

# HEALTH CARE STANDARDIZATION PROBLEMS

*Научно-практический  
рецензируемый журнал*

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора и кандидата наук (редакция февраль 2012 года)

Импакт-фактор РИНЦ на 2013 год 0,117

*Адрес редакции:*

*115446, Москва, Коломенский пр., а/я 2,  
МТП Ньюдиамед*

*Тел./факс (495) 225-83-74*

**E-mail: [mtpndm@newdiamed.ru](mailto:mtpndm@newdiamed.ru)**

**Internet: [www.newdiamed.ru](http://www.newdiamed.ru)**

Директор издательства:

Буланова В. А.

Технический редактор

Нерсесян М.Ю.

Компьютерная верстка:

ИП Прохоров О.В.

*Индекс журнала 79284*

*по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ*

*«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»*

**9—10 2015  
( Сентябрь—Октябрь )**

*При перепечатке ссылка  
на журнал обязательна*

© Издательство «Ньюдиамед»

Формат 60×90/8

Печ. листов 9. Заказ № PR09-1015

Отпечатано в ООО «Авансед солиюшиз»

# ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ

*Главный редактор А.И. Вялков*

*Редакционная коллегия:*

В.А. Батурич

С.Г. Боярский

П.А. Воробьев  
(зам. главного редактора)

А.П. Голубева

Е.В. Елисеева

Н.Н. Камынина

В.И. Кисина

В.В. Мадыанова

А.Ю. Малый

Л.С. Краснова

А.П. Столбов

С.Ш. Сулейманов

С.В. Сушин

И.В. Тюрина

(научный редактор)

*Редакционный совет:*

Б.А. Айнабекова (Казахстан)

Ю.Б. Белоусов (Москва)

А.В. Быков (Москва)

В.В. Власов (Москва)

А.И. Воробьев (Москва)

В.К. Леонтьев (Москва)

М.Д. Смит (США)

Р.А. Хальфин (Москва)

Е.П. Какорина (Москва)

Издательство «НЬЮДИАМЕД», Москва, 2015

**Редколлегия журнала «ПРОБЛЕМЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»  
просит авторов оформлять статьи, направляемые в редакцию,  
в строгом соответствии с правилами.  
ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ**

1. Журнал «Проблемы стандартизации в здравоохранении» публикует статьи, освещающие широкий круг проблем, связанных с управлением качеством в здравоохранении: лицензирование, аккредитация и сертификация, разработка и внедрение протоколов ведения больных и стандартов медицинской помощи, оценка качества медицинской помощи и мероприятия по повышению качества, клинико-экономический анализ (фармакоэкономика), медицина, основанная на доказательствах.
2. Статьи построены по традиционному для мировой научной периодики плану. Описание результатов оригинальных исследований должно быть структурировано по разделам: материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы.
3. Статья должна быть представлена в редакцию в распечатанном виде с подписью авторов и обязательно на электронном носителе (дискете или CD). Статьи, направленные в редакцию по электронной почте, должны быть продублированы письмом.
4. Текст должен быть набран в текстовом редакторе Word в системе Windows. Перенос слов не делать.
5. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не должен превышать 10 страниц, набранных шрифтом Times New Roman, 14 кеглем через полтора интервала.
6. В каждой научной статье журнала должны быть указаны следующие данные: фамилия, имя, отчество автора (полностью); место работы каждого автора в именительном падеже, должность автора, звание; **контактная информация для публикации** (почтовый адрес, телефон, e-mail); название статьи; аннотация; ключевые слова. Все данные должны быть приведены на русском и английском языках.
7. Желательно предоставление авторами информации о наличии у них конфликта интересов (наличие личных интересов, противоречащих общественным интересам, которые могут повлиять на объективность публикации). Декларация конфликта интересов авторов публикуется после статьи. Также желательно предоставление для публикации информации об источниках финансирования работ, описанных в статье.
8. Статья должна быть тщательно выверена автором, так как редакция не высылает корректуру.
9. Таблицы должны быть компактными, иметь название и ссылку в тексте. Цифры в них не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.
10. Математические и химические формулы должны быть написаны четко с указанием на полях букв алфавита (строчных, прописных, греческих, латинских), показателей степени, индексов надстрочных и подстрочных.
11. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков. Они должны быть представлены на дискете в любом графическом редакторе и в распечатанном виде и **доступны для редактирования**. Сканированные рисунки принимаются только при условии их хорошего качества. Журнал публикуется в черно-белом варианте, в связи с чем диаграммы и графики должны быть оформлены так, чтобы различия между столбиками, секторами, линиями и пр. были ясны при печати без использования дополнительных цветов (рекомендуется использовать штриховку или градации серого цвета). Рисунки не должны содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисовочные подписи. В тексте должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6 × 9 см и хорошего качества.
12. К статье должен быть приложен список использованной литературы **в порядке цитирования**. Библиографические ссылки в тексте должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с приставленным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: Иванов И.И. Лечение артериальной гипертензии // Клин. геронтол. 1995. № 6. С. 56—59 или Петров А.А. Актуальная пульмонология. М.: НЬЮДИА-МЕД, 2007. С. 241—246. Возможны ссылки на электронные ресурсы. Например: Вардосанидзе С.Л., Шикина И.Б. Управление качеством и стандартизация медицинской помощи — основа обеспечения безопасности пациентов в стационарных лечебно-профилактических учреждениях // Пробл. стандарт. в здравоохран. 2006. № 6. С. 3—18. URL: <http://www.zdrav.net/doc/pr/2006/prc06/pdf> или Закон РФ «О средствах массовой информации» от 27.12.91 № 2124-1 (ред. 25.12.2008). Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
13. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается!
14. Все статьи рецензируются. Отрицательные рецензии и отзывы, содержащие замечания, требующие коренной или частичной переработки рукописи, пересылаются авторам, которые в кратчайший срок принимают решение либо об отзыве рукописи, либо о ее переработке. Исправленные рукописи также максимально быстро пересылаются в редакцию с комментариями авторов о выполнении рекомендуемых исправлений и (или) аргументированными возражениями по поводу замечаний рецензента. Рукопись, полученная позднее, чем через один месяц, будет считаться вновь поступившей.
15. Редакция журнала оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения, сокращать статьи, а также осуществлять литературное редактирование текста.
16. Публикация статей в журнале бесплатная.

*Статьи следует направлять по адресу:  
115446, Москва, Коломенский проезд, а/я 2,  
редакция журнала «Проблемы стандартизации в здравоохранении»  
E-mail: [mtprndm@newdiamed.ru](mailto:mtprndm@newdiamed.ru)*

## ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ

### СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ) – ЗНАЧЕНИЕ В ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (продолжение)

О.Ю. Александрова<sup>1</sup>, О.А. Нагибин<sup>2</sup>, Г.Г. Савзян

*Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова  
Городская поликлиника № 2 г. Рязани*

*Проанализировано значение стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций при проведении экспертизы качества медицинской помощи.*

*Ключевые слова: стандарт медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения), экспертиза качества медицинской помощи, обязательное медицинское страхование*

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ (далее — ФЗ «Об основах охраны здоровья») [1, 2] вводит в законодательство понятия — стандарт медицинской помощи (СМП), порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения). Какова роль данных понятий в деятельности медицинских организаций?

Деятельность медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания граж-

данам медицинской помощи финансируется из средств бюджетов всех уровней или средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Основная масса медицинских организаций в стране работает в системе ОМС в условиях одноканального финансирования из средств ОМС. Система ОМС является гражданско-правовым институтом, в основе которого лежат договорные отношения.

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС и которым решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС.

<sup>1</sup> Александрова Оксана Юрьевна — д-р мед. наук, профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении, Первый МГМУ им И.М. Сеченова; Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; тел. 8 (499) 766-83-46; e-mail: aou18@mail.ru.

<sup>2</sup> Нагибин Олег Адександрович — канд. мед. наук, главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 2 г. Рязани».

В соответствии со статьей 39 «Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» Федерального Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ [2] в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

...2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом...».

В приказе Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [3] в Приложении № 8 определен Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи):

«Раздел 1. Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц.

...1.5. Приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», «Формуляр лечения стационарного больного», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи.

Раздел 3. Дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи.

...3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:

3.2.1. не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;

3.2.2. приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев

отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);

3.2.3. приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);

3.2.4. приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);

3.2.5. приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).

3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных, с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:

3.3.1. приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;

3.3.2. приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).

...3.9. Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи...».

Таким образом, в приказе ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 [3] основанием для штрафных санкций, применяемых к медицинской организации, является невыполнение, несвоевременное выполнение диагностических и/или лечебных мероприятий в соответствии со СМП, в том числе не повлиявших на состояние здоровья застрахованного лица.

Именно в договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и вносятся требование исполне-

ния СМП и санкции (отказ в оплате, уменьшение оплаты медицинской помощи, штрафы) за невыполнение данного условия договора.

На наш взгляд, применение данной нормы приказа ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 [3] и включение этой нормы в договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с медицинскими организациями при отсутствии требования обязательности соблюдения СМП в законе недопустимо (с 1 января 2014 г., после изменений, внесенных в ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»).

Требование обязательности исполнения СМП, внесенное в договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, вступает в противоречие, в том числе, с новым способом оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС на основе клинко-статистических групп заболеваний (КСГ).

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» [4] установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний).

ФФОМС издан приказ от 14 ноября 2013 г. № 229 «Об утверждении «Методические рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ), за счет средств системы обязательного медицинского страхования» [5].

С введением нового норматива объема стационарной медицинской помощи (случай госпитализации вместо койко-дня) согласованные объемы медицинской помощи для каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, определяются в тарифном соглашении в виде количества законченных случаев лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний.

Никакой речи об оплате случая госпитализации как законченного случая лечения в соответствии со СМП в вышеуказанных нормативных правовых актах (НПА) не идет.

Весь объем финансирования медицинской организации на год определяется как средняя стоимость законченного случая (по профилям на основе КСГ) с учетом вышеуказанных параметров, умноженная на количество случаев госпитализации в стационар (по профилям), определенное согласованным объемом медицинской помощи. И в принципе далее неважно, лечит медицинская организация по СМП или не по СМП. Главное, что медицинская организация не может выйти за пределы ее финансирования, определенные в тарифном соглашении как согласованные для данной медицинской организации объемы медицинской помощи и объемы финансирования на год.

В условиях избыточности составляющих СМП лечебно-диагностических мероприятий и лекарственных препаратов (речь идет о СМП, утвержденных на федеральном уровне), если медицинская организация будет оказывать медицинскую помощь всем больным в полном объеме СМП, то денег на весь год ей не хватит. Поскольку общий объем финансирования медицинской организации на год определяется исходя из средней стоимости законченного случая лечения (по определенной КСГ), а не максимальной на основе СМП.

Таким образом, включение в договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС обязанности медицинской организации соблюдать СМП и применять к ней штрафные санкции за несоблюдение СМП, при отсутствии обязанности финансировать медицинскую помощь по законченному случаю на основе выполненного СМП, приведет к тому, что медицинская организация в итоге не будет иметь финансовых средств для обеспечения своей деятельности.

Но при этом попытки оставить в договорных отношениях в системе ОМС требование обязательности исполнения СМП (в виде введения этого требования в обязанности медицинских организаций) понятны. Без СМП практически невозможно определить объем медицинской помощи, который должен быть оказан пациенту на бесплатной для него основе. Страховым медицинским организациям в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» необходимо контролировать качество медицинской помощи, в том числе по критерию достаточности объема оказанной медицинской помощи.

КСГ не содержат конкретизации по медицинским услугам и лекарственным препаратам, потому что изначально предполагают среднюю стоимость законченного случая лечения. Одному пациенту лечебно-диагностических мероприятий необходимо провести больше, другому меньше, в среднем получается как «средняя температура по больнице». Кому — больше, а кому — меньше — определяет лечащий врач. В этих условиях возникают трудности не только у пациента, который не может оценить достаточность объема оказанной ему медицинской помощи, но и у экспертов страховых медицинских организаций (СМО) при проведении экспертизы качества медицинской помощи (КМП).

Таким образом, проведение экспертизы КМП в системе ОМС требует нормативного закрепления границ (объема) медицинской помощи, оплачиваемых пациенту из средств ОМС. И гарантируемый объем медицинской помощи — это, как правило, перечни медицинских услуг и перечни лекарственных препаратов (которое и содержат СМП, и должен содержать договор). Без четких критериев объема оказываемой медицинской помощи (перечней услуг и препаратов) всегда остаются риски возникновения конфликтов.

Таким образом, объемы медицинской помощи, четко определенные в договоре по отношению к объему медицинской помощи, определенному в СМП, должны быть основным критерием в оценке качества медицинской помощи в системе ОМС. Однако данный критерий не может быть единственным и окончательным критерием оценки качества медицинской помощи.

В реальной клинической ситуации важно не само по себе соответствие медицинской помощи СМП, а результат лечения — выздоровление, улучшение, достижение ремиссии заболевания. А результата можно достичь, не выполнив требования СМП в полном объеме, и можно не достичь, выполнив все требования СМП. Реальные клинические ситуации, когда помимо основного заболевания у больного имеется несколько сопутствующих заболеваний, и применение СМП по каждому из имеющихся заболеваний приведет к перегруженности больного диагностическими и лечебными мероприятиями и лекарственными препаратами. С другой стороны, также реальны клинические ситуации, когда специфика состояния здоровья и заболевания пациента требует

включения в план лечения дополнительных, не входящих в СМП лечебно-диагностических мероприятий.

Поэтому определяющим при оценке полноты процесса является не строгое соответствие СМП, а достижение результата.

В оценке результата лечения, на наш взгляд, на сегодняшний день нет четких, единых методических подходов.

В пункте 8 статьи 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья» закреплено понятие лечения: «лечение — комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни».

Таким образом, положительным результатом, целью лечения в соответствии с законом должно быть:

- а) устранение проявлений заболевания, состояния;
- б) облегчение проявлений заболевания, состояния;
- в) восстановление здоровья;
- г) улучшение здоровья;
- д) восстановление трудоспособности;
- е) улучшение трудоспособности;
- ж) улучшение качества жизни.

Однако возможны и отрицательные результаты.

В настоящее время наиболее применяемый классификатор исходов заболеваний содержится в приказе ФФОМС от 07.04.2011 № 79 (ред. от 26.12.2013) «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» [7].

В соответствии с данным НПА исходы заболевания могут быть сгруппированы следующим образом (таблица):

Положительные исходы заболевания	Нейтральные исходы заболевания	Отрицательные исходы заболевания
Улучшение в состоянии больного и протекании болезни в определенной степени	Отсутствие изменений в состоянии больного и протекании болезни	Ухудшение в состоянии больного и протекании болезни в определенной степени

Поэтому возможны следующие варианты оценки полноты процесса оказания медицинской помощи:

Вариант 1. Стандарты медицинской помощи соблюдены. Заданный результат (выздоровление, улучшение, стабилизация, достижение ремиссии заболевания) достигнут.

Вариант 2. Стандарты медицинской помощи не соблюдены. Заданный результат (выздоровление, улучшение, стабилизация, достижение ремиссии заболевания) не достигнут.

Вариант 3. Стандарты медицинской помощи не соблюдены. Заданный результат (выздоровление, улучшение, стабилизация, достижение ремиссии заболевания) достигнут.

Вариант 4. Стандарты медицинской помощи соблюдены. Заданный результат (выздоровление, улучшение, стабилизация, достижение ремиссии заболевания) не достигнут.

Варианты 1 и 2 просты для анализа полноты процесса. В варианте 1 процесс оказания медицинской помощи является полным. В варианте 2 — неполным.

Вариант 3, несмотря на несоблюдение требований СМП по объему оказанных лечебно-диагностических мероприятий, нужно считать полным, поскольку результат (выздоровление, улучшение, достижение ремиссии заболевания) достигнут.

Вариант 4 требует дополнительной экспертизы.

1. Требуется анализ причин отсутствия эффективности лечения.

Необходимо отметить, что недостигнутый результат лечения еще не означает его неполноту. Существуют ситуации, при которых неблагоприятный исход заболевания реализуется независимо от действий медицинских работников (естественное прогрессирование тяжелого заболевания). В данном случае результат не достигается независимо от процесса оказания медицинской помощи.

2. Требуется анализ необходимого объема медицинской помощи дополнительного к СМП, в целях достижения эффективности лечения данному конкретному пациенту с учетом его состояния и заболевания, а также с учетом возможностей медицинской организации оказать медицинскую помощь за пределами СМП.

При этом необходимо отметить, что ограничения по оплате медицинской помощи со стороны финансирующих медицинскую организацию

структур (система ОМС или собственник из средств бюджета) не могут быть критерием ограничения объема оказываемой медицинской помощи в случаях, когда пациенту требуются дополнительные лечебно-диагностические мероприятия для устранения угрозы жизни и здоровью. В случае причинения вреда жизни и здоровью не оказанием дополнительных, не оплачиваемых медицинской организацией, но необходимых для предотвращения подобного вреда, лечебно-диагностических мероприятий, для медицинской организации может наступить гражданско-правовая, а для медицинских работников и уголовная ответственность.

Существует еще одна разновидность документов, которые служат цели оценки качества медицинской помощи. Речь идет о разработанных профессиональным медицинским сообществом клинических рекомендациях (протоколах лечения) различных заболеваний.

Клинические рекомендации (протоколы лечения) (далее — КР) разрабатываются в соответствии со статьей 76 ФЗ «Об основах охраны здоровья» профессиональными некоммерческими организациями, создаваемыми медицинскими и фармацевтическими работниками. КР, в отличие от СМП, должны содержать алгоритмическую составляющую медицинской помощи при определенных заболеваниях. КР должны содержать описание лечебно-диагностического процесса в определенной клинической ситуации в зависимости от ее развития. Возможно, включение в КР дополнительных по отношению к СМП лечебно-диагностических мероприятий и лекарственных препаратов в определенных клинических ситуациях.

Именно в КР должен быть отражен алгоритм действий врача при частоте предоставления услуги (лечебно-диагностических мероприятий) в СМП меньше 1, т.е. когда применение данного лечебно-диагностического мероприятия не обязательно в 100% случаев. В КР должно быть прописано, при каких клинических проявлениях заболевания необходимо назначить данное лечебно-диагностическое мероприятие, а при каких клинических состояниях не назначать. Без КР с прописанными подобными алгоритмами действий врач может защитить свою позицию только на основании собственного клинического опыта и, возможно, каких-то дополнительных источников информации. В случае причинения вреда жизни и здоровью пациента медицинским вме-

шательством при невыполнении лечебно-диагностического мероприятия, которое в СМП прописано с частотой предоставления менее 1, и доказанной причинно-следственной связи вреда с невыполнением данного мероприятия, врач всегда будет признан виновным (не проявил должную степень заботливости и осмотрительности).

Самым простым способом защиты врача было бы исключение из СМП частоты предоставления услуги менее 1. Например, при пневмонии всем больным (100%) делать диагностическое исследование «Компьютерную томографию органов грудной полости» (а не с кратностью 0,1), с целью проведения дифференциальной диагностики с раком легкого и другими заболеваниями. Но подобный подход приведет к значительному удорожанию медицинской помощи, причем необоснованному, а также к возникновению очередей на сложные дорогостоящие исследования со стороны реально нуждающихся в них пациентов.

Поэтому на сегодняшний день частота предоставления услуги менее 1 в СМП останется. Но четко прописанный в КР алгоритм действий врача при лечении определенных заболеваний поможет врачу в своей защите на основании данного протокола. Например, в том же случае с пневмонией, компьютерная томография органов грудной полости должна назначаться не всем пациентам, а при неэффективности 2 курсов антибиотикотерапии или т.п. Это должно быть прописано в КР больного с пневмонией, а врач должен следовать указанному алгоритму. Пока КР не разработаны решение о применении лечебно-диагностических мероприятий с кратностью менее 1 принимается либо самим врачом, либо врачебной комиссией медицинской организации. Но подобная позиция уязвима с точки зрения защиты как врача, так и медицинской организации.

Необходимо понимать, что КР не являются государственной гарантией бесплатности медицинской помощи. Однако они могут быть основой для экспертной оценки правильности медицинской помощи с позиции наиболее эффективных, максимально возможных на современном этапе и в то же время уже принятых профессиональным медицинским сообществом методов диагностики и лечения.

Медицинская помощь реализуется (оказывается) в конкретных медицинских организациях. Медицинская организация может гарантировать только те виды медицинской помощи, кото-

рые она в состоянии оказать, исходя из реальных возможностей конкретной медицинской организации.

Все возможное, с точки зрения максимального объема медицинской помощи, медицинская организация может сделать исходя из структурной организации лечебно-профилактического учреждения, материально-технического оснащения, штатного расписания, кадровых, профессиональных возможностей персонала (квалификационных характеристик), возможностей взаимодействия с другими медицинскими организациями. Таким образом, медицинская организация может выполнить СМП или КР только в том объеме, в каком позволят имеющиеся условия. Это необходимо учитывать при оценке качества медицинской помощи, проводимой в рамках как экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС, так и проведении экспертиз медицинской помощи за пределами системы ОМС.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323—ФЗ.
2. Федеральный Закон от 29.11.2010 № 326—ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
3. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
4. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».
5. Приказ Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 14.11.2013 № 229 «Об утверждении Методических рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования».
6. Приказ Министерства здравоохранения Московской области от 10.02.2014 № 134 «О совершенствовании организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях Московской области».
7. Приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79 (ред. от 26.12.2013) «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».



## ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ

Ю.В. Бурковская<sup>1</sup>

*Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова*

*Рассмотрены общие вопросы возникновения понятия профессиональный стандарт деятельности, история развития за рубежом и отечественная практика.*

*Ключевые слова: профессиональный стандарт деятельности, трудовая компетенция, трудовая функция, квалификация*

В декабре 2012 г. Правительством России был введен термин «профессиональные стандарты». Определение данного термина дано Федеральным законом от 03.12.2012 № 236-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и статью 1 Федерального закона «О техническом регулировании», а также в Трудовом кодексе РФ в новой статье 195.1 о понятии квалификации работника и о профессиональных стандартах [1, 2].

В соответствии с Указом Президента России от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», данные мероприятия направлены на совершенствование государственной социальной политики [3]. В настоящее время необходимо проведение реформ системы квалификаций и компетенций работников для формирования актуальной системы, заменяющей устаревшие единые квалификационные требования, что позволит обеспечить достижение целей по достойному труду и справедливой зарплате, которые заложены в Плане деятельности Министерства труда и социальной защиты РФ на 2013—2018 гг. на основании поручений Президента России, содержа-

щихся в соответствующих указах на период до 2018 г. Таким образом, введение профессиональных стандартов призвано обновить и заменить квалификационные и тарифно-квалификационные характеристики должностей и профессий, которые в настоящее время содержатся в составе квалификационных справочников.

Профессиональный стандарт — многофункциональный нормативный документ, определяющий в рамках конкретного вида экономической деятельности (области профессиональной деятельности) требования к содержанию и условиям труда, квалификации и компетенциям работников по различным квалификационным уровням [4].

Сегодня разработаны профессиональные стандарты по таким специальностям, к примеру, как варщик целлюлозы, специалист по учету музейных предметов, фотограф, штукатур, экскурсовод (гид), а также педагог, бухгалтер, социальный работник, но не существует сформированного и зарегистрированного профессионального стандарта медицинской сестры, руководителя сестринской службы и др. Однако в настоящее время в таких документах ощущается большая потребность.

По российскому законодательству «профессиональный стандарт» — характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности.

<sup>1</sup> Бурковская Юлия Валерьевна — ассистент кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы факультета высшего сестринского образования и психолого-социальной работы; 127473, Москва, ул. Достоевского, д. 2, стр. 2; тел.: 8 (495) 688-72-54; e-mail: jburkovskaya@gmail.com.

В толковом словаре русского языка «стандарт» характеризуется как образец, которому должно соответствовать, удовлетворять что-нибудь по своим признакам, свойствам, качествам, а также это документ, содержащий соответствующие требования. Кроме того, толковый словарь дает разъяснение значения слова «профессиональный» — это такой, который полностью отвечает требованиям данного производства, данной области деятельности [5].

Согласно статье 195.1 ТК РФ:

— профессиональный стандарт — характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности;

— квалификация работника — уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника [2].

Понятие «стандарт», разработанное Международной организацией стандартизации (*International Organization for Standardization (ISO)*), означает документ, доступный и опубликованный, коллективно разработанный или согласованный и общепринятый в интересах тех, кто им пользуется, основанный на интеграции результатов науки, технологии, опыта, способствующий повышению общественного блага и принятый организациями, полномочными на национальном, региональном и международном уровнях [7].

Таким образом, чтобы документ стал стандартом, в частности профессиональным стандартом, он должен быть принят специализированной организацией, полномочной издавать и сопровождать стандарты того или иного уровня (например, национального, регионального, международного).

Стандарт (от англ. *standard*) — это норма, образец. В широком смысле слова — это образец, эталон, модель, принимаемые за исходные для сопоставления с ними других подобных объектов. Стандарт как нормативно-технический документ устанавливает комплекс норм, правил, требований к объекту стандартизации, он может быть разработан как на материальные предметы (продукцию, эталоны, образцы веществ), так и на нормы, правила, требования в различных областях [7].

В правоприменительной деятельности используются, как правило, два понятия: стандарт

профессиональной деятельности и профессиональный стандарт.

Под стандартами профессиональной деятельности понимается система связанных стандартов (соглашений, рекомендаций), разработанных специалистами конкретной, достаточно узкой профессиональной сферы, действующих в рамках объединяющей их профессиональной организации. Такие стандарты определяют принципиальные качества профессионалов данной области, а также различные требования к их деятельности. Они могут включать стандарт (кодекс) профессиональной этики, описание квалификаций специалистов данной области, описание основных видов деятельности, программы повышения квалификации, правила сертификации уровня квалификации специалистов конкретных профессий и т.д. [8].

Профессиональный стандарт состоит из следующих необходимых структурных элементов:

- наименование профессии;
- код по классификатору;
- квалификационный уровень работника;
- наименование должностей и должностных обязанностей работников;
- требуемый уровень их профессионального образования и обучения,
- практический опыт работы по профессии;
- требования к сертификации и состоянию здоровья;
- перечень умений и навыков, которыми должен обладать работник.

Профессиональные стандарты раскрывают профессиональную деятельность специалистов, находящихся на различных квалификационных уровнях и связанных общей технологической задачей (исследования, производства, проектирования, обслуживания). При этом описание требований к специалисту носит комплексный характер с использованием более современной конструкции в виде сочетания требований к знаниям, умениям и компетенциям, профессиональному опыту [7].

Кроме общих сведений (например, наименования и основной цели вида профессиональной деятельности), профессиональный стандарт содержит описание обобщенных трудовых функций, их расшифровку, характеристику (в частности, в данном разделе указываются возможные наименования должностей, требования к

образованию, опыту работы, условия допуска к работе), трудовые функции (в том числе необходимые умения и знания).

Профессиональные стандарты — это современные требования к компетенции специалистов. Многие существующие требования к профессиям безнадежно устарели. Некоторые из них были сформированы более 20 лет назад, и в них перечень того, что следует уметь конкретному специалисту, занимает несколько предложений.

Профессиональные стандарты позволяют четко структурировать профессиональную деятельность работника за счет описания требований к трудовым функциям и качеству их выполнения, исключив дублирование трудовых функций по должностям.

Работодатели получают критерии для оценки персонала с целью повышения качества труда и эффективности работников за счет развития их компетенций, освоения требуемых квалификаций, активизации их мотивации, следовательно, для достижения высоких экономических результатов, а также приобретают возможность контролировать профессионализм работников, поддерживать и улучшать отраслевые стандарты качества.

Для работодателей профессиональные стандарты должны стать основой для:

- конкретизации своих требований к работникам при выполнении ими трудовой функции с учетом специфики деятельности организаций;
- решения широкого круга задач в области управления персоналом (разработки стандартов предприятия, систем мотивации и стимулирования персонала, должностных инструкций);
- тарификации должностей; отбора и подбора персонала, планирования карьеры;
- проведения процедур стандартизации и унификации в рамках вида (видов) экономической деятельности (установление и поддержание единых требований к содержанию и качеству профессиональной деятельности, согласование наименований должностей, упорядочивание видов трудовой деятельности и пр.);
- проведения оценки квалификации, аттестации и сертификации работников-специалистов;
- использования как важного фактора при увольнении — в случае если работник не отвечает

профессиональным требованиям (для защиты интересов работника) [9].

Профессиональный стандарт призван применяться при подборе и расстановке кадров, при планировании и нормировании труда. Также он применяется для решения задач по развитию систем управления персоналом, при проведении профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации персонала [4].

Квалификация — готовность выполнять определенный вид трудовой деятельности, подтвержденная официальным признанием (в виде диплома, сертификата и др.).

В свою очередь группа квалификаций, имеющих сходные характеристики, установленные национальной (отраслевой) рамкой квалификаций называется квалификационным уровнем.

Наличие квалификации, необходимой для осуществления трудовой деятельности подтверждает квалификационный сертификат.

Готовностью применять знания, умения и практический опыт для успешного выполнения трудовой (ых) функции (ий) является компетенция [8].

Трудовая функция — совокупность действий, направленных на выполнение относительно автономной и завершенной части производственного процесса в рамках конкретного вида трудовой деятельности [4].

Последствия процесса стандартизации для работников и работодателей следующие:

- работникам предоставляется возможность определить свой профессиональный уровень, улучшить профессиональные знания, повысить при необходимости уровень квалификации и тем самым создать основу для дальнейшего профессионального роста;
- работодатели же получают более четкие критерии для оценки персонала с целью повышения профессионального уровня работников, улучшения мотивации трудовой деятельности и, как следствие, создание условий для повышения производительности труда. Также работодатели приобретают возможность контролировать профессионализм работников с учетом обновленных в обществе образовательных стандартов в различных областях и созданных систем сертификации персонала, являющихся дополнительной гарантией компетенции работника [4].

Целесообразно рассмотреть основные направления развития национальных систем квалификационных стандартов, сложившихся за рубежом. Появление профессиональных стандартов за рубежом во многом было обусловлено необходимостью качественного совершенствования рабочей силы в условиях быстро меняющейся технологической среды. Существует четкое понимание, что от применения профессиональных стандартов возможны как экономические, так и социальные выгоды.

В развитых и развивающихся странах осознаются выгоды от разработки и внедрения национальных квалификационных стандартов. Уже много стран сделало определенные шаги для развития профессиональных и образовательных стандартов, а многие начинают развивать международные стандарты и адаптировать национальные стандарты к международным требованиям. За последние годы достаточное количество стран (Австралия, Новая Зеландия, Канада, Дания, Германия, Япония, Нидерланды, Великобритания, и Соединенные Штаты) осуществили переход от фрагментированной к слаженной и скоординированной системе профессиональных стандартов. Подобные инициативы находятся в стадии реализации в развивающихся странах, особенно со средним уровнем дохода (Чили, Малайзия, Румыния, Филиппины, и Турция). Опыт развития национальных систем квалификационных стандартов в развивающихся странах показывает, что установление стандартов может способствовать реформированию наиболее консервативных областей. Такие направления включают оценку и признание предшествующего обучения, разработку более гибких и релевантных программ профессиональной подготовки и содействие более широкому привлечению всех заинтересованных сторон для развития человеческого капитала.

Все больше и больше стран в различных регионах мира начинают разрабатывать и применять общенациональные профессиональные стандарты. В этот список входят развитые экономические страны, страны Азии и Латинской Америки, Центральной и Восточной Европы, бывшие советские республики.

Например, в Великобритании национальные профессиональные стандарты (*National Occupational Standards*) являются одним из элементов

системы обеспечения качества рабочей силы, в которую, помимо них, входят такие компоненты, как сеть отраслевых квалификационных советов, программы профессионального образования и подготовки, а также перечень квалификаций, объединяющая все возможные пути образования и профессиональной подготовки. При этом профессиональные стандарты выполняют функцию классификации профессиональных областей, с которыми могут соотноситься различные квалификации, а также один или несколько стандартов. Отметим, что основной структурой, регулирующей и координирующей деятельность по их созданию в этой стране, является Совет по национальным профессиональным стандартам (*The National Occupational Standards Board*), главной задачей которого является обеспечение высокого уровня профессиональных стандартов, действующих в Великобритании, а также их соответствия лучшим мировым образцам [4].

Разработка и практическое использование профессиональных стандартов в Австралии начались в связи с формированием национальной системы профессиональной подготовки, что предполагало разработку и использование единых для всех регионов принципов, подходов и инструментов функционирования и развития профессионального образования.

В результате была создана Рамка национальной профессиональной подготовки (*National Training Framework*), основу которой составили три ключевых элемента: австралийская рамка квалификаций (*Australian Qualifications Framework — AQF*), австралийская рамка качества обучения (*Australian Quality Training Framework — AQTF*) и интересующие нас профессиональные стандарты (*Training Packages*) — набор национально одобренных стандартов и квалификаций, позволяющих определить и аттестовать квалификацию работника. Данные стандарты описывают профессиональные навыки и знания, необходимые для эффективной работы, но при этом они не регламентируют сам процесс и содержание (учебный план, программа) обучения [7].

В Канаде в настоящее время действуют два типа национальных профессиональных стандартов: стандарты, разрабатываемые и используемые в рамках программы «Красная печать», и

стандарты, создаваемые отраслевыми советами в рамках Отраслевой партнерской инициативы.

Программа «Красная печать», функционирующая более 50 лет, содействует развитию общенациональной мобильности квалифицированных рабочих. Она обеспечивает стандартизацию программ профессиональной подготовки на производстве и процедур сертификации, действующих в разных провинциях. Для получения «Красной печати» необходимо сдать специальный экзамен (экзамен межрегиональных стандартов), содержание которого формируется исходя из специально созданных профессиональных стандартов. В настоящее время список профессий данной программы включает 49 позиций. Получение «Красной печати» дает возможность трудоустройства в любом регионе Канады независимо от места получения квалификации.

Отраслевые советы, в свою очередь, организуют и осуществляют всю основную работу, связанную с созданием профессиональных стандартов. Они обеспечивают создание специальных комитетов по разработке стандартов, в рамках которых происходит взаимодействие представителей работодателей и работников. В настоящее время в этой стране действуют около 30 отраслевых советов, объединенных в Альянс (*The Alliance of Sector Councils — TASC*). Правда, использование национальных профессиональных стандартов, созданных отраслевыми советами, не является обязательным.

Таким образом, на Западе имеются различные национальные системы квалификаций и профессиональных стандартов, чего нельзя сказать о Российской Федерации, где подобные современные профессиональные стандарты практически отсутствуют. Тем не менее, данная проблема для нашего государства не нова и назрела она уже достаточно давно [7].

Связь профессиональных стандартов и квалификаций в разных странах обеспечивается по-разному. Как уже указывалось выше, в ряде стран профессиональные стандарты разрабатываются отдельно и выполняют функцию классификации профессиональных областей, с которыми могут соотноситься различные квалификации и один или несколько стандартов. Типичный пример таких стандартов наблюдается в Великобритании. Стандарты такого типа характерны для систем, относящихся к либеральному типу регу-

лирования, где существуют различные структуры, имеющие полномочия реализовывать программы, приводящие к присуждению квалификаций и аккредитованных на соответствие этим стандартам. Другая группа стран включает в себя страны, где разработка профессиональных стандартов интегрирована в процесс проектирования образовательных стандартов. При разработке каждой квалификации в рамках первого этапа разрабатываются профессиональные стандарты, которые служат основой для образовательных стандартов и стандартов оценки. Эта модель характерна для стран с государственной моделью регулирования. К этой группе относится большинство стран континентальной Европы. В третью группу входят страны, где реализуется смешанная модель. Во Франции и Бельгии, например, существуют два типа профессиональных стандартов: описывающие трудовую деятельность, подлежащую выполнению держателем квалификации (стандарт деятельности — *référéntield' activité*), и те, которые разрабатываются и используются в сфере труда и занятости (стандарты профессий — *référéntielmétier*) и включены в так называемый Перечень профессий и занятий (*Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois*) [7].

Отечественные разработки профессиональных стандартов также имеют свою историю. Разработка профессиональных стандартов в различных областях деятельности началась в конце 90-х годов XX века. Данная работа велась под эгидой Министерства труда и социального развития РФ, начиная с 1998 г. по 2004 г. (до ликвидации Минтруда России). Процесс формирования профессиональных стандартов включал в себя: разработку структуры профессионального стандарта с учетом требований к качеству, продуктивности и безопасности труда работников, требований международных стандартов качества; требований к актуализации профессиональных стандартов по видам экономической деятельности; методики организации и проведения проекта по разработке профессиональных стандартов; инструментария для проведения анкетирования и обработки базы данных в процессе формирования профессиональных стандартов и т.д.

Итак, можно сделать вывод о том, что профессиональный стандарт призван четко структури-

ровать профессиональную деятельность работника за счет описания требований к трудовым функциям и качеству их выполнения, исключив дублирование трудовых функций по должностям. Стандартизация в РФ может сыграть большую роль, так как есть плюсы и для работников (улучшаются профессиональные знания, дается возможность для профессионального роста), и для работодателей (повышается производительность труда, растет мотивация трудовой деятельности). Однако Россия отстает от ряда зарубежных стран в области разработки и применения профессиональных стандартов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральный закон «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и статью 1 Федерального закона «О техническом регулировании» от 3 декабря 2012 года № 236-ФЗ. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_138556/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_138556/) (дата обращения: 10.06.2015).
2. Трудовой кодекс Российской Федерации. Статья 195.1. Понятия квалификации работника, профессионального стандарта. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_34683/a34b5e8f410e69b5651fbd899dbс2975b631f3d2/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/a34b5e8f410e69b5651fbd899dbс2975b631f3d2/) (дата обращения: 10.06.2015).
3. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_law\\_129344/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_129344/) (дата обращения: 10.06.2015).
4. Митрофанова В.В. Профессиональные стандарты в вопросах и ответах // Секретарь-референт. 2012. № 4. С. 17—29.
5. Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений. 4-е изд., М., 1997. 944 с.
6. Шадрин А.Д. Профессиональные стандарты и мы // Стандарты и качество. 2013. № 1. С. 78—83.
7. Олейникова О.Н., Муравьева А.А., Коулз М. Принципы и процедуры разработки национальной рамки квалификаций. Центр изучения проблем профессионального образования, Москва, 2006 г.
8. Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/70291362/#ixzz3oS09sHgE>. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_law\\_140174/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_law_140174/) (дата обращения: 10.06.2015).
9. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 118н от 25 марта 2013 г. «Об Экспертном совете по профессиональным стандартам при Министерстве труда и социальной защиты Российской Федерации». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=558781> (дата обращения: 10.06.2015).

## ПРОБЛЕМА РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ДЕТЕЙ-ПАЦИЕНТОВ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

Е.К. Баклушина<sup>1</sup>, И.А. Еремцова<sup>2</sup>

*Ивановская государственная медицинская академия  
Городская больница № 4, г. Владимир*

*При обращении за медицинской помощью и ее получении ребенок, как и совершеннолетний гражданин, наделен правами пациента, однако их воплощение на практике имеет ряд особенностей. Одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения является обеспечение правовых гарантий несовершеннолетних пациентов.*

*Ключевые слова: несовершеннолетние пациенты, права пациентов, средние медицинские работники, медицинские сестры, фельдшеры*

В настоящее время надлежащий уровень реализации прав пациентов является необходимым условием качественного оказания медицинской помощи [1—5].

Проблема реализации прав пациентов средним медицинским персоналом является достаточно сложной и малоизученной. Сложность обусловлена тем, что существующая законодательная база, которая должна регламентировать правоотношения между медицинскими работниками и пациентами, содержит явные пробелы в части определения механизмов реализации прав пациентов [5, 6]. Подобная проблема имеет непосредственное отношение к правовому обеспечению деятельности среднего медицинского работника.

Цель исследования — научно обосновать и разработать комплекс медико-организационных мероприятий по оптимизации обеспечения прав несовершеннолетних пациентов (младше 15 лет) средними медицинскими работниками.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе медицинских организаций Владимирской и Ивановской областей проведено исследование, в котором приняли участие 407 фельдшеров и 611 дет-

ских медицинских сестер; 417 врачей педиатрической службы; 924 родителя, имеющих несовершеннолетних детей в возрасте до 15 лет, получавших сестринскую помощь, среди которых 427 человек обращались за медицинской помощью к фельдшерам и отвечали на дополнительные вопросы, касающиеся работы фельдшеров.

Были изучены информированность и представления респондентов о механизмах реализации средними медицинскими работниками отдельных прав пациентов, а также уровни реализации ими этих прав.

Для определения уровня информированности среднего медицинского персонала по вопросам прав несовершеннолетних пациентов использовалась интегрально-балльная оценка (коэффициент информированности), рассчитанная по формуле:

$$K = \frac{\sum k_i n_i}{\sum n_i},$$

где  $n_i$  — число респондентов, давших соответствующий ответ,  $i = 1—3$ ;  $k_i$  — соответствующий коэффициент (1 балл — неправильный ответ, 2 балла — правильный, но неполный, 3 балла — правильный и полный ответ).

По этой же формуле рассчитывались и коэффициенты реализации средними медицинскими работниками прав несовершеннолетних пациентов, где 3 балла начислялись за правильный подход к реализации права, 2 — за недостаточно верный подход, 1 — за неправильный подход.

Интегральная оценка, рассчитанная по данной формуле, имеет следующие диапазоны: 1,00—1,50 — «крайне низкий», 1,51—2,00 — «низкий», 2,01—2,50 — «средний», 2,51—3,00 — «высокий».

Проведен анализ информированности об отдельных правах пациентов средних медицинских работ-

<sup>1</sup> Баклушина Елена Константиновна — д-р мед наук, профессор, зав. кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья института последипломного образования ИГМА; 153012, г. Иваново, Шереметевский проспект, д. 8; тел. (4932)30-76-56.

<sup>2</sup> Еремцова Ирина Александровна — врач-методист; Городская больница №4 г. Владимира; г. Владимир, ул. Каманина, 25; e-mail: irina.eremtsowa@yandex.ru.

ников, обслуживающих несовершеннолетних пациентов.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Выявлен крайне низкий уровень информированности средних медицинских работников о законодательной основе прав пациентов: только 3,93% медицинских сестер и 4,18% фельдшеров смогли назвать нормативный документ (Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), устанавливающий эти права ( $K_{\text{н}} = 1,18$ ). В то же время анализ положений этого федерального закона о правах пациентов и механизмах их реализации на практике показал, что очень мало отводится роли, полномочиям и компетенции среднего медицинского персонала в реализации отдельных прав пациента. В связи с этим изучение состояния правовой информированности средних медицинских работников, и особенно медицинских сестер, а также анализ отдельных вариантов их поведения, связанного с соблюдением прав пациентов, не всегда позволяют дать оценку их соответствия нормативным требованиям.

Однако есть показатели, по которым можно с уверенностью судить об уровне правовой информированности средних медицинских работников. Так, у медицинских сестер и у фельдшеров установлен недостаточный уровень информированности о праве на защиту сведений, составляющих врачебную тайну, праве на согласие на медицинское вмешательство. В частности, информированность медицинских сестер и фельдшеров о категориях медицинских работников и должностных лиц, обязанных соблюдать врачебную тайну, оказалась на «среднем» уровне ( $K_{\text{н вр. тайна, мс}} = 2,34$ ,  $K_{\text{н вр. тайна, ф.}} = 2,36$ ), уровень информированности о видах медицинских вмешательств, требующих получения согласия родителей несовершеннолетних пациентов, оказался низким, коэффициент информированности у медицинских сестер составил 1,83, у фельдшеров — 1,84. Среди опрошенных средних медицинских работников о таком компоненте, как право на информацию о здоровье, как возможности знакомиться с медицинской документацией, знают лишь 30,44% медицинских сестер и 71,5% фельдшеров ( $K_{\text{н м/с}} = 1,83$ ,  $K_{\text{н фел.}} = 2,59$ ).

В то же время есть ряд прав, в отношении которых весьма трудно оценить уровень информированности медицинских сестер. Это касается

прежде всего права на информацию о состоянии здоровья. Так, только 26,35% опрошенных медицинских сестер, 5,28% врачей и 17,53% родителей считают вполне возможным информирование законных представителей несовершеннолетних пациентов медицинской сестрой, в то же время 23,08% медицинских сестер, 30,7% врачей и 19,7% родителей — лишь в исключительных случаях, 36,66; 56,35 и 51,73% соответственно не допускают такой возможности, остальные респонденты ответить затруднились. Полноценная реализация права пациента на информацию не возможна без четкого определения ее содержания и объема. Однако порядок информирования пациентов медицинским персоналом, в том числе медицинскими сестрами, практически не определен.

В процессе проведенного исследования выявлены противоречия во мнениях респондентов о полноте соблюдения прав пациентов средним медицинским персоналом. Так, весьма неблагоприятным следует считать отношение респондентов к этому вопросу: 32,47 на 100 опрошенных родителей и 26,86 на 100 опрошенных врачей считают, что именно средние медицинские работники наиболее часто являются нарушителями правовых гарантий несовершеннолетних пациентов. В то же время подавляющее большинство медицинских сестер (82%) и фельдшеров (91,4%) указали, что стремятся соблюдать права пациентов в своей практической деятельности.

Сравнение результатов опроса о соблюдении принципа на уважительное и гуманное отношение при получении медицинской помощи позволило выявить, что 78,4% медицинских сестер и 81,57% фельдшеров указали на то, что им неизменно удается придерживаться данного принципа, а проблемы обусловлены преимущественно провоцирующим поведением несовершеннолетних и их родителей.

При этом выявлена довольно большая группа родителей (56,60%) и врачей (67,39%), которым часто приходилось сталкиваться с формальным и равнодушным отношением к ребенку медицинской сестры ( $K_{\text{(род.)}} = 2,4$ ,  $K_{\text{(вр.)}} = 2,25$ ). Среди родителей, обратившихся за медицинской помощью к фельдшерам, 25,99% респондентов отметили, что встречались со случаями нарушения данного принципа в работе фельдшеров ( $K_{\text{(род.)}} = 2,72$ ).

Необходимо отметить неблагоприятные для медицинских работников характеристики от-



ношения родителей и врачей к проблеме реализации права на защиту сведений, составляющих врачебную тайну. Это связано с тем, что довольно большое число респондентов-родителей (24,35%) и врачей (45,8%) уверены в том, что средним медицинским работникам свойственно разглашать сведения, составляющие врачебную тайну, 13,53% родителей встречались со случаями нарушения медицинскими сестрами данного права в отношении их собственного ребенка. Только 52,76% опрошенных врачей отметили, что в их практике не было случаев нарушения медицинскими сестрами права на конфиденциальность ( $K_{(род.)} = 2,73$ ,  $K_{(вр.)} = 2,28$ ). 10,77% родителей, получавших медицинскую помощь от фельдшеров, указали на то, что имели место случаи разглашения фельдшером конфиденциальных сведений о ребенке-пациенте ( $K = 2,78$ ). В определенной степени это подтверждается мнением самих средних медицинских работников: 35,02% медицинских сестер и 37,59% фельдшеров считали характерным для среднего медицинского персонала несоблюдение врачебной тайны; 1,31% медицинских сестер и 2,46% фельдшеров признались в том, что разглашают сведения конфиденциального характера; 23,57% медицинских сестер и 26,29% фельдшеров отметили, что такие случаи в их практике крайне редки ( $K_{р.м/с} = 2,74$ ,  $K_{р.фел.} = 2,69$ ). Ведущими причинами этого респонденты считают недостаточный уровень общей культуры среднего медицинского работника и неправильное понимание врачебной тайны.

Как показал опрос родителей несовершеннолетних пациентов, обратившихся за фельдшерской помощью, фельдшеры не всегда правильно реализуют право на информацию. Это выражается в том, что только часть респондентов встречалась с наиболее оптимальными вариантами информирования, а именно, предоставление информации в полном объеме (28,57%) и по просьбе родителей (21,78%), остальные 49,65% посчитали, что фельдшеры предоставляли им информацию только тогда, когда сами считали это необходимым ( $K_{р(род.)} = 2,50$ ). Из опроса фельдшеров следует, что большинство информирует родителей в полном объеме (73,46%), реже (10,57%) — по требованию родителей и «когда считают нужным» (15,97%) ( $K_p = 2,84$ ).

Неотъемлемой частью права на информацию является возможность родителей ознакомиться с

медицинской документацией. По данным опроса родителей из числа получавших фельдшерскую помощь, просьба ознакомить их с записями в медицинских документах ребенка в 67,48% случаев была удовлетворена. По данным опроса фельдшеров, в большинстве случаев данное требование родителей ими было выполнено (82,96%).

При изучении реализации права пациента на согласие и отказ в данном исследовании нас интересовали случаи единоличного участия медицинских сестер в документальном закреплении данных правовых гарантий. Так, 36,99% медицинских сестер самостоятельно получали согласие на медицинское вмешательство, а 23,9% указали, что им приходилось оформлять отказ от медицинского вмешательства без участия врача. Респонденты других групп также отметили, что встречались со случаями единоличного участия медицинских сестер в получении согласия (22,94% родителей, 31,65% врачей) и оформлении отказа (31,78 и 30,46% соответственно). Таким образом, следует считать весьма распространенными в медицинской практике явлениями, когда согласие и отказ от медицинского вмешательства у ребенка оформляются не врачом, а медицинской сестрой. На наш взгляд, оформление медицинской сестрой без участия врача согласия на медицинское вмешательство, а также отказ от него, являясь нарушением процедуры документального закрепления этих прав, не может считаться полноценным вариантом реализации данных правовых гарантий.

В практике фельдшеров не всегда реализуется право пациента на согласие на медицинское вмешательство. Только 36,12% респондентов-фельдшеров всегда получают согласие родителей на медицинское вмешательство у ребенка-пациента, 33,42% — часто ( $K = 2,29$ ). В то же время только 7,5% родителей, обратившихся за медицинской помощью к фельдшерам, отметили, что обслуживающий их фельдшер всегда получает согласие ( $K_{(род.)} = 1,69$ ).

Таким образом, выявлена неблагоприятная ситуация в отношении соблюдения средними медицинскими работниками принципа уважительного и гуманного отношения, реализации права на защиту сведений, составляющих врачебную тайну, предоставление информации родителям несовершеннолетних пациентов о состоянии здоровья, получение согласия на медицинское вмешательство фельдшерами.

Интегральная оценка эффективности мероприятий по оптимизации реализации прав пациентов средним медицинским персоналом

Наименование показателя	Группа респондентов	Интегральные коэффициенты		Динамика
		до	после	
Знание закона, устанавливающего права пациентов	Медицинские сестры фельдшеры	1,15 (КН) 1,19 (КН)	2,69 (В) 2,89 (В)	+1,54 +1,70
Знание субъектов правоотношения, наделенных обязанностью сохранять врачебную тайну	Медицинские сестры фельдшеры	2,31 (С) 2,36 (С)	2,87 (В) 2,93 (В)	+0,56 +0,57
Знание видов медицинских вмешательств, требующих получение ИДС	Медицинские сестры фельдшеры	1,80 (Н) 1,91 (Н)	2,69(В) 2,83(В)	+0,89 +0,92
Знание о праве на ознакомление с медицинской документацией	Медицинские сестры фельдшеры	1,75 (Н) 2,52 (В)	2,87 (В) 2,95 (В)	+1,12 +0,43
Соблюдение принципа уважительного и гуманного отношения в работе с несовершеннолетними пациентами	Медицинские сестры фельдшеры	2,54 (В) 2,85 (В)	2,84 (В) 2,93 (В)	+0,30 +0,08
Соблюдение принципа уважительного и гуманного отношения в общении с родителями несовершеннолетних пациентов	Медицинские сестры фельдшеры	2,52 (В) 2,50 (С)	2,82 (В) 2,75 (В)	+0,30 +0,25
Реализация права на врачебную тайну	Медицинские сестры фельдшеры	2,74(В) 2,78(В)	2,92(В) 2,94(В)	+0,18 +0,16
Реализация права на ИДС	Фельдшеры	1,56 (Н)	2,70(В)	+1,14
Реализация права на отказ от медицинского вмешательства	Фельдшеры	2,54 (В)	2,85(В)	+0,31
Реализация права на информацию	Фельдшеры	2,64 (В)	2,86(В)	+0,22

В настоящее время в условиях отсутствия федеральных профессиональных стандартов деятельности средних медработников, недостаточной правовой регламентации механизмов реализации отдельных прав пациентов средними медицинскими работниками, определение правового статуса среднего медицинского работника возможно путем регионального или локального нормирования их трудовой деятельности. В связи с этим считаем целесообразным разработать локальный нормативный акт для медицинских организаций, в котором были бы определены механизмы реализации отдельных прав несовершеннолетних пациентов средними медицинскими работниками.

Организационный эксперимент проходил на базе медицинских организаций Владимирской и Ивановской областей. С целью оценки динамики показателей правовой грамотности и реализации прав пациентов проводился опрос средних медицинских работников до внедрения программы (107 фельдшеров и 228 медицинских сестер) и после (104 фельдшера и 226 медицинских сестер).

В результате организационного эксперимента была получена положительная динамика показателей по отдельным аспектам правовой информированности и реализации отдельных прав несовершеннолетних пациентов (таблица).

Таким образом, стандартизация механизмов реализации прав пациентов в медицинской организации с четким описанием требований, условий и алгоритмов данного процесса способствует улучшению качества обслуживания пациентов и является инструментом правовой защиты не только несовершеннолетних пациентов, но и средних медицинских работников.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В.Ю., Волгина С.Я. Современные этические проблемы в педиатрии // Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности: матер. 1-й Всерос. науч.-практ. конф. / Под ред. С.Г. Стеценко. М.: Юрист, 2003. С. 50—51.
2. Баклушина Е.К., Нуженкова М.В. Медико-организационные мероприятия по совершенствованию реализации прав несовершеннолетних пациентов // Вопросы современной педиатрии. 2006. № 5. С. 42—43.
3. Иванюшкин А.Я. СПИД, стигма, дети и биоэтика // Вестн. Московского городского педагогического университета. Серия: Философские науки. 2012. № 1. С. 72—82.
4. Садыков М.М. Права ребенка-пациента и проблемы их реализации в амбулаторной педиатрической практике // Казанский медицинский журн. 2008. Т. 89. № 2. С. 209—212.
5. Филиппов Ю.Н., Абаева О.П. Право пациентов на автономии в законодательстве Российской Федерации. М.: Миклош, 2010. 76 с.
6. Понкин И.В. и др. О некоторых недостатках федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323—ФЗ // Нравственные императивы в праве. 2011. № 3. С. 4—38.

## АНАЛИЗ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К РАЗРАБОТКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Ю.В. Бурковская<sup>1</sup>, И.В. Тюрина

*Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова*

*Рассмотрены подходы к разработке, утверждению и применению профессиональных стандартов.*

*Ключевые слова: профессиональная стандартизация, квалификационные требования, классификатор профессий*

В России давно сложилась ситуация, при которой профессиональные знания, навыки, которые получают студенты в ВУЗах, нередко не имеют прикладного характера, а обладают исключительно теоретической направленностью, и выпускники не обладают набором необходимых практических навыков, умений. Дипломированный специалист без опыта работы фактически специалистом не является, он не имеет достаточной квалификации для того, чтобы непосредственно приступить к профессиональной деятельности и приложению полученных знаний на практике. Сегодня существует качественный разрыв между спросом и предложением на рынке труда и как результат диплом, свидетельство или иной документ об образовании не имеет практической значимости.

По оценкам федеральной службы по труду и занятости менее 40% выпускников ВУЗов трудоустраиваются по полученной в ВУЗе специальности. Принятое Правительством России Постановление о плане разработки профессиональных стандартов должно существенно изменить положение дел [1].

Во-первых, проекты профессиональных стандартов могут разрабатываться работодателями,

их объединениями, профессиональными сообществами, саморегулируемыми организациями и иными некоммерческими организациями с участием образовательных организаций профессионального образования и других заинтересованных организаций. Именно бизнес (потребитель) должен выдвигать своеобразный заказ на виды и качество трудовых ресурсов, необходимых на рынке труда. Очевидны и выгоды от данного процесса для каждой из сторон: бизнес получает квалифицированные кадры, в которых испытывает дефицит, без необходимости вложений собственных сил и средств на их обучение; повышаются качество и ценность образования; у работников появляется возможность профессионально расти; на замену рынку дипломов приходит рынок квалификаций и компетенций. Например, на рынке труда частной охраны сложилась полностью противоположная ситуация. МВД России взяло на себя не только оценку уровня подготовки кадров (квалификационный экзамен, периодическая проверка), но и сделало для себя возможным лишать человека права на труд (лишение личной карточки охранника), без обязательного участия профсоюзных органов и работодателей [2].

Во-вторых, утверждены правила, устанавливающие порядок разработки, утверждения и применения профессиональных стандартов. Установлено, в частности, что разработка проектов профессиональных стандартов осуществляется в соответствии с утверждаемыми Минтруда Рос-

<sup>1</sup> Бурковская Юлия Валерьевна — ассистент кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы факультета высшего сестринского образования и психолого-социальной работы; 127473, Москва, ул. Достоевского, д. 2, стр. 2; тел.: 8 (495) 688-72-54; e-mail: jburkovskaya@gmail.com.

сии методическими рекомендациями, макетом профессионального стандарта и уровнями квалификаций. До сих пор единого понятия профессиональных стандартов и порядка их разработки и принятия не выработано ни в законодательстве, ни в иных нормативных правовых актах. При этом профессиональные стандарты можно определить как нормативно-правовые акты, перечисляющие минимально необходимые и достаточные требования к квалификации и компетенции работника по конкретной должности (профессии), позволяющие ему выполнять свои трудовые функции с приемлемым качеством [2].

До настоящего времени такими нормативно-правовыми актами остаются квалификационные справочники (единый тарифно-квалификационный справочник работ и профессий рабочих; единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих), принимаемые Правительством России, которые носят рекомендательный характер и обязательны только в случаях, если в соответствии с федеральным законом по определенным должностям, профессиям и специальностям предоставляются компенсации и льготы (ст. 57 Трудового кодекса (ТК) РФ).

В-третьих, установлены источники финансирования разработки проектов профессиональных стандартов как за счет бюджета, так и за счет собственных средств, порядок рассмотрения проекта и подготовки к утверждению. Разработка проектов профессиональных стандартов за счет собственных средств осуществляется разработчиками в инициативном порядке. Разработка проектов профессиональных стандартов за счет средств федерального бюджета осуществляется в соответствии с перечнем групп занятий (профессий), утверждаемым Минтруда России с учетом приоритетных направлений развития экономики [3].

Активная работа по разработке и внедрению профессиональных стандартов деятельности в различных областях ведется Российским союзом промышленников и предпринимателей (РСПП). Однако РСПП, выступающий в качестве общероссийского объединения работодателей «Российский союз промышленников и предпринимателей» является некоммерческой организацией, образованной на добровольной основе общероссийскими отраслевыми (межотраслевыми), ре-

гиональными (межрегиональными) объединениями работодателей и работодателями [4].

Нормативные акты, принятые в рамках данного общественного объединения, распространяются только на его членов. Поэтому принятые в соответствии с разработанным Национальным агентством развития квалификаций (НАРК) порядком, профессиональные стандарты не являются обязательными для исполнения, т.к. их правовой статус не закреплен нормативным актом органа исполнительной власти, позволяющего его закрепить на федеральном уровне.

Другим направлением является установление квалификационных требований к работникам учреждений, принимаемых на уровне министерств и ведомств органов исполнительной власти РФ. По сути квалификационные требования (к профессиональным знаниям и навыкам) представляют собой профессиональный стандарт, который устанавливает требования к профессиональным знаниям и навыкам, необходимым для исполнения должностных обязанностей работниками органов исполнительной власти. В данном случае квалификационные требования утверждаются нормативным актом органа исполнительной власти и утверждаются приказом соответствующего органа. В случае такого рода закрепления нормативно-правового статуса квалификационных требований, они распространяются на профессиональную деятельность государственных служащих, т.е. имеют ограниченную сферу применения [4].

В 2009 г. по решению Правительственной комиссии по высоким технологиям и инновациям создана Межведомственная рабочая группа по разработке профессиональных стандартов (квалификационных требований) к должностям работников высокотехнологичных отраслей экономики.

Та ситуация, в которой оказались все начинания по разработке профессиональных стандартов, потребовала поиска новых путей реализации решений в области разработки профессиональных стандартов. Отмена существующей системы квалификационных справочников не решит тех проблем, которые сегодня накопились в вопросах разработки профессиональных стандартов. Кроме того, некоторыми специалистами высказывается мнение о том, что необходимо разработать и утвердить параллельно с действующими справоч-

никами нормативный документ, регулирующий вопросы разработки профессиональных стандартов. Однако существование двух параллельных документов, выполняющих одинаковую функцию, не только не решит проблемы, но и усугубит ее, внесет дополнительную неопределенность. Первым и самым существенным доводом в несостоятельности такого подхода является то, что в настоящее время квалификационные справочники являются одним из немногих реально действующих механизмов регулирования трудовых отношений.

Механизм разработки и применения квалификационных справочников полностью интегрирован в систему трудового законодательства и имеет достаточно обширную нормативную базу. Кроме того, квалификационные справочники и сегодня являются основой для принятия кадровых решений и регулирования трудовых отношений во многих российских компаниях и в особенности в бюджетном секторе экономики.

Важным аргументом в пользу существования справочников является широкий охват профессиональной структуры. Так, в настоящее время квалификационные справочники содержат характеристики по 5,5 тыс. профессий рабочих и 2 тыс. должностей служащих [5].

С учетом всех существующих недостатков и преимуществ действующих квалификационных справочников Минздравсоцразвития России рассматривает вопрос об интеграции профессиональных стандартов в действующие квалификационные справочники. Тем более что, как показал анализ существующей нормативной базы, никаких правовых препятствий для этого не существует. Реализация профессиональных стандартов в формате, свойственном западной модели профессионального стандарта, может практически без всяких затруднений вписаться в квалификационную характеристику.

Говоря о разработке системы профессиональной стандартизации в России, нельзя не коснуться вопроса структуры и содержания профессионального стандарта. Следует сказать, что в зарубежной практике не существует единого «макета» профессионального стандарта, но анализ зарубежного опыта позволяет выделить общую направленность формирования структуры профессионального стандарта и его основные структурные элементы [6].

Следует отметить, что современная отечественная практика разработки профессиональных стандартов преимущественно опирается на макет профессионального стандарта, предложенного НАРК РСПП. Во многом макет, разработанный этой организацией, опирается на зарубежный опыт. В итоге документ получается весьма громоздким и весьма не удобным в практическом применении.

В настоящее время утвержден макет профессионального стандарта [6]. При этом необходимо отметить, что структурирование информации в профессиональном стандарте основано на компетентном подходе, который предусматривает формирование требований к знаниям, умениям и навыкам работника, позволяющих ему качественно выполнять конкретную трудовую функцию в рамках соответствующей области профессиональной деятельности.

Отличительной особенностью этого подхода является то, что квалификационные характеристики разрабатываются на группу профессий или должностей в определенной области профессиональной деятельности и содержат перечень их возможных наименований. Это является безусловным преимуществом, так как позволяет более свободно ориентироваться в существующих наименованиях должностей и профессий.

Разработка профессиональных стандартов проводится в несколько этапов. Приказом Минтруда России от 29.04.2013 г. № 170н утверждены Методические рекомендации по разработке профессионального стандарта [7].

Структурой профессионального стандарта предусмотрено, что профессиональная деятельность расчленяется на структурные элементы — трудовые функции, а требования к навыкам, умениям и знаниям работника устанавливаются по каждой из них.

Сами навыки и умения в профессиональном стандарте указываются в форме критериев качественного выполнения трудовых функций. Именно задание критериев в качестве «норматива» профессиональной деятельности позволяет обеспечить через их отражение в стандартах необходимое качество рабочей силы.

Структура профессионального стандарта также содержит раздел, устанавливающий требования к квалификации, который формируется путем разнесения трудовых функций по квали-

фикационным уровням. Основным критерием, положенным в основу подобного распределения трудовых функций, выступает их сложность.

Важным и ответственным этапом работы по разработке профессиональных стандартов является их содержательное наполнение. Поэтому направленность на качество и эффективность выполнения трудовых функций предлагается обеспечить посредством применения функционального анализа, эффективно зарекомендовавшего себя в зарубежной практике разработки профессиональных стандартов. Применение функционального анализа ориентирует на обеспечение согласованности всех трудовых функций и критериев их качественного выполнения на достижение главной цели. Задача введения государственных профессиональных стандартов, соответствующих международным требованиям, ставилась еще в 1996 г., о чем свидетельствует Программа социальных реформ в РФ на период 1996—2000 гг., утвержденная Постановлением Правительства РФ от 26.02.1997 г. № 222 [8]. О необходимости реформирования сферы развития кадрового потенциала ранее говорилось во многих документах [9—13]. Кроме того, было ряд генеральных соглашений между общероссийскими объединениями профсоюзов, общероссийскими объединениями работодателей и Правительством РФ на 2002—2004 гг., на 2005—2007 гг., на 2011—2013 гг., также предусматривающих разработку систем профессиональных стандартов, их дальнейшее совершенствование и сближение со стандартами Европейского союза.

Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 г. [14] также закрепляет положение о том, что создание национальной системы квалификаций, системы профессиональных стандартов, а также системы оценки профессиональных качеств работника сможет обеспечить достойное развитие гибкого эффективного рынка труда, позволяющего преодолеть структурное несоответствие спроса и предложения на рабочую силу, сократить долю нелегальной занятости, повысить мотивацию к труду и трудовую мобильность [15].

Несмотря на все эти усилия, которые прилагались долгие годы к созданию профессиональных стандартов, в России разработка профессиональных стандартов стоит пока лишь на на-

чальном этапе. Профессиональные стандарты разрабатываются, но на практике не применяются. В настоящее время Минюстом России зарегистрировано порядка 200 профессиональных стандартов. В ТК РФ появится отдельная статья 195.2, описывающая применение работодателями профессиональных стандартов. Они будут обязательными для государственных и муниципальных учреждений и организаций и для государственных внебюджетных фондов с 1 января 2016 г. [16].

Отсутствие непрерывного процесса воспроизводства новой рабочей силы, соответствующей требованиям рынка труда замедляет развитие отраслей экономики. Поэтому необходимость создания и внедрения в практику новых, более эффективных и надежных подходов и методов действия и регулирования в данной сфере очевидна. Одним из таких методов, способных разрешить назревшую проблему, является создание эффективной системы профессиональных стандартов на территории нашей страны.

Профессиональные стандарты могут сделать существенный вклад в формирование качественных образовательных программ и программ профессионального обучения, способны стать основой для создания систем сертификации и аттестации различных категорий персонала, для разработки и реализации программ развития человеческих ресурсов, а также для создания и внедрения согласованных программ подготовки и переподготовки кадров.

В перспективе развития профессиональных стандартов, согласно изменениям в статье 195.1 ТК РФ по готовящемуся законопроекту, профессиональные стандарты подлежат обязательному применению организациями, в отношении которых функции и полномочия учредителя осуществляют федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ, иные государственные органы, органы местного самоуправления [17].

После внедрения системы профессиональных стандартов инспекторы по труду получают право предъявлять требования о соответствии квалификации работников этим профессиональным стандартам. Согласно статье 57 ТК РФ должность (профессия), указанная в трудовом договоре, должна соответствовать классификаторам профессий и должностей и (или) профессио-

нальным стандартам в случае установления льгот, гарантий и ограничений. Работодателю следует обратить внимание не только на порядок установления льгот, но и на ограничения, к которым могут быть отнесены и минимальные требования к уровню образования, прописанные в профессиональных стандартах [18]. Кроме этого, после внедрения профессиональных стандартов и утверждения квалификационных уровней, законодательно определится минимальная заработная плата для всех уровней квалификации.

Освоение системы профессиональных стандартов потребует от руководителей организаций определенных усилий. Понадобится изменения локальных нормативных актов организации — устава, должностных инструкций, трудовых договоров, коллективного договора, правил внутреннего трудового распорядка, положений об оплате труда, о стимулирующих выплатах и т.д.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации «Об утверждении Плана разработки профессиональных стандартов на 2012—2015 гг.» от 29.11.2012 № 2204-р. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_138446/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_138446/) (дата обращения: 10.06.2015).
2. Шмелькова Л.В. Нормативные правовые основания разработки профессиональных стандартов // Дополнительное образование в стране и мире. 2013. № 4. С. 25—29.
3. Постановление Правительства Российской Федерации «Об утверждении правил разработки, применения и утверждения профессиональных стандартов» от 22.01.2013 № 23. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=169051> (дата обращения: 10.06.2015).
4. Положение о профессиональном стандарте, утвержденное Распоряжением президента Российского союза промышленников и предпринимателей № РП-46 от 28.06.2007 г. URL: <http://old.nark-rspp.ru> (дата обращения: 10.06.2015).
5. Общероссийский классификатор занятий. ОК 010-93 (ОКЗ) (Постановление Госстандарта Российской Федерации от 30.12.1993 № 298). URL: [www.consultant.ru](http://www.consultant.ru) (дата обращения: 10.06.2015).
6. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 12.04.2013 № 147н «Об утверждении Макета профессионального стандарта» (с изменениями и дополнениями) Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/70366850/#ixzz3oSAFugP8> (дата обращения: 01.06.2015).
7. Методика разработки профессиональных стандартов. URL: <http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/payment/12> (дата обращения 10.06.2015).
8. Постановление Правительства РФ от 26.02.1997 № 222 «О программе социальных реформ в Российской Федерации на период 1996—2000 годов». URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_13604/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_13604/) (дата обращения: 10.06.2015).
9. Постановление Правительства РФ от 31.03.1997 № 360 «Об утверждении Программы Правительства Российской Федерации «Структурная перестройка и экономический рост в 1997—2000 годах». URL: <http://base.garant.ru/1561337/> (дата обращения: 10.06.2015).
10. Распоряжение Правительства РФ от 10.07.2001 № 910-р «О Программе социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу (2002—2004 гг.)». URL: <http://base.garant.ru/183546/> (дата обращения: 10.06.2015).
11. Распоряжение Правительства РФ от 15.08.2003 № 1163-р «Об утверждении Программы социально-экономического развития РФ на среднесрочную перспективу (2003—2005 гг.)». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=261800> (дата обращения: 10.06.2015).
12. Распоряжение Правительства РФ от 06.05.2003 № 568-р «О Концепции действий на рынке труда на 2003—2005 годы». URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_42143/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_42143/) (дата обращения: 10.06.2015).
13. Постановление Правительства РФ от 23 декабря 2005 г. № 803 «О Федеральной целевой программе развития образования на 2006—2010 годы» (с изменениями и дополнениями). URL: <http://base.garant.ru/189041/#ixzz3oSFzIgd4> (дата обращения: 22.06.2015).
14. Распоряжение Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года (с изменениями и дополнениями)» URL: <http://base.garant.ru/194365/#ixzz3oci8us8K> (дата обращения: 22.06.2015).
15. Распоряжение Правительства Российской Федерации «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» от 17 ноября 2008 г. № 1662-р (ред. от 08.08.2009). URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=law&n=90601&req=doc> (дата обращения: 10.06.2015).
16. Приказ Министерства Труда России от 12 апреля 2013 г. № 148н «Об утверждении уровней квалификации в целях разработки проектов профессиональных стандартов». URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_146970/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_146970/) (дата обращения: 10.06.2015).
17. Трудовой кодекс Российской Федерации. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_34683/a34b5e8f410e69b5651fbd899dbc2975b631f3d2/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/a34b5e8f410e69b5651fbd899dbc2975b631f3d2/) (дата обращения: 10.06.2015).
18. Батрова О.Ф., Блинов В.И., Волошина И.А. и др. Национальная рамка квалификаций Российской Федерации: Рекомендации. М.: Федеральный институт развития образования. 2008. 14 с.

## ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ

### СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.А. Брюн<sup>1</sup>, И.П. Почитаева<sup>2</sup>

*Московский научно-практический Центр наркологии  
Департамента здравоохранения  
Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова*

*Результаты проведенного исследования показали, что в целом общее число посещений врачей — наркологов выросло на 72,8%. Контроль технологических стандартов лечения показал дефекты и причины отклонений в лечении у 2% больных, которые были связаны с несовершенством стандартов и недостаточной обеспеченностью современными медикаментозными препаратами, а также сложностью лечения больных с множественностью сопутствующих заболеваний. Наиболее высокая удовлетворенность наркологической помощью отмечалась среди наркозависимых пациентов. До 86,9% больных всех отделений считали оказанную им помощь своевременной. За последние 8 лет выроста частота ремиссий.*

*Ключевые слова: стандарты, наркологическая помощь, качество, ремиссии, удовлетворенность, посещения*

Масштабы наркомании, оказывающие влияние на социально-экономическое развитие общества [1—3], получили широкое распространение среди молодежи [4—6], что свидетельствует о

<sup>1</sup> Брюн Евгений Алексеевич — д-р мед. наук, профессор; главный психиатр-нарколог Минздрава РФ; директор Московского научно-практического Центра наркологии; 109390, Москва, ул. Люблинская, д. 37/1; тел. 8 (495) 178-35-05; e-mail: bryun@rambler.ru.

<sup>2</sup> Почитаева Ирина Петровна — канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории эффективности управления в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением; 119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8; e-mail: justforyouip@gmail.com.

необходимости усиления профилактической составляющей и совершенствования организации наркологической помощи [7—9]. Поэтому вопрос организации специализированной помощи и профилактики распространения наркомании с учетом социально-экономических условий развития страны являются чрезвычайно актуальной проблемой наркологии [2, 7, 9, 10].

Цель исследования: провести анализ качества оказанной лечебно-профилактической наркологической помощи больным на соответствие утвержденным стандартам специализированной медицинской помощи и оценить удовлетворенность пациентов.



## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данные форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» за период с 2005 по 2014 гг. и результатов социологического исследования среди наркологических пациентов. В анкетировании приняли участие 290 больных с наркотической и 328 — с алкогольной зависимостью среди обратившихся за наркологической помощью к специалистам Костромской области. Специально разработанная анкета больного наркоманией отличалась от анкеты больного с хроническим алкоголизмом целенаправленностью и специфичностью вопросов. Пациенты, имеющие сочетанное употребление психоактивных веществ были отнесены к группе больных наркоманией. Экспертиза медицинской документации проводилась заместителем главного врача по лечебной работе, заведующими отделений диспансера и экспертами Костромской областной психиатрической больницы. Экспертная оценка качества наркологической помощи осуществлялась с использованием следующих критериев: полнота проведенных обследований, результативность этапов диагностики, лечения и исходы. Проводилось сравнение со стандартами обследования и лечения, в сочетании с мнением экспертов.

За 2010 г. было проанализировано 905 амбулаторных карт и 618 историй болезней. При этом экспертами были выявлены дефекты и причины отклонений в технологиях лечебного процесса.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Догоспитальный этап оказания наркологической помощи осуществляется в муниципальных и государственных медицинских организациях Костромской области, наркологические кабинеты имеются и на базе муниципального учреждения здравоохранения (МУЗ) и областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения (ОГБУЗ). В случае отсутствия врача психиатра-нарколога в муниципальном образовании амбулаторная помощь оказывается специалистами ближайшей медицинской организации, имеющей лицензию на указанный вид деятельности, на договорной основе. Наркологические кабинеты ОГБУЗ «Костромской областной наркологический диспансер» оказывают консультативную и лечебно-профилактическую помощь больным всех муниципальных образований по обращению без направления врача психиатра-нарколога.

Данные о числе посещения амбулаторно-поликлинического отделения диспансера Костромской области представлены в таблице.

Общее число посещения на 1 больного, состоящего на учете у врача нарколога в 2007 г., составляло 4,55, в 2014 г. — 11,5. Число посещения по поводу заболеваний на 1 больного, состоящего на диспансерном учете в начале анализируемого периода, составило 2,27, к концу — выросло до 3,1. В целом за последние 8 лет общее число посещения специалистов выросло на 72,8%.

Специалисты наркологического диспансера Костромской области при оказании медицинской помощи больным с наркотической зависимостью руководствуются стандартами специализированной медицинской помощи, утвержденными приказом Министерства здравоохранения РФ [11]. Лечебно-реабилитационные мероприятия для наркологических больных проводятся как в условиях стационаров, так и в амбулаторных условиях. Значительная часть больных прекращает лечение в амбулаторных условиях. Ряд больных не выполняют требований лечащего врача, затягивают лечение до 2 мес, т.е. почти в 3 раза больше по длительности.

Для оценки качества оказываемой специализированной медицинской помощи нами проведено социологическое исследование среди наркологических пациентов. Было установлено, что более половины больных с хроническим алкоголизмом (57,5 на 100 опрошенных) находились

**Число посещения амбулаторно-поликлинических отделений наркологической помощи Костромской области с 2007 по 2014 гг. (в абс. числах и %)**

Год	Число посещения, всего	
	абс.	показатель наглядности, %
2007	101 581	100,0
2008	106 981	105,3
2009	97 501	96,0
2010	100 987	99,4
2011	106 109	104,4
2012	157 259	154,8
2013	165 513	162,9
2014	175 551	172,9

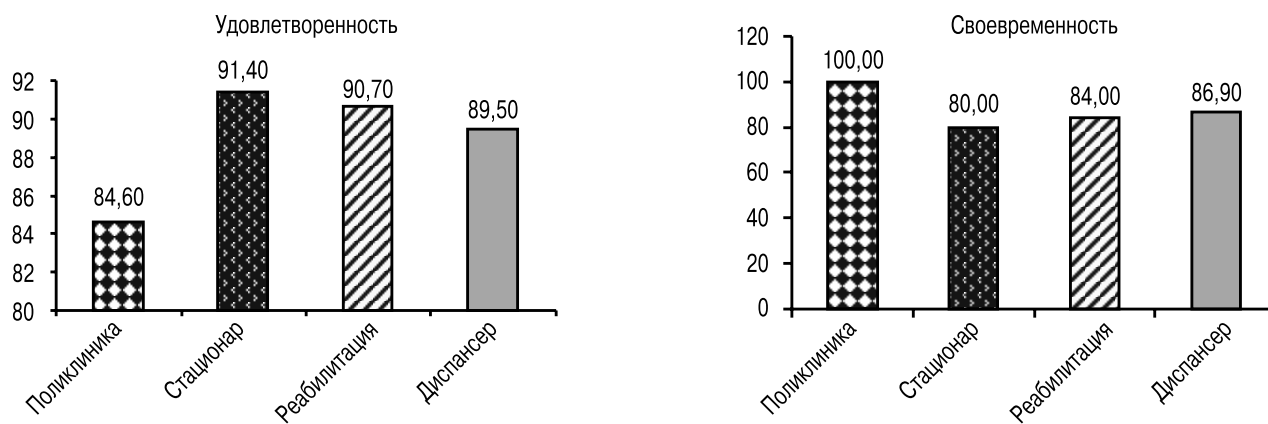


Рис. 1. Показатели удовлетворенности и своевременности оказания наркологической помощи наркозависимым пациента (на 100 опрошенных)

на лечении около 1 мес. Больные с длительностью лечения до недели составили в пределах 22,2% и около 2 мес — 17,1%. Среди больных 22,2% составляли пациенты, доставленные в отделение неотложной наркологической помощи, которые после проведения курса дезинтоксикации отказывались от дальнейшего лечения. Менее 17% приходилось на больных с тяжелыми формами интоксикации.

Таким образом, практически пятая часть пролеченных наркологических больных в условиях стационара прерывают лечение. Наиболее часто это касается больных отделений неотложной помощи. Большая часть больных имеют сочетанную патологию. Так, по данным выкопировки информации из медицинской документации, последствия черепно-мозговой травмы встречались у 42%, а полинейропатия — у 34%.

Определенные трудности в лечении больных наркоманией и хроническим алкоголизмом влияют на показатели качества лечебного процесса. Для анализа качества лечения нами использован ряд методов: статистический, экспертный и социологический.

В последние годы, в связи с усилением внимания к проблеме качества оказания медицинской помощи пациентам, усилился внутренний контроль со стороны заведующих отделениями, заместителя главного врача по лечебной работе и специальными врачебными комиссиями по соблюдению технологических стандартов лечения больных, чему свидетельствуют данные амбулаторных карт и медицинских карт стационарного больного.

В процессе экспертизы были выявлены отклонения в соблюдении имеющихся стандартов лечения у 2% больных, чаще при оказании амбулаторной помощи, что больше связано с несовершенством стандартов, а также с изменениями финансирования по приобретению медикаментов. В 4% случаях были выполнены малоэффективные мероприятия.

При оценке исходов заболевания дефекты выявлены в 2,8%, в том числе отказ от лечения — в 1,8% случаях, особенно больных, получивших помощь в отделении неотложной наркологической помощи. Выписка за нарушения режима стационара, включая побеги, до 0,8% больных.

Выявленные дефекты в технологиях лечебно-диагностического и реабилитационного процесса связаны с несовершенством стандартов медицинской помощи и недостаточной обеспеченностью современными медикаментозными препаратами, а также сложностью лечения больных с множественными сопутствующими заболеваниями.

Дефекты медицинской документации в виде низкой информативности дневниковых записей выявлены в 2,5% случаях.

По данным социологического опроса пациентов поликлинического отделения и стационара ГУЗ «Наркологический диспансер» Костромской области, большинство больных наркоманией и хроническим алкоголизмом положительно оценивали качество оказания медицинской помощи (рис. 1 и 2).

Так, удовлетворенность наркозависимых пациентов поликлинического отделения диспансера Костромской области составила 84,6 на

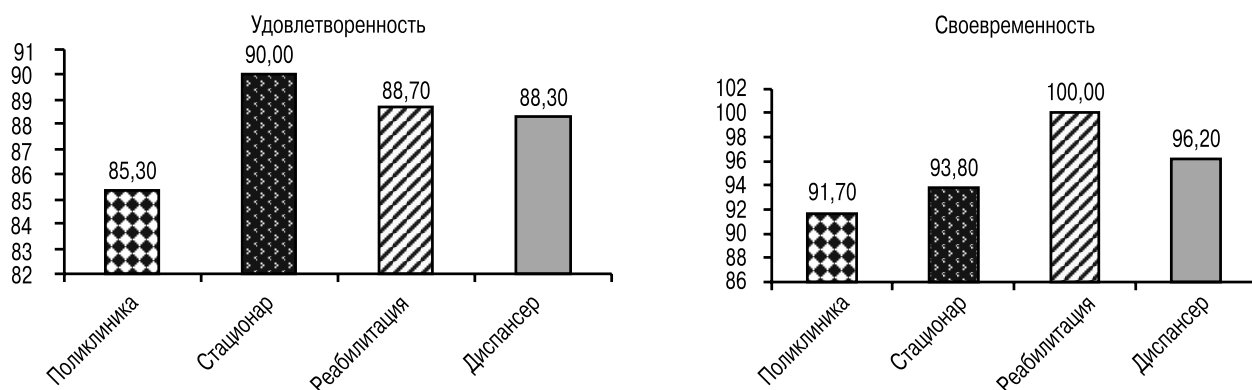


Рис. 2. Показатели удовлетворенности и своевременности оказания наркологической помощи больным хроническим алкоголизмом (на 100 опрошенных)

100 опрошенных, больных стационара — 91,4%, а отделения реабилитации — 90,7%. До 86,9% больных наркологического диспансера считали оказанную им помощь своевременной, в то время в поликлиническом отделении все пациенты выразили удовлетворенность. Примерно такие же высокие показатели удовлетворенности и своевременности отметили больные с хроническим алкоголизмом.

Данные рис. 1 и 2 свидетельствуют о своевременности оказываемой специализированной медицинской помощи наркозависимым пациентам (от 100% в поликлиническом отделении до 80% в условиях стационара). В то время как алкогользависимые пациенты несколько в меньшей степени выразили как удовлетворенность, так и своевременность оказываемых услуг. Основными показателями результативности лечения яв-

ляются характеристики ремиссии у больных, достижение ремиссий и их длительность.

Таким образом, на основании изучения удовлетворенности и своевременности оказания наркологической помощи, а также данных экспертных оценок, можно сделать вывод о высоком качестве наркологической помощи в Костромской области.

Эффективность специализированной медицинской помощи в соответствии со стандартами их оказания [11] оценивается частотой и длительностью ремиссий. К примеру, при длительности ремиссий свыше 5 лет (выздоровление) больных с наркологическими расстройствами подлежат к снятию с диспансерного наблюдения (рис. 3).

Данные рис. 3 свидетельствуют о росте благоприятных исходов проводимой специализированной помощи наркозависимым пациентам: с 2010 г. до конца анализируемого периода число снятых с диспансерного наблюдения выросло на 150% (в 2,5 раза).

## ВЫВОДЫ

1. Число посещений врачей-наркологов по поводу заболеваний в расчете на 1 больного, состоящего на диспансерном учете, выросло в 1,4 раза. В целом общее число посещений специалистов выросло на 72,8%.

2. Контроль выполнения стандартов оказания медицинской помощи больным, проведенный экспертной группой в составе заведующих отделениями и заместителя главного врача по лечебной работе, а также специальными врачебными ко-

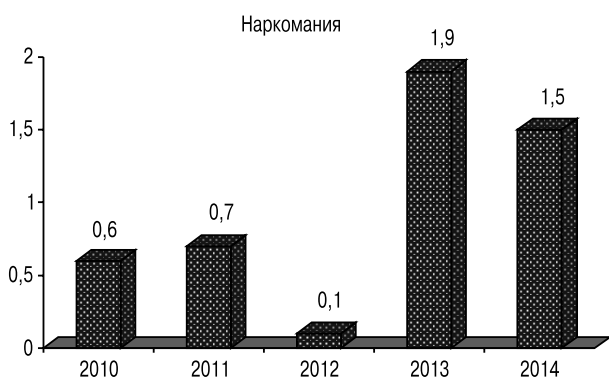


Рис. 3. Наркозависимые пациенты Костромской области, снятые с диспансерного наблюдения в связи с воздержанием свыше 5 лет за период с 2007 по 2014 гг. (на 100 диспансерных больных)

миссиями позволил выявить отклонения в 2,0% случаях и необходимость пересмотра стандартов оказания специализированной медицинской помощи наркологическим больным с учетом доступности в приобретении медикаментозного лечения.

3. Наиболее высокая удовлетворенность наркологической помощью среди наркозависимых пациентов выше, чем с алкогольной зависимостью в условиях стационарного лечения (94,1 и 90% против 84,6 и 85,5% соответственно в условиях поликлиники). До 86,9% больных всех отделений считали оказанную им помощь своевременной.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Иванова М.А., Мейснер А.Ф., Леонов С.А. Влияние наркомании на социально-экономическое развитие общества. Москва-Екатеринбург, 2006. Редакция академика РАМН В.И. Стародубова чл. корр. — РАН А.И. Татаркина. С. 66—102.
2. Брюн Е.А., Байкова В.Г. Наркомания в России: состояние, тенденции, пути преодоления. М.: Владос, 2003. 352 с.
3. Иванова М.А., Сон И.М., Воробьев М.В. Современные тенденции социально-обусловленных заболеваний в Российской Федерации в 2011 году. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2013. 104 с.
4. Никифоров И.А., Чернобровкина Т.В. Некоторые медико-социальные аспекты подростковой наркомании // Наркология. 2004. № 4. С. 73—80.
5. Митрофанов О.Е. Наркологическая заболеваемость детей в Московской области // Российский педиатрический журнал. 2008. № 6. С. 26—30.
6. Брюн А.Е. Наркологическое заболевание — результат накопления факторов риска в процессе психического развития // Независимость личности. 2009. № 2. С. 3—9.
7. Брюн Е.А., Шамота А.З., Ванисова Н.Г., Валькова У.В. Основные показатели, характеризующие состояние наркологической службы и распространенность наркомании в Московской области в 2000—2006 гг. // Вопросы наркологии. 2008. № 4. С. 115—128.
8. Бузык О.Ж., Власовский Р.В., Павлова Т.М. и др. Амбулаторная программа реабилитации больных наркологического профиля. («Решение плюс») // Методические рекомендации. № 45. Москва. 2011.
9. Иванова М.А., Павлова Т.М., Бузык О.Ж. К вопросу об организации медицинской помощи больным с наркотической зависимостью // Вопросы наркологии. 2010. № 4. С. 117—122.
10. Левен И.И., Мазус А.И., Духанина И.В., Чигринцев О.В., Виноградов Д.Л. Вопросы политики противодействия распространению наркомании и ВИЧ-инфекции // Проблемы управления здравоохранением. 2009. № 2 (45). С. 38—42.
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04 сентября 2012 года № 135н «Об утверждении стандартов специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ».

## ОРГАНИЗАЦИЯ ОТДЕЛЕНИЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ МОСКВЫ

А.С. Безымянный<sup>1</sup>, Р.А. Хальфин<sup>2</sup>

*Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова Москвы  
Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова*

*Изложены основные исторические этапы создания службы скорой медицинской помощи. Проанализированы проблемы организации скорой и неотложной медицинской помощи в Москве и предложены пути их решения.*

*Ключевые слова: скорая медицинская помощь; неотложная медицинская помощь; нормативная база оказания неотложной медицинской помощи*

Первые учреждения, оказывающие исключительно экстренную медицинскую помощь населению, появились и в России, и за ее пределами практически одновременно — в конце XIX века [1]. В Великобритании в 1877 г. было учреждено общество для оказания первой медицинской помощи, подобная же структура вскоре появилась и в Германии. Непосредственным же поводом для организации службы скорой медицинской помощи стал пожар в Венском оперном театре в 1861 г., приведший к большому числу жертв, как раз вследствие невозможности оказания экстренной медицинской помощи.

Теоретические основы создания службы скорой медицинской помощи (СМП) в России заложены Ермолаем Нейместером, издавшим в

1797 г. «Краткое наставление в пользу утопшим или способы сохранять жизнь таким, которые кажутся уже мертвыми». Первые службы скорой медицинской помощи появились в Петербурге и Москве только спустя почти век — в 1899 г. при 6 полицейских участках. В дальнейшем история развития скорой и неотложной медицинской помощи в нашей стране претерпевала неоднократные изменения, целью которых было соответствие данного вида помощи современным условиям.

Начальным этапом развития скорой медицинской помощи в России стала карета «скорой помощи». Первоначальной задачей этих подразделений было оказание помощи при пожарах и стихийных бедствиях. Следующий этап характеризуется существенным ростом числа пациентов карет СМП и экспроприацией ряда частных лечебниц после Октябрьской революции, что привело к формированию госпитального звена СМП.

К середине прошлого столетия, в связи с ростом специализации оказания медицинской помощи, наблюдалась и специализация СМП. К началу 60-х гг. СМП представляла один из основных видов помощи. Для ее обеспечения создавались хорошо структурированная служба СМП (станции, подстанции) и широкая сеть привязанных к ней соматических стационаров.

<sup>1</sup> Безымянный Алексей Сергеевич — заместитель главного внештатного специалиста по скорой, неотложной медицинской помощи и медицине катастроф Департамента здравоохранения города Москвы, зав. отделением экстренной консультативной скорой медицинской помощи ССиНМП им А.С. Пучкова; 129090, Москва, 1-й Коптевский пер. дом 3, стр. 1; тел. (495) 620-40-13; e-mail: ab@03msk.ru.

<sup>2</sup> Хальфин Руслан Альбертович — заслуженный врач Российской Федерации, д-р мед. наук, профессор, директор Высшей школы управления здравоохранением Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; 109004 Москва, ул. Александра Солженицына, д. 28; тел.: (499) 762-68-02; e-mail: rah@hsha.ru.

Значительную роль в истории скорой и неотложной медицинской помощи сыграло Постановление Совета министров СССР от 5.11.1961 г. № 987 «Об улучшении обслуживания населения скорой и неотложной помощью» и приказ Министерства здравоохранения СССР от 23.12.1961 г. № 570 [2], в котором предусматривалось развертывание одной санитарной машины на 10 000 человек населения, перевел оказание скорой и неотложной медицинской помощи в более крупный масштаб. В 80-х гг. ключевым вопросом дальнейшего совершенствования СМП становится необходимость усиления взаимодействия двух ее этапов — догоспитального и госпитального.

В 70—80 гг. не было разделения на скорую и неотложную медицинскую помощь, хотя большое количество проанализированных данных (Б.Д. Комаров, 1990; А.Н. Нагнибеда, 1992; И.Ш. Элькис, 1997) показало неэффективность интеграции ни с точки зрения времени оказания медицинской помощи, ни точки зрения эффективности. В основном это было связано с непрофильностью большего числа вызовов бригад «03». В европейских странах и США служба СМП редко выезжает на квартиры, в основном сотрудники СМП работают на улице, когда произошло ДТП, или если человеку в общественном месте понадобилась помощь. Непосредственно в дом приходит врач, уже знающий пациента и его заболевания.

Важными факторами, влияющими на организацию помощи, являются рост числа автотранспорта, недостаточность сети внутригородских дорог, проблема «пробок», увеличивающих время доступности «скорой помощи», которое из-за этого зачастую не вписывается в стандарты [3]. Во многих городах России именно эти сложности послужили толчком к разделению на службы скорой и неотложной медицинской помощи населению. В большинстве населенных пунктов неотложная медицинская помощь была включена в структуру амбулаторно-поликлинических учреждений [4]. Стоит отметить, что отдельные публикации (В.А. Петрашевич, А.Р. Проус, 1998) доказывали эффективность такого разделения.

Вместе с тем подобное разделение может создавать серьезную проблему при разграничении полномочий скорой и неотложной медицинской помощи и обеспечении преемственности данного вида служб (S.E. Dickhudt, 1987). Так,

М.А. Мессель (1932) считал, что неотложная помощь предназначена только «внезапно заболевшим или имеющим внезапное ухудшение в течение уже бывшего заболевания, если состояние упомянутых больных непосредственно угрожает жизни и не требует СМП, но с другой стороны не позволяет ожидать прибытия медицинской помощи на дому». Анализ материалов служб СМП ряда российских регионов выявил, что к скорой помощи относится только 40% случаев, в то время как на неотложную помощь приходится до 60% всех вызовов. Это также было отмечено Э.М. Гольдзибером и П.И. Калью (1961).

В нынешней российской концепции здравоохранения экономические показатели занимают одно из приоритетных мест. Связано это с возможностью увеличения числа и качества медицинских услуг населению за счет средств, сэкономленных благодаря правильной организации медицинского процесса. Отчасти поэтому в последнее время отмечается тенденция к стационарно-замещающим технологиям, в том числе к так называемому стационару на дому [5].

В Москве проблема оказания скорой и неотложной медицинской помощи особенно остра, что связано с существенным ростом населения и соответственно увеличением количества вызовов СМП [3]. Получается двойная ситуация: с одной стороны, с улучшением качества медицинского обслуживания увеличивается продолжительность жизни москвичей, но с другой, с увеличением продолжительности жизни увеличивается число вызовов к пациентам, страдающим хроническими заболеваниями.

По данным станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова (ССиНМП им. А.С. Пучкова), количество вызовов СМП в Москве в 2012 г. составило 3 794 316, из них 947 553 было связано с неотложными поводами, в том числе с обострениями хронических заболеваний, а в 2014 г. — 5 260 832 из них 1 264 665 это вызовы неотложной медицинской помощи. В 2012 — 2014 гг. бригадами ССиНМП им. А.С. Пучкова были сделаны выезды к пациентам по различным поводам (таблица).

В течение последних 3 лет объем выполненных вызовов бригадами отделений неотложной медицинской помощи к пациентам, страдающим хроническими заболеваниями сохраняется примерно на одном уровне (рисунок). Следует отметить, что имеется прямая зависимость объ-

ема вызовов, выполняемых бригадами неотложной и скорой медицинской помощи.

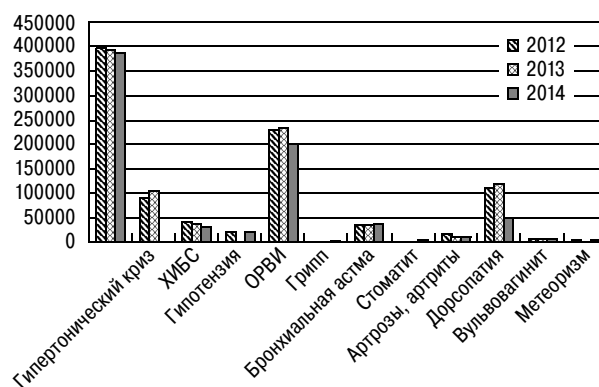
Всем этим пациентам была оказана помощь на дому, и госпитализация не потребовалась, а значит, удалось сохранить денежные средства для улучшения качества медицинской помощи.

В 2007 г. в России была принята концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. [6]. Важнейшими предпосылками разработки этого документа была необходимость улучшения доступности и качества оказания медицинской помощи населению страны. В рамках решения этой задачи Департаментом здравоохранения Москвы выработан комплекс мер по совершенствованию неотложной медицинской помощи населению. Так, в 2011—2012 гг. на базе городских поликлиник и больниц открылись 46 отделений неотложной медицинской помощи взрослому населению (ОНМПВН), к 2015 г. количество отделение увеличилось до 56.

Цель создания данных структурных единиц — снижение количества вызовов СМП пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, за счет тесного взаимодействия врачей отделений неотложной медицинской помощи и участковых терапевтов поликлиник и больниц, к которым прикреплены для лечения пациенты. Документ, регламентирующий работу ОНМПВН, — приказ Департамента здравоохранения от 08.06.2011 г. № 535 [7].

**Показатели распределения общего объема вызовов к пациентам с хроническими заболеваниями с 2012 по 2014 гг.**

Диагноз, синдром, состояние	Год		
	2012	2013	2014
Эссенциальная первичная гипертензия	394 191	392 145	385 569
Гипертонический криз	88 235	102 220	—
Хроническая ИБС	40 310	36 047	29 445
Гипотензия	22 504	19 222	11 921
ОРВИ	228 607	231 808	199 865
Грипп	829	1 952	1 327
Бронхиальная астма	34 554	33 778	36 098
Стоматит	1 918	1 816	2 759
Артрозы, артриты	15 503	10 293	8 837
Дорсопатия	110 710	118 233	48 221
Вульвовагинит	6 140	5 710	5 183
Старческая астения	102	71	39
Метеоризм	4 250	4 330	3 548



Распределение общего объема вызовов к пациентам с хроническими заболеваниями с 2012 по 2014 гг.

Согласно этому нормативному документу, врачи отделений неотложной медицинской помощи оказывают помощь при обострениях хронических заболеваний, не требующих экстренной специализированной медицинской помощи, в отличие от бригад скорой медицинской помощи. Врачебные бригады ОНМПВН оснащены самым современным оборудованием, но, в отличие от бригад СМП, бригада неотложной медицинской помощи состоит из одного врача. Кроме того, врачом ОНМПВН может работать специалист с сертификатом врача-терапевта или врача-специалиста. В большинстве ОНМПВН Москвы работают врачи-терапевты и врачи скорой медицинской помощи.

С 2015 г. на ССиНМП им. А.С. Пучкова для врачей отделений неотложной медицинской помощи городских поликлиник Москвы проводятся ежеквартальные обучающие семинары, лекции по сердечно-легочной реанимации, наиболее часто встречающихся заболеваний (артериальная гипертензия, острое нарушение мозгового кровообращения, кишечные инфекции, нейроинфекции, сахарный диабет, нарушения ритма и проводимости сердца, urgentные состояния у детей, заболевания дыхательных путей) [8, 9].

Следует обратить внимание, что работа в ОНМПВН требует владения навыками терапевтической службы — особенно это касается возможности дать пациенту дальнейшие рекомендации по лечению и взаимодействию с участковой терапевтической службой. Как показывает практика, для врача ОНМПВН сегодня остро необходимы и другие навыки, например, реанимационные; навыки инъекционного введения лекарств.

венных веществ, так как в случае вызова пациентом, например с гипертоническим кризом или эписиндромом, врачу нужно внутривенно ввести лекарственное средство, что в условиях поликлиники это делает медицинская сестра процедурного кабинета. В экстренной ситуации надо уметь не только оперативно снять, но и расшифровать ЭКГ, оценить обстановку, получить подпись на информированном согласии пациента, сделать при необходимости внутривенную или внутримышечную инъекции, стабилизировать пациента, оценить его состояние в динамике, оформить карту вызова и, в случае необходимости, вызвать на себя бригаду скорой медицинской помощи для госпитализации и т.д.

С переходом ОНМПВН на тарификацию единой услуги ОМС изменился и характер работы, связанный с более тесным взаимодействием врачей ОНМПВН и терапевтов. Это не могло не отразиться на отношении пациентов к работе врачей. Так, в СВАО с 16.10.2013 по 30.11.2013 было произведено анкетирование пациентов. Выборка составила 963 человека (мужчин 346, женщин 607). Распределения по возрастным группам было приблизительно одинаковым, средний возраст — 35—45 лет. Ожидание врача составило 15—20 мин. По результатам опроса 755 из 963 пациентов считали, что приезд врача ОНМПВН не менее предпочтителен, чем врача СМП. Это связано с тем, что большинство врачей из поликлинического отделения ОНМПВН лучше знают своих пациентов, имеют с ними длительный и налаженный контакт, а также лучше осведомлены о состоянии здоровья конкретного пациента.

Таким образом, в настоящее время отсутствуют алгоритмы оказания неотложной медицинской помощи врачами ОНМПВН городских поликлиник. Разработка единых и четких алгоритмов оказания неотложной медицинской помощи будет способствовать не только улучшению качества оказания этого вида медицинской помощи населению, но и максимально оптимизирует работу врачей ОНМПВН.

Несмотря на высокую эффективность ОНМПВН как с экономической, так и с медицинской точки зрения, важно повысить квалификацию врачей ОНМПВН, в части практических умений и навыков, через систему сертификации и аттестацию (как минимум 72 ч, например, на базе ССиНМП или РМАПО). В специфике рабо-

ты необходимо учитывать, что, помимо знаний по терапии, необходимы еще и базовые знания общие по хирургии, акушерству, гинекологии и общим терапевтическим специальностям, включая умение описывать ЭКГ.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Элькис И.Ш. Концепция регионирования сети учреждений скорой медицинской помощи населению крупного мегаполиса (г. Москва) / Моск. станция скорой и неотложной мед. помощи им. А.С. Пучкова. М., 1997. 6 с. Деп. В ГЦНМБ 03.03.97, № Д-25489.
2. Приказ Минздрава СССР от 23.12.1961 № 570 «Об улучшении обслуживания населения скорой и неотложной медицинской помощью» (вместе с «Положением о городской станции скорой медицинской помощи», «Положением о специально оборудованных санитарных машинах станции скорой медицинской помощи») URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=ESU&n=22037> (дата обращения: 01.07.2015).
3. Элькис И.Ш. Организация службы скорой медицинской помощи в Москве // Здоровоохранение. 1999. № 12. С. 58—66.
4. Золотов В.П., Губин И.М., Пьяных А.Е. Автоматизированная информационная система объединенной больницы с поликлиникой: состояние и перспективы // Кремлевская медицина. 2007. № 5. С. 81—86.
5. Вялков А.И., Гройсман В.А. Информационные технологии в управлении лечебно-профилактическими учреждениями в условиях ОМС // Вестник обязательного медицинского страхования. М., 2001. № 1. С. 4—8.
6. Постановление Правительства РФ от 26.10.99. № 1194. О Программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью // Здоровоохранение. 2000. № 2. С. 95—99.
7. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 08.06.2011 № 535 «Об организации в амбулаторно-поликлинических учреждениях УЗ АО и поликлинических отделениях городских клинических больниц Департамента здравоохранения города Москвы отделений неотложной медицинской помощи взрослому населению в 2011 г. (вместе с «Положением об отделении неотложной медицинской помощи взрослому населению», «Положением о враче отделения неотложной медицинской помощи», «Положением о фельдшере (медицинской сестре) отделения неотложной медицинской помощи», «Типовом положении об организации деятельности персонала неотложной медицинской помощи взрослому населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях УЗ АО и поликлинических отделениях городских клинических больниц Департамента здравоохранения г. Москвы»»). URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=MLAW;n=129717> (дата обращения: 01.07.2015).
8. Распоряжение Департамента здравоохранения города Москвы № 279-р от 18.03.2015 «О проведении научно-практических семинаров для врачей специалистов отделений неотложной медицинской помощи в 2015 г.».
9. Зимин В.П. Мониторинг качества медицинской помощи: связь с управлением, экономикой стационара и страховыми медицинскими организациями // Здоровоохранение. 2009. № 9. С. 145—154.



## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

А.С. Гараева<sup>1</sup>

*Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова*

*Представлены результаты социологического исследования медико-социальных факторов, определяющих репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста Чеченской республики в новых социально-экономических условиях. Чеченцы традиционно ориентированы на большое количество детей. Негативные политические события 90-х годов в Чеченской республике не изменили этические и традиционные компоненты, которые оказывают существенное влияние на планирование семьи и обеспечивают положительное демографическое развитие республик.*

*Ключевые слова: социологическое исследование, женщины фертильного возраста, репродуктивное здоровье*

На современном этапе развития системы здравоохранения РФ достижение высокого уровня социальной эффективности мероприятий по охране здоровья населения является необходимым условием проведения мероприятий по реформированию системы.

Одним из способов получения информации о состоянии системы здравоохранения и влиянии медико-социальных факторов на демографическую ситуацию в регионе, являются социологические исследования, которые позволяют выявлять отношение к репродуктивному здоровью женщин фертильного возраста Чеченской республики в новых социально-экономических условиях, оценить состояние медицинской помощи и разработать предложения по улучшению качества медицинского обеспечения.

Социологические исследования являются важнейшим способом получения дополнитель-

ных сведений о системе предоставления медицинской помощи, в частности женщинам фертильного возраста. Известно, что этические и традиционные компоненты оказывают существенное влияние на планирование семьи. Различные национальные, культурные и религиозные традиции опираются на разнообразные системы этических ценностей. Их взаимодействие с вопросом здоровья людей как на индивидуальном так и популяционном уровнях имеет сильные отличия в разных регионах.

Чеченцы имеют многовековую историю и в значительной степени сохранили традиционный уклад жизни и нормы демографического поведения, что нашло свое отражение в национальной культуре. В Чеченской республике репродуктивная активность населения тесно взаимосвязана с укреплением и развитием семьи как первичной и основной ячейки общества. В семье сосредоточены многие экономические, социальные, нравственные отношения, связанные с репродуктивным поведением и процессом воспроизводства новой жизни. Семья — микросреда, где

<sup>1</sup> Гараева Амнат Султановна — канд. мед. наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения; 119021, Москва, Б. Пироговская, 2; тел. (499) 248-72-88.

формируются привычки и особенности поведения ее членов, особенно будущих поколений. Чеченцы традиционно ориентированы на большое количество детей в семье. Изучение национальных традиций чеченцев позволило выявить, что семья была и остается основным социальным институтом этого народа. Они в большей степени сохранили традиционный уклад жизни и нормы демографического поведения, что отражается в традициях по воспитанию детей раннего возраста [1].

Вопреки негативным политическим событиям 90-х годов в Чеченской республике идет положительное демографическое развитие, и республика лидирует по показателям естественного прироста населения [2, 3].

Цель исследования: изучить медико-социальные факторы, влияющие на репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста Чеченской республики и их роль в обеспечении высокого уровня рождаемости в регионе в современных социально-экономических условиях.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено анкетирование 3604 женщин в возрасте от 15 до 59 лет, проживающих в различных районах Чеченской республики и г. Грозном. Отбор женщин был случайным. Для изучения влияния медико-социальных факторов на репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста Чеченской республики нами была разработана специальная анкета. Анкеты заполняли анонимно сами женщины. В связи с тем что анкета включала вопросы, связанные с проблемами личной и семейной жизни, перед началом опроса респондентам была представлена информация о цели анкетирования и конфиденциальности предоставляемых сведений. Это повысило возможность получения достоверных ответов и уменьшило число отказов заполнения анкет. Исследование проводилось в период с 2007 по 2014 гг. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы STATISTICA 6

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Респонденты в возрасте 15—19 лет составили 7,5%, 20—24 лет — 22,1%, 25—29 лет — 23,2%, 30—34 лет — 19,4%, 35—39 лет — 12%, 40—44 лет — 5,7%, 45—49 лет — 5,2% и 50—59 лет — 4,9%. Таким образом, основная часть женщин (84,2%) была в наиболее активном репродуктивном возрасте.

Среди респондентов жительницы города составили 59,2%, жительницы сельской местности — 40,8%. Большинство женщин фертильного возраста (89,4%), принявших участие в социологическом опросе, ответили, что они верующие, остальные (10,6%) затруднились ответить. Ислам оказался преобладающей религией среди женщин, проживающих в городах и в сельской местности. Выявлена слабая обратная корреляция ( $r = -0,091$ ;  $p < 0,01$ ) между вероисповеданием и возрастом. С возрастом удельный вес верующих увеличивался незначительно.

На репродуктивное поведение в современных условиях оказывает социальное положение женщин. Среди опрошенных женщин каждая третья (38,2%) была служащей, домохозяйки составили 35,5%, неработающие — 14,4%, учащиеся — 11,8%. Среди работающих женщин работали не по специальности 58,2%. Среди неработающих женщин у 71,9% нет возможности найти работу в связи с отсутствием рабочих мест; 7,7% женщин отметили, что заняты на сезонных работах, 20,3% женщин не работали по найму, так как выполняют работу по дому. По уровню образования 20,3% респондентов имели высшее образование, среднеспециальное — 30,9%, среднее — 46%, начальное — 1,5%, без образования — 1,3%. Таким образом, женщины Чеченской республики в основном имели хорошее образование, что очень важно для понимания тенденций репродуктивного поведения женщин, так как между уровнем образования населения и отношением к здоровью существует прямая зависимость.

Репродуктивное поведение населения тесно связано с укреплением и развитием семьи как основной ячейки общества. В семье сосредоточены многие экономические, социальные, нравственные отношения, связанные с репродуктивным поведением. Средний возраст женщин при вступлении в брак составил  $21,6 \pm 3,37$  лет. Среди всех опрошенных женщин в возрасте 15—19 лет состояли в браке 26,8%, а в возрастной группе 20—24 лет доля женщин, состоящих в браке, увеличивается до 71,7% ( $p < 0,05$ ) (табл. 1).

Особенностью современной демографической ситуации в Чеченской республике является увеличение числа ранних браков. Результаты исследования показали, что у женщин в возрасте от 15 до 19 лет средний возраст при вступлении

в брак составил  $17,8 \pm 1,6$ , а в возрасте от 20 до 24 лет —  $22,0 \pm 3,1$  лет (табл. 2).

Необходимо отметить, что у 15,9% респондентов возраст первого замужества был 15—18 лет, что свидетельствует о раннем вступлении в брак каждой шестой женщины, проживающей в Чеченской республике. Большинство (66,9%) женщин вышли замуж в возрасте 19—24 лет, 13,9% в возрасте 25—29 лет, 3,2% в возрасте 30 лет и старше. Возраст первого замужества в сельских районах республики ниже, чем в городских поселениях.

Потребность в реализации материнства, внутрисемейное регулирование рождаемости и состояние репродуктивного здоровья в определенной мере зависят от жилищно-бытовых условий. Среди респондентов большинство женщин (48,3%) проживало в жилищах со всеми бытовыми условиями, 16,4% — в жилищах с частичными коммунальными удобствами, 23,8% — в доме без коммунальных удобств.

Оценка материального уровня жизни женщин Чеченской республики показала, что доход на 1 человека в семье ниже 3000 руб. имели 52,1% респондентов, от 3000 до 6000 руб. — 27,9%, от 6000—9000 руб. — 8,8%, от 9000—12 000 руб. — 5,8%, от 12 000 до 15 000 руб. — 0,5%, от 15 000 до 18 000 руб. — 2,0% и свыше 18 000 руб. — 2,8%.

Как видно из вышеприведенных данных, каждая вторая жительница республики (52,1%) проживает в семьях, подушевой доход которых ниже величины прожиточного минимума по республике.

Более выражена разница в доходах у городского и сельского населения. Если удельный вес малообеспеченного населения в городе составил 34,5%, то в сельской местности — 76,4%. Низкая величина подушевого дохода является следствием неполноценного питания, ограничивает доступ к качественному медицинскому обслуживанию и образованию. По мнению 57,3% респондентов вторым по важности отрицательным следствием бедности является ухудшение здоровья населения. Выявлена прямая корреляция (коэффициент корреляции Спирмена  $r = 0,07$ ,  $p < 0,01$ ) между подушевым доходом и доступностью медицинской помощи.

Социально-экономические преобразования не изменили принципы формирования семьи в Че-

ченской республике, но привели к явной или скрытой безработице, трудоустройству не по специальности почти каждой второй (45,3%) женщины, низкой заработной плате и низкому подушевому доходу большинства (52%) семей. Все вышеуказанное не повлияло негативно на репродуктивное поведение семей. Так, 58,8% опрошенных женщин в ближайшие 3 года планируют иметь детей.

Анализ структуры реализации репродуктивной функции чеченских женщин в течение жизни показал, что 47,1% опрошенных женщин имели в течение жизни незапланированные беременности, из них у 48,4% женщин была одна незапланированная беременность, у 23,2% — две, у 12,1% — три, у 5,4% — по четыре и более незапланированных беременностей.

Среднее число незапланированных беременностей у женщин, проживающих в городе,

Таблица 1

Характеристика семейного положения респондентов по возрастным группам, %

Возраст (лет)	Семейное положение			
	состоит в браке	не состоит в браке	разведена	вдова
15—19	26,8	30,7	1,0	—
20—24	71,1	16,5	2,1	—
25—29	75,0	10,8	2,8	1,9
30—34	76,3	5,2	8,3	1,4
35—39	77,2	4,6	6,7	2,1
40—44	76,2	4,2	9,3	4,5
45—49	59,3	5,3	9,2	15,8

Таблица 2

Средний возраст женщин при вступлении в брак

Возраст (лет)	Число наблюдений, абс.	Средний возраст вступления в брак
15—19	120	$17,8 \pm 1,61$
20—24	625	$22,0 \pm 2,03$
25—29	638	$26,4 \pm 2,84$
30—34	633	$32,1 \pm 3,31$
35—39	393	$33,2 \pm 4,04$
40—44	298	$42,7 \pm 4,26$
45—49	217	$44,0 \pm 3,11$

составило  $0,85 \pm 0,02$ , в сельской местности —  $0,78 \pm 0,05$  ( $p < 0,05$ ).

В среднем на 1 женщину фертильного возраста в республике приходится  $1,03 \pm 0,02$  незапланированных беременностей, при среднем числе беременностей на 1 женщину  $3,5 \pm 0,03$  по республике. Исход всех незапланированных беременностей в течение жизни женщины фертильного возраста в 71% случаев закончились родами, 2,7% — внематочной беременностью и 2,6% — мертворождением. Для уменьшения незапланированных беременностей учреждениям здравоохранения необходимо проводить работу по улучшению информированности населения о современных средствах контрацепции, развивать и расширять сеть учреждений планирования семьи. Репродуктивные установки современной семьи характеризуются средним размером семьи  $4,0 \pm 0,03$  человека, с более многочисленными семьями в сельских муниципальных районах.

Основными причинами ограничения рождаемости являются социально-экономические проблемы, ведущее место среди которых занимают материально-финансовое положение (19,2%), плохое состояние здоровья (15,3%) и неуверенность в будущем (6,9%).

Репродуктивное поведение женщин в Чеченской республике не ориентировано на ограничение рождаемости, что обеспечивает благоприятный прогноз на будущее демографической ситуации.

Результаты исследования показали, что до начала половой жизни получили консультации по планированию семьи только 7% респондентов. Следовательно, добрачное консультирование не нашло широкого распространения в Республике. Поэтому назрела необходимость создания консультативных кабинетов по планированию семьи, что позволит информировать именно молодых людей о репродуктивном поведении и современных методах планирования семьи.

О недостаточных знаниях современных методов предохранения от нежелательной беременности молодых людей свидетельствуют полученные нами данные. 98,1% женщин не использовали никаких методов контрацепции в начале половой жизни. При этом 47,3% опрошенных женщин не знали способов предохранения от беременности, 12,5% опасались, что контрацептивы вредны для здоровья. Недостаточная инфор-

мированность населения более характерна для сельских муниципальных районов. Достижение положительного эффекта при обеспечении доступности первичной и специализированной медицинской помощи невозможно без функционального взаимодействия медицинских работников и населения (пациентов). Данные медико-социологических исследований необходимо учитывать при разработке и принятии управленческих решений.

Результаты анкетирования лиц сельского муниципального района позволили выявить транспортную и временную доступность медицинской помощи, которые свидетельствуют о том, что 12,8% респондентов проживает на расстоянии до 0,5 км от ближайшей медицинской организации, а 82% — на расстоянии до 1 км. Тем не менее, более половины беременных женщин (73,7%) вставали впервые на учет на 28-й неделе беременности, 8,1% — на 30-й неделе, 13,5% не вставали на учет и лишь 4,7% — вставали на учет в ранние сроки.

## ВЫВОДЫ

Культурные традиции населения, уклад жизни влияют на репродуктивное поведение женщин.

Социально-экономические преобразования не изменили принципы формирования семьи в Чеченской республике.

Необходимо обеспечить доступность медицинской помощи населению сельских поселений, расширить программы информирования населения о методах сохранения репродуктивного здоровья и увеличение специальных адресных программ на региональном и муниципальном уровне, направленных на улучшение положения женщин, укрепление статуса семьи.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Тишков В.А. Общество в вооруженном конфликте: Этнография чеченской войны. М.: Наука, 2001. 551 с.
2. Арсанукаева М.С. Динамика и проблемы рождаемости в Чеченской Республике // Чеченская республика и чеченцы. История и современность: 19. Материалы. Всеросс. научн. конф. / Отв. ред. Х.И. Ибрагимов, В.А. Тишков. М.: Наука, 2006. С. 506—514.
3. Батаев Х.М., Яхьяева З.И. О народной медицине в Чеченской Республике // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2007. № 2. С. 52—54.

## РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ И ПРИЧИНЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

И.П. Почитаева<sup>1</sup>

*Первый Московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова*

*Анализ 580 карт наркологических пациентов позволил установить, что, по мнению больных, основной причиной рецидива являются неудачи в личной жизни, а по мнению врачей наркологов, — психическая зависимость и депрессивное состояние. На характеристики ремиссий и возникновения рецидивов влияет комплекс факторов: биологических, социальных, клинического анамнеза и течения болезни, организации качества медико-реабилитационной наркологической помощи. Достижение, длительность и количество ремиссий прежде всего зависят от комплекса факторов клинического анамнеза, организации и проведения реабилитации: проведения предыдущих реабилитаций ( $r = 0,42$ ); длительности реабилитации ( $r = 0,39$ ); количества курсов реабилитации ( $r = 0,32$ ).*

*Ключевые слова: анализ, комплекс факторов, реабилитация, длительность, курсы*

Реабилитационная помощь больным с наркотической зависимостью направлена на восстановление их социализации в обществе, повышение уверенности и сохранение/восстановление физического здоровья. Реабилитационная помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на восстановление утраченного здоровья и занимает существенную часть в оказании специализированной медицинской помощи. Данной проблеме посвящено ряд научных трудов отечественных авторов [1—6]. Важное значение при оказании специализированной медицинской помощи имеет ее результативность [7], которая оценивается длительностью ремиссий. Среди причин развития наркотической зависимости и ее рецидивов значимое место занимают эмоциональные расстройства [8—10]. Изучение причин рецидивов и разработка пред-

ложений по их профилактике представляют чрезвычайно актуальную проблему в организации наркологической помощи.

Цель: проанализировать оказание реабилитационной помощи и установить основные причины рецидивов у больных наркоманией на примере Костромской области.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ данных 580 карт больных наркоманией из числа обратившихся за специализированной медицинской помощью в условиях поликлиники, реабилитационного и наркологического отделений стационара.

Для установления основных факторов, влияющих на результаты лечебно-реабилитационной помощи, оказываемой наркологическим пациентам, предполагаемые причины были разделены на следующие группы: медико-биологические, социальные, факторы клинического анамнеза и течения, доступность и качество наркологической помощи, медицинская активность, а также наличие сопутствующих заболеваний.

Первая группа факторов включала возрастные и гендерные характеристики пациентов — Ф 1.

<sup>1</sup> Почитаева Ирина Петровна — канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник лаборатории эффективности управления в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением; 119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8; e-mail: justforyouip@gmail.com.

Вторая — группа «социальных» факторов содержала социально-гигиенические условия проживания, экономические, семейные, а также характеристики социального окружения пациентов — Ф 2.

Третья — характеристики клинического анамнеза и течения заболевания (длительность заболевания, доза потребляемого алкоголя, мотивации к приему наркотиков после ремиссии и др.) — Ф 3.

Четвертая — признаки, характеризующие организацию, качество оказания наркологической помощи, включая реабилитацию, а также и медицинскую активность пациентов — Ф 4.

Пятая — перечень сопутствующих заболеваний — Ф 5, дополненных лечащими врачами.

Информация обо всех факторах, влияющих на рецидивы, была получена из данных анкет пациентов с наркоманией.

Для изучения влияния перечисленных факторов риска развития рецидивов у больных с наркотической зависимостью были отобраны следующие параметры лечения и реабилитации: достижение ремиссии после предыдущего лечения, количество ремиссий за весь период заболевания (по данным пациента), длительность последней ремиссии. Помимо этого, анализировалось влияние факторов риска на кратность лечения в стационаре и количество курсов проведенной реабилитации.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы STATISTICA 6.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что достижение ремиссий после предыдущего лечения имеет сильную связь с группой факторов клинического анамнеза, организации и качества помощи: мотивацией к повторному приему наркотиков ( $r = -0,44$ ); длительностью реабилитации ( $r = 0,39$ ); лечился ли ранее ( $r = 0,31$ ); частотой лечения в стационаре ( $r = 0,3$ ) и обратной связью с длительностью последней ремиссии ( $r = -0,28$ ). Результативность лечения больных наркоманией наиболее вероятно при длительных предыдущих ремиссиях.

Выявлено обратное влияние средней силы принадлежности к полу; вероятность более длительной ремиссии у мужчин меньше, чем у женщин ( $r = -0,26$ ), факторами, влияющими на длительность ремиссий, явились также «инициатива обращения за медицинской помощью» ( $r = -0,25$ ); наличие в семье ( $r = 0,18$ ) и среди знакомых ( $r = -0,17$ ), употребляющих наркотики.

Следующее место по значимости коэффициентов корреляции принадлежит таким факторам, как частота потребления наркотиков ( $r = 0,23$ ), интервал времени для понимания необходимости повторного лечения ( $r = 0,23$ ). Наличие гепати-

та В и С, вероятно, несколько сдерживает больших наркоманий в повторном приеме наркотиков и удлиняет ремиссии ( $r = 0,13$ ).

Количество ремиссий за весь период заболевания также зависит от комплекса биологических, социальных факторов, характеристик клинического анамнеза, течения болезни, организации наркологической помощи, включая реабилитацию, а также наличия сопутствующих заболеваний. Наибольшее влияние оказывают факторы организации и проведения реабилитационных мероприятий, в том числе проведение предыдущих реабилитаций ( $r = 0,42$ ); количество курсов реабилитации ( $r = 0,32$ ); причина первого рецидива ( $r = 0,25$ ); оценка качества проведенной реабилитации ( $r = 0,23$ ). Установлена прямая слабая связь числа ремиссий с гепатитом В и С и обратная связь с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Таким образом, из биологических факторов (Ф 1) пол оказывает более сильное влияние на длительность ремиссии. Возраст имеет достоверную обратную связь слабой силы с длительностью последней ремиссии ( $r = -0,15$ ) и количеством ремиссий за весь период заболевания ( $r = -0,13$ ). У лиц более старшего возраста длительность последней ремиссии и число ремиссий в целом меньше, чем в молодом возрасте.

Из группы социальных факторов (Ф 2) достижение ремиссии имеет обратную связь средней силы с постоянством проживания ( $r = -0,31$ ), видом трудовой занятости ( $r = -0,21$ ) и местом жительства, из группы факторов клинического анамнеза и течения заболевания — обратную среднюю связь имеют больные, прошедшие курс лечения в анамнезе ( $r = -0,31$ ) и частоту лечения в стационаре. Наиболее сильное влияние на ремиссию ( $r = 0,22$ ) оказывают наличие и число детей; из группы факторов клинического анамнеза и течения заболевания (Ф 3) — причина первого рецидива и мотивация к повторному применению наркотиков имеет обратную среднюю связь ( $r = -0,44$ ).

Из группы Ф 4 (факторы организации и качества наркологической помощи) наиболее сильное влияние оказывают характеристики реабилитации. Так, наличие предыдущих реабилитаций ( $r = 0,42$ ), количество курсов ( $r = 0,32$ ) являются наиболее сильными факторами, влияющими на ремиссию. Чем чаще будут проводиться полные курсы реабилитационных мероприятий, тем ремиссии у больных будут возникать ча-

ще и продолжительнее. Большая вероятность увеличения числа ремиссий зависит также от времени понимания больным необходимости лечения и инициативы со стороны родителей и самого больного ( $r = 0,18$ ), обращения за медицинской помощью ( $r = 0,19$ ). На параметры ремиссий слабое влияние оказывают сопутствующие заболевания (Ф 5), особенно гепатиты В и С ( $r = 0,13$ ) и обратную связь заболевания сердечно-сосудистой системы ( $r = -0,11$ ).

Пол имеет обратную слабую связь с длительностью последней ремиссии ( $r = -0,26$ ), что свидетельствует о том, что у лиц мужского пола длительность последней ремиссии в целом меньше и эффективность реабилитации ниже, чем у женщин.

По данным корреляционного анализа, семейное положение имеет достоверную положительную связь ( $r = 0,17$ ) с числом пребывания пациента в стационаре (наличие семьи, брак увеличивают влияние на возможный факт госпитализации). Одиноким наркоманы за медицинской помощью обращаются реже. Такая характеристика, как «наличие детей» и их число, имеет достоверную отрицательную связь длительностью ремиссий и их количеством ( $r = -0,1$ ).

Образование респондента связано сразу с несколькими характеристиками процесса лечения и реабилитации. Установлена достоверная отрицательная связь средней силы с числом госпитализаций в наркологический стационар ( $r = -0,34$ ) и обратная слабая связь с длительностью последней ремиссии ( $r = -0,28$ ). При этом количество ремиссий, по мнению респондентов, и количество курсов реабилитации имеет, напротив, положительную достоверную связь с уровнем образования. Следовательно, при более высоком уровне образования отмечается тенденция к росту числа курсов реабилитации, но сокращается длительность ремиссии. Отмечена связь «работы» с числом пребывания в стационаре и количеством курсов реабилитации, при этом более квалифицированная профессия имеет отрицательную связь с эффективностью реабилитации ( $r = -0,19$ ) (табл. 1).

Количество ремиссий, по мнению самого пациента (его самоощущение), имеет положительную достоверную связь с личным доходом ( $r = +0,19$ ), а реальное число ремиссий, по данным медицинской документации, — отрицательную связь ( $r = -0,15$ ). Аналогичным образом связаны длительность и количество ремиссий с показателем

Таблица 1

Взаимосвязь характеристик организации и качества лечения больных наркоманией Костромской области с достоверно влияющими факторами Ф1-4 (по данным пациентов)\* и Ф5 (по данным врачей)

Характеристики	Факторы				
	Ф 1	Ф 2	Ф 3	Ф 4	Ф 5
Кратность лечения в стационаре	—	Семейное положение ( $r = 0,17$ )	Предыдущее лечение ( $r = 0,83$ ); достижение ремиссии после предыдущего лечения ( $r = 0,4$ ); число видов наркотиков до лечения в стационаре ( $r = 0,18$ )	Недостатки в программе реабилитации ( $r = 0,27$ ); оценка своевременности оказания медицинской помощи ( $r = -0,22$ ); вид проводимой реабилитации ( $r = -0,2$ ); время для понимания необходимости лечения ( $r = 0,11$ )	Энцефалопатия ( $r = 0,17$ ); заболевания желудочно-кишечного тракта ( $r = 0,16$ ); психические расстройства ( $r = 0,14$ )
Количество пройденных курсов реабилитации	—	Число несовершеннолетних детей, проживающих совместно ( $r = 0,13$ )	Количество ремиссий ( $r = 0,32$ ); длительность заболевания ( $r = 0,27$ ); число обращений ( $r = 0,23$ )	Оценка качества проводимой реабилитации ( $r = 0,3$ ); удовлетворенность проводимой реабилитации ( $r = -0,16$ ); инициатор обращения за мед. помощью ( $r = 0,15$ )	Гепатит В и С ( $r = 0,26$ ); энцефалопатия ( $r = 0,27$ ); бронхо-легочные заболевания ( $r = 0,26$ ); ВИЧ-инфекция ( $r = 0,25$ ); венерические заболевания ( $r = 0,19$ ); заболевания желудочно-кишечного тракта ( $r = 0,18$ ); сердечно-сосудистые заболевания ( $r = -0,11$ )

Примечание. \* наибольшие коэффициенты корреляции в группе Ф 1-5 выделены полужирным шрифтом

Таблица 2  
Наиболее сильно влияющие на ремиссии факторы клинического анамнеза, организации и качества наркологической помощи

Характеристика ремиссий	Факторы группы Ф 3-4
Достижение	Длительность реабилитации ( $r = 0,39$ ); наличие предыдущего лечения ( $r = 0,31$ ); частота лечения в стационаре ( $r = 0,3$ ); количества курсов реабилитации ( $r = -0,17$ ); психические расстройства ( $r = 0,15$ )
Длительность	Побудители повторного приема наркотиков ( $r = 0,31$ ); инициатор обращения за мед. помощью ( $r = -0,25$ ); понимание больным и семьей необходимости лечения ( $r = 0,23$ ); частота употребления наркотика ( $r = 0,23$ ); место первого употребления наркотика ( $r = 0,22$ ); вид проводимой реабилитации ( $r = 0,2$ ); гепатит В и С ( $r = -0,13$ )
Количество	Проведение предыдущих реабилитаций ( $r = 0,42$ ); количество курсов реабилитации ( $r = 0,32$ ); недостатки в программе реабилитации ( $r = 0,25$ ); оценка качества проводимой реабилитации ( $r = 0,23$ ); причина первого рецидива, ссоры с близкими ( $r = 0,21$ ); инициатор обращения за мед. помощью ( $r = 0,19$ ); понимание необходимости лечения ( $r = 0,18$ ); сердечно-сосудистые заболевания ( $r = -0,13$ ); гепатит В и С ( $r = -0,11$ )

уровня дохода на одного члена семьи респондента — соответственно ( $r = -0,45$ ) и ( $r = -0,26$ ).

Таким образом, из комплекса изученных нами факторов, обуславливающих возникновение рецидивов и характеризующих ремиссии, наибольшее по силе влияния (значениям коэффициентов корреляции) оказывают факторы клинического анамнеза и течения болезни, организации и качества оказания наркологической помощи (табл. 2).

### ВЫВОДЫ

1. Основной причиной рецидива больные считали неудачи в жизни, в то время как, по данным врачей наркологов, — психическая зависимость и депрессивные состояния.

2. На характеристики ремиссий и возникновения рецидивов влияет комплекс факторов: биологических, социальных, клинического анам-

неза и течения болезни, организации качества медико-реабилитационной наркологической помощи.

3. Пол имеет обратную слабую связь с длительностью последней ремиссии ( $r = -0,26$ ), что свидетельствует о том, что у лиц мужского пола длительность последней ремиссии в целом меньше и эффективность реабилитации ниже, чем у женщин.

4. Достижение, длительность и количество ремиссий прежде всего зависят от комплекса факторов клинического анамнеза, организации и проведения реабилитации: проведения предыдущих реабилитаций ( $r = 0,42$ ); длительности реабилитации ( $r = 0,39$ ); количества курсов реабилитации ( $r = 0,32$ ).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов В.И., Казаков Б.А., Чуркин Б.А. Современные проблемы реабилитации в наркологии // Наркология. 2002. № 1. С. 40—42.
2. Городнова М.Ю., Аксенова О.Э. Средства и методы адаптивной физической культуры в реабилитации наркозависимых подростков // Адаптивная физическая культура. 2002. № 3. С. 36.
3. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии // Профилактика и реабилитация в наркологии. 2002. № 1. С. 66—79.
4. Валентик Ю.В. Терапевтические сообщества — основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманиями // Профилактика и реабилитация в наркологии. 2002. № 1. С. 80—86.
5. Бузик О.Ж., Тучин П.В., Агибалова Т.В. Значение психотерапевтического альянса для терапии патологического влечения к наркотику (предварительное исследование) // Материалы Научно-практической конференции «Наркология 2010», посвященной 25-летию ФГУ НИЦ наркологии Минздравсоцразвития России. М., 2010. С. 35—36.
6. Иванова М.А., Павлова Т.М., Бузик О.Ж. К вопросу об организации медицинской помощи больным с наркотической зависимостью // Вопросы наркологии. 2010. № 4. С. 117—122.
7. Брюн Е.А., Духанина И.В., Москвичев В.Г. Реабилитационно-профилактические технологии наркологической помощи // Здоровье Российской Федерации. 2007. № 4. С. 16—19.
8. Blanchard D.C. Sex Differences, Drugs, and Defensive Behavior // NIDA NIN Publication. 1998. № 98 (4289). P. 33—36.
9. Brook J.S. Childhood and Precursors to Drug Use // NIDA NIH Publication. 1998. № 98 (4289). P. 74—76.
10. Павлова Т.М. Организационные основы оказания медицинской помощи больным с алкогольной и наркотической зависимостью при различной соматической патологии: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.33 / Павлова Татьяна Михайловна; [Место защиты: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации]. Москва, 2012. 26 с.



## **КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНА ГЛАРГИН В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УКРАИНЕ**

**Л.В. Яковлева<sup>1</sup>, Н.В. Бездетко, О.Н. Кириченко**

*Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина*

*Представлены результаты сравнительной фармакоэкономической оценки двух схем терапии, применяющихся у пациентов с сахарным диабетом типа 2 (СД типа 2) в повседневной клинической практике — схемы с использованием НПХ-инсулина и инсулина гларгин (Лантус®). Показаны преимущества инсулина гларгин по показателю NNT ( $NNT = 3$ ) и в 2,79 раза по показателю «затраты—эффективность». Терапия инсулином гларгин сопровождается меньшими экономическими потерями государства вследствие утраты трудоспособности и выплатами государства по листу нетрудоспособности. Определена экономическая целесообразность перехода с инсулина НПХ на инсулин гларгин у пациентов с СД типа 2 в реальной клинической практике.*

*Ключевые слова: сахарный диабет типа 2, фармакоэкономика, инсулин гларгин*

Необходимость осуществления эффективного и долгосрочного гликемического контроля у больных сахарным диабетом доказана мировой практикой и обоснована многочисленными исследованиями [1]. Такой контроль позволяет отсрочить во времени развитие осложнений СД, уменьшить их частоту, тяжесть, прогрессирование и существенно снизить как личные, так и государственные расходы. У больных СД типа 2 при низкой эффективности терапии пероральными сахароснижающими препаратами (ПСП)

и при повышении уровня HbA1c более 7,5% целесообразно для нормализации углеводного обмена переходить на инсулинотерапию в комбинации с ПСП с подбором оптимальной дозы базального инсулина или на базально-болюсную терапию [2,3]. Согласно данным Британского проспективного исследования по изучению СД (UKPDS), в такой коррекции стратегии лечения нуждаются около 80% пациентов по прошествии 10—12 лет с момента развития заболевания [1, 4].

Осуществляется коррекция базальной гликемии либо инсулинами средней продолжительности (инсулин человеческий генно-инженерный — инсулин НПХ и инсулин свиной), либо длительно-го действия (аналоги человеческого инсулина —

<sup>1</sup> Яковлева Лариса Васильевна — д-р фарм. наук, профессор, зав. кафедрой фармакоэкономики; 61002, Украина, г. Харьков, ул. Пушкинская, 53; тел. (057) 65-88-95; E-mail: feknfau@ukr.net.

инсулин гларгин и инсулин детемир). В сравнительном аспекте более надежный гликемический контроль вне приема пищи и во время сна оказывают высокотехнологичные препараты инсулинов длительного действия (ИДД). Они обеспечивают максимальную имитацию физиологической секреции инсулина (беспиковый профиль, действие в течение полных суток), минимальные суточные колебания уровня глюкозы в крови и, следовательно, наименьший риск развития осложнений СД. Инсулины средней продолжительности действия (ИСПД) предполагают многократное введение препарата в течение суток, координацию инъекций с приемом пищи и физическими нагрузками, регулярный контроль гликемии. Такие ограничения отрицательно сказываются на качестве жизни, нередко приводят к нарушениям режима терапии и не обеспечивают достижения относительно равномерного уровня базальной инсулинемии в течение суток, что повышает вероятность возникновения гипогликемий. При сравнении аналогов инсулина с НПХ-инсулином при их сопоставимом контроле уровня гликемии лучший профиль безопасности показывают ИДД (в отношении снижения риска гипогликемий — тяжелых, ночных, документированных) [5—7].

В экономически развитых странах аналоги инсулина составляют две трети от всех потребляемых инсулинов, препараты человеческого инсулина — одну треть. Наименьший уровень потребления аналогов инсулина (менее 10% от всех используемых инсулинов) отмечается в странах с низким уровнем доходов [8]. На украинском рынке по итогам 2012 г. в структуре потребления базальных инсулинов доля аналогов инсулина (ИДД) составляла 7,03% [9]. Следует отметить, что в Украине национальный протокол по управлению СД 2 типа рассматривает применение аналогов инсулина (инсулинов гларгин и детемир) при определенных состояниях [10].

Объяснением сформировавшейся структуры потребления группы базальных инсулинов в Украине может служить сравнительно высокая утилитарная стоимостью ИДД по сравнению со многими странами и по сравнению со стоимостью ИСПД. Помимо цены сдерживающим фактором более широкого применения аналогов инсулина в Украине является отсутствие данных фармакоэкономических исследований, основанных на

отечественном опыте применения препаратов в реальной клинической практике у больных СД типа 2. Проведение таких исследований позволит как с клинической, так и с экономической точек зрения сравнить использование препаратов базальных инсулинов у пациентов, применяющих их в повседневной жизни и осуществить рациональный выбор той или иной стратегии лечения.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объект клинико-экономической оценки — материалы ретроспективного наблюдательного исследования IDEAL по оценке эффективности перехода с инсулина НПХ (И-НПХ) на инсулин гларгин (ИГ) в сравнении с группой, которая продолжала прием И-НПХ у пациентов с СД типа 2 в повседневной клинической практике. Исследование проводилось в 30 украинских клинических центрах и включало 349 больных СД типа 2: активная группа — 216 пациентов получавшие ИГ (Лантус®), контрольная группа — 133 пациента получавшие И-НПХ. Клиническая эффективность перевода на ИГ оценивалась по сравнительной динамике уровня HbA1c в активной и контрольной группах (первичные критерии эффективности) через 6 мес применения. Вторичными критериями эффективности лечения служили данные об изменении уровня глюкозы крови натощак, доз инсулинов, а также данные о количестве эпизодов гипогликемий и количестве дней нетрудоспособности.

Эффективность перехода с И-НПХ на ИГ также была определена по показателю NNT (число больных, которых необходимо лечить определенным методом в течение определенного времени, чтобы достичь определенного позитивного исхода у 1 больного). Данный показатель позволяет оценить и выразить клинические преимущества одного метода по сравнению с другим [11].

Клинико-экономическая оценка применения двух схем терапии проводилась по:

- показателю «затраты—эффективность», который в данном случае устанавливает, при использовании какой из схем терапии стоимость достижения целевого уровня HbA1c (6,5—7,5%) у одного больного меньше [12];

- величине потерь ВВП вследствие временной утраты трудоспособности [13];

- величине выплат государства по листу нетрудоспособности [13].

Стоимость инсулинов, игл, шприцев, скарификаторов, тест-полосок определялась как оптовая (без учета розничной торговой надбавки) цена дистри-

бютора БАДМ по данным Ежедельника аптека по состоянию на 01.02.2014 г. [14]. Стоимость И-НПХ рассчитывалась как средневзвешенное значение стоимости его аналогов с учетом частоты применения пациентами в данном исследовании. Средние выплаты государства по листу нетрудоспособности и потери ВВП вследствие временной утраты трудоспособности за период исследования были рассчитаны с учетом количества дней нетрудоспособности за исследуемый период в группах и исходя из величины средней дневной заработной платы за один рабочий день, расчетных данных о производительности труда за один рабочий день в Украине за 2013 г. [15].

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

*Клиническая оценка.* Анализ данных наблюдательной клинической программы IDEAL по основному критерию эффективности (динамике HbA1c) и уровню глюкозы крови натощак (ГКН) показал преимущества ИГ перед И-НПХ по компенсации нарушений углеводного обмена (табл. 1, 2).

Расчетное значение показателя NNT ( $NNT = 1 / (0,426 - 0,083) = 3$  с 95% ДИ: 2,22—4) свидетельствует о значимых клинических преимуществах терапии ИГ по сравнению с терапией И-НПХ.

Для улучшения контроля заболевания пациентам, получавшим лечение ИГ, потребовались меньшие суточные дозы препарата по сравнению с И-НПХ (28,44 МЕ и 35,65 МЕ соответственно). Вероятность развития эпизодов гипогликемии, в том числе тяжелой и ночной (потенциально жизнеугрожающих состояний), существенно меньше при терапии ИГ (71,22% пациентов без гипогликемий в активной группе против 41,35% пациентов без гипогликемических состояний в группе контроля) и свидетельствует о его лучшем профиле безопасности. Терапия ИГ по сравнению с терапией И-НПХ привела к уменьшению числа дней нетрудоспособности (0,19 дней на пациента в месяц в активной группе против 0,35 дней — в контрольной группе ( $p < 0,05$ )). Анализ внутри групп показал, что по количеству

Таблица 1

Динамика показателя HbA1c в группах инсулина гларгин и НПХ-инсулина

Показатель HbA1c, %	Количество больных исходно, n (%)		Количество больных после окончания исследования, n (%)	
	группа ИГ (n = 216)	группа И-НПХ (n = 133)	группа ИГ (n = 216)	группа И-НПХ (n = 133)
≤ 6,5	2 (0,9)	0	7 (3,2)*,**	1 (0,7)
6,5—7,5	8 (3,7)	17 (12,8)	100 (46,3)*,**	28 (21,1)
≥7,5	206 (95,4)	116 (87,2)	109 (50,5)*,**	104 (78,1)

Примечание. \* —  $p < 0,05$  достоверность различий внутри групп по сравнению с исходным показателем.  
\*\* —  $p < 0,05$  достоверность различий между группами.

Таблица 2

Динамика уровня глюкозы крови натощак в группах инсулина гларгин и НПХ-инсулина

Уровень глюкозы крови натощак, моль/л	Количество больных исходно, n (%)		Количество больных после окончания исследования, n (%)	
	группа ИГ (n = 216)	группа И-НПХ (n = 133)	группа ИГ (n = 216)	группа И-НПХ (n = 133)
≤ 5,5	5 (2,3)	2 (1,5)	15 (6,9)*	7 (5,3)
5,5—7,0	14 (6,5)	17 (12,8)	87 (40,3)*,**	28 (21,1)
≥7,0	197 (91,2)	116 (87,2)	114 (52,8)*,**	98 (73,6)

Примечание. \* —  $p < 0,05$  достоверность различий внутри групп по сравнению с исходным показателем.  
\*\* —  $p < 0,05$  достоверность различий между группами.

дней нетрудоспособности в группе ИГ 87,87% пациентов были нетрудоспособны в течение 1—14 дней, а 12,12% — в течение 15—29 дней ( $p < 0,05$ ). Для группы И-НПХ нетрудоспособность в течение 1—14 дней отмечена у 60,71% пациентов, а у 39,28% пациентов она составила 15—29 дней.

Таким образом, терапия ИГ по сравнению с И-НПХ сопровождалась значимыми клиническими результатами: лучшей компенсацией СД типа 2 у пациентов активной группы, меньшей суточной дозой инсулина, меньшей частотой гипогликемических состояний и уменьшением числа дней нетрудоспособности пациентов, преимуществами по показателю NNT.

**Клинико-экономическая оценка.** Суммарные затраты на инсулинотерапию за период наблюдения (табл. 3) в группе И-НПХ были в 1,84 раза ниже, чем в группе ИГ и соответственно составили 2478,60 грн. и 4557,60 грн. на пациента. В то же время за счет более высокой клинической эффективности в группе ИГ (за период исследования целевой уровень HbA1c был достигнут у 42,6% пациентов группы ИГ против 8,3% пациентов в группе И-НПХ) расчетный коэффициент «затраты—эффективность» в группе И-НПХ в 2,79 раза выше. Так, в группе ИГ показатель «затраты—эффективность» составил 10 698,59 грн./1 единицу эффективности (на одного больного, у которого достигнут целевой уровень HbA1c), а в группе И-НПХ — 29 862,65 грн./1 единицу эффективности (табл. 3). Величины показателя «затра-

ты—эффективность» свидетельствуют об отчетливых экономических преимуществах ИГ по сравнению с И-НПХ.

По статье «затраты на оплату листов нетрудоспособности» при переходе на ИГ за 6 мес период исследования определена экономия в размере 138,29 грн. на 1 больного. Величина экономических потерь ВВП вследствие утраты временной трудоспособности при использовании ИГ меньше на 118,38 грн. на 1 больного (табл. 3).

Полученные результаты клинико-экономического анализа относительно экономической целесообразности перехода на инсулин гларгин в условиях реальной клинической практики в Украине подтверждаются данными исследований, проведенных в других странах [16—18].

Таким образом, терапия инсулином гларгин по сравнению с инсулином НПХ сопровождается лучшей компенсацией СД типа 2, меньшей суточной дозой инсулина, меньшей частотой гипогликемических состояний и значимыми клиническими преимуществами по показателю NNT.

Инсулин гларгин, несмотря на его по сравнению с НПХ инсулином более высокую утилитарную стоимость, имеет клинико-экономические преимущества:

- по показателю «затраты—эффективность» в 2,79 раза;
- величине потерь ВВП вследствие утраты временной трудоспособности в размере 138,29 грн. на 1 пациента;
- величине затрат на оплату листов нетрудоспособности в размере 138,29 грн. на 1 больного.

Таблица 3

Результаты фармакоэкономической оценки схем терапии с использованием НПХ-инсулина и инсулина гларгин

Показатель	Вид терапии	
	ИГ	И-НПХ
Средняя доза к концу исследования, МЕ/сут./на 1 больного	28,44 ± 0,71	35,65 ± 1,37
Стоимость средней дозы, грн./сут./на 1 больного	17,37	6,25
Суммарная стоимость инсулинотерапии за 6 мес период исследования (включая стоимость игл, шприцев, скарификаторов, тест-полосок), грн./1 больного	4557,60	2478,60
Эффективность терапии (% больных, у которых за период лечения достигнут целевой уровень HbA1c (диапазон 6,5—7,5%))	42,6	8,3
Показатель «затраты-эффективность», грн./1 единицу эффективности	10 698,59	29 862,65
Затраты на оплату листов нетрудоспособности за период исследования (грн./на 1 больного)	164,22	302,51
Потери ВВП вследствие временной утраты трудоспособности за период исследования (грн./на 1 пациента)	140,59	258,97

Проведенный фармакоэкономический анализ свидетельствует о клинической и экономической целесообразности перехода с широко применяемых в Украине схем с использованием НПХ инсулина на схемы с применением инсулина гларгин. Их использование позволит в ближайшей и отдаленной перспективе повысить эффективность лечения, снизить количество вероятных осложнений СД типа 2, сделать более рациональными прямые затраты и уменьшить не прямые затраты государства на лечение таких пациентов. Полученные результаты подтверждают, что в условиях ограниченных ресурсов здравоохранения принятие решения о внедрении того или иного альтернативного варианта терапии любого заболевания, и в особенности такого распространенного и тяжелого как СД, должно основываться на результатах фармакоэкономического анализа, который учитывает как клиническую эффективность лечения, так и рациональное использование ресурсов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33) // *Lancet*. 1998. Vol. 352. P. 837—53.
2. Общее руководство по лечению диабета 2 типа. Брюссель: Международная диабетическая федерация, 2005. Москва. 2007. С. 80.: [Электронный ресурс]. URL: [www.idf.org](http://www.idf.org) и [www.idf.orgcommunications@idf.org](mailto:www.idf.orgcommunications@idf.org) (дата обращения: 10.06.2015).
3. Häring H.U., Joost H.G., Laube H. et al. Antihyperglykämische Therapie des Diabetes mellitus Typ 2. URL: [www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de) (updated 2004) (дата обращения: 12.04.2015).
4. Маньковский Б.Н., Жердева Н.Н. Инсулинотерапия. Что нового? // *Международный эндокринологический журнал*. 2013. № 3 (51).
5. Rosenstock J., Dailey G., Massi-Benedetti M., et al. Reduced hypoglycemia risk with insulin glargine: a meta-analysis comparing insulin glargine with human NPH insulin in type 2 diabetes // *Diabetes Care*. 2005, Vol. 28. P. 950—955.
6. Schreiber S.A., Russmann A. The effects of insulin glargine treatment and an educational program on glycaemic control in type 2 diabetes patients in clinical practice // *Curr Med Res Opin*. 2006. Vol. 22 (2). P. 335—41.
7. Вербовая Н.И. Аналоги инсулина пролонгированного действия: сравнительная характеристика строения, фармакологических свойств, возможностей клинического применения // *Проблемы эндокринологии*. 2010. № 2. С. 64—71.
8. Gill G.V., Yudkin J.S., Keen H., Beran D. The insulin dilemma in resource-limited countries. A way forward? // *Diabetologia*. 2011. Vol. 54 (1). P. 19—24.
9. Яковлева Л.В., Кириченко О.Н. Динамика потребления инсулинов в Украине за период 2008—2012 гг. // *Фармакоэкономика*. 2014. Том 2. № 2. С. 52—58.
10. The Local Protocol of Diabetes Management, according with MOH's order № 356 22.05.2009: [Электронный ресурс]. URL: [www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20090805\\_574.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090805_574.html) (дата обращения 12.04.2015).
11. Серпик В.Г. Теоретические основы биостатистики при проведении фармакоэкономических исследований // *Фармакоэкономика*. № 2. 2009. С. 9—14.
12. Ягудина Р.И., Серпик В.Г., Сороковиков И.В. Методологические основы анализа «затраты—эффективность» // *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2014. Т. 2. № 2. С. 52—58.
13. Аринина Е.Е., Куликов А.Ю. Фармакоэкономический анализ лечения осложнений сахарного диабета второго типа лекарственным средством Трайкор // *Фармакоэкономика*. 2010. № 1. С. 31—38.
14. Аптека on line. [Электронный ресурс]. <http://www.pharmbase.com.ua>
15. Государственный комитет статистики Украины. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua> (дата обращения: 12.04.2015).
16. Шестакова М.В., Халимов Ю.Ш., Новиков В.И. и др. Клинико-экономический анализ инсулина гларгин при сахарном диабете типа 2 // *Клиническая фармакология и терапия*. 2009. № 18 (2). С. 1—5.
17. Белоусов Д.Ю. Фармакоэкономика инсулина гларгина (Лантус) в зеркале зарубежных доказательных исследований: обзор литературы // *Клиническая фармакология и терапия*. 2008. № 17 (2). <http://www.healthconomics.ru> (дата обращения: 12.04.2015).
18. Колбин А.С. Фармакоэкономическое сравнение базальных аналогов инсулина при сахарном диабете 2 типа // *Качественная клиническая практика*. 2011. № 1. С. 92—96.

**СРОЧНО В НОМЕР**

**ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ *eNOS* И *AGTR2*  
КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

А.Л. Хохлов, Н.О. Поздняков<sup>1</sup>, А.Е. Мирошников, И.Н. Царева<sup>2</sup>,  
И.С. Могутова<sup>3</sup>, Д.П. Комаров

*Ярославский государственный медицинский университет  
Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО «РЖД»  
Клиническая больница № 3 Ярославской области*

*Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — одна из основных причин смертности населения. Морфологическим субстратом ИБС в большинстве случаев является атеросклероз, в основе которого могут лежать структурные полиморфизмы генов эндотелиальной NO-синтазы (*eNOS*) и *AGTR2*. Проанализирован уровень взаимодействия корректируемых и некорректируемых факторов риска в их влиянии на дебют ишемической болезни сердца, с учетом частоты встречаемости мутантных аллелей генов *eNOS* и *AGTR2* у пациентов с ИБС. Результаты исследования показали, что мутация гена *eNOS* совместно с факторами риска: курение, отягощенная кардиальная наследственность имеют связь с более ранним дебютом ИБС ( $p < 0,05$ ).*

*Ключевые слова: реформа, система здравоохранения, общественное мнение, модернизация здравоохранения*

Одной из основных причин смертности населения во многих странах мира, в том числе в Российской Федерации является ИБС [1]. По

<sup>1</sup> Поздняков Николай Олегович — аспирант кафедры клинической фармакологии с курсом ИПДО Ярославского государственного медицинского университета, 150047, Ярославль, ул. Революционная, 5, тел.: 8 (4852) 460935; e-mail: pozdnyakov.niko@yandex.ru.

<sup>2</sup> Царева Ирина Николаевна — врач клинической лаборатории Негосударственного учреждения здравоохранения «Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО «РЖД», 150030, Ярославль, Суздальское шоссе, 21, тел.: 8 (4852) 49-67-80; e-mail: arina1mai@rambler.ru.

<sup>3</sup> Могутова Ирина Сергеевна — заведующая отделением функциональной диагностики Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ярославской области «Клиническая больница № 3», 150007, г. Ярославль, ул. Маяковского, д. 61, тел.: 8 (4852) 59-11-00; e-mail: iramog@mail.ru.

прогнозам подобная картина в структуре смертности будет сохраняться в ближайшие десятилетия [2].

Морфологическим субстратом ИБС в большинстве случаев является атеросклероз, в развитии которого большую роль играет эндотелий [3, 4]. На распространенность и скорость прогрессирования атеросклеротического поражения, а также на частоту развития осложнений оказывают влияние не только «классические» факторы риска, но и ряд других, которые труднее выявляются и корректируются [5].

Наряду с модифицируемыми факторами риска существуют и такие, на которые повлиять невозможно: пол, генетические особенности. Поэтому одной из актуальных проблем является поиск генетических основ развития сердечно-сосудистых заболеваний [6]. Важность роли по-

лиморфизмов генов — кандидатов, вносящих вклад в патогенез ИБС, подчеркивается как в отечественных [7], так и в европейских рекомендациях [8].

В данном аспекте особый интерес представляют гены, играющие важную роль в регуляции тонуса сосудистой стенки, регулирующей процесс атерогенеза [3, 4]. К таким генам можно отнести: ген *eNOS*, вырабатывающий регулятор сосудистой стенки — оксид азота [9]; ген рецептора ангиотензина II 2 типа (*AGTR2*), являющийся элементом ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, участвующей в регуляции кровообращения и сосудистого тонуса [10, 11]. В клинических рекомендациях подчеркивается особая роль генов, регулирующих эндотелиальную функцию, так как их структурные изменения могут служить патофизиологической основой развития ишемической болезни сердца [7, 8].

Эндотелиальная NO-синтаза вырабатывает оксид азота, который обеспечивает вазодилатацию, торможение экспрессии молекул адгезии и агрегацию тромбоцитов, оказывающий антипролиферативное, антиапоптотическое и антитромботическое действие [12], а также модулирует высвобождение вазоактивных медиаторов, ингибирует адгезию лейкоцитов, участвует в регуляции ремоделирования сосудистой стенки, подавляет экспрессию провоспалительных генов, адгезию и агрегацию тромбоцитов, ингибирует миграцию и пролиферацию ГМК [9]. Оксид азота опосредует сосудорасширяющие эффекты эндотелийзависимых вазодилататоров (гистамина, ацетилхолина, брадикинина), а также тормозит образование эндотелина-I — сосудосуживающего фактора; препятствует осуществлению чрезмерных эффектов других вазоконстрикторов (тромбоксана A<sub>2</sub>, ангиотензина II), благодаря этому оксид азота принимает участие в регуляции сосудистого тонуса и микроциркуляции [13, 14].

NO может ингибировать многие ключевые звенья атерогенеза. Подавление или снижение активности *eNOS*, а также проявление аллельных вариантов данного гена приводит к снижению уровня экспрессии NO-синтазы и недостатку оксида азота, что проявляется дисфункцией эндотелия [15], ведущей к развитию атерогенеза и атеротромбоза [16, 17]. В связи с этим функциональные варианты гена *eNOS* влияют на инди-

видуальную предрасположенность к атеросклерозу [18, 19].

Рецептор AT<sub>2</sub> является частью ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, участвующей в регуляции кровообращения и сосудистого тонуса [10, 11], а также обладает широким спектром функций: от участия в регуляции апоптоза [20, 21] до вазодилатации, с привлечением механизмов увеличения продукции оксида азота [22—24].

Таким образом, экспрессия этих генов оказывает взаимозависимые эффекты, осуществляемые через синтез оксида азота, что при их мутации может значительно изменить эффекторный ответ.

Основной смысл использования геномной информации, с клинической точки зрения, это прогнозирование риска и первичная профилактика ИБС, где уже используются стандартные факторы риска [28].

Цель исследования — оценить уровень взаимодействия корректируемых и некорректируемых факторов риска в их влиянии на дебют ИБС, с учетом частоты мутантных аллелей генов *eNOS* и *AGTR2* у пациентов с ИБС.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включено 129 пациентов из больниц г. Ярославля в возрасте от 36 до 88 лет ( $63,5 \pm 11,2$ ). В зависимости от заболевания пациенты были разделены на 3 подгруппы: со стабильной формой стенокардии, с нестабильной формой, с инфарктом миокарда. Демографические данные пациентов представлены в табл. 1.

Средняя продолжительность болезни в группе пациентов со стабильной стенокардией составила

Таблица 1

Демографические данные пациентов, участвующих в исследовании, абс.

Пол	Количество (n = 129)	Возраст	Стабильная стенокардия	Нестабильная стенокардия	Инфаркт миокарда
Мужчины	71	59,1 ± 10,9	11	18	41
Женщины	58	68,9 ± 8,9	31	10	18
Всего	129		42	28	59

Таблица 2

**Возрастные характеристики пациентов, участвующих в исследовании**

Характеристика	Инфаркт миокарда	Стабильная стенокардия	Нестабильная стенокардия
Средний возраст пациента при включении в исследование	60,7 ± 11,8	69,2 ± 9,1	60,9 ± 9,7
Возраст пациента на начало ИБС	53,7 ± 10,5	58,5 ± 10,6	56,9 ± 9,8
Длительность течения заболевания	6,7 ± 10,3	10,7 ± 10,1	4,1 ± 4,7

10,7 ± 10,1; с нестабильной стенокардией — 4,1 ± 4,7; с инфарктом миокарда — 6,7 ± 10,3 (табл. 2).

Определение полиморфизмов генов проводилось с помощью полимеразной цепной реакции (метод реального времени) на анализаторе нуклеиновых кислот IQ 5 Bio-Rad в генетической лаборатории Государственного учреждения здравоохранения «Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО «РЖД». Для статистической обработки данных использовалась программа STATISTICA 10.0.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Распределение аллелей гена *eNOS* и аллелей гена *AGTR2* в подгруппе пациентов с инфарктом миокарда, со стабильной стенокардией, с нестабильной стенокардией представлено в табл. 3 и 4.

Таким образом, распределение мутантного аллеля Т гена *eNOS* в подгруппе пациентов с инфарктом миокарда составляет 23,8%, со стабильной стенокардией — 30,9%, с нестабильной стенокардией — 23,2% (средняя распространенность 25,9%).

Распределение мутантного аллеля А гена *AGTR2* в подгруппе пациентов с инфарктом миокарда составляет — 50,9%, со стабильной стенокардией — 48,8%, с нестабильной стенокардией — 55,4% (средняя распространенность 51,7%).

В группе пациентов с инфарктом миокарда были выделены 2 подгруппы: подгруппа больных, у которых ИБС дебютировала стенокардией и позднее перешло в инфаркт миокарда (n = 20), и подгруппа, у которых ИБС началась с инфаркта миокарда (n = 39) (табл. 5).

Таблица 3

**Распространенность полиморфизма гена *eNOS*, абс. (%)**

Ген	Аллели	Инфаркт миокарда	Стабильная стенокардия	Нестабильная стенокардия
<i>eNOS</i> rs1799983 G894T	Норма гомозигота (GG)	34 (57,6)	18 (42,9)	15 (53,6)
	Гетерозигота (GT)	22 (37,3)	22 (52,4)	13 (46,4)
	Мутация гомозигота (TT)	3 (5,1)	2 (4,7)	0 (0)
Всего		59	42	28

Таблица 4

**Распространенность полиморфизма гена *AGTR2*, абс. (%)**

Ген	Аллели	Инфаркт миокарда	Стабильная стенокардия	Нестабильная стенокардия
<i>AGTR2</i> rs1403543	Норма гомозигота (GG)	24 (40,7)	15 (35,7)	10 (35,7)
	Гетерозигота (GA)	10 (16,9)	13 (31,0)	5 (17,9)
	Мутация гомозигота (AA)	25 (42,4)	14 (33,3)	13 (46,4)
Всего		59	42	28

Таблица 5

**Характеристика пациентов с инфарктом миокарда**

Параметры		Пациенты с дебютом ИБС в форме стенокардии, приведшей к инфаркту миокарда (n = 20)	Пациенты с дебютом ИБС в форме инфаркта миокарда (n = 39)
Возраст пациента на начало ИБС		52,4 ± 11,6	54,5 ± 9,9
Длительность ИБС		10,1 ± 12,9	4,9 ± 8,4
Ген <i>eNOS</i> rs1799983 G894T	Аллели GG	9 (45,0%)	25 (64,1%)
	GT	10 (50,0%)	12 (30,8%)
	TT	1 (5,0%)	2 (5,1%)
<i>AGTR2</i> rs1403543	Аллели GG	8 (40%)	16 (41,0%)
	GA	3 (15,0%)	7 (18,0%)
	AA	9 (45,0%)	16 (41,0%)



В ходе исследования были выявлены различные взаимодействия факторов риска в их влиянии на дебют ИБС. По результатам проведенного корреляционного анализа по Спирмену установлено влияние таких факторов, как отягощенная кардиальная наследственность и курение, на более ранний дебют стенокардии (табл. 6). Также было отмечено, что отягощенная кардиальная наследственность и курение коррелируют с более ранним началом стенокардии ( $r = -0,28$  и  $r = -0,28$  соответственно).

По результатам регрессионного анализа было выявлено, что наличие мутации гена *eNOS*, курения и отягощенной кардиальной наследственности влияет на более раннее начало стенокардии ( $r = -0,64$ ,  $r = -0,35$ ,  $r = -0,69$  соответственно) (табл. 7).

Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике, диагностике и лечению стабильной стенокардии, клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической ИБС не указывают на важность учета полиморфизма гена *eNOS* в качестве гена-кандидата,

имеющего связь с более ранним дебютом стенокардии. Однако определение полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтазы могло бы сыграть роль в профилактике ИБС и улучшении качества жизни пациентов, путем выявления мутантных аллелей у человека.

Таким образом, мутация гена *eNOS* совместно с факторами риска курением и отягощенной кардиальной наследственностью имеет связь с более ранним дебютом ИБС ( $p < 0,05$ ).

Оксид азота — это важное звено в реализации множества физиологических и патофизиологических процессов. Он представляет собой уникальный по своей природе и механизмам действия мессенджер в большинстве клеток организма. В частности, оксид азота принимает участие в реализации многих важных физиологических процессов, таких как вазодилатация, нейротрансмиссия, снижение агрегации тромбоцитов, реакции иммунной системы, регуляция тонуса гладких мышц, состояние памяти, а также некоторых патологических процессов.

В организме оксид азота синтезируется клетками из аминокислоты L-аргинин. В эндотелии этот процесс представляет собой комплексную окислительную реакцию, катализируемую ферментом эндотелиальной NO-синтазой.

Степень экспрессии гена *eNOS* характеризуется уровнем образования оксида азота в клетках эндотелия. Полиморфные варианты гена эндотелиальной NO-синтазы могут приводить к уменьшению экспрессии гена *eNOS* и снижению образования оксида азота, который регулирует функцию эндотелия и ингибирует ключевые звенья атерогенеза. Нормально функционирующий эндотелий отличает непрерывная секреция оксида азота, необходимая для поддержания тонуса артериальных сосудов.

Эндотелиальная дисфункция, обусловленная недостаточной экспрессией гена NO-синтазы и как следствие сниженным уровнем образования оксида азота, приводит к развитию атеросклероза, являющегося причиной ИБС.

Таким образом, полиморфизм гена *eNOS* может служить причиной эндотелиальной дисфункции, которая приводит к развитию ИБС. А при совместном влиянии курения и отягощенной кардиальной наследственности развитие ишемической болезни начнется раньше, чем у человека без мутаций гена эндотелиальной NO-синтазы.

Таблица 6

**Влияние факторов риска на дебют стенокардии**

Сравниваемые переменные	Количество пациентов (абс.)	Коэффициент корреляции (r)	P
Дебют стенокардии / Отягощенная кардиальная наследственность	129	-0,28	0,001
Дебют стенокардии / Курение	129	-0,28	0,0009

Таблица 7

**Совместное влияние факторов риска на дебют стенокардии**

Сравниваемые переменные	Количество пациентов (абс.)	Коэффициент корреляции (r)	p
Курение	129	-0,35	0,001
Наследственность	129	-0,69	0,0003
eNOS	129	-0,64	0,03

## ЛИТЕРАТУРА

1. Сычев Д.А., Кулес В.Г. Отечественный опыт применения фармакогенетического тестирования для персонализации дозирования варфарина: реальная возможность для российского врача // *Consilium Medicum*. 2013. № 10. С. 111—115.
2. Mathers C.D., Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 // *PLoS Med*. 2006. № 3. С. 442.
3. Михин В.П., Дюмина Н.В., Колтунова Т.Ю., Шарова В.Г., Зуева О.Н. Дисфункция сосудистого эндотелия и методы ее коррекции цитопротекторами // *Поликлиника*. 2008. № 5. С. 52—55.
4. Veerasamy M., Bagnall A. Endothelial Dysfunction and Coronary Artery Disease: A State of the Art Review // *Cardiology in Review*. 2014.
5. Королева О.С. Клинические и генетические аспекты индивидуальной чувствительности к действию статинов у больных ишемической болезнью сердца с высоким риском развития неблагоприятных исходов. Автореф. 2011.
6. Муслимова О.В., Сычев Д.А., Ших Е.В., Козаков Р.Е. Полиморфизм гена MDR1 и риск развития острого инфаркта миокарда у больных ИБС. // *Biomedicine*. 2011. № 4. С. 109—113.
7. Кардиоваскулярная профилактика // Национальные рекомендации. ВНОК. 2011. С. 45.
8. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD // *European Heart Journal*. 2013. № 34. С. 3047.
9. Затеищikov Д.А., Манушкина Л.О., Кудряшова О.Ю. и др. Полиморфизм генов NO-синтазы и рецептора ангиотензина II I-го типа и эндотелиальный гемостаз у больных ишемической болезнью сердца // *Кардиология*. 2000. Т. 40, № 11. С. 28—32.
10. Елисеева Ю.Е. Ангиотензин-превращающий фермент, его физиологическая роль // *Вопросы медицинской химии*. 2001. Т. 1. С. 15—21.
11. Решетников Е.А., Акулова Л.Ю., Батлуцкая И.В. Молекулярно-генетические механизмы функционирования сердечно-сосудистой системы и роль ренин-ангиотензиновой системы в обеспечении сердечно-сосудистых реакций в организме // *Научные ведомости*. 2013. № 11. С. 179—183.
12. Лутай М.И. Атеросклероз: современный взгляд на патогенез // *Укр. кардіол. журн.* 2004. № 1. С. 22—34.
13. Бебякова Н.А., Хромова А.В., Феликсова О.М. Взаимосвязь периферической вазоконстрикции с полиморфизмом т-786с гена эндотелиальной синтазы оксида азота // *Медицинские науки*. 2013. № 12, ч. 2. С. 176—179.
14. Harrison D.G. Cellular and molecular mechanisms of endothelial cell dysfunction // *J. Clin. Invest.* 1997. № 100 (9). P. 2153—7.
15. Марков Х.М. Оксид азота и сердечно-сосудистая система // *Успехи физиологических наук*. 2001. № 3. С. 49—65.
16. Ignarro L.J., Crino G., Casini A., Napoli C. Nitric oxide as a signaling molecule in the vascular system: an overview // *J. Cardiovasc. Pharmacol.* 1999. № 34. С. 879—886.
17. Jeerooburkhan N., Jones L.C., Bujac S., Cooper J.A., Miller G.J., Vallance P., Humphries S.E., Hingorani A.D. Genetic and environmental determinants of plasma nitrogen oxides and risk of ischemic heart disease // *Hypertension*. 2001. № 38 (5). P. 1054—61.
18. Jones T.C., Hingorani A.D. Genetic regulation of endothelial function // *Heart*. 2005. № 91. P. 1275—1277.
19. Vallance P., Chan N. Endothelial function and nitric oxide clinical relevance // *Heart*. 2001. № 85. P. 342—350.
20. Yamada T., Horiuchi M., Dzau V.J. Angiotensin II type 2 receptor mediates programmed cell death // *Proc Natl AcadSci USA*. 1996. № 93 (1). С. 156—160.
21. Gendron L., Payet M.D., Gallo-Payet N. The angiotensin type 2 receptor of angiotensin II and neuronal differentiation: from observations to mechanisms // *Journal of Molecular Endocrinology* 2003. № 31. С. 359—372.
22. Ming-Sheng Zhou, Ivonne H. Schulman, and Leopoldo Raij. Nitric Oxide, Angiotensin II, and Hypertension // *Seminars in Nephrology*. 2004. № 4 (Pt24). С. 366—378.
23. Перепеч Н.Б. Антагонисты рецепторов ангиотензина II в поисках «фармакологической ниши» // *Consilium Medicum*. 2007. № 5 (Т. 9). С. 36—44.
24. Сидорова Л.Л. Антагонисты рецепторов ангиотензина II в лечении больных с артериальной гипертензией // *Здоровье Украины*. 2008. № 5/1. С. 36—37.
25. Шестерня П.А., Шульман В.А., Никулина С.Ю. Генетические аспекты инфаркта миокарда: проблемы и перспективы // *Российский кардиологический журнал*. 2012. № 1 (93). С. 4—9.

---

---

**SUMMARY**

---

---

**STANDARDS OF CARE, CLINICAL GUIDELINES  
(TREATMENT PROTOCOLS) —  
THE VALUE IN EXPERTISE  
OF THE QUALITY OF CARE  
IN THE MANDATORY HEALTH INSURANCE  
SYSTEM (CONTINUED)**

*O.Y. Aleksandrova, O.A. Nagibin, G.G. Savzyan*

*First Moscow State Medical University  
named after I.M. Sechenov  
Polyclinic № 2 in Ryazan*

*The importance of standards of care and clinical practice guidelines during the examination of the quality of care is analyzed.*

*Key words: standard of care, clinical guidelines (treatment protocols), the examination of the quality of care, mandatory health insurance*

**PROFESSIONAL STANDARDS:  
CREATION AND DEVELOPMENT  
PROSPECTS**

*Y.V. Burkovskaya*

*First Moscow State Medical University  
named after I.M. Sechenov*

*We consider the general issues of appearance of the concept of professional standards, the history of the development of them abroad and its domestic practice.*

*Keywords: professional standards, occupational competence, employment function, qualification*

**PROBLEM OF REALIZATION  
OF THE RIGHTS OF CHILDREN —  
PATIENTS BY NURSING STAFF**

*E.K. Baklushina, I.A. Yeremtsova*

*Ivanovo State Medical Academy  
City hospital № 4, Vladimir*

*When applying for medical assistance and its receiving child as an adult citizen, is endowed with the rights of the patient, but their implementation in practice has a number of features. One of the most urgent problems of modern health care is to provide legal guarantees for juvenile patients.*

*Key words: juvenile patients, the rights of patients, nurses, nurses, paramedics*

**ANALYSIS OF METHODOLOGICAL  
APPROACHES TO DEVELOPMENT  
OF PROFESSIONAL STANDARDS**

*Y.V. Burkovskaya, I.V. Turina*

*First Moscow State Medical University named  
after I.M. Sechenov*

*The approaches to the development, adoption and application of professional standards are considered.*

*Key words: professional standardization, qualification requirements of professions*

**STANDARDS FOR SUBSTANCE ABUSE  
TREATMENT AND PATIENT  
WITH THE DRUG ADDICTION SATISFACTION  
IN THE KOSTROMA REGION**

*E.A. Bryun, I.P. Pochitayeva*

*Moscow Scientific and Practical Centre for Addiction  
of Department of Health  
First Moscow State Medical University  
named after I.M. Sechenov*

*Results of the study showed that, overall, the total number of visits to physicians — narcologists increased by 72.8%. Control of technological standards of treatment revealed defects and causes of deviations in the treatment in 2% of patients who have been associated with the imperfection of standards and insufficient provision of modern medical drugs, as well as the complexity of the treatment of patients with multiple comorbidities. The highest satisfaction was observed among drug-dependent patients. Up to 86.9% of patients of all departments considered care provided to them sufficient. Over the past 8 years remission rates have increased.*

*Key words: standards, drug abuse treatment, the quality, remissions, satisfaction, visits*

**ORGANIZATION OF THE EMERGENCY  
MEDICINE OF THE ADULT POPULATION  
OF MOSCOW**

*A.S. Bezymyanny, R.A. Khalfin*

*The station of emergency medical care  
named after A.S. Puchkov in Moscow  
First Moscow State Medical University  
named after I.M. Sechenov*

*The basic historical stages of the creation of the ambulance service. The problems of the organization of*

*emergency medical care in Moscow and proposed solutions.*

*Keywords: emergency medical care; emergency care; the regulatory framework of emergency medical care*

#### **MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF REPRODUCTIVE HEALTH WOMEN OF CHILDBEARING AGE IN CHECHEN REPUBLIC**

**A.S. Garayeva**

*First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov*

*The results of sociological research of medical and social factors determining the reproductive health of women of childbearing age of the Chechen Republic in the new socio-economic conditions. The Chechens have traditionally focused on the large number of children. Negative political developments 90s in the Chechen Republic has not changed ethical and conventional components that have a significant impact on family planning and provide a positive demographic development of the Republic.*

*Key words: case study, women of childbearing age, reproductive health*

#### **REHABILITATION CARE AND CAUSES OF RISK OF RELAPSE IN DRUG ADDICTS**

**I.P. Pochitayeva**

*First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov*

*Analysis of the 580 cards of narcological patients revealed that, according to the patients, the main cause of relapse are setbacks in their personal lives, and, according to medical opinion of the drug treatment specialists - psychological dependence and depression. On the characteristics of remission and relapse affect of factors: biological, social, and clinical history of the disease, the quality of the organization of medical and rehabilitative drug treatment. Achievement, duration and number of remissions, first of all, depend on complex factors of clinical history, organization and carrying out of rehabilitation: of previous rehabilitations ( $r = 0,42$ ); rehabilitation duration ( $r = 0,39$ ); the number of courses of rehabilitation ( $r = 0,32$ ).*

*Key words: analysis of factors, rehabilitation, duration of courses*

#### **CLINICAL AND ECONOMIC JUSTIFICATION INSULIN GLARGINE IN REAL CLINICAL PRACTICE PATIENTS WITH DIABETES IN UKRAINE**

**L.V. Yakovleva, N.V. Bezdetko, O.N. Kirichenko**

*National Pharmaceutical University, Kharkov, Ukraine*

*The results of the comparative pharmacoeconomic evaluation of the two regimens, used in patients with type 2 diabetes mellitus (type 2 diabetes) in routine clinical practice — scheme using NPH insulin and insulin glargine (Lantus®). The advantages of insulin glargine in terms of NNT ( $NNT = 3$ ), and 2.79 times in terms of «cost-effectiveness». Insulin glargine is accompanied by lower economic losses as a result of state disability payments and the state on a sheet of disability. The economic feasibility of the transition from NPH insulin to insulin glargine in patients with type 2 diabetes in clinical practice.*

*Key words: diabetes mellitus type 2, pharmacoeconomics, insulin glargine*

#### **ENOS AND AGT R2 GENES POLYMORPHISM AS A RISK FACTOR FOR CORONARY HEART DISEASE**

**A.L. Khokhlov, N.O. Pozdnyakov, A.E. Miroshnikov, I.N. Tsareva, I.S. Mogutova, D.P. Komarov**

*Yaroslavl State Medical University  
Road Clinical Hospital Yaroslavl station of JSC  
«Russian Railways»  
Clinical Hospital № 3 of Yaroslavl region*

*Coronary heart disease (CHD) — one of the major causes of death. Morphological substrate of CHD in most cases is atherosclerosis which basis may lie in structural gene polymorphism of endothelial NO-synthase (eNOS) and AGTR2. Article analyzes the level of correctable and uncorrectable interaction of risk factors in their effect on the debut of coronary heart disease, taking into account the frequency of mutant alleles of genes and eNOS AGTR2 in patients with coronary artery disease. The results showed that a mutation in the eNOS gene, together with risk factors: smoking, cardiac burdened heredity have a connection with the earlier debut of CHD ( $p < 0.05$ ).*

*Key words: ischemic heart disease, gene polymorphisms, gene eNOS, gene AGTR2, endothelial NO-synthase*

## СОДЕРЖАНИЕ — CONTENTS

<b>ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ</b>	<b>GENERAL STANDARDIZATION PROBLEMS</b>
СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ) — ЗНАЧЕНИЕ В ЭКСПЕРТИЗЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)	STANDARDS OF CARE, CLINICAL GUIDELINES (TREATMENT PROTOCOLS) — THE VALUE IN EXPERTISE OF THE QUALITY OF CARE IN THE MANDATORY HEALTH INSURANCE SYSTEM (CONTINUED)
О.Ю. Александрова, О.А. Нагибин, Г.Г. Савзян . . . . . 3	O.Y. Aleksandrova, O.A. Nagibin, G.G. Savzyan . . . . . 3
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ	PROFESSIONAL STANDARDS: CREATION AND DEVELOPMENT PROSPECTS
Ю.В. Бурковская . . . . . 9	Y.V. Burkovskaya . . . . . 9
ПРОБЛЕМА РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ДЕТЕЙ — ПАЦИЕНТОВ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ	PROBLEM OF REALIZATION OF THE RIGHTS OF CHILDREN — PATIENTS BY NURSING STAFF
Е.К. Баклушина, И.А. Еремцова . . . . . 15	E.K. Baklushina, I.A. Yeremtsova . . . . . 15
АНАЛИЗ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К РАЗРАБОТКЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	ANALYSIS OF METHODOLOGICAL APPROACHES TO DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL STANDARDS
Ю.В. Бурковская, И.В. Тюрина . . . . . 19	Y.V. Burkovskaya, I.V. Turina . . . . . 19
<b>ОПЫТ ПРАКТИЧЕСКОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ</b>	<b>PRACTICAL STANDARDIZATION</b>
СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ	STANDARDS FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AND PATIENT WITH THE DRUG ADDICTION SATISFACTION IN THE KOSTROMA REGION
Е.А. Брюн, И.П. Почитаева . . . . . 24	E.A. Bryun, I.P. Pochitayeva . . . . . 24
ОРГАНИЗАЦИЯ ОТДЕЛЕНИЙ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ МОСКВЫ	ORGANIZATION OF THE EMERGENCY MEDICINE OF THE ADULT POPULATION OF MOSCOW
А.С. Безымянный, Р.А. Хальфин . . . . . 29	A.S. Bezymyanny, R.A. Khalfin . . . . . 29

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ  
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН  
ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЧЕЧЕНСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ

А.С. Гараева . . . . . 33

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS  
OF REPRODUCTIVE HEALTH WOMEN  
OF CHILDBEARING AGE  
IN CHECHEN REPUBLIC

A.S. Garayeva . . . . . 33

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ И ПРИЧИНЫ  
РИСКА РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ У БОЛЬНЫХ  
НАРКОМАНИЕЙ

И.П. Почитаева . . . . . 37

REHABILITATION CARE AND CAUSES  
OF RISK OF RELAPSE  
IN DRUG ADDICTS

I.P. Pochitayeva . . . . . 37

**БЮЛЛЕТЕНЬ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО  
АНАЛИЗА**

**CLINICO-ECONOMICAL ANALYSIS  
BULLETIN**

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ  
ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНА ГЛАРГИН В РЕАЛЬНОЙ  
КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ  
САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УКРАИНЕ

Л.В. Яковлева, Н.В. Бездетко, О.Н. Кириченко . . . . . 41

CLINICAL AND ECONOMIC JUSTIFICATION  
INSULIN GLARGINE IN REAL CLINICAL  
PRACTICE PATIENTS WITH DIABETES  
IN UKRAINE

L.V. Yakovleva, N.V. Bezdetko, O.N. Kirichenko . . . . . 41

**СРОЧНО В НОМЕР**

**URGENT PUBLICATION**

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ *eNOS* И *AGTR2*  
КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

А.Л. Хохлов, Н.О. Поздняков, А.Е. Мирошников,  
И.Н. Царева, И.С. Могутова, Д.П. Комаров . . . . . 46

*eNOS* AND *AGTR2* GENES POLYMORPHISM  
AS A RISK FACTOR FOR CORONARY  
HEART DISEASE

A.L. Khokhlov, N.O. Pozdnyakov, A.E. Miroshnikov,  
I.N. Tsareva, I.S. Mogutova, D.P. Komarov . . . . . 46

**КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ  
НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ . . . . . 51**

**SUMMARY . . . . . 51**