



М.Б. Щербинина, Е.В. Закревская
ГУ «Институт гастроэнтерологии АМН Украины»,
Днепропетровск

Результаты анкетирования врачей терапевтического профиля по вопросам качества оказания амбулаторной медицинской помощи пациентам с патологией системы печени

Ключевые слова

Качество медицинской помощи, стандартизация, патология системы печени, качество диагностики, качество лечения, клинические протоколы.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, под качеством медицинской помощи (КМП) понимают ряд свойств процесса медицинского обслуживания пациентов [1]. Прежде всего пациент должен соответствующим образом информировать персонал медицинского учреждения о состоянии своего здоровья, соблюдать все врачебные предписания. Персонал медицинского учреждения, в свою очередь, предоставляет пациенту медицинскую помощь должного качества и объема. Это означает, что предоставляемая медицинская помощь должна быть оказана своевременно, с использованием всех ресурсов (врачебных, диагностических, лекарственных, финансовых и т. п.), полным соблюдением технологии лечения для данного заболевания. Кроме того, предполагается, что медицинская помощь достигнет желаемого результата в отношении состояния здоровья пациента, не ухудшит его, оставит пациента удовлетворенным предпринятыми действиями медицинского персонала.

Для градации КМП на надлежащее или ненадлежащее необходимо измерить качество отдельных его составляющих. Со стороны врачей это оценка возможности оптимального использования ресурсов (изучение наличия/отсутствия и использования/неиспользования имеющихся в наличии у персонала медицинского учреждения

ресурсов), а также предполагаемый ими риск заболевания (факт достижения прогнозируемого изменения состояния здоровья пациента; факт достижения непрогнозируемого результата при соблюдении всех технологий под влиянием атипичности заболевания, исключительных индивидуальных особенностей организма пациента, сопротивления пациента лечению и т. д.). Вместе с тем действия врача должны основываться на нормах выполнения определенных медицинских технологий (стандартов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, стандартов реабилитационных действий). Однако сегодня в Украине нет стандартов КМП для выполнения большинства медицинских процедур, и потому зачастую их выполняет персонал по принятому в медицинском учреждении обыкновению, по советам коллег, внутреннему наитию врача. Вопросы стандартизации активно обсуждают в медицинских кругах в связи с необходимостью адаптации сферы здравоохранения к таковой Евросоюза. Поэтому важно знать, насколько используют последние достижения развития сектора здравоохранения стран Евросоюза в реформировании отечественного.

Для изучения мнения врачей по этим вопросам выбор заболеваний системы печени обусловлен следующим. По данным статистики, в Украине за последние 10 лет темп прироста рас-

пространенности хронического холецистита и холангита составил 56,1 % [12], желчнокаменной болезни (ЖКБ) — 97,5 % [11]. Заболевания системы печени представляют неэпидемическую хроническую патологию, являясь причиной длительных страданий многих людей, значительно ухудшая качество их жизни. Считают, что именно эта группа заболеваний влечет возрастание экономических издержек для всего общества и рассматривается как тяжелое бремя для системы здравоохранения [2]. Действующим в настоящее время является приказ Министерства здравоохранения (МЗ) Украины № 271 от 13.06.2005 «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Гастроэнтерология»» [5], которым регламентировано ведение пациентов с 14 нозологическими формами заболеваний пищеварительной системы, среди них 3 — печеночных путей: функциональные расстройства печеночных путей, хронический холецистит, ЖКБ. Сфера действия протоколов охватывает общетерапевтические и гастроэнтерологические отделения всех уровней.

Таким образом, информация, полученная на примере патологии системы печени, может быть полезна для выработки тактики повышения КМП в целом.

Цель исследования — изучение и анализ мнения врачей-терапевтов о КМП, оказываемой пациентам с патологией системы печени в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Материалы и методы

Для изучения мнения врачей нами разработана оригинальная анкета, состоящая из 12 вопросов. В анкету вошли вопросы-«меню», то есть с поливариантными ответами, когда респондент может выбрать любое сочетание вариантов ответов; дихотомические вопросы, предполагающие два взаимоисключающих друг друга варианта ответа (тип «да-нет»). В ряде вопросов предполагалось, что респондент напишет то, что считает необходимым, в специально отведенной строке. Данные о враче, который заполнил анкету, включали возраст, пол, специальность, стаж работы по специальности, врачебную категорию, тип лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

Анкету заполняли врачи самостоятельно и анонимно.

Анкетирование проведено в течение IV квартала 2009 г. среди терапевтов и гастроэнтерологов лечебно-профилактических учреждений Днепропетровска и Днепропетровской области. Анкеты оценивали системно, используя информацию как по отдельным вопросам, так и ту, ко-

торая обнаруживается при осмыслении всех вопросов как взаимодействующих структур, а всех ответов на них — как взаимодействующих элементов.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью табличного редактора MS Excel с использованием общепринятых статистических методов.

Результаты и обсуждение

В анкетировании приняли участие 434 врача терапевтического профиля, среди них женщин — 357 (82,4 %), мужчин — 76 (17,6 %). Возраст респондентов составил от 24 до 72 лет, в среднем ($48 \pm 10,2$) года. Преобладали врачи, работающие в поликлиниках, — 316 (73 %). Врачей стационаров было 88 (20,3 %), других ЛПУ — 21 (4,8 %). Средний врачебный стаж составил от 1 до 50 лет, в среднем ($22 \pm 9,8$) года. По врачебным категориям распределение было таким: высшая — 110 (25,4 %), 1-я — 193 (44,6 %), 2-я — 63 (14,5 %), без категории — 51 (11,8 %).

При обсуждении вопросов КМП важно знать, какими знаниями руководствуется врач в своих действиях. Поиск оптимальной модели врачебной подготовки привел в конце 90-х годов XX века к признанию необходимости в непрерывном медицинском последипломном образовании. После получения основной специальности (интернатура, клиническая ординатура, аспирантура) новую информацию, связанную с профессиональной деятельностью, врачи получают на курсах повышения квалификации (усовершенствование) и путем самообразования. На курсы общего или тематического усовершенствования врачей направляют по мере необходимости, но не реже одного раза в пять лет. Согласно данным анкеты, основная масса врачей (386, или 89,1 %) указали именно курсы как источник обновления теоретических и практических знаний по уже приобретенной специальности. И все-таки ключевым моментом медицинского последипломного образования служит не прохождение раз в пятилетку циклов усовершенствования, а перманентное самообразование. Позитивным, по данным опроса, является то, что врачи регулярно знакомятся с медицинской литературой (391, или 90,3 %), почти половина опрошенных пользуется сетью Интернет (188, или 43,4 %). Отмечается также высокая активность фармацевтических компаний, которые поставляют врачам информацию через своих медицинских представителей (357, или 82,4 %) и посредством организации или участия в научно-практических конференциях (352, или 81,3 %). Обращает внимание тот факт, что администра-

ции ЛПУ обеспечивают информирование врачей немногим более чем в 1/4 случаях (125, или 28,9 %), хотя обязаны знакомить сотрудников с новыми приказами МЗ Украины, информационными письмами, нововведениями и т. д., обеспечивая их внедрение в клиническую практику.

По всей видимости, этим обусловлен ответ 14 (3,2 %) респондентов о том, что они не знают содержания утвержденных приказом МЗ Украины протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Гастроэнтерология», хотя приказ был издан более 4 лет назад. Большинство врачей используют их в равной мере как в диагностике 345 (79,7 %), так и лечения (343, или 79,2 %) заболеваний печеночных протоков. Оставшаяся 1/4 часть респондентов (102, или 23,6 %) считают стандарты невыполнимыми в клинической практике по причине большого объема диагностических процедур (85, или 19,6 %), нерегулярного обновления (45, или 10,4 %), неконкретных рекомендаций (21, или 4,8 %).

Следующий ряд вопросов, заданных врачам, касался постановки диагнозов хронического холецистита и ЖКБ. Ранее нами было показано [10], что вследствие диагностических ошибок, которые допускают врачи как направивших учреждений, так и гастроэнтерологических отделений стационаров, расхождение диагнозов этих ЛПУ по хроническому холециститу занимает ведущие места: 2-е для направивших учреждений (гипер- и гиподиагностические ошибки распределились почти поровну); 1-е для гастроэнтерологических стационаров (66,3 %, преимущественно гиподиагностика). Анализ этих фактов указал на некачественное обследование пациентов [10]. Последнее подтвердилось мнением врачей, выявленном в данном опросе.

Согласно ответам респондентов, подходы, используемые для диагностики заболеваний печеночных протоков, соответствуют требованиям протоколов. Однако 267 (61,7 %) врачей считают, что провести полноценное обследование пациенту гастроэнтерологического профиля в государственной поликлинике невозможно. Такой пациент проходит лабораторно-инструментальное обследование преимущественно в частных клиниках. По методам обследования это выглядит следующим образом: лабораторные тесты — 295 (68,1 %), УЗИ — 301 (69,6 %), ФГДС — 272 (62,8 %), колоноскопия — 163 (37,6 %), ректороманоскопия — 131 (30,3 %), рентгенисследования — 91 (21 %), в т. ч. компьютерная томография — 236 (54,5 %).

В сложных клинических случаях врачи направляют пациентов гастроэнтерологического профиля на консультацию в Институт гастроэн-

терологии АМН Украины (367, или 84,8 %), областную больницу (230, или 53,1 %), единицы попадают в частные клиники Днепропетровска (25, или 5,8 %), специализированные центры Киева (27, или 6,2 %) и за рубеж (7, или 1,6 %). Необходимо отметить, что такое распределение связано с тем, что опрос проводили среди врачей Днепропетровска и Днепропетровской обл. Безусловно, с момента создания Института гастроэнтерологии, расположенный в Днепропетровске, планировался как научно-методический и консультативный центр, который должен обеспечивать потребности в оказании высокоспециализированной медицинской помощи всему населению Украины. Однако сегодня в связи с экономическим положением в стране большинство пациентов не могут оплатить свой проезд и пребывание в другом городе на период прохождения диагностических и лечебных мероприятий, поэтому процент пациентов из других областей, кроме Днепропетровской, остается, к сожалению, невысоким. Так, согласно отчету за 2008 г., в консультативной поликлинике института проведен прием 35 909 больных, из них из других областей Украины — 1545 (4,3 %).

На основании полученных ответов можно выделить несколько ведущих причин неэффективного лечения пациентов с хроническим холециститом и ЖКБ, приводящего к холецистэктомии. Со стороны ЛПУ это формальный подход к диспансеризации (187, или 43,2 %), поздняя диагностика (289, или 66,7 %). Но основной акцент врачи делают на пациенте, в частности, невозможности пройти полноценное обследование (176, или 40,6 %), приобрести медикаменты (261, или 60,3 %), получить санаторно-курортное лечение (190, или 43,9 %). Кроме того, подчеркивается, что 3/4 пациентов не выполняют рекомендаций врача по вопросам питания (344, или 79,4 %), ведения здорового образа жизни (344, или 79,4 %), лечения (279, или 64,4 %).

По мнению врачей, КМП в амбулаторных условиях существенно снижает несостоятельность в отношении мер по профилактике заболеваний (297, или 68,6 %), их своевременной диагностики (271, или 62,6 %), реабилитации (148, или 34,2 %), и в гораздо меньшей степени КМП заболеваний системы печени зависит от лечения (104, или 24 %).

Уточняя особенности ведения пациентов с патологией системы печени, врачи считают, что наибольшее значение имеют динамическое наблюдение больных по нозологиям (317, или 73,2 %), целевые периодические медосмотры для выявления заболеваний печеночных протоков (233, или 53,8 %), 1/3 врачей убеждены, что больше внима-

ния необходимо уделять непосредственной работе с пациентом, в частности в виде санпросветработы (153, или 35,3 %), в т. ч. создание школ для пациентов с определенным видом патологии (96, или 22,2 %). Развивая тематику диспансеризации, большинство врачей определяют оптимальную частоту таких осмотров при хроническом холецистите — раз в 6 мес 289 (66,7 %), а вот что касается ЖКБ, мнения расходятся между частотой осмотров: раз в 3 мес — 150 (34,6 %) и раз в 6 мес — 228 (52,7 %). Напомним, что, согласно протоколам [5], при хроническом холецистите и ЖКБ пациенты подлежат диспансерному наблюдению раз в год.

Оптимальным для курации заболеваний печеночного протока 177 (40,9 %) врачей считают развитие в поликлинике дневных стационаров, 193 (44,6 %) придают значение поднятию роли гастроэнтерологической службы на уровне Украины. Однако наибольшее количество респондентов считает необходимым развитие терапевтической службы (307, или 70,9 %).

Итак, основная масса врачей постоянно поддерживает профессиональную компетентность. Такому пополнению и обновлению медицинских знаний призван способствовать приказ МЗ Украины № 484 от 07.07.09 [6], согласно которому каждый врач в течение 5 лет для получения соответствующей квалификационной категории должен набрать определенное количество баллов. Баллы градируют в зависимости от уровня получения информации (прохождение курсов, участие в научно-практической конференции, подготовка статьи и др.). Однако, вовлечение врачей в такой информационный охват, прежде всего необходимо позаботиться о поступлении к ним достоверной научной информации. В этой связи, вероятно, на проведение мероприятий с получением сертификатов с ранжированными баллами следует получать разрешение у ведущих специалистов Минздрава с регистрацией их в соответствующих реестрах.

Обязательно нужно повысить ответственность администрации ЛПУ за своевременность ознакомления сотрудников с нормативно-правовыми документами в области здравоохранения, принятыми на уровне Минздрава, в т. ч. клиническими рекомендациями, информационными письмами и другими документами, а также контроль за обеспечением внедрения на местах достижений медицинской науки. В качестве выхода из сложившейся ситуации для повышения исполнительской дисциплины целесообразно возродить вертикаль управления в здравоохранении, в частности в системе оказания специализированной гастроэнтерологической

помощи (рисунок). Это должно найти отражение также в изменении представительства разных областей Украины по консультациям и госпитализации пациентов в Институт гастроэнтерологии.

Безусловно, для постановки диагноза врачу необходимо правильно оценить клинические проявления патологии и данные лабораторных и инструментальных исследований. Практика свидетельствует, что к ошибкам в диагнозе часто приводят невнимательность и небрежность при обследовании и/или недостаточное обследование больного [7, 9]. Поэтому следующий компонент, необходимый для повышения КМП, — наличие современной материальной базы, позволяющей провести адекватное обследование пациента. Учитывая интенсивное развитие частного сектора медицинских услуг, что показывает высокий процент обследований в частных клиниках, вероятно, для разрешения этих вопросов следует разрабатывать в стране систему медицинского страхования.

Функционирование медицинского страхования, в свою очередь, требует наличия четких медицинских стандартов. В 2009 г. МЗ Украины приняло два приказа, касающиеся разработки таких национальных документов [3, 4]. Общегосударственная программа адаптации законодательства Украины к законодательству Евросоюза (Закон Украины № 1629-IV от 18.03.04) предусматривает гармонизацию национальной системы

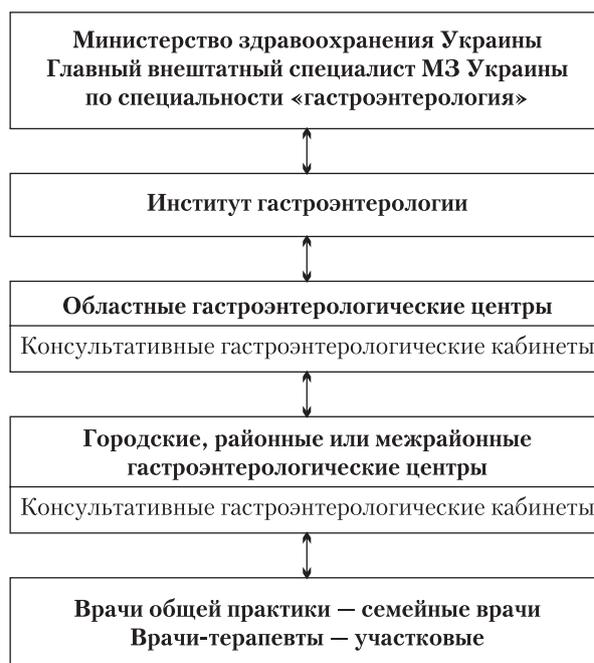


Рисунок. Структура организации системы поэтапной медицинской помощи пациентам гастроэнтерологического профиля

стандартизації с європейськими принципами. В відповідності с Концепцією управління КМП населенню в Україні на період до 2010 года, стандартизація в охороні здоров'я України проводиться путем розробки і впровадження в повсякденну медичну практику клінічних рекомендацій і клінічних протоколів, гармонізації стандартів медичної допомоги с міжнародною системою стандартизації. При цьому основою стандартів медичної допомоги служать наукові доказателі еффеєктивності і безпеки медичних втручань, отримані во время проведених по єдиній методикі клініко-епідеміологічних досліджень (доказателіна медицина), или в случає их отсутствия — даних о найкращій медичній практиці.

Розвиток стратегії і практичне впровадження цих нормативів в охорону здоров'я возложено на Общегосударственный центр розробки і моніторингу дотримання медичних стандартів на базі Українського інституту стратегічних досліджень МЗ України. Учигывая, что пріоритетними напрямками були і остаються серцево-судинні захворювання, как группа с высоким уровнем летальности населения, вопросы по гастроэнтерологическим заболеваниям практически не рассматривают. Однако, на наш взгляд, создание инициативной рабочей группы при МЗ Украины по специальности «гастроэнтерология» будет значительным прогрессивным шагом.

В то же время, по результатам ряда работ, только 8 % неудач в лечении связаны с медслужбой (ошибки врачей и медсестер; недостаточное количество медперсонала, например, санитарок; низкое качество питания в стационарах; отсутствие элементарных бытовых удобств и т. д.). Поэтому сегодня нельзя не говорить о роли пациента в достижении эффекта лечения. Мнения врачей по поводу пациентов с заболеваниями протоков печени, полученные в данном опросе, переключаются с данными других исследований. Так, показано, что примерно в 50 % случаев неудач при нормальном лечении пациент просто не принимал лекарства или делал это неправильно. Еще 25 % относят на долю невыполнения других рекомендаций (диета, режим сна, гигиены, стрессы и т. д.); 12 % — генетически и экологически обусловленные причины (например, невозможность сменить место жительства при бронхиальной астме) [8].

На наш взгляд, это результат безграмотности пациентов вследствие получения через средства массовой информации ложных представлений о лечении. К услугам больных и аптечные кон-

сультанты, советующие «то же самое, но дешевле», и Интернет с тысячей способов «сделать лучше, чем рекомендовал доктор». Назначение врача часто перепроверяют знакомые без медицинского образования на основании популярных газетных статей и таких, на наш взгляд, недопустимых, с точки зрения здравого смысла, телепередач, когда с экрана, например, Г. Малахов, вещает о вреде лекарств и пользе настоящего на травах керосина.

Именно эти вопросы пытаются поднять врачи, говоря о том, что надо активнее проводить с населением беседы об ответственном отношении к своему здоровью, как не банально, о здоровом образе жизни, курении, приверженности назначенному лечению.

Таким образом, изучение проблемы состояния КМП при заболеваниях печени, по результатам анкетирования врачей терапевтического профиля, выявило общие закономерности дефектов системы медицинского обслуживания населения в амбулаторно-поликлинических учреждениях, нерешенные вопросы последиplomного образования врачей, а также необходимость в проведении активной санитарно-просветительной работы среди населения.

Выводы

Уровень КМП, оказываемой пациентам гастроэнтерологического профиля, и в частности с патологией системы печени, является актуальной проблемой медицинского обслуживания населения в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Изучение мнения врачей о протоколах оказания медицинской помощи по специальности «Гастроэнтерология» показало, что действующие стандарты не в полной мере отвечают современным концептуальным подходам ведения таких пациентов, и выявило ряд причин их невыполнимости в клинической практике.

К первоочередным мерам, направленным на обеспечение повышения КМП, по мнению опрошенных врачей, относятся внедрение современных стандартов медицинской помощи; возрождение вертикали в системе оказания специализированной гастроэнтерологической помощи; улучшение ресурсной базы медицинских учреждений; введение в стране системы медицинского страхования.

Врачи готовы к систематическому последиplomному образованию по специальности; задача МЗ Украины — обеспечить своевременное поступление научно достоверной информации через главных внештатных специалистов МЗ Украины и администрацию ЛПУ с привлечением специа-

листов кафедр послєдипломного образования и головных институтов.

Необходимо разработать мероприятия по повышению социального доверия пациентов к профессиональному врачебному сообществу на уровне как ответственности каждого за собственное здоровье, так и просветительной деятельности в направлении медицинских лжефактов.

Автори статті виражають благодарність всім врачам, прийнявши участь в опросе, а також признательність за допомогу в організації проведення анкетування врачів представителям адміністрації лечьбно-профілактических учреждений Днепропетровска и городов его областного подчинения (Днепродзержинск, Кривой Рог, Никополь, Павлоград).

Список литературы

1. Доказательная медицина. Ежегодный международный справочник / Пер. с англ. Вып. 2. В 7 ч.— М.: Медиа Сфера, 2003.— Ч. 1.— 730 с.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г.— Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2002.— 156 с.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 102,18 від 19.02.09 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)».
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 798,75 від 03.11.09 «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина друга)».
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 271 від 13.06.05 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія»».
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 484 від 07.07.09 «Про затвердження змін до положення про проведення іспитів на передатестаційних циклах».
7. Постовит В.А. О диагностических ошибках // Клин. мед.— 1991.— Т. 69, № 9.— С. 99—103.
8. Силуянова И., Яковлев В. Отечественные традиции живы // Мед. вестник — 2009 № 1—2.— С. 470—471.
9. Ткаченко Е.И., Лисовский В.А. Ошибки в гастроэнтерологии.— СПб: Невский диалект, 2002.— 397 с.
10. Щербинина М.Б., Лехан В.М., Волчек В.В. Врачебные ошибки при диагностике и лечении заболеваний органов пищеварения // Сучасна гастроентерол.— 2007.— № 1.— С. 87—93.
11. Щербинина М.Б., Бабєць М.І. Епідеміологічний аналіз поширеності та захворюваності на жовчнокам'яну хворобу в Україні // Охорона здоров'я України.— 2008.— № 1.— С. 67—71.
12. Щербинина М.Б., Бабєць М.І. Особливості поширеності та захворюваності населення України на холєцистит і холангіт // Сімейна медицина.— 2008.— № 1.— С. 126—129.

М.Б. Щербиніна, О.В. Закревська

Результати анкетування лікарів терапевтичного профілю з питань якості надання амбулаторної медичної допомоги пацієнтам з патологією системи печінки

Проведено анкетування 434 лікарів терапевтичного профілю з питань якості надання медичної допомоги при захворюваннях системи печінки. Аналіз результатів анкетування виявив загальні закономірності дефектів системи медичного обслуговування населення в амбулаторно-поліклінічних установах. Показано, що чинні стандарти не повною мірою відповідають сучасним концептуальним підходам до ведення таких пацієнтів. Виявлено низку причин неможливості їх впровадження в клінічну практику. На думку лікарів, підвищенню якості медичної допомоги сприятимуть: впровадження сучасних клінічних стандартів; відродження вертикалі в системі надання спеціалізованої гастроентерологічної допомоги; поліпшення ресурсної бази медичних установ; введення в країні системи медичного страхування. Розглянуто низку невирішених питань післядипломної освіти лікарів, а також потребу в проведенні активної санітарно-освітньої роботи серед населення з підвищення соціальної довіри пацієнтів до професійного лікарського співтовариства на рівні як відповідальності кожного за власне здоров'я, так й освітньої діяльності у напрямі медичних лжефактів.

M.B. Shcherbinina, E.V. Zakrevska

The results of the questionnaire survey among general practitioners aimed on the assessment of the quality of out-patient medical care to the patients with hepatic disorders

The questionnaire survey has been held with 434 general practitioners to assess the quality of medical care to the patients with hepatic disorders. The analysis of the survey results revealed the shortcomings in the system of public medical care in out-patient-polyclinic establishments. It has been shown that existing standards do not correspond in the full extent to the modern conceptual approaches to the management of these patients. A number of causal factors have been revealed that does not permit their implementation in clinical practice. On the doctors' opinion, the following measures will promote the rise of the medical care quality: implementation of the modern standards of medical care; restoration of the vertical in the specialized gastroenterological care system; improvement of the resource basis of medical institutions; introduction of the medical insurance system in Ukraine. A number of unsolved issues of medical postgraduate education have been considered. The necessity in conduction of the active sanitary-educational work among the population aimed on the increase of social trust of a patient to professional medical community both on a level of everyone's responsibility for own health, and as educational activity in a direction of the false medical facts has been outlined.

Контактна інформація

Щербиніна Марина Борисівна, д. мед. н., проф., заст. директора з науково-організаційної та методичної роботи
E-mail: scherbinina@ua.fm

Стаття надійшла до редакції 4 лютого 2010 р.