

Вести

№1. 2019

НАУЧНЫХ ДОСТИЖЕНИЙ



МЕДИЦИНА И ФАРМАЦИЯ

News of scientific achievements. Medicine and pharmacy



ISSN 2713-1718

Вести научных достижений.
Медицина и фармация

News of scientific achievements.
Medicine and pharmacy

№ 1
2019

№ 1
2019

Учредитель:
Общество с ограниченной
ответственностью «Офорт»

Publisher:
Limited liability company
«Ofort»

Главный редактор - Г.А.Нафикова,
кандидат юридических наук

Chief editor: G.A.Nafikova
PhD in law

Редакционный совет:
Хамитов Р. Ф.; Гурылева М. Э.;
Максимов И.Л.; Мусин Н.М.;
Dr. Ana Fructuoso

Editorial board:
Khamitov R.F .; Guryleva M.E.;
Maksimov I.L .; Musin N.M .;
Dr. Ana fructuoso

Корректор – Бикмухаметова А.М.

Proofreader – Bikmukhametova A.M.

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи, информа-
ционных технологий и массовых коммуникаций
Свидетельство о регистрации средства массовой информации:
Эл № ФС77-71649 от 13.11.2017

Почтовый адрес редакции:

420097, Республика Татарстан, г.Казань, ул.Академическая д.2, оф.009

e-mail: vesti.nd@yandex.ru

www.vestind.ru

тел./факс: +7 (843) 537-91-63, +7 (843) 537-91-23

За достоверность и точность данных, других материалов, приведенных в ста-
тье, ответственность несут авторы статей и других материалов.

Точка зрения редакции не всегда совпадает с выраженным мнением авторов.

При копировании текста статей ссылка на журнал обязательна.

СЛОВО РЕДАКТОРА

Медицина всегда являлась чем-то божественным и сложно объяснимым, отчего лишь больше обрастала тайнами и историями.

Сейчас мы уже не представляем свою жизнь без больниц, врачебной помощи и «волшебных» пилюль, ставящих нас на ноги за короткий промежуток времени. Развитие столь важной отрасли помогает ежедневно спасать множество жизней.

В последние годы наблюдается массовый интерес к здоровью, красоте, ведению правильного (здорового) образа жизни, что дает мощный толчок к большему развитию медико-фармацевтической отрасли.

*Главный редактор,
кандидат юридических наук, доцент*
Гульнара Айдаровна Нафикова

СОДЕРЖАНИЕ / CONTENTS

СЛОВО РЕДАКТОРА / EDITOR'S WORD.....	3
Луцевич О.Э., Розумный А.П., Михайлов В.Г. ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЛАПАРОСКОПИИ / LAPAROSCOPY DEVELOPMENT TRENDS /.....	6
Lutsevich Oleg, Rozumny Arkady, Mikhailov Vladimir. LAPAROSCOPY DEVELOPMENT TRENDS.....	10
Fructuoso A. УСЛОВИЯ СОДЕРЖАНИЯ ПОД СТРАЖЕЙ ЛИЦ, С НАРУШЕНИЕМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ ПРИ ДЕФИЦИТЕ ВНИМАНИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДИАГНОСТИКА И УПРАВЛЕНИЕ / ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER DETENTION SETTINGS: PREVALENCE, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT /.....	14
Fructuoso Ana. ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER DETENTION SETTINGS: PREVALENCE, DIAGNOSIS AND MANAGEMENT	21
Dr.Muhi N. Salman. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ТАТУ - КРАСИТЕЛЬ ТЯЖЕЛОГО МЕТАЛЛА, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ОСТРЫЕ ЯЗВЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ / TREATMENT APPROACH OF TATTOO - HEAVY METAL'S DYE INDUCING ACUTE ULCERATIVE SKIN LESION /	27
Dr. Muhi N. Salman. TREATMENT APPROACH OF TATTOO - HEAVY METAL'S DYE INDUCING ACUTE ULCERATIVE SKIN LESION.....	30
Бодрова Р.А., Иксанов Х.В. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ / METHODOLOGICAL ASPECTS OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, LIMITATIONS OF LIFE AND HEALTH IN THE DEVELOPMENT OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS OR ABILITIES /.....	33
Bodrova Rezeda, Iksanov Khaidar. METHODOLOGICAL ASPECTS OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, LIMITATIONS OF LIFE AND HEALTH IN THE DEVELOPMENT OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS OR ABILITIES	39

Щербаков В.А. ЭТИКА РЕКЛАМЫ АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА / ETHICS OF ADVERTISING PHARMACEUTICAL ASSORTMENT /.....	44
Shcherbakov Vladimir. ETHICS OF ADVERTISING PHARMACEUTICAL ASSORTMENT	49
Григорьева И.А. ПРОГРАММЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РФ / POPULATION MEDICINE PROGRAMS IN THE RUSSIAN FEDERATION /.....	53
Grigoreva Iraida. POPULATION MEDICINE PROGRAMS IN THE RUSSIAN FEDERATION.....	60

УДК 616-089

Дата направления в редакцию: 18-11-2019

Дата рецензирования: 22-11-2019

Дата публикации: 28-12-2019

Луцевич Олег Эммануилович

Заведующий кафедрой, профессор,

Доктор медицинских наук,

Член-корреспондент РАН, профессор, заслуженный

деятель науки РФ, Заслуженный врач

Российской Федерации

Председатель общества хирургов

Москвы и Московской области,

член Правления общества эндосургугов России

Розумный Аркадий Петрович

МГМСУ, доцент,

Зав.уч. частью каф. факультетской хирургии I

Михайлов Владимир Геннадьевич

МГМСУ, ассистент каф. фак. хирургии I, к.м.н.

Lutsevich Oleg Emmanuilovich

Head of Department, Professor,

Doctor of Medical Sciences,

Corresponding Member of the Russian Academy of

Sciences, Professor, Honored Scientist of the Russian

Federation, Honored Doctor of the Russian Federation

Chairman of the Society of Surgeons of Moscow and the

Moscow Region, member of the Board of the Society of

Endosurgery of Russia

Rozumny Arkady Petrovich

MSMSU, Associate Professor,

Head of Department part of the cafe. faculty surgery I

Mikhailov Vladimir Gennadievich

MGMSU, assistant department Fak. Surgery I, Ph.D.

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЛАПАРОСКОПИИ

LAPAROSCOPY DEVELOPMENT TRENDS

Аннотация (на рус). В данной статье речь идет о наиболее современных тенденциях развития лапароскопии. Автор дает краткую характеристику данному виду хирургических вмешательств, а также обрисовывает те проблемы, которые существуют в лапароскопии на настоящий период времени. Также автор анализирует основные тенденции, в соответствии с которыми развивается современная лапароскопия.

Abstract (in Eng). This article deals with the most modern trends in the development of laparoscopy. The author gives a brief description of this type of surgical intervention, and also outlines the problems that exist in laparoscopy for the present period of time. The author also analyzes the main trends in accordance with which modern laparoscopy develops.

Ключевые слова: лапароскопия, хирургическое вмешательство, пациент, современные тенденции, развитие, брюшная полость, травматичность.

Keywords: laparoscopy, surgical intervention, patient, current trends, development, abdominal cavity, trauma.

Актуальность исследования заявленной темы обусловлена тем, что в настоящий период времени имеет место стремительное развитие такой области хирургии как лапароскопия. Лапароскопические операции - это современный метод проведения хирургических операций. Лапароскопические операции, как минимально инвазивное хирургическое вмешательство, позволяют хирургам выполнять операции через маленькие разрезы (длиной менее одного сантиметра) по сравнению с большими разрезами при традиционных «открытых» хирургических операциях. Преимущество лапароскопических операций для пациентов состоит в: снижении болевого син-

дрома, сокращении пребывания пациентов в больнице, улучшении косметического результата и более быстром восстановлении после операции. Соответственно, представляется целесообразным дать краткую характеристику современных тенденций развития лапароскопии.

В соответствии с мнением ряда практикующих хирургов, в данной области хирургии имеется целый ряд нерешенных проблем, к основным из которых можно отнести следующие: отображение брюшной полости на мониторе является двумерным (плоским), что усложняет наблюдение за операционным полем; использование хирургом достаточно

длинных инструментов, амплитуда движения которых является достаточно ограниченной; отсутствие возможности непосредственной пальпации тканей и органов; неудобная поза хирурга во время проведения лапароскопической операции. Для того, чтобы устранить вышеперечисленные недочеты, в настоящий период времени ведутся исследования, направленные на создание новых технологий по следующим направлениям:

- получение трёхмерного (объёмного) изображения на мониторе;
- создание перчаток со специальными прессорными датчиками;
- совершенствование инструментов с увеличением объёма движений;
- создание хирургического пульта, в котором бы совмещались данные о состоянии органов брюшной полости на текущий момент с данными, которые были получены во время проведения КТ и МРТ;
- создание роботов [3, с. 39].

Далее представляется целесообразным остановиться на тех современных технологиях, которые уже применяются в лапароскопической хирургии.

Так, например, единственным эффективным и радикальным методом лечения желчекаменной болезни является оперативное удаление желчного пузыря (холецистэктомия). «Золотым стандартом» лечения данного заболевания среди всех хирургических методов на сегодня является лапароскопическая холецистэктомия. Это миниинвазивное, малотравматичное оперативное вмешательство, которое позволяет с помощью специального оптического прибора лапароскопа через 4 прокола удалить желчный пузырь.

Длительность операции составляет 30-50 минут, а длительность пребывания в стационаре после операции составляет в среднем до 2 суток.

Радикальное лечение грыж является только хирургическим и может проводиться открытым традиционным способом или лапароскопически. Метод лапароскопической герниопластики является малотравматичным (3 прокола на передней брюшной стенке), позволяет сократить время операции до 30-40 минут.

При операциях по поводу паховых, бедренных, пупочных, послеоперационных ventральных грыж применяется интраабдоми-

нальная пластика с использованием сетки PROCEED (фирма ETHICON), что сводит к минимуму процент рецидивов, сокращает длительность самого оперативного вмешательства, а следовательно и длительность наркоза, что позволяет предотвратить риск развития осложнений со стороны брюшной полости, а так же других органов и систем в послеоперационном периоде [5, с. 63].

Данный вид оперативного вмешательства не требует использования наркотического обезболивания в послеоперационном периоде. Малая операционная травма позволяет активизировать больных в течении первых часов после операции.

Длительность операции составляет порядка 30-40 минут, а длительность пребывания в стационаре после операции составляет 1 сутки.

Патологическое (морбидное) ожирение становится причиной развития гипертонической болезни, сахарного диабета, ишемической болезни сердца, деформирующих артрозов коленного и тазобедренного суставов (Индекс Массы Тела (ИМТ) – 35 и выше). Проблема избыточного веса решается радикально только хирургическим путем. Одним из методов является наложения бандажа на желудок. Хирургическая методика лапароскопического наложения желудочного бандажа с целью лечения патологического ожирения очень быстро распространяется в Европе. За последние 6 лет в Европе имплантированы более 30000 желудочных бандажей. И эта тенденция нарастает.

Существуют три важных аргумента, объясняющих рост числа хирургических вмешательств при ожирении:

- во-первых, во всем мире отмечается резкое увеличение случаев патологического ожирения;
- во-вторых, концепция применяемого ранее лечения с помощью диеты, дает внушающие тревогу неудовлетворительные результаты в долгосрочной перспективе;
- в-третьих, с появлением и развитием методов малоинвазивной хирургии стала возможной эффективная, не наносящая больным вред и обратимая оперативная процедура лапароскопического наложения бандажа на желудок [6, с. 91].

При бандажировании желудка используется специальная система для регулируемой перетяжки желудка с целью снижения веса

пациентов путем уменьшения потребления пищи. Данная система представляет собой «манжету» из мягкого и прочного силикона, которая при установке делит желудок на две части: маленькую – верхнюю, и большую – нижнюю. Учитывая то, что рецепторы насыщения располагаются в верхней части желудка, они получают сигнал «наелся», как только заполняется маленькая его часть. Система устанавливается лапароскопически, через 4 прокола, позволяя уменьшить травматичность вмешательства (полость желудка не открывается), снизить риск операции и возможность развития послеоперационных осложнений, свести к минимуму дискомфорт у больных, а также является регулируемой, не влияя на кровоснабжение и иннервацию желудка. Как результат отмечается снижение массы тела пациента до 50-70 кг, но не ниже физиологической.

Длительность операции составляет в среднем 50 минут, а длительность пребывания в стационаре после операции – один день.

Хирургическому лечению подлежат грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, а также рефлюкс-эзофагит при неэффективной консервативной терапии. На сегодняшний день наиболее распространенной и признанной во всем мире является операция – фундопликация (по Ниссену), которая заключается в подшивании мобилизованного дна желудка вокруг пищевода, что предупреждает развитие рефлюкса.

Консервативная терапия позволяет лишь кратковременно уменьшить проявления заболевания, но не устраняет его причину. С использованием лапароскопических технологий проведение лапароскопической крурорафии, фундопликации по Ниссену позволяет устранить причину возникновения грыжи, предупредить развитие ее осложнений, сократить сроки пребывания в стационаре до 1-2 суток, снизить интенсивность болевого синдрома после операции, ускорить период реабилитации и полное выздоровление пациента [1, с. 13].

Длительность операции составляет до 3 часов, а длительность пребывания в стационаре после операции – одни сутки.

Ахалазия кардии – это хроническое заболевание нервно-мышечного аппарата пищевода, которое характеризуется нарушением рефлекторного открытия нижнего сфинктера

пищевода у входа в желудок во время глотания. Это сопровождается нарушением перистальтических движений пищевода, в результате чего затрудняется прохождение пищи в желудок. Для лечения данного заболевания применяют различные методики в зависимости от стадии ахалазии: эндоскопическая баллонная дилатация (расширение) нижнего отверстия пищевода (кардии), операция – эзофагокардиомиотомия.

Только инвазивные методики позволяют в полной мере восстановить естественный пассаж (прохождение) пищевых масс по пищеводу в желудок. Выполнение лапароскопической эзофагокардиомиотомии дает возможность значительно улучшить качество жизни пациентов, устранить причину заболевания, что приводит к полному выздоровлению пациента.

Длительность операции составляет до 3 часов. Данная операция относится к операциям «одного дня».

Единственным методом лечения острого аппендицита является хирургическое удаление червеобразного отростка (аппендикса) – аппендэктомия. Выполнение аппендэктомии с помощью лапароскопических технологий позволяет сократить длительность выполнения оперативного вмешательства и время пребывания пациента в стационаре в послеоперационном периоде, а также свести к минимуму травму тканей (кожи, подкожно-жировой клетчатки, мышц) во время операции, предупредить развитие грыж в области послеоперационного рубца в поздних сроках после операции [2, с. 28].

Для выполнения лапароскопической аппендэктомии необходимо произвести лишь 3 прокола на передней брюшной стенке.

Длительность операции составляет 40-50 минут, а длительность пребывания в стационаре после операции составляет 1-4 суток.

Также необходимо несколько слов сказать о плазменных технологиях в данной области хирургии.

Применение плазменных технологий в лапароскопии позволило сделать эти операции еще более эффективными и безопасными для пациентов. Технология лапароскопии в целом остается прежней - врач так же проделывает в передней брюшной стенке пациента несколько отверстий, диаметром до 10 мм. Через один из этих проколов в брюшную полость челове-

ка вводят мини-видеокамеру, которая отражает картинку на экране компьютера, а в другое же отверстие врач вместо классического лапароскопического скальпеля вводит тонкую насадку аппарата PlasmaJet и продвигает ее к месту расположения патологической ткани - опухоли, кисты, миомы, очага эндометриоза, эрозии и т.д. [4, с. 99]. Все свои действия при этом хирург видит на мониторе. Далее аппарат PlasmaJet производит нагревание инертного газа аргона, трансформируя молекулы в ионы. Полученную в результате плазму врач направленно подает на участки тканей, которые необходимо разрушить, и те испаряются.

По завершении операции из брюшной полости извлекают инструментальный набор, после чего ушивают проколы. На следующем этапе пациента выводят из наркоза, если использовалась общая анестезия. После этого

больной проходит короткую реабилитацию и может вернуться к привычному образу жизни.

Таким образом, подводя итог проведенному исследованию, можно сделать общий вывод о том, что в связи с улучшением результатов лечения, снижением затрат на лечение и требованиями пациентов лапароскопические операции за последние два десятилетия стали широко использоваться при лечении различных хирургических заболеваний. Совершенствование инструментов, видеотехнологий и лапароскопического оборудования ускорило развитие лапароскопической хирургии. В некоторых больницах более 50% операций выполняются лапароскопически, и ожидается, что более 70% операций могут быть проведены, используя лапароскопический доступ, без дополнительных технических усовершенствований.

Библиография

1. Акбаев Р.А. Технологические аспекты оптимизации хирургического лечения при лапароскопии // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – №6. – С. 13.
2. Бехтева М.Е., Баранов А.В., Панченков Д.Н. Хирургия единого лапароскопического доступа: история и современное состояние вопроса // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - №6. - С. 26-31.
3. Зиновьева Ю.Т., Возисова Е.А., Бархатова Н.А. Исторический экскурс и современные тенденции развития абдоминальной хирургии // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2016. - №2 (13). – Т. 2. - С. 39-41.
4. Леваков С.А., Кедрова А.Г., Ванке Н.С. Современные тенденции лапароскопической хирургии в гинекологии // Клиническая практика. – 2010. - №3 (3). – С. 98-102.
5. Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А., Алибеков К.Т., Балкаров Б.Х., Луцевич Э.В. Лапароскопическая герниопластика: технология будущего // Клиническая и экспериментальная хирургия. – 2014. - №3. – С. 62-69.
6. Старков Ю.Г., Шишин К.В., Недолужко И.Ю., Джантуханова С.В., Выборный М.И., Ветюгова Л.В. Исторические аспекты и современное состояние хирургии единого доступа // Хирургия. - 2012. - №9. - С. 90-94.

References (transliterated)

1. Akbaev R.A. Tekhnologicheskie aspekty optimizacii hirurgicheskogo lecheniya pri laparoskopii // Mezhdunarodnyj studencheskij nauchnyj vestnik. – 2018. – №6. – S. 13.
2. Bekhteva M.E., Baranov A.V., Panchenkov D.N. Hirurgiya edinogo laparoskopicheskogo dostupa: istoriya i sovremennoe sostoyanie voprosa // Endoskopicheskaya hirurgiya. - 2012. - №6. - S. 26-31.
3. Zinov'eva Yu.T., Vozisova E.A., Barhatova N.A. Istoricheskij ekskurs i sovremennye tendencii razvitiya abdominal'noj hirurgii // Vestnik Soveta molodyh uchyonyh i specialistov Chelyabinskoy oblasti. – 2016. - №2 (13). – Т. 2. - S. 39-41.
4. Levakov S.A., Kedrova A.G., Vanke N.S. Sovremennye tendencii laparoskopicheskoy hirurgii v ginekologii // Klinicheskaya praktika. – 2010. - №3 (3). – S. 98-102.
5. Lucevich O.E., Gallyamov E.A., Gordeev S.A., Prohorov Yu.A., Alibekov K.T., Balkarov B.H., Lucevich E.V. Laparoskopicheskaya gernioplastika: tekhnologiya budushchego // Klinicheskaya i eksperimental'naya hirurgiya. – 2014. - №3. – S. 62-69.
6. Starkov Yu.G., Shishin K.V., Nedoluzhko I.Yu., Dzhantuhanova S.V., Vybornyj M.I., Vetyugova L.V. Istoricheskie aspekty i sovremennoe sostoyanie hirurgii edinogo dostupa // Hirurgiya. - 2012. - №9. - S. 90-94.



LAPAROSCOPY DEVELOPMENT TRENDS

Lutsevich Oleg¹, Rozumny Arkady², Mikhailov Vladimir³

¹ Lutsevich Oleg Emmanuilovich - head of Department, Professor, Doctor of Medical Sciences, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Professor, Honored Scientist of the Russian Federation, Honored Doctor of the Russian Federation Chairman of the Society of Surgeons of Moscow and the Moscow Region, member of the Board of the Society of Endosurgery of Russia

² Rozumny Arkady Petrovich - MSMSU, Associate Professor; Head of Department part of the cafe. faculty surgery I

³ Mikhailov Vladimir Gennadievich - MGMSU, assistant department Fak. Surgery I, Ph.D.

Email address: info@vestind.ru

To cite this article: Lutsevich O.E., Rosumny A.P., Mikhail V.G. - LAPAROSCOPY DEVELOPMENT TRENDS// News of scientific achievements. Medicine and pharmacy - 2019. - № 1. - S. 10-13. DOI: 10.36616/2713-1718-2019-1-10-13 URL: <https://vestind.ru/journals/medicine/releases/2019-1/articles?pdfView&page=10>

Received: November 18, 2019; **Accepted:** November, 22, 2019; **Published:** December 28, 2019

Abstract: This article deals with the most modern trends in the development of laparoscopy. The author gives a brief description of this type of surgical intervention, and also outlines the problems that exist in laparoscopy for the present period of time. The author also analyzes the main trends in accordance with which modern laparoscopy develops.

Keywords: laparoscopy, surgical intervention, patient, current trends, development, abdominal cavity, trauma.

1. Introduction

The relevance of the study of the declared topic is due to the fact that at the present time there is a rapid development of such field of surgery as laparoscopy. Laparoscopic surgery is a modern method of surgical surgery. Laparoscopic operations, like minimally invasive surgery, allow surgeons to perform operations through small incisions (less than one centimeter long) compared to large incisions in traditional “open” surgical operations. The advantage of laparoscopic operations for patients is: reduction of pain syndrome, reduction of patient stay in hospital, improvement of cosmetic result and faster recovery after surgery. Accordingly, it seems appropriate to give a brief description of current trends in laparoscopy development.

According to a number of practicing surgeons, there are a number of unresolved problems in the field of surgery, the main ones being that the display of the abdominal cavity on the monitor is two-dimensional (flat), which complicates the observation of the operational field; The use by the surgeon of sufficiently long instruments whose motion amplitude is sufficiently limited; Lack of direct palpation of tissues and organs; Uncomfortable position of the surgeon during laparoscopic surgery. In order to eliminate the above-mentioned shortcomings, research is

under way to create new technologies in the following areas:

- Obtaining a three-dimensional (volume) image on the monitor;
- Creation of gloves with special press sensors;
- Improvement of tools with increased volume of movements;
- Creation of a surgical console, which would combine the data on the state of abdominal organs at the moment with the data obtained during CT and MRI;
- Creation of robots [3, p. 39].

2. Methods and technologies

Further, it seems advisable to focus on those modern technologies that are already used in laparoscopic surgery.

For example, the only effective and radical method of treating bile disease is the operative removal of the gall bladder (cholecystectomy). The “gold standard” for the treatment of this disease among all surgical methods today is laparoscopic cholecystectomy. It is a mini-invasive, low-traumatic surgical intervention that allows to remove the gallbladder through 4 punctures with the help of a special optical laparoscope device.

Duration of operation is 30-50 minutes, and duration of stay in hospital after operation is on

average up to 2 days.

Radical treatment of hernias is only surgical and can be carried out in an open traditional way or laparoscopically. The method of laparoscopic hernioplasty is low-traumatic (3 punctures on the anterior abdominal wall), allows to reduce the operation time to 30-40 minutes.

At operations for inguinal, femoral, umbilical, postoperative ventral hernias the intraabdominal plasticity with use of a grid of PROCEED (ETHICON is applied that minimizes percent of a recurrence, reduces duration of the surgery and consequently also anesthesia duration that allows to prevent risk of development of complications from an abdominal cavity, and also other bodies and systems in the postoperative period [5, page 63].

This type of surgery does not require the use of drug pain relief in the postoperative period. Small operational trauma allows to activate patients within the first hours after operation.

Duration of operation is about 30-40 minutes, and duration of stay in hospital after operation is 1 day.

Pathological (morbid) obesity causes the development of hypertension, diabetes mellitus, ischemic heart disease, deforming arthrosis of knee and hip joints (Body Mass Index (BMI) - 35 and higher). The problem of overweight is solved radically only by surgical means. One method is to apply a band to the stomach. The surgical technique of laparoscopic application of gastric bandage in order to treat pathological obesity is spreading very rapidly in Europe. Over the past 6 years, more than 30,000 gastric bandages have been implanted in Europe. And this trend is increasing.

There are three important arguments explaining the increase in surgery in obesity:

- First, there has been a dramatic increase in pathological obesity worldwide;

- Secondly, the concept of previous diet treatment gives alarming, unsatisfactory results in the long term;

- Third, with the emergence and development of minimally invasive surgery methods, an effective, non-harming and reversible operative procedure of laparoscopic banding on the stomach has become possible [6, p. 91].

Gastric banding uses a special system for adjustable gastric straining to reduce patient

weight by reducing food intake. This system is a "cuff" of soft and durable silicone, which, when installed, divides the stomach into two parts: a small one - the upper one, and a large one - the lower one. Given that saturation receptors are located at the top of the stomach, they receive a "sat down" signal as soon as a small part of it is filled. The system is installed laparoscopically, through 4 punctures, allowing to reduce injuries of intervention (stomach cavity does not open), to reduce risk of operation and possibility of development of postoperative complications, to minimize discomfort in patients, and is also regulated, without affecting blood supply and gastric innervation. As a result, the patient's body weight decreased to 50-70 kg, but not below physiological weight.

Duration of operation is on average 50 minutes, and duration of stay in hospital after operation - one day.

The hernia of the esophageal orifice of the diaphragm, as well as reflux esophagitis in ineffective conservative therapy, are subject to surgical treatment. To date, the most common and recognized worldwide is surgery - fundoplication (by Nissen), which is to sew the mobilized stomach floor around the esophagus, which prevents the development of reflux.

Conservative therapy allows only short-term reduction of manifestations of the disease, but does not eliminate its cause. With the use of laparoscopic technologies, laparoscopic croorography, Nsen's fundoplication allows eliminating the cause of hernia, preventing the development of its complications, reducing the length of stay in hospital to 1-2 days, reducing the intensity of pain syndrome after surgery, accelerating the rehabilitation period and complete recovery of the patient [1, p. 13].

Duration of operation is up to 3 hours, and duration of stay in hospital after operation - one day.

Achalasia cardia is a chronic disease of the neuromuscular esophageal apparatus, which is characterized by a disorder of the reflex opening of the lower esophageal sphincter at the entrance to the stomach during swallowing. This is accompanied by disruption of the peristaltic movements of the esophagus, making it difficult for food to pass into the stomach. Various methods are used to treat this

disease depending on the stage of achalasia: endoscopic balloon dilation (expansion) of the lower esophageal opening (cardia), surgery - esophagocardiomyotomy.

Only invasive techniques allow to restore fully a natural passage (passing) of food masses on a gullet in a stomach. Laparoscopic esophagocardiomyotomy allows to significantly improve the quality of life of patients, eliminate the cause of the disease, which leads to complete recovery of the patient.

Duration of operation is up to 3 hours, and duration of stay in hospital after operation - one day.

Achalasia cardia is a chronic disease of the neuromuscular esophageal apparatus, which is characterized by a disorder of the reflex opening of the lower esophageal sphincter at the entrance to the stomach during swallowing. This is accompanied by disruption of the peristaltic movements of the esophagus, making it difficult for food to pass into the stomach. Various methods are used to treat this disease depending on the stage of achalasia: endoscopic balloon dilation (expansion) of the lower esophageal opening (cardia), surgery - esophagocardiomyotomy.

Only invasive techniques allow to restore fully a natural passage (passing) of food masses on a gullet in a stomach. Laparoscopic esophagocardiomyotomy allows to significantly improve the quality of life of patients, eliminate the cause of the disease, which leads to complete recovery of the patient.

The duration of the operation is up to 3 hours. This transaction applies to "one day" transactions.

The only method of treating acute appendicitis is surgical removal of the worm-like process (appendix) - appendectomy. Appendectomy by laparoscopic techniques allows to reduce duration of surgical intervention and time of patient stay in hospital in postoperative period, as well as to minimize injury of tissues (skin, subcutaneous fat, muscles) during operation, to prevent development of hernias in the area of postoperative scar in late stages after operation [2, p. 28].

In order to perform laparoscopic appendectomy, it is necessary to perform only 3 punctures on the anterior abdominal wall.

Duration of operation is 40-50 minutes, and

duration of stay in hospital after operation is 1-4 days.

3. Observations and Results

It is also necessary to say a few words about plasma technologies in this field of surgery.

The use of plasma technologies in laparoscopy has made these operations even more effective and safe for patients. The technology of laparoscopy in general remains the same - the doctor also makes several holes in the anterior abdominal wall of the patient, diameter up to 10 mm. Through one of these punctures a mini-video camera is introduced into the abdominal cavity of the person, which reflects the picture on the computer screen, and in the other hole the doctor instead of a classic laparoscopic scalpel introduces a thin nozzle of the PlasmaJet apparatus and moves it to the location of pathological tissue - tumor, cyst, myoma, endometriosis focus, erosion, etc. [4, p. 99]. All his actions at this surgeon sees on the monitor. The apparatus then PlasmaJet heats the inert argon gas, transforming the molecules into ions. The resulting plasma is delivered by the doctor to the tissue areas to be destroyed and evaporated.

After completion of operation, tool kit is removed from abdominal cavity, after which punctures are sutured. In the next step, the patient is taken out of anesthesia if general anesthesia is used. After that, the patient undergoes a short rehabilitation and can return to the usual lifestyle.

4. Conclusion

Thus, summing up the study, it can be generally concluded that, due to improved treatment outcomes, reduced treatment costs and patient requirements, laparoscopic operations have become widely used in the treatment of various surgical diseases over the past two decades. The improvement of instruments, video technologies and laparoscopic equipment accelerated the development of laparoscopic surgery. In some hospitals, more than 50% of operations are performed laparoscopically, and it is expected that more than 70% of operations can be performed using laparoscopic access without further technical improvements.

References

- [1] Akbayev R.A. Technological Aspects of Optimization of Surgical Treatment in Laparoscopy//International Student Scientific Journal. - 2018. - № 6. - S. 13.
- [2] Behteva M.E., Baranov A.V., Panchenkov D. N. Surgery of single laparoscopic access: history and current state of the issue//Endoscopic surgery. - 2012. - № 6. - S. 26-31.
- [3] Zinovieva Y.T., Vozisova E.A., Barkhatov N.A. Historical excursion and modern trends of abdominal surgery development//Bulletin of the Council of young scientists and specialists of Chelyabinsk region. - 2016. - № 2 (13). - T. 2. - S. 39-41.
- [4] Levakov S.A., Kedrov A.G., Vanke N.S. Modern trends of laparoscopic surgery in gynecology//Clinical practice. - 2010. - № 3 (3). - S. 98-102.
- [5] Lutsevich O.E., Gallimov E.A., Gordeev S.A., Prokhorov Yu.A., Alibekov K.T., Balkarov B.H., Lutsevich E.V. Laparoscopic hernioplasty: Technology of the Future//Clinical and Experimental Surgery. - 2014. - 62-69.
- [6] Starkov Yu. G., Shishin K.V., Knotuzhko I.Y., Jantukhanov S.V., Elective M.I., Vetyugova L.V. Historical aspects and modern state of surgery of single access//Surgery. - 2012. - № 9. - S. 90-94.

© O.E. Lutsevich, A.P. Rosumny, V.G. Mikhailov, 2019



УДК 616.5-002.44-08

Дата направления в редакцию: 29-11-2019

Дата рецензирования: 02-12-2019

Дата публикации: 28-12-2019

Dr.Muhi N. Salman

Dep. toxicology

Baghdad college of medical sciences

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ТАТУ - КРАСИТЕЛЬ ТЯЖЕЛОГО МЕТАЛЛА, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ОСТРЫЕ ЯЗВЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ

TREATMENT APPROACH OF TATTOO - HEAVY METAL'S DYE INDUCING ACUTE ULCERATIVE SKIN LESION

Аннотация (на рус). Исследование вопросов возникновения сопутствующих неблагоприятных кожных реакций от татуировок заметно возросло в последние два десятилетия. Изобретение относится к медицине, а именно к травматологии и ортопедии. В статье использовались методы комбинированного лечения системным антибиотиком-кортизоном, местной гидрогелевой повязкой с адьювантной лазерной терапией для достижения заживления язвенного поражения кожи. Результатами исследования должны стать успешное восстановление и полное заживление глубокого язвенного поражения кожи. Татуировки с тяжелым металлом могут вызывать тяжелые кожные реакции, начиная от простой воспалительной реакции и заканчивая разрушением кожи и стойким поражением кожи.

Abstract (in Eng). Background; The occurrence of tattoos of associated adverse skin reactions markedly increased in the last two decades. Aims; to apply new treatment approach for tattoos –heavy metal's dye inducing skin ulcerative lesion. Materials and Methods; combination treatment of systemic antibiotic – cortisone, a topical hydrogel dressing with adjuvant laser therapy was to achieve healing of ulcerative –crater skin lesion. Results; recovery of complete healing a deep ulcerative skin lesion was successful. Conclusion; Tattoos heavy metal –dye can induce severe skin reactions starting from simple inflammatory reaction to ends up to break down of skin and persistent skin lesion.

Ключевые слова: татуировка, гидрогелевая повязка, язвенно-крапивник, тяжелые металлы, ртуть, пурилон гель-колопаст, Комфил плюс-колопаст.

Keywords: tattoo, hydrogel dressing, ulcerative –crater, heavy metals, mercury, Purilon gel-coloplast, Comfeel plus-coloplast.

1. Введение

Декоративная татуировка - это прямая реакция на прокалывание кожи иглками, пропитанными пигментными красителями, приготовленными из солей металлов. Возможны переходные покраснение и набухание области, которая исчезает в течение 2-3 недель. Это ожидаемый побочный эффект процедуры татуировки. Описывает появление новых повреждений существующего кожного заболевания в каждом повреждении. К реакциям, которые могут происходить, относятся острые воспалительные реакции, энзиматозные реакции гиперчувствительности, фотоусиленные реакции, грануломатозные.

Больше всего реакций вызывают красные татуировочные пигменты, особенно те, которые сделаны из сульфида ртути (циннабар). Компоненты тату-чернил трудно определить и претерпеть изменения со временем, Без правил для тату-красок или цветных добавок, содержащих неорганические пигменты и сажу, Сообщается также, что у людей с татуировками Henna окрашиваются на кожу кистью художника, что приводит к коричневому окрашиванию [2,3]. Сама по себе Henna должна быть безопасной, но краситель часто смешивается с парафенилендиамин (PPD), химическим веществом, хорошо известным тем, что вызывает аллергические реакции у людей, чувствительных к ней [4,5].

2. Истории болезни

29-летняя пациентка была госпитализирована в амбулаторный центр терапии частных ожогов, страдающий зудом, болезненной покраснением, отеками и стойким к язве раком кожи на верхней левой руке от оранжевых до красных декоративных татуировок около плечевого сустава. Эта реакция у пациента была вяло текущей, в течение от 2 недель до 1 месяца после того, как пациент прошел Магнитно-резонансную томографию (МРТ-сканирование) из-за автомобильной аварии. Свободный взят из поражения бактериальной культуры, продемонстрированного метициллин-стойкого стафилококка aureus (MRSA). Излечивающее язвенное поражение плохо реагировало на традиционное предписанное местное гидрокортизон-антибиотическое применение, рисунок 1.

3. Методы и материалы. Подход клинического лечения.

3.1 Мезотерапия. Клиренс зоны татуировки, окружающей поражение язвы кожи 0,5 - 1 см, путем 1-2 лечения лазерной терапией с частотой (532 нм), выделенной для пигмента оранжевого до красного татуировки, для прекращения утечки текущих татуировок на край язвенного поражения [12].

3.2 фармакотерапия: метилпреднизолон 40 мг дважды в течение 1 недели медленно; i.v давали для контроля сопровождаемых воспалительных реакций; пиперациллин/тазобак-

тум, антибиотическое сочетание пенициллина для заражения кожей и костной структурой, инфузию 6 г i.v давали в виде 2 г в 200 мл физиологического раствора 0,9% капельку в течение 9 дней.; пурилон гель-колопласта, мягкий гидрогель, состоящий из натуральных ингредиентов способствует заживлению ран (ожоги, язвы) путем эффективного тушения наносят внутрь кратера кожной язвы каждый день в течение 1 недель. Comfeel plus-coloplast - отличная поддержка закрытия ран, прозрачная повязка в качестве бактериального профилактического барьера, водонепроницаемая верхняя пленка и легкий осмотр заживления ран в течение 2 недель.

4. Результаты

Процесс заживления появлялся постепенно в качестве стадии гранулирования ткани для восстановления кожи на пятый день и заканчивался неповрежденным полным состоянием заживления кожи в конце третьей недели.

5. Обсуждение и Заключение

Острые и хронические воспалительные реакции являются частым побочным эффектом процесса татуировки, вследствие физического повреждения ткани и введения пигмента в кожу эритема и появляется отек, который исчезает в течение 2-3 недель. Отсроченные реакции, чаще всего иммунологический контактный дерматит, происходят через несколь-



Рисунок 1. (А) перед МРТ ЭКСПОЗИЦИЕЙ

(Б) после МРТ ЭКСПОЗИЦИИ

ко недель или лет после татуировки, которые появляются как чужеродные реакции организма на вставленный пигмент. В большинстве случаев с грануломатозными реакциями [1] связаны красные татуировочные пигменты (ртуть), а также зеленые, синие (кобальт) или фиолетовые (марганец). Клинически был диагностирован как острый и хронические подстрекательские реакции в форме как пиодермия, импетиго, целлюлит, как пиодермия, импетиго, целлюлит, как пиодермия, импетиго, целлюлит, herpes simplex вирус, вирус папилломы (бородавки), поксвирус (molluscum) и систем-

ное заражение гепатитом В, С и ВИЧ [7-11]. Несколько патогенных бактерий были выделены из загрязняющих тату чернил [6,13,14]. Магнитно-резонансная томография (МРТ-сканирование) создает магнитное поле, которое, как сообщалось, индуцирует электрический ток внутри тату-чернил, содержащих оксид железа. Как татуировки, так и косметика могут содержать частицы оксидов железа или других металлов, которые, взаимодействуя с магнитным полем, могут вызывать ощущения тепла, ожогов, отеков или местного раздражения во время МРТ [15].

References

1. Bucur Gh. Boli dermatovenerice. Enciclopedie. Editura Medicala Nationala, Bucuresti, 2002;808.
2. Jacob CI. Tattoo-associated dermatoses: a case report and review of the literature. *Dermatol Surg*. 2002;28:962-5.
3. Oanя A, Irimie M. Dermatoze asociate tatuajelor. Observaюie asupra a doua cazuri. *Dermato Venerol*. (Buc.), 2008;53:163-166.
4. Gutermuth J, Hein R, Fend F, et al. Cutaneous pseudolymphoma arising after tattoo placement. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(4):566-7.
5. Kluger N, Vermeulen C, Moguelet P, et al. Cutaneous lymphoid hyperplasia (pseudolymphoma) in tattoos: a case series of seven patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(2):208-13.
6. Long GE, Rickman LS. Infectious complications of tattoos. *Clin Inf Dis* 1994;18:610-9.
7. Ghorpade A. Tattoo inoculations lupus vulgaris in two Indian ladies. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:476-7.
8. Ragland HP, Hubbell C, Stewart KR, et al. Verruca vulgaris inoculated during tattoo placement. *Int J Dermatol*. 1994;33:796-7.
9. Trefzer U, Schmollack KP, Stockfleth E, et al. Kolde G. Verrucae in a multicoloured decorative tattoo. *J Am Acad Dermatol*. 2004;50:478-9.
10. Salmaso F, Gnecci L, Gianotti R, et al. Molluscum contagiosum on a tattoo. *Acta Derm Venereol*. 2001;81:146-7.
11. Perez Gala S, Alonso Perez A, Rios Buceta L. Molluscum contagiosum on a multicoloured tattoo. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006;20:221-2.
12. Kuperman-Beade M, Levine VJ, Ashinoff R. Laser removal of tattoos. *Am J Clin Dermatol*. 2001;2:21-25.
13. Burns T, Breathnach S, Cox N, et al. Rook's Textbook of Dermatology. Eight Edition. Wiley-Blackwell Scientific Publications. 2010.
14. Wollina U. Severe adverse events related to tattooing. *Indian J Dermatol* 2012;57:438-43.
15. Whitney D, Shellock FG. Magnetic resonance imaging and permanent cosmetics (tattoos): survey of complications and adverse events. *J Magn Reson Imaging* 2002;15:180-4. 19.



TREATMENT APPROACH OF TATTOO - HEAVY METAL'S DYE INDUCING ACUTE ULCERATIVE SKIN LESION

Dr. Muhi N. Salman¹

¹ Dep. Toxicology, Baghdad college of medical sciences

Email address: info@vestind.ru

Tocitethis article: DR.Muhi.NSalman-Treatment approach of Tattoo-heavy metal's dye inducing acute ulcerative skin lesion //News of scientific achievements. Medicine and pharmacy. –2019. - №1. –С. 30-32. DOI: 10.36616/2713-1718-2019-1-30-32 URL: <https://vestind.ru/journals/medicine/releases/2019-1/articles?pdfView&page=30>

Received: November 29, 2019; **Accepted:** December 2, 2019; **Published:** December 28, 2019

Abstract: *The occurrence of tattoos of associated adverse skin reactions markedly increased in the last two decades. Aims; to apply new treatment approach for tattoos –heavy metal's dye inducing skin ulcerative lesion. Materials and Methods; combination treatment of systemic antibiotic – cortisone, a topical hydrogel dressing with adjuvant laser therapy was to achieve healing of ulcerative –crater skin lesion. Results; recovery of complete healing a deep ulcerative skin lesion was successful. Conclusion; Tattoos heavy metal – dye can induce severe skin reactions starting from simple inflammatory reaction to ends up to break down of skin and persistent skin lesion.*

Keywords: Magnetic resonance imaging (MRI scan), methicillin –resistant staphylococcus aureus (MRSA), paraphenylenediamine (PPD),

1. Introduction

Decorative tattooing is direct reaction response to the piercing of the skin with needles impregnated with pigment dyes prepared from metal salts. There may be transient redness and swelling of the area that disappears within 2–3 weeks. It is an expected side effect of the tattooing process. describes the appearance of new lesions of an existing skin disease within a cutaneous injury. Reactions that may occur include acute inflammatory include acute inflammatory reactions, eczematous hypersensitivity reactions, photo-aggravated reactions, granulomatous. Red tattoo pigments cause the most reactions, particularly those made from mercury sulfide (cinnabar). The components of tattoo ink are difficult to determine and undergo changes with time, without regulations for tattoo inks or color additives, which contain inorganic pigments and carbon black, and/or organic pigments from various chemical classes Contact dermatitis has also been reported in people with Henna tattoos are painted onto the skin with an artist's brush resulting in a brownish stain 2,3]. Henna itself should be safe, but the dye is often mixed with paraphenylenediamine (PPD), a chemical substance that is well known for causing allergic reactions in people sensitive to it (4,5).

2. Case reports

A 29 year-old female patient was admitted

to outpatient of private burns therapy center suffering from itching, painful redness, swelling and skin persistent ulcerative crater on her upper left hand of orange to red decorative tattoos near the shoulder joint. The patient developed this reaction slowly, in the course of 2 weeks to 1 months after the patient underwent Magnetic resonance imaging (MRI scan) due to car accident . Swap was taken from the lesion for bacterial culture ,demonstrated methicillin –resistant staphylococcus aureus (MRSA).The healing ulcerative lesion was poorly respond to traditional prescribed topical hydrocortisone –antibiotic applications figure 1.

3. **Methods and Materials;** Clinical treatment's approach;

3.1 non pharmacotherapy (mesotherapy); clearance of tattoo's area surrounding lesion of skin ulcer 0.5 – 1cm by 1-2 treatments with laser therapy at (532nm) frequency dedicated for orange to red tattoo's pigment in order to stop leakage deposit of current tattoos to margin of ulcerative lesion [12].

3.2 pharmacotherapy; methyl prednisolone 40 mg twice for 1 week slowly i.v was given to control accompanied inflammatory responses piperacillin /tazobactam, antibiotic combination of penicillin for skin and bone structure infection



Figure (1). (a) before MRI EXPOSURE

(b) after MRI EXPOSURE

,6 gm i.v infusion was given as 2gm in 200ml normal saline 0.9% drip within 9 days. Purilon gel-coloplast, gentle hydrogel consisting of natural ingredients promotes wound healing (burns & ulcer) by effective debridement is applied inside the skin ulcer's crater each other day over 1 weeks. Comfeel plus-coloplast, excellent support of wound closure, transparent dressing as bacterial prophylactic barrier, waterproof top film and easy wound healing inspection for 2weeks days.

4. Results; The healing process was appeared gradually as granulation tissue step of skin recovery on the fifth day and end up intact complete skin healing status at the end of the third week.

5. Discussion & Conclusions

Acute and chronic inflammatory reactions is a frequent side effect of the tattooing process, due to physical injury to tissue and the injection of pigment into the skin Erythema and swelling appears, that disappears within 2–3 weeks.

Delayed reactions, most often immunological contact dermatitis, occur several weeks or years after the tattoo, which appear as foreign body reactions to inserted pigment. In most cases red tattoo pigments (mercury) as well as green, blue (cobalt) or purple (manganese) are associated with granulomatous reactions [1]. Clinically were diagnosis as acute and chronic inflammatory reactions in form as pyoderma, impetigo, cellulitis, as pyoderma, impetigo, cellulitis, herpes simplex virus, papilloma virus (warts), poxvirus (molluscum) and systemic infection with hepatitis B, C and HIV [7-11]. Several pathogenic bacteria were isolated from contaminate tattoo ink [6,13,14]. Magnetic resonance imaging (MRI scan) produces a magnetic field that has been reported to induce an electric current within tattoo ink containing iron oxide. Both tattoos and cosmetics may contain particles of iron oxides or other metals that, by interacting with the magnetic field, can cause sensations of heat, burns, swelling or local irritation during an MRI examination [15].

References

- [1] Bucur Gh. Boli dermatovenerice. Enciclopedie. Editura Medicalr Naoionalr, București, 2002;808.
- [2] Jacob CI. Tattoo-associated dermatoses: a case report and review of the literature. *Dermatol Surg.* 2002;28:962-5.
- [3] Oanior A, Irimie M. Dermatoze asociate tatuajelor. Observaioe asupra a dour cazuri. *Dermato Venerol.* (Buc.), 2008;53:163-166.
- [4] Guterthuth J, Hein R, Fend F, et al. Cutaneous pseudolymphoma arising after tattoo placement. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21(4):566-7.
- [5] Kluger N, Vermeulen C, Moguelet P, et al. Cutaneous lymphoid hyperplasia (pseudolymphoma) in tattoos:

a case series of seven patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24(2):208-13.

[6] Long GE, Rickman LS. Infectious complications of tattoos. *Clin Inf Dis* 1994;18:610-9.

[7] Ghorpade A. Tattoo inoculations lupus vulgaris in two Indian ladies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20:476-7.

[8] Ragland HP, Hubbell C, Stewart KR, et al. Verruca vulgaris inoculated during tattoo placement. *Int J Dermatol.* 1994;33:796-7.

[9] Trefzer U, Schmollack KP, Stockfleth E, et al. Kolde G. Verrucae in a multicoloured decorative tattoo. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50:478-9.

[10] Salmaso F, Gnechi L, Gianotti R, et al. Molluscum contagiosum on a tattoo. *Acta Derm Venereol.* 2001;81:146-7.

[11] Perez Gala S, Alonso Perez A, Rios Buceta L. Molluscum contagiosum on a multicoloured tattoo. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2006;20:221-2.

[12] Kuperman-Beade M, Levine VJ, Ashinoff R. Laser removal of tattoos. *Am J Clin Dermatol.* 2001;2:21-25.

[13] Burns T, Breathnach S, Cox N, et al. *Rook's Textbook of Dermatology.* Eight Edition. Wiley-Blackwell Scientific Publications. 2010.

[14] Wollina U. Severe adverse events related to tattooing. *Indian J Dermatol* 2012;57:438-43.

[15] Whitney D, Shellock FG. Magnetic resonance imaging and permanent cosmetics (tattoos): survey of complications and adverse events. *J Magn Reson Imaging* 2002;15:180-4. 19.

© DR.MUHI .N SALMAN, 2019



УДК 616 - 022. 361 + 616 - 036. 865] (031)
Дата направления в редакцию: 17-11-2019
Дата рецензирования: 18-11-2019
Дата публикации: 28-12-2019

Бодрова Резеда Ахметовна
*Заведующий кафедрой реабилитологии
и спортивной медицины, д.м.н.,
КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России,
Россия, г. Казань*

Иксанов Хайдар Вазихович
*Профессор кафедры реабилитологии
и спортивной медицины, д.м.н.,
КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Минздрава России,
Россия, г. Казань*

Bodrova Rezeda Akhmetovna
*Head of the Department of Rehabilitation and Sports
Medicine, doctor of medical sciences,
KSMA - a branch of FSBEI DPO RMANPO of the
Ministry of Health of Russia,
Russia, Kazan*

Iksanov Khaidar Vazikhovich
*Professor, Department of Rehabilitation and Sports Medi-
cine, doctor of medical sciences,
KSMA - a branch of FSBEI DPO RMANPO of the Minis-
try of Health of Russia,
Russia, Kazan*

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ ПРИ РАЗРАБОТКЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ

METHODOLOGICAL ASPECTS OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, LIMITATIONS OF LIFE AND HEALTH IN THE DEVELOPMENT OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS OR ABILITIES

Аннотация (на рус). В статье рассматривается вопрос методологических аспектов Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и разработке индивидуальных программ реабилитации и абилитации. В виду роста инвалидизации и активному персонифицированному подходу данные программы поддержки активно развиваются.

Abstract (in Eng). The article considers the methodological aspects of the International Classification of Functioning, Disability and the development of individual rehabilitation and habilitation programs. In view of the growth of disability and an active personified approach, these support programs are actively developing.

Ключевые слова: реабилитация, абилитация, инвалид, МКФ, ИПРА.

Keywords: rehabilitation, habilitation, disabled person, ICF, IPRA.

«Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья - International Classification of Functioning, Disability and Health» (МКФ), разработана в 2001 году Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и принята с единодушным одобрением всеми 191 государствами – членами Всемирной организации

здравоохранения на 54-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в качестве основы для описания и измерения состояния здоровья и инвалидности. МКФ является новым стандартом для описания и измерения состояния здоровья и инвалидности на индивидуальном и популяционном уровнях.

В Международной классификации функ-

Ссылка на статью: Бодрова Р.А., Иксанов Х.В. - Методологические аспекты Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья при разработке индивидуальных программ реабилитации или абилитации // Вести научных достижений. Медицина и фармация. – 2019. - №1. – С. 33-38. DOI: 10.36616/2713-1718-2019-1-33-38 URL: <https://vestind.ru/journals/medicine/releases/2019-1/articles?pdfView&page=33>

ционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) термины **“нарушения”, “ограничения жизнедеятельности” и “социальная недостаточность”**, используемые в Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН) 1989 года, имеют несколько иную интерпретацию и к ним имеются существенные дополнения.

Термином «нарушения» в МКН обозначается понятие, входящее в состав понятия, определяемого термином «функционирование» в МКФ. «Нарушения» – это лишь та часть функционирования организма, которая проявляет себя отклонением от определенных общепринятых популяционных стандартов биомедицинского статуса организма и его функций которые определены в МКФ.

«Функционирование» – это проблемы, возникающие в функциях или структурах, такие как существенные отклонения или утрата. Нарушения не зависят от этиологии или от того, как они развиваются; они могут быть частью или проявлением изменения здоровья, но они не являются обязательным признаком болезни и не означают, что индивид должен считаться больным. Такое понимание термина «функционирование» является основой концепции МКФ касающейся также формирования индивидуальных программ реабилитации или абилитации (ИПРА) на ее основе, которая рассматривает статус индивида с позиций здоровья, а не болезни, в интересах **ориентации на потенциал здоровья.**

В связи с этим при разработке ИПРА на основе МКФ значимость определения признаков заболеваний специалистами учреждений МСЭ незначительна, основное значение имеют последствия данных нарушений. Термин «ограничения жизнедеятельности» входит в более широкое понятие, включающее в себя понятия, обозначаемые терминами «активность» и «участие».

Активность – это выполнение задачи или действий индивидом. Она представляет **индивидуальную** сторону функционирования. Возможны ограничения активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид, преодолевая индивидуальные нарушения функционирования (нарушения структур и функций).

Из факторов контекста здоровья **здесь имеют значение личностные факторы.** Ограничение активности может варьировать от легкого до тяжелого качественного или количественного отклонения в выполнении активности, как по форме, так и по величине, в сравнении с людьми без изменения здоровья, что необходимо учитывать при разработке ИПР.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегченных или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность. Оно представляет **социальные стороны функционирования.** Могут быть ограничения возможности участия – это проблемы, которые может испытывать индивид при вовлечении в жизненные ситуации, преодолевая барьеры окружающей среды, внешних природных или культурных условий. Здесь имеют значение **внешние контекстные факторы здоровья.** Наличие ограничений возможности участия определяется путем сравнения с участием индивида без ограничения жизнедеятельности в данной культуре или обществе. Ограничения участия ведет к нуждаемости в социальной защите, которая в МКН обозначалась термином «социальная недостаточность», являющейся одним из основных факторов установления инвалидности.

Для полноценной и обоснованной разработки рекомендаций по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов на основе МКФ, органам исполнительной власти Российской Федерации необходимо разработать критерии степеней ограничений активности и участия.

Таким образом, если МКН преимущественно сосредотачивала внимание на том, какие негативные изменения произошли в свойствах и жизнедеятельности индивидуальности. МКФ, в интересах активного преодоления негативных изменений, сосредотачивает внимание на том положительном, что осталось и содержится в индивидуально-личностных свойствах человека и в окружающей его социально-культурной и природной среде (табл.).

Освоение этой концепции МКФ является необходимым методологическим условием на пути обновления, совершенствования медико-социальной экспертизы и ИПРА инвалидов.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)

Классы функционирования, ограничений жизнедеятельности и факторов здоровья			
Функции организма	Структуры организма	Активность и участие	Факторы окружающей среды
1) умственные 2) сенсорные и боль; 3) голоса и речи; 4) сердечно-сосудистой, крови, иммунной и дыхательной систем; 5) пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма; 6) урогенитальные и репродуктивные; 7) нейромышечные скелетные и связанные с движением; 8) кожи и связанных с ней структур.	1) нервной системы; 2) глаз, ухо и относящиеся к ним структуры; 3) участвующие в голосообразовании и речи; 4) сердечно-сосудистой, иммунной и дыхательной систем; 5) относящиеся к пищеварительной системе, метаболизму и эндокринной системе; 6) относящиеся к урогенитальной и репродуктивной системе; 7) связанные с движением, кожа и относящиеся к ней структуры.	1) обучение и применение знаний; 2) общие задачи и требования; 3) общение; 4) мобильность; 5) самообслуживание; 6) бытовая жизнь; 7) межличностные взаимодействия и отношения; 8) главные сферы жизни; 9) жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь.	1) продукция и технологии; 2) природное окружение и изменения окружающей среды, осуществленные человеком; 3) поддержка и взаимосвязи; 4) установки; 5) службы, административные системы и политика.

МКФ, несомненно, будет совершенствоваться. В ее первой редакции назван внутренний – личностный, индивидуально-типологический – «фактор контекста» проявлений здоровья или нездоровья, инвалидности, способности преодолеть инвалидность. Но он не раскрыт, методологически и технологически не разработан.

Разработка МКФ в направлении личностно-гуманистического ее назначения является важной стороной ее совершенствования. Таким образом, МКФ будет сама совершенствоваться, вместе с тем, на сегодняшний день она является ведущим ориентиром для поиска новых методологических и технологических подходов к решению проблем инвалидности, как на индивидуальном, так и на социальном уровне [1,2,3,4].

В деятельности медико-социальной экспертизы одной из первоочередных задач ставилось формирование индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА), как основного механизма осуществления реабилитации инвалидов. Вместе с тем, необходимо создать механизм действенного контроля за реализацией реко-

мендованных реабилитационных мероприятий в рамках ИПРА органами исполнительной власти регионов РФ.

Практика реализации рекомендованных реабилитационных мероприятий высветила в общей проблеме ИПРА определенный круг ее деталей. Среди них наиболее важными оказались следующие [5,6,7,8].

1. Обеспечение популярности ИПРА, формирование к ним позитивного отношения со стороны инвалидов. Это связано не только с недостаточным совершенством самих реабилитационных технологий (это может не устраивать инвалида), сколько с общей социально-экономической ситуацией, сказывающейся на интересах инвалида, на мотивах принятия им рекомендуемой реабилитационной программы.

2. Обеспечение конечного личностного эффекта индивидуальной программы реабилитации, связанного с преодолением социальной недостаточности личности, в первую очередь, с профессионально-трудовой, производственной реабилитацией.

Этот аспект проблемы зависит от необходимости согласования взаимодействия различ-

ных по своей ведомственной принадлежности организаций, а главное - от необходимости решать вопросы организации труда на производстве в условиях существующего в стране в целом дефицита рабочих мест.

3. Обеспечение экономического эффекта всей системы реабилитационных услуг инвалидам - государственных и частных вложений в эти услуги.

Этот аспект проблемы связан с несовершенством правовых и экономических условий, стимулирующих трудовую, производственную активность инвалидов.

Реабилитация инвалидов – это система, требующая значительные финансовые вложения. А полноценно и качественно проведенные реабилитационные мероприятия во многих случаях дадут положительные результаты только через 4-5 лет. Например, в США, Швеции и в других странах средства, потраченные на реабилитацию в течение 5 лет, возвращаются государству в 12 – кратном размере.

В связи с этим органам исполнительной власти необходимо установить действенный контроль за реализацией реабилитационных мероприятий и эффективностью использования финансовых средств выделенных на реабилитацию инвалидов.

Подчеркивая особую актуальность экономической эффективности успешной реализации реабилитационных мероприятий, наш отечественный организатор реабилитационной службы К.Г. Ниренбург констатировал, что реабилитация инвалидов ставит своей целью превращение инвалида из получателя государственных субсидий в налогоплательщика.

Однако, несмотря на положительный эффект проводимой комплексной медико-социальной реабилитации в целом, у многих инвалидов на протяжении последних 5 лет не произошло существенных изменений в их реабилитационном статусе во всех направлениях как комплексный системный дефект, недостаточность процесса индивидуальной программы.

В 2012 году Российская Федерация ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов.

Конвенция вводит следующее понятие инвалидности: «Инвалидность - это эволюци-

онирующее понятие и является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющимися нарушениями здоровья людьми, отношенческими и средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими». Поэтому, Россия должна перейти от сложившейся у нас системы социальной защиты инвалидов к политике устранения барьеров и препятствий, препятствующих полному и эффективному участию инвалидов в жизни общества наравне с другими. Этому безусловно способствует разработка и реализация ИПРА с использованием МКФ.

Государственная поддержка инвалидов не может сводиться исключительно только к пенсиям и социальным выплатам. Важнейшей задачей является обеспечение возможности инвалидам вести независимый образ жизни и всесторонне участвовать во всех аспектах жизни, создание доступа наравне с другими к физическому окружению, к транспорту, к информации и связи, включая информационно-коммуникационные технологии и системы, а также к другим объектам и услугам, открытым или предоставляемым для населения, как в городских, так и в сельских районах. Своевременное и конкретное выполнение мероприятий по созданию безбарьерной среды и соответствующих реабилитационных технологий позволят России ускорить ратификацию Конвенции ООН о правах инвалидов [9,10,11].

Одной из самых фундаментальных и ответственных функций учреждений медико-социальной экспертизы является то, что она является создателем и носителем информационной базы, которая представляет собой объективное основание для формирования долгосрочной комплексной программы реабилитации инвалидов в регионах.

Заключение

Качественная и обоснованная разработка реабилитационных мероприятий в рамках ИПРА, является одним из важнейших задач учреждений медико-социальной экспертизы. ИПРА должна совершенствоваться в направлении ее личностного содержания и иметь приоритеты профессионально – трудовой реабилитации.

Полноценная реализация рекомендован-

ных мероприятий ИПРА возможна только при активном участии самого реабилитанта. Для создания положительной мотивации у инвалида к реализации ИПРА необходимо участие психологов, психотерапевтов. В связи с этим, целесообразно дополнить ИПРА отдельным разделом по психологической реабилитации.

Суть реабилитации состоит в том, что это не только предупреждение и устранение заболеваний, но раскрытие всех потенциалов здоровья как социального качества человека. Одним из основных задач органов государс-

твенной власти является обеспечение экономического эффекта всей системы реабилитационных услуг инвалидам.

В связи с этим весьма актуальной остается проблема методологии ИПРА инвалида. Для полноценной и обоснованной разработки инвалидам рекомендаций по реабилитации на основе МКФ необходимо изменить методологию медико-социальной экспертизы и критериев установления инвалидности в соответствии контекстным факторам и параметрам характеризующих аспекты состояний.

Библиография

[1] Аухадеев, Э.И. Методологическое развитие практики реабилитации больных и инвалидов / Э.И. Аухадеев // Каз.мед.журнал. – 2006. – № 1. – С. 60 – 64.

[2] Аухадеев Э.И., Иксанов Х.В. Современные методологические подходы к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов // Материалы Республиканской межотраслевой конференции с международным участием, посвященной 10-летию образования Республиканского центра реабилитации МЧС Республики Татарстан «Восстановительное лечение и реабилитация лиц, пострадавших в чрезвычайных ситуациях», Казань 2007, с. 37-47.

[3] Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А., Иксанов Х.В. Основы и перспективы развития методологии экологии и восстановления здоровья человека // Материалы всероссийского научного форума по восстановительной медицине, лечебной физкультуре, курортологии, спортивной медицине и физиотерапии «РеаСпоМед 2008», Москва 2008, с.10-11.

[4] Аухадеев, Э.И. Актуальные проблемы медицинской реабилитации инвалидов в Республике Татарстан / Э.И. Аухадеев // Развитие региональной службы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: материалы научно-практической конф. «Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Татарстан», посвящ. Пятилетию создания в Республике Татарстан Государственной службы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, 18-19 дек. 2003 г. – Москва-Казань, 2004. – С 47 – 60.

[5] Иксанов Х.В., Тагиев Р.В., Аухадеев Э.И., Идиатуллина Э.Р. Освоение новых методических подходов к медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов // Научно-практический журнал «Медико-социальная экспертиза и реабилитация», Москва 2006, №1, с.13-19.

[6] Иксанов Х.В., Аухадеев Э.И. Современные достижения научной методологии медико-социальной экспертизы и реабилитации // Материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной вопросам инвалидности, медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов в Республике Татарстан «Развитие региональной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов», Москва-Казань 2006, с.68-76.

[7] Иксанов Х.В., Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А. Современный этап развития индивидуального и общественного здоровья и его перспективы // Научно-практический журнал «Общественное здоровье и здравоохранение», Казань 2008, №1, с. 4-10.

[8] Иксанов Х. В., А.А. Степанов., В.И. Погорельцев. Методологические основы разработки индивидуальной программы реабилитации на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Методическое пособие. – Казань. КГМА – 2010. - 32 с.

[9] Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности. Руководство по классификации состояний, относящихся к последствиям болезней и травм. – М., 1998.

[10] Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: МКФ. - Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2001. - 342 с.

[11] Пузин С. Н., Иксанов Х. В., Аухадеев Э. И. Методология и практика развития медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов как региональной социальной системы. – М.: Тончу, 2008. – 93 с.

References (transliterated)

- [1] Auhadeev, E.I. Metodologicheskoe razvitiye praktiki reabilitatsii bol'nyh i invalidov / E.I. Auhadeev // Kaz. med.zhurnal. – 2006. – № 1. – S. 60 – 64.
- [2] Auhadeev E.I., Iksanov H.V. Sovremennyye metodologicheskie podhody k mediko-social'noj ekspertize i reabilitatsii bol'nyh i invalidov // Materialy Respublikanskoj mezhotraslevoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashchenoj 10-letiyu obrazovaniya Respublikanskogo centra reabilitatsii MChS Respubliki Tatarstan «Vosstanovitel'noe lechenie i reabilitatsiya lic, postradavshih v chrezvychajnyh situacijah», Kazan' 2007, s. 37-47.
- [3] Auhadeev E.I., Bodrova R.A., Iksanov H.V. Osnovy i perspektivy razvitiya metodologii ekologii i vosstanovleniya zdorov'ya cheloveka // Materialy vserossijskogo nauchnogo foruma po vosstanovitel'noj medicine, lechebnoj fizkul'ture, kurortologii, sportivnoj medicin i fizioterapii «ReaSpomed 2008», Moskva 2008, s.10-11.
- [4] Auhadeev, E.I. Aktual'nye problemy medicinskoj reabilitatsii invalidov v Respublike Tatarstan / E.I. Auhadeev // Razvitiye regional'noj sluzhby mediko-social'noj ekspertizy i reabilitatsii invalidov: materialy nauchno-prakticheskoy konf. «Aktual'nye voprosy mediko-social'noj ekspertizy i reabilitatsii invalidov v Respublike Tatarstan», posvyashch. Pyatiletiyu sozdaniya v Respublike Tatarstan Gosudarstvennoj sluzhby mediko-social'noj ekspertizy i reabilitatsii invalidov, 18-19 dek. 2003 g. – Moskva-Kazan', 2004. – S 47 – 60.
- [5] Iksanov H.V., Taziev R.V., Auhadeev E.I., Idiatullina E.R. Osvoenie novyh metodicheskikh podhodov k mediko-social'noj ekspertize i reabilitatsii bol'nyh i invalidov // Nauchno-prakticheskij zhurnal «Mediko-social'naya ekspertiza i reabilitatsiya», Moskva 2006, №1, s.13-19.
- [6] Iksanov H.V., Auhadeev E.I. Sovremennyye dostizheniya nauchnoj metodologii mediko-social'noj ekspertizy i reabilitatsii // Materialy mezhtsionnoy nauchno-prakticheskoy konferencii, posvyashchenoj voprosam invalidnosti, mediko-social'noj ekspertizy i reabilitatsii invalidov v Respublike Tatarstan «Razvitiye regional'noj sistemy mediko-social'noj ekspertizy i reabilitatsii invalidov», Moskva-Kazan' 2006, s.68-76.
- [7] Iksanov H.V., Auhadeev E.I., Bodrova R.A. Sovremennyy etap razvitiya individual'nogo i obshchestvennogo zdorov'ya i ego perspektivy // Nauchno-prakticheskij zhurnal «Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie», Kazan' 2008, №1, s. 4-10.
- [8] Iksanov H. V., A.A. Stepanov., V.I. Pogorel'cev. Metodologicheskie osnovy razrabotki individual'noj programmy reabilitatsii na osnove Mezhdunarodnoj klassifikatsii funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya (MKF). Metodicheskoe posobie. – Kazan'. KGMA – 2010. - 32 s.
- [9] Mezhdunarodnaya nomenklatura narushenij, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i social'noj nedostatochnosti. Rukovodstvo po klassifikatsii sostoyanij, otnosyashchih k posledstviyam boleznej i travm. – M., 1998.
- [10] Mezhdunarodnaya klassifikatsiya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya: MKF. - Zheneva, Vsemirnaya organizatsiya zdavoohraneniya, 2001. - 342 s.
- [11] Puzin S. N., Iksanov H. V., Auhadeev E. I. Metodologiya i praktika razvitiya mediko-social'noj ekspertizy i reabilitatsii invalidov kak regional'noj social'noj sistemy. – M.: Tonchu, 2008. – 93 s.

© P.A. Бодрова, X.B. Иксанов, 2019



METHODOLOGICAL ASPECTS OF THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, LIMITATIONS OF LIFE AND HEALTH IN THE DEVELOPMENT OF INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS OR ABILITIES

Bodrova Rezeda¹, Iksanov Khaidar²

¹ *Head of the Department of Rehabilitation and Sports Medicine, doctor of medical sciences, KSMA - a branch of FSBEI DPO RMANPO of the Ministry of Health of Russia,*
² *Professor, Department of Rehabilitation and Sports Medicine, doctor of medical sciences, KSMA - a branch of FSBEI DPO RMANPO of the Ministry of Health of Russia,*

Email address: iksanov-haidar@mail.ru

To cite this article: Bodrov R.A., Iksanov H.V. - Methodological aspects of the International Classification of Functioning, Life Restrictions and Health in the Development of Individual Rehabilitation or Habilitation Programs//News of scientific achievements. Medicine and pharmacy. - 2019. - № 1. - S. 39-43. DOI: 10.36616/2713-1718-2019-1-39-43 URL: <https://vestind.ru/journals/medicine/releases/2019-1/articles?pdfView&page=39>

Received: November 17, 2019; **Accepted:** November, 20, 2019; **Published:** December 28, 2019

Abstract: The article considers the methodological aspects of the International Classification of Functioning, Disability and the development of individual rehabilitation and habilitation programs. In view of the growth of disability and an active personified approach, these support programs are actively developing.

Keywords: rehabilitation, habilitation, disabled person, ICF, IPRA.

Introduction

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), developed in 2001 by the World Health Organization (WHO) and adopted with unanimous approval by all 191 member States of the World Health Organization at the 54th Session of the World Health Assembly as the basis for describing and measuring health and disability. The ICF is a new standard for describing and measuring health and disability at individual and population levels.

In the International Classification of Functioning, Restrictions on Life and Health (ICF), the terms «violations,» restrictions on life «and» social insufficiency «used in the 1989 International Classification of Violations, Restrictions on Life and Social Insufficiency (MCS) have a slightly different interpretation and there are substantial additions to them.

The term «violations» in the MCS refers to a concept that is part of the concept defined by the term «functioning» in the MCS. «Disorders» is only the part of the functioning of the body that shows itself to deviate from certain generally accepted population standards of biomedical status of the body and its functions, which are

defined in the ICF.

«Functioning» are problems that arise in functions or structures, such as material deviations or loss. Disorders are independent of etiology or how they develop; They may be part or manifestation of a health change, but they are not a mandatory sign of illness and do not mean that an individual should be considered sick. This understanding of the term «functioning» is the basis of the ICF concept of also forming individual rehabilitation or habilitation programmes (IPRA) based on it, which considers the status of the individual from a health perspective rather than a disease, in the interest of a health potential orientation.

Therefore, in the development of IPRA on the basis of the ICF, the importance of determining the signs of diseases by experts of ITU institutions is insignificant, the main importance is the consequences of these violations. The term «life restrictions» is part of a broader concept that includes concepts defined by the terms «activity» and «participation».

Activity is the performance of a task or actions by an individual. It represents the individual side of functioning. Activity limitations are possible

- these are the difficulties in exercising activity that an individual can experience by overcoming individual malfunctions (disruption of structures and functions). Of the factors of health context, personal factors matter here. Restriction of activity can vary from mild to severe qualitative or quantitative deviation in activity performance, both in form and value, in comparison with people without changing health, which should be taken into account in the development of PDI.

Participation is the involvement of the individual in a life situation that develops in external conditions that facilitate or limit functioning and life. It represents the social aspects of functioning. There may be limitations to participation - these are problems that an individual can experience when engaging in life situations, overcoming barriers to the environment, external natural or cultural conditions. External context health factors matter here. The presence of restrictions on the possibility of participation is determined by comparison with the participation of the individual without restriction of vital activity in the given culture or society. Restrictions on participation lead to the need for social protection, which in the MCS was referred to as «social insufficiency», which is a major factor in the establishment of disability.

In order to fully and reasonably develop recommendations for the social and professional

rehabilitation of persons with disabilities on the basis of the ICF, the executive authorities of the Russian Federation need to develop criteria for the degrees of restriction of activity and participation.

Thus, if MCH predominantly focused on what negative changes have occurred in the individual 's characteristics and life. The ICF, in the interest of actively overcoming negative changes, focuses on the positive what remains and is contained in the individual-personal properties of the person and in the socio-cultural and natural environment surrounding him (Table).

Methods

The development of this concept of ICF is a necessary methodological condition for the renewal, improvement of medical and social expertise and IPRA of persons with disabilities.

The ICF will undoubtedly be improved. In its first edition, the internal - personal, individual-typological - «context factor» of manifestations of health or unhealthy, disability, ability to overcome disability is named. But it is not disclosed, methodologically and technologically developed.

The development of the ICF towards its personal and humanistic purpose is an important aspect of its improvement. Thus, the ICF itself will be improved, but today it is the leading benchmark for finding new methodological and technological approaches to disability issues,

Table 1.

International Classification of Functioning, Limitations and Health (ICF)

Classes of functioning, life restrictions and health factors			
Functions of an organism	Structures of an organism	Activity and participation	Environment factors
1) intellectual 2) sensory and pain; 3) voices and speeches; 4) cardiac, blood, immune and respiratory systems; 5) digestive, endocrine systems and metabolism; 6) urogenital and reproductive; 7) neuro-muscular, skeletal and related to movement; 8) skin and related structures.	1) nervous system; 2) eye, ear and related structures; 3) participating in voice formation and speech; 4) cardiovascular, immune and respiratory systems; 5) related to the digestive system, metabolism and to endocrine system; 6) relating to Urogenital and reproductive system; 7) motion-related, skin and related structures.	1) training and application of knowledge; 2) general tasks and requirements; 3) communication; 4) mobility; 5) self-service; 6) household life; 7) interpersonal interactions and relationships; 8) the main spheres of life; 9) community life, social and civic life.	1) products and technologies; (2) the natural environment and changes in the environment made by man; 3) support and interconnections; 4) installations; 5) service, administrative systems and policy.

both at the individual and social levels [1,2,3,4].

Results

In the activity of medical and social expertise, one of the priority tasks was the formation of an individual rehabilitation or habilitation programme for persons with disabilities (IPRA) as the main mechanism for the rehabilitation of persons with disabilities. At the same time, it is necessary to create a mechanism for effective monitoring of the implementation of recommended rehabilitation measures within the framework of the IPRA by the executive authorities of the regions of the Russian Federation.

The practice of implementing the recommended rehabilitation measures has highlighted a certain range of its details in the general problem of IPRA. Among them, the most important were the following [5,6,7,8].

1. Ensuring the popularity of IPRA, forming a positive attitude towards them on the part of persons with disabilities. This is due not only to the insufficient perfection of the rehabilitation technologies themselves (this may not suit the disabled person), but also to the general socio-economic situation affecting the interests of the disabled person, the motives for his adoption of the recommended rehabilitation program.

2. Provision of the ultimate personal effect of the individual program of rehabilitation, connected with overcoming social insufficiency of the person, first of all, with vocational-labour, industrial rehabilitation.

This aspect of the problem depends on the need to coordinate the interaction of organizations different in their departmental affiliation, and most importantly, on the need to solve the issues of labour organization at work in the conditions of the existing shortage of jobs in the country as a whole.

3. To ensure the economic effect of the whole system of rehabilitation services - public and private investments in these services.

This aspect of the problem is related to the imperfections of the legal and economic conditions that stimulate the labour and productive activity of persons with disabilities.

Discussions

Rehabilitation of persons with disabilities is a system that requires significant financial investment. And fully and qualitatively carried out

rehabilitation measures in many cases will give positive results only in 4-5 years. For example, in the United States, Sweden, and elsewhere, funds spent on rehabilitation for 5 years are returned to the state in a 12-multiple amount.

In this regard, the executive branch should effectively monitor the implementation of rehabilitation measures and the effective use of funds allocated for the rehabilitation of persons with disabilities.

Stressing the special relevance of the economic efficiency of successful implementation of rehabilitation measures, our domestic organizer of rehabilitation service K.G. Nirenburg stated that rehabilitation of disabled persons aims to transform a disabled person from a recipient of state subsidies into a taxpayer.

However, despite the positive effect of the comprehensive medical and social rehabilitation in general, many persons with disabilities have not undergone significant changes in their rehabilitation status in all directions in the past 5 years as a complex systemic defect, and the lack of an individual programme process.

In 2012, the Russian Federation ratified the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

The Convention introduces the concept of disability as follows: «Disability is an evolving concept and is the result of the interaction that takes place between persons with health disorders, relative and environmental barriers that prevent their full and effective participation in society on an equal basis with others». Therefore, Russia must move from our system of social protection for persons with disabilities to a policy of removing barriers and obstacles to the full and effective participation of persons with disabilities in society on an equal basis with others. This is certainly facilitated by the development and implementation of IPRA using ICF.

State support for persons with disabilities cannot be limited solely to pensions and social benefits. A critical challenge is to enable persons with disabilities to lead independent lives and participate fully in all aspects of life, to ensure equal access to the physical environment, transport, information and communication, including information and communication technologies and systems, as well as to other

facilities and services open to or provided to the population, both in urban and rural areas. Timely and concrete implementation of measures to create a barrier-free environment and appropriate rehabilitation technologies will allow Russia to accelerate ratification of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities [9,10,11].

One of the most fundamental and responsible functions of medical and social expertise institutions is that it is the creator and bearer of the information base, which represents an objective basis for the formation of a long-term comprehensive rehabilitation programme for persons with disabilities in the regions.

Conclusion

Qualitative and reasonable development of rehabilitation measures within the framework of IPRA is one of the most important tasks of medical and social expertise institutions. IPRA should improve in the direction of its personal content and have priorities for vocational and labour rehabilitation.

Full implementation of the recommended

IPRA measures is possible only with the active participation of the rehabilitator himself. In order to create positive motivation for a disabled person to implement IPRA, the participation of psychologists and psychotherapists is necessary. In this regard, it is advisable to supplement the IPRA with a separate section on psychological rehabilitation.

The essence of rehabilitation is that it is not only the prevention and elimination of diseases, but the disclosure of all health potentials as a social quality of the person. One of the main tasks of the State authorities is to ensure the economic impact of the entire system of rehabilitation services for persons with disabilities.

Therefore, the problem of the disability's IPRA methodology remains very relevant. In order to fully and reasonably develop recommendations for rehabilitation on the basis of the ICF, it is necessary to change the methodology of medical and social expertise and criteria for determining disability in accordance with contextual factors and parameters of characterizing aspects of conditions.

References

- [1] Aukhadeev, E.I. Methodological Development of the Practice of Rehabilitation of Sick and Disabled Persons//E.I. Aukhadeev//Kaz.med.journal. - 2006. - № 1. - P 60 - 64.
- [2] Auhadeev E.I., Iksanov H.V. Modern methodological approaches to medical and social expertise and rehabilitation of patients and disabled persons//Materials of the Republican intersectoral conference with international participation dedicated to the 10th anniversary of the formation of the Republican Rehabilitation Center of the Ministry of Emergency Situations of the Republic of Tatarstan «Rehabilitation treatment and rehabilitation of persons affected in emergency situations,» Kazan 2007, p. 37-47.
- [3] Aukhadeev E.I., Bodrova R.A., Iksanov H.V. Bases and the prospects of development of methodology of ecology and recovery of health of the person//Materials of the All-Russian scientific forum on recovery medicine, physiotherapy exercises, balneology, sports medicine and physical therapy «Reasposed 2008», Moscow 2008, page 10-11.
- [4] Aukhadeev, E.I. Current problems of medical rehabilitation of disabled persons in the Republic of Tatarstan//E.I. Aukhadeev//Development of the regional service of medical and social expertise and rehabilitation of disabled persons: materials of scientific and practical correspondence. «Topical issues of medico-social examination and rehabilitation of disabled people in the Republic of Tatarstan», посвящ. Five years of establishment in the Republic of Tatarstan of the State Service of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons, December 18-19, 2003 - Moscow-Kazan, 2004. - С 47 - 60.
- [5] Iksanov H.V., Taziev R.V., Aukhadeev E.I., Idiattullin E.R. Mastering new methodological approaches to medical and social expertise and rehabilitation of patients and disabled persons//Scientific and practical journal «Medical and social expertise and rehabilitation,» Moscow 2006, № 1, с.13-19.
- [6] Iksanov H.V., Auhadeev E.I. Modern Achievements of the Scientific Methodology of Medical and Social Expertise and Rehabilitation//Materials of the Interregional Scientific and Practical Conference on Disability, Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons in the Republic of Tatarstan «Development of the Regional System of Medical and Social Expertise and Rehabilitation of Disabled Persons,» moscow.
- [7] Iksanov H.V., Auhadeev E.I., Bodrov R.A. Modern stage of development of individual and public health and its prospects//Scientific and practical journal «Public health and health care,» Kazan 2008, № 1, p. 4-10.
- [8] Iksanov H. V., A.A. Stepanov., V.I. Pogoreltsev. Methodological basis for the development of an individual

rehabilitation programme based on the International Classification of Functioning, Restrictions and Health (ICF). Methodical manual. - Kazan. KGMA - 2010. - 32 p.

[9] International nomenclature of violations, limitations of life and social insufficiency. Guidelines for the Classification of Conditions Relating to the Effects of Disease and Injury. - M., 1998.

[10] International Classification of Functioning, Limitations and Health: ICF - Geneva, World Health Organization, 2001. 342 p.

[11] Kuzin S. N., Iksanov H. V., Aukhadeev E. I. Methodology and practice of development of medical and social expertise and rehabilitation of disabled persons as a regional social system. - Moscow: Tonchu, 2008. - 93 p.

© R.A. Bodrov, H.V. Iksanov, 2019



УДК 339.138

Дата направления в редакцию: 15-12-2019

Дата рецензирования: 17-12-2019

Дата публикации: 28-12-2019

Щербаков Владимир Александрович

*Ассистент кафедры биомедицины,
медицинского права и истории медицины
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ
Россия, г. Казань*

Shcherbakov Vladimir Alexandrovich

*Assistant, Department of Biomedical
medical law and medical history
FSBEI of HE «Kazan State Medical University» of the
Ministry of Health of the Russian Federation
Russia, Kazan*

ЭТИКА РЕКЛАМЫ АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА

ETHICS OF ADVERTISING PHARMACEUTICAL ASSORTMENT

Аннотация (на рус). В данной статье рассматривается вопрос рекламы лекарственной продукции, отпускаемой из аптеки. Грамотно продуманная рекламная политика приведет к повышению основных показателей прибыли, а грубые ошибки, напротив, могут привести к серьезным убыткам, а также возможно привлечение к юридической ответственности.

Abstract (in Eng). This article addresses the issue of advertising pharmaceutical products dispensed from a pharmacy. A well-thought-out advertising policy will lead to an increase in the main profit indicators, and gross errors, on the contrary, can lead to serious losses, as well as legal prosecution.

Ключевые слова: реклама, лекарственный препарат, аптечный ассортимент, реклама лекарственной продукции.

Keywords: advertising, medicinal product, pharmacy assortment, advertising of medicinal products.

С каждым годом увеличивается число регистрируемых в мире лекарственных препаратов и других видов аптечных товаров – как разобраться в их многообразии? Что выбрать для сохранения и укрепления здоровья, реабилитации, какой из аналогов лекарственных средств предпочесть при назначении врача? Мощным двигателем в этом поле является реклама. Реклама - неотъемлемая составляющая современной конкуренции на рынке товаров и услуг. Реклама лекарственных средств не является исключением, но, вместе с тем, поскольку лекарства – особенный продукт, к ее производству и применению выдвигаются более строгие требования.

Что же такое реклама? Реклама – это информация, распространенная любым способом, в любой форме и с использованием любых средств, адресованная неопределенному кругу лиц и направленная на привлечение внимания к объекту рекламирования, формирование или поддержание интереса к нему и

его продвижение на рынке. Она может быть в виде объявлений, извещений, сообщений, передающих информацию с коммерческой целью при помощи средств массовой информации, каталогов, прейскурантов, справочников, листовок, афиш, плакатов, рекламных щитов, календарей, световых газет, имущества физических лиц, одежды.

Цель рекламы - привлечение как можно большего количества покупателей к предлагаемому товару или услуге, поэтому она всегда преследует коммерческую цель.

Этическое регулирование рекламы фармацевтической продукции базируется на 3-х основных международных документах:

1) этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок - этические рекомендации по рекламе ВОЗ (1968) [1] с уточнением в Европейском кодексе практической деятельности по внедрению лекарственных средств (1992) [2];

2) кодекс маркетинговой практики Ассоци-

ации международных фармацевтических производителей (1991) [3] - маркетинговый кодекс мировой федерации национальных ассоциаций фармацевтических производителей ;

3) директивы Европейского Союза о рекламе лекарственных средств.

На основе международных этических рекомендаций в каждой стране создается комплекс собственных законодательных актов, регулирующих ту или иную форму деятельности. В Российской Федерации в настоящее время нет одного специального закона, регулирующего правовые отношения в области рекламной деятельности в сферах обращения медицинских изделий и лекарственных средств. Регулирование этих отношений осуществляется законами «О рекламе» [4], «Об обращении лекарственных средств» [5] и «О наркотических и психотропных веществах» [6].

Закон «О рекламе» регулирует отношения, возникающие в процессе производства, размещения и распространения рекламы на рынках товаров, услуг Российской Федерации. Целями настоящего Федерального закона являются предотвращение и пресечение ненадлежащей рекламы, способной ввести потребителей рекламы в заблуждение или нанести вред здоровью граждан [4].

Закон «Об обращении лекарственных средств» регулирует отношения, возникающие в связи с созданием, доклиническими и клиническими исследованиями, экспертной оценкой, государственной регистрацией, контролем за качеством, производством, синтезом, хранением, перевозкой, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации, рекламой, отпуском, реализацией, передачей, применением, уничтожением лекарственных средств [5].

Закон «О наркотических и психотропных веществах» запрещает продвижение наркотических и психотропных веществ, опасных психоактивных веществ, распространение книжной продукции, призывающей к употреблению этих веществ или продвижению [6].

Требования к любой рекламе: реклама должна быть добросовестной и достоверной. Недобросовестной признается реклама, которая: содержит некорректные сравнения рекламируемого товара с находящимися в оборо-

те товарами, которые произведены другими изготовителями или реализуются другими продавцами; порочит честь, достоинство или деловую репутацию лица, в том числе конкурента; представляет собой рекламу товара, реклама которого запрещена данным способом, в данное время или в данном месте, если она осуществляется под видом рекламы другого товара, товарный знак или знак обслуживания которого тождествен или сходен до степени смешения с товарным знаком или знаком обслуживания товара, в отношении рекламы которого установлены соответствующие требования и ограничения, а также под видом рекламы изготовителя или продавца такого товара.

Недостоверной признается реклама, которая содержит не соответствующие действительности сведения: о любых характеристиках товара, в том числе о его природе, составе, способе и дате изготовления, назначении, потребительских свойствах, об условиях применения товара, о месте его происхождения, наличии сертификата соответствия или декларации о соответствии, знаков соответствия и знаков обращения на рынке, сроках службы, сроках годности товара; о стоимости или цене товара, порядке его оплаты, размере скидок, тарифов и других условиях приобретения товара; о правах на использование официальных государственных символов (флагов, гербов, гимнов) и символов международных организаций; об официальном или общественном признании, о получении медалей, призов, дипломов или иных наград; о рекомендациях физических или юридических лиц относительно объекта рекламирования либо о его одобрении физическими или юридическими лицами; о результатах исследований и испытаний; о предоставлении дополнительных прав или преимуществ приобретателю рекламируемого товара; о фактическом размере спроса на рекламируемый или иной товар; об объеме производства или продажи рекламируемого или иного товара; об источнике информации, подлежащей раскрытию в соответствии с федеральными законами; о лице, обязавшемся по ценной бумаге; об изготовителе или о продавце рекламируемого товара.

Корректная реклама не должна: побуждать

к совершению противоправных действий; призывать к насилию и жестокости; иметь сходство с дорожными знаками или иным образом угрожать безопасности движения автомобильного, железнодорожного, водного, воздушного транспорта; формировать негативное отношение к лицам, не пользующимся рекламируемыми товарами, или осуждать таких лиц.

В ней не допускаются: использование иностранных слов и выражений, которые могут привести к искажению смысла информации; указание на то, что объект рекламирования одобряется органами государственной власти или органами местного самоуправления либо их должностными лицами.

Образы медицинских и фармацевтических работников в рекламе могут быть использованы исключительно в рекламе медицинских услуг, средств личной гигиены в том случае, если потребителями рекламы являются медицинские и фармацевтические работники, в рекламе, распространяемой в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий, в рекламе, размещенной в печатных изданиях, предназначенных для медицинских и фармацевтических работников.

В рекламе товаров и иных объектов рекламирования стоимостные показатели должны быть указаны в рублях, а в случае необходимости дополнительно могут быть указаны в иностранной валюте (часть 7.1) [7].

Не допускаются использование в радио-, теле-, видео-, аудио- и кинопродукции или в другой продукции и распространение скрытой рекламы, то есть рекламы, которая оказывает не осознаваемое потребителями рекламы воздействие на их сознание, в том числе такое воздействие путем использования специальных видеовставок (двойной звукозаписи) и иными способами. При производстве, размещении и распространении рекламы должны соблюдаться требования законодательства Российской Федерации, в том числе требования гражданского законодательства, законодательства о государственном языке Российской Федерации (часть 11) [8].

Этичной является реклама, в которой объекты, тексты, образы, звуки и действия не

нарушают норм морали, нравственности, не противоречат правилам поведения и т.д.

Комплекс принципов этической корректности рекламы, состоит из следующих компонентов: персональная этичность (по отношению к личностным качествам); возрастная этичность (по отношению к людям старшего возраста или молодежи); расовая этичность (по отношению к расе); национально-культурная этичность (по отношению к этническим меньшинствам); конфессиональная этичность (по отношению к религиозным убеждениям потребителей); юридически-правовая этичность (по отношению к соблюдению законов и норм, прав человека); корпоративная этичность (по отношению к конкурентам); языковая этичность (по отношению к употреблению слов, непонятных для большинства потребителей, или ненормативной лексики; этичность по отношению к лицам с физическими и/или иными недостатками, инвалидам; экологическая этичность (по отношению к освещению проблем окружающей среды).

Реклама лекарственных препаратов, медицинских услуг, в том числе методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, медицинских изделий должна сопровождаться предупреждением о наличии противопоказаний к их применению и использованию, необходимости ознакомления с инструкцией по применению или получения консультации специалистов. Требования в рекламе, распространяемой в радиопрограммах и телепрограммах, содержат временной критерий продолжительности такого предупреждения и требования к читаемости текста (величина букв, четкость текста).

Реклама для широких слоев населения должна оказывать помощь в принятии разумного решения относительно использования безрецептурных лекарственных средств, которые официально есть в продаже.

Необходимо помнить, что к БАДам (биологические добавки к пище) существуют особые требования к рекламе, поскольку данная группа товаров не относится к лекарственным средствам. Реклама БАД и пищевых добавок не должна: 1) создавать впечатление о себе, как о лекарственном средстве; 2) включать ссылки на конкретные случаи излечения людей, улучшения состояния их здоровья в

результате применения этих добавок; 3) выражать благодарность конкретным людям за применение данной добавки; 4) побуждать к отказу от сбалансированного питания; 5) создавать впечатление о преимуществах таких добавок путем ссылки на факт проведения исследований, обязательных для государственной регистрации таких добавок.

Таким образом, основные требования к рекламе лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского назначения и медицинских услуг, в том числе методов лечения следующие [9]: «1. Реклама лекарственных средств не должна: обращаться к детям и несовершеннолетним; ссылаться на конкретные случаи выздоровления; включать благодарность конкретным людям за использование данного препарата; говорить о эффективности препарата, ссылаясь на то, что она прошла обязательный государственный контроль; содержать утверждения или предположений и других аптечных товаров, должны быть направлены во благо человека и общества, а не на получения прибыли, тем более — любой ценой.

ложения о наличии у потребителей рекламы тех или иных заболеваний либо расстройств здоровья; создавать впечатление о необходимости принятия этого препарата; призывать к отказу от обращения к врачу; заявлять, что данный препарат не дает побочных и нежелательных действий; представлять объект рекламирования в качестве биологически активной добавки и пищевой добавки или иного не являющегося лекарственным средством товара; ссылаться на то, что данный препарат натурального или естественного происхождения (многие яды растительные).

Всегда необходимо помнить, что реклама лекарственных препаратов должна проходить в рамках национальной политики в области здравоохранения и осуществляться в соответствии с законодательством страны, а также этическими кодексами.

Рекламная деятельность и другие мероприятия, обеспечивающие использование ле-

Библиография

- [1] Этические критерии продвижения лекарственных средств на рынок. — Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 1988. — 18 с.
- [2] The rules governing medicinal products in the European Union, Volume I // European Commission. 1998. Directive 92/28/EEC of 31st March 1992.
- [3] Кодекс маркетинговой практики Ассоциации международных фармацевтических производителей (AIPM), 1991.
- [4] О рекламе [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 13.03.2006 N 38-ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/
- [5] Об обращении лекарственных средств [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/
- [6] О наркотических средствах и психотропных веществах [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17437/
- [7] О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части установления требований к указанию стоимостных показателей [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 12.04.2007 N 48-ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_65754/
- [8] О введении в действие части четвертой Гражданского кодекса Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 18.12.2006 N 231-ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64630/
- [9] О введении в действие части четвертой Гражданского кодекса Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 18.12.2006 N 231-ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64630/
- [10] Ст.24 Федерального закона «О рекламе» [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 13.03.2006 N 38-ФЗ // Справочно-правовая система «Консультант Плюс». — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/

References (transliterated)

- [1] Eticheskie kriterii prodvizheniya lekarstvennyh sredstv na rynek. — Zheneva: Vsemirnaya Organizaciya Zdravoohraneniya, 1988. — 18 s.
- [2] The rules governing medicinal products in the European Union, Volume I // European Commission. 1998. Directive 92/28/EEC of 31st March 1992.
- [3] Kodeks marketingovoj praktiki Associacii mezhdunarodnyh farmacevticheskikh proizvoditelej (AIRM), 1991.
- [4] O reklame [Elektronnyj resurs]: Federal'nyj zakon ot 13.03.2006 N 38-FZ // Spravochno-pravovaya sistema «Konsul'tant Plyus». — Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/
- [5] Ob obrashchenii lekarstvennyh sredstv [Elektronnyj resurs]: Federal'nyj zakon ot 12.04.2010 N 61-FZ // Spravochno-pravovaya sistema «Konsul'tant Plyus». — Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/
- [6] O narkoticheskikh sredstvah i psihotropnyh veshchestvah [Elektronnyj resurs]: Federal'nyj zakon ot 08.01.1998 N 3-FZ // Spravochno-pravovaya sistema «Konsul'tant Plyus». — Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17437/
- [7] O vnesenii izmenenij v ot del'nye zakonodatel'nye akty Rossijskoj Federacii v chasti ustanovleniya trebovanij k ukazaniyu stoimostnyh pokazatelej [Elektronnyj resurs]: Federal'nyj zakon ot 12.04.2007 N 48-FZ // Spravochno-pravovaya sistema «Konsul'tant Plyus». — Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_65754/
- [8] O vvedenii v dejstvie chasti chetvertoj Grazhdanskogo kodeksa Rossijskoj Federacii [Elektronnyj resurs]: Federal'nyj zakon ot 18.12.2006 N 231-FZ // Spravochno-pravovaya sistema «Konsul'tant Plyus». — Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64630/
- [9] O vvedenii v dejstvie chasti chetvertoj Grazhdanskogo kodeksa Rossijskoj Federacii [Elektronnyj resurs]: Federal'nyj zakon ot 18.12.2006 N 231-FZ // Spravochno-pravovaya sistema «Konsul'tant Plyus». — Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64630/
- [10] St.24 Federal'nogo zakona «O reklame» [Elektronnyj resurs]: Federal'nyj zakon ot 13.03.2006 N 38-FZ // Spravochno-pravovaya sistema «Konsul'tant Plyus». — Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/

© В.А. Щербakov, 2019



ETHICS OF ADVERTISING PHARMACEUTICAL ASSORTMENT

Shcherbakov Vladimir¹

№ Assistant, Department of Biomedical, medical law and medical history of Kazan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Email address: vladimir.shcherbakov@inbox.ru

To cite this article: Scherbakov V.A. - Ethics of advertising of pharmacy assortment//News of scientific achievements. Medicine and pharmacy. - 2019. - № 1. - S. 49-52. DOI: 10.36616/2713-1718-2019-1-49-52 URL: <https://vestind.ru/journals/medicine/releases/2019-1/articles?pdfView&page=49>

Received: December 15, 2019; **Accepted:** December 17, 2019; **Published:** December 28, 2019

Abstract: This article addresses the issue of advertising pharmaceutical products dispensed from a pharmacy. A well-thought-out advertising policy will lead to an increase in the main profit indicators, and gross errors, on the contrary, can lead to serious losses, as well as legal prosecution.

Keywords: advertising, medicinal product, pharmacy assortment, advertising of medicinal products.

Introduction

Every year the number of medicines and other types of pharmacy goods registered in the world increases - how to understand their diversity? What to choose for the preservation and promotion of health, rehabilitation, which of the analogues of medicines to prefer when appointing a doctor? The powerful engine in this field is advertising. Advertising is an integral part of modern competition in the market of goods and services. Advertising of medicines is no exception, but, since medicines are a special product, there are stricter requirements for its production and use.

What is advertising? Advertising is information disseminated in any way, in any form and by any means, addressed to an uncertain circle of persons and aimed at attracting attention to the object of advertising, forming or maintaining interest in it and its promotion in the market. It can be in the form of the announcements, notices, messages transferring information with a commercial purpose through mass media, catalogs, price lists, reference books, leaflets, posters, billboards, calendars, light newspapers, property of natural persons, clothes.

Methods

The methodological basis of the study was the popular scientific methods of knowledge, including the principle of objectivity, systemicity, induction, derivation, etc. In addition to popular scientific methods of knowledge, private scientific

methods were used: descriptive, linguistic, comparative-legal. In addition, the work used a logical method (in the presentation of the whole material, in the formulation of recommendations, proposals and conclusions); method of the system analysis; method of comparative jurisprudence

Results

The purpose of advertising is to attract as many buyers as possible to the product or service offered, so it always has a commercial purpose.

Ethical regulation of pharmaceutical advertising is based on 3 main international documents:

1) ethical criteria for the promotion of medicines to the market - ethical recommendations for WHO advertising (1968) [1], as specified in the European Code of Practice for the Introduction of Medicines (1992) [2];

2) Marketing Code of the Association of International Pharmaceutical Manufacturers (1991) [3] - marketing code of the world federation of national associations of pharmaceutical manufacturers and

3) EU directives on drug advertising.

On the basis of international ethical recommendations, each country is establishing a set of its own legislation governing some form of activity. The Russian Federation currently does not have one special law regulating legal relations in the field of advertising activities in the field of the circulation of medical products and medicines. These relations are regulated

by the laws «On Advertising» [4], «On the Circulation of Medicines» [5] and «On Narcotic and Psychotropic Substances» [6].

The Law «On Advertising» regulates relations arising in the process of production, placement and distribution of advertising in the markets of goods and services of the Russian Federation. The objectives of this Federal Law are to prevent and suppress inappropriate advertising that can mislead or harm the health of citizens [4].

The Law «On the Circulation of Medicines» regulates relations arising in connection with the creation, pre-clinical and clinical research, expert assessment, state registration, quality control, production, synthesis, storage, transport, import into the Russian Federation, export from the Russian Federation, advertising, leave, sale, transfer, use, destruction of medicines [5].

The Law «On Narcotic and Psychotropic Substances» prohibits the promotion of narcotic and psychotropic substances, dangerous psychoactive substances, the release of book products calling for the use of these substances or promotion [6].

Requirements to any advertizing: advertizing has to be conscientious and reliable. Advertising is considered unfair, which: contains incorrect comparisons of the advertised goods with the goods in circulation, which are produced by other manufacturers or sold by other sellers; Tarnishes the honour, dignity or business reputation of a person, including a competitor; Is the advertisement of an item that is prohibited by this method, at this time or in this location, If it is carried out under the pretext of advertising another item, the trademark or service mark of which is appropriate or similar to the degree of mixing with the trademark or service mark of the item, The advertising of which is subject to the relevant requirements and restrictions, as well as under the pretext of advertising of the manufacturer or seller of such goods.

Discussion

Advertising that contains untrue information: any characteristics of the goods, including their nature, composition, method and date of manufacture, destination, consumer properties, conditions of use of the goods, place of their origin, availability of a certificate of conformity or declaration of conformity, marks of conformity and signs of circulation on the market, terms

of service, shelf life of the goods; On the cost or price of the goods, the procedure for their payment, the amount of discounts, tariffs and other conditions for the purchase of the goods; Rights to use official state symbols (flags, arms, hymns) and symbols of international organizations; Official or public recognition, medals, prizes, diplomas or other awards; On recommendations of natural or legal persons regarding the object of advertising or on its approval by natural or legal persons; Research and test results; To grant additional rights or benefits to the buyer of the advertised goods; The actual amount of demand for an advertised or other item; On the volume of production or sale of advertised or other goods; The source of information to be disclosed under federal laws; The person pledged on the security; About the manufacturer or seller of the advertised item.

Correct advertising should not: encourage to commit illegal actions; To call for violence and cruelty; Bear similarities with road signs or otherwise threaten the safety of road, rail, water and air transport; To create negative attitudes towards persons who do not use advertised goods or to condemn such persons.

It does not allow: the use of foreign words and expressions that may distort the meaning of information; An indication that the object of advertising is approved by State authorities or local self-government bodies or their officials.

Images of medical and pharmaceutical workers in advertising can be used exclusively in advertising of medical services, personal hygiene products if the users of advertising are medical and pharmaceutical workers, in advertising distributed in places of medical or pharmaceutical exhibitions, seminars, conferences and other similar events, in advertising placed in printed publications intended for medical and pharmaceutical workers.

In advertising of goods and other advertising objects, the values must be specified in rubles, and if necessary, additionally can be specified in foreign currency (Part 7.1) [7].

Use in radio, television, video, audio and film products or other products and the distribution of hidden advertising, that is, advertising that has an unapproved effect on their consciousness, including such impact through the use of special video rates (double sound recordings) and other

means, are not allowed. By production, placement and distribution of advertising requirements of the legislation of the Russian Federation, including the requirement of the civil legislation, the legislation on a state language of the Russian Federation have to be observed (Part 11) [8].

Advertising in which objects, texts, images, sounds and actions do not break moral standards, morality is ethic, do not contradict rules of conduct, etc.

The set of principles of ethical correctness of advertising consists of the following components: personal ethics (in relation to personal qualities); Age ethics (in relation to older people or young people); Racial ethics (in relation to race); National and cultural ethics (in relation to ethnic minorities); Religious ethics (in relation to consumers' religious beliefs); Legal ethics (in relation to compliance with laws and norms, human rights); Corporate ethics (in relation to competitors); Language ethics (in relation to the use of words obscure to most consumers, or profanity); Ethics towards persons with physical and/or other disabilities and persons with disabilities; Environmental ethics (in relation to environmental reporting).

Advertising of medicines, medical services, including methods of prevention, diagnosis, treatment and medical rehabilitation, medical products should be accompanied by a warning about the presence of contraindications to their use and use, the need to familiarize with the instructions on use or to receive advice from specialists. The requirements in advertising distributed in radio and TV programmes contain a time criterion for the duration of such warning and the requirements for the readability of the text (letter size, clarity of the text).

Advertising for the general public should assist in making a reasonable decision regarding the use of non-prescription medicines, which are officially available on sale.

It should be borne in mind that there are special advertising requirements for BADs

(biological supplements to food), as this group of goods does not belong to medicines. Advertising of BAS and food supplements should not: 1) give an impression of itself as a drug; 2) include references to specific cases of healing people, improving their health status as a result of the use of these supplements; 3) to express gratitude to specific people for using this supplement; 4) to induce the rejection of balanced nutrition; 5) to give an impression of the advantages of such additives by referring to the fact of carrying out studies mandatory for the state registration of such additives.

Conclusion

Thus, the main requirements for advertising medicines, medical equipment, medical products and medical services, including methods of treatment are as follows [9]: «1. Advertising of medicines should not: address children and minors; To refer to specific cases of recovery; Include gratitude to specific people for the use of the drug; To speak about the effectiveness of the drug, citing that it has passed mandatory state control; Contain allegations or assumptions about the presence of certain diseases or health disorders in advertising by consumers; Give the impression that the drug should be taken; Call for refusal to consult a doctor; Declare that the drug does not produce side effects or undesirable effects; To present the object of advertising as a biologically active additive and a food additive or other non-drug product; To refer to the fact that the drug is of natural or natural origin (many poisons are plant-based).

It is always necessary to remember that the advertising of medicines should take place within the framework of the national health policy and be carried out in accordance with the legislation of the country, as well as ethical codes.

Advertising activities and other activities that ensure the use of medicines and other pharmacy goods should be directed for the benefit of the person and society, rather than for profit, especially at any cost.

References

- [1] Ethical criteria for the promotion of medicines to the market. - Geneva: World Health Organization, 1988. 18 p.
- [2] The rules governing medicinal products in the European Union, Volume I // European Commission. 1998. Directive 92/28/EEC of 31st March 1992.
- [3] Marketing Practice Code of the Association of International Pharmaceutical Manufacturers (AIRM), 1991.
- [4] On advertising [Electronic resource]: Federal Law of 13.03.2006 N 38-ФЗ/Reference legal system

«Consultant Plus.» - Access mode: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/

[5] On the circulation of medicines [Electronic resource]: Federal Law dated 12.04.2010 N 61-ФЗ//Legal reference system Consultant Plus. - Access regime: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/

[6] On Narcotic Drugs and Psychotropic Substances [Electronic Resource]: Federal Law dated 08.01.1998 N 3-ФЗ//Legal Reference System Consultant Plus. - Access Regime: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_17437/

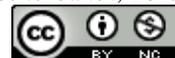
[7] On Amendments to Certain Legislative Acts of the Russian Federation with Regard to the Establishment of Requirements to the Indication of Cost Indicators [Electronic Resource]: Federal Law No. 12.04.2007 48-ФЗ//Legal Reference System Consultant Plus. - Access Regime: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_65754/

[8] On the Introduction of Part Four of the Civil Code of the Russian Federation [Electronic Resource]: Federal Law of 18.12.2006 N 231-ФЗ//Reference Legal System «Consultant Plus.» - Access Regime: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64630/

[9] On the Introduction of Part Four of the Civil Code of the Russian Federation [Electronic Resource]: Federal Law of 18.12.2006 N 231-ФЗ//Reference Legal System «Consultant Plus.» - Access Regime: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64630/

[10] Article 24 of the Federal law «About Advertising» [Electronic resource]: Federal law of 13.03.2006 N 38-FZ//Legal-reference system «Consultant Plus». - Access mode: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_58968/

© V.A. Scherbakov, 2019



УДК 338.45:338.1

Дата направления в редакцию: 20-11-2019

Дата рецензирования: 22-12-2019

Дата публикации: 28-12-2019

Григорьева Ираида Андреевна
Аспирант Института фармации КГМУ,
Россия, Казань

Grigoreva Iraida Andreevna
Graduate student of the Institute of Pharmacy of KSMU,
Russia, Kazan

ПРОГРАММЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РФ

POPULATION MEDICINE PROGRAMS IN THE RUSSIAN FEDERATION

Аннотация (на рус). Вопросы лекарственного обеспечения – это важнейший вопрос медицинской и аптечной организации, а также организации годового территориального и регионального бюджетов страны. Грамотная организация программ лекарственного обеспечения позволяет в течение года снабдить лекарственными препаратами все категории, включенные в эти программы.

Abstract (in Eng). The issues of drug provision is the most important issue of the medical and pharmacy organization, as well as the organization of the country's annual territorial and regional budgets. The competent organization of drug supply programs makes it possible to supply medicines to all categories included in these programs during the year.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, программа ОНЛС, программа «7 нозологий», амбулаторное лекарственное обеспечение.

Keywords: drug provision, ONLS program, «7 nosologies» program, outpatient drug provision.

Лекарственное обеспечение (ЛО) населения РФ в амбулаторных условиях (лекарственные средства, выписанные по рецепту врача) за счет общественных (государственных) средств составляет в РФ около 132,1 млрд рублей и складывается из нескольких источников.

- Программа ОНЛС (обеспечения необходимыми лекарственными средствами), ранее программа ДЛО (дополнительного лекарственного обеспечения), реализуется за счет средств федерального бюджета. Объем расходов в 2012 г. составил 41,4 млрд рублей (около 4 млн человек).

- Централизованные закупки дорогостоящих лекарственных средств по программам: «7 нозологии» (для лечения больных муковисцидозом, гемофилией, гипопитарным низмом и другими заболеваниями), реализуется за счет средств федерального бюджета. Общий объем средств - 36,8 млрд руб. для 117 тыс. человек.

- Целевые программы («Предупреждение и борьба с заболеваниями социального харак-

тера», «Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний»).

- Обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 890 реализуется за счет средств бюджетов субъектов РФ на общую сумму 37 млрд рублей (около 15 млн человек).

Общие расходы на государственные программы лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях составили в 2012 г. 132,1 млрд рублей. Охват населения, имеющего право — 20,3 млн человек. Получили ЛП - 9,3 млн человек, или 6,5% населения РФ. В развитых странах, включая большинство «новых» стран ЕС, все нуждающиеся граждане получают лекарства по рецепту врача бесплатно или с небольшой доплатой, в РФ - только определенные категории граждан, преимущественно инвалиды, большая часть которых отказываются от лекарств в пользу денежной компенсации. В странах ОЭСР доплата населением составляет не более 40%. В РФ за счет средств населения в амбулаторных условиях покрывается 81% общих расходов

на ЛС (497 млрд рублей).

Общие (государственные и частные) расходы на лекарственные средства (ЛС) в амбулаторных условиях и товары медицинского назначения (без учета расходов на ЛС в стационарах) в России составляют 21% совокупного объема средств на здравоохранение; в развитых странах столько же.

Объемы лекарственного обеспечения в РФ

Однако в абсолютных величинах в РФ эти значения очень малы. Так, в 2011 г. в РФ общие (государственные и частные) подушевые расходы на ЛС в амбулаторных условиях составили 238 \$ППС, что в 2,2 раза меньше, чем в странах ОЭСР (515 \$ППС). Из государственных источников в РФ покрывается только 19% общих расходов на ЛС — 46 \$ППС, что в 6,7 раза меньше, чем в странах ОЭСР в среднем (309 \$ППС), где эти расходы составляют

60% общих (рис. 5.8).

В относительных показателях (доле ВВП) государственные расходы на ЛС в РФ составляют 0,22%, в развитых странах в 4,1 раза больше — 0,9% (рис. 5.9).

При сравнении расходов на ЛС с «новыми» странами ЕС, которые имеют близкий с РФ ВВП (Чехия, Венгрия, Польша, Словакия), в РФ общие расходы на ЛС в абсолютных величинах (\$ППС) в 1,9 раза меньше, чем в этих странах (у них - 446 \$ППС), а в доле ВВП - в 1,7 раза меньше (у них - 1,9% ВВП). При сравнении только государственных расходов на ЛС в амбулаторных условиях в РФ они в 5,5 раза ниже, чем в этих странах в абсолютных показателях (253 \$ППС), и в 5 раз ниже в доле ВВП (у них - 1.1% ВВП).

Все это свидетельствует о существенном государственном недофинансировании расходов на ЛС в амбулаторных условиях, что снижает доступность современных ЛС для населения, увеличивает нагрузку на стационарное лечение и повышает финансовое бремя расходов населения на лекарства.

Всего в 2011 году фактически получили бесплатные лекарства в РФ около 11 млн человек, или 8% населения.

Достаточное обеспечение населения бесплатными ЛС позволяет уменьшить число обострений заболевания и избежать использования дорогостоящих видов лечения (скорой и стационарной медицинской помощи). Если даже удастся добиться достаточной численности врачей в амбулаторно-поликлинических учреждениях, но при этом пациент не будет получать необходимые лекарственные препараты, то эффекта от посещения врача не будет.

Бесплатное лекарственное обеспечение особенно актуально в связи с проживанием более половины населения (50% в 2011 г.) на доход менее

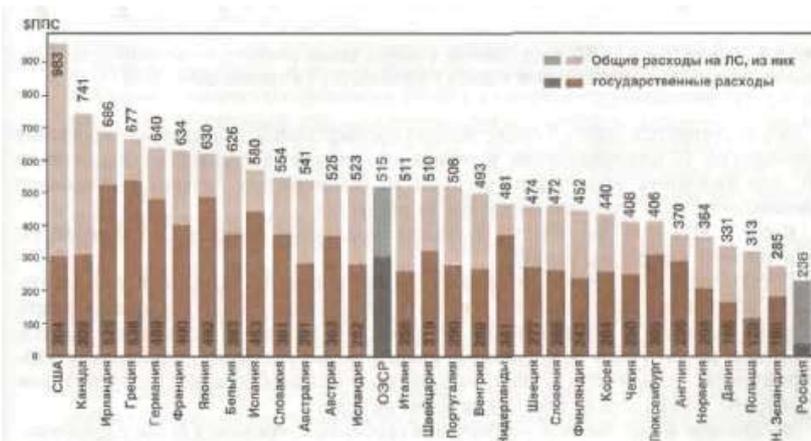


Рис. 5.8. Подушевые расходы на ЛС, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников (по рецепту врача) в России (2011 г.) и странах ОЭСР (2010 г.)

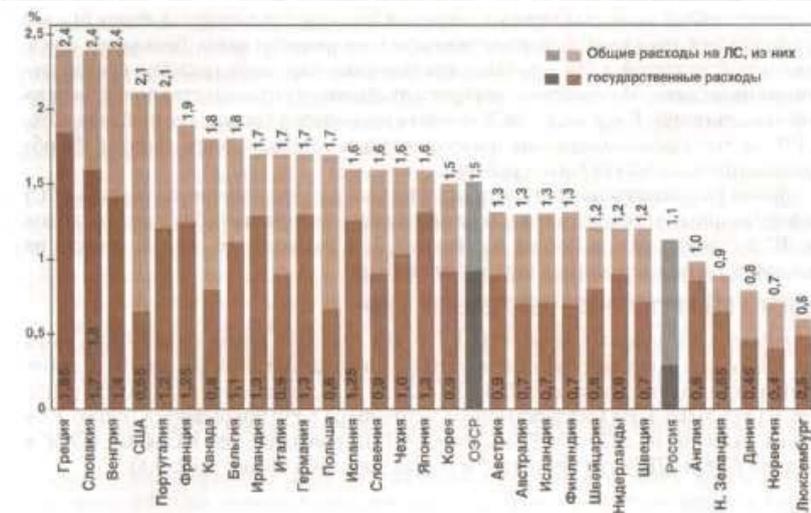


Рис. 5.9. Доля расходов на ЛС, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников, в ВВП в России (2011 г.) и странах ОЭСР (2010 г.)

15 тыс. рублей на человека в месяц при условии роста, опережающего уровень инфляции, тарифов на ЖКХ, цен на продукты питания, образование детей и других первоочередных статей семейного бюджета. Более того, российские граждане тратят из своего кармана на медицинскую помощь большую долю средств, чем их более обеспеченные соседи в странах ЕС — соответственно 32 и 27% общих расходов на здравоохранение. Таким образом, возлагать расходы на лекарственные средства на граждан РФ невозможно, это необходимо сделать за счет общественных источников финансирования — бюджетов всех уровней и средств ОМС.

Обеспечение лекарствами амбулаторно

На практике в амбулаторных условиях лекарства, как правило, приобретаются гражданами самостоятельно за свой счет, за исключением льготных категорий граждан и случаев отдельных категорий заболеваний.

Согласно закону в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара гражданам оказывается первичная медико-санитарная помощь (п. 6 ст. 33 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»).

В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предоставляется первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная (п.1 ч.1 ст. 80 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»).

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования застрахованным лицам оказываются первичная медико-санитарная помощь (п.1 ч.1 ст. 80 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»).

Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п. 4. ст. 35 ФЗ РФ от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

Медицинская помощь организуется и ока-

зывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории России всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи (п.1 ст. 37 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»).

В законе не один раз повторяется, что программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи (п. 7 ст. 80 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан»).

Медицинская организация обязана осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи (пп. 2 п.1 ст. 79 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»).

Поскольку оказание первичной медико-санитарной помощи основано на утверждаемых стандартах, обязательных к исполнению под страхом даже и уголовного наказания, а сама первичная медико-санитарная помощь оказывается гражданам бесплатно за счет ОМС, то можно уверенно говорить о том, что наличие препарата в таком стандарте является основанием для его бесплатного обеспечения больных, например, ревматоидным артритом в амбулаторных условиях.

Согласно п. 34 Порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов гласит, что при оказании первичной медико-санитарной помощи назначение и выписывание лекарственных препаратов гражданам, имеющим право на бесплатное получение лекарственных препаратов или получение лекарственных препаратов со скидкой, осуществляется медицинским работником в случаях типичного течения заболевания пациента исходя из тяжести и характера заболевания согласно утвержденным в установленном порядке стандартам медицинской помощи.

Данный пункт касается лишь граждан, имеющих право на бесплатное получение лекарственных препаратов или получение ле-

картвенных препаратов со скидкой, но, как уже было показано выше, вся амбулаторная помощь должна оказываться бесплатно. Тогда формула данного приказа и постановления выглядит так: уже имеется право на бесплатную амбулаторную помощь, но для льготных категории населения помощь в виде лекарств есть еще более бесплатное право. Однако не существует ограничивающей нормы на бесплатное получение лекарств в амбулаторном звене, а разрешающие, как показано выше, есть.

Такая же логика использована в норме закона (ч. 2 ст. 80 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011. «Об основах охраны здоровья граждан»), где сказано, что при оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

Амбулаторная помощь здесь не упоминается, и приведенная норма касается других условий оказания помощи (дневной стационар и т.д), но амбулаторная упоминается в других нормах как бесплатная согласно стандартам, а в стандарты входят и лекарства.

Так, например, если Вам нужен препарат А, Вы можете посмотреть, например, в правовой системе «Консультант плюс», в какие стандарты он входит.

- Это будут, например, такие стандарты: Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1470н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при ревматоидном артрите»;

- Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 822н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (поддерживающая терапия в дневном стационаре)»;

- Приказ Минздрава России от 09.11.2012 № 865н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при юношеском (ювенильном) артрите»;

- Приказ Минздрава России от 09.11.2012

№ 866н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах»;

- Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 649н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенном (хроническом) илеоколите (неспецифическом язвенном колите)»;

- Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 687н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах»;

- Приказ Минздрава России от 07.11.2012 № 646н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при болезни Крона (регионарном энтерите)».

Все стандарты, принятые после 2012 года, сопровождаются следующим примечанием:

1. Лекарственные препараты для медицинского применения, зарегистрированные на территории Российской Федерации, назначаются в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата.

2. Назначение и применение лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (часть 5 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446)).

3. Граждане, имеющие в соответствии с Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 29, ст. 3699; 2004, № 35, ст. 3607; 2006, № 48, ст. 4945; 2007, № 43, ст. 5084;

2008, N 9, ст. 817; 2008, N 29, ст. 3410; N 52, ст. 6224; 2009, N 18, ст. 2152; N 30, ст. 3739; N 52, ст. 6417; 2010, N 50, ст. 6603; 2011, N 27, ст. 3880; 2012, N 31, ст. 4322) право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях обеспечиваются лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в Перечень лекарственных препаратов, в том числе перечень лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактических учреждений, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18.09.2006 N 665 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27.09.2006, регистрационный N 8322), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.10.2007 N 651 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19.10.2007, регистрационный N 10367), от 27.08.2008 N 451н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10.09.2008, регистрационный N 12254), от 01.12.2008 N 690н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22.12.2008, регистрационный N 12917), от 23.12.2008 N 760н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28.01.2009, регистрационный N 13195) и от 10.11.2011 N 1340н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23.11.2011, регистрационный N 22368)».

Обеспечение лекарствами в стационарах

Обеспечение лекарствами в стационарах согласно закону (п.2 и ч.1 п. 3 ст. 80 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан») осуществляется при оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализи-

рованной (Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (п.2 ст. 34 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан») медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях. При этом лекарства должны быть включены в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

Программа госгарантий формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики (ч. 7 ст. 80 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан»).

Таким образом, федеральный закон определяет, что выполнение сразу двух критериев — наличие в Перечне ЖНВЛП и наличие в стандартах медицинской помощи - включает лекарственный препарат в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Приказом Минздравсоцразвития РФ (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 августа 2008 г. № 410н «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи») установлен порядок разработки стандартов, который позднее отменен. Однако иного официально установленного порядка не появилось.

Исходя из изложенного, на сегодняшний день единственной явной правовой возможностью получать лекарство, не входящее в стандарт и в перечень ЖНВЛП, в стационаре следует считать назначение препарата врачебной комиссией.

Библиография

- [1] Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. – 2011. - N 263
- [2] Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. – 2010. - N 274
- [3] Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 02.08.2019) «Об обращении лекарственных средств» // Российская газета. – 2010. - N 78.
- [4] Приказ Минздрава России от 24.12.2012 N 1470н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при ревматоидном артрите» // Российская газета. – 2013. - спецвыпуск, N 128/1
- [5] Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 822н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах (поддерживающая терапия в дневном стационаре)» // Российская газета. – 2013. – спецвыпуск. N 123/1,
- [6] Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 865н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при юношеском (ювенильном) артрите» // Российская газета. – 2013. -(специальный выпуск). N 124/1.
- [7] Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 866н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах» // Российская газета. – 2013. -(специальный выпуск), N 122/1.
- [8] Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 649н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенном (хроническом) илеоколите (неспецифическом язвенном колите)» // Российская газета. – 2013. - спецвыпуск, N 128/1
- [9] Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 687н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, других спондилоартритах» // Российская газета. – 2013. - (специальный выпуск), N 122/1.
- [10] Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 646н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при болезни Крона (регионарном энтерите)» // Российская газета. – 2013. -спецвыпуск, N 110/1.
- [11] Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 02.08.2019) «Об обращении лекарственных средств» // Российская газета. – 2010. - N 78.
- [11] Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 августа 2008 г. № 410н «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи» // Российская газета. – 2008. - N 213 (Утратил силу)

References (transliterated)

1. Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan [Elektronnyj resurs]: Federal'nyj zakon ot 21.11.2011 N 323-FZ // Spravochno-pravovaya sistema «Konsul'tant Plyus». – Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
2. Ob obyazatel'nom medicinskom strahovanii v Rossijskoj Federacii [Elektronnyj resurs]: Federal'nyj zakon ot 29 noyabrya 2010 g. N 326-FZ // Spravochno-pravovaya sistema «Konsul'tant Plyus». – Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/
3. Ob obrashchenii lekarstvennyh sredstv [Elektronnyj resurs]: Federal'nyj zakon ot 12.04.2010 N 61-FZ // Spravochno-pravovaya sistema «Konsul'tant Plyus». – Rezhim dostupa: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/
4. Prikaz Minzdrava Rossii ot 24.12.2012 N 1470n «Ob utverzhenii standarta pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi pri revmatoidnom artrite»
5. Prikaz Minzdrava Rossii ot 09.11.2012 N 822n «Ob utverzhenii standarta specializirovannoj medicinskoj pomoshchi pri ankiloziruyushchem spondilite, psoriaticheskom artrite, drugih spondiloartritah (podderzhivayushchaya terapiya v dnevnom stacionare)»
6. Prikaz Minzdrava Rossii ot 09.11.2012 N 865n «Ob utverzhenii standarta pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi detyam pri yunosheskom (yvenil'nom) artrite»;
7. Prikaz Minzdrava Rossii ot 09.11.2012 N 866n «Ob utverzhenii standarta pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi pri ankiloziruyushchem spondilite, psoriaticheskom artrite, drugih spondiloartritah»;

8. Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 649н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при язвенном (хроническом) илеokolите (неспецифическом язвенном колите)»;
9. Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 687н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при анкилозирующем спондилите, псориазическом артрите, других спондилоартритах»;
10. Приказ Минздрава России от 07.11.2012 N 646н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при болезни Крона (регионарном enterite)».
11. Федеральным законом от 12 апреля 2010 года N 61-FZ «Об обращении лекарственных средств»;
12. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 августа 2008 г. № 410н «Об организации в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации работы по разработке порядков оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартов медицинской помощи»

© И.А. Григорьева, 2019



POPULATION MEDICINE PROGRAMS IN THE RUSSIAN FEDERATION

Grigoreva Iraida ¹

№ Graduate student of the Institute of Pharmacy of Kazan State Medical University (KSMU)

Email address: giagr@yandex.ru

To cite this article: Grigoreva I.A. - Programs of medical support of the population in the Russian Federation//News of scientific achievements. Medicine and pharmacy. - 2019. - № 1. - S. 60-65. DOI: 10.36616/2713-1718-2019-1-60-65 URL: <https://vestind.ru/journals/medicine/releases/2019-1/articles?pdfView&page=60>

Received: November 20, 2019; **Accepted:** November, 22, 2019; **Published:** December 28, 2019

Abstract: The issues of drug provision is the most important issue of the medical and pharmacy organization, as well as the organization of the country's annual territorial and regional budgets. The competent organization of drug supply programs makes it possible to supply medicines to all categories included in these programs during the year.

Keywords: drug provision, ONLS program, «7 nosologies» program, outpatient drug provision.

1. Introduction

Medical support (LO) of the population of the Russian Federation in outpatient conditions (medicines prescribed by a doctor) at the expense of public (state) funds in the Russian Federation amounts to about 132.1 billion rubles and is made up of several sources.

- The ONLS program, formerly the DLO program, is funded by the federal budget. Expenses in 2012 amounted to 41.4 billion rubles (about 4 million people).

- Centralized purchases of expensive medicines under the programs: «7 nosologies» (for the treatment of cystic fibrosis, hemophilia, pituitary nanism and other diseases), is implemented at the expense of the federal budget. The total volume of funds - 36.8 billion rubles for 117 thousand people.

- Targeted programs («Prevention and control of social diseases,» Immunoprophylaxis of infectious diseases «).

- The provision of medicines in accordance with the Resolution of the Government of the Russian Federation No. 890 is realized at the expense of the budgets of the constituent entities of the Russian Federation for a total amount of 37 billion rubles (about 15 million people).

Total expenditures on state drug programs in outpatient conditions amounted to 132.1 billion rubles in 2012. Coverage of the population eligible - 20.3 million people. Received LP - 9.3 million people, or 6.5% of the population of

the Russian Federation. In developed countries, including most «new» EU countries, all needy citizens receive medicines on prescription of a doctor free of charge or with a small supplement, in the Russian Federation - only certain categories of citizens, mainly disabled, most of whom refuse medicines in favor of monetary compensation. In OECD countries, the population surcharge is no more than 40%. In the Russian Federation, 81% of the total costs of LAN (497 billion rubles) are covered by the funds of the population in outpatient conditions.

Total (public and private) expenditure on outpatient medicines (LF) and medical supplies (excluding LF expenditure in hospitals) in Russia is a 21% of total health funds; In developed countries, the same number.

2. Materials and Methods

VOLUMES OF DRUG SUPPLY IN THE RUSSIAN FEDERATION

However, in absolute values in the Russian Federation, these values are very small. Thus, in 2011, in the Russian Federation, total (public and private) per capita expenses for LAN in outpatient conditions amounted to 238 \$PPP, which is 2.2 times less than in OECD countries (515 \$PPP). State sources in the Russian Federation cover only 19% of total costs for LAN - 46 \$PPP, which is 6.7 times less than in OECD countries on average (309 \$PPP), where these costs amount to 60% of total (Figure 5.8).

In terms of relative indicators (share of GDP),

public expenditure on LAN in the Russian Federation is 0.22%, in developed countries it is 4.1 times more - 0.9% (Figure 5.9).

When comparing LAN expenditures with «new» EU countries that have GDP close to the Russian Federation (Czech Republic, Hungary, Poland, Slovakia), in the Russian Federation total LAN expenditures in absolute values (\$PPP) are 1.9 times less than in these countries (they have 446 \$PPP), and in the share of GDP - 1.7 times less (they have 1.9% GDP). When comparing only government expenditures on LAN in outpatient conditions in the Russian Federation, they are 5.5 times lower than in these countries in absolute terms (253 \$PPP), and 5 times lower in the share of GDP (they have 1.1% GDP).

All this shows a significant state underfunding of LAN spending in outpatient conditions, which reduces the accessibility of modern LAN to the population, increases the burden on hospital treatment and increases the financial burden of the population spending on medicines.

3. Discussion

In total, in 2011, about 11 million people, or 8% of the population, actually received free medicines in the Russian Federation.

Adequate provision of free LAN to the population makes it possible to reduce the number of exacerbations of the disease and to avoid the use of expensive types of treatment (emergency and inpatient medical care). If it is even possible to achieve a sufficient number of doctors in outpatient and polyclinic institutions, but the patient will not receive the necessary medicines, there will be no effect from the doctor's visit.

Free medicines are especially relevant in connection with the residence of more than half of the population (50% in 2011) for an income

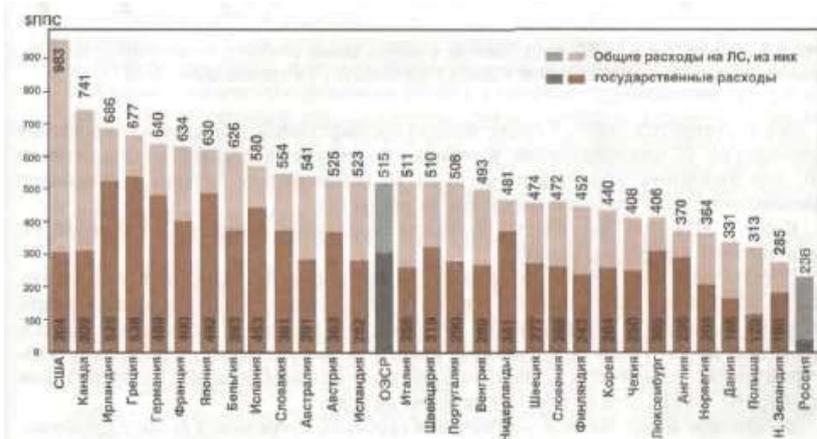


Рис. 5.8. Подушевые расходы на ЛС, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников (по рецепту врача) в России (2011 г.) и странах ОЭСР (2010 г.)

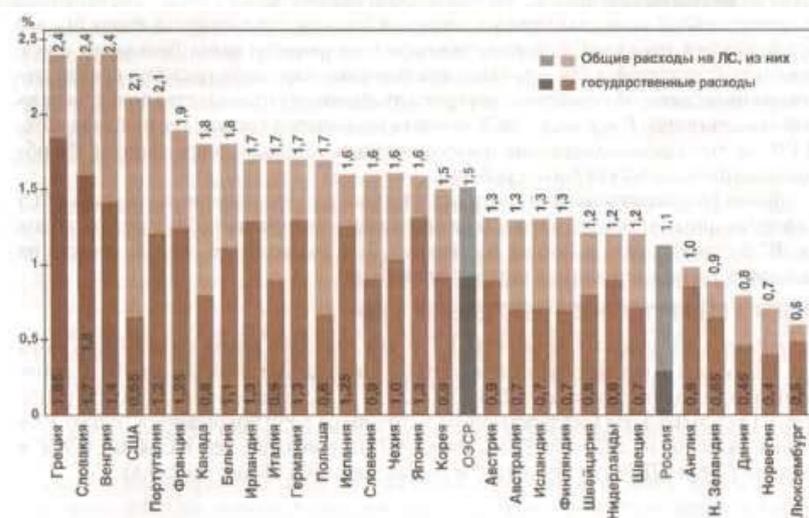


Рис. 5.9. Доля расходов на ЛС, потребляемые в амбулаторных условиях, в том числе оплачиваемые из государственных источников, в ВВП в России (2011 г.) и странах ОЭСР (2010 г.)

of less than 15,000 rubles per person per month, provided that there is an increase ahead of the inflation rate, tariffs for housing and utilities, prices for food, education of children and other priority items of the family budget. Moreover, Russian citizens spend a larger share of their health care from their pockets than their better-off neighbors in EU countries - 32 and 27% of total health spending, respectively. Thus, it is impossible to impose expenses on medicines on citizens of the Russian Federation, it is necessary to do this at the expense of public sources of financing - budgets of all levels and funds of OMS.

Providing with drugs is out-patient

In practice, in outpatient settings, medicines are usually purchased independently by citizens at their own expense, except for preferential categories of citizens and cases of certain

categories of diseases.

According to the law, primary health care is provided to citizens in outpatient and day hospital conditions (art. 33, para. 6, of the Federal Law of the Russian Federation No. 323 of 21.11.2011. «On the Foundations for the Protection of Citizens 'Health»).

Within the program of the state guarantees of free rendering medical care to citizens primary health care, including pre-medical, medical and specialized is provided (Paragraph 1 of Part 1 of Article 80 of the Federal Law of the Russian Federation No. 323 of 21.11.2011. «On the Foundations for the Protection of Citizens 'Health»).

At the expense of means of obligatory medical insurance within the basic program of obligatory medical insurance it appear to the insured persons primary health care (Paragraph 1 of Part 1 of Article 80 of the Federal Law of the Russian Federation No. 323 of 21.11.2011. «On the Foundations for the Protection of Citizens 'Health»).

Insurance in accordance with the basic compulsory health insurance programme is established on the basis of the standards of medical care and the procedures for providing medical care established by the authorized federal executive body (para. 4. Article 35 of the Federal Law of the Russian Federation of 29 November 2010 326-ФЗ «On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation»).

Medical care will be organized and appears according to the orders of delivery of health care obligatory for execution in the territory of Russia by all medical organizations and also on the basis of standards of medical care (Paragraph 1 of Article 37 of the Federal Law of the Russian Federation No. 323 of 21.11.2011. «On the Foundations for the Protection of Citizens 'Health»).

The Law reiterates more than once that the program of state guarantees of free medical care for citizens is formed taking into account the procedures for the provision of medical care and on the basis of standards of medical care (article 80, paragraph 7, of the Federal Law of the Russian Federation No. 323 of 21.11.2011. «On the Foundations for the Protection of Citizens 'Health»).

The medical organization is obliged to carry out medical activity according to legislative and other regulations of the Russian Federation,

including orders of delivery of health care and standards of medical care (subparagraph 2 of Paragraph 1 of Article 79 of the Federal Law of the Russian Federation No. 323 of 21.11.2011. «On the Foundations for the Protection of Citizens 'Health»).

Since the provision of primary health care is based on approved standards, which are mandatory under the fear of even criminal punishment, and the primary health care itself is provided to citizens free of charge at the expense of OMS, it can be said surely that the presence of the drug in such a standard is the basis for its free provision of patients, for example, rheumatoid arthritis in outpatient conditions.

According to paragraph 34 of the Procedure for the Administration and Prescribing of Medicines, when providing primary health care, the administration and prescribing of medicines to citizens entitled to free receipt of medicines or to receive medicines with a discount is carried out by a medical worker in cases of a typical course of the patient 's disease on the basis of the severity and nature of the disease according to the standards of medical care approved in accordance with the established procedure.

This paragraph applies only to citizens who are entitled to receive medicines free of charge or to receive medicines at a discount, but, as mentioned above, all outpatient care should be provided free of charge. Then the formula of this order and decree looks like this: there is already a right to free outpatient assistance, but for preferential categories of the population there is even more free right in the form of medicines. However, there is no limiting rule for the free preparation of medicines in the outpatient unit, and the permitting ones, as shown above, are.

The same logic is used in the norm of the law (Part 2 of Article 80 of the Federal Law of the Russian Federation No. 323 of 21.11.2011. «On the Basics of Protection of Citizens 'Health»), which states that when providing free medical care to citizens in day hospital and in urgent form within the framework of the State guarantees programme, Citizens are provided with medicines for medical use included in the list of essential and essential medicines in accordance with Federal Act No. 61-ФЗ of 12 April 2010 on the circulation of medicines.

Outpatient care is not mentioned here, and the

above norm applies to other conditions of care (day hospital, etc.), but outpatient care is mentioned in other norms as free according to standards, and the standards include medicines.

So, for example, if you need drug A, you can see, for example, in the legal system «Consultant Plus,» what standards it is included in.

These will be, for example, such standards:

- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 1470n dated 24.12.2012 «On approval of the standard of primary health care in case of rheumatoid arthritis»;

- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 822n dated 09.11.2012 «On Approval of the Standard of Specialized Medical Care for Ankylosing Spondylitis, Psoriatic Arthritis, Other Spondyloarthritis (Day Hospital Maintenance Therapy)»;

- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 865n dated 09.11.2012 «On approval of the standard of primary health care for children in case of juvenile arthritis»;

- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 866n dated 09.11.2012 «On approval of the standard of primary health care in case of ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, other spondyloarthritis»;

- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 649n dated 07.11.2012 «On approval of the standard of specialized medical care for children in case of ulcerative (chronic) ileocolitis (non-specific ulcerative colitis)»;

- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 687n dated 07.11.2012 «On approval of the standard of specialized medical care for ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, other spondyloarthritis»;

- Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 646n dated 07.11.2012 «On Approval of the Standard of Specialized Medical Care for Children in Case of Crohn 's Disease (Regional Enterite).»

All standards adopted after 2012 are accompanied by the following note:

«1. Medicines for medical use registered in the territory of the Russian Federation are prescribed in accordance with the instruction on the use of the drug for medical use and the pharmacotherapy group on anatomological-therapeutic-chemical classification recommended by the World Health Organization, as well as taking into

account the method of administration and use of the drug.

2. The administration and use of medicines for medical use, medical products and specialized medical nutrition products not included in the standard of medical care are allowed in case of medical indications (Individual intolerance, according to vital indications) by the decision of the medical commission (art. 37, para. 5, of the Federal Law of 21 November 2011, No. 323-ФЗ «On the Foundations for the Protection of Citizens 'Health in the Russian Federation» (Assembly of Legislation of the Russian Federation, 2011, No. 48, art. 6724; 2012, N 26, Art. 3442, 3446)).

3. The citizens having according to the Federal law of 17.07.1999 N 178-FZ «About the state social help» (The Russian Federation Code, 1999, N 29, Article 3699; 2004, N 35, art. 3607; 2006, N 48, Art. 4945; 2007, N 43, art. 5084; 2008, N 9, art. 817; 2008, N 29, art. 3410; No. 52, art. 6224; 2009, N 18, art. 2152; N 30, art. 3739; No. 52, art. 6417; 2010, N 50, art. 6603; 2011, N 27, art. 3880; 2012, No. 31, art. 4322), the right to receive State social assistance in the form of a set of social services, when providing medical care in outpatient conditions, is provided with medicines for medical use included in the List of Medicines, including the list of medicines prescribed by the decision of the medical commission of medical and preventive institutions, which are provided in accordance with the standards of medical care according to doctor 's prescriptions (paramedic) when rendering the state social help in a type of set of social services, the approved order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of 18.09.2006 N 665 (Registered by the Ministry of Justice of the Russian Federation on 27.09.2006, registration N 8322), as amended by orders of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation dated 19.10.2007 N 651 (registration N 10367), of 27.08.2008 N of 451 N is registered by the Ministry of Justice of the Russian Federation 19.10.2007, (Registered by the Ministry of Justice of the Russian Federation on 10.09.2008, registration N 12254), dated 01.12.2008 N 690n (Registered by the Ministry of Justice of the Russian Federation 22.12.2008, registration N 12917), dated 23.12.2008 N 760n (Registered by the Ministry of Justice of the Rus-

sian Federation on 28.01.2009, registration No. 13195) and No. 1340n dated 10.11.2011 (registered by the Ministry of Justice of the Russian Federation on 23.11.2011, registration No. 22368).»

Provision of medicines in hospitals

Providing with drugs in hospitals according to the law (item 2 and Part 1 of Paragraph 3 of Article 80 of the Federal Law of the Russian Federation No. 323 of 21.11.2011 «About bases of protection of public health») Provided in the framework of the programme of State guarantees for free provision of primary health care to citizens in the conditions of day hospital and in urgent form, specialized (Specialized medical care is provided in hospital and day care (Paragraph 2 of Article 34 of the Federal Law of the Russian Federation No. 323 of 21.11.2011 «About bases of protection of public health») Medical care, including high-tech, emergency medical care, including emergency specialized, palliative medical care in stationary conditions. At the same time, medicines should be included in the list of essential and essential medicines in accordance with Federal Law No. 61-ФЗ of 12 April 2010 «On the circulation of medicines,» and medical products, which are provided for by standards of medical care.

The program of State guarantees is formed taking into account the procedures for the provision of medical care and on the basis of standards

of medical care, as well as taking into account the peculiarities of the sex and age composition of the population, the level and structure of morbidity of the population of the Russian Federation, based on the data of medical statistics (Part 7 of Article 80 of the Federal Law of the Russian Federation No. 323 of 21.11.2011 «On the Basics of the foundations»).

4. Conclusions

Thus, the federal law determines that the fulfilment of two criteria - the existence of LLDC in the List and the presence of medical care in the standards - includes a drug in the program of state guarantees of free medical care.

Order No. 410n of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation (Ministry of Health and Social Development Order No. 410n of 11 August 2008 «On the organization of work in the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation on the development of procedures for the provision of certain types (profiles) of medical care and standards of medical care») established a procedure for the development of standards, which was later cancelled. However, there was no other officially established order.

On the basis of the above, to date the only clear legal possibility to receive a drug that is not part of the standard and list of LLDCs, the appointment of the drug by a medical commission should be considered in hospital.

References

- [1] Federal Law dated 21.11.2011 N 323-ФЗ (ed. dated 29.05.2019) «On the Foundations of Protection of Citizens 'Health in the Russian Federation»//Russian Newspaper. - 2011. - N 263
- [2] Federal Law dated 29.11.2010 N 326-ФЗ (ed. dated 26.07.2019) «On Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation»//Russian Newspaper. - 2010. - N 274
- [3] Federal Law dated 12.04.2010 N 61-ФЗ (ed. 02.08.2019) «On the Circulation of Medicines»//Russian Newspaper. - 2010. - N 78.
- [4] Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 1470n dated 24.12.2012 «On Approval of the Standard of Primary Health Care in Rheumatoid Arthritis»//Russian Newspaper. - 2013. - Special issue, N 128/1
- [5] Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 822n dated 09.11.2012 «On Approval of the Standard of Specialized Medical Care for Ankylosing Spondylitis, Psoriatic Arthritis, Other Spondyloarthritis (Maintenance Therapy in Day Hospital)»//Russian Newspaper. - 2013. - Special issue. N 123/1,
- [6] Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 865n dated 09.11.2012 «On Approval of the Standard of Primary Health Care for Children in Juvenile Arthritis»//Russian Newspaper. - 2013. - (special issue). N 124/1.
- [7] Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 866n dated 09.11.2012 «On Approval of the Standard of Primary Health Care in Ankylosing Spondylitis, Psoriatic Arthritis, Other Spondyloarthritis»//Russian Newspaper. - 2013. - (special issue), N 122/1.
- [8] Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 649n dated 07.11.2012 «On Approval of

the Standard of Specialized Medical Care for Children in Case of Ulcerative (Chronic) Ileocolitis (Non-Specific Ulcerative Colitis)»//Russian Newspaper. - 2013. - Special Issue, N 128/1

[9] Order of the Ministry of Health of Russia No. 687n dated 07.11.2012 «On Approval of the Standard of Specialized Medical Care for Ankylosing Spondylitis, Psoriatic Arthritis, Other Spondyloarthritis»//Russian Newspaper. - 2013. - (special issue), N 122/1.

[10] Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 646n dated 07.11.2012 «On Approval of the Standard of Specialized Medical Care for Children in Case of Crohn 's Disease (Regional Enterite)»//Russian Newspaper. - 2013.

[11] Federal Law dated 12.04.2010 N 61-ФЗ (ed. 02.08.2019) «On the Circulation of Medicines»//Russian Newspaper. - 2010. - N 78.

[12] Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation of August 11, 2008 No. 410n «On Organization of Work in the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation on the Development of Procedures for the Provision of Certain Types (by Profiles) of Medical Care and Standards of Medical Care»//Russian Newspaper. - 2008. - N 213

© I.A. Grigoreva, 2019

