние отмены алкоголя).

Во втором случае причина полная: факты употребления алкоголя и госпитализации могут быть разнесены во времени, однако само заболевание (состояние) прямо указывает на алкоголизацию (например, алкогольная энцефалопатия, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная полинейропатия, хронический алкогольный панкреатит) и алкоголизация становится императивной, неизбежной причиной госпитализации.

Возможен также смешанный характер связи.

Разработанные в исследовании признаки **определения характера связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния), приведшего к госпитализации, и формулы для установления характера связи,** приведены в таблице 6.1.

Таблица 6.1 - Стратификация госпитализации по характеру связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния)

Определение характера связи	Формула	Примечания
Случайный – факт употребления алкоголя установлен, но алкоголизация не является причиной заболевания (состояния), приведшего к госпитализации	$A \neq B \neq \Gamma$	A - разовое или систематическое употребление алкоголя,
Условный – алкоголизация является условием, определяющим госпитализацию, но не определяет болезнь (состояние)	$A \leq B, A \in \Gamma$	предшествующее госпитализации
Причинный – алкоголизация является обязательной (неполной) причиной заболевания (состояния), определяющего госпитализацию; факты употребления алкоголя и госпитализации линейно связаны в ближайшем времени, при этом не каждая алкоголизация ведет к госпитализации.	$A = B = \Gamma$	B - заболевание (состояние), приведшее к госпитализации
Причинно-следственный – алкоголизация является полной причиной заболевания (состояния), факты употребления алкоголя и госпитализации могут быть разнесены во времени, при этом само заболевание (состояние) прямо указывает на алкоголизацию и становится императивной причиной госпитализации	$A \Leftrightarrow B, B = \Gamma$	Г - алкоголь-ассоциированная госпитализация
Смешанный – сложный процесс диагностики не позволяет однозначно определить, являлась ли алкоголизация условием или причиной госпитализации, а также выявить полноту причины	$(A \pm B) \in \Gamma$	Е - условие принадлежности элемента к некоему множеству
Связь отсутствует – в анамнезе и диагнозе конкретной госпитализации данные об употреблении алкоголя пациентом отсутствуют	$A = 0, B \neq \Gamma$	$\Leftrightarrow$ - тогда и только тогда $\pm$ - значение выражения может быть и положительным, и отрицательным $\neq$ - не равно

Соотнесение характера указанных связей с принятыми ранее к употреблению терминами способствует их корректному применению в научном диалоге и позволяет дополнить понятийный аппарат рассматриваемой проблемы следующими определениями междисциплинарного свойства:

- **алкоголь-ассоциированная госпитализация (ААсГ)** – оказание лицу стационарной МП при наличии связи случайного, условного, причинного, причинно-следственного характера с разовым или систематическим употреблением алкоголя, предполагающей вероятность мультиморбидности и осложнения процесса оказания МП, обусловленного изменениями в физическом и (или) психическом состоянии лица-потребителя алкоголя;

- **алкоголь-ассоциированное заболевание (состояние) ААсЗ(С)** – состояние (заболевание) лица, имеющее связь случайного, условного, причинного, причинно-следственного характера с разовым или систематическим

употреблением алкоголя; сочетающее острые и (или) хронические нарушения психического и физического здоровья; предполагающее осложнения процесса оказания МП и медицинского маршрута по причине изменений в физическом и (или) психическом состоянии лица-потребителя алкоголя (Таблица 6.2).

Таблица 6.2 – Примеры использования диагностических кодов и терминов для обозначения предложенной в исследовании стратификации алкоголь-ассоциированных госпитализаций

Примеры использования диагностических кодов и терминов для обозначения предложенной в исследовании стратификации алкоголь-ассоциированных госпитализаций				
Выявление характера связи конкретной госпитализации с употреблением алкоголя	Пути госпитализации в МО*			
	Доставлен сотрудниками полиции, из спец. организации	Обратился самостоятельно	Доставлен бригадой скорой медицинской помощи	Переведен (направлен) из др. МО*
	Пациент МО*			
	Анализ медицинской документации и анамнеза пациента			
	Случайный	Условный	Причинный	Причинно-следственный
Термины, отражающие связь ААсГ** и ААсЗ(С)*** с употреблением алкоголя	Употребление алкоголя	Алкоголь-обусловленная, опосредованная, детерминированная. Алкогольный фактор	Алкоголь-индуцированная	Алкоголь-атрибутивная
Примеры использования диагностических кодов МКБ-10 при ААсЗ(С)***	Z 72.1 Употребление алкоголя	F 10.1 Пагубное употребление/ злоупотребление F 10.0 Острая интоксикация X 65. Преднамеренное отравление	F 10.2 Синдром зависимости F 10.3 Абстинентный синдром K 85.2 Острый панкреатит	F 24.4 Кушингоидный синдром G 62.1 Алкогольная полинейропатия I 42.6 Алкогольная кардиомиопатия K 86 Хронический панкреатит



Возможен смешанный характер связи госпитализации с употреблением алкоголя, когда сложный процесс диагностики не позволяет однозначно определить, являлась ли алкоголизация условием или причиной госпитализации, а также выявить полноту причины

\*МО - медицинская организация, \*\*ААсГ- алкоголь-ассоциированная госпитализация  
\*\*\*ААсЗ(С) – алкоголь-ассоциированное состояние (заболевание)

Таким образом, выявление случайного, условного, причинного, причинно-следственного характера связи между употреблением алкоголя и госпитализацией позволяет понимать конкретную оценку влияния алкогольного фактора на факт истребования и процесс оказания МП. Следует еще раз подчеркнуть: рассмотрение самого факта опьянения, абстинентных проявлений, проявлений зависимости, алкогольного анамнеза у пациента в рамках конкретной госпитализации оценивается исключительно в отношении состояния (заболевания), определяющего механизм реализации и медико-организационные задачи госпитализации. Детальное выяснение обстоятельств каждой госпитализации, а также рассмотрение принципа постановки диагноза пациенту способствуют истинному выявлению характера связи госпитализации с фактом употребления алкоголя. Стратификация госпитализации по характеру связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния) в МО (структурном подразделении МО) способствует осознанному выбору и максимальной эффективности медицинских мероприятий для решения проблемы ААсГ. Мониторинг изменений уровня ААсГ и структуры ААсЗ(С) в конкретной МО (структурном подразделении МО) по механизму обратной связи «оценивает» результативность ранее введенной меры; сообщает необходимость ее усиления, сокращения или замены; позволяет судить об эффективности и обоснованности мероприятий.

Одновременно обеспечивается дискретность при планировании и организации антиалкогольных медицинских и социальных мероприятий и максимальное влияние на само явление (потребление алкоголя), условия и причины его возникновения, а также негативные последствия.

Таким образом, предложенная методика позволяет детально изучить структуру ААсГ и ААсЗ(С) в МО. Значительный уровень ААсГ требует детального изучения структуры ААсЗ(С), что требует стратификации госпитализаций по характеру связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния), определившего госпитализацию.

Выделение главного стратифицирующего признака, разработка оригинальных формулы и определений характера связи («случайный», «условный», «причинный», «причинно-следственный», «неустановленный») позволило научно обосновать междисциплинарное определение терминов «алкоголь-ассоциированные госпитализации» «алкоголь-ассоциированные заболевания (состояния)».

Такой подход раскрывает уникальные социально-демографические и медицинские характеристики «паспорта» пациента с ААсЗ(С) и позволяет разрабатывать персонализированные наборы медицинских мероприятий для страт пациентов с ААсЗ(С) в процессе оказания МП в условиях стационара, планируя перспективные антиалкогольные медицинские и социальные мероприятия, направленные на само явление (потребление алкоголя), условия и причины его возникновения, а также негативные последствия.

Стратификация госпитализаций по характеру связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния) послужила основой для разработки элементов понятийно-категориального аппарата изучаемой проблемы и является методическим мероприятием по совершенствованию организации МП пациентам с ААсП.

Мониторинг уровня ААсГ и структуры ААсЗ(С) в конкретной МО и на уровне субъекта РФ является контрольно-надзорным мероприятием, опосредующим выбор клиничко-организационных, организационно-правовых, нормотворческих мероприятий по совершенствованию организации МП пациентам с ААсП из комплекса мероприятий, рассматриваемых далее.

## **6.2 Алгоритмы выбора и смены режима наблюдения медицинского персонала за пациентом с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием)**

Важными представляются первые часы пребывания пациентов с ААсЗ(С) в МО, оказывающей МП в стационарных условиях. Проблемы, возникающие в ходе

этого этапа, следует рассматривать в медицинском, юридическом и социальном ключе:

- и в медицинских, и в этических целях необходимы мероприятия по территориальному выделению (зонированию, изоляции) этого потока пациентов;
- в ряде случаев этому контингенту больных и пострадавших требуется дифференцированный подход, что позволит осуществить необходимый режим наблюдения, уделить особое внимание уровню их сознания, изменяющемуся психическому статусу;
- требуется соблюдение норм законодательства при возникающей необходимости применения медицинских мер ограничительного характера в рамках лечебной тактики.

Действие алкоголя и его токсичных дериватов на системы и органы пациента в периоды острой и хронической интоксикации, при алкогольной зависимости и ее соматических эквивалентах определяет многочисленные и разнообразные нарушения, в том числе расстройства психики и поведения (Тявокина Е.Ю. и соавт., 2019<sup>12</sup>; Синенченко А.Г. и соавт., 2018, 2019<sup>1,2</sup>). Пациент по-иному воспринимает собственные болезненные симптомы, страдают его критические и прогностические способности, повышаются риски травматизма; он нуждается в особом наблюдении. Вместе с тем, неоднородность когорты пациентов с ААсЗ(С) создает необходимость поиска квалифицирующих признаков, дифференцирующих характер и динамику наблюдения. Для оптимизации лечебно-диагностической деятельности при оказании МП пациентам с ААсГ рекомендуется применение режимов наблюдения (Таблица 6.3)

Выбор режима наблюдения и его смена производится на основании разработанных критериев, определенных по результатам анализа медицинской документации пациентов с ААсЗ(С), присутствие критериев в медицинской документации отмечалось в каждом случае при выявлении расстройства психики и поведения у пациента в период госпитализации в любом клиническом подразделении МО. Количество критериев определяет выбор режима наблюдения

и смену режима наблюдения при изменении состояния пациента и уточнении медицинских данных.

Таблица 6.3 – Виды и содержание режимов наблюдения за пациентом с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях

Вид режима	Содержание мероприятий
<b>А</b>	Постоянное наблюдение за пациентом в пределах отделения, дальнейший медицинский маршрут и профиль койки определяются по результатам консультации врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра, врача-токсиколога.
<b>Б</b>	Динамическое наблюдение за пациентом, информирование лечащего врача о возможности выхода пациента из отделения и его сопровождение
<b>В</b>	Свободный выход пациента из отделения.

Критерии отражают медицинские характеристики квалифицирующих признаков, которые используются для выбора или смены режима наблюдения за пациентом с ААсЗ(С), госпитализированным в МО, оказывающую МП взрослому населению в стационарных условиях.

**Алгоритмы выбора и смены режима наблюдения медицинского персонала за пациентом с ААсЗ(С)** (Приложение Л) содержит набор общепринятых и новых инструментов, порядок и характер действий, внешние контрольные точки, внутренний механизм аудирования и коррекции, определяющийся сменой исполнителя (средний медицинский персонал, врач), применением различных групп критериев, использованием данных лабораторных приборов и их интерпретацией в соответствии с должностными и профессиональными обязанностями (определяются должностными инструкциями к должностям в штатном расписании МО, поименованным согласно Приказу Минздрава России от 02.05.2023 № 205н).

Предлагаются две группы критериев: выбора режима наблюдения и уточнения алкогольного анамнеза. В первую группу критериев для оценки состояния пациента включены клинические признаки опьянения (изменения психической деятельности, изменения вегетативно-сосудистых реакций, нарушения двигательной сферы), установленные отраслевым законодательством и приведенные в соответствующих разделах Приложения № 2 «Клинические

признаки опьянения» к приказу Министерства здравоохранения РФ от 18 декабря 2015 г. № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» и показаны в Приложении М.

**Критерии выбора режима наблюдения** могут использоваться в качестве самостоятельной меры совершенствования процесса оказания МП при ААсЗ(С) (Таблицы 6.4, 6.5).

Таблица 6.4 – Критерии выбора режима наблюдения при алкоголь-ассоциированной госпитализации

№	Критерий
1.	Данные анамнеза и сведения из медицинской документации, указывающие на связь текущей госпитализации с употреблением алкоголя
2.	Результаты ХТИ отобранных проб биологических объектов (кровь, моча), свидетельствующие о наличии и уровне этанола и его суррогатов, данные исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя у пациента.
3.	Клинические признаки опьянения (не менее 3-х) *
4.	Дополнительные (по отношению к критерию № 3) признаки нарушения психики и поведения, не поименованные перечнем клинических признаков опьянения*

\* Согласно Приложению № 2 «Клинические признаки опьянения» к приказу Минздрава России от 30.12.2015 № 1034-н (ред. от 07.06.2022) «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)».

Таблица 6.5 – Особенности режима наблюдения на основании критериев выбора режима наблюдения при алкоголь-ассоциированной госпитализации

Вид режима	Содержание мероприятий режима	Критерии
А	Постоянное наблюдение за пациентом в пределах отделения, дальнейший медицинский маршрут и профиль койки определяются по результатам консультации врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра, врача-токсиколога.	№3-4
Б	Динамическое наблюдение за пациентом, информирование лечащего врача о возможности выхода пациента из отделения и его сопровождение	№2
В	Свободный выход пациента из отделения	№1

Они могут использоваться при экстренной форме оказания МП и в случаях, когда физические, психические, психологические причины состояния пациента препятствуют установлению контакта, затрудняют получение достоверных данных. Их оценка выполнима как средним медицинским персоналом, так и

специалистом со средним профессиональным или высшим медицинским образованием.

**Критерии уточненного алкогольного анамнеза** приведены в таблице 6.6.

Таблица 6.6 - Критерии уточненного алкогольного анамнеза при алкоголь-ассоциированной госпитализации

№	Критерий*
1.	Алкогольные психозы, иные расстройства психики и поведения на протяжении жизни
2.	Судорожный синдром на фоне употребления или отмены алкоголя, судорожный приступ на протяжении жизни
3.	Нарушения памяти о событиях периода алкоголизации, предшествующих алкоголизации и после ее завершения, нарушения памяти на протяжении жизни
4.	Агрессивное (аутоагрессивное) поведение в период алкоголизации и по ее завершении, аутоагрессивное поведение (суицид, самоповреждение) на протяжении жизни
5.	Признаки утраты количественного и качественного контроля при употреблении алкогольсодержащих напитков, эпизоды массивной алкоголизации, запойного пьянства на протяжении жизни
6.	Травмы и заболевания, связанные с употреблением алкоголя
7.	Обращение к врачу-психиатру-наркологу, амбулаторное (стационарное) лечение по поводу злоупотребления алкоголем

\*при оценке должны учитываться события как текущей госпитализации, так и анамнеза

Их обнаружение важно для принятия незамедлительных медицинских мер в рамках текущей ААсГ, предотвращающих имеющиеся и возможные негативные последствия алкоголизации в психической и физической сфере пациента для него самого и окружающих. Производить их оценку целесообразно специалисту с высшим медицинским образованием: представление о наркологическом анамнезе пациента повышает эффективность планирования лечебно-диагностического процесса. Также эта группа критериев позволяет формировать представление о распространенности наркологических расстройств в общесоматической практике, их коморбидности с соматическими заболеваниями. Оценка этой группы критериев должна учитывать события анамнеза и текущей госпитализации (Таблица 6.7).

Таблица 6.7 - Особенности режима наблюдения на основании критериев уточненного алкогольного анамнеза при алкоголь-ассоциированной госпитализации

Вид режима	Содержание мероприятий режима	Критерии
А	Постоянное наблюдение за пациентом в пределах отделения, дальнейший медицинский маршрут и профиль койки определяются по результатам консультации врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра, врача-токсиколога.	№1-4
Б	Динамическое наблюдение за пациентом, информирование лечащего врача о возможности выхода пациента из отделения и его сопровождение	№5
В	Свободный выход пациента из отделения.	№6-7

Медицинскую карту пациента (Приказ Минздрава России от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» (ред. от 01.03.2024)), получающего МП в стационарных условиях предлагается дополнить унифицированным бланком – **картой выбора и смены режима наблюдения, содержащей пошаговый алгоритм** (приведена в Приложении Л). В нее медицинский работник вносит буквенное обозначение режима, время и дату его установления или смены; также вносятся не зафиксированные ранее, полученные в процессе установления режима наблюдения данные. Медицинский работник предоставляет титул, если вносит сведения в формате электронного документооборота, или фиксирует свои персональные данные и должность на бумажном носителе (приложение Л).

Таким образом, при оказании МП в стационарных условиях выбор и смена режима наблюдения за пациентом является важной составляющей процесса медицинской сортировки, уменьшающей последующие риски для пациента и окружающих из-за внезапного ухудшения психического и физического состояния лиц при ААсГ.

Оценка каждой группы критериев, их фиксация в медицинской документации способствует выбору, планированию и организации системных

мероприятий по совершенствованию процесса оказания МП в МО и мероприятий, направленных на профилактику ААсЗ(С) и снижение потребления алкоголя.

Предложенные алгоритмы выбора и смены режима наблюдения медицинского персонала в условиях стационара за пациентом с ААсЗ(С), включающие критерии выбора режима наблюдения и критерии уточненного алкогольного анамнеза, ведение Карты выбора и смены режима наблюдения выступают в качестве клиничко-организационных и нормотворческих мероприятий, направленных на совершенствование организации МП.

### **6.3 Алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием)**

Анализ нормативно-правовой базы и научной литературы, исследование медико-социальных и организационных характеристик госпитализации подтверждают важность оценки волеизъявления пациентов с ААсП при получении информированного добровольного согласия (далее – ИДС) на медицинское вмешательство. При истребовании ИДС на медицинское вмешательство (как и для получения легитимного отказа от его выполнения) волеизъявление пациента с ААсЗ(С) должно реализовываться в сжатые сроки, производиться врачом любой специальности, содержать простые и удобные инструменты оценки количественных и качественных нарушений сознания. Анализ научных исследований, содержащих сравнительные характеристики используемых шкал для оценки сознания в ежедневной практической деятельности, анализ норм права, содержащих подходы к оценке волеизъявления и процедуре получения согласия на медицинское вмешательство, а также полученные сведения о разнородности нозологических когорт среди пациентов МПС с ААсП, позволили определить выбор **облигатных критериев нарушения волеизъявления** (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2019<sup>7</sup>, 2024<sup>7</sup>), обязывающих созывать консилиум врачей (далее – КВ) для выполнения медицинского вмешательства без согласия лица (его законного представителя) (Таблица 6.8).

Таблица 6.8 - Обязательные критерии нарушения волеизъявления\*

Критерий*
Кома*
Сопор*
Глубокое оглушение*
Глубокая медикаментозная седация, медикаментозный сон
Нарушение ориентировки в месте и времени
Нарушение ориентировки в собственной личности
Физическая невозможность подписи пациента на бумажном или электронном документе

\*В таблице содержатся клинические характеристики оценки состояния сознания, предложенные в 1982 г. А.И. Коноваловым (Коновалов А.И. и соавт., 1982) и соавторами, их определения приведены в Приложении X.

«Учитывая обоюдоострые последствия созыва КВ для выполнения медицинского вмешательства без согласия лица (его законного представителя), нами предложены к учету и комплексной оценке **факультативные критерии нарушения волеизъявления**» (Тявокина Е.Ю., Барсукова И.М., 2019<sup>7</sup>, 2024<sup>7</sup>). Они представлены в таблице 6.9.

Таблица 6.9 – Факультативные критерии нарушения волеизъявления

Критерий
Затруднения в подборе слов, сопоставлении предметов, явлений и их названий, выраженные трудности сохранения, воспроизведения и использования текущей информации, ее искажение
Физическая (словесная) агрессия, активное и пассивное сопротивление воздействию и словесному контакту, невыполнение инструкций, несоответствие поведения ситуации
Выраженное угнетение настроения или эмоциональное возбуждение (эйфория, страх, тревога, паника, гнев), внезапная смена настроения, несоответствие эмоций ситуации
Бессвязность мышления, речи, бред, галлюцинации
Клинические признаки опьянения

На основании предложенных групп критериев определяется их сумма, используется интерпретация результатов ее применения для выполнения КВ на предмет медицинского вмешательства без согласия лица (его законного представителя), что представлено в таблице 6.10.

Таблица 6.10 – Сумма критериев и ее интерпретация для выполнения консилиума врачей на предмет медицинского вмешательства без согласия лица (его законного представителя)

Вид критериев	Сумма критериев	Интерпретация результата
Облигатные	$\geq 1$	Выполнение КВ в составе трех участников
Факультативные	$\geq 1$	Выполнение КВ в составе пяти участников

Итоговый алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) представлен на рисунке 6.1.

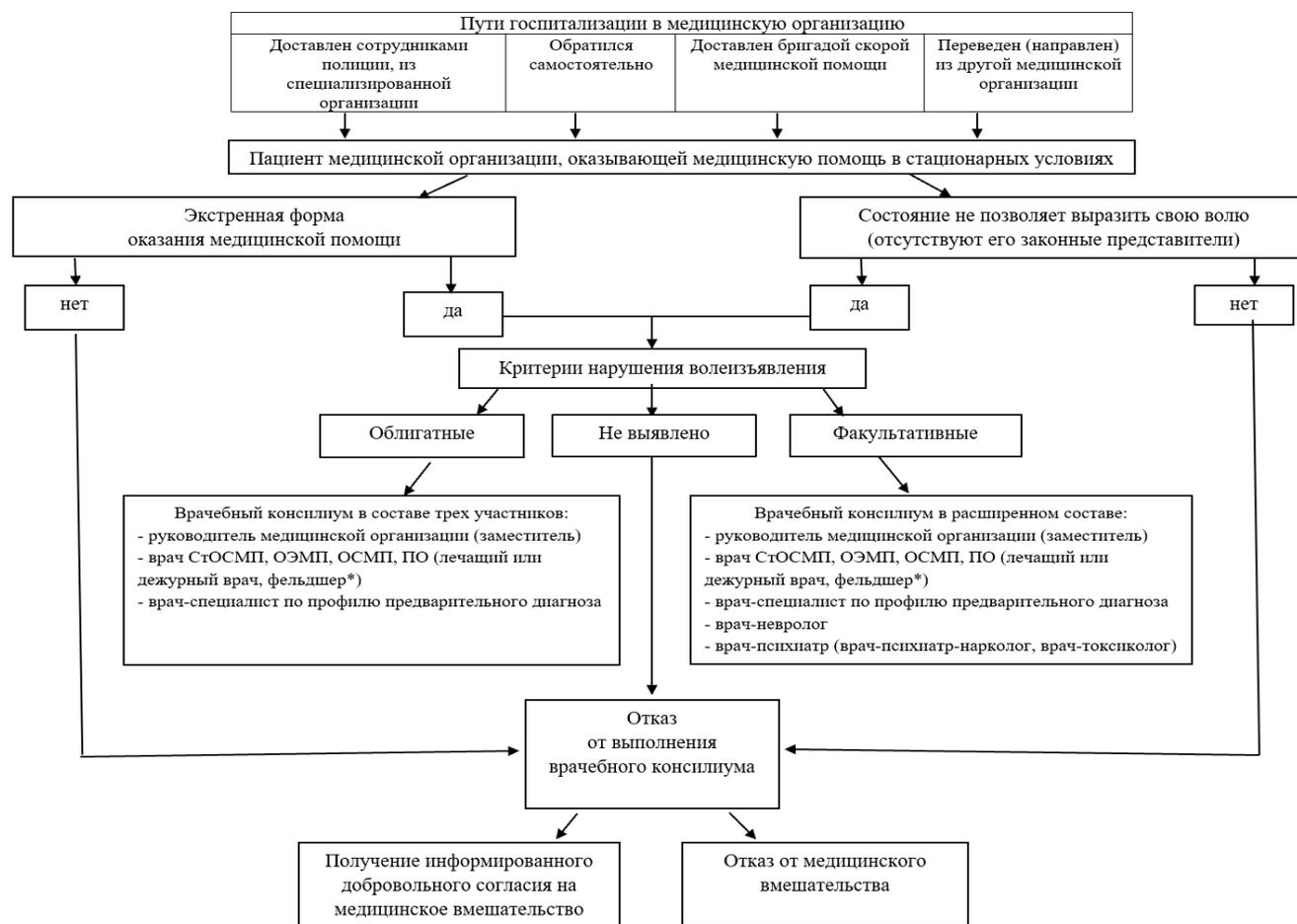


Рисунок 6.1 - Алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) (СтОСМП – стационарное отделение скорой медицинской помощи, ОСМП – отделение скорой медицинской помощи, ОЭМП – отделение экстренной медицинской помощи, ПО – приемное отделение)

Медицинскую карту пациента, получающего МП в стационарных условиях, предлагается дополнить унифицированным бланком – протоколом консилиума врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей в медицинской организации стационарного типа для взрослого населения (Приложение Н). Подобные решения КВ предлагается фиксировать в журнале регистрации решений консилиума врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей

(Приложение Н). Для закрепления функции и регламента работы КВ разработано положение о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей в медицинской организации стационарного типа для взрослого населения, необходимое к принятию в МО (Приложение Н).

Таким образом, оценка способности волеизъявления конкретного пациента напрямую определяет возможность принятия им медицинской помощи и случаи отказа от нее, а также действия медицинских работников по реализации медицинского вмешательства такому пациенту. В целях сохранения жизни и сбережения здоровья при оказании МП в стационарных условиях пациенту с ААсЗ(С) необходимо выполнение алгоритма реализации медицинского вмешательства, для чего разработаны две группы критериев: обязательные критерии нарушения волеизъявления, и факультативные критерии нарушения волеизъявления.

Для закрепления функции и регламента работы КВ разработано положение о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей в МО стационарного типа для взрослого населения, содержащее алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с ААсЗ(С).

Алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) содержит клинико-организационные, организационно-правовые, нормотворческие мероприятия по совершенствованию организации МП пациентам с ААсП.

#### **6.4 Вопросы маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи**

Детальное рассмотрение профильных порядков, регулирующих медицинский маршрут лица с ААсП, нуждающегося в оказании стационарной МП,

констатирует не только отсутствие унифицированных реализующих механизмов, но обнаруживает пробелы в регулировании, противоречивые и сложно реализуемые в ежедневной практической деятельности предписания, несоответствия профильных порядков изменениям отраслевой нормативной правовой базы. Обеспечение преемственности медицинского маршрута осложняется также полинормативным регулированием, объясняемым нозологической разнородностью исследуемой когорты пациентов. Полинормативное регулирование, в свою очередь, определяется требованиями стандартизации (выполнение действующих порядков оказания медицинской помощи по конкретным профилям, заболеваниям и состояниям). В этой связи рассмотрение особенностей организационно-правового регулирования медицинского маршрута пациента с ААсЗ(С) представляется крайне важным.

В главе 3 приведены порядки, устанавливающие правила оказания медицинской помощи этой группе пациентов. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (Приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н) устанавливает правила организации и оказания МП по профилю «психиатрия-наркология» в МО и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность. Этим порядком регулируются:

- профилактические мероприятия для лиц в состоянии алкогольного опьянения,
- порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением алкоголя,
- вопросы медицинского маршрута и лечения больных с острой алкогольной интоксикацией психоактивными веществами, с психотическими расстройствами вследствие употребления алкоголя, с абстинентным синдромом средней и тяжелой степени тяжести, с тяжелой сопутствующей соматической патологией.

Так, при невозможности оказания МП в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний, пациент с ААсП (в том числе, с тяжелой психической и соматической патологией!), должен направляться

в МО или ее структурное подразделение, оказывающую специализированную МП. Согласно порядку, пациент с признаками тяжелой интоксикации или психотических расстройств выездной БСМП доставляется в МО, оказывающие круглосуточную помощь по профилям «анестезиология и реаниматология», «токсикология», «психиатрия» или «психиатрия-наркология». После устранения угрожающих жизни состояний при сохраняющихся медицинских показаниях пациенты должны переводиться в наркологическое отделение МО для оказания специализированной МП по профилю «психиатрия-наркология».

Правила организации и оказания МП взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» (Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н) после устранения угрожающих жизни состояний также предписывают перевод пациентов в профильные отделения МО для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, МП.

Лица, страдающие пагубным (вредным) употреблением алкоголя, лица с алкогольной зависимостью и соматическими эквивалентами его употребления зачастую госпитализируются на койки токсикологического профиля. Так, согласно пункту 9 приложения №1 к Порядку оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями (Приказ Минздрава России от 15.11.2015 № 925н), содержащего правила организации деятельности центра (отделения) острых отравлений, структурные подразделения центра оборудуются «...с учетом специфики больных с острыми химическими отравлениями (суицидальные попытки, интоксикационные психозы вследствие отравления психоактивными веществами, наркотическая и алкогольная зависимость, абстинентный синдром и алкогольный делирий, обострения психических заболеваний и другие острые психические расстройства)». Отделение (палаты) острых отравлений осуществляет оказание МП больным с острыми химическими отравлениями в соматогенной стадии (согласно пункту 15 приложения №1 к Порядку № 925-н), в том числе, оказывается МП больным с отравлением этанолом (алкогольная кома), заболеванием по коду T51.0 МКБ десятого пересмотра вне зависимости от его причины (согласно пункту 19 приложения №1 к Порядку № 925-н).

Штатные нормативы участвующих в процессе оказания МП пациентам с острыми химическими отравлениями специализированных структурных подразделений не предусматривают ставок врача-психиатра-нарколога. Разумеется, ставки врача-психиатра-нарколога не предусмотрены и в штатных расписаниях иных отделений МПС. Нет врачей-психиатров-наркологов и в составе выездных БСМП (Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н). Однако, Приказом Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н установлено: «...правом диагностики наркологических расстройств и установления медицинских показаний для направления лиц с наркологическими расстройствами для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной, неотложной и (или) плановой формах обладает врач-психиатр-нарколог (врач-психиатр-нарколог участковый)».

Выявленные в исследовании данные подтверждают: случай ААсГ в МПС в подавляющем большинстве подтверждает факт вредного (проблемного) употребления алкоголя или алкогольной зависимости лица, осложнившейся тяжелыми психическими или физическими расстройствами.

Для пациента с ААсЗ(С) в МПС со всей ответственностью реализуются клинические рекомендации, стандарты оказания МП, рекомендации профильного порядка по соматическому диагнозу. Однако, многочисленные аспекты наркологической коморбидности субъективно и нелегитимно выносятся в диагноз пациента или не квалифицируются вовсе; не являются предметом терапевтической интервенции; не подпадают под принцип преемственности при оказании МП, не отражаются в статистической отчетности. В МПС при оказании МП пациенту с ААсГ зачастую создается уникальная ситуация: врачами-интернистами предпринимаются значительные усилия, направленные на скорейшую стабилизацию физического и психического состояния наркологического пациента, однако, отсутствуют возможности для оказания ему специализированной наркологической помощи.

Поэтому важной составляющей проблемы медицинского маршрута пациента с ААсЗ(С) является наличие «маршрутизатора», то есть наличие врача-психиатра-

нарколога, обладающего специальными знаниями и полномочиями для установления диагноза, верифицирующего динамику изменения состояния пациента, определяющего показания к оказанию специализированной МП и условия ее оказания, осуществляющего отвечающие современным требованиям необходимые и непрерывные профильные лечебно-диагностические, реабилитационные, профилактические мероприятия.

В период действия Приказа Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н врачи-психиатры равноправно участвовали в оказании специализированной МП лицам с психическим и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя. Такие лица маршрутизировались в МО амбулаторного и стационарного типов, имеющие лицензию на деятельность по оказанию психиатрической помощи. Согласно Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1, в случае установления тяжелых расстройств психики и поведения, вызванных употреблением алкоголя, пациенты по решению врача-психиатра в недобровольном порядке госпитализировались на койки психиатрического и соматопсихиатрического профиля. Обобщенная схема маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной МП, определенная действовавшими в период 2014-2022 гг. нормативно-правовыми документами, представлена на рисунке 6.2.

Редакция Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н) привела к конфронтации с рекомендациями Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» (Приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н). Исключение из системы оказания МП медицинских и иных организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих указанную лицензию на осуществление медицинской деятельности (согласно Федеральному закону от 04.05.2011 № 99-ФЗ (ред. от 08.08.2024)), существенно осложнило процессы маршрутизации и обеспечение преемственности МП для пациентов с ААсП, сопровождающейся психическими и

поведенческими расстройствами, что требует модернизации существующих ПОДХОДОВ.

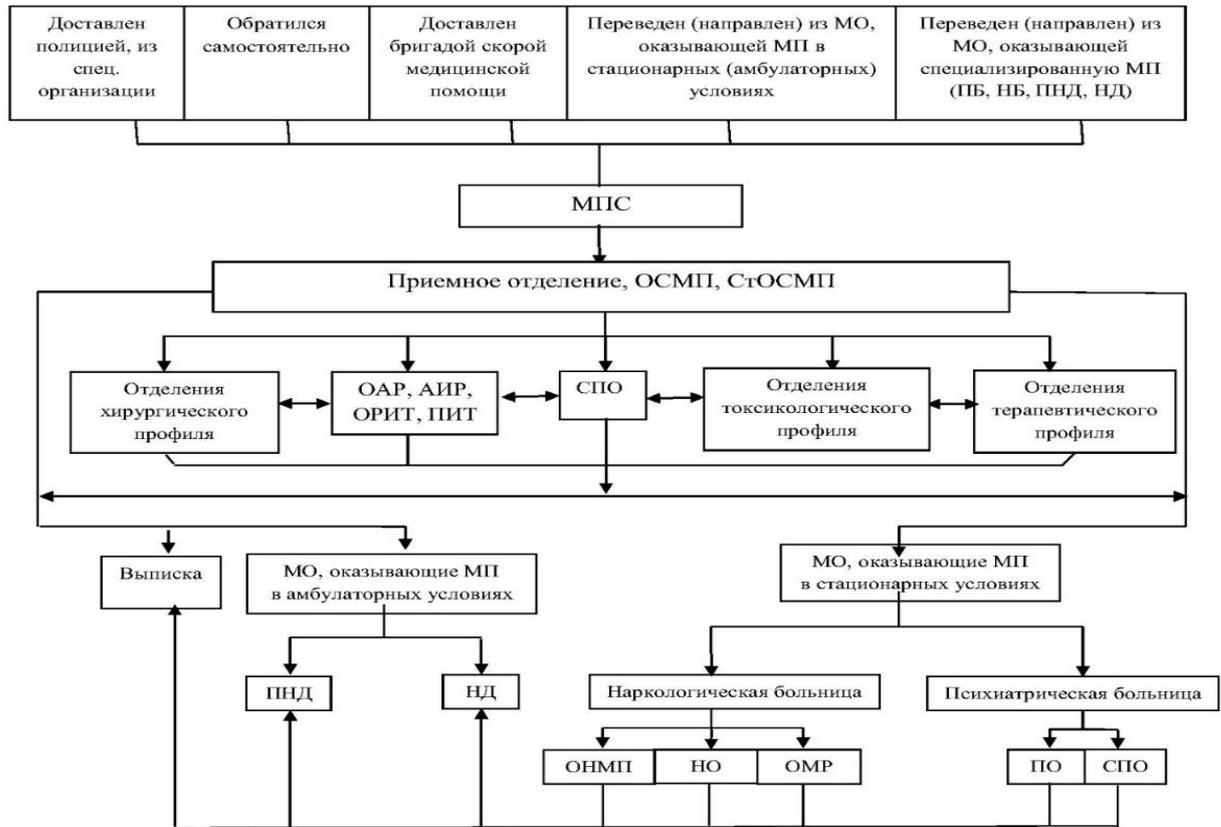


Рисунок 6.2. - Обобщенная схема маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи, действовавшая в период 2014-2022 гг.

(МПС – многопрофильный стационар, ПНД – психоневрологический диспансер, НД – наркологический диспансер, ОАР – отделение анестезиологии-реанимации, АИР – анестезиология и реанимация, ОРИТ – отделение анестезиологии и реанимации, ПИТ – палата интенсивной терапии, ОНМП – отделение неотложной наркологической помощи, НО – наркологическое отделение, ОМР – отделение медицинской реабилитации, ПО – психиатрическое отделение, СПО – соматопсихиатрическое отделение).

В июле 2023 г. в схему маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи были внесены изменения, что обусловлено редакцией Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (согласно Приказу Минздрава России от 14.10.2022 № 668н), произошедшие изменения отражены на рисунке 6.3.

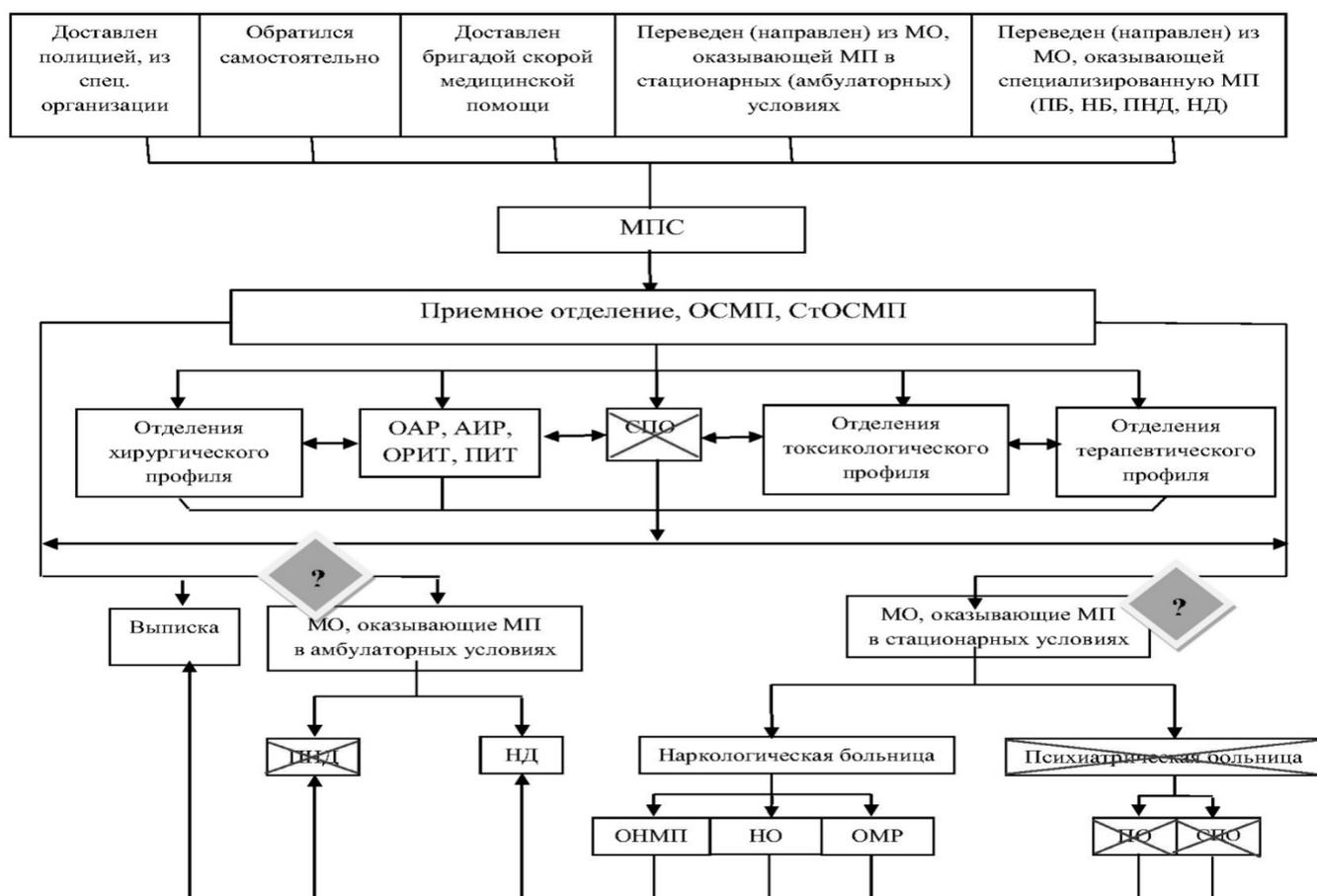


Рисунок 6.3 - Обобщенная схема маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи (реализуется с 01.07.2023 г.)

(МПС – многопрофильный стационар, ПНД – психоневрологический диспансер, НД – наркологический диспансер, ОАР – отделение анестезиологии-реанимации, АИР – анестезиология и реанимация, ОРИТ – отделение анестезиологии и реанимации, ПИТ – палата интенсивной терапии, ОНМП – отделение неотложной наркологической помощи, НО – наркологическое отделение, ОМР – отделение медицинской реабилитации, ПО – психиатрическое отделение, СПО – соматопсихиатрическое отделение)

Вновь заметим, оказание лицу МП по профилю «психиатрия-наркология» предваряет обязательное истребование у него ИДС на медицинское вмешательство, при этом такое лицо нередко имеет тяжелые расстройства психики и поведения, профилактика, диагностика и лечение наркологического заболевания сопровождается анозогнозией, компульсивным влечением к алкоголю, процессами стигматизации. При этом признаки нарушения волеизъявления такого пациента определяют возможность оказания МП без его согласия.

Поэтому особое значение для истребования ИДС на медицинское вмешательство, а, следовательно, для осуществления экстренной и неотложной

МП в стационарных условиях (в том числе, специализированной наркологической помощи) лицу с подозрением на ААсП приобретают первые часы период госпитализации в МПС. Ургентный статус доставки пациента, тяжесть физического состояния, лечение в условиях стационара располагают к результативным интервенциям врача-психиатра-нарколога и выполнению ранних реабилитационных мероприятий.

Присутствие в штатном расписании МО, структурные подразделения которых задействованы в оказании МП лицам с алкогольной зависимостью и лицам, страдающим пагубным (вредным) употреблением алкоголя, ставок врачей-психиатров-наркологов ускорит и легитимизирует диагностику и маршрутизацию пациентов, обеспечит качество и доступность МП, поспособствует приверженности к дальнейшему получению специализированной наркологической МП.

Второй значимой составляющей в организации медицинского маршрута пациента с ААсЗ(С) является определение территории оказания специализированной наркологической помощи и выделение профиля соответствующих коек в МПС. Такая необходимость может быть обусловлена высоким уровнем ААсГ в конкретной МО и тяжестью состояния пациентов с ААсЗ(С), предполагающей также длительный период стационарного лечения по коморбидному и мультиморбидному диагнозу. Наименование и порядок расположения структурных подразделений и штатное расписание учреждения здравоохранения разрабатывается его руководителем (Приказ Минздравмедпрома РФ от 18 января 1996 г. № 16 «О введении форм штатных расписаний учреждений здравоохранения»), что позволяет определять численность должностей по каждому наименованию в конкретных подразделениях и в целом по учреждению. При соответствии сметы фонда заработной платы общему количеству должностей, с учетом подведомственности учреждения и его специфики, законодательных актов, в том числе региональных и локальных нормативных документов, нашедших отражение в «Положении об оплате труда», принятом в данной МО, руководитель, исходя из производственной необходимости, может увеличивать штаты отдельных

структурных подразделений или вводить должности, соответствующие принятой в РФ номенклатуре (ТК РФ, Приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (ред. от 04.12.2023) за счет должностей других структурных подразделений. Количество вводимых должностей врача-психиатра-нарколога должно рассчитываться согласно рекомендуемым штатным нормативам и исходя из функций, определенных должностными обязанностями, определяющим нагрузку на штатную единицу (Приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н).

Необходимость выделения наркологического профиля коек целесообразна для выполнения отраслевого федерального законодательства в части соблюдения клинических рекомендаций, стандартов оказания МП и требований порядка оказания МП по соответствующему профилю. Результаты мониторинга распределения пациентов с ААсЗ(С) внутри МО могут определить количество и территориальное размещение коек наркологического профиля: для оптимальной внутренней логистики в МО целесообразно их разворачивать в местах «концентрации» таких пациентов.

На основании мониторинга уровня ААсГ и ААсЗ(С), производимого по результатам применения предложенной в исследовании методики, в МО и на уровне субъекта РФ по принципу обратной связи могут быть реализованы выбор, планирование, организация и оценка предложенных в главе 7 части (комплексная интегративная методика выявления контингента пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, определения уровня алкоголь-ассоциированных госпитализаций и структуры алкоголь-ассоциированных заболеваний (состояний) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь взрослому населению в стационарных условиях, алгоритмы выбора и смены режима наблюдения медицинского персонала за пациентом с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием), маршрутизации пациента с ААсЗ(С) в условиях МПС, алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) или всего комплекса мероприятий

по совершенствованию организации МП пациентам с ААсП с их последующей коррекцией и систематическим контролем. Отмеченный выше подход обеспечит преемственность при оказании специализированной наркологической помощи между МО.

Примерная схема маршрутизации пациента с ААсЗ(С) (состоянием) при оказании МП в условиях МПС представлена на рисунке 6.4.

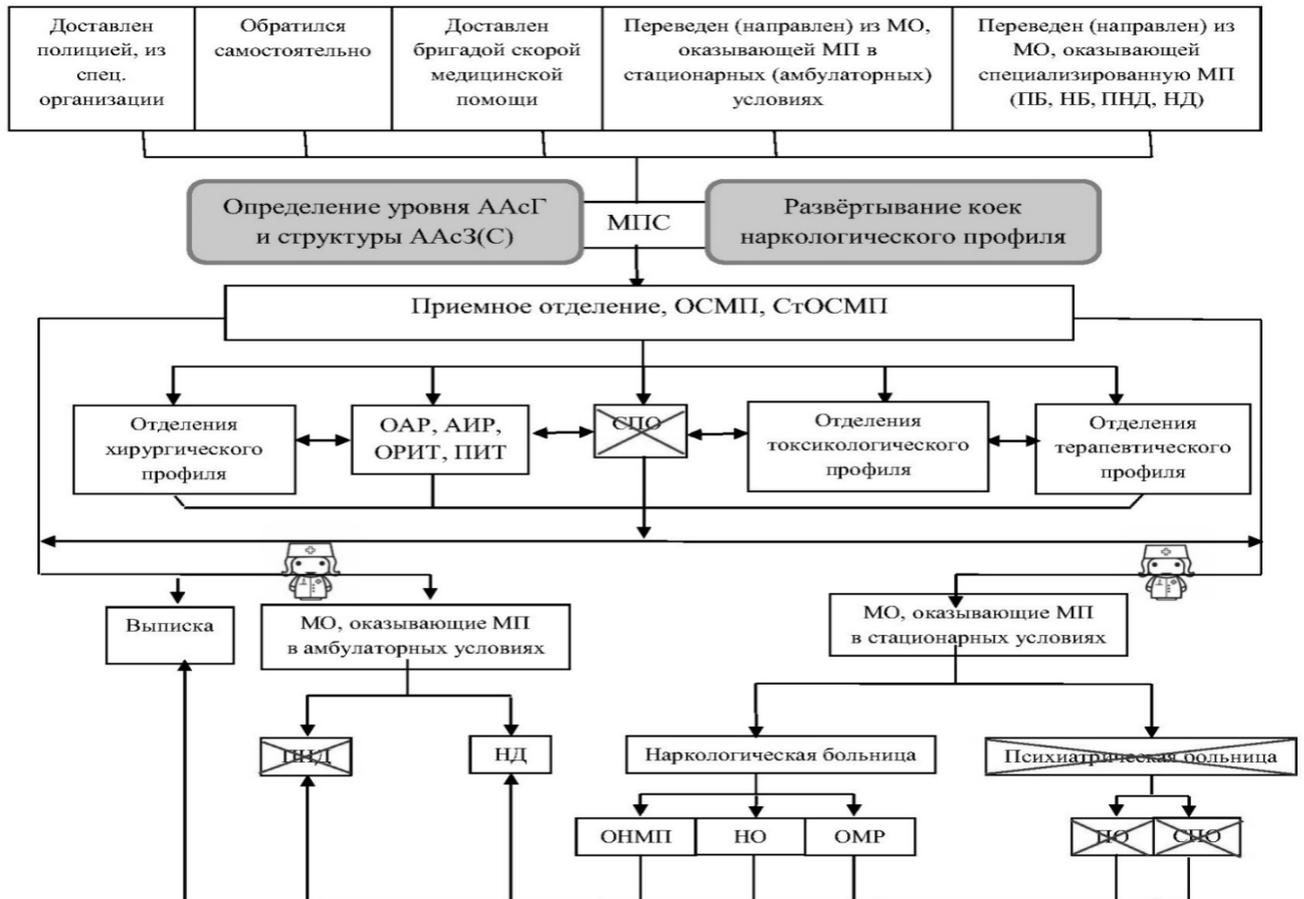


Рисунок 6.4 - Примерная схема маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи

(МПС – многопрофильный стационар, ПНД – психоневрологический диспансер, НД – наркологический диспансер, ОАР – отделение анестезиологии-реанимации, АиР – анестезиология и реанимация, ОРИТ – отделение анестезиологии и реанимации, ПИТ – палата интенсивной терапии, ОНМП – отделение неотложной наркологической помощи, НО – наркологическое отделение, ОМР – отделение медицинской реабилитации, ПО – психиатрическое отделение, СПО – соматопсихиатрическое отделение)

Комплекс методических, клиничко-организационных, контрольно-надзорных, организационно-правовых, нормотворческих мероприятий по совершенствованию организации МП пациентам с ААсП - Таблица 6.11.

Таблица 6.11 – Технологическая карта по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре

<b>Цель:</b> разработать комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией*		
<b>Мероприятия</b>	<b>Задачи</b>	<b>Технология и результат</b>
Мероприятия надзорного характера	- аудит существующих в субъекте РФ МПС на предмет соответствия их деятельности современным требованиям (по выполнению порядков организации, клинических рекомендаций и стандартов МП), в том числе при оказании МП лицам, страдающим алкогольной зависимостью и пагубным (вредным) употреблением алкоголя	- анализ структуры и технологии оказания МП с анализом результативности работы МО (с учетом показателей доступности и качества МП, удовлетворенности пациентов уровнем МП, эффективности использования коечного фонда и ресурсов); - особое внимание уделить оказанию МП в условиях МПС лицам, страдающим алкогольной зависимостью и пагубным (вредным) употреблением алкоголя
Мероприятия нормативного правового характера	приведение нормативного правового обеспечения деятельности МО в соответствие с: - Распоряжением Правительства РФ от 11.12.2023 г. № 3547-р. Об утверждении Концепции сокращения потребления алкоголя в РФ на период до 2030 г. и дальнейшую перспективу. - Приказом Минздрава России от 30 декабря 2015 г. № 1034н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" - Приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 925н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями» - Приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» - Приказом Минздравсоцразвития от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» - Приказом Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» - Государственной программой «Развитие здравоохранения» РФ	- разработка нормативных правовых актов МО локального характера, в том числе по оказанию МП в условиях МПС лицам, страдающим алкогольной зависимостью и пагубным (вредным) употреблением алкоголя; - формирование объективных критериев экспертной оценки качества оказания и организации МП с учетом потока пациентов с ААсП; - разработка лечебно-диагностических алгоритмов и оптимальной логистики пациентов и персонала МО с учетом потока пациентов с ААсП

Продолжение таблицы 6.11

<p>Мероприятия организационного характера</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- создание условий для выполнения порядков оказания, клинических рекомендаций и стандартов МП;</li> <li>- повышение доступности и качества МП для потребителя медицинских услуг;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- внедрение комплексной интегративной методики выявления контингента пациентов с ААсП, определения уровня ААсГ и структуры ААсЗ(С) в МО, оказывающей МП взрослому населению в стационарных условиях,</li> <li>- внедрение алгоритмов выбора и смены режима наблюдения медицинского персонала за пациентом с ААсЗ(С), унифицированного бланка – карты выбора и смены режима наблюдения (приложение Л);</li> <li>- внедрение алгоритма реализации медицинского вмешательства пациенту с ААсЗ(С);</li> <li>- внедрение алгоритма маршрутизации пациента с ААсЗ(С) при оказании стационарной МП, унифицированного бланка протокола консилиума и положения о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей в МО стационарного типа для взрослого населения (приложение Н);</li> <li>- корректировка профильного приказа (кочного фонда) МО - введение коек по профилю «психиатрия-наркология» в МПС;</li> <li>- корректировка штатного расписания – введение должности психиатра-нарколога в МПС</li> </ul>
---	--	--

\*МП – медицинская помощь, МПС – многопрофильный стационар, МО – медицинская организация, ААсЗ(С) – алкоголь-ассоциированные заболевания (состояния), ААсП – алкоголь-ассоциированная патология, ААсГ – алкоголь-ассоциированная госпитализация

Комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) в условиях МПС обобщенно представлен на рисунке 6.5.

Основные подходы	Логистика пациентов и персонала медицинской организации				Элементы системы менеджмента качества медицинской помощи
Медико-статистический подход	<i>Пути госпитализации</i>				<b>Системный процессный подход</b>  <i>В основе – менеджмент в соответствии с триадой: структура (ресурсы) / процесс (технология) / результат</i>  <i>Многоуровневая система контроля</i>  <i>Мониторинг обратной связи</i>
	Доставлен сотрудниками полиции, из спец. организации	Обратился самостоятельно	Доставлен бригадой скорой медицинской помощи	Переведен (направлен) из другой медицинской организации	
	<b>Пациент медицинской организации для взрослого населения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях</b>				
	<i>Анализ медицинской документации медицинской организации. Инструменты:</i>				
	Поиск диагностических кодов МКБ-10 с упоминанием алкоголя/этанола	Учет «+» результатов ХТИ на содержание этанола в биологических средах	Поиск тематических «алкогольных» тегов в клиническом, патолого-анатомическом, судебно-медицинском диагнозах		
	<b>Определение объема ААСГ и уровня ААСЗ(С) в медицинской организации</b>				
	<i>Выявление характера связи ААСГ с употреблением алкоголя</i>				
	Случайный	Условный	Причинный	Причинно-следственный	
Клинико-организационный подход	<b>Выбор, планирование и организация мероприятий по совершенствованию механизмов ААСГ</b>				<i>Выбор корректирующих мероприятий</i>  <i>Механизмы: клинико-организационные, контрольно-надзорные, методические, нормотворческие организационно-правовые.</i>
	<i>Инструменты:</i>				
Организационно-правовой подход	Введение критериев оценки	Введение алгоритмов действий	Коррекция штатов медицинской организации	Изменение профиля коек медицинской организации	
	<b>Изменение медицинского маршрута пациента с ААСГ внутри и за пределами медицинской организации</b>				

Рисунок 6.5 - Комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара

### **6.5 Оценка эффективности комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара**

Разработанный комплекс мероприятий позволяет:

**- привести в соответствие с нормами права**

оценку способности волеизъявления каждого конкретного пациента, напрямую определяемую как возможность принятия им МП или отказ от нее (разработаны критерии нарушения волеизъявления (облигатные и факультативные)), положение о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей в медицинской организации стационарного типа для взрослого населения;

действия медицинских работников по реализации медицинского вмешательства такому пациенту (разработаны алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием), алгоритмы выбора и смены режима наблюдения медицинского персонала за пациентом с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием), карта выбора и смены режима наблюдения;

**- оптимизировать организационные процессы**

по выявлению реального уровня ААсГ и структуры ААсЗ(С) в МПС методикой, не ограничивающейся порядком и принципом составления утвержденных статистических отчетных форм в рамках ежегодного мониторинга сведений (разработана и показала свою эффективность комплексная интегративная методика выявления контингента пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, определения уровня алкоголь-ассоциированных госпитализаций и структуры алкоголь-ассоциированных заболеваний (состояний) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь взрослому населению в стационарных условиях, включающая методику стратификации госпитализации по

характеру связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния)) (Приложение О, Таблица 1);

по формированию оптимального лечебно-диагностического комплекса и медицинского маршрута для пациентов с ААсП, учитывающего уровень, структуру, распределение и концентрацию таких пациентов в МПС и подразумевающего возможность преобразования штатного расписания (с введением должности врача-психиатра-нарколога) и перепрофилирования коечного фонда по механизму обратной связи в результате мониторинга ААсГ (показала свою эффективность схема маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи);

по обеспечению доступности и качества медицинской помощи в рамках СтОСМП (отмечена динамика достоверного ( $p < 0.05$ ) роста числа (на 238,7%, средний темп прироста составил 54,5% в год) и доли (на 29,0%) пациентов с диагнозом «Токсическое действие этанола» (Т51.) и положительным тестом на алкоголь, получивших МП в условиях СтОСМП, обеспечивших краткосрочную диагностику и лечение без госпитализации на специализированные койки токсикологического отделения – Приложение О, Таблица 2);

по вопросам преемственности в оказании МП пациентам с ААсП за рамками данной госпитализации и данного лечебно-профилактического учреждения (разработан и показал свою эффективность схема маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи);

**- повысить доступность и качество медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией:**

по вопросам диагностики алкогольной патологии (на основе анамнеза, клинических и лабораторных данных) и выявления ее связи с конкретной госпитализацией (комплексная интегративная методика выявления контингента пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, определения уровня алкоголь-ассоциированных госпитализаций и структуры алкоголь-ассоциированных

заболеваний (состояний) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь взрослому населению в стационарных условиях);

по удовлетворенности пациентов СтОСМП доступностью и качеством МП (положительная динамика снижения «самовольных уходов» пациентов с диагнозом «Токсическое действие этанола» (Т51) и положительным тестом на алкоголь из стационара и СтОСМП (на 6,52%,  $p < 0.05$ ), увеличение числа и доли пациентов, получивших лечение в условиях СтОСМП (на 29,0%, средний темп прироста + 15,9% в год,  $p < 0.05$ ) (Приложение О, Таблицы 2 и 3);

по удовлетворенности сотрудников СтОСМП организацией лечебно-диагностического процесса (по результатам 2-х этапного скринингового опроса «Оценка эффективности комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях МПС на основании анкетирования сотрудников стационарного отделения скорой медицинской помощи» (Приложение О, Анкета, Таблица 4).

Таким образом, полученные результаты доказали свою эффективность.

**Резюме.** Разработка и обоснование комплекса мероприятий по совершенствованию организации МП пациентам с ААсП базировалась на задаче повышения качества и доступности МП лицам с алкогольной зависимостью и лицам, страдающим пагубным (вредным) употреблением алкоголя, продиктованной антиалкогольной Концепцией.

Предложена комплексная интегративная методика выявления контингента пациентов с ААсП, реальных уровня ААсГ и структуры ААсЗ(С), стратификация госпитализаций по характеру связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния), разработаны оригинальные формулы и определения характера такой связи, междисциплинарное определение терминам «алкоголь-ассоциированная госпитализация», «алкоголь-ассоциированное заболевание (состояние)». На основании мониторинга уровня ААсГ и ААсЗ(С), производимого по результатам применения методики, в МО по принципу обратной связи разработаны выбор, планирование, организация и оценка комплекса мероприятий

по совершенствованию организации МП пациентам с ААсП с их последующей коррекцией и систематическим контролем.

Помимо методических и контрольно-надзорных, комплекс мероприятий по совершенствованию организации МП пациентам с ААсП в условиях МПС включает клинико-организационные, организационно-правовые, нормотворческие мероприятия:

- алгоритм выбора и смены режима наблюдения медицинского персонала за пациентом с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием),
- критерии установления режима,
- унифицированный бланк «карта выбора и смены режима наблюдения»,
- алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием),
- обязательные и факультативные критерии нарушения волеизъявления,
- положение о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей,
- схему маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи, основывающуюся на рекомендациях по введению должности специалиста и развертыванию коек по профилю «психиатрия-наркология» в многопрофильном стационаре для взрослого населения,
- технологическую карту.

Проведена первичная оценка эффективности предложенного комплекса мероприятий. Применение предложенного комплекса мероприятий целесообразно для выполнения отраслевого федерального законодательства в части соблюдения правовых основ оказания МП, клинических рекомендаций, стандартов оказания МП и требований порядка оказания МП по соматическому профилю пациента и в процессе диагностики алкогольной патологии, а также расширению возможностей оказания специализированной наркологической МП в условиях стационара и за его пределами.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования изучены проблемные вопросы оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара; решены все поставленные задачи.

Анализ нормативной правовой базы, отечественных и зарубежных научных исследований, государственная политика, исторический и мировой опыт, официальные статистические наблюдения показали актуальность исследуемой проблемы, ее высокую социальную значимость, междисциплинарный характер, сложности организационно-правового регулирования, несовершенный методический и понятийный аппарат.

В исследовании выполнен анализ современного состояния медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в РФ. В период 2014-2022 гг. медицинская помощь оказывалась в медицинских организациях амбулаторного и стационарного типа наркологического, психиатрического и токсикологического профиля, а также силами выездных бригад скорой медицинской помощи.

Отмечалось снижение числа структурных подразделений и медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, коечного фонда стационаров этого профиля. Анализ кадровых ресурсов выявил тенденцию к снижению численности практически по всем должностям. Наиболее существенно снижение в амбулаторных условиях числа психиатров-наркологов участковых (-35,4% по штатным должностям, -38,0% по занятым должностям, -31,7% по физическим лицам) и врачей-токсикологов (-76,9%, -33,3% и -50,0%, соответственно). При укомплектованности врачебного состава по занятым должностям более 80,0%, укомплектованность по физическим лицам составляла 50,0-60,0%. Снизилось число госпитализаций на все виды исследуемых коек наркологического, психиатрического и

токсикологического профиля; отрицательная динамика числа проведенных пациентами койко-дней (в диапазоне 20,0-60,0%) и длительности пребывания на койке (на 10,0-35,0% по разным койкам) за 2014-2022 гг.

Самый «молодой» контингент пациентов был госпитализирован на койки наркологического и токсикологического профиля: пациенты старше трудоспособного возраста составляли на этих койках 10,8% и 12,4%. В то же время пациенты старше трудоспособного возраста составляли до половины больных на койках психосоматического и соматопсихиатрического профиля (48,6% и 44,7%), их доля возросла на койках соматопсихиатрического профиля на 26,1%. Показатель летальности самым высоким был также среди пациентов на койках соматопсихиатрического профиля (5,7%).

Представленные данные свидетельствуют о снижении ресурсного потенциала (коечного фонда, кадровых ресурсов) медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией. Кроме того, изменения в отраслевой нормативно-правовой базе (с 01.07.2023) исключили психиатрические отделы, отделения, кабинеты из системы оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя. Встает вопрос об оптимизации процессов, связанных с оказанием медицинской помощи данному контингенту пациентов, переходу от экстенсивных к интенсивным механизмам развития, использованием современных инновационных технологий и организационных решений.

По данным официальной государственной статистики наблюдаются вполне благоприятные тенденции, связанные со снижением заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами, о чем свидетельствуют как уменьшение численности больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях РФ за период 2003-2022 гг. (за 20 лет наблюдения – на 52,5%, за 10 лет наблюдения – на 39,9%), так и числа больных, взятых под диспансерное наблюдение впервые в жизни с установленным диагнозом в отчетном году (на 76,2% за 20 лет и на 51,7% за 10 лет наблюдения), а также численности пациентов,

состоящих под наблюдением у психиатра-нарколога в связи с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (на 66,5%).

В условиях существующих демографических проблем в РФ особую значимость имеют показатели смертности населения, непосредственно связанные с алкоголем. За период наблюдения (2000-2022 гг.)  $17,1 \pm 11,3$  тыс. чел. ( $11,8 \pm 7,9$  чел. на 100000 чел. населения) ежегодно умирали от отравления алкоголем; за последние 5 лет (период 2018-2022 гг.) этот показатель более позитивен и составлял  $9,8 \pm 1,9$  тыс. чел. и  $6,7 \pm 1,3$  чел. на 100000 чел. населения, соответственно. Динамика показателей свидетельствует о снижении числа умерших от отравления алкоголем за 2000-2022 гг. – в 4,4 раза (на 77,2%, на 28,7 тыс. населения), за период 2018-2022 гг. – в 1,3 раза (на 22,7%, на 2,5 тыс. населения).

Анализ коэффициентов смертности населения в трудоспособном возрасте по полу позволил заключить, что соотношение мужчин и женщин, умерших от отравления алкоголем, сохранялось практически неизменным за все годы наблюдения и составляло около 5:1. При оценке динамики следует отметить снижение числа мужчин на 77,0% и женщин на 80,3% за период наблюдения (2000-2022 гг.) при расчете числа умерших на 100 000 чел. населения соответствующего пола и возраста. Среди детского населения отмечено снижение показателя в 12,5 раз (на 92,0%); за 3 последних года (2020-2022 гг.), он оставался неизменным (0,008 чел. на 100 000 человек населения соответствующего возраста).

Анализ объемов реализуемой алкогольной продукции в РФ в динамике 2014-2022 гг. отмечает снижение общих объемов на 16,2% (184,6 млн дкл), затронувшей практически все основные виды алкогольных напитков, что позитивно и отражает тенденцию к снижению алкоголизации страны. Тем не менее, анализ состояния проблемы последних 5-и лет (2018-2022 гг.) вновь вызывает тревогу и отмечает некоторый рост объемов реализации алкогольной продукции, совпавший с периодами пандемии новой коронавирусной инфекции и сложной социально-политической обстановки в стране.

За период наблюдения наблюдается увеличение числа структурных подразделений и медицинских организаций, осуществляющих медицинское

освидетельствование лиц на состояние алкогольного опьянения (на 27,5%) и числа лиц, направляемых на это освидетельствование (на 178,9%), в 2022 г. их было 1,2 млн. человек. Каждый третий результат (32,5%) подтвердил факт алкогольного опьянения, среди водителей транспортных средств положительным был каждый пятый результат исследования (21,4%).

В рамках выполняемой работы проведено социологическое исследование, включающее систему теоретических (подготовка программы исследования и инструкции его проведения, анализ результатов) и эмпирических (непосредственное анкетирование) процедур прикладного характера, направленных на решение конкретных социальных проблем - изучение уровня и особенностей употребления алкоголя пациентами многопрофильного стационара (поисковая, описательная и аналитическая составляющие).

Полученные в результате социологического исследования данные позволили заключить: о значительной частоте употребления алкоголя среди пациентов многопрофильного стационара: число пациентов, употребляющих алкоголь (72,0%) в 2,6 раз превышало число лиц, его не употребляющих; о наиболее высокой доле пациентов, употребляющих алкоголь, среди пациентов 50-54 лет (96,0%), 25-29 лет (86,0%) и 18-24 лет (83,3%); о преобладании мужчин, употребляющих алкоголь: среди лиц, употребляющих алкоголь, мужчин было в 1,3 раза больше, чем женщин (56,4% и 43,6%, соответственно). 95,2% были гражданами России; среди россиян число лиц, употребляющих алкоголь, в 2,7 раза превышало число лиц, не употребляющих алкоголь.

По частоте употребления алкоголя наиболее распространенным был ответ – «1 раз в месяц или реже», его дал каждый третий респондент (31,1%; 43,6% мужчин и 56,4% женщин); для мужчин (в порядке убывания) была характерна частота «4 и более раз в неделю» (85,7%, самый распространенный ответ), «2-3 раза в неделю» (74,3%), «2-4 раза в месяц» (60,6%); для женщин: «не употребляю» (58,5%), «1 раз в месяц или реже» (56,4%).

Доля лиц с хроническими заболеваниями, употребляющих алкоголь, составила 68,0%, число лиц, употребляющих алкоголь, в 2,1 раза превышало число

лиц, не употребляющих алкоголь, что свидетельствует о пагубном влиянии последнего на состояние здоровья народонаселения.

Получены данные о частоте и объемах употребления алкогольных напитков: по частоте употребления 1-е место занимают пациенты, предпочитающие крепкие алкогольные напитки (водка, коньяк, виски 40 об.%) – 41,7% респондентов, среди которых преобладали мужчины: в 3,6 раза, они составили 78,4% опрошенных; на втором месте – лица, употребляющие сухое вино 11-13 об.% – 31,8% респондентов, среди которых преобладали женщины: в 3,5 раза, они составили 78,4% опрошенных; на третьем месте – «любители пива», каждый пятый из опрошенных (22,3%), среди которых преобладали мужчины: в 1,9 раза, они составили 66,0% опрошенных; 28,4% пациентов около 1 раза в месяц употребляют более 180 мл водки (450 мл вина) (23,9% женщин и 33,6% мужчин).

Выявлены негативные последствия пагубного употребления алкоголя, о чем свидетельствует: «запойный» характер употребления алкоголя – «неспособность остановиться, начав пить» был отмечен у 26,9% опрошенных, у мужчин он выявлен с частотой менее 1 раза в месяц в 72,7%; необходимость выпить утром (опохмелиться) после употребления алкоголя отметили 23,1% опрошенных; отказ от обычных дел в связи с употреблением алкоголя указали 21,3% респондентов; неспособность вспомнить, что было накануне, после употребления алкоголя указали 21,3% опрошенных; наличие телесных повреждений, связанных с употреблением алкоголя, отмечали 28,0% анкетированных; чувство вины и (или) раскаяния после употребления алкоголя испытывали 21,8% опрошенных (56,4% мужчин и 44,2% женщин).

Таким образом, несмотря на зафиксированные данными федеральной государственной статистики положительные тенденции, связанные со снижением заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами, показателей смертности населения, непосредственно связанные с алкоголем, и объемов реализуемой алкогольной продукции, результаты, полученные в ходе социологического исследования, выявили высокий уровень употребления алкоголя пациентами многопрофильного стационара и его негативные последствия.

Анализ медико-статистических особенностей госпитализации пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией выявил существенный его поток: более 18 тыс. пациентов ежегодно; алкогольный фактор присутствовал у каждого четвертого пациента ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе ( $24,9 \pm 3,8\%$ ) с динамикой возрастания показателя на 30,3% за время наблюдения. Наиболее значимой в возрастном аспекте среди этих пациентов была группа 18-44 лет (60,98%), на втором месте – группа 45-59 лет (29,59%); половозрастная характеристика пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре свидетельствует о преобладании мужчин (78,73%) в 3,7 раза над женщинами (21,27%). 11,2% пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией поступили в МПС в удовлетворительном состоянии, 84,8%, – в состоянии средней тяжести, в тяжелом состоянии – 4,06%; пациенты с асоциальным поведением составили 80,0% в потоке поступающих, находились в среднетяжелом состоянии и подлежали изоляции. Нозологическая структура этих пациентов была преимущественно представлена больными (пострадавшими) токсикологического (17,5%), травматологического (8,62%) и кардиологического (7,19%) профиля.

Среднесуточное поступление больных и пострадавших в ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе представляется значительным и составляет  $204,9 \pm 46,5$  пациентов;  $45,7 \pm 3,9\%$  получают лечение в условиях СтОСМП (приемно-диагностического отделения); 80,84% пациентов СтОСМП стационара с алкоголь-ассоциированной патологией выписаны из отделения, получив необходимый объем лечебно-диагностических мероприятий (без госпитализации на специализированные отделения многопрофильного стационара). Подавляющее большинство пациентов доставлены в стационар бригадами скорой медицинской помощи (95,8%), отмечается рост числа самообращений пациентов в СтОСМП, что свидетельствует о доступности медицинской помощи в экстренной и неотложной форме в условиях СтОСМП (в режиме досуточного и краткосрочного пребывания), позволяющий получить необходимый объем лечебно-диагностических мероприятий на койках скорой медицинской помощи, при показаниях – на специализированных койках многопрофильного стационара. В потоке пациентов с

алкоголь-ассоциированной патологией подавляющая доля пациентов отказалась от госпитализации (45,32%), значительная часть не нуждалась в госпитализации (23,64%), в 6,79% случаев зарегистрирован «самовольный уход», что в сумме составляет 75,75% от всего потока таких госпитализаций; каждый пятый пациент (22,86%) выписан из стационарного отделения скорой медицинской помощи.

Подавляющая часть пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией получает необходимый объем медицинской помощи в многопрофильном стационаре в достаточно короткие сроки: 89,9% – в течение 1-х суток, 97,3% – в течение 2-х суток (25,4% – в первые 6 час., 43,0% – в интервале 6-12 час., 21,4% – за 12-24 час.). Интересными являются выявленные факты повторных госпитализаций: до 29,0% пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией имели повторные госпитализации в тот же стационар в течение года: 3,1% - двухкратные, 2,0% - трехкратные, 1,4% - четырехкратные, 1,2% - пятикратные, ... 2,0% - десятикратные, в ряде случаев используя медицинскую организацию как вытрезвитель, место ночевки и питания, для получения медикаментозной помощи при запоях, купирования негативных симптомов и последствий алкоголизма; у 55,0% повторно поступивших пациентов отмечалось ухудшение состояния после предыдущей госпитализации.

В СПО суммарное количество госпитализаций у пациента за весь период исследования варьировалось от 1 до 4, среднее количество –  $1,3 \pm 0,07$ , в СтОСМП – от 1 до 25 госпитализаций, в среднем –  $2,2 \pm 0,17$ . В группе СтОСМП суммарное количество госпитализаций у пациента было значимо выше, чем в соматопсихиатрическом отделении (СПО) ( $F=6,9$ ;  $p=0,0089$ ); суммарное время госпитализации в группе СПО варьировалось от 2,88 до 668,4 часа и в среднем составило  $161,4 \pm 12,6$  часа, в группе СтОСМП – от 0,06 до 1544,5 часа, в среднем  $40,7 \pm 8,2$  часа. В группе СтОСМП суммарное время госпитализаций у пациента было значимо ниже, чем в СПО ( $F=51,7$ ,  $p<0,0001$ ).

Организационными особенностями госпитализации пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией являются пути поступления (95,8% – бригадами скорой медицинской помощи), причем в потоке доставленных пациентов

подавляющая доля пациентов отказалась от госпитализации (45,32%), значительная часть не нуждалась в госпитализации (23,64%), каждый пятый (22,86%) выписан из стационарного отделения скорой медицинской помощи, вместе они составили 75,76% пациентов, выбывших из стационара, и являются результатом необоснованной госпитализации.

Отмечены сроки госпитализации: подавляющая часть пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией получает необходимый объем медицинской помощи в многопрофильном стационаре в достаточно короткие сроки: 89,9% – в течение 1-х суток, 97,3% – в течение 2-х суток; до 29,0% пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией имели повторные госпитализации в тот же стационар в течение года; более четверти (28,0%) возвращается уже в первые сутки, еще столько же – на следующие сутки, 12,0% – через 2 дня.

Значимость и анализ полученных в исследовании данных определили направления для разработки и обоснования комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара.

Разработка мероприятий базировалась на задаче повышения качества и доступности медицинской помощи лицам с алкогольной зависимостью и лицам, страдающим пагубным (вредным) употреблением алкоголя, продиктованной антиалкогольной Концепцией и была неразрывно связана с процессом диагностики алкогольной патологии (на основе анамнеза, клинических и лабораторных данных) и выявлением ее связи с конкретной госпитализацией; с оценкой способности волеизъявления каждого конкретного пациента, напрямую определяющей как возможность принятия им медицинской помощи и случаи отказа от нее, так и действия медицинских работников по реализации медицинского вмешательства такому пациенту; с выявлением реального уровня ААсГ и структуры ААсЗ(С) в многопрофильном стационаре методикой, не ограничивающейся порядком и принципом составления утвержденных статистических отчетных форм в рамках ежегодного мониторинга сведений; с формированием оптимального лечебно-диагностического комплекса и медицинского маршрута для пациентов с алкоголь-

ассоциированной патологией, учитывающего уровень, структуру, распределение и концентрацию таких пациентов в многопрофильном стационаре и подразумевающего возможность преобразования штатного расписания и перепрофилирования коечного фонда по механизму обратной связи в результате мониторинга алкоголь-ассоциированных госпитализаций; с вопросами преемственности в оказании помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией за рамками данной госпитализации и данного лечебно-профилактического учреждения.

Предложены пути решения ряда методических проблем: разработана комплексная интегративная методика выявления контингента пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, определения уровня алкоголь-ассоциированных госпитализаций и структуры алкоголь-ассоциированных заболеваний (состояний) в медицинской организации стационарного типа для взрослого населения, предложена стратификации госпитализации по характеру связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания (состояния), разработаны оригинальные формулы и определения характера связи, междисциплинарное определение терминам «алкоголь-ассоциированная госпитализация», «алкоголь-ассоциированное заболевание (состояние)»;

На основании проведенных комплексных исследований и в результате анализа действующих профильных порядков оказания медицинской помощи выявлены особенности и проблемы маршрутизации пациентов с алкоголь-ассоциированными заболеваниями и разработан комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием):

- клинико-организационного, организационно-правового и нормотворческого характера (алгоритм выбора и смены режима наблюдения медицинского персонала за пациентом с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием), критерии установления режима, унифицированный бланк карта выбора и смены режима наблюдения, алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием),

облигатные и факультативные критерии нарушения волеизъявления, унифицированный бланк протокола консилиума врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей, положение о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей, схема маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи, технологическая карта, рекомендации по введению должности специалиста и развертыванию коек по профилю «психиатрия-наркология» в многопрофильном стационаре для взрослого населения),

- в качестве контрольно-надзорного механизма обоснована необходимость организации системного мониторинга уровня таких госпитализаций и структуры заболеваемости, определяющих выбор созданных в исследовании критериев и алгоритмов.

## ВЫВОДЫ

1. Современное состояние медицинских организаций и структурных подразделений наркологического, психиатрического и токсикологического профиля в РФ, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией (в период 2014-2022 гг.), характеризуется снижением числа амбулаторных подразделений и коечного фонда стационаров этого профиля (до 50,0% и более), а также кадровых ресурсов (на 21,6%-76,9% по отдельным должностям), числа госпитализаций (на 12,6%-51,8% на отдельные профили коек), что свидетельствует о снижении ресурсного потенциала медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией. В последующем (с 01.07.2023 г.) из системы оказания медицинской помощи таким пациентам исключены психиатрические отделы, отделения, кабинеты и кадровые ресурсы психиатрической службы, что обострило организационно-правовые проблемы медицинского маршрута и предполагает перераспределение потока таких пациентов на койки многопрофильных стационаров.

2. Анализ заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами в РФ выявил благоприятные тенденции – уменьшение численности больных, состоящих на учете в период 2003-2022 гг. (за 20 лет наблюдения – на 52,5%, за 10 лет наблюдения – на 39,9%) и числа больных, взятых под диспансерное наблюдение впервые в жизни с установленным диагнозом в отчетном году (на 76,2% за 20 лет и на 51,7% за 10 лет наблюдения), а также числа пациентов, состоящих под наблюдением у врача-психиатра-нарколога в связи с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (на 66,5%). Динамика показателей смертности свидетельствует о снижении числа умерших от отравления алкоголем за 2000-2022 гг. ( $17,1 \pm 11,3$  тыс. чел.;  $11,8 \pm 7,9$  чел. на 100000 чел. населения) – в 4,4 раза (на 77,2%), за период 2018-2022 гг. ( $9,8 \pm 1,9$  тыс. чел.;  $6,7 \pm 1,3$

чел. на 100000 чел. населения) – в 1,3 раза (на 22,7%), среди детского населения отмечено снижение показателя в 12,5 раз (на 92,0%); соотношение мужчин и женщин, умерших от отравления алкоголем, сохранялось практически неизменным (5:1). Тем не менее, в краткосрочном периоде (с 2019 г.) отмечена стагнация этих процессов и даже некоторый рост показателей.

Отмечается снижение общих объемов реализуемой алкогольной продукции в РФ в динамике 2014-2022 гг. на 16,2% (184,6 млн дкл); тем не менее, показатели последних 5-и лет (2018-2022 гг.) вновь вызывают тревогу и отмечают некоторый рост объемов реализации алкогольной продукции.

Наблюдается увеличение числа структурных подразделений и медицинских организаций, осуществляющих медицинское освидетельствование лиц на состояние алкогольного опьянения (на 27,5%) и числа лиц, направляемых на это освидетельствование (на 178,9%), в 2022 г. их было 1,2 млн. человек. Каждый третий результат (32,5%) подтвердил факт алкогольного опьянения, среди водителей транспортных средств положительным был каждый пятый результат исследования (21,4%).

3. Медико-социальные характеристики пациентов с алкоголь-ассоциированными заболеваниями в многопрофильном стационаре характеризуются существенным потоком таких пациентов (более 18 тыс. пациентов ежегодно (алкогольный фактор присутствовал у каждого четвертого пациента (24,9%)); наиболее значимой в возрастном аспекте была группа 18-44 лет (60,98%), на втором месте – группа 45-59 лет (29,59%); отмечалось преобладание мужчин (78,73%) в 3,7 раза над женщинами (21,27%); пациенты с асоциальным поведением составили 80,0%, находились в среднетяжелом состоянии и подлежали изоляции; нозологическая структура была преимущественно представлена больными (пострадавшими) токсикологического (17,50%), травматологического (8,62%) и кардиологического (7,19%) профиля.

4. Анализ показателей потребления алкоголя пациентами многопрофильного стационара (социологическое исследование) выявил высокий уровень потребления (72,0%), преобладание мужчин (в 1,3 раза); ежемесячное

употребление алкоголя отметил каждый третий респондент (85,7% мужчин указали на еженедельное употребление алкоголя), наличие негативных последствий (хронических заболеваний у 68,0% лиц, употребляющих алкоголь, у 26,9% – «запойный» характер употребления алкоголя, у каждого пятого - потребность «опохмеляться», отказ от обычной деятельности, нарушения памяти, чувство вины и раскаяния, у 11,8% - наличие телесных повреждений, связанных с употреблением алкоголя).

5. Организационными характеристиками госпитализации пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией являются короткие сроки пребывания, неоднократные повторные госпитализации, отказ от продолжения лечения; в стационарных условиях они определяли особенности медицинского маршрута пациентов:

пути поступления (95,8% - бригадами скорой медицинской помощи), причем в потоке доставленных подавляющая доля пациентов отказалась от госпитализации (45,32%), значительная часть не нуждалась в госпитализации (23,64%), в 6,79% зарегистрирован «самовольный уход», что в сумме составляет 75,75% от всего потока; каждый пятый (22,86%) выписан из стационарного отделения скорой медицинской помощи,

сроки госпитализации: подавляющая часть пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией получает необходимый объем медицинской помощи в многопрофильном стационаре в достаточно короткие сроки: 89,9% - в течение 1-х суток, 97,3% - в течение 2-х суток; до 29,0% пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией имели повторные госпитализации в тот же стационар в течение года; более четверти (28,0%) возвращается уже в первые сутки, еще столько же – на следующие сутки, 12,0% - через 2 дня.

6. На основании проведенного комплексного исследования и в результате анализа действующих профильных порядков оказания медицинской помощи выявлены особенности и проблемы маршрутизации пациентов с алкоголь-ассоциированными заболеваниями, разработан комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-

ассоциированным заболеванием (состоянием), содержащий клинико-организационные, организационно-правовые и нормотворческие механизмы; в качестве контрольно-надзорного механизма обоснована необходимость организации системного мониторинга уровня таких госпитализаций и структуры заболеваемости, определяющая выбор созданных в исследовании критериев и алгоритмов.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В целях повышения эффективности оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией рекомендовано:

*1. Министерству здравоохранения Российской Федерации:*

- принять к рассмотрению разработанный в ходе исследования комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

*2. Территориальным органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:*

- предусмотреть при разработке территориальных программ здравоохранения комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией: рекомендации по введению должности специалиста и развертыванию коек по профилю «психиатрия-наркология» в многопрофильном стационаре;

- провести аудит стационаров на предмет соответствия структуры и технологии оказания медицинской помощи современным требованиям с анализом результативности их работы (с учетом показателей доступности и качества медицинской помощи, удовлетворенности пациентов уровнем медицинской помощи, эффективности использования коечного фонда и ресурсов); особое внимание уделить аудиту процесса оказания медицинской помощи потоку пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией.

*2. Рекомендовать главным врачам многопрофильных стационаров:*

- введение должности психиатра-нарколога;

- развертывание коек по профилю «психиатрия-наркология» в многопрофильном стационаре;

- внедрение комплексной интегративной методики выявления контингента пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, определения уровня алкоголь-

ассоциированных госпитализаций и структуры алкоголь-ассоциированных заболеваний (состояний) в медицинской организации стационарного типа для взрослого населения;

- внедрение алгоритмов выбора и смены режима наблюдения медицинского персонала за пациентом с алкоголь-ассоциированными заболеваниями (состояниями), унифицированного бланка карты выбора и смены режима наблюдения, алгоритма реализации консилиума врачей для выполнения медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием), алгоритма маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи, унифицированного бланка протокола консилиума врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей, положения о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей.

*3. Рекомендовать руководителям образовательных организаций:*

- использовать результаты, полученные в ходе исследования, в учебном процессе при реализации программ основного и дополнительного профессионального образования, в первую очередь, при подготовке специалистов по организации здравоохранения, а также врачей других специальностей, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

## ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Перспективы дальнейшей разработки темы заключаются в мониторинге внедрения предложенного в ходе исследования комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией, анализе их социальной, медико-статистической и финансово-экономической эффективности, возможной корректировке с учетом региональных особенностей.

Перспективной научной разработкой может стать углубленное изучение вопросов нормативно-правового регулирования стационарной медицинской помощи лицам с алкоголь-ассоциированной патологией с последующей ревизией действующих профильных порядков, совершенствованием стандартов оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, отраслевых профессиональных стандартов.

Для координации вопросов преемственности оказания медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях, с целью совершенствования реабилитационного потенциала, усиления межведомственного взаимодействия, в перспективе целесообразна разработка отдельного профильного порядка, учитывающего диагностические, клинические, организационные, правовые, социальные аспекты оказания медицинской помощи данному контингенту пациентов.

Дальнейший практический и научный интерес представляет многофакторный анализ критериев нарушения волеизъявления, выступающих ключевым разрешающим механизмом при оказании медицинского вмешательства лицу без его согласия (согласия его законных представителей) при жизнеугрожающих состояниях.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ААсГ	Алкоголь-ассоциированная госпитализация
ААсЗ(С)	Алкоголь-ассоциированное заболевание (состояние)
ААсП	Алкоголь-ассоциированная патология
АИР	Анестезиология и реанимация
БСМП	Бригада скорой медицинской помощи
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе	Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»
ГК РФ	Гражданский кодекс Российской Федерации
ЗАГС	Запись акта гражданского состояния
ИДС	Информированное добровольное согласие
КВ	Консилиум врачей
МВ	Медицинское вмешательство
МЗ РФ, Минздрав РФ	Министерство здравоохранения Российской Федерации
Минздравсоцразвития России	Министерство здравоохранения и социального развития России
МИС	Медицинская информационная система
МКБ, МКБ-10	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра
МО	Медицинская организация
МП	Медицинская помощь
МПС	Многопрофильный стационар
НД	Наркологический диспансер

НО	Наркологическое отделение
ОАР	Отделение анестезиологии-реанимации
ОМР	Отделение медицинской реабилитации
ОННП	Отделение неотложной наркологической помощи
ОРИТ	Отделение анестезиологии и реанимации
ОСМП	Отделение скорой медицинской помощи
ОЭМП	Отделение экстренной медицинской помощи
ПИТ	Палата интенсивной терапии
ПНД	Психоневрологический диспансер
ПО	Приемное отделение
Росстат	Федеральная служба государственной статистики
РФ	Российская Федерация
СМП	Скорая медицинская помощь
СПО	Соматопсихиатрическое отделение
СтОСМП	Стационарное отделение скорой медицинской помощи (ранее – ОЭМП, отделение экстренной медицинской помощи)
ТК РФ	Трудовой кодекс Российской Федерации
ФЗ	Федеральный закон
ФСН	Федеральное статистическое наблюдение
ХТИ	Химико-токсикологическое исследование

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Акалаев, Р.Н. Оценка влияния хронической алкогольной интоксикации на некоторые показатели вегетативной нервной системы и когнитивных функций / Р. Н. Акалаев, В. Х. Шарипова, А. А. Стопницкий, Х. Ш. Хожиев // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2020. – Т. 17, № 3. – С. 32-38. – DOI 10.21292/2078-5658-2020-17-3-32-38. – EDN RHBMPD.
2. Алексеев, Б.Э. Влияние алкогольного опьянения на параметры variability сердечного ритма / Б. Э. Алексеев, З. М. Юлдашев, Л. А. Манило [и др.] // Биотехносфера. – 2022. – № 1(67). – С. 9-14. – DOI 10.25960/bts.2022.1.9. – EDN CIUIXN.
3. Алексеева, С.С. Информированное добровольное соглашение о медицинском вмешательстве: фигура и роль врача / С.С. Алексеева, М.Э Стародубцев // Российский кардиологический журнал. – 2021. – № 26(9). – С. 69 -72. – DOI 10.15829/1560-4071-2021-4677.
4. Алексеенко, С.Н. Современные аспекты обращаемости за наркологической помощью при алкоголь-ассоциированных заболеваниях: экспертная оценка практикующих специалистов / С. Н. Алексеенко, С. В. Губарев, В. Г. Косенко, А. Н. Редько // Национальное здравоохранение. – 2022. – Т. 3, № 3. – С. 41-48. – DOI 10.47093/2713-069X.2022.3.3.41-48. – EDN PUPKNX.
5. Амлаев, К.Р. Злоупотребление алкоголем: эпидемиологические, патофизиологические, терапевтические аспекты и стратегии профилактики / К. Р. Амлаев // Врач. – 2021. – Т. 32, № 4. – С. 10-13. – DOI 10.29296/25877305-2021-04-02. – EDN TFCCWU.
6. Андрианова, В.В. Информированное добровольное соглашение в соответствии с медицинским соблюдением / В.В. Андрианова, М.А. Асташкина, Е.В. Савошкова // Право и государство: теория и практика. – 2023. – № 4(220). – С. 231-233. – DOI 10.47643/1815-1337-2023-4-231.
7. Анохина, И.П. Новый взгляд на роль дофамина в механизмах формирования алкогольной зависимости / И. П. Анохина // Вопросы наркологии. – 2021. – № 6(201). – С. 17-27. – DOI 10.47877/0234-0623\_2021\_06\_17. – EDN YJQOIR.
8. Аполихин, О.И. Влияние алкоголя на мужскую репродуктивную систему / О. И. Аполихин, С. С. Красняк // Общественное здоровье. – 2021. – Т. 1, № 2. – С. 62-69. – DOI 10.21045/2782-1676-2021-1-2-62-69. – EDN USAPQS.
9. Ачуваков, Р. С. Тревожные нарушения в постабстинентном периоде у пациентов с судорожными припадками в структуре синдрома отмены алкоголя / Р. С. Ачуваков, И. С.

Ефремов, Р. Г. Валинуров, А. Р. Асадуллин // Наркология. – 2023. – Т. 22, № 7. – С. 49-55. – DOI 10.25557/1682-8313.2023.07.49-55. – EDN TQPQRD.

10. Ашуров, З.Ш. Исследование пациентов с алкогольной зависимостью и их психокоррекция с учетом гендерных особенностей / З. Ш. Ашуров, Д. П. Ким // Лечащий врач. – 2022. – № 4. – С. 11-13. – DOI 10.51793/OS.2022.25.4.002. – EDN RDPZFK.

11. Барсукова, И.М. Анализ коечного фонда коек скорой медицинской помощи суточного пребывания стационарных отделений скорой медицинской помощи в Российской Федерации / И. М. Барсукова, В. В. Хоминец, Е.Ю. Тявокина [и др.] // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов. – Санкт-Петербург: ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022<sup>2</sup>. – С. 51-56. – EDN VCTPGF.

12. Барсукова, И.М. Анализ показателей смертности от случайных отравлений алкоголем / И. М. Барсукова, Е. Ю. Тявокина, А. О. Бумай // Год семьи: вектор для решения демографических задач: Сборник материалов 59-й научно-практической медицинской конференции в Ульяновской области. В 2-х частях, Ульяновск, 23–24.05.2024. – Ульяновск: Ульяновский государственный университет, 2024. – С. 208-210. – EDN MACVCL.

13. Барсукова, И.М. Анализ потока амбулаторных пациентов в приемных отделениях стационаров Российской Федерации / И. М. Барсукова, Е. Г. Скородумова, Е. Ю. Тявокина [и др.] // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов. – Санкт-Петербург : ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022<sup>3</sup>. – С. 84-88. – EDN OIZCMY.

14. Барсукова, И.М. Коечный фонд страны в эпоху пандемии / И. М. Барсукова, В. В. Хоминец, Е. Ю. Тявокина [и др.] // VI неделя образования в Елизаветинской больнице : сборник тезисов многопрофильного медицинского форума, Санкт-Петербург, 14–18 ноября 2022 года. – Москва: Издательство "Перо", 2022<sup>4</sup>. – С. 4-6. – EDN IOOYNY.

15. Барсукова, И.М. Особенности организации работы стационарного отделения скорой медицинской помощи для пациентов акушерско-гинекологического профиля / И. М. Барсукова, И. В. Ким, Е. Н. Пенюгина, Е. Ю. Тявокина // Джанелидзе-ские чтения - 2022: Сборник научных трудов научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 02–03.02.2022. – Санкт-Петербург: ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, 2022<sup>5</sup>. – С. 11-13. – EDN KGKRXT.

16. Барсукова, И.М. Современные демографические проблемы России и Санкт-Петербурга / И. М. Барсукова, И. В. Ким, Е. Ю. Тявокина [и др.] // Скорая медицинская помощь - 2022 : Материалы 21-го Всероссийского конгресса, Санкт-Петербург, 09–10.06.2022. – Санкт-Петербург: Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, 2022<sup>1</sup>. – С. 17-19. – EDN AWAUJR.

17. Беженцев, А.А. Административно-правовые запреты на продажу несовершеннолетним алкогольной продукции: от истории к современности / А. А. Беженцев //

Вестник Уфимского юридического института МВД России. – 2021. – № 4(94). – С. 126-132. – EDN WRKVCH.

18. Белкин, А.А. Оценка нарушения сознания: шкала FOUR или шкала Glasgow? / А.А. Белкин, П.Ю. Бочкарев, А.Л. Левит, И.Б. Заболотских // Вестник интенсивной терапии имени А.И. Салтанова. – 2019. - № 3. – С. 46–51.

19. Белова, Ю. Ю. По тонкому льду: продвижение алкоголя средствами спорта. Рецензия на книгу: Gee S. (ed.) 2020. Sport, Alcohol and Social Inquiry: A Global Cocktail (Research in the Sociology of Sport, vol. 14). Bingley, UK: Emerald Publishing Limited. 178 p / Ю. Ю. Белова // Экономическая социология. – 2022. – Т. 23, № 5. – С. 109-120. – DOI 10.17323/1726-3247-2022-5-109-120. – EDN UVHPPO.

20. Белова, Ю. Ю. Стратегии отказа от потребления алкоголя в жизненных траекториях зависимых людей - представителей поколения эпохи "застоя", взрослевших в 1964-1984 гг / Ю. Ю. Белова // Вопросы наркологии. – 2019. – № 6(177). – С. 85-101. – DOI 10.47877/0234-0623\_2019\_6\_86. – EDN FWIVGZ.

21. Белогубов, П. В. Гендерная оценка алкоголь-индуцированных изменений миокарда у лиц молодого возраста : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Белогубов Павел Васильевич, 2023. – 127 с. – EDN BXUEFT.

22. Белякин, С.А. Уровень потребления алкоголя и смертность от цирроза печени - два взаимосвязанных фактора. Проблемы медицинской реабилитации и восстановительного лечения / С. А. Белякин, А. И. Павлов, А. Б. Шамес, М. Н. Фролкин // Госпитальная медицина: наука и практика. – 2021. – Т. 4, № 1. – С. 54-58. – DOI 10.34852/GM3CVKG.2021.93.29.008. – EDN MNHSAU.

23. Березина, А.А. Психофизиологические корреляты когнитивного функционирования при экспериментальной индукции аддиктивного влечения у лиц с зависимостью от алкоголя / А. А. Березина, А. Н. Гвоздецкий, С. Г. Климанова, А. В. Трусова // Вопросы наркологии. – 2021. – № 2(197). – С. 5-21. – DOI 10.47877/0234-0623\_2021\_02\_5. – EDN ZILLCD.

24. Берндт, А.А. Общая профилактика розничной продажи алкогольной продукции несовершеннолетнему // Безопасность бизнеса. 2022. N 2. С. 59 - 64. DOI: 10.18572/2072-3644-2022-2-59-64 (www.doi.org).

25. Бессонова, О.Г. Научное обоснование совершенствования организационных мероприятий по снижению алкоголь-атрибутивной смертности в Республике Саха (Якутия) : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение" : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Бессонова Оксана Германовна, 2022. – 129 с. – EDN AXFBOY.

26. Библия. Книги Священного Писания Ветхого и Нового Завета. – М.: Издательство Московской Патриархии Русской Православной Церкви. — 2022. – 1376 с.
27. Богдан, И.В. Потребление алкоголя в российском мегаполисе: факторы и группы риска / И. В. Богдан, М. Д. Горносталев, В. А. Кузьменков [и др.] // Анализ риска здоровью. – 2023. – № 2. – С. 30-41. – DOI 10.21668/health.risk/2023.2.03. – EDN CIGHXW.
28. Бохан, Н.А. Коморбидность алкоголизма и соматической патологии в общемедицинской практике / Н. А. Бохан, Т. В. Коробицина // Психические расстройства в общей медицине. - 2008. - № 3. – С.:11-7.
29. Брагин, К.С. К вопросу о государственном регулировании производства и оборота алкогольной продукции / К. С. Брагин, И. Г. Давидова // Закон и право. – 2023. – № 9. – С. 173-176. – DOI 10.56539/20733313\_2023\_9\_173. – EDN GGRGHT.
30. Брюн, Е.А. Опыт проведения рейтинга регионов на основе интегральной оценки индикаторов Программы модернизации наркологической службы России / Е. А. Брюн, Е. А. Кошкина, В. В. Аршинова, В. В. Киржанова // Медицина. – 2016. – Т. 4, № 4(16). – С. 95-109. – EDN XVAJCT.
31. Булейко, А.А. Влияние злоупотребления алкоголем на риск суицида у больных шизофренией / А. А. Булейко, В. А. Солдаткин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 10. – С. 144-148. – DOI 10.17116/jnevro2021121101144. – EDN QDBFEE.
32. Бурцев, А.А. Оценка скрытого контингента потребителей алкоголя и наркотиков среди жителей Москвы / А. А. Бурцев, В. В. Киржанова, К. С. Баканов, А. В. Арнаут // Вопросы наркологии. – 2020. – №7 (190). – С. 49-65. – DOI 10.47877/0234-0623\_2020\_07\_49.
33. Васильева, С.Н. Влияние коморбидной алкогольной зависимости на клинико-динамические характеристики биполярного аффективного расстройства у пациентов специализированного психиатрического стационара / С. Н. Васильева, Г. Г. Симуткин, Е. Д. Счастный [и др.] // Психиатрия. – 2023. – Т. 21, № 6. – С. 42-49. – DOI 10.30629/2618-6667-2023-21-6-42-49. – EDN IDIYCE.
34. Васильева, С.Н. Сочетание аффективных расстройств и алкогольной зависимости: клиническое значение коморбидности, социальная адаптация пациентов / С. Н. Васильева, Г. Г. Симуткин, Е. Д. Счастный [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2022. – № 4(117). – С. 14-21. – DOI 10.26617/1810-3111-2022-4(117)-14-21. – EDN LRDMQA.
35. Верткин, А.Л. Алкоголь-ассоциированные состояния в многопрофильном стационаре / А.Л. Верткин, А.Н. Комаровский, А.С. Скотников // Лечащий врач. – 2011. - № 9. – С. 1-11.

36. Власова, Н.В. Особенности саморегуляции мужчин с алкогольной зависимостью / Н. В. Власова, А. М. Лановая // Психология и право. – 2021. – Т. 11, № 2. – С. 208-220. – DOI 10.17759/psylaw.2021110215. – EDN VCHDYM.
37. Всемирная организация здравоохранения. Алкоголь [Электронный ресурс]. // Официальный сайт. World Health Organization. Geneva, 2022. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> (данные загружены 24.05.2024).
38. Галкин, С.А. Актуальные проблемы изучения когнитивных функций при алкогольной зависимости / С. А. Галкин, А. Г. Пешковская, Н. А. Бохан // Российский психиатрический журнал. – 2022<sup>1</sup>. – № 4. – С. 64-72. – DOI 10.47877/1560-957X-2022-10408. – EDN VLOINP.
39. Галкин, С.А. Клинические и нейрофизиологические особенности при алкогольной зависимости и при ее коморбидности с аффективными расстройствами / С. А. Галкин, О. В. Рощина, Н. И. Кисель [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – Т. 120, № 10. – С. 56-59. – DOI 10.17116/jnevro202012010156. – EDN WLQYAI.
40. Галкин, С.А. Особенности принятия решений у больных алкогольной зависимостью / С. А. Галкин, Т. А. Ошкина, Н. И. Кисель // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2023. – Т. 123, № 8. – С. 115-119. – DOI 10.17116/jnevro2023123081115. – EDN HNDFKC.
41. Галкин, С.А. Поиск клинико-нейрофизиологических факторов, ассоциированных с длительностью алкогольной ремиссии / С. А. Галкин // Психиатрия. – 2022<sup>2</sup>. – Т. 20, № S3(2). – С. 56-57. – EDN JOASSN.
42. Гасенко, К.А. Роль нарушений сна и модуляторного воздействия мелатонина в формировании алкогольной зависимости у пациентов, страдающих шизофренией / К. А. Гасенко, А. Р. Асадуллин, Э. А. Ахметова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – Т. 30, № 3. – С. 79-85. – EDN QTNPJA.
43. Гиль, А.Ю. Изменения особенностей потребления алкоголя в Российской Федерации в первые месяцы пандемии COVID-19 / А. Ю. Гиль, К. В. Вышинский, Е. В. Фадеева, Р. А. Хальфин // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 5-6. – С. 63-73. – DOI 10.26347/1607-2502202105-06063-073. – EDN WHKYCZ.
44. Голенков, А.В. Влияние состояния опьянения и вида алкогольного напитка на особенности убийства / А. В. Голенков, З. И. Зольников // Суицидология. – 2023. – Т. 14, № 2(51). – С. 104-116. – DOI 10.32878/suiciderus.23-14-02(51)-104-116. – EDN KPLXBD.
45. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 года № 51-ФЗ. (в ред. с изм. и доп. от 08.08.2024 № 255-ФЗ) // Собрание законодательства РФ, 05.12.94 – №32 – ст. 3301.

46. Григорьева, И.В. Вероятность совершения агрессивных действий лиц с алкогольной зависимостью / И. В. Григорьева, А. В. Ходжаев, А. В. Гамова, С. С. Кононов // Наркология. – 2022. – Т. 21, № 11. – С. 16-25. – DOI 10.25557/1682-8313.2022.11.16-25. – EDN YATVRK.
47. Григорьева, И.Н. Риск рака поджелудочной железы: алкогольные и неалкогольные напитки / И. Н. Григорьева // Терапевтический архив. – 2022. – Т. 94, № 2. – С. 265-270. – DOI 10.26442/00403660.2022.02.201375. – EDN GZTEWV.
48. Дежурова, Е.В. К вопросу о диагностике психологических особенностей лиц, склонных к аддикции / Е. В. Дежурова // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2020. – № 9(187). – С. 461-463. – DOI 10.34835/issn.2308-1961.2020.9.p461-464. – EDN ХОКХFZ.
49. Дизер, О.А. Административно-правовые меры предупреждения и профилактики правонарушений, связанных с незаконной продажей спиртосодержащей продукции / О. А. Дизер, Д. В. Андреев // Административное право и процесс. - 2023. - N 9. - С. 50 - 53. - DOI: 10.18572/2071-1166-2023-9-50-53 (www.doi.org).
50. Долгалев, И.В. Динамика поведенческих факторов риска (курение, потребление алкоголя) в зависимости от уровня образования по результатам 17-летнего проспективного когортного исследования / И. В. Долгалев, Ю. С. Беляева, А. Ю. Иванова, В. В. Образцов // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 4. – С. 58-64. – DOI 10.17116/profmed20192204158. – EDN OZCORD.
51. Долгалев, И.В. Сочетанное влияние артериальной гипертензии и употребления алкоголя на риск смерти (27-летнее когортное проспективное исследование) / И. В. Долгалев, А. Ю. Иванова, В. В. Образцов [и др.] // Кардиология. – 2021. – Т. 61, № 1. – С. 36-43. – DOI 10.18087/cardio.2021.1.n1291. – EDN DNKJPV.
52. Дорожно-транспортная аварийность в Российской Федерации за 2022 год. Информационно-аналитический обзор. - М.: ФКУ «НЦ БДД МВД России», 2023. - 150 с.
53. Драпкина, О. М. Ведущие причины смерти на дому в Московской области по данным первичных медицинских свидетельств о смерти / О.М. Драпкина, Е.П. Какорина, И.В. Самородская, Т.К. Чернявская // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26, № 6. – С. 7-13. – DOI 10.17116/profmed2023260617. – EDN SELPPQ.
54. Егоров, А.Ю. Злоупотребление алкоголем у больных, экстренно госпитализированных в больницу скорой помощи / А.Ю. Егоров, Е.М. Крупицкий, А.Г. Софронов, Е.Ю. Тявокина [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С. 36-43. – EDN PZGGNT.

55. Ефремов, И.С. Алкоголь и нарушения сна / И.С. Ефремов, А.Р. Асадуллин, Р.Ф. Насырова [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2020. – № 3. – С. 27-34. – DOI 10.31363/2313-7053-2020-3-27-34. – EDN JVKOKK.
56. Заболотских, И.Б. Периоперационное ведение пациентов с зависимостью от алкоголя. Методические рекомендации / И.Б. Заболотских, А.А. Белкин, А.В. Бутров [и др.] // Анестезиология и реаниматология (Медиа Сфера). – 2022. – № 4. – С. 5-25. – DOI 10.17116/anaesthesiology20220415. – EDN HIMRNV.
57. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1 (с изм. и доп.) // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Официальный сайт]. — URL: <http://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 19.05.2025)
58. Замятнина, Е.С. Обзор методов оценки вклада потребления алкоголя в смертность в России / Е.С. Замятнина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2021. – № 3. – С. 29-49. – DOI 10.24412/2312-2935-2021-3-29-49. – EDN LFDVPA.
59. Замятнина, Е.С. Структура непосредственно обусловленной алкоголем смертности в России в 2011-2021 гг / Е.С. Замятнина // Демографическое обозрение. – 2022. – Т. 9, № 2. – С. 102-118. – DOI 10.17323/demreview.v9i2.16208. – EDN XIRMAN.
60. Здравоохранение в России. 2019 : стат. сб. / Росстат. – Москва : [б. и.], 2019. – 170 с. – Электрон. версия. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 11.05.2024). Доступна на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики.
61. Здравоохранение в России. 2021 : Стат. сб. / Росстат. – Москва : [б. и.], 2021. – 171 с. – Электрон. версия. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 11.05.2024). Доступна на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики.
62. Здравоохранение в России. 2023 : Стат. сб. / Росстат. – Москва : [б. и.], 2021. – 171 с. – Электрон. версия. – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 11.05.2024). Доступна на официальном сайте Федеральной службы государственной статистики.
63. Ибрагимова, Э.С. Уголовная ответственность за управление транспортным средством в состоянии опьянения в российском законодательстве / Э.С. Ибрагимова // Вестник Чеченского государственного университета им. А.А. Кадырова. – 2022. – № 4(48). – С. 146-151. – DOI 10.36684/chesu-2022-48-4-146-151. – EDN SRBOPG.
64. Иванишкина, Е.В. Проблема алкоголизации населения как угроза национальной безопасности Российской Федерации / Е.В. Иванишкина, В.Н. Диденко, А.В. Крикова [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2019. – Т. 18, № 4. – С. 101-110. – EDN HVKDWI.
65. Иванишкина, Е.В. Результаты анкетирования больных с патологией гепатобилиарной системы на фоне зависимости от алкоголя / Е.В. Иванишкина, В.Н. Диденко,

А.В. Крикова [и др.] // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2020. – Т. 19, № 2. – С. 75-82. – DOI 10.37903/vsgma.2020:2.10. – EDN IMXYUB.

66. Казаков, Е.С. Установлены особенности реализации алкоголя в новых регионах РФ / Е.С. Казаков // Бухгалтер Крыма. – 2023. – N 3. – С. 63-79.

67. Карамнова, Н.С. Ассоциации привычек питания и употребления алкоголя с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом во взрослой популяции. Результаты эпидемиологического исследования эссе-РФ / Н.С. Карамнова, А.И. Рытова, О.Б. Швабская [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – Т. 20, № 5. – С. 233-242. – DOI 10.15829/1728-8800-2021-2982. – EDN VTMMHC.

68. Катин, А.А. Совершенствование организации медицинской помощи взрослым лицам, зависимым от психоактивных веществ, проживающим в сельской местности : специальность 14.02.03 "Общественное здоровье и здравоохранение" : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Катин Алексей Александрович. – Самара, 2022. – 205 с. – EDN QTLWLU.

69. Кашкин, В. А. Физиологические и фармакологические эффекты спиронолактона и канренона как перспективных средств лечения алкогольной зависимости : специальность 03.03.01 "Физиология" : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Кашкин Владимир Александрович, 2020. – 321 с. – EDN DIEOUS.

70. Кибитов, А.О. Социально-демографические и анамнестические характеристики пациентов с алкогольной зависимостью и полиморфизм генов систем ГАМК-глутамата и дофамина / А.О. Кибитов, К.В. Рыбакова, М.Г. Соловьева [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т. 31, № 1. – С. 5-19. – EDN NIUXAO.

71. Киржанова, В.В. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2019-2020 годах: Аналитический обзор. / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, Е.Н. Бобков [и др.] // – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2021. – 192 с. – ISBN 978-5-86002-329-1.

72. Киржанова, В.В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2021 году: Аналитический обзор / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, Е.Н. Бобков [и др.]. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2022. – 202 с. - ISBN 978-5-86002-361-1

73. Климанова, С.Г. Адаптация опросника причин тяжелого употребления алкоголя (Reasons for Heavy Drinking Questionnaire) / С.Г. Климанова, А.А. Березина, А.В. Трусова [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2023. – Т. 57, № 4. – С. 42-56. – DOI 10.31363/2313-7053-2023-862. – EDN BUUSOI.

74. Клименко, Т. В. Полифакторная основа формирования противоправной активности лиц с алкогольной зависимостью / Т.В. Клименко, А.Л. Игонин, А.А. Козлов // Российский психиатрический журнал. – 2019<sup>1</sup>. – № 1. – С. 18-22. – DOI 10.24411/1560-957X-2019-11903. – EDN YXLRNR.
75. Клименко, Т.В. Причины, последствия и способы преодоления стигматизации больных с наркологическими расстройствами / Т.В. Клименко, А.А. Козлов, О.И. Гусева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2018<sup>1</sup>. – Т. 118, № 1-2. – С. 68-72. – DOI 10.17116/jnevro20181181268 -72.
76. Клименко, Т.В. Роль первичного звена здравоохранения в выявлении лиц с расстройствами алкогольного спектра и мотивировании их на получение специализированной наркологической помощи / Т.В. Клименко, А.А. Козлов, Г.А. Корчагина [и др.] // Вопросы наркологии. – 2018<sup>2</sup>. – №8 (168). – С. 5-17. – EDN VCCNVB.
77. Клименко, Т.В. Суицидальное поведение как маркер прогрессивности алкогольной зависимости у лиц с пограничным расстройством личности / Т.В. Клименко, А.А. Козлов, Б.С. Положий [и др.] // Суицидология. – 2019<sup>2</sup>. – Т. 10, № 3(36). – С. 87-92. – DOI 10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-87-92. – EDN OXHGV5.
78. Кожина, Т.А. О роли личности в формировании и течении алкогольной зависимости / Т.А. Кожина, А.Г. Гофман // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. – Т. 10, № 3. – С. 389-396. – EDN ATRHBB.
79. Колосницына, М.Г. Антиалкогольная политика в современной России: направления развития и поддержка населения / М.Г. Колосницына, А.И. Дубынина // Журнал Новой экономической ассоциации. – 2019. – № 2(42). – С. 94-120. – DOI 10.31737/2221-2264-2019-42-2-5. – EDN BOEGQW.
80. Колосницына, М.Г. Антиалкогольная политика России в последнем десятилетии: движение вспять / М.Г. Колосницына // Вопросы экономики. – 2024. – № 1. – С. 75-93. – DOI 10.32609/0042-8736-2024-1-75-93. – EDN RKMKMI.
81. Коновалов, А.Н. Классификация нарушений сознания при черепно-мозговой травме / А.Н. Коновалов, Б.А. Самоткин, Н.Я. Васин [и др.] // Вопросы нейрохирургии. – 1982 – № 4. – С. 3–6.
82. Коран. Перевод и комментарии И.Ю. Крачковского. Под редакцией В.И. Беляева [Предисловия В.И. Беляева и П.А. Грязневича]: 2-е изд. – М. Наука, 1986. – 727 с.
83. Корой, П.В. Ишемическая болезнь сердца при циррозе печени: современные реалии / П.В. Корой, М.А. Витковская, А.И. Раевская [и др.] // Лечащий врач. – 2020. – № 2. – С. 6-9. – DOI 10.26295/OS.2020.77.35.001. – EDN UCEUGT.

84. Котеров, А.Н. Методология научного поиска Критерий Хилла “временная зависимость”. Обратная причинность и ее радиационный аспект / А.Н. Котеров, Л. . Ушенкова, А.П. Бирюков // Радиационная биология. Радиоэкология. - 2020. - Т. 60. - № 2. - с. 115–152. – URL: <https://new.ras.ru/upload/iblock/5f8/lreshbfcu7o28udeybct08uezsksq23qr.pdf>
85. Кошкина, Е.А. Мониторинг и оценка эффективности наркологической службы в условиях ее модернизации: проблемы и пути их решения / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова, О.И. Гусева // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014 – Т. 40, № 6. – С. 20. – ISSN 2071-5021.
86. Кривошеев, В.В. Алкоголь увеличивает заболеваемость и смертность от COVID-19 / В.В. Кривошеев, А.И. Столяров, Л.Ю. Никитина // Наркология. – 2022. – Т. 21, № 2. – С. 34-44. – DOI 10.25557/1682-8313.2022.02.34-44. – EDN NBNZBD.
87. Кудовба, О.Н. О некоторых вопросах исполнения административного законодательства в сфере привлечения к административной ответственности за появление в общественных местах в состоянии алкогольного опьянения / О.Н. Кудовба // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского. Юридические науки. – 2022. – Т. 8, № 2. – С. 87-95. – EDN UPQJAI.
88. Кузнецов, В.В. О проблемах наркологической статистики / В.В. Кузнецов // Неврологический вестник. – 2016. – Т. XLVIII. – №2. – С. 42-46. – DOI 10.17816/nb13990.
89. Кузнецов, В.В. О потреблении алкоголя в России и Калининградской области / В.В. Кузнецов // Неврологический вестник. – 2018. – Т. L. – №2. – С. 78-82. – DOI 10.17816/nb14116.
90. Кузьмин, Ю.А. К вопросу о сущности причины и следствия / Ю.А. Кузьмин // Теология. Философия. Право. – 2020. – №1 (13). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-suschnosti-prichiny-i-sledstviya> (дата обращения: 12.06.2024).
91. Лазебник, Л.Б. Клинические рекомендации: алкогольная болезнь печени у взрослых / Л.Б. Лазебник, Е.В. Голованова, Е.Ю. Еремина [и др.] // Терапия. – 2020. – Т. 6, № 4(38). – С. 10-35. – DOI 10.18565/therapy.2020.4.10-35. – EDN JCTUDT.
92. Лазуткина, А.Ю. Оценка качества скрининг-теста предикторов внезапной сердечной смерти / А.Ю. Лазуткина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 3. – С. 149-165. – DOI 10.24412/2312-2935-2023-3-149-165. – EDN PRRIAK.
93. Лебедева-Несевря, Н.А. Потребление алкоголя как фактор риска здоровью населения регионов России в «докризисный» и «кризисный» периоды (2017-2022 гг.) / Н.А. Лебедева-Несевря, С.С. Гордеева // Анализ риска здоровью. – 2023. – № 2. – С. 17-29. – DOI 10.21668/health.risk/2023.2.02. – EDN DXJFNB.

94. Левандовская, М.Г. Уголовно-правовое значение состояния опьянения / М.Г. Левандовская // Вестник Академии права и управления. – 2020. – № 1(58). – С. 32-36. – EDN GMFOJG.
95. Липатникова, В.С. Информированное добровольное согласие / В.С. Липатникова // Московский хирургический журнал. – 2024. – № 2. – С. 131-139. – DOI 10.17238/2072-3180-2024-2-131-139.
96. Лобас, Т.В. Институциональный анализ антиалкогольной кампании в СССР в период перестройки и антиалкогольной политики в России в 2009-2020 гг / Т.В. Лобас, М.В. Криушинская // Вестник евразийской науки. – 2023. – Т. 15, № 3. – EDN OYPSWI.
97. Макушкин, Е.В. Обеспечение конфиденциальности персональной информации и защиты врачебной тайны при размещении в медицинских информационных системах медицинской информации о лицах с психическими и наркологическими расстройствами / Е.В. Макушкин, Т.В. Клименко // Российский психиатрический журнал. – 2021. – № 4. – С. 29-35. – DOI 10.47877/1560-957X-2021-10404.
98. Мануковский, В.А. Основы организации скорой медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах : Учебное пособие / В.А. Мануковский, Н.И. Вишняков, И.М. Барсукова [и др.] ; ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». – Санкт-Петербург: ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, 2023. – 92 с. – ISBN 978-5-6047956-7-5. – EDN WRWTRD.
99. Мануковский, В.А. Первая помощь и скорая медицинская помощь: основы и принципы организации: учебное пособие / В.А. Мануковский, Л.И. Дежурный, И.М. Барсукова [и др.]. – Москва: ООО Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2024. – 280 с. – ISBN 978-5-9704-8592-7. – DOI 10.33029/9704-8592-7-EMC-2024-1-280. – EDN QZRCXQ.
100. Марянян, А.Ю. Отдаленные последствия влияния алкоголя на плод / А.Ю. Марянян, А.О. Анисимова, А.Н. Калькова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2023. – № 6. – С. 16-22. – DOI 10.18565/aig.2022.276. – EDN BAYWZD.
101. Марянян, А.Ю. Современный взгляд на тератогенное влияние алкоголя при беременности. Возможные меры профилактики / А.Ю. Марянян, А.Н. Калькова // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2022. – Т. 16, № 1. – С. 48-57. – DOI 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2021.254. – EDN ZTESPX.
102. Масякин, А.В. Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы: современный подход к комплексному лечению и реабилитации зависимостей / А.В. Масякин, А.С. Сазонова, А.В. Панасенко, Э.Н. Тагиев // Вопросы наркологии. – 2025. – Т. 37, № 1. – С. 44-55. – EDN TFVEFL.

103. Машекуашева, М.Х. О вопросе визуальной диагностики поведения людей в негативных психологических состояниях / М.Х. Машекуашева, З.Х. Кочесокова // Образование и право. – 2022. – № 8. – С. 184-187. – DOI 10.24412/2076-1503-2022-8-184-187. – EDN TZGРУМ.

104. Маякунов, А.Э. Алкогольное опьянение и уголовная ответственность: историко-правовой аспект / А.Э. Маякунов // Евразийский юридический журнал. – 2021. – № 7(158). – С. 185-187. – DOI 10.46320/2073-4506-2021-7-158-185-187. – EDN IWXOQO.

105. Меринов, А.В. Антисоциальность в клинике алкогольной зависимости: его связь с аутоагрессивными паттернами и суицидальным поведением / А.В. Меринов, Д.М. Васильева, О.В. Казаева [и др.] // Суицидология. – 2019. – Т. 10, № 4(37). – С. 65-75. – DOI 10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-65-75. – EDN MSTSD E.

106. Меркулова, Т.В. Потенциальный генетический маркер семейной отягощенности по алкогольной зависимости у здоровых молодых взрослых: функциональный полиморфизм val158met гена COMT / Т.В. Меркулова, Н.А. Чупрова, А.Е. Николишин [и др.] // Вопросы наркологии. – 2021<sup>1</sup>. – № 6(201). – С. 106-121. – DOI 10.47877/0234-0623\_2021\_06\_106. – EDN YQVHBC.

107. Меркулова, Т.В. Функциональный полиморфизм Val66Met гена BDNF у здоровых молодых взрослых ассоциирован с семейной отягощенностью по депрессии и алкогольной зависимости, выраженностью тревоги и чертами личности / Т.В. Меркулова, Н.А. Чупрова, А.С. Коротина [и др.] // Вопросы наркологии. – 2021<sup>2</sup>. – № 1(196). – С. 106-121. – DOI 10.47877/0234-0623\_2021\_01\_106. – EDN UDTTIE.

108. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99): Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. М., 1998. «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (МКБ-10) (версия 2.23 от 21 декабря 2023 г.)». [Электронный ресурс] — (URL):<https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=71591&ysclid=lu8b31tj8f278915703> (дата обращения: 05.06.2024)

109. Мишлей: Притчи царя Соломона. Комментарий и перевод Ицхака Пинтосевича. – Харьков : ПЕТ, 5783/2022. – 432 с. – ISBN 978-966-925-437-5.

110. Моргунов, Л.Ю. Алкоголь и сахарный диабет: палка о двух концах / Л.Ю. Моргунов // Лечащий врач. – 2021. – № 3. – С. 10-15. – DOI 10.51793/OS.2021.24.3.002. – EDN SLUWVJ.

111. Мордовский, Э.А. Научное обоснование программы системного мониторинга и снижение масштаба совокупного ущерба от потребления алкоголя в приарктических регионах : специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение» : диссертация на соискание

ученой степени доктора медицинских наук / Мордовский Эдгар Артурович. – Москва, 2019. – 332 с. – EDN AYYUNQ.

112. Мулик, А.Б. Влияние среды проживания на потребление алкоголя населением России / А.Б. Мулик, И.В. Улесикова, Н.О. Назаров [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 4. – С. 564-567. – DOI 10.32687/0869-866X-2020-28-4-564-567. – EDN VLHXQE.

113. Надеждин, А.В. Кросс-секционное исследование вредного потребления алкоголя у пациентов пульмонологического профиля, госпитализированных по неотложным показаниям в многопрофильный стационар / А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова, А.Е. Петухов [и др.] // Медицина. – 2024<sup>2</sup>. – Т. 11. – № 41. – С. 17-42. – DOI 10.29234/2308-9113-2024-12-4-17-42. – EDN MNKUGM.

114. Надеждин, А.В. Кросс-секционное исследование потребления алкоголя с вредными последствиями у пациентов, госпитализированных по неотложным показаниям в неврологическое отделение многопрофильного стационара / А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова, А.Ю. Колгашкин [и др.] // Медицина. – 2023. – Т. 11, № 1(41). – С. 77-109. – DOI 10.29234/2308-9113-2023-11-1-77-109. – EDN ZMORZR.

115. Надеждин, А.В. Кросс-секционное исследование потребления алкоголя с вредными последствиями у пациентов кардиологического профиля, госпитализированных по неотложным показаниям в многопрофильный стационар / А.В. Надеждин, Е.Ю. Тетенова, А.Е. Петухов [и др.] // Медицина. – 2024<sup>1</sup>. – Т. 12. – № 2. – С. 90-113. – DOI 10.29234/2308-9113-2024-12-2-90-113. – EDN PKFMLZ.

116. Никакому наркотику не светят такие гигантские кладбища, которые есть у алкоголя // Коммерсантъ. - URL: <https://www.kommersant.ru/doc/5682157> (дата обращения: 05.03.2023).

117. Никифоров, И.А. Хроническая алкогольная интоксикация и коморбидные расстройства кишечника (обзор литературы) / И.А. Никифоров, Л.А. Бурьгина, М.Ю. Белова и др. // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. - Серия: Естественные и технические науки, 2021. - № 5. - С. 145-150.

118. Николаев, А.В. Антиалкогольные кампании 20 века в России / А.В. Николаев // Вопросы истории. – 2008. – № 11. – С. 67-77.

119. Николаев, А.Ю. Регулярное употребление алкоголя: высокий риск хронической алкогольной интоксикации, проблематичность протективных эффектов / А.Ю. Николаев, А.В. Малкоч // Лечащий врач. – 2020. – № 5. – С. 17. – DOI 10.26295/OS.2020.81.39.003. – EDN FQYZBV.

120. Определение судебной коллегии по гражданским делам Ленинградского областного суда № 33-2182/2016 от 20 апреля 2016 г. по делу № 33-2182/2016 об отказе в удовлетворении исковых требований гражданки ФИО1 к Государственному бюджетному

учреждению здравоохранения Ленинградской области «Тихвинская межрайонная больница им. А.Ф. Калмыкова» о признании ненадлежащими действий по организации и оказанию медицинской помощи и взыскании компенсации морального вреда в размере № руб // [Электронный ресурс] URL: <https://sudact.ru/regular/doc/KGd0GK7Z0HZi/> (дата обращения: 23.03.2025).

121. Павлик, Е.М. Предупреждение правонарушений, совершаемых сотрудниками органов внутренних дел, связанных с управлением транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения (криминологический аспект) / Е.М. Павлик // Научный портал МВД России. – 2020. – № 3(51). – С. 42-46. – EDN ARRSDI.

122. Парфенов, В.Е. Скорая медицинская помощь в стационаре: алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при поступлении пациентов хирургического профиля: Учебно-методическое пособие / В.Е. Парфенов, А.Е. Демко, М.В. Ромашкин-Тиманов, Е.Ю. Тявокина [и др.]; ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе». – Санкт-Петербург: ООО «Фирма Стикс», 2018. – 60 с. – ISBN 978-5-9500325-8-5. – EDN SIIRFF.

123. Переверзев, А.П. Взаимодействие алкоголя и лекарственных средств: фокус на препараты, применяемые для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, противомикробные препараты / А.П. Переверзев, О.Д. Остроумова, Д.А. Сычев // Фарматека. – 2021<sup>1</sup>. – Т. 28, № 13. – С. 16-22. – DOI 10.18565/pharmateca.2021.13.16-22. – EDN KKXJGA.

124. Переверзев, А.П. Взаимодействие алкоголя и лекарственных средств: фокус на препараты, действующие на центральную нервную систему и анальгетики / А.П. Переверзев, О.Д. Остроумова, Д.А. Сычев // Фарматека. – 2021<sup>2</sup>. – Т. 28, № 13. – С. 9-15. – DOI 10.18565/pharmateca.2021.13.9-15. – EDN ZEJSBF.

125. Перегуд, Д. И. Роль BDNF в нейропластичности при формировании зависимости от алкоголя / Д.И. Перегуд, В.Ю. Баронец, Н.Н. Терехина, Н.В. Гуляева // Биохимия. – 2023. – Т. 88, № 3. – С. 491-507. – DOI 10.31857/S0320972523030090. – EDN QXIDMI.

126. Пешковская, А.Г. Специфика исполнительных когнитивных функций у людей с разным опытом употребления алкоголя / А.Г. Пешковская // Российский психологический журнал. – 2023<sup>2</sup>. – Т. 20, № 2. – С. 230-239. – DOI 10.21702/rpj.2023.2.14. – EDN QDQBWM.

127. Пешковская, А.Г. Гетерогенность изменений исполнительных когнитивных функций при разном опыте употребления алкоголя / А.Г. Пешковская // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. – 2023<sup>1</sup>. – № 2(53). – С. 53-60. – DOI 10.18323/2221-5662-2023-2-53-60. – EDN RUZZCS.

128. Пирадов, М.А. Шкала комы Глазго (Glasgow Coma Scale, GCS): лингвокультурная адаптация русскоязычной версии / М.А. Пирадов, Н.А. Супонева., Ю.В. Рябинкина и др. //

Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2021. - № 10(1). - С. 91–99.

129. Пичугин, А.Н. Проблемы маршрутизации пациентов, употребляющих психоактивные вещества / А.Н. Пичугин // Казанский медицинский журнал. – 2019. – Т. 100, № 2. – С. 303-309. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemu-marshrutizatsii-patsientov-upotreblayayuschih-psihoaktivnye-veschestva> (дата обращения: 22.09.2024).

130. Плавинский, С.Л. Опасное и вредное потребление алкоголя: выявление, распространенность и последствия / С.Л. Плавинский, А.Н. Барина, О.Ю. Кузнецова [и др.]; под редакцией С.Л. Плавинского, А.Н. Бариновой. - Санкт-Петербург: Эко-Вектор, 2019. - 287 с.

131. Погосов, А.В. К вопросу о когнитивных нарушениях, связанных с действием алкоголя / А.В. Погосов, Г.М. Лентюгова // Наркология. – 2020. – Т. 19, № 4. – С. 68-75. – DOI 10.25557/1682-8313.2020.04.68-75. – EDN JYXJFW.

132. Позднякова, М.Е. Распространенность алкогольных проблем в России в периоды социально-экономических кризисов / М.Е. Позднякова, В.В. Брюно // Социология и право. – 2023. – Т. 15, № 4. – С. 466-484. – DOI 10.35854/2219-6242-2023-4-466-484. – EDN TSJMDH.

133. Позднякова, М.Е. Употребление алкоголя в России в условиях пандемии COVID-19 / М.Е. Позднякова, В.В. Брюно // Социологическая наука и социальная практика. – 2022. – Т. 10, № 3(39). – С. 25-44. – DOI 10.19181/snsp.2022.10.3.9195. – EDN IEOPXY.

134. Полунина, Т.Е. Алкогольная болезнь печени. Клинический пример / Т.Е. Полунина // Медицинский совет. – 2020. – № 5. – С. 50-60. – DOI 10.21518/2079-701X-2020-5-50-60. – EDN KDIAZ.

135. Полунина, Т.Е. Стратификация рисков при алкогольных циррозах печени: клинический разбор / Т.Е. Полунина // Медицинский совет. – 2023. – Т. 17, № 8. – С. 126-134. – DOI 10.21518/ms2023-129. – EDN JAIMEJ.

136. Попович, М.В. Разработка и апробирование инструмента оценки муниципальной инфраструктуры, влияющей на поведенческие факторы риска сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний / М.В. Попович, А.В. Концевая, В.А. Зиновьева [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21, № 6. – С. 63-70. – DOI 10.15829/1728-8800-2022-3268. – EDN PJNITQ.

137. Постановление Правительства Российской Федерации от 23.01.2015 № 37 «Об утверждении Правил направления на медицинское освидетельствование на состояние опьянения лиц, совершивших административные правонарушения» // КонсультантПлюс: справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2023).

138. Приказ Минздрава России от 02.05.2023 № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2023).

139. Приказ Минздрава России от 05.06.2014 № 263 «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года» (ред. от 07.12.2015) // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <http://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 21.08.2024).

140. Приказ Минздрава России от 05.08.2022 № 530н (ред. от 01.03.2024) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» //Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <https://base.garant.ru/>.(дата обращения: 10.05.2024)

141. Приказ Минздрава России от 14.07.2003 № 308 (ред. от 18.12.2015) «О медицинском освидетельствовании на состояние опьянения» // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2023).

142. Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2024).

143. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 919н (ред. от 14.09.2018) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология-реаниматология» // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2023).

144. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 925н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми химическими отравлениями» // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2023).

145. Приказ Минздрава России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (ред. от 01.02.2022) // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2024).

146. Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской

помощи» // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2023).

147. Приказ Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н (ред. от 07.06.2022) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2023).

148. Приказ Минздравмедпрома РФ от 18 января 1996 г. № 16 «О введении форм штатных расписаний учреждений здравоохранения»// КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <http://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 19.05.2025).

149. Приказ Минздравмедпрома РФ от 18.01.1996 № 16 «О введении форм штатных расписаний учреждений здравоохранения» (вместе с «Порядком составления штатного расписания учреждениями здравоохранения») // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2023).

150. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18 декабря 2015 г. № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)»// КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <http://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 19.05.2025).

151. Приказ Росстата от 16.10.2013 № 410 (ред. от 10.03.2025) «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения наркологическими расстройствами» // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_153560/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1ddafdadf518/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_153560/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1ddafdadf518/) (дата обращения: 16.03.2025).

152. Приказ Росстата от 20.12.2021 № 932 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (утратил силу с 20.12.2021) // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2023).

153. Приказ Росстата от 27.12.2022 N 985 (ред. от 25.12.2023) «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 26.12.2023).

154. Приказ Федеральной службы государственной статистики от 29.07.2009 № 154 (ред. от 29.12.2011) «Об утверждении статистического инструментария для организации

Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения» (утратил силу с отчета за 2014 год на основании приказа Росстата от 15 мая 2014 года N 308) // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Официальный сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.05.2023).

155. Проскурякова, Т.В. Роль системы кортикотропин-рилизинг-фактора в регуляции потребления алкоголя в экспериментальных и клинических исследованиях / Т.В. Проскурякова, В.А. Шохорова, И.Е. Тарабарко, И.Ю. Шамакина // Вопросы наркологии. – 2020. – № 9(192). – С. 36-58. – DOI 10.47877/0234-0623\_2020\_09\_36. – EDN SVMFXL.

156. Проскурякова, Т.В. Таурин и этанол: обзор экспериментальных исследований / Т.В. Проскурякова, В.А. Шохорова, И.Ю. Шамакина // Вопросы наркологии. – 2022. – № 4-6(210). – С. 66-80. – DOI 10.47877/0234-0623\_2022\_4-5-6\_66. – EDN NHGGQE.

157. Радионов, Д.С. Особенности злоупотребления алкоголем у лиц с тревожными расстройствами невротического спектра. Клинические аспекты и вопросы психотерапии / Д.С. Радионов, Т.А. Караваева, А.В. Васильева [и др.] // Вопросы наркологии. – 2023. – Т. 35, № 3. – С. 27-50. – EDN AQBTRS.

158. Разводовский, Ю.Е. Алкогольная политика в европейской перспективе / Ю. Е. Разводовский // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2005. – Т. 9, № 1. – С. 21-24.

159. Разводовский, Ю.Е. Потребление алкоголя и гендерная разница уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Европе / Ю. Е. Разводовский, С. А. Игумнов, С. В. Кондричин // Вопросы наркологии. – 2019. – № 2(173). – С. 81-86. – DOI 10.47877/0234-0623\_2019\_2\_81. – EDN RJNIMN.

160. Разводовский, Ю.Е. Вклад алкоголя в гендерные различия уровня общей смертности в России и Беларуси / Ю. Е. Разводовский, А.В. Немцов // Вопросы наркологии. – 2020. – № 6. – С. 60-69. – DOI 10.47877/0234-0623-6-60.

161. Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 13.08.2024 №486-р «Об организации работы по профилактике наркологических расстройств, вызванных употреблением алкоголя» // КонсультантПлюс: справочно-правовая система [Официальный сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.11.2024). Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

162. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 11.12.2023 N 3547-р «Об утверждении Концепции сокращения потребления алкоголя в Российской Федерации на период до 2030 года и на дальнейшую перспективу» // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения 15.12.2023).

163. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30.12.2009 N 2128-р «О Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года», Собрание законодательства Российской Федерации. 11.01.2010, N 2, ст. 264. // КонсультантПлюс: справочно-правовая система [Официальный сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 10.11.2023).

164. Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 05.12.2018 N 98 (ред. от 12.12.2023) «О техническом регламенте Евразийского экономического союза «О безопасности алкогольной продукции» (вместе с "ТР ЕАЭС 047/2018. Технический регламент Евразийского экономического союза «О безопасности алкогольной продукции»». // Сайт Евразийского экономического союза. – URL: <http://www.eaeunion.org> (дата обращения 21.12.2023).

165. Рожнова, Т.М. Анализ генетического компонента аддиктивного расстройства в форме алкогольной зависимости / Т. М. Рожнова, В. М. Писарев, Е. А. Брюн [и др.] // Медицинская генетика. – 2022. – Т. 21, № 2. – С. 15-22. – DOI 10.25557/2073-7998.2022.02.15-22. – EDN VGPTAL.

166. Публичная декларация приоритетных направлений деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации на 2020 год // Министерство здравоохранения Российской Федерации: официальный сайт. — URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/9619-publichnaya-deklaratsiya-prioritetnyh-napravleniy-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-2020-god> (дата обращения: 26.09.2024).

167. Рощина, О.В. Клиническая характеристика и эффективность антидепрессивной терапии аффективных расстройств при коморбидности с алкогольной зависимостью / О. В. Рощина, А. И. Розин, Е. Д. Счастливый, Н. А. Бохан // Бюллетень сибирской медицины. – 2021. – Т. 20, № 2. – С. 79-87. – DOI 10.20538/1682-0363-2021-2-79-87. – EDN WFYSQD.

168. Рощина, О.В. Уровень социальной адаптации и его связь с основными клинико-динамическими и психологическими характеристиками при коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости / О. В. Рощина, Г. Г. Симуткин, Н. А. Бохан, А. К. Суровцева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2022. – Т. 14, № 3. – С. 32-37. – DOI 10.14412/2074-2711-2022-3-32-37. – EDN VMNHСX.

169. Рудковская, А.Б. Нейропсихологический подход к оценке состояния первого функционального блока мозга у лиц с зависимостью от алкоголя (пилотное исследование) / А. Б. Рудковская // Психиатрия. – 2022. – Т. 20, № S3(2). – С. 62-63. – EDN KKLHDL.

170. Рыбакова, К.В. Особенности оказания наркологической помощи в период пандемии COVID-19 / К. В. Рыбакова, А. В. Григорьев, Н. В. Семенова [и др.] // Обзорение

психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2021. – Т. 55, № 2. – С. 45-51. – DOI 10.31363/2313-7053-2021-55-2-45-51. – EDN KOPHHI.

171. Салагай, О.О. Научная оценка степени реализации госполитики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года / О. О. Салагай, К. В. Сошкина, Е. А. Брюн [и др.] // Общественное здоровье. – 2021. – Т. 1, № 2. – С. 5-19. – DOI 10.21045/2782-1676-2021-1-2-5-19. – EDN KJWWBP.

172. Самородская, И.В. Первоначальные причины смерти, обусловленные алкоголем: анализ медицинских свидетельств о смерти / И. В. Самородская, Е. П. Какорина, Т. К. Чернявская, Б. А. Казаковцев // Наркология. – 2023. – Т. 22, № 6. – С. 40-49. – DOI 10.25557/1682-8313.2023.06.40-49. – EDN TXAQVX.

173. Саушкина, А.О. Качественная и количественная характеристика структур коры головного мозга у лиц молодого возраста в условиях хронической алкогольной интоксикации / А. О. Саушкина, Н. С. Аверкин // Судебно-медицинская экспертиза. – 2024. – Т. 67, № 1. – С. 10-13. – DOI 10.17116/sudmed20246701110. – EDN XSZYTE.

174. Синенченко, А.Г. Анализ встречаемости интоксикации психоактивными веществами среди пациентов, госпитализируемых в многопрофильный стационар скорой медицинской помощи / А. Г. Синенченко, И. М. Барсукова, Е. Ю. Тявокина, М. С. Остроумова // Национальные проекты - приоритет развития здравоохранения регионов : Материалы 54-й межрегиональной научно-практической медицинской конференции, Ульяновск, 16–17 мая 2019 года. – Ульяновск: ИП Петрова Л.В., 2019<sup>1</sup>. – С. 535-536. – EDN HFNKFS.

175. Синенченко, А.Г. Анализ оказания психиатрической помощи пациентам с алкоголизмом и пагубным употреблением алкоголя в условиях Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе / А. Г. Синенченко, Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, М. Г. Гайворонская // Скорая медицинская помощь. – 2019<sup>2</sup>. – Т. 20, № 1. – С. 23-29. – DOI 10.24884/2072-6716-2019-20-1-23-29. – EDN RYXSFH.

176. Синенченко, А.Г. Анализ оказания психиатрической помощи пациентам в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте скорой помощи имени И. И. Джанелидзе / А. Г. Синенченко, А. Г. Софронов, С. В. Зиновьев, Е.Ю. Тявокина [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2017. – Т. 18, № 1. – С. 20-25. – EDN XVBUBN.

177. Синенченко, А.Г. Психические расстройства, отягощенные употреблением алкоголя: Учебно-методическое пособие / А. Г. Синенченко, С. В. Зиновьев, Г. А. Прокопович [и др.]. ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе. – Санкт-Петербург : Фирма «Стикс», 2018. – 36 с. – ISBN 978-5-9500325-6-1. – EDN XQSAUP.

178. Ситникова, Е.Ю. Хронические заболевания печени и Covid-19: база данных многопрофильного стационара / Е.Ю. Ситникова, Л.Ю. Ильченко, И.Г. Федоров и др. // Архивъ внутренней медицины. - 2023. № 13(1). – С. 57-64.

179. Скорая медицинская помощь в стационаре: алгоритмы оказания скорой медицинской помощи при поступлении пациентов с сопутствующей дерматовенерологической патологией: Учебно-методическое пособие / И. А. Багрецова, И. М. Барсукова, Л. П. Пивоварова, Е.Ю. Тявокина [и др.]; Под ред. В.Е. Парфенова. – Санкт-Петербург: ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, 2019. – 50 с. – ISBN 978-5-6042452-5-5. – EDN QJDSQS.

180. Скорая медицинская помощь России: Информационные и аналитические материалы (2010-2022 гг.) Учебное пособие. / С. Ф. Багненко, В. А. Мануковский, И. М. Барсукова [и др.]. – Санкт-Петербург: ООО «ПринтЛайт», 2024. – 104 с. – ISBN 978-5-6047956-9-9. – EDN FROUOX.

181. Скорая медицинская помощь: Национальное руководство / М. М. Абакумов, И. В. Александрова, Ю. С. Александрович [и др.]. – Москва : ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2018. – 888 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-4742-0. – EDN IAPBLC.

182. Соловьев, А.Г. Психосоциальные стратегии организации наркологической помощи в Арктической зоне / А. Г. Соловьев, Э. А. Мордовский, И. А. Заплаткин, А. А. Ляшенко // Психиатрия. – 2024. – Т. 22, № 3-2. – С. 42-43. – EDN DMYLRS.

183. Соловьёв, А.М. Производство и потребление алкогольной продукции в странах мира / А. М. Соловьёв // Проблемы прогнозирования. – 2018. – Т. 1 № 166. – С. 140-147. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/proizvodstvo-i-potreblenie-alkogolnoy-produktsii-v-stranah-mira> (дата обращения: 26.09.2024).

184. Солонский, А.В. Структурные изменения в ткани головного мозга человека при пренатальной алкоголизации на разных сроках внутриутробного развития / А. В. Солонский, С. Н. Шумилова, А. В. Потапов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2023. – Т. 123, № 6. – С. 100-105. – DOI 10.17116/jnevro2023123061100. – EDN VXFNYF.

185. Степаненко, Д.А. Алкогольная болезнь печени: вопросы этиологии и влияние факторов риска (обзор литературы) / Д.А. Степаненко, Т.В. Гома, Н.М. Козлова // Байкальский медицинский журнал. - 2023. - № 2(2). – С. 20-29.

186. Суменков, С.Ю. Эффективность Концепции государственной политики по профилактике алкоголизма среди населения РФ: историко-правовой анализ / С. Ю. Суменков, М. В. Суменкова // Genesis: исторические исследования. – 2019. – № 9. – С. 32-39. – DOI 10.25136/2409-868X.2019.9.30804. – EDN BLIMQL.

187. Сундукова, В.В. Психологические защитные механизмы личности, склонной к аддиктивному поведению / В. В. Сундукова, Г. С. Карпова // Вестник Самарского юридического института. – 2022. – № 5(51). – С. 88-92. – DOI 10.37523/SUI.2022.51.5.015. – EDN AAINUG.
188. Сурин, И.М. Правовые средства регулирования производства и оборота алкогольной продукции в России: понятие и виды / И. М. Сурин // Административное право и процесс. 2023. № 8. С. 74 - 76. DOI: 10.18572/2071-1166-2023-8-74-76 ([www.doi.org](http://www.doi.org)).
189. Таибова, Д.Р. Склонность к алкогольной зависимости среди молодежи / Д. Р. Таибова, Н. Л. Польшгалова, А. А. Ярошенко, Ю. А. Тютюных // Миссия конфессий. – 2023. – Т. 12, № 8(73). – С. 127-131. – EDN BYHNBGL.
190. Тарловская, Е.И. Ошибки диагностики и сложности ведения пациентов с алкогольным поражением сердца / Е. И. Тарловская, Е. В. Соловьева, Н. А. Попова [и др.] // Южно-Российский журнал терапевтической практики. – 2022. – Т. 3, № 2. – С. 100-106. – DOI 10.21886/2712-8156-2022-3-2-100-106. – EDN VELNFO.
191. Ткаченко, В.В. Актуальные вопросы пресечения правонарушений, связанных с появлением в общественных местах лиц в состоянии алкогольного опьянения / В. В. Ткаченко, Э. А. Безуглый, В. В. Колениченко, В. В. Шумский // Право и образование. – 2020. – № 2. – С. 71-80. – EDN CJKJBX.
192. Трудовой кодекс Российской Федерации (ред. от 30.09.2024) // КонсультантПлюс : справочно-правовая система [Официальный сайт]. — URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 30.09.2024).
193. Трухан, Д.И. Алкогольная болезнь печени: что нового в текущем десятилетии? / Д. И. Трухан // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2023. – № 8(216). – С. 167-175. – DOI 10.31146/1682-8658-ecg-216-8-167-175. – EDN WZIXFU.
194. Тулбаева, Н.Р. Депрессия у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя: литературный обзор / Н. Р. Тулбаева, Р. Ф. Насырова, Р. А. Хакимова [и др.] // Наркология. – 2022. – Т. 21, № 3. – С. 65-73. – DOI 10.25557/1682-8313.2022.03.65-73. – EDN ERXWLO.
195. Турсунходжаева, Л.А. Оценка эффективности тренинга развития социального интеллекта у лиц, страдающих алкогольной зависимостью / Л. А. Турсунходжаева, Л. Т. Баймирова // Лечащий врач. – 2021. – № 10. – DOI 10.51793/OS.2021.24.10.004. – EDN WVTVVK.
196. Тявокина Е.Ю. К вопросу оценки волеизъявления при выполнении экстренного медицинского вмешательства у пациентов с «пьяной» травмой / Е.Ю. Тявокина, И. М. Барсукова // Неотложная хирургия имени И. И. Джанелидзе. – 2024<sup>7</sup>. – №1(14). – С. 216-221. – DOI 10.54866/27129632\_2024\_3\_216. – EDN IBHNME.
197. Тявокина, Е.Ю. К вопросу организации работы стационарных отделений скорой медицинской помощи / Е.Ю. Тявокина, И.М. Барсукова, Н.П. Седых // Проблемы городского

здравоохранения : сборник научных трудов. – Санкт-Петербург : ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова, 2022<sup>1</sup>. – С. 108-110. – EDN PBKYZL.

198. Тявокина, Е.Ю. Меры физического стеснения, изоляции и иммобилизации в медицинской практике / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, А. О. Бумай, Х. Бежауи // Национальные проекты: вызовы и решения : Материалы 55 межрегиональной научно-практической медицинской конференции, Ульяновск, 14–15.05.2020. – Ульяновск: Б. и., 2020<sup>4</sup>. – С. 435-436. – EDN LKMNAW.

199. Тявокина, Е.Ю. О нормативном регулировании вопросов оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, А. И. Махновский, Н. П. Седых // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов. Выпуск 26. – Санкт-Петербург : Медиапайпер, 2021<sup>1</sup>. – С. 124-127. – EDN XORWMK.

200. Тявокина, Е.Ю. Оказание скорой медицинской помощи пациентам психиатрического профиля / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2020. – Т. 9, № 2. – С. 215-220. – DOI 10.23934/2223-9022-2020-9-2-215-220. – EDN BKSMYQ.

201. Тявокина, Е.Ю. Опыт выявления пациентов с алкогольным анамнезом в общем объеме госпитализаций в многопрофильном стационаре скорой медицинской помощи / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, А. Г. Синенченко, О. Н. Бажанова // Национальные проекты - приоритет развития здравоохранения регионов : Материалы 54-й межрегиональной научно-практической медицинской конференции, Ульяновск, 16–17.05.2019. – Ульяновск: ИП Петрова Л.В., 2019<sup>3</sup>. – С. 532-534. – EDN EOORLN.

202. Тявокина, Е.Ю. Организационно-правовые аспекты оказания скорой медицинской помощи в многопрофильном стационаре пациентам с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя / Е. Ю. Тявокина, А. О. Бумай, О. Н. Бажанова // Скорая медицинская помощь – 2018 : Материалы 17-го Всероссийского конгресса. – Санкт-Петербург: ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова, 2018<sup>3</sup>. – С. 157-158. – EDN XUIGDZ.

203. Тявокина, Е.Ю. Организационно-правовые вопросы при оказании скорой, в том числе, скорой специализированной психиатрической помощи / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова // Проблемы городского здравоохранения : Сборник научных трудов. – Санкт-Петербург: ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, 2019. – С. 186-191. – EDN DHZCUH.

204. Тявокина, Е.Ю. Пациент с психическим расстройством в стационарном отделении скорой медицинской помощи: правовые основания к госпитализации по экстренным показаниям / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, А. О. Бумай, Х. Бежауи // Московская медицина. – 2019<sup>6</sup>. – № 4(32). – С. 89. – EDN TTFHCT.

205. Тявокина, Е.Ю. Правовой коллапс / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, М. С. Остроумова // Московская медицина. – 2019<sup>7</sup>. – № 4(32). – С. 89. – EDN KHNYS.
206. Тявокина, Е.Ю. Правовые возможности дистанционного врачебного консилиума / Е.Ю. Тявокина, И.М. Барсукова, А.О. Бумай, О.Н. Бажанова // Приоритетные направления развития Всероссийской службы медицины катастроф в современных условиях: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Петропавловск-Камчатский, 26–27.09.2019. – Петропавловск-Камчатский: ВЦМК "Защита" Минздрава России, 2019<sup>8</sup>. – С. 65-66. – EDN KARUIB.
207. Тявокина, Е.Ю. Спорные вопросы представительства дееспособного пациента по доверенности / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, Х. Бежауи // Московская медицина. – 2019<sup>9</sup>. – № 4(32). – С. 88. – EDN YOVRON.
208. Тявокина, Е.Ю. Стационарное отделение скорой медицинской помощи: правовые основания к недобровольной госпитализации / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, А. О. Бумай // Московская медицина. – 2019<sup>10</sup>. – № 4(32). – С. 89-90. – EDN BPJYIR.
209. Тявокина, Е.Ю. Структура употребления алкоголя у пациентов стационара скорой медицинской помощи / Е.Ю. Тявокина, И.М. Барсукова, А.Ю. Чудаков и др. // Скорая медицинская помощь. – 2025. – Т. 26. № 1. – С. 24-29. - DOI: 10.24884/2072-6716-2025-26-1-24-29.
210. Тявокина, Е. Ю. Токсикологический пациент. Проблемы догоспитального этапа / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, А. О. Бумай, М. С. Остроумова // Московская медицина. – 2019<sup>12</sup>. – № 4(32). – С. 88-89. – EDN XKGVRX.
211. Тявокина, Е.Ю. Анализ заболеваемости алкоголизмом в России / Е.Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, М. С. Бурина, А. А. Сорокин // Джанелидзе-ские чтения – 2024: Сборник научных трудов научно-практической конференции, 05–07.03.2024, Санкт-Петербург. – СПб.: СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, 2024<sup>1</sup>. – С.205-208.
212. Тявокина, Е.Ю. Пути госпитализации пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильный стационар / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, Г. А. Рысев, А. О. Бумай // Скорая медицинская помощь - 2024 : Материалы 23-го Всероссийского научно-практического конгресса с международным участием, Санкт-Петербург, 13–14.06.2024. – Санкт-Петербург: ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 2024<sup>3</sup>. – С. 120. – EDN CCGOSI.
213. Тявокина, Е.Ю. Анализ показателей смертности от случайных отравлений алкоголем среди детского населения / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, А. О. Бумай // Год семьи: вектор для решения демографических задач : Сборник материалов 59-й научно-практической медицинской конференции в Ульяновской области. В 2-х частях, Ульяновск, 23–24 мая 2024 года. – Ульяновск: Ульяновский государственный университет, 2024<sup>2</sup>. – С. 210-212. – EDN APWGMS.

214. Тявокина, Е.Ю. Анализ продажи алкогольной продукции населению Российской Федерации / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова // Проблемы городского здравоохранения : Сборник научных трудов. – Санкт-Петербург : РИЦ ПСПбГМУ, 2024<sup>5</sup>. – С. 49-53. – EDN WXZCWN.

215. Тявокина, Е.Ю. Анализ системы медицинского освидетельствования лиц на состояние алкогольного опьянения / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024<sup>6</sup>. – № 3. – С. 862-874. – DOI 10.24412/2312-2935-2024-3-862-874. – EDN MADLQI.

216. Тявокина, Е.Ю. Вопрос назначения мер физического стеснения в медицинской практике / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, О. Н. Бажанова, Х. Бежауи // Национальные проекты: вызовы и решения : материалы 55 межрегиональной научно-практической медицинской конференции, Ульяновск, 14–15.05.2020. – Ульяновск: Б. и., 2020. – С. 440-441. – EDN GDUFPJ.

217. Тявокина, Е.Ю. Дискуссионные вопросы правового статуса пациента многопрофильного стационара при оказании экстренной медицинской помощи / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, М. С. Остроумова [и др.] // Medline.ru. Российский биомедицинский журнал. – 2018. – Т. 19. – С. 331-343. – EDN VKERVG.

218. Тявокина, Е.Ю. Заболеваемость алкоголизмом в России / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2024<sup>3</sup>. - № 1. - С 483-495.

219. Тявокина, Е.Ю. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании экстренной медицинской помощи пациентам с расстройствами психики и поведения / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, А. О. Бумай // Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21, № 1. – С. 15-21. – DOI 10.24884/2072-6716-2020-21-1-15-21. – EDN VBRWCD.

220. Тявокина, Е.Ю. К вопросу получения информированного добровольного согласия у хирургического пациента с расстройствами психики и поведения / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, М. С. Остроумова, А. О. Бумай // Харизма моей хирургии : Материалы Всероссийской конференции с международным участием, Ярославль, 28.12.2018. – Ярославль: ООО "Цифровая типография", 2018<sup>2</sup>. – С. 39-41. – EDN YYVBBGH.

221. Тявокина, Е.Ю. К вопросу правовой природы принудительных медицинских мер при заболеваниях, представляющих опасность для окружающих / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, И. А. Вознюк, Н. П. Седых // Проблемы городского здравоохранения: Сборник научных трудов. Выпуск 25. – Санкт-Петербург: ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова, 2020<sup>3</sup>. – С. 78-82. – EDN LAHPNS.

222. Тявокина, Е.Ю. Организационно-правовые варианты оказания скорой психиатрической помощи пациентам многопрофильного стационара / Е. Ю. Тявокина // Скорая медицинская помощь – 2018 : Материалы 17-го Всероссийского конгресса, 31.05. – 01.06.2018. – Санкт-Петербург: ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова, 2018. – С. 155-157. – EDN XUIGDR.

223. Тявокина, Е.Ю. Организационно-правовые формы скорой психиатрической помощи в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, А. О. Бумай, Н. С. Шишкина // Национальные проекты - приоритет развития здравоохранения регионов : Материалы 54-й межрегиональной научно-практической медицинской конференции, Ульяновск, 16–17.05.2019. – Ульяновск: ИП Петрова Л.В., 2019<sup>4</sup>. – С. 534-535. – EDN OHKUTE.

224. Тявокина, Е.Ю. Отдельные организационные и правовые вопросы оказания специализированной психиатрической помощи пациенту многопрофильного стационара / Е.Ю. Тявокина, И.М. Барсукова, Х. Бежауи и др. // Вестник экстренной медицины, 2022<sup>2</sup>. - том 15. - № 3-4. – С. 91-92.

225. Тявокина, Е.Ю. Отдельные правовые вопросы в государственных нормативных актах, регулирующих оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения / Е. Ю. Тявокина, А. Г. Софронов, И. М. Барсукова [и др.] // Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению : Сборник тезисов, Санкт-Петербург, 15–18 мая 2021 года. – Санкт-Петербург: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, 2021<sup>2</sup>. – С. 1422-1424. – EDN FMKBON.

226. Тявокина, Е.Ю. Телемедицинские технологии: к вопросу оказания скорой психиатрической помощи / Е. Ю. Тявокина, И. М. Барсукова, Е. С. Журавлева, А. О. Бумай // Приоритетные направления развития Всероссийской службы медицины катастроф в современных условиях : Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Петропавловск-Камчатский, 26–27.09.2019. – Петропавловск-Камчатский: ВЦМК "Защита" Минздрава России, 2019<sup>11</sup>. – С. 64-65. – EDN BMYIGS.

227. Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» (с изм. и доп.) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 10.06.2019. – № 23. – ст. 2927.

228. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» (с изм. и доп.) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 07.05.2012. – №19. – ст. 2343.

229. Указ Президента Российской Федерации от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (с изм. и доп.) // Парламентская газета. – 16.10.2007. – №34; Собрание законодательства Российской Федерации. – 15.10.2007. – № 42 – ст. 5009.

230. Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 05.07.2021. – №27 (часть II) – ст. 5351.

231. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. – 09.05.2018. – № 20. – ст. 2817.

232. Фадеева, Е. В. изучение осведомленности женщин репродуктивного возраста о вредных последствиях употребления алкоголя / Е. В. Фадеева, А. М. Лановая // Вестник психотерапии. – 2023. – № 86. – С. 68-80. – DOI 10.25016/2782-652X-2023-0-86-68-80. – EDN QTSFTB.

233. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). / Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://pravo.gov.ru> (дата обращения: 26.12.2023).

234. Федеральный закон от 22.11.1995 № 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» (ред. от 23.03.2024) // КонсультантПлюс: справочно-правовая система [Офиц. сайт]. – URL: <https://www.consultant.ru/document/> (дата обращения: 23.11.2024).

235. Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ред. от 08.08.2024) // Российская газета. – 06.05.2011 г. – № 97; СЗ РФ. – 09.03.2011. – № 19. – ст. 2716.

236. Федякин, К.П. Уголовно-процессуальное доказывание и социальная обусловленность преступлений, совершенных в состоянии наркотического или алкогольного опьянения / К. П. Федякин, С. А. Галактионов // Вестник Волжского университета им. В.Н. Татищева. – 2020. – Т. 1, № 3(96). – С. 263-270. – EDN EWWQYN.

237. Хамитова, Р.Я. Алкогольная ситуация и злокачественные новообразования в регионе Российской Федерации / Р. Я. Хамитова, Д. В. Лоскутов // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2020. – № 3(41). – С. 61-68. – DOI 10.17116/medtech20204103161. – EDN REGFVW.

238. Хомянец, В. В. Анализ коечного фонда коек скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания стационарных отделений скорой медицинской помощи в

Российской Федерации / В. В. Хоминец, И. М. Барсукова, Е. Ю. Тявокина [и др.] // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов. – Санкт-Петербург: ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова, 2022<sup>1</sup>. – С. 88-91. – EDN FRTYBA.

239. Хоминец, В. В. Особенности работы стационаров в современных условиях / В. В. Хоминец, И. М. Барсукова, Е. Ю. Тявокина [и др.] // Джанелидзе-ские чтения - 2023 : Сборник научных трудов научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 01–03 марта 2023 года. – Санкт-Петербург: ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, 2023<sup>1</sup>. – С. 222-224. – EDN CEAYFX.

240. Хоминец, В. В. Особенности финансового обеспечения стационарного этапа скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге / В. В. Хоминец, И. М. Барсукова, Е. Ю. Тявокина [и др.] // Проблемы городского здравоохранения: Сборник научных трудов. Выпуск 28. – Санкт-Петербург: ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, 2023<sup>2</sup>. – С. 185-191. – EDN EKJOMZ.

241. Хоминец, В.В. Анализ потока пациентов с краткосрочным пребыванием в специализированных отделениях больницы скорой помощи / В. В. Хоминец, И. М. Барсукова, Е. Ю. Тявокина и др. // Материалы Международного медицинского форума Донбасса «Наука побеждать... болезнь», Донецк, 15-16 декабря 2022 года // Университетская клиника, 2022<sup>2</sup>, приложение, т. 2. - С. 377- [http://journal.dnmu.ru/index.php/UC/issue/view/62/2022-suppl\\_2](http://journal.dnmu.ru/index.php/UC/issue/view/62/2022-suppl_2).

242. Храмцова, О. В. Проблемы применения административной ответственности к участникам дорожного движения за правонарушения, совершенные в состоянии алкогольного опьянения / О. В. Храмцова // Закон и право. – 2023. – № 10. – С. 124-129. – DOI 10.56539/20733313\_2023\_10\_124. – EDN LZSMUD.

243. Царев, С. А. Диагностика алкоголь-ассоциированных заболеваний в соматических стационарах с использованием программы ЭВМ как инструмент оценки распространенности алкогольных проблем / С. А. Царев, А. В. Щербань, Т. И. Сочинская, А. А. Катин, И. И. Сиротко, Е. В. Томина // Наркология. – 2021. – Т. 20, № 3. – С. 27-33. – DOI 10.25557/1682-8313.2021.03.27-33.

244. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения (ЦНИИОИЗ). Мониторинг потребления алкоголя в Российской Федерации и субъектах Российской Федерации в 2020 г. [Электронный ресурс]. – URL: <https://mednet.ru/novosti/monitoring-potrebleniya-alkogolya-v-rossijskoj-federaczii-i-subektax-rossijskoj-federaczii-v-2020-g> (дата обращения: 26.05.2022).

245. Цуканов, В.В. Практические аспекты клинических проявлений, патогенеза и терапии алкогольной болезни печени и неалкогольной жировой болезни печени: мнение экспертов / В. В. Цуканов, М. Ф. Осипенко, Е. В. Белобородова [и др.] // Российский журнал

гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2023. – Т. 33, № 4. – С. 7-13. – DOI 10.22416/1382-4376-2023-33-4-7-13. – EDN ENXWCV.

246. Чернобровкина, Т.В. Сиалогликопатология в механизмах алкоголь-ассоциированной полиморбидности имеет сходство с поражениями при коронавирусной инфекции. Сообщение 2 / Т. В. Чернобровкина, С. Г. Копоров // Наркология. – 2022. – Т. 21, № 4. – С. 43-57. – DOI 10.25557/1682-8313.2022.04.43-57. – EDN XGCGMT.

247. Чижикова, И.О. Пандемия COVID-19 и паттерны употребления алкоголя среди населения Москвы: судебно-медицинские аспекты / И. О. Чижикова, С. В. Шигеев // Судебно-медицинская экспертиза. – 2022. – Т. 65, № 5. – С. 16-20. – DOI 10.17116/sudmed20226505116. – EDN KYIKFV.

248. Чучалин, А.Г. Согласие. Современная трактовка: «добровольное информированное согласие». / А.Г. Чучалин // Терапевтический архив. – 2021. – № 5. – С. 640-644. – DOI 10.26442/00403660.2021.05.200797.

249. Шальнова, С.А. Потребление алкоголя и зависимость от социально-демографических факторов у лиц трудоспособного возраста (по данным исследования ЭССЕ-РФ) / С. А. Шальнова, С. А. Максимов, Ю. А. Баланова [и др.] // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 5. – С. 45-53. – DOI 10.17116/profmed20192205145. – EDN DIZUJK.

250. Шаповалова, Э.Б. Стратегии общественного здравоохранения по снижению вредного воздействия алкоголя / Э. Б. Шаповалова, Е. В. Индукаева, Г. В. Артамонова // Профилактическая медицина. – 2021. – Т. 24, № 7. – С. 7-13. – DOI 10.17116/profmed2021240717. – EDN LOXDMH.

251. Шикалова, И.А. Анализ токсикологической ситуации по данным трех специализированных центров Российской Федерации / И. А. Шикалова, А. Н. Лодягин, И. М. Барсукова [и др.] // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 373-378. – DOI 10.23934/2223-9022-2019-8-4-373-378. – EDN OBXOSF.

252. Шпорт, С.В. Повышение эффективности оказания наркологической помощи как фактор снижения смертности и повышения ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации / С. В. Шпорт, Т. В. Клименко, А. Б. Шмуклер [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2024<sup>2</sup>. – EDN MVSDAN

253. Шпорт, С.В. Современная наркологическая ситуация в Российской Федерации: достижения, актуальные проблемы и пути их решения / С. В. Шпорт, Т. В. Клименко // Вопросы наркологии. – 2023. – Т. 35, № 3. – С. 8-26. – EDN HBISDZ.

254. Шпорт, С.В. Социально-экономическое бремя психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением алкоголя и наркотиков / С. В. Шпорт, Т. В.

Клименко, А. Б. Шмуклер [и др.] // Российский психиатрический журнал. – 2024<sup>1</sup>. – № 2. – С. 4-19. – EDN DKQBUQ.

255. Шушпанова, Т. В. Роль нейроэндокринных факторов в формировании алкогольной зависимости и экологии человека в различных этнических популяциях: новые подходы в терапии / Т. В. Шушпанова, А. И. Мандель, Н. А. Бохан [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2019. – № 4(68). – С. 113-118. – DOI 10.25789/YMJ.2019.68.32. – EDN FUDLWN.

256. Abate, B. B. Sex difference in coronavirus disease (COVID-19): a systematic review and meta-analysis / B.B. Abate, A.M. Kassie, M.W. Kassaw [et al.] // BMJ Open. - 2020 Oct 6. – Vol. 10(10): e040129. - DOI: 10.1136/bmjopen-2020-040129. – EDN: ESFQXV.

257. Adibi, A., Alcohol Consumption Under the Shadow of Coronavirus Pandemic / A. Adibi, A. Mozafari., H. Jamshidbeigi., [et al.] // Galen Medical Journal. – 2020. –Vol. 9: e1922. DOI: 10.31661/gmj.v9i0.1922.

258. Alcohol pricing in the WHO European region. Update report on the evidence and recommended policy actions. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2020. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> (данные загружены 24.05.2024).

259. Alpers, S.E. Alcohol Consumption during a Pandemic Lockdown Period and Change in Alcohol Consumption Related to Worries and Pandemic Measures. / S.E. Alpers, J.S. Skogen, S. Mæland, [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2021 Jan. – Vol. 29; № 18(3): 1220. DOI: 10.3390/ijerph18031220.

260. Angus, C. Assessing the contribution of alcohol-specific causes to socio-economic inequalities in mortality in England and Wales 2001-16. / C. Angus, R. Pryce, J. Holmes [et al.] // Addiction. - 2020 Dec. № 115(12). - P. 2268-2279. - DOI: 10.1111/add.15037. – EDN: FJTBG C.

261. Babor, T. Alcohol: No ordinary commodity. / T. Babor, S. Casswell, K. Graham [et al.] – 3rd ed. – Oxford: Oxford University Press, 2023. – DOI: 10.1093/oso/9780192844484.001.0001.

262. Bantounou, M. A. A narrative review of the use of alcohol during the Covid-19 pandemic; effects and implications. / M.A. Bantounou // J Addict Dis. – 2023. – № 41(1). – P. 30-40. DOI: 10.1080/10550887.2022.2058852. – EDN: RBOBAA.

263. Barbosa, C. Alcohol Consumption in Response to the COVID-19 Pandemic in the United States. / C. Barbosa, A.J. Cowell, W.N. Dowd. // Journal Addiction Medicine. – 2021. – № 15(4). – P. 341-344. – DOI: 10.1097/ADM.0000000000000767. – EDN: SPVMQA.

264. Beseran, E. Deaths of Despair: A Scoping Review on the Social Determinants of Drug Overdose, Alcohol-Related Liver Disease and Suicide. / E. Beseran, J.M. Pericàs, L. Cash-Gibson, [et al.] // Int J Environ Res Public Health. – 2022.– № 29(19). – P. 12395. – DOI: 10.3390/ijerph191912395. – EDN: OUGOQY.

265. Boschuetz, N. Changes in Alcohol Use Patterns in the United States During COVID-19 Pandemic. / N. Boschuetz, S. Cheng, L. Mei [et al.] // *WMJ*. – 2020 Sep. – № 119(3). – P. 171-176. – DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33091284/#affiliation-1>.
266. Brainerd, E. Mortality in Russia since the Fall of the Soviet Union / E. Brainerd // *Comparative Economic Studies*. – 2021. – Vol. 63. – P. 557-576. – DOI: 10.1057/s41294-021-00169-w. – EDN: ZQKQMD.
267. Bramness, J.G. Alcohol Use during the COVID-19 Pandemic: Self-Reported Changes and Motives for Change. / J.G. Bramness, E.K. Bye, I.S. Moan [et al.] // *European Addiction Research*. – 2021. – № 27(4). – P. 257-262. – DOI: 10.1159/000515102. – EDN: KXKRIL.
268. Caputo, F. Alcohol-related diseases: from metabolism to the main effect on the body / F. Caputo, L. Lungaro, M. Guarino [et al.] // *Minerva Med.* – 2024. – Vol. 115, № 5. – P. 599-613. – DOI 10.23736/S0026-4806.24.09355-8.
269. Callinan, S. Purchasing, consumption, demographic and socioeconomic variables associated with shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic. / S. Callinan, Y. Mojica-Perez, C.J.C. Wright [et al.] // *Drug and Alcohol Review*. – 2021 Feb. – № 40(2). – P. 183-191. – DOI: 10.1111/dar.13200. – EDN: XVWAJZ.
270. Cannizzaro, E. The influence of the COVID-19 pandemic emergency on alcohol use: A focus on a cohort of Sicilian workers. / E. Cannizzaro, L. Cirrincione, G. Malta [et al.] // *Int J Environ Res Public Health*. – 2023. – № 20(5). – P. 4613. – DOI: 10.3390/ijerph20054613. – EDN: GHGDRO.
271. Casey M. Silver, M.D. Hospital variability in adoption of alcohol and drug screening in adult trauma patients / Casey M. Silver, MD, Michael R. Visenio // *Trauma Acute Care Surg.* – 2022. – Vol. 94. – № 5. – P. 684-691.
272. Castaldelli-Maia, J.M. The concerning increasing trend of alcohol beverage sales in the U.S. during the COVID-19 pandemic. / J.M. Castaldelli-Maia, L.E. Segura, S.S. Martins, [et al.] // *Alcohol*. – 2021 Nov. – № (96). P. 37-42. – Epub 2021 Jul 8. – DOI: 10.1016/j.alcohol.2021.06.004.
273. Chick, J. Alcohol and COVID-19. / J. Chick // *Alcohol* – 2020 Jun. Vol. 25, № 55(4). – P. 341-342. – DOI: 10.1093/alcalc/aga039.
274. Chodkiewicz, J. Alcohol Consumption Reported during the COVID-19 Pandemic: The Initial Stage / J. Chodkiewicz, M. Talarowska, J. Miniszewska [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020 Jun. – Vol. 29. – № 17(13). – 4677p. – DOI: 10.3390/ijerph17134677. – EDN: AKCFVD.
275. Chrystoja, B.R. Mortality in the Americas from 2013 to 2015 resulting from diseases, conditions and injuries which are 100% alcohol-attributable. / B.R. Chrystoja, M.G. Monteiro, G. Owe [et al.] // *Addiction*. – 2021. – № 116(10). – P. 2685-2696. – DOI: 10.1111/add.15475. – EDN: QRRVOG.

276. Cohen, S. M. The Spectrum of Alcohol Use: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment / S.M. Cohen, R.S. Alexander, S.R. Holt // *Medical Clinics*. – 2022. – Vol 106(1). – P. 43-60. – DOI: 10.1016/j.mcna.2021.08.003. – EDN: YUHHEX.
277. Colbert, S. COVID-19 and alcohol in Australia: Industry changes and public health impacts / S. Colbert, C. Wilkinson, L. Thornton [et al.] // *Drug and Alcohol Review*. – 2020 Jun. 1: [Epub ahead of print]. – DOI: 10.1111/dar.13092.
278. Dadgar, I. Is there a link between all-cause mortality and economic fluctuations? / I. Dadgar, T. Norstrum // *Scandinavian Journal of Public Health*. – 2022. – Vol.50, №1. – P. 6-15. – DOI: 10.1177/14034948211049979.
279. Danilova, I. The changing relation between alcohol and life expectancy in Russia in 1965–2017. / I. Danilova, V.M. Shkolnikov, E. Andreev, D.A. Leon // *Drug Alcohol Rev*. – 2020. – DOI:10.1111/dar.13034.
280. De Vargas, D. Alcohol use and anxiety in primary health care patients during the COVID-19 pandemic: a phone-based study / D. De Vargas, E.G.L. Ramirez, C.F. Pereira [et al.] // *International Journal of Mental Health and Addiction*. – 2022. – P. 1-16. (Online ahead of print). – DOI: 10.1007/s11469-022-00785-2. – EDN: KSSIZT.
281. Di Castelnuovo, A. Alcohol intake and total mortality in 142 960 individuals from the MORGAM Project: a population-based study. / A. Di Castelnuovo, S. Costanzo, M. Bonaccio [et al.] // *Addiction*. – 2022. – Vol.117, №2. – P. 312-325. – DOI: 10.1111/add.15593. – EDN: YPVVJJ.
282. Ding, C. Association of alcohol consumption with morbidity and mortality in patients with cardiovascular disease: original data and meta-analysis of 48,423 men and women / C. Ding, D. O'Neill, S. Bell [et al.] // *BMC Med* – 2021. – № 19. – P. 167. – DOI: 10.1186/s12916-021-02040-2. – EDN: WCHALS.
283. Easey, K. E. Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. / K.E. Easey, M.L. Dyer, N.J. Timpson [et al.] // *Drug Alcohol Depend*. – 2019. – № 1. – P. 344-53. – DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2019.01.007.
284. Esser, M. B. Estimated Deaths Attributable to Excessive Alcohol Use Among US Adults Aged 20 to 64 Years, 2015 to 2019. / M.B. Esser, G. Leung, A. Sherk [et al.] // *JAMA Network Open*. – 2022. – № 5(11): e2239485. – DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.39485. – EDN: HGZQVV.
285. Fernandes, S. Impact of the COVID-19 pandemic in the Portuguese population: Consumption of alcohol, stimulant drinks, illegal substances, and pharmaceuticals. / S. Fernandes, M. Sosa-Napolskij, G. Lobo [et al.] // *PLoS One*. – 2021. – № 16(11): e0260322. – DOI: 10.1371/journal.pone.0260322. – EDN: OOJJKS.

286. Friesen, E. L. Hazardous alcohol use and alcohol-related harm in rural and remote communities: a scoping review. / E.L. Friesen, J. Bailey, S. Hyett [et al.] // *The Lancet Public Health*. – 2021. – DOI: 10.1016/S2468-2667(21)00159-6. – EDN: ZQXEIO.
287. Garey, L. Directional effects of anxiety and depressive disorders with substance use: a review of recent prospective research. / L. Garey, H. Olofsson, T. Garza [et al.] // *Current Addiction Reports*. – 2020. – Vol. 7. – P. 344-355. – DOI: 10.1007/s40429-020-00321-z.
288. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. / *Lancet*. – 2020. – № 396(10258). – P. 1223-49. – DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2. – EDN: BHAAEF.
289. GBD 2020 Alcohol Collaborators. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020: [published correction appears in *Lancet*. 2022 Jul. № 30 № 400(10349). – P. 358] / *Lancet*. – 2022 № 400(10347). – P. 185-235. – DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00847-9. – EDN: XWTFFH.
290. Gee, S. *Sport, Alcohol and Social Inquiry: A Global Cocktail* / S. Gee. – Bingley, UK: Emerald Publishing Limited. // *Research in the Sociology of Sport*. – 2020. – Vol. 14. – 178 p. – ISBN 1787698424.
291. Global status report on alcohol and health 2018. – World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2018. – P. 450. – Licence: CC BY-NC-SA 3.0. IGO. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.
292. Gonçalves, P. D. Alcohol Use and COVID-19: Can we Predict the Impact of the Pandemic on Alcohol Use Based on the Previous Crises in the 21st Century? A Brief Review / P.D. Gonçalves, H.F. Moura, R.A. Do Amaral [et al.] // *Front Psychiatry*. – 2020 Dec. № 18(11):581113. 10.3389/fpsy.2020.581113. eCollection – 2020. – DOI: 10.3389/fpsy.2020.581113. – EDN: KMFYJV.
293. Gurrieri, L. Alcohol narrows physical distance between strangers. / L. Gurrieri, C.E. Fairbairn, M.A. Sayette [et al.] // *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*. – 2021 May. – Vol. 18, № 118(20)e2101937118. – DOI: 10.1073/pnas.2101937118.
294. Hanson, J. D. Alcohol Consumption during COVID among Women with an Existing Alcohol-Use Disorder. / J.D. Hanson, C. Noonan, A. Harris A. [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021 Sep 8. – № 18(18):9460. – DOI: 10.3390/ijerph18189460. – EDN: DYKYZD.
295. Hendriks, H. F. J. Alcohol and Human Health: What Is the Evidence? / H.F.J. Hendriks // *Annual review of food science and technology*. – 2020. – Vol. 11. – P. 1-21. – DOI: 10.1146/annurev-food-032519-051827. – EDN: QUAAUJ.

296. Hu, A. The transition of alcohol control in China 1990-2019: Impacts and recommendations. / A. Hu, H. Jiang, R. Dowling [et al.] // *Int J Drug Policy*. – 2022. – № 105:103698. – DOI: 10.1016/j.drugpo.2022.103698. – EDN: AIQWIE.
297. Illari, P. M. Causality in the Sciences. / Ed. by Illari P.M., Russo F., Williamson J. // New York: Oxford University Press. – 2011. – 882 p. – DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199574131.001.0001.
298. Jacob, L. Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults. / L. Jacob, L. Smith, N.C. Armstrong [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2021 Feb. – № 1(219):108488. – DOI: 10.1016/j.drugaldep.2020.108488.
299. Jernigan, D. H. Alcohol and Public Health: Failure and Opportunity / D.H. Jernigan // *The Milbank Quarterly*. – 2023. – Vol. 101(Suppl 1). – P. 552-578. – DOI: 10.1111/1468-0009.12631. – EDN: LGEXFE.
300. Justo-Alonso, A. How did Different Generations Cope with the COVID-19 Pandemic? Early Stages of the Pandemic in Spain. / A. Justo-Alonso, A. García-Dantas, A.I. González-Vázquez [et al.] // *Psicothema*. – 2020. – № 32(4). – P. 490-500. – DOI: 10.7334/psicothema2020.168.
301. Kilian, C. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. / C. Kilian, J. Rehm, P. Allebeck [et al.] // *Addiction*. – 2021 Dec. – № 116(12). – P. 3369-3380. – DOI: 10.1111/add.15530. – EDN: ZPCLIK.
302. Kim, J. U. Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. / J.U. Kim, A. Majid, R. Judge, [et al.] // *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. – 2020 Oct. – № 5(10). – P. 886-887. – DOI: 10.1016/S2468-1253(20)30251-X. – EDN: KICJEE.
303. Kivimäki, M. Alcohol and health / M. Kivimäki, G.D. Batty // *Lancet*. – 2022. – Vol. 400. – Is. 10365. P. 1763-1764. – DOI: 10.1016/S0140-6736(22)02122-5j.
304. Knock, E. Therapeutic alliance in psychological treatment for depression and alcohol use comorbidity: The client's perspective. / E. Knock, M.P. Johnson, A. Baker [et al.] // *Bulletin of the Menninger Clinic*. – 2021. – № 85(2). – P. 177-203. – DOI: 10.1521/bumc.2021.85.2.177.
305. Kolosnitsyna, M. Price elasticities revisited: The effect of price changes caused by taxation on the amount of alcohol consumed / M. Kolosnitsyna, V. Sukhanova // *Applied Econometrics*. – 2023. – Vol. 69. – P. 28-47. – DOI: 10.22394/1993-7601-2023-69-28-47.
306. Kranzler, H.R. Genome-wide association study of alcohol consumption and use disorder in 274,424 individuals from multiple populations / H.R. Kranzler, H. Zhou, R.L. Kember [et al.] // *Nature communications*. – 2019. – № 10(1). – P. 1-11. – DOI: 10.1038/s41467-019-09480-8. – EDN: QQJBGY.
307. Kraus, L. Trends in alcohol-attributable morbidity and mortality in Germany from 2000 to 2021: A modelling study. L. Kraus, J. Möckl, J. Manthey // *Drug and alcohol review*. – 2024. – Vol.43, № 7. – P. 1669-1675. – DOI 10.1111/dar.13928.

308. Kueng, L. The long-run effects of a public policy on alcohol tastes and mortality / L. Kueng, E. Yakovlev // *American Economic Journal: Economic Policy*. – 2021. – Vol. 13, № 1. – P. 294-328. – DOI: 10.1257/pol.20180439. – EDN: TBIAKI.
309. Kuznetsova, P. O. Alcohol mortality in Russia: Assessment with representative survey data / P.O. Kuznetsova // *Population and Economics*. – 2020. – Vol. 4, № 3. – P. 75-95. – DOI: 10.3897/popecon.4.e51653. - EDN: HETSSD.
310. Loubaba, M. Evidence of detrimental effects of prenatal alcohol exposure on offspring birthweight and neurodevelopment from a systematic review of quasi-experimental studies / M. Loubaba, J. Timothy, I. Sharea I. [et al.] // *Int J Epidemiol*. – 2020. – № 49(6). P. 1972-95. – DOI: 10.1093/ije/dyz272. – EDN: QFBESF.
311. Mackenbach, J. P. Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries. / J.P. Mackenbach, M. Bopp, P. Deboosere [et al.] // *Health and Place*. – 2017. – № 47. – P. 44-53. – DOI: 10.1016/j.healthplace.2017.07.005.
312. Mahabir, C. A. Derivation and validation of a multivariable model, the alcohol withdrawal triage tool (AWTT), for predicting severe alcohol withdrawal syndrome / C.A. Mahabir, M. Anderson, J. Cimino [et al.] // *Drug Alcohol Depend*. – 2020. – 209:107943. – DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2020.107943.
313. Marten, R. Alcohol: Global health's blind spot / R. Marten, G. Gayle, H. Amul [et al.] // *Lancet Global Health*. – 2020. – № 8 (3). – P. 329-330. – DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30008-5.
314. Mitkin, N.A. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: the Know Your Heart Study 2015-23 / N.A. Mitkin, Brenn T, Unguryanu T.N, Malyutina S, Cook S, Kudryavtsev A.V. // *BMC Public Health*. – 2024. – Vol. 24, № 1. – DOI: 10.1186/s12889-024-20674-8.
315. Nemtsov, A. Are trends in alcohol consumption and causespecific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures? / A. Nemtsov, M. Neufeld, J. Rehm // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. – 2019. – Vol. 80, № 5. – P. 489-498. – DOI: 10.15288/jsad.2019.80.489. – EDN: TTJIPE.
316. Neufeld, M. Alcohol policy has saved lives in the Russian Federation / M. Neufeld, C. Ferreira-Borges, A. Gil A. [et al.] // *Int J Drug Policy*. – 2020<sup>1</sup>. – № 80. – P. 102-636. – DOI: 10.1016/j.drugpo.2019.102636. – EDN: YCTTYG.
317. Neufeld, M. Perception of alcohol policies by consumers of unrecorded alcohol - an exploratory qualitative interview study with patients of alcohol treatment facilities in Russia / M. Neufeld, H.-U. Wittchen, L.E. Ross [et al.] // *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy*. – 2019. – Vol. 14, № 1. – P. 53. – DOI: 10.1186/s13011-019-0234-1. – EDN: BFKSOO.
318. Neufeld, M. Russia's national concept to reduce alcohol abuse and alcohol-dependence in the population 2010-2020: Which policy targets have been achieved? / M. Neufeld, A. Bunova, B.

Gornyi, [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2020<sup>2</sup>. – Vol. 17, № 21. – P. 8270. – DOI: 10.3390/ijerph17218270. – EDN: EFIQEM.

319. Neufeld, M. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in the Russian language - a systematic review of validation efforts and application challenges / M. Neufeld [et al.] // *Subst Abuse Treat Prev Policy*. – 2021. – Vol.16, №1. – P. 76. – DOI: 10.1186/s13011-021-00404-8. – EDN: SNXVKA.

320. O'Leary, C. Maternal alcohol-use disorder and child outcomes / C. O'Leary, D. Lawrence, K. Hafekost [et al.] // *Pediatrics*. – 2020. – Vol. 145, № 3. – DOI: 10.1542/peds.2019-1574.

321. Ortolá, R. Alcohol Consumption Patterns and Mortality Among Older Adults With Health-Related or Socioeconomic Risk Factors / R. Ortolá, M. Sotos-Prieto, E. García-Esquinas [et al.] // *JAMA Network Open*. – 2024. – Vol. 7, № 8. – P. 1-15. – DOI 10.1001/jamanetworkopen.2024.24495.

322. Pizzagalli, D. A. Prefrontal cortex and depression / D.A. Pizzagalli, A.C. Roberts // *Neuropsychopharmacology*. – 2022. – Vol. 47, № 1. – P. 225-246. – DOI: 10.1038/s41386-021-01101-7. – EDN: CQHUNH.

323. Policy in action: A tool for measuring alcohol policy implementation. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2018. – URL: <https://www.who.int/publications/i/item/>.

324. Pollard, M.S. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US / M.S. Pollard, J.S. Tucker, H.D.Jr. Green [et al.] // *JAMA Network Open*. – 2020. – Vol. 3, № 9. – DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.22942.

325. Pridemore, W.A. The world is complex, but alcohol policy matters: A commentary on Nemtsov et al. / W.A. Pridemore // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. – 2019. – Vol. 80, № 5. – P. 499-500. – DOI: 10.15288/jsad.2019.80.499. – EDN: HMZMBZ.

326. Radaev, V. The decline in alcohol consumption in Russia from 2006 to 2017: Do birth cohorts matter? / V. Radaev, Y. Roshchina, D. Salnikova // *Alcohol and Alcoholism*. – 2020. – Vol. 55, № 3. – P. 323-335. – DOI: 10.1093/alcalc/agaa017. – EDN: VVTGSZ.

327. Razvodovsky, Y.E. Alcoholism and alcohol psychoses trends in Russia / Y.E. Razvodovsky // *Archives of Psychiatry Research*. – 2020. – Vol. 56, № 1. – P. 33-40. – DOI 10.20471/may.2020.56.01.03. – EDN OQCSTE.

328. Rehm, J. Trends of fully alcohol-attributable mortality rates before and during COVID-19 in the Baltic and other European countries / J. Rehm, A. Tran, A.S. Hassan [et al.] // *Scandinavian journal of public health*. – 2025. – Vol. 53, № 5. – P. 482–489. – DOI: 10.1177/14034948241280772. – PMID: 39370642.

329. Rossow, I. Changes in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic are dependent on initial consumption level: findings from eight European countries / I. Rossow, M. Bartak,

K. Bloomfield [et al.] // *Int J Environ Res Public Health*. – 2021. – Vol. 18, № 19. – DOI: 10.3390/ijerph181910547. – EDN: LIWCQB.

330. Rudenstine, S. Depression and anxiety subgroups across alcohol use disorder and substance use in a National Epidemiologic Study / S. Rudenstine, A. Espinosa, A. Kumar // *Journal of Dual Diagnosis*. – 2020. – Vol. 16, № 3. – P. 299-311. – DOI: 10.1080/15504263.2020.1784498. – EDN: BSUVZC.

331. Saal, W. Gender differences in the utility of the alcohol use disorder identification test in screening for alcohol use disorder among HIV test seekers in South Africa / W. Saal, A. Kagee, J. Bantjes // *AIDS Behav*. – 2020. – Vol. 24, № 7. – P. 73-81. – DOI: 10.1007/s10461-019-02772-6.

332. Salem, N. A. Cell-type and fetal-sexspecific targets of prenatal alcohol exposure in developing mouse cerebral cortex. / N.A. Salem, A.H. Mahnke, K. Konganti [et al.] // *iScience*. – 2021. – Vol. 24, № 5. – DOI: 10.1016/j.isci.2021.102439.

333. Shao, L. Association between alcohol consumption and all-cause mortality, cardiovascular disease, and chronic kidney disease: A prospective cohort study / L. Shao, Y. Chen, Z. Zhao, S. Luo // *Medicine (Baltimore)*. – 2024. – Vol.103, № 27. – P. 1-9. – DOI 10.1097/MD.00000000000038857.

334. Shield, K. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study / K. Shield, J. Manthey, M. Rylett [et al.] // *Lancet Public Health*. – 2020. – Vol. 5, №1. – P. 51-61. – DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30231-2. – EDN: MMEVRY.

335. Skorobogatov, A. The effect of alcohol sales restrictions on alcohol poisoning mortality: Evidence from Russia / A. Skorobogatov // *Health Economics*. – 2021. – Vol. 30, № 6. – P. 1417-1442. – DOI: 10.1002/hec.4251. – EDN: YFBNVC.

336. Schölin, L. De-siloing substance misuse and self-harm research through integrated public health and emergency medicine / L. Schölin, C. Humphries, M. Eddleston [et al.] // *The Lancet. Public health*. – 2025. – P. 1-6. (Online ahead of print). – DOI: 10.1016/s2468-2667(25)00096-9.

337. Spark, T. L. Are We Undercounting the True Burden of Mortality Related to Suicide, Alcohol Use, or Drug Use? An Analysis Using Death Certificate Data From Colorado Veterans / T.L. Spark, R.S. Adams, C.A. Hoffmire [et al.] // *Am J Epidemiol*. – 2023. – Vol. 192, №5. – P. 720-731. – DOI: 10.1093/aje/kwac194. – EDN: WXRVDC.

338. Tang, H. Spatial-Temporal Characteristics and Driving Factors of the Coupling Coordination between Population Health and Economic Development in China / H. Tang, Y. Chen, R. Ao [et al.] // *Sustainability*. – 2022. – P. 14-17. – DOI: 10.3390/su141710513. – EDN: XSTGPU.

339. Tran, K. B. The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010-19: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 / K.B. Tran [et al.] // *The Lancet*. – 2022. – Vol. 400, № 10352. – P. 563-591. – DOI: 10.1016/S0140-6736(22)01438-6. – EDN: VVNJKX.
340. Trichia, E. et al. Alcohol and mortality in Mexico: prospective study of 150 000 adults / E. Trichia, J. Alegre-Díaz, D. Aguilar-Ramirez [et al.] // *The Lancet. Public health*. – 2024. – Vol. 9, №11. – P. 907 – 915. – DOI:10.1016/S2468-2667(24)00228-7. – ISSN 2468-2667.
341. Udesen, C. H. Alcohol-related mortality in 15-24-year-olds in Denmark (2010-2019): a nationwide exploratory study of circumstances and socioeconomic predictors / C.H. Udesen, S.S. Hviid, U. Becker [et al.] // *Lancet Reg Health Eur*. – 2023. – № 29. – P. 100-620. – EDN: BUMZXG.
342. Van Loon, M. Routine alcohol screening in the ED: unscreened patients have an increased risk for hazardous alcohol use / M. Van Loon, R.C. Van der Mast, M.C. van der Linden [et al.] // *Emerg Med J*. – 2020. – Vol. 37, №4. – P. 206-211. – DOI: 10.1136/emermed-2019-208721.
343. Ventura-Cots, M. Public health policies and alcohol-related liver disease / M. Ventura-Cots, M.P. Ballester-Ferré, S. Ravi [et al.] // *JHEP reports: innovation in hepatology*. – 2019. – Vol. 1. – Is. 5. – P. 403-413. – DOI: 10.1016/j.jhepr.2019.07.009. – EDN: YEDBIA.
344. Vos, T. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 / T. Vos [et al.] // *The Lancet*. – 2017. – Vol. 390, № 10100. – P. 1211-1259. – DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32154-2. – EDN: YGEVZQ.
345. Wang, S. C. Alcohol addiction, gut microbiota, and alcoholism treatment: A review. / S.C. Wang, Y.C. Chen, S.J. Chen [et al.] // *International journal of molecular sciences*. – 2020. – № 21(17): 6413. – DOI: 10.3390/ijms21176413. – EDN: DWBXXS.
346. Weerakoon, S. M. Longer time spent at home during COVID-19 pandemic is associated with binge drinking among US adults / S.M. Weerakoon, K.K. Jetelina, G. Knell // *Am J Drug Alcohol Abuse*. – 2021. – Vol. 47, № 1. – P. 98-106. – DOI: 10.1080/00952990.2020.1832508.
347. White, A. M. Using Death Certificates to Explore Changes in Alcohol-Related Mortality in the United States, 1999 to 2017 / A.M. White, I.P. Castle, R.W. Hingson, [et al.] // *Alcohol Clin Exp Res*. – 2020 Jan. – Vol. 44, №1. – P. 178-187. – DOI: 10.1111/acer.14239. – EDN: UDXCBA.
348. Wood, A. M. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies / A.M. Wood, S. Kaptoge, A.S. Butterworth [et al.] // *The Lancet*. – 2018. – № 391(10129). – P. 1513-1523. DOI:10.1016/S0140-6736(18)30134-X.
349. World Health Organization. Alcohol policy impact case study: The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. Alcohol policy impact case

study / World Health Organization. Regional Office for Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2019. –P. 60. — URL: <https://www.who.int/>.

350. World health statistics 2017: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. – Geneva: World Health Organization, 2017. – P. 450. – URL: <https://www.who.int/>.

351. Zasimova, L. Exploring the relationship between drinking preferences and recorded and unrecorded alcohol consumption in Russian regions in 2010-2016. / L. Zasimova, M. Kolosnitsyna // International Journal of Drug Policy. – 2020. – Vol. 82, article 102810. – DOI: 10.1016/j.drugpo.2020.102810.

352. Zhao, J. Association Between Daily Alcohol Intake and Risk of All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analyses / J. Zhao, T. Stockwell, T. Naimi [et al.] // JAMA Network Open. – 2023. – Vol. 6, № 3. – P. 3-17. – DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.6185. – EDN: ZSKCRT.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

**Приложение А.** Диагностические коды МКБ-10, названия болезней и проблем, связанных со здоровьем, в которых упоминается алкоголь (этанол)

Код МКБ-10	Формулировка диагноза	
	Национальный стандарт	Международный стандарт
E24.4	Кушингоидный синдром, вызванный алкоголем	Alcohol-induced pseudo-Cushing's syndrome.
E52	Пеллагра (алкогольная)	Alcoholic pellagra.
F10.0	Острая интоксикация, вызванная употреблением алкоголя	Acute alcohol intoxication.
F10.1	Пагубное употребление алкоголя	Harmful use of alcohol.
F10.2	Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя	Alcohol dependence syndrome.
F10.3	Абстинентное состояние, вызванное употреблением алкоголя	Alcohol withdrawal state.
F10.4	Абстинентное состояние, вызванное употреблением алкоголя с делирием	Alcohol withdrawal state with delirium.
F10.5	Психотическое расстройство, вызванное употреблением алкоголя	Alcohol psychotic disorder.
F10.6	Амнестический синдром, вызванный употреблением алкоголя	Alcohol amnesic syndrome
F10.7	Резидуальные и отсроченные психотические расстройства, вызванные употреблением алкоголя	Residual and late-onset alcohol psychotic disorder
F10.8	Другие психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением алкоголя	Other alcohol mental and behavioural disorders
F10.9	Психическое расстройство и расстройство поведения неуточненное, вызванное употреблением алкоголя	Unspecified alcohol mental and behavioural disorders
G31.2	Дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	Degeneration of the nervous system due to alcohol
G62.1	Алкогольная полиневропатия	Alcoholic polyneuropathy
G72.1	Алкогольная миопатия	Alcoholic myopathy
K29.2	Алкогольный гастрит	Alcoholic gastritis
K70	Алкогольная болезнь печени	Alcoholic liver disease (and subcodes)
K85.2	Острый панкреатит, вызванный алкоголем	Alcohol-induced acute pancreatitis
K86.0	Хронический панкреатит алкогольной этиологии	Alcohol-induced chronic pancreatitis
I42.6	Алкогольная кардиомиопатия	Alcoholic cardiomyopathy
O35.4	Поражение плода (предполагаемое) в результате воздействия алкоголя, требующее предоставления медицинской помощи матери	Maternal care for (suspected) damage to foetus from alcohol
R78.0	Обнаружение алкоголя в крови	Finding of alcohol in blood ('abnormal findings on examination of blood, without diagnosis')

## Продолжение Приложения А

T51.0	Токсическое действие алкоголя (этанол)	Poisoning by toxic effect of ethanol
X45	Случайное отравление и воздействие алкоголем	Accidental poisoning by and exposure to alcohol
X65	Преднамеренное самоотравление и воздействие алкоголем	Intentional self-poisoning by and exposure to alcohol
Y15	Отравление и воздействие алкоголем с неопределенными намерениями	Poisoning by and exposure to alcohol, undetermined intent
Y90	Доказательство влияния алкоголя, определенного по его содержанию в крови	Evidence of alcohol involvement determined by blood alcohol level
Y91	Доказательство влияния алкоголя, определенного по степени опьянения	Evidence of alcohol involvement determined by level of intoxication
Z04.0	Тест на содержание в крови алкоголя и наркотических веществ	Blood-alcohol and blood-drug test— 'persons encountering health services for investigation & examination'—reasons other than suspected diseases & conditions
Z71.4	Консультирование и наблюдение по поводу алкоголизма	Alcohol abuse counselling and surveillance
Z72.1	Употребление алкоголя	Problems relating to lifestyle: Alcohol use

**Приложение Б.** Динамика числа медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн., %

Год, показатели*	Наличие подразделений, отделов, отделений, кабинетов	Число подразделений, отделов, отделений (объединенных)	Число кабинетов (необъединенных)
<b>Наркологические фельдшерские пункты</b>			
2014	14	2	
2015	1	1	
2016	1	1	
2017	1	1	
2018	2	2	
2019	2	2	
2020	2	2	
2021	2	2	
2022	3	3	
<b>Наркологические отделы, отделения, кабинеты</b>			
2014	1830	96	1994
2015	1880	99	2037
2016	1895	64	2111
2017	1840	64	2103
2018	1853	65	2076
2019	1844	61	2112
2020	1815	60	2067
2021	1805	59	2066
2022	1747	55	2011
<b>Психиатрические отделы, отделения, кабинеты</b>			
2014	1967	201	2245
2015	2023	128	2288
2016	2010	88	2293
2017	1939	80	2274
2018	1963	81	2319
2019	1942	61	2374
2020	1929	58	2356
2021	1932	52	2354
2022	1914	52	2354
<b>Психотерапевтические отделы, отделения, кабинеты</b>			
2014	704	86	837
2015	676	71	774
2016	665	56	787
2017	607	47	724
2018	599	54	715
2019	549	49	663
2020	536	45	650

Продолжение Приложения Б

2021	505	39	600
2022	488	35	587
Наркологические амбулаторные реабилитационные центры (отделения, кабинеты)			
2018**	2	2	
2019	2	2	
2020	2	2	
2021	4	4	
2022	3	3	

\*ФСН № 30 2014-2022 гг. (РФ), \*\*в данных статистики с 2018 г.

**Приложение В.** Динамика коечного фонда медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в стационарных условиях, в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн., %

Год, показатели*	Число коек, фактически развернутых и свернутых на ремонт		
	на конец отчетного года	из них: расположенных в сельской местности	средне-годовых
<b>Койки психиатрического профиля для взрослых</b>			
2014	131878	41725	132539,5
2015	129825	41725	129178,0
2016	127139	41659	126726,0
2017	124692	41767	123754,0
2018	123487	41309	122707,0
2019	121670	40928	120926,0
2020	115990	39713	115626,0
2021	117705	39922	114746
2022	117328	39516	114905
<b>из них: психосоматического профиля</b>			
2014	4737	166	4902
2015	2481	166	2477
2016	2892	540	2970
2017	2784	515	2808
2018	2623	528	2622
2019	2552	572	2517
2020	1869	480	2057
2021	2361	530	1863
2022	2378	539	2277
<b>из них: соматопсихиатрического профиля</b>			
2014	3158	1657	3191
2015	3418	1657	3404
2016	3121	1920	3190
2017	1730	380	1843
2018	1552	165	1609
2019	1508	255	1486
2020	1233	532	1244
2021	1195	425	1190
2022	1492	550	1318
<b>Токсикологического профиля</b>			
2014	1011	0	1014
2015	909	0	942
2016	889	0	872
2017	881	0	857
2018	847	0	833
2019	841	0	812
2020	629	0	661
2021	680	20	622
2022	737	0	670

## Продолжение Приложения В

Наркологического профиля			
2014	22222	1910	22641,85
2015	21943	1910	21722,00
2016	21034	1849	20907,00
2017	20319	1724	20100,00
2018	20166	1744	19820,00
2019	19884	1684	19551,00
2020	18814	1645	18168,00
2021	18961	1601	17829
2022	18929	1545	18074

\*ФСН № 30 2014-2022 гг. (РФ)

**Приложение Г.** Штаты персонала в медицинских организациях и структурных подразделениях, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в амбулаторных условиях, в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн., %

Год, показатели*	Число должностей, ед.		Физ. лица, чел.	Укомплектованность, %	
	штатные	занятые		по занятым должностям	по физ. лицам
<b>Врачи-психиатры</b>					
2014	7297,75	6531,75	4481	89,50	61,40
2015	7309,25	6507,75	4673	89,50	63,93
2016	7371,75	6503,25	4633	88,22	62,85
2017	7518,75	6439,75	4686	85,65	62,32
2018	7638,75	6468,25	4681	84,68	61,28
2019	7729,75	6433,25	4826	83,23	62,43
2020	7721,75	6413,0	4812	83,05	62,32
2021	7670,25	6310	4740	82,27	61,80
2022	7609,25	6261	4768	82,28	62,66
<b>Врачи-психиатры-наркологи</b>					
2014	6748,75	5622,50	3360	83,31	49,79
2015	6724,5	5571,25	3394	82,85	50,47
2016	6657,25	5433,5	3408	81,62	51,19
2017	6616,5	5376,5	3339	81,26	50,46
2018	6611,25	5366,75	3431	81,18	51,90
2019	6417,75	5098,0	3382	79,44	52,70
2020	6460,25	5056,5	3369	78,27	52,15
2021	6254,75	4914,75	3314	78,58	52,98
2022	6071,25	4836,00	3270	79,65	53,86
<b>из них врачи-психиатры-наркологи участковые</b>					
2014	859,75	720,00	454	83,75	52,81
2015	921,25	774,00	511	84,02	55,47
2016	774,25	650,25	428	83,98	55,28
2017	720,0	607,0	415	84,31	57,64
2018	672,25	564,75	389	84,01	57,87
2019	615,50	502,75	359	81,68	58,33
2020	632,75	505,5	358	79,89	56,58
2021	606,00	470,00	346	77,56	57,10
2022	595,25	479,50	349	80,55	58,63
<b>врачи-токсикологи</b>					
2014	6,5	2,25	2	34,62	30,77
2015	4,75	1,5	1	31,58	21,05
2016	5,25	2,0	1	38,10	19,05
2017	3,00	1,5	1	50,00	33,33
2018	2,75	1,25	1	45,45	36,36
2019	2,75	1,5	2	54,55	72,73
2020	0,75	0,5	0	66,67	0,00
2021	0,5	0,25	0,5	50,00	100,00
2022	1,5	1,5	1	100,00	66,67

## Продолжение Приложения Г

фельдшеры-наркологи					
2014	677,75	626,25	518	92,40	76,43
2015	732,25	677,75	547	92,56	74,70
2016	688,00	629,25	509	91,46	73,98
2017	677,75	611,5	494	90,23	72,89
2018	636,5	579,25	481	91,01	75,57
2019	701,5	624	543	88,95	77,41
2020	691	613,25	519	88,75	75,11
2021	686	604,75	517	88,16	75,36
2022	676,5	607,25	508	89,76	75,09

\*ФСН № 30 2014-2022 гг. (РФ)

**Приложение Д.** Штаты персонала в медицинских организациях и структурных подразделениях, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в стационарных условиях в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн., %

Год, показатели*	Число должностей, ед.		Физ. лица, чел.	Укомплектованность, %	
	штатные	занятые		по занятым должностям	по физ. лицам
<b>Врачи-психиатры</b>					
2014	362284,25	328464,75	209110	91,34	59,38
2015	358536,75	325975,25	212686	91,93	60,96
2016	359365,75	324258	214003	90,86	61,09
2017	361355,5	323479,5	216922	88,68	59,68
2018	359845,5	318659,5	215973	89,04	59,87
2019	358663,25	311742	216460	85,84	59,52
2020	421789,5	340209,25	225852	84,29	57,85
2021	402643,5	328661,00	223462	82,10	57,49
2022	364147,75	306518,75	215297	81,66	57,75
<b>Врачи-психиатры-наркологи</b>					
2014	3467,5	3102,75	1824	89,48	52,60
2015	3340,0	3027,00	1800	90,63	53,89
2016	3379,75	3016,25	1770	89,24	52,37
2017	3362,5	2946,75	1806	87,64	53,71
2018	3226,75	2806,00	1671	86,96	51,79
2019	3226,25	2721,25	1689	84,35	52,35
2020	3289	2714,5	1630	82,53	49,56
2021	3090	2575	1589	83,33	51,42
2022	2996,75	2491,5	1535	83,14	51,22
<b>Врачи-токсикологи</b>					
2014	422,75	374,5	190	88,59	44,94
2015	405,75	349,5	183	86,14	45,10
2016	408,00	343	185	84,07	45,34
2017	399,00	333	180	83,46	45,11
2018	383,50	318,75	180	83,12	46,94
2019	367,75	295,75	183	80,42	49,76
2020	344,75	266,75	157	77,37	45,54
2021	319,25	238,5	149	74,71	46,67
2022	308,25	237	143	76,89	46,39
<b>фельдшеры-наркологи</b>					
2014	57	56	26	98,25	45,61
2015	82	78,5	51	95,73	62,20
2016	99,0	96,0	59	96,97	59,60
2017	75,5	72,5	42	96,03	55,63
2018	76,25	73,25	48	96,07	62,95
2019	72,0	64,25	40	89,24	55,56
2020	75,25	66,5	53	88,37	70,43
2021	79,75	74,5	53	93,42	66,46
2022	64,25	59,5	40	92,61	62,26

\*ФСН № 30 2014-2022 гг. (РФ)

**Приложение Е.** Объемные показатели работы медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в амбулаторных условиях, в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн., %

Год, показатели*	Число посещений*		Число посещений на дому
	всего, включая профилактические	в том числе, по поводу заболеваний взрослыми 18 лет и старше	
<b>Врачи-психиатры</b>			
2014	29071587	11823402	552608
2015	29672107	11712054	571184
2016	29586324	11709872	544520
2017	30322729	11465561	549225
2018	31823128	11603442	573581
2019	32807720	11404219	580584
2020	28095433	10517329	633446
2021	29429034	10865560	550947
2022	29138394	10897689	515279
<b>из них: врачи-психиатры участковые</b>			
2014	18316465	8901840	509517
2015	18232041	8811195	514865
2016	18108748	8786020	496331
2017	18191174	8738820	488616
2018	18992724	8742895	508132
2019	19501112	8974851	508564
2020	17250773	8366589	570985
2021	18050221	8617015	486946
2022	17493241	8490222	455341
<b>Врачи-психиатры-наркологи</b>			
2014	27101537	7737731	88770
2015	27492207	7439390	87292
2016	27193475	7149300	82527
2017	27874569	7316816	66667
2018	28456575	7324545	61903
2019	29339360	6917153	53688
2020	24343469	6070900	46959
2021	25402752	6223856	42069
2022	24956206	6156451	41764
<b>из них: врачи-психиатры-наркологи участковые</b>			
2014	4619455	1599452	20905
2015	4622289	1557677	25841
2016	4640832	1517153	25557
2017	4574755	1390303	22331
2018	4110456	1347766	21167
2019	3947011	1167483	14441
2020	3393477	1046383	12737
2021	3648869	1118180	11194
2022	3438466	1051896	7157

\*ФСН № 30 2014-2022 гг. (РФ)

**Приложение Ж.** Объемные показатели работы медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией, в стационарных условиях, в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн., %

Год, показатели*	Поступило пациентов, чел.*	
	всего	в том числе взрослых 18 лет и старше
<b>Койки наркологического профиля</b>		
2014	530200	522674
2015	520659	515393
2016	506082	501941
2017	492755	488624
2018	497897	494087
2019	505213	501404
2020	410854	407924
2021	434417	430936
2022	453997	450860
<b>койки психиатрического профиля для взрослых</b>		
2014	617968	600284
2015	615089	600339
2016	616290	602497
2017	605039	589629
2018	596927	582566
2019	594581	579806
2020	470381	460147
2021	523711	511679
2022	542221	528994
<b>из них: психосоматического профиля</b>		
2014	29983	29575
2015	25142	24882
2016	28696	28414
2017	27284	26973
2018	25289	24991
2019	25173	24879
2020	13744	13553
2021	14013	13736
2022	19205	18850
<b>из них: соматопсихиатрического профиля</b>		
2014	20569	20387
2015	21549	21311
2016	20576	20376
2017	15362	15297
2018	15125	15020
2019	14109	14005
2020	8680	8645
2021	8684	8631
2022	9909	9906

Продолжение Приложения Ж

Койки токсикологического профиля		
2014	66675	57424
2015	64984	56547
2016	61464	53888
2017	59292	51885
2018	65701	58411
2019	68303	61051
2020	46275	41807
2021	40736	36539
2022	43436	38569

\*ФСН № 30 2014-2022 гг. (РФ)

**Приложение 3.** Динамика показателей медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам на койках наркологического, психиатрического и токсикологического профиля в стационарных условиях, в Российской Федерации, 2014-2022 гг., абс. зн., %

Год, показатели*	Выписано пациентов			Умерло пациентов		Проведено койко-дней, дн.	Средняя длительность пребывания на койке, дн.
	Всего, чел.	в том числе старше трудоспособного возраста					
		Абс. зн.	%	Абс. зн.	%		
<b>Койки наркологического профиля</b>							
2014	531954	47983	9,0	1628	0,3	7192788	13,5
2015	519870	50704	9,8	1367	0,3	6933611	13,3
2016	507246	54434	10,7	1231	0,2	6572444	13,0
2017	494572	55904	11,3	1000	0,2	6316245	12,8
2018	500749	59188	11,8	1008	0,2	6209236	12,4
2019	507521	59583	11,7	982	0,2	6123206	12,1
2020	416956	48889	11,7	1000	0,2	4917982	11,8
2021	435554	47722	11,0	1019	0,2	4934477	11,3
2022	457506	47360	10,4	997	0,2	5008569	10,9
<b>койки психиатрического профиля для взрослых</b>							
2014	615965	155215	25,2	8722	1,4	44758871	72,7
2015	612986	160749	26,2	8083	1,3	43698064	71,3
2016	617923	165270	26,7	7323	1,2	42408937	68,6
2017	603638	167015	27,7	6580	1,1	41140796	68,2
2018	598552	172751	28,9	6041	1,0	40345148	67,4
2019	595644	174677	29,3	5756	1,0	39670767	66,6
2020	489254	136793	28,0	5565	1,1	34761609	71,1
2021	519261	142919	27,5	5145	1,0	34874058	67,2
2022	537530	148212	27,6	4780	0,9	35471781	66,0
<b>из них: психосоматического профиля</b>							
2014	31096	12153	39,1	497	1,6	1723546	55,4
2015	24506	11754	48,0	198	0,8	826286	33,7
2016	28280	12970	45,9	174	0,6	966944	34,2
2017	27682	13516	48,8	154	0,6	914013	33,0
2018	25710	13927	54,2	161	0,6	838073	32,6
2019	25385	13248	52,2	127	0,5	807985	31,8
2020	14510	7098	48,9	140	1,0	518392	35,7
2021	13550	6439	47,5	126	0,9	488261	36,0
2022	19544	8516	43,6	143	0,7	589421	30,2
<b>из них: соматопсихиатрического профиля</b>							
2014	22314	8367	37,5	1503	6,7	1137007	51,0
2015	22942	9587	41,8	1299	5,7	1156177	50,4
2016	22711	9217	40,6	1284	5,7	1091234	48,0
2017	17431	8710	50,0	1056	6,1	603794	34,6
2018	17388	8373	48,2	1048	6,0	529721	30,5
2019	17617	8597	48,8	896	5,1	487485	27,7
2020	12041	5296	44,0	670	5,6	379752	31,5

## Продолжение Приложения 3

2021	11703	5146	44,0	656	5,6	368914	31,5
2022	13335	6303	47,3	648	4,9	437953	32,8
койки токсикологического профиля							
2014	74487	8840	11,9	980	1,3	292432	3,9
2015	73525	8674	11,8	538	0,7	264638	3,6
2016	72649	8777	12,1	678	0,9	253837	3,5
2017	67948	8543	12,6	450	0,7	236081	3,5
2018	73755	9904	13,4	501	0,7	236765	3,2
2019	75336	9796	13,0	472	0,6	235898	3,1
2020	50918	6199	12,2	446	0,9	164636	3,2
2021	45636	5903	12,9	485	1,1	161742	3,5
2022	49328	5692	11,5	481	1,0	162760	3,3

\*ФСН № 30 2014-2022 гг. (РФ)

**Приложение И. Анкета (социологическое исследование)**

Уважаемый(ая) пациент!

Просим Вас принять участие в научном исследовании (анонимный опрос).

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы  
(любым способом отметьте правильный ответ)

**ЧАСТЬ 1****1. Ваш возраст:**

1. 18-24 лет
2. 25-29 лет
3. 30-34 лет
4. 35-39 лет
5. 40-44 лет
6. 45-49 лет
7. 50-54 лет
8. 55-59 лет
9. 60-64 лет
10. 65-69 лет
11. 70-74 лет
12. 74-79 лет
13. 80 и >

**2. Ваш пол:**

- мужской  
женский

**3. Ваше семейное положение**

- В браке  
Холост (не замужем)  
Разведен (а)  
Вдовец (вдова)

**4. Ваше образование**

- Начальное  
Неполное среднее  
Среднее  
Среднее специальное  
Неполное высшее  
Высшее

**5. Ваша трудовая деятельность**

- Не работаю  
Самозанятый  
Неквалифицированный труд  
Квалифицированный труд  
Служащий  
6. Учащийся

**6. Вы - гражданин РФ?**

- да  
нет

**7. У Вас есть хронические заболевания?**

- да  
нет

**ЧАСТЬ 2****8. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?**

- (0) никогда,  
(1) 1 раз в месяц или реже,  
(2) 2-4 раза в месяц,  
(3) 2-3 раза в неделю,  
(4) 4 и более раз в неделю.

При положительном ответе перейдите к вопросу №9.

**9. Какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в день, когда Вы их употребляете?**

	Стандартная порция	Водка, коньяк, виски 40 об% (мл)	Крепленое вино 17-20 об% (мл)	Сухое вино 11-13 об% (мл)	Пиво 5 об% (л)	алкогольные коктейли 15% об. (мл)
0	1 или 2	30-60	75-150	75-150	0,25-0,5	85-165
1	3 или 4	90-120	225-300	300-400	1,5-2	250-300
2	5 или 6	150-180	375-450	500-600	2,5-3	420-450
3	7-9	210-240	525-600	700-800	3,5-4	525-600
4	10 и более	более 300	750 и более	1000 и более	Более 4 л.	850 и более

**10. Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл вина) в течение одной выпивки?**

- (0) никогда,  
(1) менее 1 раза в месяц,  
(2) 1 раз в месяц (ежемесячно),  
(3) 1 раз в неделю (еженедельно),  
(4) ежедневно или почти ежедневно.

**11. Как часто за последний год Вы замечали, что не способны остановиться, начав пить?**

- (0) никогда,
- (1) менее 1 раза в месяц,
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно),
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно),
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

**12. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не сделали то, что от Вас обычно ожидают?**

- (0) никогда,
- (1) менее 1 раза в месяц,
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно),
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно),
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

**13. Как часто за последний год Вам необходимо было выпить утром, чтобы прийти в себя после предшествующей тяжелой выпивки (опохмелиться)?**

- (0) никогда,
- (1) менее 1 раза в месяц,
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно),
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно),
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

**14. Как часто за последний год у Вас было чувство вины и (или) раскаяния после выпивки?**

- (0) никогда,
- (1) менее 1 раза в месяц,
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно),
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно),
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

**15. Как часто за последний год Вы были неспособны вспомнить, что было накануне, из-за того, что Вы выпивали?**

- (0) никогда,
- (1) менее 1 раза в месяц,
- (2) 1 раз в месяц (ежемесячно),
- (3) 1 раз в неделю (еженедельно),
- (4) ежедневно или почти ежедневно.

**16. Являлось ли когда-нибудь Ваше употребление алкоголя причиной телесных повреждений у Вас или других людей?**

- (0) никогда,
- (2) да, но это было более, чем год назад,
- (4) да, в течение этого года

**17. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор, или другой медицинский работник проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал прекратить выпивать?**

- (0) никогда,
- (2) да, но это было более, чем год назад,
- (4) да, в течение этого года.

**Благодарим Вас за участие!  
Будьте здоровы!**

**Приложение К. Нозологическая структура пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией, закончивших лечение в условиях стационарного отделения скорой помощи (СтОСМП)**

Вид выбытия из стационара	Профиль выписки (койки)	Доля пациентов алкоголь-ассоциированной патологией, закончивших лечение в СтОСМП в первые сутки
<b>В госпитализации не нуждается</b>	Гастроэнтерологический	0,01%
	Гинекологический	0,07%
	Для больных с ОНМК	0,01%
	Кардиологический	0,02%
	Кардиохирургический	0,01%
	Неврологический	0,20%
	Нейрохирургический	0,14%
	Ожоговый	0,56%
	Патологии беременности	0,01%
	Скорой мед. помощи суточного пребывания	3,39%
	Скорой мед. помощи краткосрочного пребывания	0,01%
	Сосудистой хирургии	0,02%
	Терапевтический	0,03%
	Токсикологический	0,09%
	Травматологический	0,38%
	Урологический	0,78%
	Хирургический	0,29%
	Хирургический абдоминальный	0,11%
	Хирургический гнойный	0,01%
	Челюстно-лицевой хирургии	0,01%
<b>В госпитализации не нуждается Итого</b>		<b>6,15%</b>
<b>Выписка</b>	Абдоминальной хирургии	0,14%
	Гастроэнтерологический	0,09%
	Гинекологический	8,40%
	Гинекологический ДС	0,02%
	Для больных с ОНМК	3,50%
	Кардиологический	7,19%
	Кардиологический для больных с ОИМ	0,16%
	Кардиологический для лечения больных с ОИМ	0,54%
	Кардиологический ДС	0,19%
	Кардиологический интенсивной терапии	0,83%
	Кардиохирургический	1,19%
	Кардиохирургический ДС	0,01%
	Неврологический	0,08%
	Неврологический интенсивной терапии	0,07%
	Нейрохирургический	3,02%
	Нейрохирургический ДС	0,13%
	Нефрологический	0,03%
	Нефрологический ДС	0,01%
	Ожоговый	1,55%
	Ожоговый ДС	0,03%

## Продолжение Приложения К

Онкологический абдоминальный	0,20%
Ортопедический	0,23%
Ортопедический ДС	0,04%
Патологии беременности	1,79%
Профиль ПО (амбулаторный)	0,38%
Психиатрический	0,11%
Пульмонологический	0,01%
Реабилитационные ЦНС	0,49%
Реабилитационные для больных с заболеваниями ЦНС и органов чувств	0,01%
Реанимационный	0,06%
Ревматологический	0,04%
Ревматологический ДС	0,01%
Скорой мед. помощи суточного пребывания	2,00%
Скорой мед. помощи краткосрочного пребывания	2,32%
Соматопсихиатрический	1,56%
Соматопсихиатрический ДС	0,10%
Сосудистой хирургии	3,11%
Сосудистой хирургии ДС	0,04%
Сосудистой хирургии интенсивной терапии	0,08%
Терапевтический	0,06%
Терапевтический ДС	0,01%
Токсикологический	16,49%
Торакальной хирургии	0,04%
Торакальной хирургии ДС	0,04%
Травматологический	7,80%
Травматологический ДС	0,21%
Урологический	2,91%
Урологический ДС	0,07%
Хирургический	6,57%
Хирургический абдоминальный	4,04%
Хирургический абдоминальный ДС	0,06%
Хирургический гнойный	2,59%
Хирургический гнойный ДС	0,09%
Хирургический ДС	0,53%
Хирургический ДС (ожоговое)	0,01%
ХР Гинекологический	0,01%
ХР Пластической хирургии	0,41%
Челюстно-лицевой хирургии	0,13%
Челюстно-лицевой хирургии ДС	0,02%
Эндокринологический	0,02%
<b>Выписка Итого</b>	<b>81,84%</b>

## Продолжение Приложения К

Отказ пациента от госпитализации	Абдоминальной хирургии	0,01%
	Гинекологический	0,19%
	Кардиологический	0,01%
	Неврологический	0,01%
	Нейрохирургический	0,02%
	Ожоговый	0,06%
	Патологии беременности	0,03%
	Профиль ПО	0,43%
	Скорой мед. помощи суточного пребывания	0,01%
	Скорой мед. помощи краткосрочного пребывания	0,02%
	Сосудистой хирургии	0,01%
	Токсикологический	0,71%
	Травматологический	0,05%
	Урологический	0,01%
	Хирургический	0,06%
	Хирургический абдоминальный	0,02%
Реабилитационные ЦНС	0,01%	
<b>Отказ пациента от госпитализации Итого</b>		<b>1,64%</b>
Перевод в другие стационары	Гинекологический	0,04%
	Для больных с ОНМК	0,09%
	Кардиологический	0,44%
	Кардиологический для больных с ОИМ	0,08%
	Кардиологический для лечения больных с ОИМ	0,12%
	Кардиологический интенсивной терапии	0,07%
	Кардиохирургический	0,05%
	Неврологический	0,01%
	Нейрохирургический	0,02%
	Нефрологический	0,01%
	Ожоговый	0,02%
	Патологии беременности	0,01%
	Профиль ПО	0,07%
	Психиатрический	0,02%
	Реанимационный	0,09%
	Скорой мед. помощи суточного пребывания	0,01%
	Скорой мед. помощи краткосрочного пребывания	0,02%
	Соматопсихиатрический	0,34%
	Соматопсихиатрический ДС	0,01%
	Сосудистой хирургии	0,01%
	Терапевтический	0,01%
	Токсикологический	0,11%
	Травматологический	0,07%
Хирургический	0,05%	
Хирургический абдоминальный	0,02%	
Хирургический гнойный	0,02%	
<b>Перевод в другие стационары Итого</b>		<b>1,76%</b>

## Продолжение Приложения К

Самовольный уход	Гинекологический	2,35%
	Для больных с ОНМК	0,01%
	Кардиологический	0,02%
	Кардиологический интенсивной терапии	0,01%
	Неврологический	0,04%
	Нейрохирургический	0,04%
	Нефрологический	0,01%
	Ожоговый	0,02%
	Патологии беременности	0,46%
	Профиль ПО	0,12%
	Психиатрический	0,01%
	Скорой мед помощи краткоср преб	0,02%
	Скорой мед помощи суточн преб	0,03%
	Соматопсихиатрический	0,01%
	Сосудистой хирургии	0,01%
	Терапевтический	0,02%
	Токсикологический	0,09%
	Травматологический	0,22%
	Урологический	0,02%
	Хирургический	0,10%
	Хирургический абдоминальный	0,01%
Хирургический гнойный	0,01%	
Челюстно-лицевой хирургии	0,01%	
<b>Самовольный уход Итого</b>		<b>3,59%</b>
Летальный исход	Для больных с ОНМК	0,10%
	Кардиологический	0,01%
	Нейрохирургический	0,01%
	Онкологический абдоминальный	0,01%
	Реанимационный	4,87%
	Сосудистой хирургии	0,01%
	Токсикологический	0,01%
	Урологический	0,01%
	Хирургический	0,04%
	Хирургический абдоминальный	0,02%
	Хирургический гнойный	0,01%
<b>Летальный исход Итого</b>		<b>5,02%</b>
Общий итог		100,00%

ДС – дневной стационар

## Приложение Л. Карта выбора и смены режима наблюдения

<b>Карта выбора и смены режима наблюдения (часть 1)</b>		
<b>ФИО пациента:</b> _____		
<b>Дата рождения:</b> _____ <b>№ медицинской карты</b> _____		
<b>Алгоритм выбора режима наблюдения</b>		
ДЕЙСТВИЕ 1. Установить обстоятельства, соответствующие критериям настоящей таблицы.		
ДЕЙСТВИЕ 2. Указать наличие критериев: подчеркнуть (обвести) в соответствующей строке		
<b>Таблицы №1:</b>		
<b>Критерии выбора режима наблюдения</b>		
№	Критерий	
1.	Данные анамнеза и сведения из медицинской документации, указывающие на связь текущей госпитализации с употреблением алкоголя	
2.	Результаты ХТИ отобранных проб биологических объектов (кровь, моча), свидетельствующие о наличии и уровне этанола и его суррогатов, данные исследования выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя у пациента.	
3.	Клинические признаки опьянения (не менее 3-х)*	
4.	Дополнительные признаки нарушения психики и поведения, не поименованные перечнем клинических признаков опьянения (указать) *	
ДЕЙСТВИЕ 3. Выбрать режим наблюдения согласно обнаруженным критериям:		
<b>А</b>	Постоянное наблюдение за пациентом в пределах отделения, дальнейший медицинский маршрут и профиль койки определяются по результатам консультации врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра, врача-токсиколога.	<b>№3-4</b>
<b>Б</b>	Динамическое наблюдение за пациентом, информирование лечащего врача о возможности выхода пациента из отделения и его сопровождение	<b>№2</b>
<b>В</b>	Свободный выход пациента из отделения.	<b>№1</b>
ДЕЙСТВИЕ 4. Осуществлять наблюдение согласно режиму.		
ДЕЙСТВИЕ 5. При необходимости указать дополнительные сведения о состоянии и поведении пациента и принять медицинские меры:		
_____		
Время, дата установления режима _____		
ФИО, должность, подпись медицинского работника _____		

\*Оценка клинических признаков опьянения производится согласно приложению № 2 Клинические признаки опьянения к Приказу Минздрава России от 18.12.2015 № 933н (ред. от 25.03.2019) «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» (Зарегистрировано в Минюсте России 11.03.2016 № 41390) // КонсультантПлюс: справочно-правовая система [Офиц. сайт] URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_195274/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_195274/) (дата обращения: 12.06.2024).

Таблица № 1\*.

<b>Клинические признаки опьянения*</b>	
<b>I. Изменения психической деятельности*</b>	
1.	Неадекватность поведения, в том числе сопровождающаяся нарушением общественных норм, демонстративными реакциями, попытками диссимуляции.
2.	Заторможенность, сонливость или возбуждение.
3.	Эмоциональная неустойчивость.
4.	Ускорение или замедление темпа мышления.
<b>II. Изменения вегетативно-сосудистых реакций*</b>	
5.	Гиперемия или бледность, мраморность кожных покровов, акроцианоз.
6.	Инъецированность склер, гиперемия или бледность видимых слизистых.
7.	Сухость кожных покровов, слизистых или гипергидроз.
8.	Учащение или замедление дыхания.
9.	Тахикардия или брадикардия.
10.	Сужение или расширение зрачков.
11.	Вялая реакция зрачков на свет
<b>III. Нарушения двигательной сферы*</b>	
12.	Двигательное возбуждение или заторможенность.
13.	Пошатывание при ходьбе с быстрыми поворотами.
14.	Неустойчивость в позе Ромберга.
15.	Ошибки при выполнении координаторных проб.
16.	Тремор век и (или) языка, рук.
17.	Нарушения речи в виде дизартрии.

\* Приложение № 2 Клинические признаки опьянения к Приказу Минздрава России от 18.12.2015 № 933н (ред. от 25.03.2019) «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)» (Зарегистрировано в Минюсте России 11.03.2016 № 41390) // КонсультантПлюс: справочно-правовая система [Офиц. сайт] URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_195274/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_195274/) (дата обращения: 12.06.2024).

### Карта выбора и смены режима наблюдения (часть 2)

**ФИО пациента:** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_ **№ медицинской карты** \_\_\_\_\_

#### Алгоритм смены режима наблюдения

**ДЕЙСТВИЕ 1.** Установить обстоятельства, соответствующие критериям настоящей таблицы.

**ДЕЙСТВИЕ 2.** Указать наличие критериев: подчеркнуть (обвести) в соответствующей строке.

#### Критерии уточненного алкогольного анамнеза

№	Критерий (при оценке должны учитываться события как текущей госпитализации, так и анамнеза)
1.	Алкогольные психозы, иные расстройства психики и поведения на протяжении жизни
2.	Судорожный синдром на фоне употребления или отмены алкоголя, судорожный приступ на протяжении жизни
3.	Нарушения памяти о событиях периода алкоголизации, предшествующих алкоголизации и после ее завершения, нарушения памяти на протяжении жизни
4.	Агрессивное (аутоагрессивное) поведение в период алкоголизации и по ее завершении, аутоагрессивное поведение (суицид, самоповреждение) на протяжении жизни
5.	Признаки утраты количественного и качественного контроля при употреблении алкогольсодержащих напитков, эпизоды массивной алкоголизации, запойного пьянства на протяжении жизни
6.	Травмы и заболевания, связанные с употреблением алкоголя
7	Обращение к врачу-наркологу, амбулаторное (стационарное) лечение по поводу злоупотребления алкоголем

**ДЕЙСТВИЕ 3.** Выбрать режим наблюдения согласно обнаруженным критериям:

<b>А</b>	Постоянное наблюдение за пациентом в пределах отделения, дальнейший медицинский маршрут и профиль койки определяются по результатам консультации врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-психиатра-нарколога, врача-психиатра, врача-токсиколога.	<b>№1-4</b>
<b>Б</b>	Динамическое наблюдение за пациентом, информирование лечащего врача о возможности выхода пациента из отделения и его сопровождение	<b>№5</b>
<b>В</b>	Свободный выход пациента из отделения.	<b>№6-7</b>

**ДЕЙСТВИЕ 4.** Осуществлять наблюдение согласно режиму.

**ДЕЙСТВИЕ 5.** При необходимости указать дополнительные сведения о состоянии и поведении пациента и принять медицинские меры:

\_\_\_\_\_

Время, дата установления режима \_\_\_\_\_

ФИО, должность, подпись медицинского работника \_\_\_\_\_

\* В таблице приводится содержание разделов Приложения № 2 «Клинические признаки опьянения» к приказу Минздрава России от 30.12.2015 № 1034-н (ред. от 07.06.2022).

**Приложение М.** Основные клинические характеристики оценки состояния сознания  
(А. И. Коновалов и др., 1982)

Основные клинические характеристики оценки состояния сознания (А. И. Коновалов и др., 1982).	
Ясное сознание	полная его сохранность, адекватная реакция на окружающую обстановку, полная ориентация, бодрствование
Умеренное оглушение	умеренная сонливость, частичная дезориентация, задержка ответов на вопросы (часто требуется повторение), замедленное выполнение команд
Глубокое оглушение	глубокая сонливость, дезориентация, почти полное сонное состояние, ограничение и затруднение речевого контакта, односложные ответы на повторные вопросы, выполнение лишь простых команд
Сопор (беспамятство, крепкий сон)	почти полное отсутствие сознания, сохранение целенаправленных, координированных защитных движений, открывание глаз на болевые и звуковые раздражители, эпизодически односложные ответы на многократные повторения вопроса, неподвижность или автоматизированные стереотипные движения, потеря контроля за тазовыми функциями.
Умеренная кома (I)	неразбудимость, хаотические некоординированные защитные движения на болевые раздражители, отсутствие открывания глаз на раздражители и контроля за тазовыми функциями, возможны легкие нарушения дыхания и сердечно-сосудистой деятельности
Глубокая кома (II)	неразбудимость, отсутствие защитных движений, нарушение мышечного тонуса, угнетение сухожильных рефлексов, грубое нарушение дыхания, сердечно-сосудистая декомпенсация. Запредельная (терминальная) кома (III) — агональное состояние, атония, арефлексия, витальные функции поддерживаются дыхательными аппаратами и сердечно-сосудистыми препаратами
Запредельная (терминальная) кома (III)	агональное состояние, атония, арефлексия, витальные функции поддерживаются дыхательными аппаратами и сердечно-сосудистыми препаратами

**Приложение Н.** Положение о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей в медицинской организации стационарного типа для взрослого населения

Дата утверждения, № приказа руководителя МО

## **ПОЛОЖЕНИЕ**

### **о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей в медицинской организации стационарного типа для взрослого населения**

#### **1. Общее положение.**

- 1.1. Консилиум врачей (далее - Консилиум) для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства (далее - МВ) без согласия гражданина или его законных представителей в медицинской организации (далее - МО) создается в целях использования Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ).
- 1.2. Состав Консилиума утверждается приказом руководителя МО.
- 1.3. В состав Консилиума входят лечащий (дежурный) врач (иной медицинский работник, на которого руководителем МО наложены функции лечащего врача) и врачи-специалисты МО, в число которых целесообразно включение руководителя МО или его полномочного заместителя, врачей-специалистов по профилю предварительного (клинического) диагноза.

#### **2. Функции Консилиума.**

- 2.1. Совещание членов Консилиума о состоянии здоровья обследуемого лица для принятия решения о выполнении МВ без согласия гражданина или его законных представителей.
- 2.2. Оценка показаний к выполнению экстренного МВ.
- 2.3. Выявление заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
- 2.4. Установление оснований к оказанию паллиативной медицинской помощи и невозможности собрать врачебную комиссию.
- 2.5. Оценка состояния лица на предмет возможности выразить свою волю.
- 2.6. Установление отсутствия законных представителей обследуемого лица.
- 2.7. Принятие решения о выполнении МВ без согласия лица (его законного представителя).
- 2.8. Принятие решения об отказе от выполнения МВ без согласия лица (его законного представителя), последующей тактике и возможности медицинского маршрута.
- 2.9. Контроль исполнения решения Консилиума.
- 2.10. Контроль оформления медицинской документации, связанной с Консилиумом.

#### **3. Регламент работы Консилиума.**

- 3.1. Консилиум для принятия решения о выполнении МВ без согласия гражданина или его законных представителей в своей работе руководствуется Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и другими отраслевыми нормативными актами.
- 3.2. В заседании Консилиума принимает участие не менее трех членов.
- 3.3. Инициатива созыва Консилиума принадлежит лечащему (дежурному) врачу, в его обязанности выходит оформление связанной с Консилиумом документации.
- 3.4. Представитель администрации осуществляет контроль за оформлением документации и исполнением решения Консилиума.
- 3.5. В случаях, предусмотренных пунктами 1, 2, 6 части 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Консилиум созывается:
  - если возникает необходимость выполнения МВ по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители,

- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих,
  - при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель.
- 3.6. Оценка показаний к выполнению экстренного МВ осуществляется на основании анализа медицинской документации, состояния здоровья обследуемого, установленного диагноза, определения прогноза, тактики обследования и лечения лица.
- 3.7. **Форма оказания медицинской помощи** устанавливается согласно определениям, приведенным в части 4 статьи 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (см. Приложение № 1 настоящего Положения).
- 3.8. Оценка состояния лица на предмет возможности выразить свою волю осуществляется на основании **Критериев нарушения волеизъявления** (облигатных и факультативных) (см. Приложение № 2 настоящего Положения), определяющих численный состав Консилиума.
- 3.9. Выявление заболеваний, представляющих опасность для окружающих, установление оснований к оказанию паллиативной медицинской помощи и отсутствия законных представителей обследуемого лица производится на основании анализа медицинской и иной документации, содержащейся в медицинской карте обследуемого лица.
- 3.10. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (в ред. от 31.01.2020).
- 3.11. Определение паллиативной помощи и ее регламентация приведены в статье 36 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
- 3.12. Законное представительство граждан определено федеральным законодательством и должно подтверждаться соответствующим документом представителя.
- 3.13. Согласно пунктам 1, 3 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в исключительных случаях, определяющихся невозможностью собрать Консилиум, врачебную комиссию, **непосредственно лечащим (дежурным) врачом** при
- установлении экстренных показаний к выполнению МВ и установлении состояния лица, не позволяющего выразить свою волю (или отсутствию его законных представителей),
  - в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих,
  - при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель
- принимается решение о МВ без согласия гражданина (или его законного представителя). Лечащий (дежурный) врач вносит в медицинскую карту пациента установленные показания к выполнению МВ и решение о его выполнении, о чем уведомляет должностных лиц МО (руководителя МО или руководителя отделения МО), гражданина, в отношении которого проведено МВ, законного представителя гражданина.
- 3.14. Консилиум в своей работе применяет **Алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием)** (см. Приложение № 4 настоящего Положения).
- 3.15. Время и дата проведения Консилиума, номер медицинской карты стационарного больного, его ФИО, возраст, пол, краткая формулировка решения Консилиума вносятся в «**Журнал регистрации решений Консилиума врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей в медицинской организации**» и удостоверяются подписями участников Консилиума (см. Приложение № 5 настоящего Положения) при невозможности удостоверения Протокола в электронной медицинской карте электронными цифровыми подписями всех участников.

3.16. Протокол Консилиума оформляется в соответствии с Приложением № 6 настоящего Положения, является унифицированным бланком медицинской документации и отражается в выписном (переводном) эпикризе.

#### Приложение № 1 - Формы оказания медицинской помощи

Форма	Определение (согласно ч.4 ст.32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ)
экстренная	медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
неотложная	медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента
плановая	медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью

#### Приложение № 2 - Критерии нарушения волеизъявления (облигатные и факультативные)

##### 1. Облигатные критерии нарушения волеизъявления:

Критерий
Кома
Сопор
Глубокое оглушение
Глубокая медикаментозная седация, медикаментозный сон
Нарушение ориентировки в месте и времени
Нарушение ориентировки в собственной личности
Физическая невозможность подписи пациента на бумажном или электронном документе

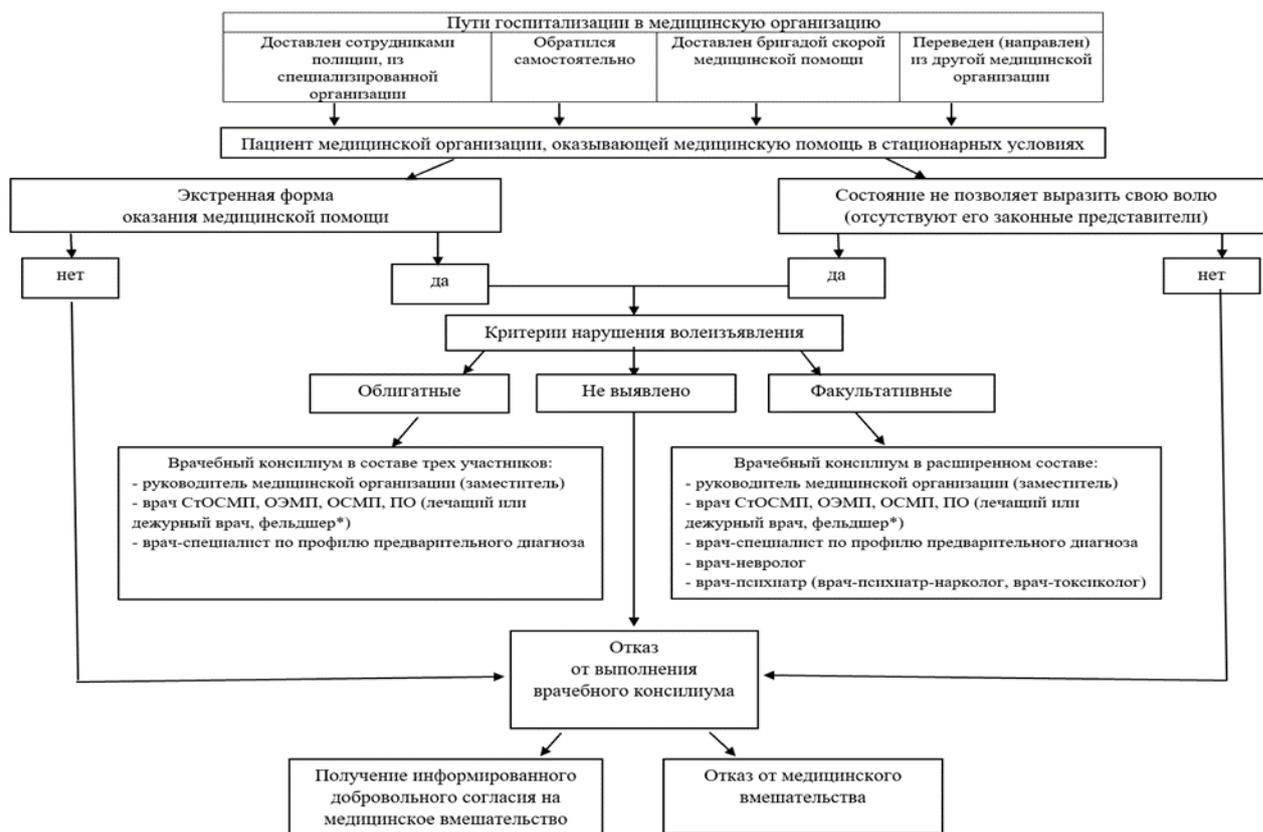
##### 2. Факультативные критерии нарушения волеизъявления:

Критерий
Затруднения в подборе слов, сопоставлении предметов, явлений и их названий, выраженные трудности сохранения, воспроизведения и использования текущей информации, ее искажение
Физическая (словесная) агрессия, активное и пассивное сопротивление воздействию и словесному контакту, невыполнение инструкций, несоответствие поведения ситуации
Выраженное угнетение настроения или эмоциональное возбуждение (эйфория, страх, тревога, паника, гнев), внезапная смена настроения, несоответствие эмоций ситуации
Бессвязность мышления, речи, бред, галлюцинации
Клинические признаки опьянения

Приложение № 3 – Сумма критериев и ее интерпретация для выполнения КВ на предмет МВ без согласия лица (его законного представителя):

Вид критериев	Сумма критериев	Интерпретация результата
Облигатные	$\geq 1$	Выполнение КВ в составе трех участников
Факультативные	$\geq 1$	Выполнение КВ в составе пяти участников

Приложение № 4 - Алгоритм реализации медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием)



Примечание:

СтОСМП – стационарное отделение скорой медицинской помощи,

ОЭМП- отделение экстренной медицинской помощи,

ПО- приемное отделение

Приложение № 5 - Журнал регистрации решений консилиума врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей в медицинской организации стационарного типа для взрослого населения

№	Время, дата консилиума	Сведения о пациенте				Решение консилиума	Состав консилиума/ подписи
		№ мед. карты	ФИО	возраст (д/м/г)	пол		
1.							
2.							

Приложение № 6  
 Протокол консилиума врачей  
 для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия  
 гражданина или его законных представителей в медицинской организации  
 стационарного типа для взрослого населения

(Наименование МО, адрес МО)

Настоящий консилиум создается в соответствии с требованиями Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». По основаниям статьи 20 Закона медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители,
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих,
- при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель.

1. Дата проведения: число \_\_\_ месяц \_\_\_ год \_\_\_ время \_\_\_\_\_
2. Форма проведения: очно - 1; с применением телемедицинских технологий - 2.
3. Консилиум в составе:

Лечащий (дежурный) врач		
	(должность)	(ФИО, подпись)
Участник консилиума		

5. ФИО пациента (при наличии информации) или его законного представителя \_\_\_\_\_

6. Пол пациента: мужской - 1, женский - 2;

7. Дата рождения пациента (при наличии информации): \_\_\_\_\_

8. Диагноз заболевания (состояния), требующего выполнения медицинского вмешательства, код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Сведения о причинах проведения консилиума, течении заболевания пациента, состоянии пациента, основаниях для принятия решения: \_\_\_\_\_

9. Решение консилиума: \_\_\_\_\_

10. Особое мнение: \_\_\_\_\_  
 (ФИО, должность участника консилиума)

С решением ознакомлен:

\_\_\_\_\_  
 (должностное лицо медицинской организации, Ф.И.О., подпись, время, дата)

\_\_\_\_\_  
 (законный представитель пациента, Ф.И.О., подпись, время, дата)

\_\_\_\_\_  
 (пациент, Ф.И.О., подпись, время, дата)

**Приложение О.** Оценка эффективности комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара

Таблица 1 – Результаты выявления уровня алкоголь-ассоциированных госпитализаций с использованием различных методик в период 01.01.2025 -30.04.2025 г., абс. зн.

№ п/п	Методика выявления (регистрации)	Количество ААсГ
1	ФСН № 14 (табл. 2000) ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе*	473
2	Инцидент № 9**	861
3	Результаты (+) проб на этанол по данным ХТИ	2229
4	Разработанная методика регистрации ААсГ (собственные исследования)	2785

\*Соматические эквиваленты алкоголизма, подтвержденные кодом МКБ-10 в таблице 2000 «Состав пациентов в стационаре, сроки и исходы лечения» формы федерального статистического наблюдения № 14 «Сведения о деятельности подразделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях»

\*\*Данные мониторинга показателей в рамках отраслевого инцидента № 9 «Повышение эффективности управления системой мер по снижению смертности взрослого населения» ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

Таблица 2 - Динамика маршрутизации пациентов с диагнозом «Токсическое действие этанола» (Т51.) и положительным тестом на алкоголь за 2022-2024 гг.

Год, показатель	Число пациентов с диагнозом Т51. и (+) тестом на этанол: поступило, всего, чел.	Госпитализировано в токсикологические отделения		Помощь оказана в условиях СтОСМП	
		чел.	%	чел.	%
2022	2683	1706	63,6	977	36,4
2023	3532	1578	44,7	1954	55,3
2024	3566	1234	34,6	2332	65,4
Базисный абсолютный прирост 2024/2022 гг.	+883	-472	-	+1355	-
Базисный темп роста 2024/2022 гг., %	132,91	72,33	54,4	238,69	179,67
Базисный темп прироста 2024/2022 гг., %	+32,91	-27,67	-45,6	+138,69	+79,67
Средний темп прироста, %	+15,3	-15,0	-26,2	+54,5	+34,0

Таблица 3 - Динамика доли «самовольных уходов» пациентов с диагнозом «Токсическое действие этанола» (Т51.) и положительным тестом на алкоголь за 2022-2024 гг.

Год, показатель	Доля от общего числа пациентов с диагнозом Т51. и (+) тестом на этанол, %	Доля от числа пациентов СтОСМП с диагнозом Т51. и (+) тестом на этанол, %
2022	1,23	10,44
2023	1,22	9,66
2024	0,87	3,92
Базисный темп роста 2024/2022 гг., %	70,73	37,55
Базисный темп прироста 2024/2022 гг., %	-29,27	-62,45
Средний темп прироста, %	-15,9	-38,7

Анкета социологического исследования «Оценка эффективности комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара на основании анкетирования сотрудников стационарного отделения скорой медицинской помощи»

Шифр респондента \_\_\_\_\_

№ п/п	Вопрос	Шифр
1.	<b>Испытываете ли Вы трудности при работе с пациентами с алкоголь-ассоциированной патологией (да / нет / затрудняюсь ответить)</b>	1: а, б, в.
2.	В случае положительного ответа, перейдите к следующему вопросу: <b>В чем заключаются эти трудности?</b>	2.
3.	Связаны с расстройством психики и поведения пациентов (необходимость дополнительного ухода и наблюдения, контроля процесса обследования и лечения, риск самовольного ухода, асоциальных поступков)	2а
4.	Сложности построения лечебно-диагностического маршрута (выполнения лечебно-диагностических мероприятий, транспортировки, преемственности при оказании медицинской помощи)	2б
5.	Сложности при определении профиля госпитализации (по выделению основной патологии, тяжести состояния пациента, наличию риска развития осложнений)	2в
6.	<b>Рекомендации (пожелания)</b>	3
7.	Потребность консультации врача психиатра-нарколога и когек соответствующего профиля	3а
8.	Необходимость выделения отдельного потока пациентов	3б
9.	Необходимость разработки алгоритмов маршрутизации, обследования и лечения, наблюдения пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией	3в

Таблица 4 - Результаты оценки эффективности комплекса мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара на основании анкетирования сотрудников стационарного отделения скорой медицинской помощи, абс.зн., %

Вопрос, шифр	1 этап (n=126)		2 этап (n=141)		p <sub>1-2</sub>
	абс.зн.	%	абс.зн.	%	
1а	119	94,4	63	44,7	p<0,01
1б	2	1,6	70	49,6	p<0,01
1в	5	4,0	8	5,7	p>0,05
2а	119	94,4	90	63,8	p<0,01
2б	106	84,1	72	51,1	p<0,01
2в	123	97,6	68	48,2	p<0,01
2а	97	77,0	103	73,0	p>0,05
2б	101	80,2	118	83,7	p>0,05
2в	109	86,5	62	44,0	p<0,01

p – достоверность различий абсолютных значений 1 и 2 этапа анкетирования

## АКТЫ ВНЕДРЕНИЯ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова  
Минздрава России)  
ул. Льва Толстого, дом 6-8, Санкт-Петербург,  
197022  
тел.: (812) 338-78-95, факс: (812) 338-66-02;  
e-mail: info@lspbgnu.ru, сайт:  
[www.lspbgnu.ru](http://www.lspbgnu.ru)



«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе  
ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ  
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава  
России

/ А.И. Яременко /  
2025 г.

### АКТ ВНЕДРЕНИЯ

в учебный процесс Кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением  
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

результатов диссертационной работы

**ТЯВОКИНОЙ Елены Юрьевны**

на тему «*Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара*»,  
представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук  
по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,  
медико-социальная экспертиза

#### Наименование предложения:

Комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием), содержащий клинико-организационные, организационно-правовые и нормотворческие механизмы.

**Краткая аннотация:** Изучено современное состояние системы оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией. Проведен детальный анализ деятельности медицинских организаций, осуществляющих эту работу (их ресурсов, технологии, результатов деятельности), показателей заболеваемости алкоголизмом и уровня потребления алкоголя населением РФ, выполнена оценка контингента пациентов, употребляющих алкоголь, а также разработка и обоснование организационных мероприятий, направленных на совершенствование системы оказания медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией.

**Эффект от внедрения:** Повышение качества образовательного процесса при подготовке профильных специалистов.

**Место внедрения:** Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.

**Форма внедрения:** включение материалов в образовательные программы основного и дополнительного профессионального образования при подготовке специалистов (организаторов здравоохранения) по темам:

1. Особенности организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированными заболеваниями (состояниями) в многопрофильном стационаре.
2. Нормативно-правовые аспекты оказания медицинской помощи.
3. Критерии доступности и качества медицинской помощи.

Заведующий кафедрой общественного здоровья  
и здравоохранения с курсом экономики  
и управления здравоохранением,  
з.д.н. РФ, д.м.н., профессор

Подпись руки заверяю:   
Ведущий документовед  
Т.В. Пшеничникова  
«15» 01 2025 г.

 Н.И. Вишняков

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНИНИЮ



Государственное бюджетное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт

скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»

(ГБУ СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе)

192242, Санкт-Петербург, Будапештская ул., дом 3 литер А  
Телефон/Факс: (812) 709-61-00, 384-46-46  
e-mail: info@emspb.nscs.spb.ru, http://www.emspb.nscs.spb.ru

05.08.2024 № 8/1

На № \_\_\_\_\_

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач  
ГБУ «СПб НИИ скорой помощи  
им. И.И. Джанелидзе»  
к.м.н. Д.В. Кандыба

« 05 » августа 2024 г.



### АКТ ВНЕДРЕНИЯ

в практику лечебной работы ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»  
результатов диссертационной работы **Тявокиной Елены Юрьевны**  
на тему «Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-  
ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара», представленной на  
соискание ученой степени кандидата медицинских наук  
по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология  
здравоохранения, медико-социальная экспертиза

**Наименование предложения:** «Алгоритм выбора и смены режима наблюдения  
медицинского персонала за пациентом с алкоголь-ассоциированными заболеваниями  
(состояниями)», «Алгоритм реализации консилиума врачей для выполнения медицинского  
вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием)»,  
«Положение о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского  
вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей для пациентов с  
алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре», «Алгоритм  
маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при  
оказании стационарной медицинской помощи для пациентов с алкоголь-ассоциированной  
патологией в многопрофильном стационаре».

**Краткая аннотация:** Исследована медицинская помощь в экстренной и неотложной  
форме, оказываемая пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном  
стационаре, при госпитализации в стационарное отделение скорой медицинской помощи и  
клинические подразделения института (ЦЛОО), разработаны механизмы ее  
совершенствования.

**Эффект от внедрения:** Повышение доступности и качества скорой медицинской  
помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией, эффективности работы  
медицинской организации.

**Место внедрения:** Стационарное отделение скорой медицинской помощи (приемно-  
диагностическое), Отделение скорой медицинской помощи (краткосрочного пребывания)  
ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

**Форма внедрения:** алгоритм внедрен в практику лечебной работы стационара.

Руководитель Отдела организации скорой медицинской помощи, д.м.н. И.М. Барсукова  
Руководитель Отдела клинической токсикологии, д.м.н. К.Н. Лодягин  
Заведующий отделением токсикологической реанимации О.А. Кузнецов  
Заведующий Стационарным отделением скорой медицинской помощи  
(приемно-диагностическое) С.В. Столярчук  
Заведующий Отделением скорой медицинской помощи  
(краткосрочного пребывания) Д.Л. Корбут

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ



Государственное бюджетное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт

скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

(ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе)

191242, Санкт-Петербург, Бурлачевская ул., дом 3 литер А

Телефон/Факс: (812) 709-61-00, 384-46-46

e-mail: info@medgpcy.spb.ru, http://www.medgpcy.spb.ru

20.05.2024 № 5/4

На № \_\_\_\_\_

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора по научной работе

ГБУ «СПб НИИ скорой помощи

им. И.И. Джанелидзе»

Профессор А.Е. Демко

« 20 » \_\_\_\_\_ 2024 г.



### АКТ ВНЕДРЕНИЯ

в учебный процесс Учебного центра ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»  
результатов диссертационной работы Тьяокиной Елены Юрьевны

на тему «Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

**Наименование предложения:** «Алгоритм маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи», «Алгоритм реализации консилиума врачей для выполнения медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием)», «Алгоритм маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи для пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре».

**Краткая аннотация:** Разработаны и обоснованы клинико-организационные и организационно-правовые алгоритмы оказания медицинской помощи в пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре.

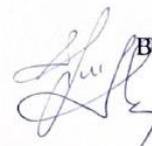
**Эффект от внедрения:** Повышение качества образовательного процесса при подготовке профильных специалистов, развитие профессионального уровня медицинских работников.

**Место внедрения:** Учебный центр ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

**Форма внедрения:** включение материалов в образовательные программы ординатуры и ДПО при подготовке специалистов (врачей скорой медицинской помощи, организаторов здравоохранения, врачей-токсикологов) по темам:

1. Совершенствование системы оказания скорой медицинской помощи в Российской Федерации: скорая медицинская помощь в стационарных условиях.
2. Алгоритмы приема и дальнейшей лечебно-диагностической тактики пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в стационаре скорой медицинской помощи.
3. Контроль доступности и качества скорой медицинской помощи на госпитальном этапе.

Руководитель Учебного центра  
к.п.н.

 В.С. Ермоленко

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ



Государственное бюджетное учреждение  
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт

скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

(ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе)

192242, Санкт-Петербург, Бурливецкая ул., дом 3 литер А  
Телефон/Факс: (812) 709-61-00, 384-46-46  
e-mail: info@emergency.spb.ru, http://www.emergency.spb.ru

15.04.2024

№ 8/И

На № \_\_\_\_\_

«УТВЕРЖДАЮ»

Заместитель директора по научной работе

ГБУ «СПб НИИ скорой помощи

им. И.И. Джанелидзе»

Профессор А.Е. Демко

« 15 » апреля 2024 г.



### АКТ ВНЕДРЕНИЯ

в научно-исследовательскую деятельность ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе»  
результатов диссертационной работы **Тявокиной Елены Юрьевны**

на тему «Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

**Наименование предложения:** «Алгоритм маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи», «Алгоритм реализации консилиума врачей для выполнения медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием)», «Алгоритм маршрутизации пациента с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием) при оказании стационарной медицинской помощи для пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре».

**Краткая аннотация:** Исследована медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, оказываемая пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре, при госпитализации в стационарное отделение скорой медицинской помощи, разработаны механизмы ее совершенствования.

**Эффект от внедрения:** Повышение доступности и качества скорой стационарной медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией по профилю «акушерство и гинекология», эффективности работы медицинской организации.

**Место внедрения:** Отдел организации скорой медицинской помощи ГБУ «СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе».

**Форма внедрения:**

Результаты исследования использованы при выполнении НИР Института на тему: «Клинико-организационные аспекты оказания скорой медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара лицам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя», «Организационно-правовые аспекты оказания скорой медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара лицам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя», «Анализ организационно-правовых оснований применения мер физического стеснения и иных ограничительных мероприятий при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (в соответствии с планом НИР ГБУ «СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, Решениями Медицинского Совета Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга).

**Руководитель подразделения – базы исследования:**

Руководитель

Отдела организации скорой медицинской помощи

д.м.н.

И.М. Барсукова

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова  
Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»  
Главный врач клиники  
ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова  
к.м.н. Е.А. Карпова

« 23 »



2024 г.

### АКТ ВНЕДРЕНИЯ

в практику лечебной работы  
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова  
результатов диссертационной работы

**Тявокиной Елены Юрьевны**

на тему «Совершенствование организации медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в условиях многопрофильного стационара», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

**Наименование предложения:** Разработан и внедрен Алгоритм реализации консилиума врачей для выполнения медицинского вмешательства пациенту с алкоголь-ассоциированным заболеванием (состоянием), унифицированный бланк Протокола консилиума врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей, формат Журнала регистрации решений консилиума врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей, Положение о консилиуме врачей для принятия решения о выполнении медицинского вмешательства без согласия гражданина или его законных представителей для пациентов с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре.

**Краткая аннотация:** Исследована медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, оказываемая пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией в многопрофильном стационаре, при госпитализации в стационарное отделение скорой медицинской помощи, разработаны механизмы ее совершенствования.

**Эффект от внедрения:** Повышение доступности и качества скорой медицинской помощи пациентам с алкоголь-ассоциированной патологией, эффективности работы медицинской организации.

**Место внедрения:** стационарное отделение скорой медицинской помощи.

**Форма внедрения:** Алгоритм внедрен в практику лечебной работы стационара.

Руководитель отдела скорой медицинской, д.м.н.

В.М. Теплов

Заведующий Приемным отделением, к.м.н.

Д.М. Прасол

