



МЕДИЦИНА

№1
2016

Оглавление

Понкин И. В., Понкина А. А. Юридическое определение понятия «боль»	1
Гавриш Н. Н., Грабский Ю. В., Панкратов В. В., Солдатов С. К. Метод доклинической оценки эффективности медикаментозных средств восстановления и поддержания операторской работоспособности человека при работе в условиях высокоинтенсивных физических нагрузок	16
Абраров Р. А. Характеристика факторов сердечно-сосудистого риска и уровней общего холестерина у девушек, проживающих в центре и пригородах Уфы	25
Гришин С. М. Дефекты медицинских услуг в пластической хирургии	34
Комаров Ю. М. Как нам дальше развивать здравоохранение? Часть 2. Здравоохранение страны на перепутье	41
Резолюция научно-практической и образовательной конференции Центрального федерального округа Российской Федерации «Региональные возможности борьбы с табакокурением», Тверь, 20 ноября 2015	58

**БЕСПЛАТНОЕ РЕЦЕНЗИРУЕМОЕ НАУЧНОЕ
ИНТЕРНЕТ-ИЗДАНИЕ С ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ,
ПУБЛИКУЮЩЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРИГИНАЛЬНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ВО ВСЕХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНЫ**

Журнал «Медицина»

бесплатное рецензируемое научное интернет-издание
с открытым доступом

№ 1, 2016

Главный редактор

Данишевский К. Д., д. м. н., профессор

Председатель Редакционного совета

Стародубов В. И., академик РАМН

Редколлегия

Андрусенко А. А., к. м. н.

Барях Е. А., к. м. н.

Власов В. В., д. м. н., профессор

Немцов А. В., д. м. н., профессор

Плавинский С. Л., д. м. н., профессор

Савчук С. А., д. х. н.

Тетенова Е. Ю., к. м. н.

Шабашов А. Е., к. м. н.

Редакционный совет

Боярский С. Г., к. м. н.

Гаспаришвили А. Т., к. ф. н.

Новиков Г. А., д. м. н., проф.

Фролов М. Ю., к. м. н.

Ответственный секретарь редакции

Колгашкин А. Ю.

Адрес издания в сети Интернет: fsmj.ru

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Эл № ФС77-52280
от 25 декабря 2012 года выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций

© Журнал «Медицина», 2016

Юридическое определение понятия «боль»

Понкин И. В.

д.юр.н., проф. кафедры государственного и муниципального управления Института государственной службы и управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, проф. МГЮА, проф.; e-mail: i@lenta.ru

Понкина А. А.

канд.юр.н., эксперт Консорциума специалистов по защите прав пациентов; e-mail: droit.du.patient@gmail.com

Статья посвящена исследованию понятия «боль». В статье показано, что вопрос избавления от боли и страданий от неё имеет существенное юридическое значение, это вопрос достоинства личности и прав человека. Авторы исследуют многообразие значений понятия «боль», показывают многообразие существующих определений указанного понятия, описывают факторы затруднённости выработки релевантного определения понятия «боль». Отмечается, что сегодня не существует общепринятой, точной и всесторонней дефиниции понятия «боль». Сделан вывод, что такое определение является совершенно необходимым – в целях лучшей организации паллиативной и хосписной помощи, для оценки причинённого вреда здоровью, оценки содержания и последствий дефекта медицинской помощи, оценки сути и тяжести совершённых над человеком пыток и т.д. В статье предложено авторское определение понятия «боль». Исследованы и описаны негативные и позитивные факторы боли.

Ключевые слова: боль, страдание, паллиативная и хосписная медицинская помощь, права пациентов, здравоохранение, медицинское право

Введение в проблему

Решение проблемы боли (англ. – «*pain*»; франц. – «*la douleur*»; испан. – «*el dolor*»; итал. – «*dolore*»; нем. – «*schmerz*»), точнее – проблемы избавления от боли и страданий от неё (как реакции организма на боль), согласно позиции Всемирной организации здравоохранения, «следует считать вопросом соблюдения прав человека» [1, с. 219].

Поэтому особый исследовательский интерес представляет определение понятия боли с правовой точки зрения.

О содержании понятия «боль»

Сегодня не существует общепринятой, точной и всесторонней дефиниции понятия «боль», а равно понятий обусловленных болью и проявляющихся в ней человеческих страданий. Это вообще в высшей степени сложная задача – сформулировать такое определение, которое было бы релевантным, в необходимой и достаточной мере полноохватным и детализированным.

Между тем, такое определение является совершенно необходимым (в целях лучшей организации паллиативной и хосписной помощи, для оценки причинённого вреда

здоровью, оценки содержания и последствий дефекта медицинской помощи, оценки сути и тяжести совершённых над человеком пыток и т.д.). Более того, такое определение вообще представляет существенный научный и прикладной интерес в самых различных сферах общественных отношений.

Термин «боль», в числе прочего, обладает следующими семантическими значениями и употребляется:

1. для описания боли в медицинском, медико-правовом и биоэтическом смысле – как остро-неприятных, сложно переносимых, выраженно беспокоящих или травмирующих физических (и сопряжённых с ними психических и духовно-нравственных) чувствований и переживаний человека;
2. как содержательно дополняющий (достраивающий, уточняющий) элемент в значении понятий «пытка» и «жестокое обращение» (в уголовно-правовом значении) и для описания сопровождающих физические (и сопряжённые с ними психологические) пытки и жестокое обращение чувствований и переживаний (страданий) человека;
3. для описания острых (тяжело переносимых, крайне беспокоящих или травмирующих) нравственно-психологических чувствований и переживаний человека:
 - описание указанных чувствований (сочувствований) и переживаний (сопереживаний) человека при incurable (тем более, в терминальной стадии) заболевании или утрате близкого человека (например, своего ребенка), либо при подобной утрате близким человеком; описание острого психологического состояния человека, характеризуемого словами «горе», «скорбь», «сострадание», «соболезнование», «глубокое сочувствие»;
 - описание крайне острых (трудно переносимых или непереносимых) чувствований и переживаний страха (в том числе за близких людей);
 - описание нравственно-психологических чувствований и переживаний человека, подвергающегося систематическим сильным психологическим издевательствам и преследованиям, унижениям и оскорблениям, травле, третированию («буллингу»), пребывающего в состоянии унижительной исключённости из социума.

В настоящем материале мы обратимся к первому из перечисленных значений понятия «боль».

Несмотря на общеизвестность и, казалось бы, общепонятность термина «боль», сложность отображаемого и описываемого этим термином феномена предопределяет недостаточную смысловую определённую содержания этого понятия, тем более в части законодательного закрепления дефиниции этого понятия.

Затруднённая выработки исчерпывающе точного определения боли обусловлена следующими обстоятельствами:

- боль всегда субъективна, поэтому с трудом поддается объективной оценке; соответственно, восприятие боли подчинено влиянию со стороны личностных ценностно-культурных ориентаций, особенностей восприятия, проистекающих из пола и возраста человека, его психологического склада, соответственно, параметры такого восприятия и параметры основанного на нём оценивания болевых ощущений и переживаний могут варьироваться;
- боль представляет собой полилатеральное (многогранное) явление с сенсорным, физиологическим, духовно-нравственным, эмоционально-когнитивным (немедленным и долгосрочным), аффективным и поведенческим компонентами;
- существует множество видов боли и форм её проявления;
- существует множество факторов, объективно воспрепятствующих чёткому описанию боли лицом, её претерпевающим, поскольку боль имеет множество значений (даже в рамках первого из приведённых значений) и для разных индивидов может означать и включать в себя разные явления, чувствования и переживания, состояния.

Во всём многообразии представленных в научной литературе определений пока не обнаруживается необходимо релевантной дефиниции, исчерпывающе детализированно и глубоко описывающей рассматриваемый феномен. Тем более, отсутствует юридически закреплённая такая дефиниция, задача разработки и закрепления которой сегодня по-прежнему актуальна. На основании имеющихся на настоящий момент исследований понятия «боль» очень сложно дать содержательно исчерпывающую и универсальную дефиницию указанного понятия. Тем не менее, в существующих исследованиях по данному кругу вопросов представлены некоторые релевантные наборы признаков понятия «боль», встречаются и представляющие научный интерес описания этого явления. Некоторая выборка существующих определений будет представлена ниже.

Оксфордский словарь английского языка определяет данный термин следующим образом:

- ощущение, которое индивид испытывает, когда страдает (физически или психологически);

- страдание, потрясение; чувство, обратное удовольствию;
- телесные страдания, психические страдания [4, с. 21].

Страдание от боли – это интегральное чувство, включающее ощущения и переживания, вызванные одним или несколькими длящимися болевыми ощущениями либо серией болевых ощущений, причинённых увечьем или заболеванием или медицинским вмешательством или сопряжённые с ними, впечатления от этих ощущений и их глубокие психические и духовные переживания.

Боль является ощущением в части или частях тела, и это ощущение всегда является выражено неприятным. Те ощущения, которые напоминают боль, но не являются выражено неприятными, не представляют собой боли (такие, как, например, покалывания). Некоторые неприятные ощущения также могут не представлять собой боли, так как не имеют обычных сенсорных характеристик боли. Иногда индивидами сообщается о том, что они испытывают боль, однако отсутствует повреждение тканей или какая-либо иная физиологическая причина боли, и в этом случае, ввиду существенного значения фактора субъективности в определении боли, такие ощущения должны определяться именно как боль, а не что-либо иное [8].

Как отмечает Брайн Дэвис, боль может рассматриваться как интерпретируемая человеком, её испытывающим, информация, поступающая из периферической нервной системы (в которую также входят отделы в её внутренних частях – таких, как живот, грудная клетка, череп и позвоночник), в кору головного мозга и связанные с ней эмоциональные центры. Интерпретация боли при этом может зависеть от физиологических, психологических и социокультурных факторов и процессов. В других определениях боли данное явление обязательно связывается с повреждениями тканей [6, с. 9].

Безусловно, повреждение тканей может объяснять или «оправдать» притязания на боль лица, её испытывающего, тем не менее, имеют место случаи, когда испытываемая боль непропорциональна полученным лицом повреждениям [6, с. 10].

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) определяет боль как «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения» [11].

Международная ассоциация по изучению боли также указывает, что чувство боли схоже с ощущением повреждения тканей тела, даже если это не так, что позволяет избежать привязки боли к обязательному раздражителю [8].

Г. Майтра, А. Рудра и С. Сингупта определяют боль как «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, возникающее от фактического или потенциального

повреждения тканей. Боль всегда субъективна. Каждое отдельное лицо знакомится с применением этого слова через переживания, связанные с ранним периодом жизни. Боль – это ощущение в части или частях тела, однако ощущение это всегда неприятное, таким образом, боль является и эмоциональным переживанием» [14, с. 768].

Согласно ещё одному определению, страдание (как душевная боль) интерпретируется как «опыт индивидуума, отчуждённого от самых глубоких и фундаментальных аспектов самого себя» [5, с. 717].

В 1968 году Марго Маккэффри сформулировала биоэтическое определение боли, ставшее классическим: «Что пациент назовёт болью, тем она и является; существует она всегда, когда пациент говорит, что она существует» [15, с. 95].

Боль является беспокоящим сенсорным и эмоциональным переживанием, связанным с фактическим или потенциальным повреждением тканей, либо описываемым в контексте такого повреждения. Боль также представляет собой симптом, а не самостоятельное расстройство [7, с. 1637].

Важным в последнем из приведённых определений боли является указание на то, что физическая боль – это не только физическое переживание, но и эмоциональное, и чувства лица, её испытывающего, имеют особенно важное значение для её определения [20, с. 331].

Представляют интерес формулировки дефиниций и интерпретации понятия «боль» в документах национальных органов государственной власти и документах международных организаций.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «боль является многомерным феноменом с сенсорными, физиологическими, когнитивными, эмоциональными, поведенческими и духовными компонентами» [27, с. 17].

Согласно Правилам и регламентам штата Род-Айленд (США) относительно помощи при боли: «Боль – это неприятное ощущение, которое изменяется в пределах от умеренного локализованного недомогания до агонии. Боль состоит как из физической компоненты, так и из эмоциональной. Физическая компонента боли возникает вследствие стимуляции нервов. Боль может ограничиваться небольшой зоной, например – в случае травмы, или же она может быть более распространённой, как, например, в случае заболевания фибромиалгией. Боль передаётся определёнными нервными волокнами, которые переносят болевые импульсы к мозгу, где их сознательное восприятие может изменяться рядом факторов. Боль – это обычно локализованное физическое страдание, связанное с телесным расстройством (болезнь или травма); также боль является телесным ощущением, побуждаемым болевыми раздражителями, характеризующимся физическим дискомфортом (покалывание, пульсация, ноющие ощущения), которое, как правило,

ведёт к действиям по уклонению; боль также может включать в себя умственное или эмоциональное страдание [21, с. 2].

Согласно нашей авторской дефиниции (в медико-правовом и биоэтическом значении), **боль** – это ординарные (простые по проявлению, в единичном случае) или интегральные (разовые, повторяющиеся или длящиеся) выражено мучительно-беспокоящие (остро-неприятные, трудно переносимые, вызывающие страдания) или травмирующие физические сенсорные чувствования и переживания человека, вызванные или связанные с действительным, мнимым или реально угрожающим (обоснованно предвосхищаемым) повреждением ткани (тканей) или органа (органов) человеческого организма, обладающие специфическими сенсорными характеристиками и описываемые в терминах такого повреждения, а также сопряжённые с ними психо-эмоциональные впечатления от этих ощущений и их глубокие психические и духовно-нравственные переживания.

Негативные и позитивные факторы боли

Обоснованно выделять следующие негативные факторы (и одновременно – признаки) боли:

1. Боль влечёт страдания человека, неотъемлемо связана с человеческими страданиями и, сама по себе, является формой, содержанием и выражением страданий.

Как обоснованно указывает Джек Кулиэн, слова «боль» и «страдание» зачастую употребляются вместе, в клинической практике они «иногда, кажется, сливаются в единую концепцию» [5, с. 717].

Понятие «подавляющая боль» (тотальная боль) отражает всю глубину, масштабность и сложность человеческого страдания [13, с. 29].

2. Боль посягает на достоинство личности лица, её претерпевающего, разрушительна для человеческого достоинства.

Как известно, при сильных болях человек вынужден забыть многое, вынужденно «теряя своё лицо».

«Боль уничижительна, – указывает Эдвин Лиссон, – она уничтожает чувство собственного достоинства. Это сопровождается ощущениями беспомощности в условиях боли и зависимости от лекарств, ощущением обременения собою окружающих» [10, с. 654].

3. Непереносимая боль «расчеловечивает», деформирует сознание человека.

«Чем тяжелее боль, тем больше она затемняет рассудок пациента, – пишет Эдвин Лиссон. – Всё, о чем он может думать, – это боль: нет воспоминаний о прошлом без боли, нет будущего без боли, есть лишь полное боли настоящее... В своей крайней степени, боль уничтожает человеческую душу» [10, с. 654].

Как указывает Элэйн Скэрри, боль «свою неразделимость гарантирует, отчасти, с помощью её сопротивляемости языку... Продолжительная боль не просто сопротивляется языку, но и активно его уничтожает, принося с собой возврат к состоянию, предшествующему языку, к звукам и крикам, которые человек произносит до того, как он изучает язык» [22, с. 4].

4. Боль элиминирует независимость человека и индуцирует существенные страхи и тревожность.

Боль является одним из самых разрушительных и вызывающих страх осложнений у больных с раком и другими заболеваниями [24, с. 5].

«Пациент боится делать малейшие движения – указывает Э. Лиссон, – все решения сфокусированы либо на облегчении текущей боли, или же на предотвращении бóльшей боли в будущем, ради чего больной может быть готов “продать душу”» [10, с. 654].

5. Непереносимая боль элиминирует волю к жизни, продуцирует суицидальные мысли.

«Если человек просит об эвтаназии в связи с тем, что он неимоверно страдает, на самом деле он просит о помощи», – обоснованно указывает А.К. Федермессер [3].

6. Ощущение боли всегда очень и очень субъективно, как следствие – наличие боли крайне сложно (на грани невозможности) подтверждаемо третьими лицами.

Харольд Мерски отмечает, что боль всегда является субъективным психологическим состоянием, хотя зачастую имеет конкретную физиологическую причину [17, с. 13]. Поскольку боль представляет собой соматопсихическое переживание, только лицо, её испытывающее, может действительно оценить интенсивность боли, – обоснованно указывает М.Р. Раджагопал [20, с. 334].

7. Боль полилатеральна (многогранна) и интерсекциональна.

Как пишет Элэйн Скэрри, «боль неразделимо приходит к нам таким образом, что её нельзя ни отрицать, ни верифицировать. Чего бы боль ни достигала, она достигает этого отчасти за счет её неразделимости» [22, с. 4].

Согласно Анне Ваайоки, одним из важнейших аспектов боли является то, что она всегда представляет собой личное, субъективное, уникальное и многомерное переживание, на которое влияет пол и возраст лица, её испытывающего, его культурная принадлежность и предыдущий опыт испытывания боли, а также такие эмоциональные факторы, как радость, печаль, страх, волнение, а равно отношение к боли самого лица [25, с. 1].

Обоснованно выделять следующие **позитивные факторы боли**:

- боль как реакция организма на проблемы выступает сигнализатором таких проблем (сигнализатором тревоги, «сторожем»);
- боль выступает фактором предупреждения человека об опасности его здоровью и его жизни и фактором сдерживания человека от потенциально или действительно вредоносных воздействий, влекущих или способных повлечь ущерб организму человека, его органам и тканям;
- боль выступает фактором удержания человека, получившего серьёзный ущерб здоровью, от гибели, стимулируя его пребывание в сознании.

Виды и формы боли

Боль может быть классифицирована разными способами, однако с точки зрения терапевтического применения таких классификаций наиболее актуальным считается разделение боли на нейропатическую и ноцицептивную [20, с. 331]. Соответственно, может быть и смешанная боль.

Чаще всего предполагается, что боль может быть вызвана физическими травмами, и по завершении процессов излечения боль исчезает. Тем не менее, нервная система, сама по себе, может продуцировать боль, и таким типом боли (нейропатической болью) труднее управлять. Боль, вызываемая повреждением нерва, может быть мучительной и может не проходить со временем. Такой тип боли происходит из периферийной или центральной нервной системы. Термин «нейропатическая боль» зачастую используется в качестве обобщающего для целого ряда явлений [26].

Исследователи также выделяют следующие виды боли в рамках её классификации по иному признаку:

- боль от повреждений (боль от кровоподтеков, растяжений, переломов костей, хирургическая боль);
- острая боль в результате заболевания (например, зубная боль, мигрень, аппендицит);
- хроническая боль, возникшая в результате заболевания и связанная с его протеканием (боль, сопряжённая с онкологическим заболеванием);
- нестандартные ситуации с болью, такие, как, например, фантомные боли [6, с. 11].

Боль от повреждений, в частности, является интенсивной, локализованной в месте травмы и позволяет идентифицировать причины возникновения такой боли и разработать лечение. Также в таких ситуациях существует эмоциональная реакция на боль, заключающаяся в страхе наличия невидимой травмы [6, с. 11].

Острая боль зачастую является результатом повреждения тканей тела, а также может быть связана с мышечными спазмами [18].

Хроническую боль определяют как боль, которая сохраняется в течение некоторого срока, выходящего за рамки обычного стандартного срока острого заболевания (например, 1 месяца) или разумно необходимого времени для излечения травмы, либо боль, связанную с хроническим патологическим процессом, который вызывает постоянные боли, либо же боль, которая повторяется в течение нескольких месяцев или лет [20, с. 331].

Всемирная организация здравоохранения и Международная ассоциация по изучению боли выделяют следующие основные типы боли (и состояний, связанных с болью) [2, с. 22; 8]:

- аллодиния – боль от воздействия раздражителя, в норме ее не вызывающего (например, легкое прикосновение может вызвать сильную боль);
- гипералгезия – повышенная болевая реакция на болезненный в норме раздражитель (термический или тактильный, оба вызывают такую реакцию редко); холодовая гипералгезия встречается чаще, чем тепловая;
- гипоалгезия – сниженная болевая реакция на болезненный в норме раздражитель (тактильный или термический, оба вызывают такую реакцию часто);
- парестезия – аномальное ощущение, такое как покалывание, пощипывание или онемение, в ответ на раздражитель, в норме его не вызывающий; может быть спонтанным или вызванным;

- дизестезия – неприятное ощущение; может быть спонтанным или вызванным;
- гиперестезия – повышенная чувствительность к раздражителям (тактильному или термическому, оба возникают редко);
- гипестезия – сниженная чувствительность к раздражителям (тактильному или термическому, оба возникают часто);
- каузалгия (синдром длительной жгучей боли, аллодиния и гиперпатия после травматического повреждения нерва);
- гиперпатия (болевого синдром, характеризующийся ненормально болезненной реакцией на раздражитель, в особенности, на повторяющееся применение раздражителя).

Понятие боли в уголовном праве

Определение боли с правовой точки зрения имеет особое значение в уголовном праве для целей более точной классификации уголовно наказуемых деяний.

В качестве примера приведем норму из уголовного законодательства США.

Так, § 2340 Свода законов США, посвящённый определению основных понятий, используемых в главе 113 С «Пытки» Титула 18 «Преступления и уголовный процесс», предусматривает, что в объём понятия пытки входит преднамеренное причинение сильной физической или психической боли или страданий другому лицу [23].

Пункт 2 § 2340 Свода законов США содержит следующее определение психической боли:

«“сильная психическая боль или страдания” означает длительный психический вред, причинённый в результате или вследствие:

(А) умышленного причинения или угрозы причинения сильной физической боли или страданий;

(В) введения или применения, либо угрозы введения или применения изменяющих сознание веществ или других процедур, рассчитанных на то, чтобы серьёзно подорвать чувства или личность;

(С) угрозы неминуемой смерти; или

(D) угрозы того, что другое лицо неизбежно будет подвергнуто смерти, физической боли или страданиям, либо введению или применению изменяющих сознание веществ или других процедур, рассчитанных на то, чтобы серьёзно подорвать чувства или личность» [23].

Юридическое управление Департамента юстиции США в своём исследовании относительно того, что именно входит в понятие боли, которая может быть причинена в рамках деяния, согласно уголовному законодательству США, классифицируемого как пытки, пришло к выводу: для того, чтобы деяние было классифицировано именно как причинение пыток, оно должно причинять такую боль, которую сложно вынести. Физическая боль в этом случае должна по своей интенсивности быть эквивалентна боли, сопровождающей серьёзную физическую травму, такую, как лишение органа, нарушение функций тела или даже смерть. Под сильной болью понимается, как правило, такая боль, которую лицо, её испытывающее, не в состоянии терпеть. Для того, чтобы пытки, направленные на причинение психической боли, могли считаться таковыми, они должны приводить к причинению значительного психического вреда, который простирается на значительный период времени, составляющий несколько месяцев или даже лет. Сильная психическая боль, соответственно, предполагает страдания не только непосредственно в сам момент её причинения, но и в последующем [16, с. 1, 46].

Имеют место существенные с правовой точки зрения различия между разными степенями физической боли. Такие различия, как правило, находят отражение в национальных законодательствах государств с целью более точной классификации уголовных правонарушений против личности [19, с. 802].

Возраст, с которого человеческое существо способно ощущать и переживать боль

С развитием представлений о боли происходит и развитие в этой сфере принимаемых на законодательном уровне мер с целью обеспечения более существенной правовой защиты соответствующих лиц, в ней нуждающихся. Так, например, к такого рода мерам можно отнести принимаемые некоторыми государствами (например, США) положения, признающие, что человеческий плод может испытывать определённую боль (в том числе во время аборта) [19, с. 802].

Так, согласно декларации в **Законе штата Луизиана (США) «О защите нерождённых детей, способных чувствовать боль»**, болевые рецепторы присутствуют по всему телу нерождённого ребёнка, и нервы связывают эти рецепторы с таламусом головного мозга и подкорковыми структурами не позднее, чем на сроке в 20 недель. Ребёнок в возрасте 8 недель уже реагирует на прикосновения. После 20 недель нерождённый ребёнок реагирует на раздражители, которые применительно к взрослому человеку были бы

обоснованно определены как болезненные. Нерождённый ребёнок может чувствовать боль в этом возрасте, несмотря на то, что его мозг ещё пока не функционирует в достаточной мере. Следовательно, существуют необходимые и достаточные медицинские доказательства того, что нерождённый ребёнок способен испытывать боль с возраста 20 недель после зачатия (подпункты «а», «b», «f» и «k» пункта «В» § 1299.30.1 **Свода пересмотренных статутах штата Луизиана** [12]). Такое же положение закреплено в **Законе штата Айдахо (США) «О защите нерождённых детей, способных чувствовать боль»** (пункты 1, 2, 6 и 10 статьи 18-503 Главы 5 Титула 18 **Свода статутах штата Айдахо** [9]). Характерны даже названия этих законов.

Вместо заключения

Как и иные субъективные эмоциональные состояния, боль, отмечает профессор Аманда Пастилник, является невидимой для других и, зачастую, даже невыразимой, поскольку, несмотря на возможность определённой классификации боли, основанной на наблюдениях за поведением лиц, её испытывающих, а также на имеющемся опыте и знаниях, её практически невозможно наблюдать и измерять напрямую. Однако в настоящее время с развитием технологий с помощью нейровизуализации процесс возникновения боли стал более познаваем и может быть подвергнут более точной количественной оценке. Развитие возможностей по выявлению и количественному измерению субъективных состояний является «субъективистским поворотом» в развитии правовых наук [19, с. 803].

Список литературы

1. Комплексная борьба с раком шейки матки: Краткое практическое руководство / Всемирная организация здравоохранения. – Geneva: World Health Organization, 2010. – 278 с.
2. Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. – М.: Практическая медицина, 2014. – 208 с. – С. 22; IASP Taxonomy / The International Association for the Study of Pain // <<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>>.
3. Федермессер А.К. О таинстве смерти и буднях хосписа // <<http://www.pravmir.ru/nyuta-federmesser-nelzya-dumat-o-svoem-komforte-nado-dumat-o-komforte-pacienta/>>. – 15.05.2013.
4. Cheng S., Foster R.L., Huang C. Concept Analysis of Pain [Концептуальный анализ боли] // Tzu Chi Nursing Journal. – 2003. – Vol. 2. – № 3. – P. 20–30.
5. Coulehan J. Suffering, Hope, and Healing [Страдание, надежда и исцеление] // Handbook of Pain and Palliative Care: Biobehavioral Approaches for the Life Course / R.J. Moore (ed.). – New York: Springer, 2012. – xxvi; 865 p. – P. 717–731.
6. Davis B.D. Caring for people in pain [Уход за людьми, страдающими от боли]. – London: Routledge, 2000. – vi; 256 p.

7. Encyclopedia of Pain [Энциклопедия боли] / Ed. by R.E. Schmidt, W.D. Willis. – New York: Springer, 2007. – 2745 p.
8. IASP Taxonomy / The International Association for the Study of Pain // <<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>>.
9. Idaho Statutes, Title 18 «Crimes and punishments», Chapter 5 «Pain-capable unborn child Protection Act» // <<http://legislature.idaho.gov/idstat/Title18/T18CH5.htm>>.
10. *Lisson E.L.* Ethical Issues Related to Pain Control [Этические проблемы, связанные с контролем боли] // Nursing Clinics of North America. – 1987. – № 22. – P. 649–659.
11. *Loeser J.D., Treede R.D.* The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology // Pain. – 2008. – № 137. – P. 473–477.
12. Louisiana Revised Statutes // <<http://www.legis.state.la.us/lss/lss.asp?doc=814249>>.
13. *Łuczak J.* Etyka w opiece paliatywnej [Этика в паллиативной помощи] // Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne / Katolicki Uniwersytet Lubelski; Akademia Medyczna w Lublinie. – Lublin, 1996. – 236 s.
14. *Maitra G., Rudra A., Sengupta S.* Pain Management: Medico-Legal Issues [Управление болью: медико-правовые аспекты] // Indian Journal of Anaesthesia. – 2008. – № 52 (6). – P. 768–774.
15. *McCaffery M.* Nursing Practice Theories Related to Cognition, Bodily Pain, and Man-environment Interactions [Теоретические основы практики медицинского ухода, физическая боль и взаимодействие человека с окружающей средой]. – Los Angeles (CA, USA): University of California at Los Angeles Students' Store, 1968.
16. Memorandum for Alberto R. Gonzales Counsel to the President / U.S. Department of Justice (Office of Legal Counsel) // <<http://www.justice.gov/sites/default/files/olc/legacy/2010/08/05/memo-gonzales-aug2002.pdf>>. – 2002. – 50 p.
17. *Merskey H.* Taxonomy and Classification of Chronic Pain Syndromes [Таксономия и классификация синдромов хронической боли] // Practical management of pain. Fifth Edition / Ed. by H.T. Benzon, J.P. Rathmell, C.L. Wu, D.C. Turk, C.E. Argoff, R.W. Hurley. – NY: Elsevier, 2008. – 1115 p. – P. 13–18.
18. Pain [Боль] / Gale Encyclopedia of Medicine // <<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain>>.
19. *Pustilnik A.C.* Pain as fact and heuristic: how pain neuroimaging illuminates moral dimensions of law // Cornell Law Review. – 2012. – Vol. 97. – № 801. – P. 801–848.
20. *Rajagopal M.R.* Pain – basic considerations [Боль – основные соображения] // Indian Journal of Anaesthesia. – 2006. – Vol. 50. – № 5. – P. 331–334. <<http://medind.nic.in/iad/t06/i5/iadt06i5p331.pdf>>.
21. Rules and Regulations related to pain assessment (R5-37.6-Pain) / State of Rhode Island and providence plantations; Department of health, 2003, May // <http://sos.ri.gov/documents/archives/regdocs/released/pdf/DOH/DOH_2531.pdf>. – 13 p.
22. *Scarry E.* Body in Pain. The making and unmaking of the world [Тело в боли. Действие и бездействие мира]. – Oxford: Oxford University Press, 1985. – vii; 385 p.
23. The United States Code // <<https://www.law.cornell.edu/uscode/text>>; <<http://uscode.house.gov/view.xhtml?req=granuleid:USC-prelim-title18-section2340&num=0&edition=prelim>>.
24. Uso de opioides en Tratamiento del Dolor: Manual para Latinoamérica [Употребление опиоидов в лечении боли: Пособие для Латинской Америки] / Editores: P. Bonilla, L.De Lima, P. Díaz, M. Ximena León, M. González. – Caracas (Venezuela), 2011. – 276 p.

25. *Vaajoki A.* We have to take Pain Definition, Pain Management, and the Results of Non-pharmacological Studies Seriously [Мы должны принять определения понятия боли, управления болью и результатов серьезных нефармакологических исследований] // *Alternative and Integrative Medicine*. – 2013. – Vol 2. – № 7. <<http://www.esciencecentral.org/journals/we-have-to-take-pain-definition-pain-management-and-the-results-of-non-pharmacological-studies-seriously-2327-5162.1000134.pdf>>. – 2 p.
26. Various Types of Pain Defined // <<http://www.cvppsg.org/library/variousypesofpaindefined.pdf>>.
27. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. – Paris – Geneva, 2012. – 166 p. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf>.

Legal definition of pain

Ponkin I. V.

doctor of science (Law), professor of the Institute of Public Administration and Management of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, State Professor, E-mail: i@lenta.ru

Ponkina A. A.

PhD (Law), expert of the Consortium of experts on patients' rights, E-mail:droit.du.patient@gmail.com

The article investigates the concept of pain. The article shows that the question of getting rid of the pain and suffering from it has a substantial legal significance, it is a question of dignity and human rights. The authors explores the variety of meanings for the word «pain», shows the variety of existing definitions of these concepts, describes the factors hindered generation of the relevant definition of pain. The article noted that there is currently no common, accurate and comprehensive definition of the concept of pain. It is concluded that such a definition is absolutely necessary – for better palliative and hospice care, for assess the damage caused to health, for evaluation of the content and consequences of the defect of health care, for evaluation of the nature and gravity of torture committed on a person, etc. The article proposes the author's definition of pain. The article explores and describes the negative and positive factors of pain.

Key words: pain, suffering, palliative and hospice medical care, patients' rights, health care, medical law

References

1. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. – Geneva: World Health Organization, 2010.
2. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Moscow: Prakticheskaya Meditsina, 2014. Print; IASP Taxonomy / The International Association for the Study of Pain // <<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>>.
3. Federmesser A.K. “On the Sacrament of Death and Everyday Life in Hospice” <<http://www.pravmir.ru/nyuta-federmesser-nelzya-dumat-o-svoem-komforte-nado-dumat-o-komforte-pacienta/>>. – 15.05.2013.
4. Cheng S., Foster R.L., Huang C. “Concept Analysis of Pain.” *Tzu Chi Nursing Journal*. 3 (2003): 20–30.
5. Coulehan J. “Suffering, Hope, and Healing.” *Handbook of Pain and Palliative Care: Biobehavioral Approaches for the Life Course*. R.J. Moore (ed.). – New York: Springer, 2012. 717–731. Print.
6. Davis B.D. “Caring for people in pain.” London: Routledge, 2000. Print.
7. “Encyclopedia of Pain.” Ed. by R.E. Schmidt, W.D. Willis. New York: Springer, 2007. Print.

8. IASP Taxonomy/The International Association for the Study of Pain // <<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>>.
9. Idaho Statutes, Title 18 «Crimes and punishments», Chapter 5 «Pain-capable unborn child Protection Act» // <<http://legislature.idaho.gov/idstat/Title18/T18CH5.htm>>.
10. Lisson E.L. "Ethical Issues Related to Pain Control." *Nursing Clinics of North America*. 22 (1987). 649–659.
11. Loeser J.D., Treede R.D. "The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology." *Pain*. 137 (2008): 473–477.
12. Louisiana Revised Statutes // <<http://www.legis.state.la.us/lss/lss.asp?doc=814249>>.
13. Łuczak J. Etyka w opiece paliatywnej. In: Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne. Katolicki Uniwersytet Lubelski; Akademia Medyczna w Lublinie. Lublin, 1996. Print.
14. Maitra G., Rudra A., Sengupta S. "Pain Management: Medico-Legal Issues." *Indian Journal of Anaesthesia*. 6 (2008): 768–774.
15. McCaffery M. Nursing Practice Theories Related to Cognition, Bodily Pain, and Man-environment Interactions. Los Angeles (CA, USA): University of California at Los Angeles Students' Store, 1968.
16. Memorandum for Alberto R. Gonzales Counsel to the President / U.S. Department of Justice (Office of Legal Counsel) <<http://www.justice.gov/sites/default/files/olc/legacy/2010/08/05/memo-gonzales-aug2002.pdf>>. – 2002. – 50 p.
17. Merskey H. Taxonomy and Classification of Chronic Pain Syndromes. Practical management of pain. Fifth Edition / Ed. by H.T. Benzon, J.P. Rathmell, C.L. Wu, D.C. Turk, C.E. Argoff, R.W. Hurley. – NY: Elsevier, 2008. Print.
18. Pain / Gale Encyclopedia of Medicine. <<http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain>>.
19. Pustilnik A.C. "Pain as fact and heuristic: how pain neuroimaging illuminates moral dimensions of law." *Cornell Law Review*. 801(97) (2012): 801–848.
20. Rajagopal M.R. "Pain – basic considerations." *Indian Journal of Anaesthesia*. – 5 (2006): 331–334. <<http://medind.nic.in/iad/t06/i5/iadt06i5p331.pdf>>.
21. Rules and Regulations related to pain assessment (R5-37.6-Pain) / State of Rhode Island and providence plantations; Department of health, 2003, May // <http://sos.ri.gov/documents/archives/regdocs/released/pdf/DOH/DOH_2531.pdf>. – 13 p.
22. Scarry E. Body in Pain. The making and unmaking of the world. Oxford: Oxford University Press, 1985. Print.
23. The United States Code // <<https://www.law.cornell.edu/uscode/text>>; <<http://uscode.house.gov/view.xhtml?req=granuleid:USC-prelim-title18-section2340&num=0&edition=prelim>>.
24. Uso de opioides en Tratamiento del Dolor: Manual para Latinoamérica. Editores: P. Bonilla, L.De Lima, P. Díaz, M. Ximena León, M. González. – Caracas (Venezuela), 2011. Print.
25. Vaajoki A. "We have to take Pain Definition, Pain Management, and the Results of Non-pharmacological Studies Seriously." *Alternative and Integrative Medicine*. 7 (2013). <<http://www.escholarcentral.org/journals/we-have-to-take-pain-definition-pain-management-and-the-results-of-non-pharmacological-studies-seriously-2327-5162.1000134.pdf>>. – 2 p.
26. Various Types of Pain Defined. <http://www.cvppsg.org/library/various_types_of_pain_defined.pdf>.
27. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. – Paris – Geneva, 2012. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf>.

Метод доклинической оценки эффективности медикаментозных средств восстановления и поддержания операторской работоспособности человека при работе в условиях высокоинтенсивных физических нагрузок

Гавриш Н.Н.¹

д.м.н., ведущий научный сотрудник;

Грабский Ю.В.¹

к.м.н., начальник отдела;

Панкратов В.В.¹

старший научный сотрудник;

Солдатов С.К.²

д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник

¹ – 12 Центральный научно-исследовательский институт Минобороны России, г. Сергиев Посад Московской области

² – Центральный научно-исследовательский институт Военно-воздушных сил Минобороны России, г. Щелково Московской области
E-mail: gniiivm-s@yandex.ru

Изложен оригинальный метод доклинической оценки эффективности фармакологических средств восстановления и поддержания работоспособности человека-оператора при работе в условиях высокоинтенсивных физических нагрузок. На основании сравнительного анализа принятых в физиологии труда, спортивной медицине и экспериментальной биологии методов оценки работоспособности, обоснованы требования к методикам оценки физической и оперантной деятельности у подопытных животных, разработан метод прогностической оценки операторской деятельности человека после интенсивной физической нагрузки в условиях применения современных и перспективных медикаментозных средств.

Ключевые слова: операторская деятельность, физическая нагрузка, операторская работоспособность, фармакологические средства

Исследованиям, посвященным разработке средств и способов поддержания достаточного уровня работоспособности человека в экстремальных условиях, уделяется много внимания [1, 3, 4, 11]. В частности, разработаны различные фармакологические средства, необходимые для восстановления спортсменов во время тренировочного цикла, поддержания работоспособности летного состава при выполнении учебно-боевых задач и в аварийных условиях, сотрудников различных спасательных формирований МЧС, силовых ведомств, а также других специалистов при работе, сопровождающейся значительными физическими и нервно-эмоциональными нагрузками. Большинство из них направлены на коррекцию физической работоспособности, однако, во многих профессиях

необходимо поддержание операторской деятельности на фоне развивающегося физического утомления.

Показано, что различные факторы деятельности, в том числе тяжелые физические нагрузки, как правило, приводят к ухудшению качества выполнения легких заданий [7, 12, 13]. При развитии утомления средней степени – скорость и точность как простых, так и сложных операций снижается на 10-50%, при выраженном утомлении – на 50-100% от исходного уровня [11, 15]. В таких условиях возможно использование фармакологических средств, направленных как на поддержание физической, так и на сохранение умственной работоспособности. Однако нельзя исключать, что в экстремальных условиях работы оператора могут проявиться побочные эффекты влияния препаратов на операторскую деятельность и (или) физическую работоспособность, которые не были выявлены на этапах изучения действия средств. Следовательно, обоснование и разработка метода доклинической оценки эффективности медикаментозных средств восстановления и поддержания операторской работоспособности человека при работе в условиях высокоинтенсивных физических нагрузок является актуальной задачей.

Как известно, для исследования эффектов и механизмов влияния фармакологических средств на *физическую и умственную работоспособность* людей, в том числе в условиях экстремального воздействия на этапе доклинического исследования разработанного соединения в качестве экспериментальных моделей используют лабораторных животных [1, 9, 14]. Полученные в опытах на биообъектах результаты используют для *экстраполяции* с целью прогнозирования развивающихся реакций у человека.

Поскольку физиолого-биохимические процессы обеспечения мышечной деятельности у человека и других млекопитающих аналогичны, это позволяет измерить показатели физической работоспособности у лабораторных животных в экстремальных условиях и осуществить перенос полученных данных к человеку. Преимуществом такого подхода является возможность получения оценок предельных возможностей организма при выполнении простой динамической работы, например, бега «до отказа» или плавания до утопления. К числу недостатков таких методов относится субъективность самого понятия «отказ», в большой мере зависящего от уровня стимулирования биообъекта к выполнению работы. В условиях дополнительной мотивации (зачастую для этого используют электроболевую стимуляцию) преодоление утомления позволяет продлить работу биообъекта до такого предельного времени, когда выраженные нарушения деятельности центральной нервной системы (ЦНС) приведут к возникновению автоматического (непроизвольного) отказа. В указанных условиях возможна травматизация животных и исключение из дальнего цикла тестирования. Применительно к плавательным тестам предельная выносливость животных в значительной степени определяется показателями температуры и плотности воды экспериментального бассейна. Кроме того, невозможна оценка отсроченных последствий применения испытуемых средств для функционального состояния организма.

Изложенное обуславливает предпочтительность использования в эксперименте дозированных нагрузок. Дозирование нагрузок, предъявляемых животным, путем ограничения проплываемого расстояния, а также длительности бега с заданной скоростью на тредбане не исчерпывает функциональных резервов организма животных и не отражается на результатах повторных измерений через относительно короткие интервалы времени.

Известно, что корректно воспроизвести умственную деятельность человека в эксперименте на животных невозможно [5]. Однако многие исследователи полагают, что с помощью методов исследования функционального состояния ЦНС и поведения животных возможно оценить отдельные элементарные показатели качества операторской деятельности человека. К наиболее распространенным относятся методы по выработке условного рефлекса активного избегания. Такие методы характеризуются достаточно быстрой выработкой и сохранением условного рефлекса. При этом регистрируют такие показатели оперантной деятельности биообъекта, как длительность, объем и точность выполнения задания, используемые для межвидовой экстраполяции данных.

Анализ материалов в работах [5, 6] свидетельствует о том, что при экстраполяции от животных к человеку результатов выполнения элементарных действий можно ожидать схождения в порядке величины регистрируемых показателей. При использовании же сложных навыков, учитывая более высокий уровень организации и функциональных возможностей ЦНС человека, следует ожидать меньшую выраженность нарушений простой операторской деятельности человека по сравнению с изменениями условно-рефлекторной деятельности биообъектов. Коэффициенты переноса данных следует рассчитывать по соотношению среднegrupпового значения исследуемого показателя у человека к соответствующему показателю видовой нормы у биообъектов. Эти допущения принимают во внимание при экспериментальном моделировании умственной деятельности человека в условиях применения фармакологических средств.

Кроме того, важнейшим дополнением к основным методам изучения оперантной деятельности являются методики оценки памяти, внимания, эмоционального состояния и моторной координации животных [2]. Однако получаемые с помощью методов условных рефлексов результаты исследования памяти и внимания у подопытных животных трудно охарактеризовать количественно. Общим недостатком таких методов является большая длительность и трудоемкость обучения биообъектов.

На основании сопоставительного анализа преимуществ и недостатков используемых в настоящее время экспериментальных методик были отобраны информативные для решения задачи прогноза работоспособности человека, выполняющего различные виды операторской деятельности при использовании фармакологических средств. Результаты, полученные у животных с использованием выбранных методик, оценивались в соответствии с принятыми в спортивной медицине и физиологии труда зависимостями

работоспособности от интенсивности нагрузки и напряженности трудового процесса, а также были пригодными для прогноза предельных возможностей организма и показателей операторской деятельности человека после физической работы заданной интенсивности

С учетом изложенного нами был разработан метод доклинической оценки эффективности медикаментозных средств восстановления и поддержания операторской работоспособности человека при работе в условиях высокоинтенсивных физических нагрузок.

В соответствии с данным подходом сначала выявляют профессионально важные качества у человека-оператора соответствующего вида деятельности в условиях интенсивных физических нагрузок. Определяют интегральный показатель качества операторской деятельности (например, результат стрельбы по мишени, нормативное время выполнения простой операторской задачи наведения на цель и т.п.). На основании этого определяют структуру профессионально важных качеств (ПВК) – психофизиологических и психологических свойств индивида, имеющих решающее значение для выполнения им конкретного вида деятельности. Наиболее простым и удобным способом определения перечня ПВК является профессиографическое исследование работы испытуемого с привлечением наиболее компетентных в заданной области экспертов (тренеров, командиров-наставников, психологов и др.). С использованием анкеты определяют ПВК, распределенные по группам: attentionные свойства и наблюдательность, mnesticкие свойства, motorные, sensorные, imajinitivные, мыслительные, речевые, коммуникативные, volевые качества и эмоциональная устойчивость [9, 11].

Затем с использованием психологических и психофизиологических методик оценивают текущие значения показателей ПВК (памяти, внимания, скорости реакции, motorной координации и др.) и исследуют выбранные показатели операторской деятельности заданного профиля у испытуемых (например, среднее отклонение от центра мишени при стрельбе в электронном тире и т.п.) в покое. Вычисляют интегральный (результатирующий) показатель качества выполнения указанной операторской задачи.

Затем оценивают изменения уровня ПВК и показателя операторской деятельности после дозированной динамической физической работы (например, в виде бега по ленте тредбана). Исходя из линейной связи мощности нагрузки и частоты сердечных сокращений (ЧСС), мощность нагрузки (т.е. скорость ленты тредбана) задают для конкретного испытуемого, исходя из условия соответствия его ЧСС величине 150 уд./мин. Длительность периода такой субмаксимальной нагрузки устанавливают одинаковой для всех испытуемых (например, 20 мин). При этом полагают, что «физиологическая стоимость» выполнения работы различными испытуемыми равнозначна [3, 4, 8]. Предъявление физической нагрузки производят при мониторинговании ЧСС, потребления кислорода, а также контроле уровней субстратов и продуктов энергетического метаболизма (например, лактата и глюкозы крови) у испытуемых. На основании

измерения указанных показателей энергообеспечения по известным соотношениям у испытуемых можно оценить предельную продолжительность выполнения работы заданной интенсивности.

Сразу после выполнения дозированной физической работы у испытуемых повторно оценивают значения показателей ПВК и интегрального показателя качества операторской деятельности. Определяют изменения среднегрупповых значений ПВК испытуемых после выполнения физической нагрузки относительно исходного уровня в покое. Задачей этого этапа исследования является получение исходных данных для построения аппроксимационной модели – уравнения множественной линейной регрессии, отражающей зависимость качества операторской деятельности от изменения уровней ПВК после физической нагрузки.

На следующем этапе проводят моделирование элементов операторской деятельности человека в эксперименте на подопытных животных с использованием дозированной физической нагрузки. Исследуют функциональное состояние ЦНС по данным оценки условно-рефлекторной деятельности и поведенческих реакций у биообъектов.

Рассчитывают значения изменений, выраженные в долях исходного уровня, показателей оперантной деятельности лабораторных животных (например, латентный период и объем выполнения условно-рефлекторного задания, состояние функции памяти, моторной координации и т. д.) в покое, а затем после дозированной физической динамической нагрузки субмаксимальной интенсивности.

Предъявление дозированной физической нагрузки биообъектам осуществляют по общепринятым методам. Мощность физической нагрузки, выраженная в относительных величинах максимальной производительности, должна соответствовать нагрузке, применяемой у испытуемых. В целях экстраполяции у млекопитающих удобно выражать мощность нагрузки в долях максимального потребления кислорода. Уровень нагрузки можно рассчитать эмпирически или на основании имеющихся литературных данных для выбранных методики и вида лабораторных животных.

На следующем этапе проводят оценку модифицирующего влияния примененных средств коррекции функционального состояния на показатели оперантной деятельности животных в покое и после дозированной физической нагрузки. Регистрируют показатели физической работоспособности и оценивают предельную физическую выносливость биообъектов при применении средств коррекции.

С использованием множественной линейной регрессии аппроксимируют зависимость интегрального показателя качества от изменения определяющих элементов операторской деятельности добровольцев-испытуемых после выполнения дозированной физической работы.

Определяют коэффициенты экстраполяции оперантной деятельности животных к человеку-оператору. Для этого рассчитывают значения изменений, выраженные в долях исходного уровня, показателей операторской деятельности, выбранных в качестве ПВК (например, латентный период зрительно-моторной реакции, устойчивость внимания, объем оперативной памяти, моторная координация и т. д.) добровольцев-испытуемых после преодоления дозированной физической нагрузки. Затем рассчитывают значения изменений, выраженные в долях исходного уровня, показателей оперантной деятельности лабораторных животных (например, латентный период и объем выполнения условно-рефлекторного задания, показатели памяти, моторной координации и т. д.) после преодоления дозированной физической нагрузки, а также в условиях применения средств коррекции. Далее осуществляют сопоставление выраженности средневзвешенных величин изменений каждого ПВК испытуемых и соответствующего показателя у лабораторных животных.

На основании оценок модифицирующего влияния средств коррекции у животных сопоставляют изменения с уровнем контроля в долях видовой нормы и делают прогнозные оценки физической работоспособности человека при применении указанных средств.

На конечном этапе осуществляют прогноз качества операторской деятельности человека с использованием указанной регрессионной модели на основе учета изменений уровней каждого из ПВК испытуемых после физической нагрузки и коэффициентов модифицирующего влияния применения средств коррекции у подопытных животных.

Выводы

1. Разработан метод доклинической оценки эффективности медикаментозных средств восстановления и поддержания операторской работоспособности человека при работе в условиях высокоинтенсивных физических нагрузок, включающий профессиографический анализ работы оператора, проведение исследований операторской деятельности у добровольцев с оценкой отличия показателей от исходного уровня после дозированной физической нагрузки, оценку показателей физической выносливости и оперантной деятельности у подопытных животных после дозированной физической нагрузки и экстраполяцию экспериментальных данных от подопытных животных к человеку в аналогичных условиях.
2. Разработанный метод целесообразно применять при испытании и выборе наиболее перспективных медикаментозных средств коррекции функционального состояния организма человека-оператора в экстремальных условиях деятельности, а также уменьшении расходов на скрининговые исследования инновационных фармакологических препаратов и рецептур.

Список литературы

1. Богомолов А.В., Гридин Л.А., Кукушкин Ю.А., Ушаков И.Б. Диагностика состояния человека: математические подходы. – М.: Медицина, 2003. 464 с.
2. Буреш Я., Бурешова О., Хьюстон Дж. П. Методики и основные эксперименты по изучению мозга и поведения: Пер. с англ. М.: Высшая школа, 1991. 399 с.
3. Гридин Л.А., Богомолов А.В., Кукушкин Ю.А. Методологические основы исследования физической работоспособности человека // Актуальные проблемы физической и специальной подготовки силовых структур. 2011. № 1. С. 5-10.
4. Гридин Л.А., Ихалайнен А.А., Богомолов А.В., Ковтун А.Л., Кукушкин Ю.А. Методы исследования и фармакологической коррекции физической работоспособности человека. М.: Медицина, 2007. 104 с.
5. Даренская Н.Г. и др. От эксперимента на животных – к человеку: поиски и решения: монография. Воронеж: Научная книга, 2010. 237 с.
6. Даренская Н.Г., Ушаков И.Б., Иванов И.В. и др. Экстраполяция экспериментальных данных на человека: принципы, подходы, обоснование методов и их использование в физиологии и радиобиологии: руководство. М. - Воронеж: Истоки, 2004. 232 с.
7. Кудрин И.Д., Сулимо-Самуйло З.К., Шабалин В.А. Некоторые особенности изменения работоспособности человека в экстремальных условиях // Военно-мед. журн. 1984. № 11. С. 38-39.
8. Мозжухин А.С. Проблема резервов в физиологии спорта // В кн.: Физиологические механизмы адаптации организма спортсменов к мышечной работе различного вида, мощности и продолжительности. М.: ФиС. 1980. С. 5-22.
9. Основы военного профессионального психологического отбора / Учебное пособие. М.: Военное издательство, 2005. 464 с.
10. Пыжикова Ж.В. Профессиональная работоспособность: средства и методы сохранения. Самара: Универс-групп, 2007. 176 с.
11. Ушаков И.Б., Богомолов А.В., Гридин Л.А., Кукушкин Ю.А. Методологические подходы к диагностике и оптимизации функционального состояния специалистов операторского профиля. М.: Медицина, 2004. 144 с.
12. Ушаков И.Б., Зорилэ В.И. Медицинское обоснование системы активного обеспечения безопасности полетов на современных летательных аппаратах // Военно-мед. журн. 2001. № 2. С. 62-68.
13. Шалимов П.М., Усов В.М., Глухов Д.В., Измалков П.В. Автоматизированная система интегральной оценки функциональных резервов военнослужащих // Военно- мед. журн. 1999. №5. С. 45.
14. Экспериментальные модели в гигиенических исследованиях // Гигиеническая наука и практика на рубеже XXI века. Материалы IX Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. Т.1. М.: 2001. – С. 476-479.
15. Ястребов Д.В., Благинин А.А., Шустов Е.Б., Бахтин М.Ю. Динамика психофизиологических показателей в процессе развития физического утомления // Тез. докл. научн. конф. :Человек в авиации и космонавтике: прошлое, настоящее, будущее. М.: Полет, 1995. С. 414.

Method of pre-clinical evaluation of the effectiveness of drugs to restore and maintain the operator's human performance when operating in conditions of high physical stress

Gavrish N.N.¹

doctor of medical sciences, leading researcher;

Grabski Y.V.¹

candidate of medical sciences, Head of Department;

Pankratov V.V.¹

Senior Researcher;

Soldatov S.K.²

doctor of medical sciences, professor, leading researcher

¹ - 12 Central Research Institute of Ministry of Defense of Russia, Sergiev Posad, Moscow Region

² - Central Research Institute of the Air Force Ministry of Defence of Russia, Schelkovo Moscow region

E-mail: gniiivm-s@yandex.ru

The paper presents an original method for the preclinical evaluation of the effectiveness of pharmacological agents to restore and maintain the human operator performance when operating in conditions of high-intensity exercise. On the basis of the comparative analysis made in labor physiology, sports medicine and Experimental Biology performance evaluation methods, justified requirements to methods of evaluating the physical and operant activity in experimental animals, developed a method for prognostic evaluation of operator human activity after intense exercise in the conditions of use of modern and advanced medication.

Keywords: operator activity, physical activity, operator availability, pharmacological agents.

References

1. Bogomolov A.V., Gridin L.A., Kukushkin Yu.A., Ushakov I.B, Human Condition Diagnosis: Mathematical Approaches. Moscow: Medicina, 2003. Print.
2. Buresh Y., Bureshova O., Houston J.P, Methods and Basic Experiments for the Study of Brain and Behavior. Moscow: Vysshaya shkola, 1991. Print.
3. Gridin L.A., Bogomolov A.V., Kukushkin Yu.A, "Methodological bases for research of human physical performance." *Aktual'nye problemy fizicheskoy i special'noj podgotovki silovyh struktur* 1 (2011): 5-10.
4. Gridin L.A., Ihalajnen A.A., Bogomolov A.V., Kovtun A.L., Kukushkin Yu.A, Methods of Study and Pharmacological Correction of Physical Performance in Humans. Moscow: Medicina, 2007. Print.
5. Darenskaya N.G. et al. Даренская Н.Г. и др. From Experiments on Animals – to the Man, the Search for Solutions: Monograph. Voronezh: Nauchnaya kniga, 2010. Print.
6. Darenskaya N.G., Ushakov I.B., Ivanov I.V. et al. Extrapolation of Experimental Data on Humans: Principles, Approaches, Methods and Rationale for Applications in Physiology and Radiobiology: Guide. Moscow-Voronezh: Istoki, 2004. Print.
7. Kudrin I.D., Sulimo-Samujlo Z.K., Shabalin V.A, "Some features of human performance change under extreme conditions." *Voенно-медицинский журнал* 11 (1984): 38-39.

8. Mozzhuhin A.S., "The problem of resources in sports physiology." In: Physiological Mechanisms of Adaptation of Sportsmen to the Muscular Work of Various Kinds, Power And Duration. Moscow: FiS, 1980. Print.
9. Basics of Military Professional Psychological Selection. Tutorial. Moscow: Voennoe izdatel'stvo, 2005. Print.
10. Pyzhikova Zh.V., Professional Performance: The Means and Methods of Preservation. Samara: Univers-grupp, 2007. Print.
11. Ushakov I.B., Bogomolov A.V., Gridin L.A., Kukushkin Yu.A., Methodological Approaches to the Diagnosis and Optimization of the Functional State of the Operator Specialists. Moscow: Medicina, 2004. Print.
12. Ushakov I.B., Zorileh V.I., "Medical Rationale for the System of Active Safety on the Modern Aircraft." *Voenno-meditsinskij zhurnal* 2 (2001): 62-68.
13. Shalimov P.M., Usov V.M., Gluhov D.V., Izmailkov P.V., "The Automated System of Integrated Evaluation of Functional Reserves of Servicemen." *Voenno-meditsinskij zhurnal* 5 (1999): 45.
14. Experimental models in hygienic studies. Hygienic science and practice at the turn of the XXI century. Proceedings of the IX All-Russian Congress of hygienists and sanitarians. Vol.I. Moscow, 2001.
15. Yastrebov D.V., Blaginin A.A., Shustov E.B., Bahtin M.Yu., Dynamics of psychophysiological indicators in the development of physical fatigue. Abstract of presentation at the scientific conference: The Man in the Aviation and Space: Past, Present, Future. Moscow: Polet, 1995. Print.

Характеристика факторов сердечно-сосудистого риска и уровней общего холестерина у девушек, проживающих в центре и пригородах Уфы

Абраров Р. А.

аспирант ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия (450000, Уфа, ул. Ленина, 3), e-mail: russlan908@rambler.ru

Изучены факторы сердечно-сосудистого риска и оценены уровни общего холестерина у 491 девушки в центре города Уфы и у 441 девушки в пригородах Уфы в соответствии с российскими рекомендациями по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. Выявлено, что у девушек-подростков, проживающих в центре города Уфы, распространённость и выраженность основных факторов сердечно-сосудистого риска (курение, избыточная масса тела, гиподинамия, психоэмоциональное напряжение) статистически значимо выше, чем у девушек-подростков, проживающих в пригородах Уфы. При этом как в центре, так и в пригородах Уфы девушки-подростки с отягощённой наследственностью по ССЗ встречаются с одинаковой частотой. 15-летние девушки с оптимальным, повышенным и высоким уровнями ОХС как в центре, так и в пригородах Уфы встречаются с одинаковой частотой. При этом в пригородах Уфы за период с 15 до 17 лет число девушек с повышенным уровнем ОХС статистически значимо ($p < 0,001$) возрастает, тогда как число девушек с высоким его уровнем остается неизменным. В центре Уфы за данный период статистически значимо ($p < 0,05$) возрастает число девушек как с повышенным, так и с высоким уровнем ОХС. Наиболее подвержены повышению ОХС девушки-подростки с отягощённой наследственностью по ССЗ, проживающие в центре города Уфы, что обуславливает необходимость проведения среди них профилактических мероприятий.

Ключевые слова: девушки-подростки, центр города Уфы, пригороды Уфы, факторы сердечно-сосудистого риска, общий холестерин, курение, избыточная масса тела, гиподинамия, психоэмоциональное напряжение, степень никотиновой зависимости

Введение

В последние годы получены убедительные доказательства того, что атеросклеротический процесс, приводящий к сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ), начинается в детском и подростковом возрасте и развивается на протяжении жизни под влиянием генетических и модифицируемых факторов риска [7]. Раннее выявление отклонений состояния здоровья, их ранняя профилактика, когда ещё нет факторов риска или только идёт их формирование, и проявления носят нестойкий, непостоянный характер, представляются наиболее перспективными исследованиями на современном этапе [6,8]. В подростковом возрасте метаболизм холестерина, как правило, изменяется под воздействием генетических факторов и образа жизни (курения, психоэмоционального перенапряжения, гиподинамии, неправильного питания) [7]. Психосоциальные стрессорные факторы, обусловившие формирование невротических и аффективных расстройств, способствуют прогрессированию ССЗ [2]. Лица стрессовой профессии с артериальной гипертензией имеют большую частоту гиперхолестеринемии, а также функциональных признаков атеросклероза сосудов [1]. Данные Т.Д. Чужиновой и соавт. свидетельствуют, что

физическая нагрузка обладает выраженным гипохолестеринемическим действием [9]. Исследователи единодушно подтвердили целесообразность начала коррекции с детского возраста таких контролируемых поведенческих факторов риска атеросклероза, как гипокинезия, психоэмоциональное и физическое перенапряжение, активное и пассивное курение, формирующие впоследствии «стресс-коронарный профиль поведения» взрослых [4]. При этом в доступной нам литературе факторы риска ССЗ и уровни общего холестерина (ОХС) у подростков, проживающих в центре и пригородах Уфы, изучены недостаточно.

Цель исследования

Изучить факторы сердечно-сосудистого риска и оценить уровни ОХС у девушек-подростков, проживающих в центре и пригородах Уфы.

Материалы и методы исследования

Объектом изучения были 932 девушки, из которых 491 ($52,7 \pm 1,6\%$) проживали в центре города Уфы, 441 ($47,3 \pm 1,6\%$) – в пригородах Уфы. Среди девушек, проживающих в центре города Уфы, 15-летних было 162 ($33,0 \pm 2,1\%$), 16-летних – 170 ($34,6 \pm 2,1\%$), 17-летних – 159 ($32,4 \pm 2,1\%$). Среди девушек, проживающих в пригородах Уфы, 15-летних было 147 ($33,3 \pm 2,2\%$), 16-летних – 141 ($32,0 \pm 2,2\%$), 17-летних – 153 ($34,7 \pm 2,3\%$). Для определения степени никотиновой зависимости использовался тест Фагерстрема [7]. Для оценки выраженности гиподинамии использовался опросник для определения физической активности [3]. Для определения выраженности тревожных расстройств использовалась методика «Многомерная оценка детской тревожности» [5]. Оценка массы тела девушек-подростков, определение уровня ОХС с последующей оценкой, определение отягощённости наследственности по ССЗ проводились в соответствии с российскими рекомендациями по профилактике ССЗ в детском и подростковом возрасте [7]. Статистическая обработка результатов исследования была проведена с использованием современных программных пакетов математического анализа: Microsoft Excel 2010 и Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение

Курение и избыточная масса тела являются общепризнанными факторами сердечно-сосудистого риска. Среди проживающих в центре города Уфы курили 19 ($11,7 \pm 2,5\%$) 15-летних, 32 ($18,8 \pm 3,0\%$) 16-летних, 41 ($25,8 \pm 3,5\%$) 17-летних девушек. Среди проживающих в пригородах Уфы курили 13 ($8,8 \pm 2,3\%$) 15-летних, 18 ($12,8 \pm 2,8\%$) 16-летних, 16 ($10,5 \pm 2,5\%$)

17-летних девушек. Таким образом, распространённость курения среди 17-летних девушек, проживающих в центре города Уфы, была статистически значимо ($p < 0,01$) выше, чем среди 15-летних. У девушек-подростков, проживающих в пригородах Уфы, распространённость курения за период с 15 до 17 лет статистически значимо не изменилась ($p > 0,05$). Среди 17-летних девушек-подростков, проживающих в центре города Уфы, распространённость курения была статистически значимо ($p < 0,01$) выше, чем среди проживающих в пригородах Уфы. Между распространённостью курения среди 15-летних и 16-летних девушек, проживающих в центре и пригородах Уфы, статистически значимые различия не выявлены ($p > 0,05$). С использованием теста Фагерстрёма на определение степени никотиновой зависимости среди курящих девушек, проживающих в центре города Уфы, у 13 ($14,1 \pm 3,6\%$) была выявлена очень незначительная зависимость, у 29 ($31,5 \pm 4,8\%$) – низкая зависимость, у 36 ($39,2 \pm 5,1\%$) – средняя зависимость, у 14 ($15,2 \pm 3,7\%$) – высокая зависимость. Среди курящих девушек, проживающих в пригородах Уфы, у 10 ($21,3 \pm 6,0\%$) была выявлена очень незначительная зависимость, у 25 ($53,2 \pm 7,3\%$) – низкая зависимость, у 12 ($25,5 \pm 6,4\%$) – средняя зависимость. Таким образом, среди курящих девушек, проживающих в пригородах Уфы, низкая степень никотиновой зависимости наблюдалась статистически значимо ($p < 0,05$) чаще, чем среди курящих девушек, проживающих в центре города Уфы. При этом между частотой встречаемости очень незначительной зависимости и средней зависимости статистически значимые различия не были выявлены ($p > 0,05$).

Среди проживающих в центре Уфы избыточная масса тела была выявлена у 20 ($12,3 \pm 2,6\%$) 15-летних, 15 ($8,8 \pm 2,2\%$) 16-летних, 19 ($11,9 \pm 2,6\%$) 17-летних девушек. Среди проживающих в пригородах Уфы избыточная масса тела была выявлена у 9 ($6,1 \pm 2,0\%$) 15-летних, 7 ($5,0 \pm 1,8\%$) 16-летних, 8 ($5,2 \pm 1,8\%$) 17-летних девушек. Таким образом, девушки с избыточной массой тела в центре города Уфы встречались статистически значимо ($p < 0,01$) чаще, чем в пригородах Уфы. Среди проживающих в центре города Уфы ожирение было выявлено у 11 ($6,8 \pm 2,0\%$) 15-летних, 12 ($7,1 \pm 2,0\%$) 16-летних, 8 ($5,0 \pm 1,7\%$) 17-летних девушек. Среди проживающих в пригородах Уфы ожирение было выявлено у 6 ($4,1 \pm 1,6\%$) 15-летних, 8 ($5,7 \pm 2,0\%$) 16-летних, 5 ($3,3 \pm 1,4\%$) 17-летних девушек. Таким образом, между частотой встречаемости девушек с ожирением в центре и пригородах Уфы статистически значимые различия не были выявлены ($p > 0,05$).

Гиподинамия и повышенное психоэмоциональное напряжение являются важными поведенческими факторами риска гиперхолестеринемии. С использованием опросника для определения физической активности гиподинамия была выявлена у 92 ($20,9 \pm 1,9\%$) девушек, проживающих в пригородах Уфы, и у 255 ($51,9 \pm 2,3\%$) девушек, проживающих в центре Уфы. Таким образом, гиподинамия среди девушек, проживающих в центре города Уфы, наблюдалась статистически значимо ($p < 0,001$) чаще. Физическая активность в среднем составила $15,1 \pm 2,5$ баллов у девушек, проживающих в центре Уфы, и $22,7 \pm 2,2$ балла у девушек, проживающих в пригородах Уфы. Таким образом, у девушек, проживающих в центре города Уфы, физическая активность была статистически значимо ($p < 0,05$) ниже. Показатель общей тревожности, определённый с использованием

методики «Многомерной оценки детской тревожности», в среднем составил $5,7 \pm 0,4$ баллов у девушек, проживающих в центре Уфы, и $3,1 \pm 0,5$ балла у девушек, проживающих в пригородах Уфы. Таким образом, у девушек, проживающих в центре города Уфы, показатель общей тревожности был статистически значимо ($p < 0,01$) выше.

Анамнестические данные показали, что среди проживающих в центре города Уфы наследственность по ССЗ была отягощена у 68 ($42,0 \pm 3,9\%$) 15-летних, у 69 ($40,6 \pm 3,8\%$) 16-летних, у 65 ($40,9 \pm 3,9\%$) 17-летних девушек. Среди проживающих в пригородах Уфы наследственность по ССЗ была отягощена у 56 ($38,1 \pm 4,0\%$) 15-летних, у 60 ($42,6 \pm 4,2\%$) 16-летних, у 59 ($38,6 \pm 3,9\%$) 17-летних девушек. Таким образом, среди проживающих как в центре, так и в пригородах Уфы девушки-подростки с отягощённой наследственностью по ССЗ встречались с одинаковой частотой.

Нами были изучены уровни ОХС у девушек, проживающих в пригородах Уфы (табл. 1).

Таблица 1. Уровни общего холестерина у девушек, проживающих в пригородах Уфы

Возраст девушек	Оптимальный уровень		Повышенный уровень		Высокий уровень		Всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
15 лет	127	$86,4 \pm 2,8$	13	$8,8 \pm 2,3$	7	$4,8 \pm 1,8$	147	100
16 лет	116	$82,2 \pm 3,2$	17	$12,1 \pm 2,7$	8	$5,7 \pm 2,0$	141	100
17 лет	111	$72,5 \pm 3,6$	36	$23,6 \pm 3,4$	6	$3,9 \pm 1,6$	153	100

Среди проживающих в пригородах Уфы оптимальный уровень ОХС наблюдался у 127 ($86,4 \pm 2,8\%$) 15-летних, у 116 ($82,2 \pm 3,2\%$) 16-летних, у 111 ($72,5 \pm 3,6\%$) 17-летних девушек. Таким образом, 15-летние девушки с оптимальным уровнем ОХС встречались статистически значимо ($p < 0,01$) чаще, чем 17-летние. При этом повышенный уровень ОХС наблюдался у 13 ($8,8 \pm 2,3\%$) 15-летних, у 17 ($12,1 \pm 2,7\%$) 16-летних, у 36 ($23,6 \pm 3,4\%$) 17-летних девушек. Таким образом, 17-летние девушки с повышенным уровнем ОХС встречались статистически значимо ($p < 0,001$) чаще, чем 15-летние. Высокий уровень ОХС наблюдался у 7 ($4,8 \pm 1,8\%$) 15-летних, у 8 ($5,7 \pm 2,0\%$) 16-летних, у 6 ($3,9 \pm 1,6\%$) 17-летних девушек. Таким образом, статистически значимых различий в частоте встречаемости лиц с высоким уровнем ОХС среди девушек, проживающих в пригородах Уфы, не выявлено ($p > 0,05$). Во всех анализируемых нами возрастных группах девушки с оптимальным уровнем ОХС встречались статистически значимо ($p < 0,001$) чаще, чем девушки с повышенным и высоким его уровнями. 17-летние девушки с повышенным уровнем ОХС встречались статистически значимо ($p < 0,001$) чаще, чем 17-летние девушки с высоким его уровнем.

Нами были изучены уровни ОХС у девушек, проживающих в центре Уфы (табл. 2).

Таблица 2. Уровни общего холестерина у девушек, проживающих в центре города Уфы

Возраст девушек	Оптимальный уровень		Повышенный уровень		Высокий уровень		Всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
15 лет	142	87,7±2,6	12	7,4±2,1	8	4,9±1,7	162	100
16 лет	131	77,1±3,2	27	15,9±2,8	12	7,0±2,0	170	100
17 лет	103	64,8±3,8	34	21,4±3,3	22	13,8±2,7	159	100

Среди проживающих в центре города Уфы оптимальный уровень ОХС наблюдался у 142 (87,7±2,6%) 15-летних, 131 (77,1±3,2%) 16-летних, 103 (64,8±3,8%) 17-летних девушек. Таким образом, 15-летние девушки с оптимальным уровнем ОХС встречались статистически значимо чаще, чем 16-летние ($p<0,05$) и 17-летние ($p<0,001$); 16-летние девушки – статистически значимо чаще, чем 17-летние ($p<0,05$). При этом повышенный уровень ОХС наблюдался у 12 (7,4±2,1%) 15-летних, 27 (15,9±2,8%) 16-летних, 34 (21,4±3,3%) 17-летних девушек. Таким образом, 16-летние и 17-летние девушки с повышенным уровнем ОХС встречались статистически значимо ($p<0,05$) чаще, чем 15-летние. Между частотой встречаемости лиц с повышенным уровнем ОХС среди девушек в возрасте 16 лет и 17 лет статистически значимых различий не выявлено ($p>0,05$). Высокий уровень ОХС наблюдался у 8 (4,9±1,7%) 15-летних, 12 (7,0±2,0%) 16-летних, 22 (13,8±2,7%) 17-летних девушек. Таким образом, девушки с высоким уровнем ОХС в возрасте 17 лет встречались статистически значимо ($p<0,05$) чаще, чем девушки в возрасте 15 лет. Во всех анализируемых нами возрастных группах девушки с оптимальным уровнем ОХС встречались статистически значимо ($p<0,001$) чаще, чем девушки с повышенным и высоким его уровнями. Между частотой встречаемости 17-летних девушек с повышенным и высоким уровнями ОХС статистически значимых различий не выявлено ($p>0,05$). Между частотой встречаемости лиц с оптимальным, повышенным и высоким уровнями ОХС среди девушек в возрасте 15 лет, проживающих в центре и пригородах Уфы, статистически значимых различий не выявлено ($p>0,05$). 17-летние девушки с высоким уровнем ОХС в центре Уфы встречались статистически значимо ($p<0,01$) чаще, чем в пригородах Уфы.

Отягощённость наследственности по ССЗ является важным фактором, влияющим на развитие данной патологии у подростков. В связи с этим нами были проанализированы показатели общего холестерина (ммоль/л) у девушек, проживающих в центре города Уфы, в зависимости от отягощённости их наследственности по ССЗ (табл. 3).

Таблица 3. Общий холестерин у девушек-подростков, проживающих в центре города Уфы (ммоль/л)

Возраст девушек	Наследственность отягощена по ССЗ	Наследственность не отягощена по ССЗ	p
15 лет	3,7±0,4	3,5±0,3	0,62
16 лет	4,4±0,3	3,6±0,2	0,04
17 лет	4,8±0,3	3,9±0,3	0,03

ОХС у девушек, проживающих в центре города Уфы, наследственность которых по ССЗ не отягощена, в возрасте 15 лет составил $3,5 \pm 0,3$ ммоль/л, в возрасте 16 лет – $3,6 \pm 0,0$ ммоль/л, в возрасте 17 лет – $3,9 \pm 0,3$ ммоль/л. Таким образом, у девушек, наследственность которых по ССЗ не отягощена, за период с 15 до 17 лет показатель ОХС статистически значимо не изменился ($p > 0,05$). ОХС у девушек, наследственность которых по ССЗ отягощена, в возрасте 15 лет составил $3,7 \pm 0,4$ ммоль/л, в возрасте 16 лет – $4,4 \pm 0,3$ ммоль/л, в возрасте 17 лет – $4,8 \pm 0,3$ ммоль/л. Таким образом, у девушек с отягощённой наследственностью по ССЗ за период с 15 до 17 лет показатель ОХС статистически значимо повысился ($p < 0,01$). При этом показатель ОХС у девушек в возрасте 16 лет и 17 лет, наследственность которых по ССЗ отягощена, статистически значимо ($p < 0,05$) выше, чем у девушек, наследственность которых не отягощена. Таким образом, в центре города Уфы наиболее подвержены повышению ОХС девушки-подростки с отягощённой наследственностью по ССЗ.

Нами проанализированы показатели общего холестерина (ммоль/л) у девушек-подростков, проживающих в пригородах Уфы, в зависимости от отягощённости их наследственности по ССЗ (табл. 4).

Таблица 4. Общий холестерин у девушек-подростков, проживающих в пригородах Уфы (ммоль/л)

Возраст девушек	Наследственность отягощена по ССЗ	Наследственность не отягощена по ССЗ	p
15 лет	$3,5 \pm 0,3$	$3,3 \pm 0,4$	0,81
16 лет	$3,7 \pm 0,4$	$3,5 \pm 0,4$	0,69
17 лет	$4,1 \pm 0,3$	$3,7 \pm 0,3$	0,35

ОХС у девушек, проживающих в пригородах Уфы, наследственность которых по ССЗ отягощена, в возрасте 15 лет составил $3,5 \pm 0,3$ ммоль/л, в возрасте 16 лет – $3,7 \pm 0,4$ ммоль/л, в возрасте 17 лет – $4,1 \pm 0,3$ ммоль/л. У девушек, наследственность которых по ССЗ не отягощена, в возрасте 15 лет составил $3,3 \pm 0,4$ ммоль/л, в возрасте 16 лет – $3,5 \pm 0,4$ ммоль/л, в возрасте 17 лет – $3,7 \pm 0,3$ ммоль/л. Таким образом, у девушек, проживающих в пригородах Уфы, статистически значимые изменения показателя ОХС за период с 15 до 17 лет не наблюдались. Во всех анализируемых нами возрастных группах статистически значимые различия ОХС у девушек с отягощённой и не отягощённой по ССЗ наследственностью не были выявлены ($p > 0,05$). У девушек в возрасте 15 лет, проживающих в центре и пригородах Уфы, статистически значимые различия показателей ОХС не наблюдались ($p > 0,05$). У девушек в возрасте 17 лет с отягощённой наследственностью по ССЗ, проживающих в центре города Уфы, ОХС статистически значимо ($p < 0,05$) выше, чем у девушек, проживающих в пригородах Уфы.

Заключение

1. У девушек-подростков, проживающих в центре города Уфы, распространённость и выраженность основных факторов сердечно-сосудистого риска (курение, избыточная масса тела, гиподинамия, психоэмоциональное напряжение) статистически значимо выше, чем у девушек-подростков, проживающих в пригородах Уфы. При этом как в центре, так и в пригородах Уфы девушки-подростки с отягощённой наследственностью по ССЗ встречаются с одинаковой частотой.
2. 15-летние девушки с оптимальным, повышенным и высоким уровнями ОХС как в центре, так и в пригородах Уфы встречаются с одинаковой частотой. В пригородах Уфы за период с 15 до 17 лет число девушек с повышенным уровнем ОХС статистически значимо ($p < 0,001$) возрастает, тогда как число девушек с высоким его уровнем остается неизменным. В центре Уфы за данный период статистически значимо ($p < 0,05$) возрастает число девушек как с повышенным, так и с высоким уровнем ОХС. 17-летние девушки с высоким уровнем ОХС в центре Уфы встречаются статистически значимо ($p < 0,01$) чаще, чем в пригородах.
3. Наиболее подвержены повышению ОХС девушки-подростки с отягощённой наследственностью по ССЗ, проживающие в центре города Уфы. В связи с этим необходимы разработка и проведение среди них профилактических мероприятий.

Список литературы

1. Антропова О.Н., Осипова И.В., Кондаков В.Д. Эндотелиальная дисфункция как ранний маркёр атеросклероза у мужчин с профессиональным стрессом // Архив внутренней медицины. — 2014. — № 1. — С. 66-69.
2. Гарганеева Н.П., Розин А.И., Масунов В.Н. Психосоциальные стрессорные факторы в ряду факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2008. — № 6(4). Приложение 2. — С. 25-26.
3. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний // под ред. Н.Д. Ющука, И.В. Маева, К.Г. Гуревича. — М.: Перо, 2012. — 659 с.
4. Комплексный подход и новые аспекты первичной профилактики у детей с отягощённой наследственностью по раннему атерогенезу / Е.А. Дегтярёва [и др.] // Международный журнал интервенционной кардиоангиологии. — 2010. - №23. — С. 52-61.
5. Малкова Е.Е. Основные этапы и процедура создания методики «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ) // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. — 2009. — № 83. — С. 119-133.
6. Применение скрининговых методов в оценке функционального состояния кардиореспираторной системы у детей и подростков г. Оренбурга и Оренбургской области / М.А. Скачкова [и др.] // Медицинский альманах. — 2014. - №5 (35). — С. 186-189.

7. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. Российский рекомендации / А.А. Александров [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2012. — № 6. Приложение 1. – С. 1–40.
8. Роль диспансеризации в оценке здоровья детей / Т.В. Бородулина [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2011. - №7. – С. 39-43.
9. Чужинова Т.Д., Дегтярев А.Е., Новикова Т.Д. Эффективность дозированной физической нагрузки у пациентов с дислипидемиями // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина, Фармация. — 2011. — № 10 (105). — С. 166-168.

Characteristics of cardiovascular risk factors and total cholesterol levels in adolescent girls living in the centre and suburbs of Ufa

Abrarov R. A.

postgraduate student of State Budget Educational Institution of Higher Professional Education "Bashkir State Medical University" of Ministry of Health of the Russian Federation, (Ufa, Russia, 450000, Ufa, Lenin Street, 3), e-mail: russlan908@rambler.ru

Cardiovascular risk factors have been studied and total cholesterol levels have been evaluated in 491 girls from the centre of the city of Ufa and in 441 girls from the suburbs of Ufa in accordance with Russian recommendations on heart disease prevention in children and adolescents. It was found out, that the adolescent girls, living in the centre of Ufa, had statistically more prevalent and prominent main factors of cardiovascular risk (smoking, overweight, hypodynamia, psychoemotional stress) in comparison with the adolescent girls, living in the suburbs of Ufa. Still, adolescent girls with CVD-burdened family history are met with equal frequency both in the center and in the suburbs. 15-year-old girls with normal, higher and high TC level are met with equal frequency both in the center and in the suburbs. In addition, the number of girls aged 15-17 from the suburbs of Ufa with higher TC statistically significantly ($p < 0,001$) increases, while the number of girls with its high level does not change. In the center of Ufa, the number of girls with both higher and high TC statistically significantly ($p < 0,05$) grows for this period. Adolescent girls with CVD-burdened family history living in the centre of Ufa are more subject to increase in TC, which makes it necessary to carry out preventative measures among them.

Key words: adolescent girls, the center of Ufa, the suburbs of Ufa, cardiovascular risk factors, total cholesterol, smoking, overweight, hypodynamia, psychoemotional stress, degree of nicotine addiction

References

1. Antropova O.N., Osipova I.V., Kondakov V.D., "Endothelial dysfunction as an early marker of atherosclerosis in men with occupational stress." *Arkiv vnutrennei meditsiny* 1 (2014): 66-69.
2. Garganeeva N.P., Rozin A.I., Masunov V.N., "Psychosocial stressors in the series of risk factors for cardiovascular disease." *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* 6 (2008) App. 2: 25-26.
3. Yushchuk N.D., Maev I.V., Gurevich K.G. (Editors) *Healthy Lifestyle and Prevention*. Moscow: Pero, 2012. Print.
4. Degtyaryova E.A. et al. "A comprehensive approach and new aspects of primary prevention in children hereditary burdened on early atherogenesis." *Mezhdunarodnyj zhurnal intervencionnoj kardioangiologii* 23 (2010): 52-61.
5. Malkova E.E., "Milestones and creation procedure for a method "Multidimensional assessment of children's anxiety"." *Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gercena* 83 (2009): 119-133.

6. Skachkova M.A. et al. "The use of screening methods to assess the functional state of the cardio-respiratory system of children and teenagers in Orenburg and Orenburg region." *Medicinskij al'manah* 5 (2014): 186-189.
7. Aleksandrov A.A. et al. "Prevention of cardiovascular diseases in childhood and adolescence. Russian recommendations." *Rossijskij kardiologicheskij zhurnal* 6 (2012) App. 1: 1-40.
8. Borodulina T.V. et al. "The role of the clinical examination in the evaluation of children's health." *Ural'skij medicinskij zhurnal* 7 (2011): 39-43.
9. Chuzhinova T.D., Degtyarev A.E., Novikova T.D., "The effectiveness of the dosage of exercise in patients with dyslipidaemia." *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Medicina, Farmaciya* 10 (2011): 166-168.

Дефекты медицинских услуг в пластической хирургии

Гришин С. М.

адвокат Московской коллегии адвокатов, к.ю.н., преподаватель Кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены Факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов и Кафедры здравоохранительного права Российского нового университета, эксперт ЗАО «Консультант Плюс» по тематике «Медицина».

Автором проведен анализ современного состояния российского законодательства в области эстетической медицины. В центре внимания – дефекты медицинских услуг в пластической хирургии. Рассматриваются правовые проблемы отрасли. Предлагаются конкретные шаги по созданию условий для качественного улучшения ситуации в сфере нормативно-правового регулирования оказания услуг по пластической хирургии.

Ключевые слова: пластическая хирургия, реконструктивная пластическая хирургия, качество медицинской услуги, нарушение прав пациентов

В силу новизны отрасли услуги в пластической хирургии намного чаще, чем в других отраслях медицины, используются незарегистрированные и экспериментальные медицинские технологии и техники. Но «даже имеющиеся требования на практике часто не соблюдаются, врачи порой не имеют соответствующей квалификации» [15]. Сложившуюся ситуацию усугубляет и отсутствие порядков и стандартов, аналогичных тем, которые применяются при регулировании оказания других медицинских услуг.

Таким образом, в России сложилась ситуация, при которой услуги по пластической хирургии создают угрозу жизни и здоровью граждан.

Специфика эстетической медицины требует особого подхода при их правовом регулировании, отличного от других медицинских услуг, что связано с особым видом нематериального блага, на которое направлена услуга. Если абсолютное большинство медицинских услуг ориентированы на укрепление здоровья, то услуги по пластической хирургии – на улучшение внешности человека. Вместе с тем, вследствие своей медицинской природы, рассматриваемые услуги воздействуют на здоровье потребителей независимо от воли исполнителя, и данное воздействие, зачастую, полностью устранить невозможно.

Нередко возникает конфликт интересов исполнителя и потребителя услуг, а слабое законодательное регулирование в области эстетической медицины усугубляет рассматриваемую проблему.

Министерство здравоохранения Российской Федерации, Общероссийская общественная организация «Российское общество пластических, реконструктивных и эстетических хирургов» и Общество эстетической медицины России на своем уровне, при всем желании, к сожалению, не могут решить все возникающие проблемы отрасли.

Согласно ст. 3 Всеобщей декларации прав человека [2] и ст. 11 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах [3], определившими, что к числу наиболее значимых человеческих ценностей относятся жизнь и здоровье, их защита должна быть приоритетной.

Непосредственно производным от права на жизнь и охрану здоровья, прямо закрепленных в Конституции Российской Федерации [1], является право гражданина на возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью.

Базисное правовое регулирование медицинской деятельности составляет Конституция РФ, Гражданский кодекс РФ [4] (далее – ГК РФ), Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [5], Закон «О защите прав потребителей» [6], постановление Правительства РФ от 16.04.2012 N 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")» [7], постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» [8], Порядок оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия», утвержденный Минздравом РФ 30.10.2012 N 555н [9].

Возмездное оказание медицинских услуг представляет собой реализацию гарантируемой в Российской Федерации свободы экономической деятельности, права каждого на использование своих способностей и имущества для предпринимательской и иной не запрещенной законом экономической деятельности (ч. 1 ст. 8 и ч. 1 ст. 34 Конституции РФ) и производится медицинскими учреждениями в рамках существующих договоров. К таким договорам, как следует из п. 2 ст. 779 ГК РФ, применяются правила гл. 39 «Возмездное оказание услуг» ГК РФ.

В соответствии с ч. 2 ст. 98 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

В рамках правоотношений по оказанию медицинских услуг пациент одновременно является потребителем таких услуг. Закон «О защите прав потребителей» устанавливает право потребителя (коим является и пациент) на безопасность услуги (ст. 7), на полную и достоверную информацию об исполнителе и предоставляемой услуге (ст. ст. 8, 9, 10), на судебную защиту нарушенных прав (ст. 17), на оказание услуги в установленный срок и возмещение убытков в случае нарушения исполнителем сроков исполнения услуг (ст. ст. 27, 28), на возмещение убытков, причиненных вследствие недостатков оказанной услуги (ст. 29).

В силу постановления Правительства РФ от 16.04.2012 N 291 (ред. от 15.04.2013) «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")» к лицензируемым видам деятельности, составляющим медицинскую деятельность относится пластическая хирургия и челюстно-лицевая хирургия.

Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг в силу постановления Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» определяют как правовую форму, так и содержание правоотношений в области платной медицины.

Согласно п. 14 при заключении договора по требованию потребителя и (или) заказчика им должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая, в частности, информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения (п. 29 Правил).

Медицинские учреждения несут ответственность перед потребителем за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору, исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации (п. 31 Правил).

В соответствии с приказом Минздрава России от 30.10.2012 N 555н утвержден Порядок оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия», который устанавливает правила оказания медицинской помощи по профилю «пластическая хирургия» в медицинских организациях. Так, медицинская помощь включает комплекс медицинских и реабилитационных мероприятий, целью которых является: устранение изъянов покровных и подлежащих тканей любой локализации, связанных с возрастными изменениями, с желанием пациента внести коррекцию в свою внешность, с эстетическими последствиями результативного устранения анатомических и (или) функциональных дефектов покровных и подлежащих им тканей любой локализации с помощью пластической хирургии (эстетическая пластическая хирургия).

К сожалению, споры о качестве оказанных услуг и о возмещении убытков, причиненных некачественными услугами в области пластической хирургии, встречаются в судебной практике все чаще.

Оценка качества исполнения по договору возмездного оказания услуг, с учетом легального определения услуги в п. 1 ст. 779 ГК РФ как деятельности, не направленной на создание какого-либо результата, предполагает определенную специфику в сравнении с оценкой качества работ.

В литературе преобладает подход, согласно которому оценка качества услуги подразумевает характеристику самого процесса оказания услуги (процедуры) и условий ее потребления, но не результата деятельности исполнителя[14]. Соответственно, недостижение какого-либо результата не может по общему правилу рассматриваться как ненадлежащее исполнение обязательства и являться основанием для отказа в выплате вознаграждения исполнителю или применения к нему мер ответственности. Данная позиция нашла отражение в судебной практике по спорам, связанным с проведением лечебными учреждениями пластических операций.

Ответственность за вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу, причиненный вследствие недостатков товара, работы или услуги, наступает независимо от вины причинителя вреда (ч. 1 ст. 1095 ГК РФ).

Таким образом, в рамках специального деликта для возложения на причинителя вреда внедоговорной ответственности должны быть в совокупности установлены такие обстоятельства как: наличие вреда, причинная связь между действиями (бездействием) причинителя вреда. Противоправность действий причинителя вреда и вина предполагаются, поскольку ответственность за причинение вреда здоровью наступает вне зависимости от вины причинителя вреда.

В указанном аспекте (повреждение здоровья) подлежит анализу и качество оказанных услуг в области эстетической медицины.

Необходимо отметить, что деятельность в области эстетической медицины, к какой относится пластическая хирургия, является медицинской, поскольку сопряжена с использованием медицинских методик и технологий для достижения желаемого эстетического эффекта для пациента и основана на базисной цели медицины – снижении причиняемого или вероятного вреда здоровью.

Однако цель оказания услуг по пластической хирургии по желанию пациента без медицинских показаний, отлична от цели лица, обращающегося к пластической хирургии для устранения пороков развития, иных явных дефектах внешнего вида (восстановление здоровья). Лицо, не имеющее потребности в пластической хирургии по состоянию здоровья (при отсутствии медицинских показаний для оперативного вмешательства), обращается за получением данной медицинской услуги для удовлетворения потребности в эстетическом улучшении внешнего облика.

Соответственно, критерии оценки качества услуг пластической хирургии, оказанных по самостоятельной и добровольной инициативе заинтересованного лица в таких услугах, не могут быть связаны с несоответствием ожиданий пациента фактическому результату пластической операции. Кроме того, любое оперативное вмешательство в организм лица, при отсутствии медицинских показаний для такого вмешательства, сопряжено со значительной долей риска (негативных последствий). Следовательно, оценка качества оказанных услуг в области пластической медицины основывается исключительно на анализе более серьезных последствий пластической хирургии, а именно – вреда здоровью (отсутствия такового) вследствие проведенных манипуляций.

Автор соглашается с позицией Мограбян А.С., аргументирующей необходимость установления более высоких размеров компенсации морального вреда при причинении вреда в результате ненадлежащего оказания услуг по пластической хирургии по сравнению с размерами компенсации морального вреда при ненадлежащем оказании других медицинских услуг в целях обеспечения воспитательного воздействия на причинителя вреда, а также с предложением внести в перечень нематериальных благ, который приводится в статье 150 Гражданского кодекса РФ, внешность человека [12].

Обеспечение безопасности жизни и здоровья потребителей услуг по эстетической медицине, напрямую сопряжено с законодательной базой, детально регламентирующей оказание подобного вида услуг. Существует объективная необходимость переработки действующего законодательства в области здравоохранения в целях обеспечения регулирования услуг по пластической хирургии, разработки основных терминов и определений договора возмездного оказания услуг по пластической хирургии, начиная с определения самих услуг, и создания специальных правовых норм, регламентирующих и учитывающих их специфику.

В настоящее время законодательное регулирование рынка операций в области эстетической медицины нуждается в совершенствовании. На наш взгляд, целесообразно принять специальный нормативно-правовой акт, который подробно урегулировал бы отношения в сфере оказания медицинских услуг по изменению внешнего облика человека путем оперативного вмешательства и который включал требования о возрастных ограничениях, обязанности ведения архивов фотофиксаций изображений пациентов до и после пластических операций, а также детально регламентировались бы условия договора на оказание услуг, среди которых должно быть предусмотрено условие, касающееся результатов ее оказания.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993)//«Собрание законодательства РФ», 04.08.2014, N 31, ст. 4398.

2. Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948)//«Российская газета», N 67, 05.04.1995
3. Международный пакт от 16.12.1966 «Об экономических, социальных и культурных правах»//«Бюллетень Верховного Суда РФ», N 12, 1994
4. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 N 14-ФЗ//«Собрание законодательства РФ», 29.01.1996, N 5, ст. 410.
5. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»//«Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, N 48, ст. 6724.
6. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей»/«Собрание законодательства РФ», 15.01.1996, N 3, ст. 140.
7. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 N 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")» (вместе с «Положением о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")»)//«Собрание законодательства РФ», 23.04.2012, N 17, ст. 1965.
8. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»//«Собрание законодательства РФ», 08.10.2012, N 41, ст. 5628.
9. Приказ Минздрава России от 30.10.2012 N 555н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "пластическая хирургия"»//«Российская газета» (специальный выпуск), N 90/1, 25.04.2013.
10. Галюкова М.И. Уголовно-правовая оценка дефектов оказания медицинской помощи//«Российский судья», 2008, N 12.
11. Мограбян А.С. Перспективные направления решения правовых проблем, возникающих в связи с оперативным изменением внешнего облика человека// «Гражданское право», 2012, N 5.
12. Мограбян А.С. Право физического лица на неприкосновенность внешнего облика. Дисс. на соискание уч. ст. к.ю.н., Волгоград, 2011.
13. Мограбян А.С. Правовое регулирование операций по изменению внешнего облика человека//«Медицинское право», 2008, N 3.
14. Санникова Л.В. Обязательства об оказании услуг в российском гражданском праве: Автореф. дисс. на соискание уч. ст. д-ра юрид. наук. М., 2007.
15. Шолом Е.А., Договор возмездного оказания косметологических услуг. Дисс. на соискание уч. ст. к.ю.н., Саратов, 2010.

Defective Medical Services in Plastic Surgery

Grishin S. M.

The lawyer of the Moscow bar, candidate of law, lecturer of the Department of health, drug supply, medical technology and occupational Faculty training of health workers of the Russian University of

friendship of peoples and the Department of health law at the Russian new University, the expert of the company "Consultant Plus" in the category "Medicine".

The author analyzes the current state of Russian legislation in the field of aesthetic medicine. In the spotlight – defects of medical services in plastic surgery. Discusses legal issues in the industry. Proposes concrete steps to create conditions for the qualitative improvement of the situation in the sphere of legal regulation of rendering of services in plastic surgery.

Keywords: plastic surgery, reconstructive plastic surgery, quality medical services, violation of the rights of patients

References

1. Constitution of the Russian Federation.
2. The Universal Declaration of Human Rights.
3. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966.
4. Civil Code of the Russian Federation, Part II, Article 140.
5. Federal Law of November 21, 2011 No 323-FZ "On Public Health in the Russian Federation."
6. Federal Law of February 07, 1992 "On Protection of Consumer's Rights." Article 140.
7. Government of the Russian Federation, Regulation of April 16, 2012 "On Medical Activity Licensing."
8. Government of the Russian Federation, Regulation of October 04, 2012 "On Adoption of Rules for Provision by Medical Organizations of Paid Medical Services."
9. Ministry of Health Care of the Russian Federation, order of October 30, 2012 No 555n "On Adoption of the Procedure for the Provision of Medical Care in Plastic Surgery."
10. Galjukova M.I., "Criminal and legal evaluation of medical care defects." *Rossiysky Sudja* 12 (2008).
11. Mograbyan A.S., "Prospective solutions of legal problems arising from operational changes in human appearance." *Grazhdanskoye Pravo*, 5 (2012).
12. Mograbyan A.S., "The right of an individual to the inviolability of the external appearance." PhD thesis, Volgograd, 2011.
13. Mograbyan A.S., "Legal regulations of operations, changing human appearance." *Medsinskoye Pravo* 3 (2008).
14. Sannikova L.V., "Obligations on the provision of services in the Russian civil law." PhD thesis, Moscow, 2007.
15. Sholom E.A., "Contract for paid provision of cosmetic services." PhD thesis, Saratov, 2010.

Как нам дальше развивать здравоохранение?

Часть 2. Здравоохранение страны на перепутье

Комаров Ю.М.

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Бюро исполкома Пироговского движения врачей

Во второй части статьи автор рассматривает действующие в настоящее время критерии оценки здоровья населения, проблемы системы ОМС. Оцениваются преимущества государственно-бюджетной системы финансирования здравоохранения в сравнении с существующей сегодня страховой медициной.

Ключевые слова: здоровье населения, здоровый образ жизни, медицинское страхование, расходы на здравоохранение, бюджетное финансирование, обязательное медицинское страхование

В Конституции РФ охрана здоровья отделена от организации оказания медицинской помощи, и это правильно. В данной статье различные вопросы клинической медицины, технологические проблемы, вопросы качества и другие не рассматриваются, так как выходят за рамки настоящего материала. Поэтому первой развилкой будем считать охрану здоровья и оказание медицинской помощи. Вначале рассмотрим систему охраны здоровья, целью которой является улучшение здоровья населения. В эту систему входят такие вопросы, как бедность и здоровье, питание и здоровье, питьевая вода и здоровье, условия труда и здоровье, стресс и здоровье, окружающая среда и здоровье, наследственность и здоровье и т.д., а также создание необходимых условий для мотивированного ведения гражданами здорового образа жизни (ЗОЖ).

Понятно, что это не отраслевая, чисто медицинская проблема, хотя имеются попытки «свалить» все на отрасль; решение ее требует межсекторального подхода, социальной профилактики и государственного участия. В результате исследований, выполненных в середине 1950-х гг. в разных странах, было определено, что имеются разнообразные факторы (их удалось идентифицировать и затем определить силу их воздействия во времени), значимо влияющие на возникновение и течение целого ряда хронических заболеваний. Такой подход ознаменовал собой переход от последствий нарушений здоровья, к их причинам, т.е. от лечения к профилактике.

О том, что болезни легче и дешевле массово и индивидуально предупредить, чем впоследствии их индивидуально лечить, знали еще со времен Гиппократов, но только сравнительно недавно появилась стройная теория, как это можно и нужно делать. Отсюда и возникла идея о двух уровнях здравоохранения: охрана здоровья, как общегосударственная система, и ведомственно-отраслевая, связанная с организацией и осуществлением диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной медицинской помощи. Оба эти уровня дополняют друг друга, и низовая зона их взаимодействия концентрируется в рамках первичной медико-санитарной помощи (Primary Health Care).

Никакая другая система, кроме здравоохранения, не может сигнализировать власти о неблагополучиях в здоровье граждан, обусловленных внешними факторами, которые требуют на них воздействия именно со стороны органов власти. Об этом говорилось во многих отечественных и международных изданиях. Так, выдающийся отечественный врач и общественный деятель Н.И.Пирогов еще во второй половине XIX века писал, что будущее принадлежит медицине предупредительной, а Генри Сигерист, известный американский историк медицины еще в 1937 г. прозорливо отметил, что эпоха тысячелетнего преобладания лечебной медицины завершается и наступает эра профилактической медицины (и охраны здоровья). Об этом же свидетельствовали результаты знаменитого лонгитудинального Фремингхемского исследования (1952, США), откуда пошло выражение, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) – это болезнь века.

Вторая эпидемиологическая революция в середине XX столетия означала переход от преобладания инфекционных болезней к хроническим дегенеративным заболеваниям, тогда же и появилась, концепция факторов риска (индивидуальных и популяционных), поддержанная ВОЗ.

Вопросы улучшения здоровья поднимались также в Алма-Атинской декларации 1978 г., в стратегии ВОЗ «Здоровье для всех», в Оттавской хартии 1986 г. и в Люблянской хартии 1996 г. Milton Terris, главный редактор журнала Public Health Policy, считал грубой ошибкой смешение в США понятий системы оказания медицинской помощи и национальной системы здравоохранения. А г-жа Гру Харлем Брундланд (Gro Harlem Brundland), бывшая премьер-министр Норвегии, врач и политик, Генеральный директор ВОЗ с 1998 по 2003 гг. неоднократно заявляла, что настоящими министрами здравоохранения являются президент и премьер страны, только они это не знают.

Таким образом, ответственность за здоровье населения и его охрану должны нести первые лица государства, а не заместитель министра здравоохранения, как записано в плане основных мероприятий Минздрава РФ до 2018 г. Для этого при Президенте РФ должен быть создан Национальный совет по охране здоровья. На официальном кремлевском сайте представлены 18 различных специальных, разноплановых и неравнозначных советов при Президенте РФ, но нет важнейшего совета по охране здоровья. Этот совет должен способствовать межотраслевым усилиям по охране здоровья, курировать подготовку периодического доклада Президента РФ о состоянии здоровья нации, мониторинг здоровья и реализацию Национальной программы охраны здоровья, основанной на результатах специальных исследований.

Именно так и должна называться эта программа, поскольку во всем мире реализуются программы улучшения здоровья и только в нашей стране формировались программы развития здравоохранения, что далеко не одно и то же. Например, в США при самых больших в мире расходах на здравоохранение (почти 18% ВВП, 10772 долл. на душу населения в год, в т.ч. 37.7% – 4062 долл. из бюджета и 62.3% – 6710 из других источников) в программе «Healthy people» («Здоровые люди») (1990-2000, 2000-2010,

2010-2020) было выделено 22 приоритетных направления. Предыдущая системная программа в США (1980-1990) – называлась «Health promotion. Diseases prevention. Objectives for the Nation» – «Укрепление здоровья, профилактика болезней, цели нации» (!). Однако не все страны могут себе такое позволить, у них нет столько денег. Например, в завершившейся в конце 2010 г. британской программе «Здоровье нации» было обоснованно (и это скрупулезное обоснование представляет собой особый интерес для нашей страны) и выделено всего 4 приоритетных направления. Относительно небогатая страна может себе позволить тратить на здравоохранение из бюджета не более 1800 долл. на душу населения в год.

Охрана здоровья, как одно из условий национальной безопасности, должна находиться, как отмечалось, на первом месте в одном ряду с охраной государственных границ, охраной правопорядка, обороноспособностью. Какие показатели можно использовать при анализе системы охраны здоровья? Начнем, пожалуй, с тех, которые на самом деле не отражают состояние здоровья населения, но которыми достаточно часто пользуются медицинские чиновники, что ставит под сомнение их профессионализм. К ним относятся общая и впервые выявленная заболеваемость, заболеваемость с временной утратой трудоспособности, заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности (инвалидность). Они регистрируются по обращаемости и характеризуют не здоровье, а доступность медицинской помощи и её ресурсное обеспечение. Иначе говоря, если в районе не будет окулиста, то не будет и глазной заболеваемости, некому будет ее регистрировать. А утрата трудоспособности (временная или стойкая) скорее характеризует возможности органов социального обеспечения, которые устанавливают соответствующие критерии. Также не характеризуют здоровье общая летальность и летальность по отдельным причинам (т.е. отношение умерших к заболевшим), смертность (в расчете на население) по отдельным причинам, поскольку грешат большими возможностями для ошибок. Эти показатели, соответственно, не могут служить в качестве оценочных и для оценки деятельности служб здравоохранения.

Очень часто медицинские чиновники преподносят свои достижения, куда относят и материнский капитал, в виде роста рождаемости. Они не осознают, что рождаемость – это совокупность сложных демографических и социальных процессов и имеет свою динамику и закономерности, о которых многие специалисты неоднократно писали. Мы тоже не обошли вниманием эту проблему, которая имеет отношение к здоровью населения, поскольку в последние годы значительно возросло число рождений нездоровых новорожденных и вскоре, когда на фоне роста смертности в детородный возраст перейдет малочисленное поколение родившихся в 1990-е годы, может наступить демографический обвал.

Что же более или менее может характеризовать здоровье населения? Это результаты исследования исчерпанной заболеваемости и болезненности, когда из 3-х летней обращаемости рассчитываются среднегодовые показатели с добавлением данных по результатам выборочных обследований населения. А если это еще и дополнить

экспертизой нуждаемости, то получается выход на реальные потребности населения в различных видах медицинской помощи. Однако, Минздрав РФ уже на протяжении 40 лет не заказывает такие исследования, которые ранее приурочивались ко всеобщей переписи населения. Поэтому сведения о Программе государственных гарантий и программе ОМС не вызывают особого доверия.

Критериями для оценки здоровья населения могут также служить средняя продолжительность ожидаемой жизни (СПЖ) и ее производные (индексы DALY и QALY, характеризующие длительность здоровой жизни и ее качество), перинатальная, младенческая и материнская смертность, возрастно-половая и общая смертность, в которой выделяется преждевременная и затем предотвратимая смертность, которая (наряду с показателями частичного или полностью восстановленного здоровья и трудоспособности и удовлетворенностью пациентов) может служить также индикатором оказанной медицинской помощи. Сюда же можно отнести и средний возраст умерших с расчетом потерь трудового потенциала (по недожитым годам хотя бы до СПЖ). Эти показатели частично можно использовать и для оценки деятельности здравоохранения, для чего можно также применять внутрибольничную летальность (стандартизованную по тяжести контингента) и послеоперационную летальность (по видам операций).

Вопрос об оценочных показателях является самостоятельным и требует отдельного рассмотрения. Тем не менее, при этом нужно учитывать, что сама медицина (или традиционное здравоохранение) оказывает незначительное влияние на здоровье людей: на возникновение заболеваний – в 10% случаев, на излечения заболеваний – в 45%, на общую смертность – в 15%, на хронизацию патологии (пропущенные, запущенные, недообследованные и недолеченные случаи) – в 50%, на преждевременную и потенциально предотвратимую смертность – в 40%, на инвалидность – в 15%, на СПЖ – в 5%, на среднюю продолжительность активной и здоровой жизни – в 25%, на младенческую смертность – в 35%, на материнскую смертность – в 75% случаев. В среднем по данным, приведенным еще известным отечественным демографом Б.Ц. Урланисом в 1975 г., традиционное здравоохранение оказывает влияние на здоровье людей лишь в 14% случаев, сейчас – менее 12%. Все остальное целиком и полностью зависит от здравоохранительной политики в стране, от степени развития системы охраны здоровья, от ее приближенности к населению и результативности.

Таким образом, первая развилка в виде системы охраны здоровья обозначена и именно тут происходят «поломы» в здоровье, которые потом направляются в медицинскую отрасль на «ремонтно-восстановительные работы».

Вторая развилка касается моделей непосредственного оказания медицинской помощи, целью которой является мотивация граждан к ведению ЗОЖ, восстановление (полное или частичное) утраченного здоровья и трудоспособности по медицинским причинам. Для этого используются следующие средства: медицинская профилактика, диагностика,

лечение, медицинская реабилитация, медицинский уход с охватом всех этапов медицинской помощи, от ПМСП до паллиативной медицинской помощи.

Соответственно, за все это должно нести ответственность отраслевое руководство. Основными проблемами здравоохранения на сегодня являются: доступность (сейчас это главное), потребность в медицинской помощи (на основе изучения здоровья населения), этапность и маршрутизация пациентов, качество, лицензирование, аккредитация, дефицит ресурсов (финансовых, кадровых, материально-технических, лекарственных, интеллектуальных, информационных, учрежденческих). Этим и обусловлено то, что перед здравоохранением РФ стоит выбор одной модели из четырех:

1. Сохранение существующей модели ОМС и ее некоторое улучшение;
2. Переход к рыночной рисковой модели ОМС;
3. Система социального страхования здоровья;
4. Государственное медицинское страхование или государственно-бюджетная модель.

Если говорить о существующей модели ОМС, то она имеет огромное число дефектов, описанных во многочисленных публикациях и подытоженных на форуме Общественного фронта в сентябре 2015 года. Получилась совершенно нелепая система, которую осудила ВОЗ. Государство в нашей стране платит государственные деньги либо на содержание государственных лечебно-профилактических учреждений и на оплату оказанной ими медицинской помощи через частных коммерческих посредников, либо оплачивает медицинскую помощь частным клиникам.

Кстати, успешно развивающимся частным клиникам и их объединениям, которые являются составной частью системы оказания медицинской помощи в стране, видимо, нецелесообразно вступать с государством в какие-либо отношения, а существовать самостоятельно, иначе они попадут под жесткий прессинг проверок, которого нельзя избежать. Формально государство вправе знать, куда уходят финансовые средства, и может контролировать выполнение утвержденных медицинских стандартов.

Потом было принято решение лишить страховые медицинские организации функции страховщиков и передать ее единому на всю страну Федеральному фонду ОМС при одноканальном финансировании, означающим слияние средств ОМС и бюджета. Система организована так, что деньги в ней совершают много лишних движений – вначале вверх, когда все «взносы» централизуются в Федеральном фонде ОМС, а затем распределяются вниз по территориальным фондам, что создает много возможностей для различного рода законных и незаконных действий. В результате оказалась практически нежизнеспособная смесь бюджета и страхования, государственного и частного. Сложилось такое положение,

что Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи по сути ничего не гарантирует.

Не является секретом, что только 15-20% от среднего счета за платные медицинские услуги официально или неофициально получает врач. А при непосредственной оплате (из кармана в карман) пациент платит в 2 раза меньше, а врач получает в 2 раза больше. И от этого избавиться очень трудно из-за выгоды для обеих сторон. Поэтому даже в частных стоматологических клиниках не все посещения проводятся через кассу. При этом нужно было не виды медицинской помощи делить на бесплатные по программе государственных гарантий и платные, а как это имело место в ряде стран с медицинским страхованием (Германия, Австрия, Нидерланды) разделить население в зависимости от доходов и возможностей оплаты. Но это возможно только в условиях мощной фискальной функции и законопослушания граждан.

С позиции социальной справедливости наши граждане могли быть законодательно разделены на три группы по оплате медицинской помощи: из бюджета (например, дети, неработающие, пенсионеры, инвалиды), из системы ОМС (работающие с невысоким доходом и члены их семей) и платных услуг или ДМС (состоятельные лица с высоким доходом, но опять же при эффективной фискальной функции государства) с оказанием медицинской помощи по единым стандартам. Но о социальной справедливости уже давно никто не вспоминает, поскольку в здравоохранении стали преобладать коммерческие интересы.

Сложившаяся в стране система ОМС имеет намного больше недостатков, чем преимуществ, и предназначена для функционирования в условиях преимущественно частного (коммерческого и некоммерческого) здравоохранения, однако даже при этом она демонстрирует свою высокую затратность и относительно низкую результативность. При этом сокращается размер реального финансирования медицинской помощи: маржа и расходы на ведение дела страховых посредников, отвлечение врачей и содержание значительного штата немедицинских сотрудников из-за необходимости сплошного документирования, регистрации, учета, оплаты и экспертизы медицинских услуг, проведения многочисленных проверок, возможность для коррупции и нецелевого расхода средств в силу сложности и низкой прозрачности страхования, интерес лечебных учреждений в приписках и навязывании ненужных медицинских услуг и т.д.

В итоге на прямые и косвенные расходы, никак не связанные с оказанием медицинской помощи больным, расходуется до 20% средств ОМС, из которых 53 млрд. руб. ежегодно уходит непосредственно на содержание страховых медицинских организаций, получающих дополнительно половину из налагаемых штрафов на работу лечебно-профилактических учреждений. Так, согласно закону N 326-ФЗ, страховые организации могут увеличить свой доход за счет некачественной работы медицинских учреждений, за нанесение вреда пациенту, т.е. быть экономически заинтересованными не в улучшении работы медицинских учреждений, а, напротив, в ухудшении их работы.

Из закона не видно, каким образом застрахованный может выбрать или сменить страховую медицинскую организацию, осуществить выбор врача или медицинского учреждения (особенно на селе), что делает закон больше декларативным, чем действенным. О каком выборе может идти речь, если на страховом поле ОМС зарегистрировано 105 страховых компаний, а преимущественная часть средств распределяется только среди нескольких из них? Правда, Минздравом России недавно утвержден порядок выбора медицинского учреждения, но он важен особенно для граждан, которые работают или временно находятся не в районе своего проживания. Во многих случаях этот принцип будет носить декларативный характер.

Навязывание страхового (рыночного) механизма финансирования происходит в условиях, когда в стране нет возможностей для конкуренции медицинских учреждений и выбора врача или ЛПУ, а без этого использование страховых посредников полностью теряет свой смысл. Работодатели в качестве страхователей являются бесправными, не могут влиять на эффективность использования уплачиваемых страховых выплат и в соответствии с законом имеют только право на получение некоторой информации от страховщика.

Опасность для пациентов или ворота, через которые страховые компании будут экономически заинтересованными в предъявлении пациентам исков, в том числе неоправданных, представляют собой некоторые положения закона. Имеются противоречия между пунктами одной и той же статьи, где, с одной стороны, к примеру, говорится, что страховая медицинская организация, участвующая в системе ОМС, может иметь любую организационно-правовую форму, а с другой, что она должна осуществлять свою деятельность на некоммерческой основе. При этом одновременно страховой медицинской организации разрешается размещение временно свободных средств, что придает деятельности коммерческий оттенок.

В законе ни в малейшей степени не прослеживается роль медицинских профессиональных ассоциаций, сообществ пациентов как в составлении территориальных программ ОМС, так и в работе комиссий, распределяющих между страховыми организациями объемы медицинской помощи и определяющих тарифы. Некоторые пункты закона могут представлять собой лазейки для коррупции. Кстати, некоторые наши СМО имеют зарубежных владельцев и часть получаемой СМО прибыли уходит за пределы страны. Споры между страховой организацией и медицинским учреждением теперь разрешаются не путем независимой экспертизы, а чиновником из территориального фонда ОМС.

По закону страховые медицинские организации слабо заинтересованы в оказании застрахованным качественной медицинской помощи. Поэтому форум Общественного фронта (ОНФ) посчитал, что страховые медицинские организации, как не справившиеся с возложенными на них задачами, могут быть безболезненно исключены из системы ОМС. В результате внедрения ОМС на фоне роста расходов на здравоохранение становятся практически недоступными даже достаточно простые виды медицинской помощи.

Экономия государственных средств приводит к неконтролируемому росту личных расходов, чего не должно быть в социальном государстве.

Однако, социальным может стать государство только при наличии 5% экономического роста в год (Кудрин А.Л., 2016). Хотя денег в стране немало, они либо исчезают куда-то по дороге к месту вложения, либо, что нередко, почти безвозвратно уходят на амбициозные проекты с низкой отдачей. Если сейчас пока нет возможности создать социальное государство, то должна быть хотя бы некая общественная справедливость в виде сглаживания остро выраженного неравенства в доходах и возможностях людей, что является, по последним данным ВЦИОМ, основным источником напряженности в стране.

Это неравенство распространяется также на образование, соблюдение законов, на характер работы и отдыха, на здравоохранение. Уже сейчас свыше 50% пациентов в той или иной степени платят за стационарные услуги, 30% – за амбулаторную помощь, включая различные обследования, 65% – за стоматологические услуги. Большинство пациентов доплачивают за высокотехнологичную помощь, в том числе оказываемую по выделенным квотам. Доля личных расходов граждан на медицинскую помощь в России существенно выше, чем даже в странах Восточной Европы, при относительно низких доходах. Однако, далеко не все граждане имеют возможность пользоваться платными услугами. В результате почти 40% амбулаторных пациентов с низким доходом выбирают самолечение или вообще не лечатся, а на селе эта величина вследствие крайне низкой доступности медицинской помощи в 2 раза выше.

Кроме роста платности и коммерциализации, в здравоохранении РФ отмечаются и другие негативные процессы: постепенная ликвидация государственных медицинских учреждений под разными предлогами, «ползущая» их приватизация, насильственное сокращение численности медицинских работников при искаженной их структуре и т.д., что, в том числе, ведет к росту предотвратимой смертности и летальности. Европейское бюро ВОЗ еще в 2012 г. рекомендовало странам Европы постепенно сокращать до полного исчезновения непосредственные платежи пациентов. Вводя платные услуги, власть, манкируя своими непосредственными обязанностями, постепенно урезает в абсолютном или относительном виде бюджетное финансирование здравоохранения, отнимает деньги у работающих и непосредственно у пациентов.

Тенденция на развитие платной медицины и постепенное замещение ею бесплатного здравоохранения с последующей приватизацией или с передачей хорошо оснащенных в последнее время государственных и муниципальных медицинских учреждений в долгосрочную концессию в частные руки является полностью губительной для нашей страны. С другой стороны, тот, кто имеет возможность и желание (по разным причинам) платить за медицинскую помощь, может обратиться в частные клиники, которые, как отмечалось, согласно Конституции РФ входят в состав национальной системы оказания медицинской помощи.

Таким образом, дефектами нынешней гибридной бюджетно-страховой модели организации финансирования здравоохранения, многие из которых – общемировые, являются: это не страхование (отсутствует страховой риск), а целевой налог; большинство врачей страны не понимают саму систему ОМС и зачем она нужна; модель во всем мире неэффективная и затратная, требующая постоянного роста расходов; страховые медицинские организации представлены у нас не в виде страховщиков (страховщик там ФОМС), а в качестве посредников; они экономически заинтересованы в плохой работе медучреждений (ФЗ №326); тариф не связан с риском страхового случая, тариф не покрывает все расходы; все участники процесса, включая медицинские организации, заинтересованы в росте числа больных, в т.ч. тяжелых, что противоречит интересам государства; все участники процесса заинтересованы в росте числа оказанных медицинских услуг, но не заинтересованы в их результатах, т.е. в том, чтобы лечить, а не в том, чтобы вылечить, что ведет к значительному завышению затрат; отсюда невыгодность профилактики, раннего выявления и своевременного лечения, борьбы с социальными болезнями и приписки; косметически или даже кардинально улучшить существующую модель ОМС практически невозможно.

Более 20 лет работы на принципах медицинского страхования ни к чему не привели (затраты растут, результаты параллельно не улучшаются, удовлетворенность пациентов падает). Необходимо иметь в виду, что страхование по своей сути представляет возмещение возможных потерь (утрат), т.е. компенсацию работнику на лечение его самого или членов его семьи, а в данном случае речь идет об оплате за ретроспективно оказанную медицинскую помощь.

Страховой случай при этом наступает не вследствие какого-либо ущерба, а при необходимости получения медицинской помощи в качестве оплаты медицинскому учреждению.

Иначе говоря, социальное страхование здоровья – это классический пример страхования (именно так оно изначально и задумывалось при рухнувшем бюджете), а ОМС – это не страхование, и представляет собой не более как специальную систему финансирования медицинской помощи, которой недовольны пациенты и медицинские работники. Нынешняя система ОМС полностью противоречит Конституции РФ, и от нее нужно отказываться.

Как известно, многое познается в сравнении. При сравнении с близкими по финансированию странами сразу же бросается в глаза низкая эффективность нашего здравоохранения. Так при всех расходах на здравоохранение в 2015 г. в 5,9% ВВП, т.е. в 1440 долл. на 1 жителя в год (тут заложено более трети личных средств граждан) по шкале Bloomberg, где учитываются не только затраты, но и управляемые результаты, Россия оказалась на 51 месте, в то время как близкие к нам страны с медицинским страхованием по уровню финансирования оказались по результатам на более высоких позициях: Мексика – на 12 месте, Польша – на 22, Турция – на 31. Это говорит о том, что

выделенные государством значительные средства у нас были использованы нерационально, без учета обоснованных приоритетов, потрачены не туда. На них была укреплена (говоря военным языком) тыловая медицина – закуплено дорогостоящее оборудование, построены новые центры (об этом говорилось в первой части данной работы) в ущерб линии фронта, т.е. ПМСП, от которой и зависит эффективность функционирования всего здравоохранения. За сохранение нынешней системы ОМС с некоторыми поправками выступают СМО и экономисты из Высшей школы экономики, против – большинство врачей и пациентов. «Система ОМС совершенно порочна» – так считает академик РАН М.Давыдов.

Одной из особенностей такого положения дел в здравоохранении является отсутствие государственного независимого анализа причин негативной ситуации в отрасли, равно как в образовании, причин недоразвития малого бизнеса, ростки которого постоянно подавляются, причин неисполнения ряда принятых решений, которые порой искажаются до неузнаваемости, причин недоразвития в стране гражданского общества и среднего класса, причин резко выраженных различий в доходах и возможностях людей, причин слабой эффективности государственного аппарата и т.д. Меня всегда поражало, как можно в такой шахматной стране, как наша (Алехин, Чигорин, Ботвинник, Керес, Таль, Смыслов и другие), не просчитывать последствия многих решений хотя бы на один ход вперед. Такое впечатление, что нами руководят не аналитики или генераторы идей, а простые далеко не лучшие исполнители или, как говорит сатирик М. Задорнов, команда непрофессионалов, и от перестановки мест ее членов положение не улучшается. Все это свидетельствует о том, что как таковой системы управления страной нет, есть только «ручное» управление, а власть не умеет как следует планировать (и тому есть многочисленные примеры) и способна только транжирить значительные бюджетные средства.

Второй вариант – это рискованная рыночная модель медицинского страхования, которую стараются избежать во многих странах. Межрегиональный союз медицинских страховщиков выделил в 2015 г. институту финансирования (директор – канд. экономических наук В.Назаров) 11 млн. руб. на разработку рискованной модели ОМС. Такая модель представляет собой бизнес на болезнях, главная задача при этом – перевести острую боль в хроническую. Институт финансирования до начала разработки новой модели уже предложил ввести соплатежи населения, все вызовы врача на дом сделать платными, по скорой медицинской помощи до 4-х вызовов в год могут быть бесплатными, остальные за плату (правда, Минздрав РФ такое предложение не поддержал), до 8 амбулаторных посещений сделать бесплатными, остальные – за плату из личных средств пациентов. Это существенно ограничивает доступность к медицинской помощи для длительно и часто болеющих пациентов и тяжелобольных.

Институтские деятели почему-то решили нарушить ряд статей Конституции РФ (2,7,41) и забыли о том, что большинство (70%) наших граждан являются неплатежеспособными, из них свыше 22 млн. человек находятся за чертой бедности. Они также предложили ввести

селекцию застрахованных, снизить доступность ОМС людям с плохим здоровьем, что, по их мнению, приведет к уменьшению издержек. Они предлагают ввести полный тариф на ОМС (предназначенной для оказания медицинской помощи), включив туда затраты на капремонт, медоборудование, амортизацию и т.д. Кроме того, предлагается оставить только рентабельные и частные клиники, а нерентабельные, которых в стране подавляющее большинство, просто закрыть.

Это мы уже проходили недавно, когда закрывались маломощные и экономически невыгодные больницы и роддома, а до мест оказания медицинской помощи были десятки километров. Это нас возвращает на несколько веков назад, когда женщины рожали в поле и перекусывали зубами пуповину. И в советское время эти медицинские учреждения были нерентабельными, но тогда исходили не столько из затрат денег, сколько из целесообразности. Напрасно некоторые думают, что раньше у нас были недалекие руководители, не умеющие считать деньги. Например, добыча угля на Севере была нерентабельной, но завоз туда топлива из Кузбасса или Донбасса обходился бы еще дороже. А сейчас, когда все шахты стали частными, выяснилась их убыточность и их стали закрывать. А что делать с работавшими на них, членами их семей и со всей инфраструктурой, которая создавалась вокруг монопредприятия, владельцев шахты не волнует и они перекладывают эти проблемы на государственный уровень.

Помимо того, что рыночная модель ОМС является антисоциальной и при этом основная финансовая нагрузка ложится на население, так еще к тому же государство полностью исключено из регулирования и финансирования лечебно-профилактических учреждений. Основным принципом в экономике подобной модели будет «выгодно-невыгодно» и усиление рыночных механизмов может заключаться только в росте прибыли страховщиков.

Что нужно сделать, чтобы перейти к рискованной модели ОМС? Во-первых, необходимо изменить форму собственности всех медицинских учреждений с государственной на частную и всех страховых медицинских организаций с частной коммерческой на частную некоммерческую, внести необходимые изменения в Конституцию РФ. Далее, нужно перевести большинство врачей в субъекты права с собственным страхованием возможных ошибок.

Работающие граждане наряду с работодателями должны будут также платить страховой взнос в некоторой пропорции. Желательно также либо ликвидировать все неперспективные поселения, включая малые города, и переселить всех из села в городские агломерации, либо построить дороги и соответствующие коммуникации для организации конкуренции и возможности выбора пациентами медицинских учреждений, врачей и других медработников. Тем более, что, по мнению реформаторов, туда невыгодно проводить связь, газ и т.д. Следует также разукрупнить ЛПУ в крупных городах, превратив их из монополистов в конкурентоспособные учреждения, и приготовиться к банкротству 90% ЛПУ.

При этом нужно будет резко ограничить возможности получения медицинской помощи, лимитировать ее объемы, сократить число коек, исходя из занятости и состава госпитализированных, хотя койки подразделяются по степени интенсивности их использования. Не спасает рисковую модель и пропагандируемое ныне государственно-частное партнерство – ГЧП (хотя такого нет ни в одной стране, а есть public-private partnership), поскольку любой частник будет вкладывать капитал при условии получения прибыли в виде продаваемого товара (лекарства, медтехника, изделия медицинского назначения, новые технологии и т.д.). Но у нас решили пойти простым путем и стали передавать государственные учреждения в частные руки. Следует отметить, что большинство развитых стран, за исключением отмеченных выше трех (США, Швейцарии и Нидерландов), полностью отказались от конкурентных отношений в здравоохранении.

Здоровье при такой модели, хотя и не становится товаром (товар – это медицинская услуга), но является только личным достоянием и пожеланием каждого человека. Вот и получается, что рыночная модель ОМС противозаконна и противоречит Конституции РФ. Тем более, что на все необходимые изменения при достаточно напряженной работе понадобится не менее 50 лет. И к тому времени здравоохранение как система может окончательно деградировать.

Третий вариант – это система социального страхования здоровья. К ее первоначальным организаторам можно отнести первого директора Федерального фонда ОМС (в ранге министра) профессора В.В. Гришина. Система изначально задумывалась как социальная, без наличия посредников в виде страховых медицинских организаций при объединении фондов социального страхования и ОМС. Но не получилось из-за мощного давления страхового лобби и соответствующего вмешательства зарубежных экспертов. Это привело к нынешнему бюджетно-страховому гибриду и к огромному числу проблем в здравоохранении. Сейчас уже не найти идеологов этой модели и потому от нее следует также отказаться.

В итоге остается лишь государственно-бюджетная модель, на характеристике которой следует остановиться более подробно. Переход от социального страхования к преимущественно бюджетному финансированию в разных модификациях произошел во многих странах после 2-й мировой войны. Бюджет применяется в Великобритании с 1948 г., Канаде, Испании с 1986 г., Австралии, Дании с 1973 г., Норвегии, Швеции, Финляндии, Новой Зеландии, Исландии, Италии с 1980 г., Ирландии с 1971 г., Португалии с 1979 г., Греции с 1983 г. Подобное финансирование осуществляется и в других странах, где по закону запрещено оказание непосредственно платной медицинской помощи. В отличие от стран с медицинским страхованием во всех указанных выше странах основная квалифицированная помощь оказывается на догоспитальном этапе и потому в ПМСП там заняты до 50% всех врачей. Основными постулатами этой модели являются следующие:

- здоровье это основное право человека, реализация которого требует государственных, личностных и межсекторальных усилий, здоровье населения –

общественная ценность, а не только сугубо личное дело, что полностью корреспондирует с основным слоганом ВОЗ «здоровье – для всех, забота о каждом»;

- рыночные отношения и регулирования в охране здоровья и при оказании медицинской помощи недопустимы, требуется исключение любых денежных расчетов непосредственно с пациентом в государственных и муниципальных медицинских учреждениях;
- общедоступность и бесплатность медицинской помощи;
- максимальная приближенность медицинской помощи к населению, ее качество и всеобщий охват;
- восстановление достоинства и авторитета медработников, повышение престижности и оплаты их труда;
- оценка организаций и врачей по результатам их работы;
- частные клиники могут входить в Национальную систему охраны здоровья в части оказания конкурентной медицинской помощи за счет непосредственно граждан или ДМС, поскольку в РФ по ФЗ №135 от 26.06.2006 г. «О защите конкуренции» введен запрет на ограничение конкуренции (глава 3). Однако в Конституции РФ (ст.41) не записано, что пациент может получить медицинскую помощь бесплатно в частных клиниках (за счет средств бюджета, страховых взносов и других источников).

Вероятно, никому не придет в голову перевести в коммерческую или страховую плоскость армию, полицию, охрану границ, судебную систему или охрану порядка. А охрана здоровья – не менее важная для страны функция.

Некоторые чиновники и политики считают, что государственно-бюджетная модель – это «тупик», их отпугивает как бы возврат к советской бюджетной системе, но могу их заверить, что модель должна быть совсем иной, устраняющей все недостатки предыдущих времен. Уверен, что против такого «тупика» в здравоохранении и в социальной поддержке как в Австралии, Новой Зеландии, Швеции или Дании, где нуждающимся оказывается весь спектр необходимых медицинских и социальных услуг, многие бы не возражали.

Основными отличиями предлагаемой государственной страховой или государственно-бюджетной модели (что, в общем-то, одно и то же, поскольку единственным страховщиком становится государство) от советской системы здравоохранения являются следующие:

- демократичность, предполагающая участие граждан и медицинской общественности в решении проблем здравоохранения (в виде наблюдательных и попечительских советов) с контролем со стороны гражданского общества, как это обозначено в статье 4 Декларации ВОЗ по ПМСП (1978 г.);
- разумное сочетание централизации с децентрализацией оказания медицинской помощи гражданам;
- отсутствие (смягчение) признаков мобилизационно-авторитарной и административно-командной системы;
- создание сети частных клиник и развитие добровольного медицинского страхования;
- изменение роли Минздрава РФ: от управляющего органа к стратегическому планированию и развитию;
- переход от единых для страны нормативов к дифференцированным по регионам с учетом местных особенностей в оказании медицинской помощи;
- возможности для применения современных медицинских и информационных технологий.

Под децентрализацией понимается передача полномочий или власти с более высокого на более низкий уровень управления, хотя отдельные элементы и функции могут быть централизованными. Однако, центральная администрация находится слишком далеко от конкретных потребителей медицинской помощи и потому принимаемые сверху меры не всегда соответствуют пожеланиям и потребностям населения. Делегирование ответственности обязательно должно сопровождаться соответствующим финансированием. Децентрализация является важной политической целью, поскольку именно на местном уровне создаются все условия жизни людей, она предусматривает участие населения в решении местных проблем здравоохранения, предполагает опору местных органов на собственные силы, способствует совершенствованию подотчетности чиновников.

К муниципальному уровню относятся ПМСП, участковые больницы, врачебные амбулатории, ФАПы, где помимо фельдшера должна работать акушерка, ФП, линейные бригады СМП, правда, к ведению крупных муниципалитетов могут относиться и другие медицинские организации, например, некоторые городские и районные больницы. Для этого на муниципальном уровне должны быть созданы все условия, включая, конечно же, финансирование. Пока в распоряжении местных органов находятся средства, собираемые из малозначащих у нас налогов. К уровню субъекта федерации должны относиться межрайонные, большинство городских и областные медицинские организации, а также

функции регионального планирования. К федеральному уровню должны относиться республиканские клиники, научные клинические организации, центры ВМП и др. Здесь же должна присутствовать функция планирования здравоохранения для всей страны. Централизованные функции заключаются также в единой материально-технической, технологической и кадрово-образовательной политике, в обеспечении качества медицинской помощи, в выравнивании отдельных территорий, в соблюдении законов и прав, в лицензировании и аккредитации и т.д.

Изложенные принципы подобной модели не будут значительно отличаться от существующих бюджетных систем в других развитых странах. В то же время они будут отличаться и от страховых моделей, в том числе вследствие:

- гораздо меньших расходов при лучших управляемых показателях результативности;
- меньших административных издержек;
- большей доступности медицинской помощи, независимо от места проживания граждан;
- лучших управляемых показателей;
- системности бюджетной модели (система проще, понятнее и прозрачнее без посредников);
- многоуровневости, этапности и преемственности медицинской помощи;
- государственной ответственности по типу содержания армии, полиции, противопожарной службы и т.д., хотя сторонники ОМС ошибочно считают государство самым слабым институтом;
- превалирования социальных и национальных приоритетов;
- снижения градуса некомпетентности и непрофессионализма;
- заинтересованности (в т.ч. государства) в росте числа здоровых, а не больных;
- устранения рыночной терминологии: услуги, тарифы, оплата за пролеченного больного, деньги следуют за пациентом и т.д.;
- перевода здравоохранения из экономической в социальную сферу, приостановления «ползущей» коммерциализации;

- акцентирования усилий на правильно организованной ПМСП и муниципальном уровне, а не на специализированной стационарной помощи и ВМП.

Доказательством этому может служить проведенный сравнительный анализ стран с государственно-бюджетным финансированием здравоохранения и стран с системой медицинского страхования (Кравченко Н.А., Рагозин А.В., 2012), который показал, что в группе стран с бюджетным финансированием отмечаются значительно меньшие расходы на здравоохранение при существенно лучших управляемых результатах деятельности.

Сравнивались 18 стран, разделенных на группы методом «копия-пара», исходя из общности культуры, сходства демографического развития (сопоставимость возрастно-половой структуры и среднего возраста, уровня урбанизации, близких показатели рождаемости и смертности), сопоставимых управляемых показателей здоровья населения, дополнительных признаков, например, ВВП на душу населения.

В результате оказалось, что по соотношению затраты/управляемые показатели здоровья Италия более эффективна, чем Франция (а по рейтингу Bloomberg на основании данных ВОЗ, ООН и Всемирного банка они находятся соответственно на 2-м и 13-м месте); Швеция более эффективна, чем Австрия и Германия (меньшие затраты и лучшие результаты); Дания при гораздо меньших затратах имеет ненамного хуже результаты, чем Швейцария; государственно-бюджетная модель Великобритании, Канады и Австралии гораздо эффективнее страховой модели США; Куба при затратах в 2,5-3 раза меньше имеет почти одинаковые результаты с Чили и Коста-Рикой; довоенная Сирия, тратя на здравоохранение в расчете на душу населения в 6 раз меньше Турции, опережала ее в рейтинге Bloomberg; Беларусь, тратя меньше России средств на душу населения на здравоохранение, имеет с ней близкие показатели здоровья.

Из изложенного следует, что национальные системы здравоохранения в странах, использующих бюджетную модель, демонстрируют гораздо более высокую эффективность по сравнению со странами со «страховой» моделью. Данная закономерность не зависит от географического положения, культуры, численности населения и развития экономики страны.

Переход от нынешней, полностью не оправдавшей себя системы ОМС к государственно-страховой или государственно-бюджетной модели будет проще и безболезненнее, чем это было в 1990-ые годы, поскольку:

- финансирование будет из налогов, а так называемый страховой взнос (5.1% от Фонда оплаты труда) становится целевым налогом;
- коммерческие СМО будут заниматься только слабо развитой системой ДМС;

- территориальные фонды ОМС в усеченном виде переходят в состав органов здравоохранения в качестве финансового департамента;
- частные клиники, независимые от государства, будут конкурировать между собой и с государственными и муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями, но работать по единым стандартам, клиническим рекомендациям и локальным протоколам.

How Should We Develop Our Healthcare?

Part 2. National Healthcare at the Crossroads

Komarov J. M.

*Doctor of Medicine, Professor, Honored Worker of Russian Science, Member of the Executive Committee
Bureau for Pirogov Social Movement for Health Professionals*

In the second part of the article the author examines modern evaluation criteria for public health, the CHI system problems. The benefits of state-budget financing of health systems in comparison with existing insurance medicine are evaluated.

Key words: health, healthy lifestyle, healthcare costs, budget financing, compulsory health insurance

Резолюция научно-практической и образовательной конференции Центрального федерального округа Российской Федерации «Региональные возможности борьбы с табакокурением» г. Тверь, 20 ноября 2015 г.

Участники научно-практической и образовательной конференции центрального федерального округа Российской Федерации (далее – ЦФО РФ) «Региональные возможности борьбы с табакокурением» – представители региональных исполнительных органов власти ЦФО РФ, специалисты в области здравоохранения, образования, культуры, спорта, представители гражданского общества и средств массовой информации, считают необходимым поддерживать и развивать комплекс мер, по снижению потребления табака населением субъектов ЦФО РФ, как важнейшую составляющую действий, направленных на укрепление здоровья населения и увеличение продолжительности жизни.

Заслушав и обсудив доклады представителей органов исполнительной власти, экспертов, представителей науки и общественных организации участники конференции констатируют:

- Федеральный закон от 23 февраля 2013 года №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» был разработан в целях совершенствования Российского законодательства в сфере охраны здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, а также реализации положений Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака.
- По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации в последние годы отмечается положительная динамика в состоянии табачной эпидемии. Так, в России зафиксировано снижение потребления табака на 17%. Средний возраст начала курения у подростков вырос до 13 лет.
- Федеральный закон от 23 февраля 2013 года №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» вступил в действие с 1 июня 2013 г., и подзаконная нормативно-правовая база, необходимая для его реализации, к настоящему времени сформирована в полной мере.

- Правоприменительная практика, формирующаяся с момента вступления закона в действие, дает основания утверждать, что контрольно-надзорные организации (Роспотребнадзор, Росздравнадзор, Госпожнадзор, Ространснадзор и МВД) проявляют недостаточную активность по контролю за исполнением законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.
- В субъектах ЦФО РФ необходимо активизировать информационные кампании, раскрывающие населению положения указанного Федерального закона и ответственность за их нарушения.
- Врачебное сообщество, гражданское общество, общественные организации, средства массовой информации должны играть центральную роль в формировании поддержки и обеспечения соблюдения мер антитабачного законодательства.

Участники научно-практической и образовательной конференции ЦФО РФ «Региональные возможности борьбы с табакокурением» выступают в поддержку реализации в субъектах ЦФО РФ Федерального закона от 23 февраля 2013 года №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» и рекомендуют для реализации следующие меры:

- Министерству здравоохранения Российской Федерации:
 1. Разработать методологию мониторинга и оценки эффективности мероприятий Федерального закона от 23 февраля 2013 года №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»:
 - разработать единый регламент проверки – методические рекомендации с указанием методологии, индикаторов и критериев оценки результатов проведения мониторинга исполнения указанного закона контрольно-надзорными органами с определением сроков и режима предоставления данных;
 - определить ответственных исполнителей за проведение мониторинга и предоставление информации по каждой позиции мониторинга.
 2. Разработать и утвердить на территории Российской Федерации порядок и стандарты по оказанию медицинской помощи по отказу от курения для различных категорий пациентов с никотиновой зависимостью.

3. Включить вопрос о делегализации табачной продукции в Концепцию государственной политики противодействия потребления табака 2016-2021 гг.
- Комитету Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья:
 1. Рассмотреть вопрос о принятии поправки к Федеральному Закону от 23 февраля 2013 года №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» относительно внедрения небрендируемых потребительских упаковок табачной продукции.
 2. Рассмотреть вопрос о повышении акцизов на табачные изделия до уровня стран Европейского региона Всемирной организации здравоохранения.
 3. Не допустить внесения в Федеральный закон от 23 февраля 2013 года №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» изменений, предполагающих ослабление мер, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака.
 4. Рассмотреть вопрос о запрете некурительных табачных изделий, включая инновационные продукты, как несвойственные для потребления гражданам России.
 - Органам исполнительной и законодательной власти субъектов ЦФО РФ:
 1. Использовать полномочия, предоставленные частью 6 статьи 6 Федерального закона, по принятию дополнительных мер, направленных на охрану здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.
 2. Активизировать работу по разработке и реализации региональных и муниципальных антитабачных программ.
 3. Разработать и приступить к реализации региональных информационно-коммуникационных стратегий по борьбе против потребления табака, организовать работу и информировать население о работе консультативного телефонного центра помощи в отказе от потребления табака.

- Исполнительным органам государственной власти субъектов ЦФО РФ в сфере охраны здоровья:
 1. Повышать квалификацию медицинских работников первичного звена здравоохранения по оказанию медицинской помощи пациентам с никотиновой зависимостью и профилактике курения.
 2. Повышать активность служб медицинской профилактики в реализации региональных мероприятий и программ борьбы с курением населения.
 3. Подготовить ведомственные нормативные акты по выполнению запрета курения на территориях и в помещениях, предназначенных для оказания медицинских услуг, осуществлять контроль за их исполнением.
 4. Мотивировать медицинских работников к прекращению курения.
- Управлениям Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека субъектов ЦФО РФ:
 1. Обеспечить исполнение нормативно-правовых актов по реализации положений Федерального закона от 23 февраля 2013 года №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствиях потребления табака».
 2. Наладить взаимодействие со службами медицинской профилактики регионов, общественными организациями, средствами массовой информации в исполнении положений Федерального закона от 23 февраля 2013 года №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствиях потребления табака».
- Территориальным органам МВД России субъектов Центрального федерального округа Российской Федерации:
 1. Активизировать деятельность по выявлению и пресечению нарушений Федерального закона от 23 февраля 2013 года №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствиях потребления табака».

**Председатель научно-практической и образовательной конференции
Центрального Федерального округа Российской Федерации
«Региональные возможности борьбы с табакокурением»
Министр здравоохранения Тверской области
Р.В. Курынин**

Resolution of the Scientific-practical and educational conference of the Central Federal District of the Russian Federation "Regional tobacco control opportunities", Tver, November 20, 2015