

Модели поведения пациентов, связанные с принятием решения о необходимости обращения за медицинской помощью

И.Н. Банин¹, С.Н. Черкасов², О.Е. Коновалов³, А.В. Шулаев⁴, И.М. Алиев⁵

¹Министерство здравоохранения Воронежской области, Россия, 394006, Воронеж, ул. Красноармейская д. 52д

²ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», Россия, 129226, Москва, ул. Вильгельма Пика 4 стр. 1

³ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 10, корп. 2

⁴ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 420012, Казань, ул. Бултерева, 49

⁵ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 367000, Махачкала, ул. им. Ленина, 1

Реферат. Введение. Наиболее перспективной моделью поведения в части снижения тяжести патологического процесса является активная модель поведения пациента, предусматривающая обращение за медицинской помощью даже с профилактическими целями. **Цель исследования** – анализ моделей поведения пациентов при принятии решения о необходимости обращения за медицинской помощью. **Материал и методы.** Анализ проводился в трех сравниваемых группах, сформированных по признаку технологии наблюдения и лечения. В первую включили пациентов, проходящих плановое лечение в амбулаторных условиях (531 пациент), во вторую группу сравнения включили пациентов, проходящих плановое лечение в стационарных условиях (специализированное гастроэнтерологическое отделение) (822 пациента), в третью группу включили пациентов, поступивших на стационарное лечение в Больницу скорой медицинской помощи в экстренном порядке (147 пациентов) по поводу осложнений основного заболевания (патология органов пищеварения). Модели поведения пациента идентифицировались с помощью анализа ответов пациентов на вопросы авторской анкеты. Дополнительно оценивали и промежутки времени, прошедшего между возникновением симптомов и обращением за медицинской помощью. Сравнение групп проводили с использованием непараметрических критериев: коэффициента ассоциации (K_s) и критерия χ^2 . Анализ критериев осуществлялся с использованием стандартных подходов. **Результаты и их обсуждение.** Установлено, что реактивная пассивная модель поведения пациента (выжидательная позиция), связанная с принятием решения об обращении за медицинской помощью, чаще регистрировалась у пациентов третьей группы (67,3%) против 40,5% пациентов второй группы и 35,6% пациентов первой группы. Реактивная, но активная модель поведения пациента является более позитивным фактом, который должен способствовать снижению числа осложнений по принципу вторичной профилактики. Однако распространенность такого типа поведения не слишком велика во всех сравниваемых группах, но ниже всего такая форма поведения была распространена среди пациентов третьей группы (12,2% против 22,6% в первой и 20,4% во второй группах). Активная модель поведения, предусматривающая обращение за медицинской помощью с профилактическими целями, отмечалась примерно у четверти пациентов первой (24,9%) и второй групп (22,6%). Распространенность такой модели поведения среди пациентов третьей группы была существенно ниже. Так, только 6,1% пациентов, включенных в эту группу, заявили, что обращаются в медицинские организации с профилактической целью. **Выводы.** Выявлена высокая приверженность стационарных и амбулаторных пациентов с болезнями органов пищеварения к пассивной модели поведения, которая характеризуется затягиванием обращения за медицинской помощью до того момента, когда их состояние не ухудшится настолько, что привычный образ жизни становится невозможным.

Ключевые слова: медицинская помощь, обращение, поведение пациентов, модели поведения

Для цитирования: Банин И.Н., Черкасов С.Н., Коновалов О.Е., Шулаев А.В., Алиев И.М. Модели поведения пациентов, связанные с принятием решения о необходимости обращения за медицинской помощью // Вестник современной клинической медицины. – 2025. – Т. 18, вып. 4. – С. 107–112. DOI: 10.20969/VSKM.2025.18(4).107-112.

Patient behavior patterns associated with making decisions for the need of seeking medical advice

Igor N. Banin¹, Sergey N. Cherkasov², Oleg E. Kononov³, Alexey V. Shulaev⁴, Islam M. Aliev⁵

¹Ministry of Health of Voronezh region, 52d str. Krasnoarmeyskaya, 394006 Voronezh, Russia

²Russian State Social University, 4 str. Wilhelm Pika, 1129226 Moscow, Russia

³Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, 10 Miklukho-Maklaya str, Bldg. 2, 117198 Moscow, Russia

⁴Kazan State Medical University, 49 Butlerov str., 420012 Kazan, Russia

⁵Dagestan State Medical University, 1 Lenin Square str., 367012 Mahachkala, Russia

Abstract. Introduction. The most promising behavior pattern in terms of reducing the severity of the pathological process is an active model of patient behavior, which involves seeking medical advice even for preventive purposes. **Aim of the study** is to analyze patient behavior patterns when deciding on the need of seeking medical advice. **Materials and Methods.** The analysis was conducted in three comparison groups formed based on the observation and treatment technology. The first one included 531 patients undergoing planned treatment on an outpatient basis, the second comparison group included 822 patients undergoing planned treatment in a hospital (specialized gastroenterology department), and the third group included 147 patients admitted to inpatient treatment at the Emergency Hospital on an emergency basis due to complications of the underlying disease (pathology of the digestive organs). Patient behavior patterns were identified by analyzing patient responses to the authors' questionnaire. Additionally, the time interval was assessed between the onset of symptoms and seeking medical care. The groups were compared using nonparametric criteria: Association coefficient (K_a) and the χ^2 criterion. Criteria were analyzed using standard approaches. **Results and Discussion.** It was found that the reactive passive model of patient behavior (wait-and-see attitude) associated with making a decision to seek medical care was more often recorded in patients of the third group (67.3%) versus 40.5% of patients in the second group and 35.6% in patients of the first group. The reactive but active model of patient behavior is a more positive fact, which should contribute to a decrease in the number of complications according to the principle of secondary prevention. However, the prevalence of this type of behavior is not very high in all the groups compared, but this form of behavior was the least common among patients of the third group (12.2% versus 22.6% in the first and 20.4% in the second group). The active model of behavior, providing for seeking medical care for preventive purposes, was noted in about a quarter of patients of the first (24.9%) and second (22.6%) group. The prevalence of this model of behavior among patients of the third group was significantly lower. Thus, only 6.1% of patients included in this group stated that they sought medical care for preventive purposes. **Conclusions.** High levels were detected in the commitment of inpatients and outpatients with gastrointestinal diseases to a passive behavior model characterized by delayed seeking medical advice, until their condition worsens to the point that their usual way of life becomes impossible.

Keywords: medical care, treatment, patient behavior, behavior patterns

For citation: Banin, I.N.; Cherkasov, S.N.; Konovalov, O.E.; Shulaev, A.V.; Aliev I. M. Patient behavior patterns associated with making decisions for the need of seeking medical advice. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2025, 18 (4), 107-112. DOI: 10.20969/VSKM.2025.18(4).107-112.

Введение. Современная теория организации медицинского обслуживания базируется на представлении о патогенезе болезни как объективном процессе, на основании которого предпринимаются действия, как со стороны системы здравоохранения, так и со стороны общества, по прерыванию патологического процесса и/или минимизации его последствий [1,2]. Признанная концепция взаимодействия пациента и системы здравоохранения предполагает, что наиболее оптимальным является раннее обращение пациента за медицинской помощью при появлении первых признаков (симптомов) заболевания или даже до появления таких признаков (с профилактической целью). Однако принятие решения о необходимости обращения, как правило, принимает сам пациент или его близкое окружение, и такие решения основываются на субъективных мнениях [3,4].

Понятие «модели поведения пациента» (человека при взаимодействии его с системой здравоохранения) было введено в лексикон специалистов в общественном здоровье совсем недавно [5-7]. Под этим термином понимаются характерные способы реагирования пациента (потенциального пациента) на стандартные ситуации, такие как причина (повод) для обращения за медицинской помощью, выбор медицинской организации и врача (при наличии такой возможности), отношение к соблюдению назначений врача, использование практики самолечения, поддержание контакта с лечащим врачом и др. Характер взаимодействия с системой здравоохранения, отдельными медицинскими организациями имеет большое, а иногда и решающее, значение для пациента [8-11]. Сам человек, «самостоятельно определяя для себя паттерны поведения, жизненные приоритеты, формируя определенный образ жизни, во многом

способствует сохранению и укреплению собственного здоровья» [12-14].

Данных о «моделях поведения», а тем более факторах и детерминантах его определяющих, крайне мало, несмотря на их высокую актуальность. Ведь воздействия на факторы и детерминанты можно управлять поведением пациента, понимая, что цель такого управления улучшение исходов заболевания или предотвращения самого факта заболевания.

Цель исследования: анализ моделей поведения пациентов при принятии решения о необходимости обращения за медицинской помощью.

Материал и методы.

Анализ проводился в трех сравниваемых группах, сформированных по признаку технологии наблюдения и лечения. В первую включили пациентов с патологией органов пищеварения, проходящих плановое лечение в амбулаторных условиях (531 пациент), во вторую группу сравнения включили пациентов, проходящих плановое лечение в стационарных условиях (специализированное гастроэнтерологическое отделение) (822 пациента), в третью группу включили пациентов, поступивших на стационарное лечение в Больницу скорой медицинской помощи в экстренном порядке (147 пациентов) по поводу осложнений основного заболевания (патологии органов пищеварения). Базовым критерием включения в исследование было наличие диагностированного заболевания органов пищеварения. Спектр патологии в группах был одинаковым. Отличались сравниваемые группы технологией наблюдения и лечения, то есть организаций лечебно-диагностического процесса. В первой и второй группах лечение было плановым, отличия заключались в условиях – амбулаторные или стационарные, тогда как в третьей группе пациенты проходили лечение в

стационарных условиях, но поступали в стационар в экстренном порядке. Итого в исследование было включено 1500 пациентов.

Модели поведения пациента идентифицировались с помощью анализа ответов пациентов на вопросы авторской анкеты. Для определения причины обращения за медицинской помощью (модели поведения пациента, связанные с принятием решения о необходимости обращения за медицинской помощью) пациентам было предложено четыре потенциально возможных повода обращения за медицинской помощью. Реактивная пассивная модель поведения идентифицировалась при получении от пациента ответа о том, что он обращается за медицинской помощью только при развитии очень тяжелого состояния, когда уже не может с ним справиться самостоятельно. Реактивная активная модель поведения характеризовалась принятием решения о необходимости обращения в медицинскую организацию при появлении малейшего дискомфорта или первых признаков заболевания. При получении от пациента ответа, что он не посещает медицинские организации, так как считает себя здоровым, рассматривали как признак модели отрицания, с учетом того, что все опрашиваемые как минимум имели заболевание органов пищеварения и не могли быть здоровыми. Идентификацию активной модели поведения пациента проводили в случае получения от него ответа о его обращении за медицинскими помощью по поводу профилактического осмотра или с профилактическими целями.

Дополнительно оценивали и промежуток времени, прошедшего между возникновением симптомов и обращением за медицинской помощью. Выделяли два безусловных состояния. Первое подразумевало, что промежуток времени был коротким и пациент обращался за медицинской помощью сразу после появления симптомов заболевания. Второе состояние подразумевало, что оцениваемый промежуток времени длился до того момента, когда состояние пациента не ухудшалось настолько, что привычный образ жизни становился невозможным. Условное (третье) состояние подразумевало, что пациент связывает свое обращение за медицинской помощью с какими-то условиями. В качестве таких условий выступали или наличие достаточного времени у пациента или отсутствие мешающих обращению условий. Характер, объективный или субъективный, таких препятствующих обращению обстоятельств не определялся.

Сравнение групп проводили с использованием непараметрических критериев: коэффициента ассоциации (K_a) и критерия χ^2 . Анализ критериев осуществлялся с использованием стандартных подходов.

Результаты и их обсуждение.

Средний возраст пациентов, включенных в первую группу, составил $51,8 \pm 1,1$ лет, во вторую группу – $50,7 \pm 0,9$ лет, в третью группу – $56,4 \pm 1,4$ года. Следовательно, достоверных различий между первой и второй группами не было ($p > 0,05$). Пациенты, включенные в третью группу, были несколько старше ($p < 0,05$). Это может свидетельствовать о

длительности патологического процесса, так как пациенты первой и второй групп раньше начали лечение раньше и развитие осложнений допущено не было, тогда как пациенты, включенные в третью группу, были старше и длительность течения патологического процесса была больше, что выразилось в развитии осложнений, потребовавших экстренную госпитализацию. Гендерный состав сравниваемых групп был одинаковым в первой и второй группах и отличался в третьей группе. Так, мужчин в первой группе было 33,3%, во второй группе 38,0% ($p > 0,05$), тогда как в третьей 69,4% ($p < 0,05$).

Реактивная пассивная модель поведения пациента (выжидательная позиция), связанная с принятием решения об обращении за медицинской помощью, чаще регистрировалась у пациентов третьей группы (67,3%) против 40,5% пациентов второй группы и 35,6% пациентов первой группы. Различия между частотой такой формы поведения между пациентами первой и второй группой не выявлено ($K_a = -0,1$; $\chi^2 = 1,1$; $p > 0,05$), тогда как между первой и третьей группой различия были достоверными ($K_a = -0,58$; $\chi^2 = 15,84$; $p < 0,05$), также как и между второй и третьей группами ($K_a = -0,5$; $\chi^2 = 12,12$; $p < 0,05$). Следовательно, реактивная пассивная модель поведения достоверно чаще регистрировалась среди пациентов, которые госпитализировались в экстренном порядке по поводу осложнений заболевания органов пищеварения.

Реактивная, но активная модель поведения пациента (активная позиция), связанная с принятием решения об обращении за медицинской помощью, является более позитивным фактом, который должен способствовать снижению числа осложнений по принципу вторичной профилактики. Полученные в ходе настоящего исследования данные подтвердили данное предположение. Следует отметить, что распространенность такого типа поведения не слишком велика во всех сравниваемых группах, но ниже всего такая форма поведения была распространена среди пациентов третьей группы (12,2% против 22,6% в первой и 20,4% во второй группах). Различия в частоте регистрации такой формы поведения между первой и второй группой отсутствовали ($p > 0,05$), тогда как между первой и третьей ($K_a = 0,6$; $\chi^2 = 9,86$; $p < 0,05$). Между второй и третьей группами различия существовали, но их величина не достигала принятой критической величины 95% ($K_a = 0,3$; $\chi^2 = 1,8$; $p > 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что повышение частоты активной реактивной модели поведения способствовало снижению тяжести патологического состояния.

Наиболее перспективной моделью поведения в части снижения тяжести патологического процесса, по существующим представлениям, является активная модель поведения пациента, предусматривающая обращение за медицинской помощью даже с профилактическими целями. Такая форма поведения наблюдалась примерно у четверти пациентов первой (24,9%) и второй группы (22,6%). В данном случае различия между группами были не достоверными ($p > 0,05$). Распространенность такой модели поведения среди пациентов третьей группы

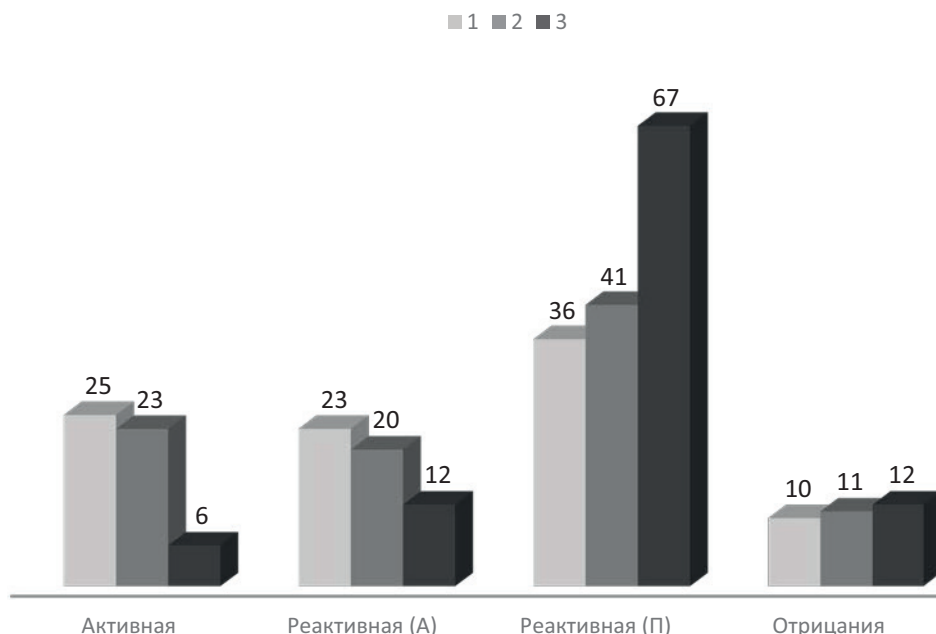


Рис. 1. Частота регистрации моделей поведения пациента, связанных с принятием решения об обращении за медицинской помощью, в сравниваемых группах (в % от общего числа пациентов в группе).

Fig. 1. Frequency of registration of patient behavior patterns associated with the decision to seek medical advice in the groups under comparison (in % of the total number of patients in a group).

была существенно ниже. Только 6,1% пациентов, включенных в эту группу, заявили, что обращаются в медицинские организации, в том числе и с профилактической целью. Различия между первой и второй группами были достоверными ($K_a=0,67$; $\chi^2=8,18$; $p<0,05$), также как и между второй и третьей группами ($K_a=0,64$; $\chi^2=7,04$; $p<0,05$).

Модель отрицания наиболее опасная в плане своевременного обращения за медицинской помощью. Такая модель поведения присутствовала у каждого десятого пациента независимо от принадлежности к сравниваемой группе. Достоверных различий в частоте такой модели поведения между группами не было ($p>0,05$).

Суммарные данные частоте регистрации моделей поведения пациента, связанных с принятием решения об обращении за медицинской помощью, представлены на *рисунке 1*.

Полученные данные свидетельствуют о том, что различия между частотой встречаемости моделей поведения пациентов, связанных с причинами (поводами) обращения за медицинской помощью, не различаются у пациентов, включенных в первую и вторую группы. В то время как пациенты, включенные в третью группу, больше привержены к пассивной модели и затягивают момент обращения за медицинской помощью, что увеличивает вероятность развития осложнений основного заболевания.

Оценка только причины обращения за медицинской помощью недостаточна для получения комплексной характеристики модели поведения пациента. Для получения такой оценки требуется проведение анализа промежутка времени между появлением первых симптомов заболевания и обращения за медицинской помощью. Как было

подробно описано в разделе «Материалы и методы исследования») выделялось три состояния. Первое из состояний рассматривалось как положительный фактор, так как пациент обращался сразу после появления симптомов заболевания. Второе рассматривалось как отрицательный фактор, так как пациент затягивал обращение насколько это было возможно. Третье состояние было не определено однозначно, так как обстоятельства могли быть как объективными (пациент стремился обратиться вовремя, но не всегда это получалось исполнить), так и субъективными, когда пациент искал причину для откладывания обращения. Так как характер, объективный или субъективный, таких препятствующих обращению обстоятельств не определялся, то и сделать окончательное заключение по этому вопросу не представлялось возможным.

Обращались сразу после появления симптомов заболевания чаще всего пациенты, включенные в первую группу (36,2%). Несколько реже так поступали пациенты, включенные во вторую группу (30,3%) и значительно реже пациенты, включенные в третью группу (16,3%). Полученные данные свидетельствуют о значении поведения пациента в формировании у него потребности в медицинской помощи. Наименьшие затраты ресурсов требуются в отношении пациентов, придерживающихся такой модели поведения. Разница между первой и третьей группой была достоверной ($K_a=0,49$; $\chi^2=6,95$; $p<0,05$), также как и разница между второй и третьей группами ($K_a=0,38$; $\chi^2=4,01$; $p<0,05$).

Не обращались пока состояние не ухудшалось настолько, что привычный образ жизни становился невозможным, наоборот, чаще пациенты, включенные в третью группу (65,3%). Значительно реже

таким образом поступали пациенты, включенные в первую (34,5%) и вторую (39,8) группы. То есть наиболее тяжелое состояние развивалось у пациентов, которые имели пассивную модель поведения в отношении обращения за медицинской помощью. Разница между первой и третьей группой была достоверной ($K_a = -0,56$; $\chi^2 = 15,07$; $p < 0,05$), также как и разница между второй и третьей группами ($K_a = -0,48$; $\chi^2 = 11,01$; $p < 0,05$).

Соответственно, остальные пациенты указывали на неопределенную модель поведения. Приверженцев такой модели в первой группе было (27,1%), во второй группе (29,9%) и 18,4% пациентов, включенных в третью группу. В данном случае достоверных различий между группами выявлено не было ($p > 0,05$).

Выводы.

Таким образом, пациенты, поступившие на стационарное лечение в Больницу скорой медицинской помощи в экстренном порядке больше привержены к пассивной модели поведения, которая характеризуется затягиванием обращения за медицинской помощью до того момента, когда их состояние не ухудшится настолько, что привычный образ жизни становится невозможным. Среди пациентов, проходивших плановое лечение в амбулаторных и стационарных условиях, также наблюдается большой удельный вес придерживающихся пассивной модели поведения, что требует дополнительных исследований причин такого поведения. Вероятно, индивидуальные характеристики, в том числе и социальные, самого пациента определяют выбор им модели поведения.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. От каждого участника было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Декларация и финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Genovese U, Del Sordo S, Casali M, et al. A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *Journal of Global Health*. 2017; 7 (1): 010301. DOI: 10.7189/jogh.07.010301
2. Шаповалова М.А. Медико-демографические критерии общественного развития. Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2005. – №3. – С. 144-146. Shapovalova MA. Mediko-demograficheskie kriterii obshchestvennogo razvitiya [Medical and demographic criteria of social development]. *Rossiyskaya akademiya medicinskikh nauk. Byulleten` Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya* [Russian Academy of Medical Sciences. Bulletin of the

National Research Institute of Public Health]. 2005; 3: 144-146. (In Russ.).

3. Келасев В.Н., Первова И.Л., Полуэктова Н.М. Концепция человека: социальные и субъективные детерминанты здоровья // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2016. – № 1. – С. 15-26. Kelas'ev VN, Pervova IL, Poluektova NM. Konceptiya cheloveka: social'ny'e i sub'ektivny'e determinanty' zdorov'ya [The concept of man: social and subjective determinants of health]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta; Seriya 12: Psixologiya; Sociologiya; Pedagogika* [Bulletin of St Petersburg University; Series 12: Psychology; Sociology; Pedagogy]. 2016; 1: 15-26. (In Russ.).
4. Missinne S, Meuleman B, Bracke P. The popular legitimacy of European healthcare systems: a multilevel analysis of 24 countries. *Journal of European Social Policy*. 2013; 23: 231-247. DOI: 10.1177/0958928713480065
5. Черкасов С.Н., Горбунов А.Л., Федяева А.В. Влияние уровня образования на модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью // Международный научно-исследовательский журнал. – 2022. – №9 (123). – С. 1-5. Cherkasov SN, Gorbunov AL, Fedyaeva AV. Vliyanie urovnya obrazovaniya na modeli povedeniya, svyazanny'e s obrashheniem za medicinskoj pomoshh'yu [The Impact of Education Level on Health-Seeking Behaviors]. *Mezhdunarodny'j nauchno-issledovatel'skij zhurnal* [International Research Journal]. 2022; 9 (123): 1-5. (In Russ.).
6. Камаев Ю.О., Черкасов С.Н., Федяева А.В., Мартиросов А.В. Модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью пациентов с разным уровнем располагаемого дохода // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2023. – Т. 18, Вып. 1. – С. 70-78. Kamaev YuO, Cherkasov SN, Fedyaeva AV, Martirosov AV. Modeli povedeniya, svyazanny'e s obrashheniem za medicinskoj pomoshh'yu pacientov s razny'm urovнем raspolagaemogo doxoda [Patterns of health care seeking behavior among patients with different levels of disposable income]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Medicina* [Bulletin of St. Petersburg University. Medicine.]. 2023; 18 (1): 70-78. (In Russ.). DOI: 10.21638/spbu11.2023.106
7. Черкасов С.Н., Полозков О.И., Федяева А.В., Камаев Ю.О. Влияние уровня образования на модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью населения старших возрастных групп // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23, № 7. – С. 31-37. Cherkasov SN, Polozkov OI, Fedyaeva AV, Kamaev YuO. Vliyanie urovnya obrazovaniya na modeli povedeniya, svyazanny'e s obrashhaemost'yu za medicinskoj pomoshh'yu naseleniya starshix vozzrastny'x grupp [The Impact of Education Level on Behavior Models Related to Seeking Medical Care in the Elderly Population]. *Mediko-farmaceuticheskij zhurnal Pul's* [Medical and pharmaceutical journal Pulse]. 2021; 23 (7): 31-37. (In Russ.).
8. Урясов О.М., Коновалов О.Е., Кича Д.И. Медицинская активность больных бронхиальной астмой // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2013. – № 3. – С. 98-100. Uryas'ev OM, Kononov OE, Kicha DI. Medicinskaya aktivnost' bol'ny'x bronxial'noj astmoj [Medical activity of patients with bronchial asthma]. *Rossiyskij mediko-biologicheskij vestnik im. akademika I.P. Pavlova* [Russian

- Medical and Biological Bulletin named after Academician I.P. Pavlov]. 2013; 3: 98-100. (In Russ.).
9. Жильцова Е.Е., Чахоян Л.Р., Коновалов О.Е., Исаков С.А. Медико-социальная характеристика и медицинская активность больных хроническими дерматозами // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2019. – № 4. – С. 526-532.
Zhil'czova EE, Chakhoyan LR, Konovalov OE, Isakov SA. Mediko-social'naya charakteristika i medicinskaya aktivnost' bol'ny'x khronicheskimi dermatozami [Medical and social characteristics and medical activity of patients with chronic dermatoses]. Nauka molody'x (Eruditio Juvenium) [Science of the Young (Eruditio Juvenium)]. 2019; 4: 526-532. (In Russ.).
DOI: 10.23888/HMJ201974526-532
10. Черкасов С.Н., Курносиков М.С. Влияние медико-социальных факторов и особенностей поведения пациенток на уровень потребности в стационарной помощи при внематочной беременности // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. – Т. 23, № 3. – С. 66-70.
Cherkasov SN, Kurnosikov MS. Vliyanie mediko-social'ny'x faktorov i osobennostej povedeniya pacientok na uroven' potrebnosti v stacionarnoj pomoshhi pri vnematochnoj beremennosti [The influence of medical and social factors and patient behavior on the level of need for inpatient care in ectopic pregnancy]. Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika IP Pavlova [Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician IP Pavlov]. 2015; 23 (3): 66-70. (In Russ.).
11. Gorbunov AL, Cherkasov SN, Fedyaeva AV. et al. Attitude to informing the doctor about the treatment process in different age and sex groups of patients // Bulletin Biomedicine and sociology. 2022; 7 (1): 66-75.
DOI: 10.26787/hydh-2618-8783-2022-7-1-66-75
12. Шаповалова М.А., Ярославцев А.С., Бабеева Н.И., [и др.]. Влияние социально-экономических условий и факторов на динамику заболеваемости населения болезнями эндокринной системы // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2022. – № 1. – С. 75–79.
Shapovalova MA, Yaroslavcev AS, Babeeva NI. et al. Vliyanie social'no-e'konomicheskikh uslovij i faktorov na dinamiku zabolevaemosti naseleniya boleznymi e'ndokrinnoj sistemy [The influence of socio-economic conditions and factors on the dynamics of the incidence of endocrine diseases in the population]. Vestnik Vserossijskogo obshhestva specialistov po mediko-social'noj e'kspertize, reabilitacii i reabilitacionnoj industrii [Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and the Rehabilitation Industry]. 2022; 1: 75–79. (In Russ.).
13. Кром И.Л., Еругина М.В., Орлова М.М., [и др.]. Детерминанты общественного здоровья в социальном контексте // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13. – № 2. – С. 292-295.
Krom IL, Erugina MV, Orlova MM. et al. Determinanty obshhestvennogo zdorov'ya v social'nom kontekste [Determinants of public health in a social context]. Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal [Saratov Scientific Medical Journal]. 2017; 13 (2): 292-295. (In Russ.).
14. Хорошилова Е.Ю. Образование как детерминанта здоровья // Научный альманах. – 2017. – № 3 (29). – С. 387-390.
Xoroshilova EYu. Obrazovanie kak determinanta zdorov'ya [Education as a determinant of health]. Nauchny'j al'manax [Scientific almanac]. 2017; 3 (29): 387-390. (In Russ.).
DOI: 10.17117/na.2017.03.03.387

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

БАНИН ИГОРЬ НИКОЛАЕВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-2359-9215; канд. мед. наук, e-mail: banin_igor@mail.ru; министр здравоохранения Воронежской области, Россия, 394006, Воронеж, ул. Красноармейская, 52д.
ЧЕРКАСОВ СЕРГЕЙ НИКОЛАЕВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-1664-6802; докт. мед. наук, e-mail: cherkasovsn@mail.ru; директор Медицинской высшей школы (институт) ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет», заведующий кафедрой организации здравоохранения, общественного здоровья и истории медицины, Россия, 129226, Москва, ул. Вильгельма Пика 4 стр.1.
КОНОВАЛОВ ОЛЕГ ЕВГЕНЬЕВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-1974-9882, SCOPUS Author ID: 7006781195, докт. мед. наук, профессор, e-mail: konovalov_oe@mail.ru; профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Минобрнауки РФ, Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 10, корп. 2.
ШУЛАЕВ АЛЕКСЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ, ORCID ID: 0000-0002-2073-2538, SCOPUS Author ID: 57204471176, докт. мед. наук, профессор, e-mail: alexs_shu@mail.ru; заведующий кафедрой общей гигиены ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России. Россия, 420012, Казань, ул. Бултерова, 49; тел. +7(987)213-67-12. (Автор, ответственный за переписку).
АЛИЕВ ИСЛАМ МАГОМЕДОВИЧ, ORCID: 0009-0009-6794-9396, e-mail: islam9779@mail.ru; студент 6 курса медико-профилактического факультета ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Россия, 367000, Махачкала, ул. Абдулы Алиева, д. 1.

ABOUT THE AUTHORS:

IGOR N. BANIN, ORCID ID: 0000-0003-2359-9215; Cand. sc. med., e-mail: banin_igor@mail.ru; Minister of Health of the Voronezh Region, 52d Krasnoarmeyskaya str., 394006 Voronezh, Russia.
SERGEY N. CHERKASOV, ORCID ID: 0000-0003-1664-6802; Dr. sc. med., e-mail: cherkasovsn@mail.ru; Director of the Medical Higher School (Institute), Russian State Social University, Head of the Department of Healthcare Organization, Public Health and History of Medicine, 4 Wilhelm Pieck str., 1129226 Moscow, Russia.
OLEG Y. KONOVALOV, ORCID ID: 0000-0003-1974-9882, SCOPUS Author ID: 7006781195, Dr. sc. med., Professor, e-mail: konovalov_oe@mail.ru; Professor of the Department of Public Health, Public Health and Hygiene, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba, 10 Miklouho-Maclay str., Bldg. 2, 117198 Moscow, Russia.
ALEXEY V. SHULAEV, ORCID ID: 0000-0002-2073-2538, SCOPUS Author ID: 57204471176, Dr. sc. med., Professor, e-mail: alexs_shu@mail.ru; Head of the Department of General Hygiene, Kazan State Medical University, 49 Butlerov str., 420012 Kazan, Russia, tel. +7(987)213-67-12. (Corresponding Author).
ISLAM M. ALIEV, ORCID: 0009-0009-6794-9396, e-mail: islam9779@mail.ru; 6th-year student at the Medical-Preventive Faculty, Dagestan State Medical University, 1 Lenin Square, 367012 Makhachkala, Russia.