

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.12-008.331.1-036

Е.Л. Давыдов<sup>1</sup>, Р.А. Яскевич<sup>1,2</sup>, И.И. Барон<sup>1</sup>, В.В. Кусаев<sup>1</sup>, О.В. Нор<sup>1</sup>, Л.А. Филимонова<sup>1</sup>

**КОНФЛИКТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ  
МЕЖДУ ПАЦИЕНТАМИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП  
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ**

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (Красноярск)

<sup>2</sup> ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера» СО РАМН (Красноярск)

Конфликтные ситуации в сфере медицинского обслуживания приводят к экономическим потерям, вызывают кадровые и моральные издержки, что ведет к удорожанию и снижению качества медицинской помощи. С помощью специально разработанного оригинального опросника проведен социологический мониторинг 211 больных артериальной гипертензией пожилого, 107 пациентов старческого и 108 пациентов трудоспособного (среднего) возраста. 57,1–68,8 % пациентов всех возрастных и гендерных групп никогда не конфликтовали с медицинскими работниками при лечении артериальной гипертензии. Основными причинами возникновения конфликта между врачами и пациентами являются: отсутствие возможности попасть на прием к другому врачу (узкому специалисту), нежелание назначать лечащим врачом ряд необходимых диагностических и/или лечебных процедур. Уровнем обращения, куда пациенты направляли свои жалобы, была в основном, администрация ЛПУ. Пациенты старших возрастных групп в большинстве были удовлетворены ответом на свои жалобы. Тревожной тенденцией является тот факт, что 10,0–28,6 % пациентов не получили никакого ответа на свои жалобы. Необходимо создание системы мер по рассмотрению жалоб пациентов непосредственно в клинике специально уполномоченными специалистами (омбудсменами).

**Ключевые слова:** пожилой и старческий возраст, артериальная гипертензия, конфликтология

**CONFLICT STUDY ASPECTS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENTS  
OF THE SENIOR AGE GROUPS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND MEDICAL WORKERS**

E.L. Davydov<sup>1</sup>, R.A. Yaskevitch<sup>1,2</sup>, I.I. Baron<sup>1</sup>, V.V. Kusaev<sup>1</sup>, O.V. Nor<sup>1</sup>, L.A. Filimonova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Krasnoyarsk State Medical University named after. prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk

<sup>2</sup> Scientific Research Institute of Medical Problems of the North, Krasnoyarsk

Conflict situations in the sphere of medical services lead to economic losses, cause human and moral costs that leads to higher prices and lower quality of care. A sociological monitoring of patients with arterial hypertension (211 of elderly, 107 of senile and 108 patients of working (middle) age) was realized with use of specially developed original questionnaire. 57,1–68,8 % patients of all ages and gender groups have never been in conflict with health care workers at the treatment of arterial hypertension. The main causes of the conflict between doctors and patients are being able to get on to another doctor reluctance to appoint a physician number of necessary diagnostic and therapeutic procedures. The level of medical management where patients complained was mainly the administration of medical institutions. Patients of older age groups in most were satisfied with the response to their complaints. The alarming trend is the fact that 10,0–28,6 % of patients received no response to their complaints. It's necessary to develop a system of measures to review complaints of the patients in clinic by specially authorized specialists (ombudsmen).

**Key words:** elderly and senile age, arterial hypertension, conflict study

Актуальность всестороннего изучения ситуаций противостояния пациента и медицинского персонала при возникновении претензий к качеству медицинской помощи в последнее десятилетие не требует доказательств. Зарубежные медицинские специалисты давно убедились в том, что цена жалобы, рассмотрение которой выходит за пределы клиники, начинает неуклонно увеличиваться, обрастая судебными, экспертными и другими издержками [3]. К примеру, в США затраты на трехлетнее разбирательство по жалобе достигают 13 тыс. долларов США и выше. Однако рост числа конфликтных ситуаций с больными диктует настоятельную необходимость системного изучения этой проблемы [1].

Предупреждение и досудебное разрешение конфликта важно еще и потому, что судебное решение не является абсолютно объективным, содержит элемент субъективизма, обусловленный различными и не всегда очевидными факторами [2]. Например, в США в 1980-е гг. по решениям судов медики стали выплачивать компенсации за нанесение эмоционального ущерба без видимых физических последствий, что ранее компенсации не требовало. По неясным причинам пациенты стали чаще выигрывать процессы: по данным Американского общества акушеров и гинекологов, в 1985 г. врачи-ответчики выигрывали 81 % исков, а в 1987 г. этот показатель уменьшился до 68 %. Аналогичные тенденции прослеживаются в оценке

ответственности медиков в Великобритании. Кроме экономических потерь, возникающих при конфликтах в сфере медицинского обслуживания, нельзя игнорировать кадровые и моральные издержки, которые несут обе стороны. В конечном итоге это ведет к удорожанию и снижению качества медицинской помощи. В Великобритании осознание последствий судебных споров привело к созданию системы мер по рассмотрению жалоб пациентов непосредственно в клинике специально уполномоченными правозащитниками (омбудсменами) [5]. В России с усилением правовой составляющей в отношениях врача и пациента актуальным становится предупреждение конфликтов в системе медицинского обслуживания населения.

**Цель исследования:** изучить причины возникновения конфликтных ситуаций при оказании помощи пациентам старших возрастных групп, страдающим артериальной гипертензией.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были обследованы 426 пациентов в возрасте 45–89 лет, имеющие систоло-диастолическую (СДАГ) или изолированную систолическую артериальную гипертензию (ИСАГ). Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ГБОУ ВПО КрасГМУ (протокол № 39 от 20.03.2012 г.), всеми пациентами было подписано добровольное информированное согласие на участие в исследовании. В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60–74 года – по классификации ВОЗ (1963), из них 76 мужчин (средний возраст – 67,08; 95% доверительный интервал (ДИ) (66,07–69,09)) и 135 женщин (средний возраст – 67,39; ДИ (66,66–68,11)). Вторая группа состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 46 мужчин (средний возраст – 81,35; ДИ (80,20–80,50)) и 61 женщина (средний возраст – 79,49; ДИ (78,53–80,46)). Группу сравнения составили 108 больных (45–59 лет) – 44 мужчины (средний возраст – 53,70; ДИ (52,54–53,87)) и 61 женщина (средний возраст – 53,57; ДИ (53,02–54,52)). Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий в том числе блок вопросов по конфликтологии (в этот «кейс» была включена часть вопросов, представленных А.В. Решетниковым [4]).

Для статистической обработки данных использовали программу SPSS v. 19 (США). Описательные статистики представлены абсолютными и относительными значениями, средними величинами и (95%) доверительными интервалами (ДИ). При определении значимости различий между количественными и ранговыми учетными признаками, при множественных сравнениях использовали критерий Краскелла – Уоллиса, при попарном сравнении – критерий Манна – Уитни с поправкой Бонферрони. Проверка нормальности распределения количественных переменных осуществлялась при помощи критерия Колмогорова – Смирнова. Для сравнения качественных признаков использовали критерий  $\chi^2$  и точный критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Оценивая возникновение конфликтных ситуаций у пациентов с АГ с медицинскими работниками, мож-

но сделать вывод о том, что большинство пациентов всех возрастных и гендерных групп (57,1–68,8 %) никогда не конфликтовали с медицинскими работниками при лечении АГ, у 31,3–40,5 % респондентов были отмечены периодические (единичные либо несколько раз за время лечения по поводу АГ) конфликты с медицинскими работниками, и только 0,7–4,4 % указали на то, что конфликтуют «на постоянной основе» с медицинскими работниками (женщины группы сравнения и мужчины пожилого возраста не указали данный вариант ответа).

Пациенты с АГ, имевшие конфликтные ситуации, могли указать одновременно несколько категорий медицинских работников, с которыми у них происходили конфликты (табл. 1). Большинство пациентов конфликтовало с работниками регистратуры (30,0–53,1 %), при этом наиболее вовлеченными в конфликт с данными работниками оказались женщины старческого возраста (51,9 %) и группы сравнения (52,2 %), а также мужчины пожилого возраста (53,1 %), в то же время только 30,0 % мужчин старческого и 40,0 % пожилого возрастов конфликтовали с данной категорией работников ЛПУ. 18,5–40,0 % из тех, кто конфликтовал с работниками ЛПУ указали своих лечащих врачей, наиболее конфликтными с данной категорией сотрудников ЛПУ оказались мужчины старческого возраста (40,0 %), чья «конфликтность» с врачами сопоставима с работниками регистратуры (табл. 1).

Отмечено, что меньше пациенты с АГ конфликтуют с сотрудниками администрации ЛПУ (5,0–17,2 %), медицинскими сестрами (4,3–30,0 %) (мужчины старческого возраста не указали данный вариант ответа), при этом достоверно чаще с медицинскими сестрами конфликтуют мужчины группы сравнения (30,0 %), нежели женщины данной группы (4,3 %;  $p = 0,023$ ) и мужчины старческого возраста (0 %;  $p = 0,008$ ), также достоверно чаще женщины старческого возраста (22,2 %) конфликтуют с мужчинами своей группы ( $p = 0,024$ ). Низок удельный вес пациентов с АГ, отметивших наличие конфликтных ситуаций с санитарками ЛПУ – 5,0–11,1 % (женщины группы сравнения и мужчины пожилого возраста не указали данный вариант ответа) (табл. 1).

При оценке основных причин возникновения конфликта пациенты могли указать одновременно несколько проблем, приведших к конфликтной ситуации (табл. 2). Основной причиной, по мнению пациентов, является отсутствие возможности попасть на прием к другому врачу (чаще всего был указан врач-кардиолог, а также невропатолог, окулист, врачи, проводящие функциональные исследования (УЗИ, Эхо-КГ, СМАД, Холтеровское мониторирование)) – 31,6–81,8 %, при этом у мужчин группы сравнения данная проблема являлась причиной конфликта достоверно реже (31,6 %), чем у мужчин пожилого возраста (67,7 %;  $p = 0,033$ ) и женщин своей возрастной группы (81,8 %;  $p = 0,001$ ) и с тенденцией к достоверности, чем у мужчин старческого возраста (63,2 %;  $p = 0,051$ ).

Другими частыми причинами возникновения конфликтных ситуаций является нежелание назначать ряд необходимых, на взгляд пациентов с АГ, диагностических и/или лечебных процедур (27,3–

Таблица 1

Категории медицинских работников, с которыми происходили конфликты (n (%))

Категория медицинских работников	П (n = 96)		С (n = 47)		Ср. (n = 43)	
	М (n = 32)	Ж (n = 64)	М (n = 20)	Ж (n = 27)	М (n = 20)	Ж (n = 23)
Представители администрации	5 (15,6 %) $p_{1,2} = 0,952$ $p = 0,846$	11 (17,2 %) $p_{1,2} = 0,463$	3 (15,0 %) $p_{2,3} = 0,292$ $p = 0,633$	3 (11,1 %) $p_{2,3} = 0,834$	1 (5,0 %) $p_{1,3} = 0,243$ $p = 0,365$	3 (13,0 %) $p_{1,3} = 0,643$
Врачи	6 (18,8 %) $p_{1,2} = 0,093$ $p = 0,600$	15 (23,4 %) $p_{1,2} = 0,605$	8 (40,0 %) $p_{2,3} = 0,311$ $p = 0,104$	5 (18,5 %) $p_{2,3} = 0,520$	5 (25,0 %) $p_{1,3} = 0,591$ $p = 0,935$	6 (26,1 %) $p_{1,3} = 0,799$
Медицинские сестры	4 (12,5 %) $p_{1,2} = 0,100$ $p = 0,637$	6 (4 %) $p_{1,2} = 0,098$	0 (0 %) $p_{2,3} = 0,008^*$ $p = 0,024^*$	6 (22,2 %) $p_{2,3} = 0,069$	6 (30,0 %) $p_{1,3} = 0,119$ $p = 0,023^*$	1 (4,3 %) $p_{1,3} = 0,447$
Санитарки	0 (0 %) $p_{1,2} = 0,202$ $p = 0,104$	5 (7,8 %) $p_{1,2} = 0,612$	1 (5,0 %) $p_{2,3} = 0,548$ $p = 0,458$	3 (11,1 %) $p_{2,3} = 0,099$	2 (10,0 %) $p_{1,3} = 0,068$ $p = 0,120$	0 (0 %) $p_{1,3} = 0,167$
Работники регистратуры	17 (53,1 %) $p_{1,2} = 0,357$ $p = 0,386$	28 (43,8 %) $p_{1,2} = 0,479$	8 (40,0 %) $p_{2,3} = 0,507$ $p = 0,421$	14 (51,9 %) $p_{2,3} = 0,982$	6 (30,0 %) $p_{1,3} = 0,102$ $p = 0,142$	12 (52,2 %) $p_{1,3} = 0,487$
Все категории в равной степени	5 (15,6 %) $p_{1,2} = 0,952$ $p = 0,579$	13 (20,3 %) $p_{1,2} = 0,838$	3 (15,0 %) $p_{2,3} = 0,677$ $p = 0,534$	6 (22,2 %) $p_{2,3} = 0,509$	4 (20,0 %) $p_{1,3} = 0,685$ $p = 0,434$	7 (30,4 %) $p_{1,3} = 0,322$

**Примечание (здесь и далее):** n – количество единиц наблюдения; П – пожилой возраст; С – старческий возраст; Ср. – группа сравнения; М – мужчины; Ж – женщины;  $p_{1,2}$ ,  $p_{2,3}$ ,  $p_{1,3}$  – уровень значимости отличий между группами у лиц одного пола; p – уровень значимости отличий внутри группы по полу; \* –  $p < 0,05$ .

Таблица 2

Основные причины возникновения конфликта (n (%))

Причина возникновения конфликта	П (n = 94)		С (n = 45)		Ср. (n = 41)	
	М (n = 32)	Ж (n = 62)	М (n = 19)	Ж (n = 26)	М (n = 19)	Ж (n = 22)
Отсутствие возможности попасть на прием к другому врачу	20 (62,5 %) $p_{1,2} = 0,963$ $p = 0,611$	42 (67,7 %) $p_{1,2} = 0,575$	12 (63,2 %) $p_{2,3} = 0,051$ $p = 0,912$	16 (61,5 %) $p_{2,3} = 0,124$	6 (31,6 %) $p_{1,3} = 0,033^*$ $p = 0,001^*$	18 (81,8 %) $p_{1,3} = 0,209$
Нарушение медицинской этики	3 (9,4 %) $p_{1,2} = 0,894$ $p = 0,775$	7 (11,3 %) $p_{1,2} = 0,973$	2 (10,5 %) $p_{2,3} = 0,209$ $p = 0,015$	3 (11,5 %) $p_{2,3} = 0,516$	5 (26,3 %) $p_{1,3} = 0,108$ $p = 0,530$	4 (18,2 %) $p_{1,3} = 0,410$
Принятие врачом решений без согласия больного	2 (6,3 %) $p_{1,2} = 0,266$ $p = 0,573$	6 (9,7 %) $p_{1,2} = 0,768$	0 (0 %) $p_{2,3} = 0,146$ $p = 0,216$	2 (7,7 %) $p_{2,3} = 0,861$	2 (10,5 %) $p_{1,3} = 0,583$ $p = 0,877$	2 (9,1 %) $p_{1,3} = 0,936$
Попытка извлечения врачом личной материальной выгоды	1 (3,1 %) $p_{1,2} = 0,436$ $p = 0,353$	5 (8,1 %) $p_{1,2} = 0,474$	0 (0 %) $p_{2,3} = 0,146$ $p = 0,387$	1 (3,8 %) $p_{2,3} = 0,454$	2 (10,5 %) $p_{1,3} = 0,277$ $p = 0,877$	2 (9,1 %) $p_{1,3} = 0,881$
Нежелание назначать ряд диагностических и/или лечебных процедур	6 (18,8 %) $p_{1,2} = 0,525$ $p = 0,125$	21 (33,9 %) $p_{1,2} = 0,681$	5 (26,3 %) $p_{2,3} = 0,426$ $p = 0,393$	10 (38,5 %) $p_{2,3} = 0,413$	3 (15,8 %) $p_{1,3} = 0,789$ $p = 0,376$	6 (27,3 %) $p_{1,3} = 0,569$
Отказ сообщать информацию о состоянии здоровья, заболевании или методах лечения	3 (9,4 %) $p_{1,2} = 0,492$ $p = 0,609$	4 (6,5 %) $p_{1,2} = 0,630$	3 (15,8 %) $p_{2,3} = 0,631$ $p = 0,164$	1 (3,8 %) $p_{2,3} = 0,221$	2 (10,5 %) $p_{1,3} = 0,894$ $p = 0,620$	3 (13,6 %) $p_{1,3} = 0,295$
Ошибка медицинских работников	1 (3,1 %) $p_{1,2} = 0,277$ $p = 0,630$	1 (1,6 %) $p_{1,2} = 0,521$	2 (10,5 %) $p_{2,3} = 0,209$ $p = 0,375$	1 (3,8 %) $p_{2,3} = 0,221$	5 (26,3 %) $p_{1,3} = 0,013^*$ $p = 0,307$	3 (13,6 %) $p_{1,3} = 0,023^*$
Другое	1 (3,1 %) $p_{1,2} = 0,277$ $p = 0,496$	4 (6,5 %) $p_{1,2} = 0,184$	2 (10,5 %) $p_{2,3} = 0,631$ $p = 0,636$	4 (15,4 %) $p_{2,3} = 0,221$	3 (15,8 %) $p_{1,3} = 0,104$ $p = 0,226$	1 (4,5 %) $p_{1,3} = 0,748$

38,5 %), а также нарушения, по мнению пациентов, медицинской этики (9,4–26,3 %). По мнению пациентов группы сравнения, весьма часто причинами возникновения конфликта они считают те или иные ошибки медицинских работников (26,3 % и 13,6 % соответственно), что достоверно чаще, чем у пациентов пожилого возраста (3,1 %,  $p = 0,013$  и 1,6 %,  $p = 0,023$ ), у пациентов старческого возраста эта причина была источником конфликтов в 10,5 % и 3,8 % случаев соответственно (табл. 2).

Подавляющее большинство пациентов (83,9–91,9 %) никогда не обращались с письменными или устными претензиями к работе лечащего врача или лечебно-профилактического учреждения, только

8,1–16,1 % пациентов при лечении АГ обращались с жалобами в различные учреждения.

При указании основных причин обращения с жалобой пациенты могли указать одновременно несколько причин, приведших к этому. Большинство пациентов с АГ отметили основной причиной, побудившей обратиться с жалобой – плохую организацию приема пациентов (21,4–60,0 %), а также отказ в оказании медицинской помощи (9,1–33,3 %) и проблемы с льготным лекарственным обеспечением (14,3–36,4 %).

Реже пациенты обращались с жалобами по следующим причинам: оплата медицинской услуги, которая должна быть бесплатной (9,1–25,0 %) (мужчины группы сравнения не указали данный

вариант ответа); плохое качество медицинской помощи (9,1–25,0 %) (женщины старческого возраста не указали данный вариант ответа); плохое отношение со стороны медицинского персонала (10,0–27,3 %) (мужчины группы сравнения не указали данный вариант ответа); недостаточный уровень обследования (3,6–14,3 %) (женщины старческого возраста не указали данный вариант ответа)

Как отметили пациенты, которые обращались с жалобой на медицинских работников основным местом, куда они жаловались, была администрация данного ЛПУ (33,3–100,0 %).

При этом все женщины старческого возраста (100,0 %) обращались с жалобами именно в эту структуру, что достоверно чаще, чем мужчины своего возраста (33,3 %;  $p = 0,010$ ). Значительно реже пациенты обращались в краевое министерство или городское управление здравоохранения (8,0–33,0 %) (женщины старческого возраста не указали данный вариант ответа), в страховую медицинскую компанию (9,1–22,2 %) (женщины старческого возраста и мужчины группы сравнения не указали данный вариант ответа), в другие организации (администрацию края, Государственную думу, краевое Законодательное собрание, в Роспотребнадзор) – 8,0–25,0 % (мужчины пожилого возраста, женщины старческого возраста и группы сравнения не указали данный вариант ответа).

Мнение пациентов о результате удовлетворенности ответом на жалобу разделились: так, большинство мужчин пожилого возраста (50,0 %), пациенты старческого возраста (44,4 % и 71,4 % соответственно) и женщины группы сравнения (63,6 %) полностью удовлетворены результатом ответа на свою жалобу, мнение женщин пожилого возраста разделилось между теми, кто удовлетворен и не удовлетворен ответом на жалобу (по 37,0 % соответственно). Большинство мужчин группы сравнения (83,3 %) не удовлетворены результатом ответа на свою жалобу, что достоверно чаще, чем мужчины пожилого возраста (30,0 %;  $p = 0,039$ ) и женщины своей возрастной группы (18,2 %;  $p = 0,009$ ) и с тенденцией к достоверности, по сравнению с мужчинами старческого возраста (33,3 %;  $p = 0,057$ ) (женщины старческого возраста не указали данный вариант ответа). 10,0–28,6% пациентов не

получили никакого ответа на свою жалобу (мужчины группы сравнения не указали данный вариант ответа).

Таким образом, большинство пациентов никогда не конфликтовали с медицинскими работниками при лечении АГ.

У тех пациентов, у которых возникали конфликтные ситуации, основная часть их часть была с работниками регистратуры, а также со своим лечащим врачом.

Основными причинами возникновения конфликта между врачами и пациентами являются: отсутствие возможности попасть на прием к другому врачу (узкому специалисту), нежелание назначать лечащим врачом ряд необходимых диагностических и/или лечебных процедур.

Подавляющее большинство пациентов никогда не обращались с письменными или устными претензиями к работе лечащего врача или лечебно-профилактического учреждения, среди тех, кто обращался с жалобой, основными причинами назвали плохую организацию приема пациентов, проблемы с льготным лекарственным обеспечением и отказ в оказании медицинской помощи.

Уровнем обращения, куда пациенты направляли свои жалобы, была в основном администрация ЛПУ. Пациенты старших возрастных групп в большинстве были удовлетворены ответом на свои жалобы. Тревожной тенденцией является тот факт, что 10,0–28,6 % пациентов не получили никакого ответа на свои жалобы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гришина Н.В. Психология конфликта. – СПб.: Питер, 2008. – 544 с.
2. Емельянов С.М. Управление конфликтами в организации. – М.: Авалон, Азбука-классика, 2006. – 256 с.
3. Лефевр В.А., Смолян Г.Л. Алгебра конфликта. – М.: Либроком, 2009. – 72 с.
4. Решетников А.В. Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 256 с.
5. Степанов Е.И. Современная конфликтология. Общие подходы к моделированию, мониторингу и менеджменту социальных конфликтов. – М.: ЛКИ, 2008. – 176 с.

#### Сведения об авторах

**Давыдов Евгений Леонардович** – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; e-mail: devgenii@bk.ru)

**Яскевич Роман Анатольевич** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник клинического отделения сердечно-сосудистой системы ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера» СО РАМН, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

**Филимонова Людмила Анатольевна** – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

**Барон Ирина Иосифовна** – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры поликлинической терапии и семейной медицины ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

**Кусаев Виктор Владимирович** – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры терапии института последипломного образования ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

**Нор Ольга Владимировна** – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры нервных болезней, традиционной медицины с курсом последипломного образования ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России

**Филимонова Людмила Анатольевна** – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры внутренних болезней педиатрического факультета кандидат медицинских наук, доцент