

КОМПЛАЕНС-РИСКИ РАБОЧЕЙ СРЕДЫ, КАК ЧАСТЬ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Белова Г. В.¹, Пахомова Н. И.², Иванцова М. А.³, Щербаков П. Л.⁴, Верник Н. В.⁵

¹ Многопрофильный центр Банка России, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи-заведующая поликлиникой, Москва, Россия ГАУЗ

² Многопрофильный центр Банка России, главная медицинская сестра поликлиники, Москва, Россия

³ ГАУЗ СО «Свердловская областная больница № 2», руководитель эндоскопического отделения, Екатеринбург, Россия

⁴ КДЦ Красная Пресня, главный врач, АО «Группа компаний «МЕДСИ», Москва, Россия

⁵ ГБУЗ «Тюменская областная больница № 9», Тюмень, Россия

Необходимость достижения качественно нового уровня развития медицины очевидна. В настоящее время в деятельности медицинских организаций России происходят значительные изменения: изменения в структуре, в технологиях, в организации лечебно-диагностического процесса, в кадровой службе.

Анализ темпов и направлений развития медицины показывает, что перспективные программы развития, принимаемые в странах, являющихся мировыми лидерами, позволяют решать задачи по обеспечению доступной, эффективной и современной медицинской помощи [16, 17, 18, 48].

В настоящее время эффективным инструментом является внедрение комплаенс-менеджмента в медицинской организации. Комплаенс-менеджмент в медицинской организации — соблюдение норм закона в отношении лечебно-диагностического процесса, контроль и управление рисками с целью минимизации правовых и репутационных рисков, возникающих вследствие профессиональных и этических стандартов.

Комплаенс-риски (*compliance*, англ. — *соблюдение*) — это деятельность, по обеспечению юридическим лицом соблюдения обязательных требований путем воздействия на поведение работников и формирования корпоративной культуры (пункт 3.17 ISO 19600:2014 «Compliance Management Systems-Guidelines»).

Другими словами, комплаенс помогает предотвратить, найти и устранить проблему с помощью регламентации делового поведения сотрудников Медицинской организации (МО) [10, 21, 22, 25].

□□□□ □□□□□□□□□□—□□□□□□□

— операционные — несоблюдение работниками или руководством МО нормативных правил или

стандартов, повлекшее за собой убытки или технические ошибки. Операционные риски могут зависеть от деятельности сотрудников либо наступать при форс-мажорных обстоятельствах [28, 29, 30, 33, 37];

- правовые — нарушения законодательства РФ, приводящие к разбирательствам с контролирующими организациями;
- репутационные — потеря деловой репутации, в том числе из-за публикации негативной информации о медицинской организации в СМИ или других источниках.

Введение комплаенс-системы в МО направлено на создание такой среды, в которой для любого сотрудника поведение, противоречащее интересам компании, являлось бы просто немыслимым. Нет определенной модели комплаенс, которая подошла бы всем. У каждой компании своя сфера регулирования — комплаенс-система. Даже в разных подразделениях МО комплаенс-риски и подходы к их решению могут отличаться.

Управление комплаенс-рисками рабочей среды -это прежде всего работающие методы и навыки поведения сотрудника, умение взаимодействовать и разрешать конкретные практические ситуации в соответствии с требованиями законодательства и внутренних локальных нормативных актов медицинской организации и отделения [6, 7, 8, 9, 14, 15].

Оценка рисков включает вопросы соблюдения требований по организации условий труда медицинского персонала, изложенных в частности следующих базовых нормативных документах:

1. Приказ МЗ РФ № 707н «Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» от 08.10.2015 и др. [52];
2. Положения п.1, п. 15.1 СанПиН 2.1.3.2630–10; п. п. 7.1. СанПиН 3.1/3.2.3146–13 «Общие требо-

вания по профилактике инфекционных и паразитарных болезней»;

3. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.7.2790–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами»;
4. Приказ № 302н МЗ и СР РФ от 12.04.2011г «О проведении предварительных и периодических медицинских осмотров, а также профилактической иммунизации персонала»;

Цикл управления комплаенс-рисками состоит из 4 этапов:

- выявление и оценка;
- принятие решений о требуемых мерах по нивелированию найденных рисков;
- отслеживание динамики ситуации;
- корректировка действующих процедур и методик, если это необходимо.

В качестве основных направлений следует выделить формирование общих интересов сотрудников, налаживание коммуникаций, постоянное отслеживание состояния организации в целом и ее сотрудников, своевременное внесение корректив в ход процессов организации. Эффективность организации зависит и от руководства, и от усилий каждого конкретного сотрудника. Именно ответственность каждого за порученное дело, за осуществляемые функции на рабочих местах, налаженные коммуникации между сотрудниками — основа успеха организации, неотделимого от успеха каждого из ее сотрудников.

□□□□□ □□□□□□ □□□□□, □□□□□□□□
 □ □□□□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□
 □ □□□□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□
 □□□□□□□□□□□ □□□□□□□□

Медицинская деятельность часто проходит в условиях, требующих усиленного расхода внутренних резервов человека. Наличие факторов риска, сильная эмоциональная напряженность, зачастую нехватка достаточных условий для восстановления сил, отсутствие в практике здравоохранения системы психологического сопровождения оказывают неблагоприятное воздействие на медицинских работников. Все это способствует увеличению нервно-психического напряжения человека, что приводит к возникновению невротических расстройств, психосоматических заболеваний [2,3].

Риски, связанные с физическим и психоэмоциональным статусом медицинского персонала, могут приводить к синдрому эмоционального выгорания (СЭВ), которые, по признанию многих специалистов, прямо

или косвенно влияют на качество и результаты практической работы врача и медицинской сестры [1, 23, 24, 26, 27, 40].

Об официальном признании СЭВ как поведенческого расстройства свидетельствует включение его в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), в раздел Z 73 — «Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью», где СЭВ шифруется как Z 73.0 — «выгорание». По данным Европейской конференции ВОЗ по охране психического здоровья 2005 года в Хельсинки на уровне министров дано определение СЭВ, как реакции организма, возникающей вследствие продолжительного воздействия профессиональных стрессов средней интенсивности и выделены уровни СЭВ, а также общие и индивидуальные факторы рабочей среды, ведущие к развитию СЭВ [12, 49].

К общим факторам рабочей среды, приводящим к развитию СЭВ, относятся:

1. Ограничение свободы действий и использования личностного потенциала, в том числе строгая регламентация времени работы, особенно при нереальных сроках исполнения.
2. Монотонность, невозможность применять личные достижения на практике или наоборот.
3. Вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания.
4. Напряженность, конфликты, интриги в профессиональной среде, отсутствие поддержки со стороны коллег.
5. Высокая степень неопределенности в оценке выполняемой работы.
6. Неудовлетворенность социальным статусом и уровнем оплаты труда.
7. Нехватка условий для самореализации и отсутствие возможностей дальнейшего обучения и профессионального совершенствования.

Перечисленные факторы входят в стратегические задачи повышения эффективности медицинской деятельности путем формирования благоприятной рабочей среды и снижения стрессовых нагрузок медицинских работников. Вместе с тем, к рискам рабочей среды относятся и индивидуальные факторы:

1. Возраст медицинских работников: признано, что до 35 лет СЭВ развивается в 1,5–2 раза быстрее, чем у старших по возрасту коллег, что объясняют повышенными нагрузками, напряжением и высоким уровнем стресса в отсутствие необходимого опыта и в условиях, когда нет адекватного наставничества и коллегиальной взаимопомощи.

2. Стаж работы специалиста.

3. Пол: у мужчин баллы СЭВ выше по деперсонализации, у женщин — по эмоциональному истощению [3].

Общие и индивидуальные факторы рабочей среды многочисленны и изменчивы, относятся преимущественно к сфере психологии, поэтому для них нет объективных оценочных критериев и их сложно проанализировать [7]. Тем не менее, именно психоз-эмоциональные или, так называемые, «человеческие» факторы признаются важнейшими составляющими обеспечения безопасности и качества в здравоохранении, должны учитываться при организации всех видов медицинской деятельности.

С момента введения СЭВ — в оригинале «burnout syndrome», в официальную терминологию Г. Фрейденбергом в 1974 году, к сегодняшнему дню разработан целый ряд методик оценки СЭВ. Наиболее известными считаются тестовый опросник американского психолога Кристины Маслач: Maslach Burnout Inventor — MBI (1981), опросник «Эмоциональное выгорание» В.В. Бойко (1999), которые направлены на социальные профессии, и вариант опросника для медицинских работников «Профессиональное выгорание» Н.Е. Водопьяновой (2001). За последние годы опубликовано также более 1500 статей, посвященных исследованию СЭВ [39, 40].

Комплаенс-система — это «живой организм», который постоянно видоизменяется под влиянием внешних и внутренних факторов. Эта тема актуальна именно сегодня, когда реализация мер по борьбе с всемирным бедствием — новой коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2 требуют разработки и реализации новых подходов, более гибкой регуляции и коррекции данных состояний при помощи личностно-ориентированных, креативных методов, методик и техник.

COVID-19

Особенности обеспечения эпидемиологической безопасности МО [19, 20, 31, 32, 34, 35, 36] в условиях эпидемического неблагополучия по новой коронавирусной инфекции COVID19 и психическое или физическое напряжение на протяжении длительного времени формируют у медицинского работника отрицательные эмоции [4, 11, 38, 50, 51].

В таких условиях работы неизбежны стремительные процессы профессионального выгора-

ния, эмоционального и физического истощения, которые проявляются ростом невротических, тревожных, депрессивных расстройств, посттравматическим стрессовым расстройством, соматическими расстройствами, самоповреждающим поведением.

Прежде чем разработать эффективные подходы к необходимой поддержке медицинского персонала, важно понять конкретные источники их беспокойства и страха.

Исследователи из Stanford University (Калифорния) и Icahn School of Medicine (Нью Йорк) провели опрос 69 практикующих врачей, ординаторов, медсестёр и интернов, участвующих в лечении больных COVID-19. В результате опроса были выявлены ключевые источники тревоги [46, 47, 52]:

1. доступ к необходимым средствам индивидуальной защиты;
2. страх принести инфекцию домой и заразить членов семьи;
3. отсутствие доступа к экспресс тестированию на SARS-CoV-2 при появлении симптомов и беспокойство о высокой вероятности распространения инфекции на рабочем месте;
4. неуверенность в том, что руководство лечебным учреждением позаботится о их семьях в случае, если они будут инфицированы;
5. организация ухода за детьми во время карантина (закрытия школьных и дошкольных учреждений) при увеличении продолжительности рабочего дня;
6. поддержка других личных и семейных потребностей по мере необходимости увеличения рабочего времени (питание, проживание, транспорт);
7. сомнения в собственной профессиональной компетенции при переводе в COVID-отделения и отделения интенсивной терапии из обычных отделений;
8. доступ к необходимой информации и возможности обмена информацией [13, 41, 42, 43, 44, 45].

Разработка и реализация новых подходов позволит нивелировать или хотя бы смягчить воздействие отрицательных факторов:

Рекомендации для руководителей

Для руководителя очень важно с самого начала организации деятельности в период пандемии актуализировать и использовать возможности самообладания, саморегуляции, самоорганизации и самоконтроля, которые являются важнейшим условием эффектив-

ности и профессионализма каждого сотрудника, коллектива в целом [27].

Руководители должны и могут способствовать психологической поддержке своих подчиненных. Руководителю рекомендуется быть на виду, оставаться доступным для подчиненных, отвечать на их звонки и сообщения. Вообще чаще общаться с сотрудниками, делиться с ними информацией, рисками и планами, устраивать регулярные совещания и давать возможность высказаться каждому. Очень хорошо не забывать подчеркивать ценность каждого сотрудника. Руководители обязаны побуждать членов своей команды обращаться за помощью, когда они в ней нуждаются, и должны всегда быть готовыми оказать такую помощь. Наконец, руководители должны беречь и собственные психологические ресурсы, чтобы вынести ситуацию неопределенности за весь свой коллектив. Важно помнить — главврач не должен иметь ответы на все вопросы.

Рекомендации для врачей и среднего медицинского персонала

Важно отслеживать симптомы перенапряжения, особенно в определенных группах мышц: шейный отдел, икроножные мышцы, область поясницы и малого таза — именно они сигнализируют об эмоциональном напряжении первыми. Не стоит налегать на алкоголь и психоактивные вещества — кратко-срочно они могут помочь, но в долгосрочной перспективе только усугубят ситуацию. Очень не рекомендуется эмоционально отстраняться от коллег и близких — общение с ними поможет снять напряжение. Но лучше при этом все-таки максимально разграничивать работу и дом.

Рекомендации по созданию системы комплексного психологического сопровождения медицинской организации

- организация анонимных электронных опросов персонала о том, что и как можно оптимизировать в их работе;
- поощрение персонала и поднятие их морального духа. Например, можно распечатывать и развешивать благодарственные отзывы пациентов — это важно и для персонала как профилактика выгорания, и для пациентов, в качестве средства совладания с кризисной ситуацией;
- фотогалерея портретов, событий, ситуаций, связанных с проведением противоэпидемических мероприятий в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Рекомендации, связанные с мерами охраны труда:

- своевременное обеспечение необходимыми средствами индивидуальной защиты;
- обучение действиям медицинского персонала по обеспечению личной профилактики;
- контроль за состоянием здоровья медицинского персонала, привлеченного к работе с больными новой коронавирусной инфекцией — тестирование персонала на наличие РНК вируса или антител к нему. Медицинскому работнику, который проходит еженедельное тестирование легче справиться с негативными эмоциями. Он уверен, что выполнение им всех профилактических мероприятий способствовало сохранению его здоровья и он не принесет инфекцию в семью;
- поощрение регулярных перерывов;
- организованное питание;
- возможность работать с напарником;
- предоставление полной и четкой информации о том как, в каком порядке, когда будет производиться оплата, льготы и пр.;
- компетентная психологическая помощь, например, организация тренингов, вебинаров, мастер-классов с использованием телеинформационных технологий, а также системы zoom.

□□□□□□□□□□ □□□□□□□□□□□□ «□□□□□□□□□□ □□□□□□□□—□□□□□□□□»

Коллегиальность в работе и принятии решений относится к разделу деонтологии, а также соблюдению этических норм и правил в профессиональных взаимоотношениях. Основные правила, которые формируют организационную культуру могут быть сформулированы следующим образом:

1. В присутствии пациента исключается любая критика и оценка действий коллеги.
2. Сложные случаи обсуждаются коллегиально и оформляются как результат консилиума.
3. Выбор тактики в процессе технически сложных манипуляций с непредвиденными ситуациями осуществляется с участием более опытных коллег, что определяет также особую важность института наставничества и преемственности [5].
4. Взаимоотношения врачей со средним и младшим медперсоналом, помимо основного взаимодействия включает обязательное положительное морально-нравственное влияние со стороны врача [49].
5. Создание атмосферы доверия, как ключевого элемента эффективности работы и компетентное руководство (Водопьянова Н.Е., Старченко-ва Е.С., 2005).

Перед руководством МО стоит еще одна задача — найти то оптимальное напряжение в процессе труда, которое обеспечит его высокую эффективность, но не приведет к нежелательным последствиям в результате длительного нервно-психического напряжения. И с эту цепочку решений выстраивается и взаимодействие медицинских работников.

Очень важно обратить внимание на организацию взаимопомощи в группах:

- объединение недостаточно опытных работников с более опытными для улучшения качества помощи пациентам и повышения уверенности специалистов в своих действиях;
- формирование группы с учётом психологических особенностей работников;
- психологическая поддержка коллегами и руководителем заболевших работников и повышение мотивации возвращения к работе специалистов, которые находились на самоизоляции или на карантине, путем усиления особого внимания к их нуждам и психологической готовности.

Анализ литературных данных убедительно показывает, что этические, социальные, психоэмоциональные факторы и уровень СЭВ являются неотъемле-

мыми составляющими безопасности в медицине. Это определяет важность своевременной оценки и анализа связанных с данными факторами рисков рабочей среды с целью их минимизации или устранения для повышения эффективности и улучшения результатов медицинской деятельности.

□□□□□□□□□□

Риски рабочей среды складываются из комплаенс-рисков и рисков, связанных с психосоматическим статусом сотрудников, их готовностью к командной работе и соблюдением этических норм в коллективе. Комплаенс риск-менеджмент в медицине служит повышению безопасности и качества медицинской деятельности путем обеспечения соблюдения законодательных требований как со стороны администрации медицинской организации, так и со стороны медицинского персонала. Своевременный анализ и устранение рисков, связанных с психосоматическим статусом и профессиональным выгоранием сотрудников МО направлен на минимизацию негативного влияния «человеческого» фактора на результаты работы и повышение эффективности медицинской деятельности во благо пациентов в современных условиях.

□□□□□□□□□□

1. Большакова Т.В. Исследование нервно-психического напряжения врачей хирургического профиля / Ярослав. психол. вестн., 2001, Выпуск 5, с. 93–95.
2. Верник Н.В., Иванцова М.А., Яшин Д.И. Деонтологические аспекты профилактики осложнений в практике врача-эндоскописта: значение рациональных и психоэмоциональных факторов / Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2015; 116 (4): с. 59–65.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / СПб.: Питер, 2005, 336 с.
4. Гренкова Т.А., Старков Ю.Г., Королев М.П. и соавт. Временные методические рекомендации для эндоскопических отделений/кабинетов по работе в условиях эпидемического неблагополучия по коронавирусной инфекции COVID-19 версия 4 от 27.04. 2020 года, утверждена Главным эндоскопистом МЗ РФ.
5. Иванцова М.А., Колосовский С.В., Щербаков П.Л., Столин А.В. Риск-менеджмент и нормативно-правовое законодательство в вопросах обеспечения безопасности и контроля качества работы отделений эндоскопии/ УМЖ № 11 (179) 2019/ Эндоскопия и гастроэнтерология, с. 22–28, УДК 614.2 DOI 10.25694/URMJ.2019.11.36
6. Ильин Е.П. Работа и личность: Психология зависти, враждебности, тщеславия / СПб.: Питер, 2012. 208 с.
7. ИСО/МЭК 31000:2009 «Менеджмент риска. Общие принципы и руководство».
8. Карвасарский Б.Д. «Психотерапия», учебник для вузов / Изд. 2-е, переработанное, 2002 г., Санкт Петербург, Питер, 672с.
9. Кицун И.С. Структура и содержание положения о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности / Заместитель главного врача, 2013, № 12 (91), с. 50–57.
10. Князюк Н.Ф., Невмержицкий П.И. Управление рисками соответствия (COMPLIANCE RISKS) / Бизнес-образование в экономике знаний, 2017, № 1, с. 54–62.

11. Коронавирусная инфекция COVID-19: инфекционная безопасность в эндоскопическом отделении. Методические рекомендации под ред. Никонова Е. Л., Кашина С. В., Куваева Р. О., Резвой А. А. / М.: 2020, 15 с.
12. Ларенцова Л. И., Барденштейн Л. М. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей: психологические аспекты / М.: 2009, 141 с.
13. Методические указания МУ 3.1.3420–17 «Обеспечение эпидемиологической безопасности нестерильных эндоскопических вмешательств на желудочно-кишечном тракте и дыхательных путях», утверждены Главным государственным санитарным врачом РФ 20.02.2017 г., 40с.
14. Морозов Г. В., Царегородцев Г. И. «Медицинская этика и деонтология», 1983г, Москва, Медицина.
15. Палевская С. А., Щербakov П. Л., Иванцова М. А. и соавт. Российские и европейские программные документы профессиональных эндоскопических обществ: структура и значение в системе организации управления качеством и безопасностью медицинской деятельности / Уральский медицинский журнал, 2019, № 11 (179) Эндоскопия и гастроэнтерология, с. 12–21. УДК 614.251, DOI 10.25694/URMJ.2019.11.35
16. Практические рекомендации по совершенствованию внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности для стационара / ФГБУ «Центр мониторинга и клинко-экономической экспертизы Росздравнадзора» 11.07. 2018.
17. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре) / ФГБУ «Центр мониторинга и клинко-экономической экспертизы» Росздравнадзора, 2015, 116 с.
18. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2017 г. № 974н «Об утверждении Правил проведения эндоскопических исследований».
19. Приложение к письму Роспотребнадзора № 02/770–2020–32 от 23.01.20 «Об инструкции по проведению дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызванных коронавирусами»
20. Профилактика инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы — СанПиН 3.1.3263–15 / Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.06.2015 г. № 20.
21. Психологический статус и состояние здоровья медицинских сестер: исследование взаимозависимости / Гл. мед. Сестра, 2005 г., № 4, с. 77–81.
22. Рыбина О. В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса: автореф. дис. канд. психол. наук: спец. 19.00.04 Мед. психол. / СПб., 2005.— 24 с.
23. Справочник по профилактике и лечению COVID-19. <https://www.imena.ua/blog/covid-19-prevention-and-treatment-handbook/amp/#2.4>.
24. Старченко А. А. Рошаль Л. М. Требования Национальной медицинской палаты по безопасности медицинской деятельности: <http://himedtech.ru/articles/9437.htm>.
25. Хохлов Р. А., Минаков Э. В. и соавт. Влияние синдрома эмоционального выгорания на стереотипы врачебной практики и клиническую инертность / Москва, Медицина, 2009 г.
26. Министерство здравоохранения Российской Федерации «О направлении рекомендаций по вопросам организации психологической и психотерапевтической помощи в связи с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19», Письмо, 7 мая 2020 года N28–3/И/2–6111 (Автор рекомендаций — академик РАО, Президент Российского психологического общества, декан психфака МГУ, доктор психологических наук Ю. П. Зинченко).
27. AGA Institute Rapid Recommendations for Gastrointestinal Procedures During the COVID-19 Pandemic. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.03.072>.
28. AGA Digestive Health Physicians Association (DHPA) guidelines: <https://www.gastro.org/pressrelease/aga-dhpa-joint-guidance-for-resumption-of-elective-endoscopy>. Accessed May 1, 2020/
29. ASGE Quality Assurance in Endoscopy Committee, Calderwood AH, Day LW, et al. ASGE guide-line for infection control during GI endoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2018; 87:1167–1179.
30. Beilenhoff U., Brljak J., Dumonceau J. M., Hassan C., Ponchon T., Tillett J. et al. Reprocessing of flexible endoscopes and endoscopic accessories used in gastrointestinal endoscopy: ESGE–ESGENA Position Statement– Update 2018, *Endoscopy* 2018; 50: 1205–1234.
31. Chiu WYC et al. Practice of endoscopy during COVID-19 pandemic: position statements of the Asian Pacific Society for Digestive Endoscopy (APSDE-COVID statements). *Gut*

- 2020 epub ahead of print. <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2020-321185>.
32. Darwiche K, Ross B, Gesierich W, Petermann C, Huebner R. Empfehlungen zur Durchführung einer Bronchoskopie in Zeiten der COVID-19-Pandemie [Internet]. Recommendations of the DGP to perform a bronchoscopy in times of COVID-19 pandemic. 2020, cited 2020 Mar 26.
 33. Dumonceau J. — M., Hassan C., Riphaut A., Ponchon T. et al. ESGE Guideline Development Policy. *Endoscopy* 2012; 44: 626–629.
 34. ESGE and ESGENA Position Statement on gastrointestinal endoscopy and the COVID-19 pandemic. <https://www.esge.com/esge-and-esgena-position-statement-on-gastrointestinalendoscopy-and-the-covid-19-pandemic>.
 35. Gastroenterology Professional Society Guidance on Endoscopic Procedures During the COVID-19 Pandemic, Priority tiring: <https://www.gastro.org/practice-guidance/practice-updates/covid19/gastroenterology-professional-society-guidance-on-endoscopic-procedures-during-the-covid-19-pandemic>. Accessed April 26, 2020.
 36. Jin X et al. Epidemiological, clinical and virological characteristics of 74 cases of coronavirusinfected disease 2019 (COVID-19) with gastrointestinal symptoms. *Gut*. 2020 Mar 24. pii: [gutjnl-2020-320926](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-320926). doi: 10.1136/gutjnl-2020-320926.
 37. Johnston ER, Habib-Bein N, Dueker JM, et al. Risk of bacterial exposure to the endoscopists face during endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2019; 89:818–824.
 38. Joint_GI_Society_Guidance_on_Endoscopic_Procedure_During_COVID19_FINAL_impending_3312020.pdf.
 39. Maslach C. Burnout. The Cost of Caring. Englewood Cliffs; Prentice — Hall, 1982–177 p.
 40. Razai MS, Doerholt Katja, Ladhani Shamez, Oakeshott Pippa. Coronavirus disease 2019 (covid-19): a guide for UK GPs *BMJ* 2020; 368: m800.
 41. Recommended Guidance for Extended Use and Limited Re-use of N95 Filtering Facepiece Respirators in Healthcare Settings <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hcwcontrols/recommendedguidanceextuse.html>
 42. Repici A, Maselli R, Colombo M et al. Coronavirus (COVID-19) outbreak: what the department of endoscopy should know, *Gastrointestinal Endoscopy* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2020.03.019>
 43. Roberge RJ, Coca A, Williams WJ, et al. Surgical mask placement over N95 filtering facepiece respirators: physiological effects on healthcare workers. *Respirology*. 2010; 15: 516–21.
 44. Roberge RJ. Effect of surgical masks worn concurrently over N95 filtering facepiece respirators: extended service life versus increased user burden. *J Public Health Manag Pract*. 2008;14
 45. Tang JW, Li Y, Eames I, Chan PK, Ridgway GL. Factors involved in the aerosol transmission of infection and control of ventilation in healthcare premises. *J Hosp Infect*, 2006;64: 100–14.
 46. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet* 2020; 395:470–3.
 47. WEO Guidance to Endoscopists: Reopening of Endoscopy Services The WEO COVID-19 Response Taskforce / 2020/04/200409 WEO-Advice-toEndoscopists-COVID-19-Update-April-9-2020.pdf.
 48. Wiskow C., Alrecht T., Pierto C. Как создать для медицинских работников привлекательную и благоприятную рабочую среду Анализ систем и политики здравоохранения ВОЗ, 2010 г., 41 с.
 49. World Health Organization. Pneumonia of Unknown Cause — China. <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/> (14 February 2020).
 50. <http://www.consultant.ru/>.
 51. Интернет-портал Президента Российской Федерации; http://pravo.gov.ru/RSS/kremlin_acts.html.
 52. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764380>