

полости и забрюшинного пространства, злокачественные новообразования выявлены у 723 (0,33%) человек, в том числе рак почки — у 192 (0,09%). Частота опухолей в стадии pT1 составила 35%, в стадии pT2 — 52%, а 5- и 10-летняя выживаемость этих больных — соответственно 97 и 95%. Авторы отмечают, что УЗИ-скрининг брюшной полости экономически целесообразен, но только при оценке всех органов брюшной полости и забрюшинного пространства [7].

Надо ли проводить скрининг у лиц моложе 50 лет? По данным статистики нашей клиники, из более 2000 больных опухолью почки, прооперированных в клинике за последние 40 лет, 20% были в возрасте 40–50 лет и 10% — в возрасте 30–40 лет. Пик заболеваемости МКБ приходится на возраст >30 лет.

Как нам представляется, следует рекомендовать ежегодное комплексное УЗИ, включающее исследование брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, пациентам начиная с 30 лет, что позволит повысить частоту выявления ранних стадий опухоли почки, бессимптомных камней почки и верхних мочевых путей, а также ряда других заболеваний, протекающих без клинический проявлений (кисты, гидронефроз и т.д.).

## Литература

1. Аляев Ю.Г. Новое в диагностике урологических заболеваний // Матер. XI съезда урологов России. — М., 2007. — С. 239–257.
2. Аляев Ю.Г., Амосов А.В., Газимиев М.А. Ультразвуковые методы функциональной диагностики в урологической практике. — М.: Р. Валент, 2001.
3. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Маркосян Т.Г. Диагностика и лечение жидкостных образований почек и забрюшинного пространства. — Смоленск: Маджента, 2007. — 160 с.
4. Каприн А.Д., Ананьев А.П., Иваненко К.В. Особенности лечения больных при сочетании мочекаменной болезни и рака почки // Матер. конференции «Перспективные направления диагностики и лечения рака почки», Москва, 3–4 декабря 2003 года. — М., 2003. — С. 57, 58.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2007 году. — М., 2008. — 256 с.
6. Catherin R., Xavier B., Sofiane el Ghali. Imaging in renal cell cancer // *EUA Update Series*. — 2003; 1: 209–214.
7. Mihara S., Kuroda K., Yoshioka R. et al. Early detection of renal cell carcinoma by ultrasonographic screening-based on the results of 13 years screening in Japan // *Ultrasound Med. Biol.* — 1999; 25: 1033–1039.

### ASYMPTOMATIC DISEASES OF THE KIDNEY AND UPPER URINARY TRACT

Professor **P. Glybochko**, Corresponding Member of the Russian Academy of Medical Sciences; Professor **Yu. Alyaev**, Corresponding Member of the Russian Academy of Medical Sciences; **E. Shpot**, Candidate of Medical Sciences; **G. Akopyan**, Candidate of Medical Sciences; **N. Sorokin** Candidate of Medical Sciences

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University*

*The asymptomatic course of urolithiasis, fluid masses, renal tumors, and hydronephrosis does not allow them to be detected in their early stages and their late diagnosis causes a reduction in the number of mini-invasive (endoscopic and laparoscopic) and organ-saving operations. The detection of asymptomatic urologic diseases requires ultrasound screening beginning at the age of 30 years.*

**Key words:** urolithiasis, renal tumor, hydronephrosis, renal fluid masses, asymptomatic course, ultrasound screening.

## ТРАНСДЕРМАЛЬНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ С ФЕНТАНИЛОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ

**М. Пчелинцев**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,

**Г. Абузарова**<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup>СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>МНИОИ им. П.А. Герцена

Минздравсоцразвития России, Москва

**E-mail:** apis@spmu.rssi.ru

*Приведены данные об особенностях и возможностях применения фентанила в трансдермальной форме. Обсуждаются преимущества и конструктивные особенности Фендивии — новой трансдермальной терапевтической системы с фентанилом.*

**Ключевые слова:** сильные опиоиды, боль, фентанил, трансдермальные терапевтические системы.

Уже около четверти века рекомендации ВОЗ, изданные в 1986 г., являются во всем мире основным руководством при лечении онкологической боли. В рамках этих рекомендаций принято выделять 3 ступени фармакотерапии (3-ступенчатая лестница ВОЗ). При слабой боли (1-я ступень) применяют неопиоидные анальгетики, при усилении боли их дополняют мягкими опиоидными анальгетиками (2-я ступень), при неэффективности этой комбинации назначают сильнодействующие опиоидные анальгетики (3-я ступень).

Один из основных принципов лечения сильной хронической боли в соответствии с концепцией ВОЗ состоит в использовании неинвазивных форм анальгетиков (таблетки, капсулы, свечи, трансдермальные терапевтические системы — ТТС). В России сегодня зарегистрировано 5 опиоидных анальгетиков для терапии хронической боли (табл. 1).

Таблица 1

### Зарегистрированные в России опиоидные анальгетики для терапии хронической боли\*

Препарат	Лекарственная форма
Трамадол	Таблетки пролонгированного действия 100, 200 мг, капсулы 50 мг
Просидол	Таблетки буккальные 20 мг
Морфин	Таблетки пролонгированного действия 10, 30, 60, 100 мг
Фентанил	Трансдермальная терапевтическая система 12,5; 25; 50, 75 и 100 мкг/ч
Бупренорфин	Трансдермальная терапевтическая система 35; 52,5 и 70 мкг/ч

\*По данным ФГУ «Московский эндокринный завод» и ФГУ ГосЗМП 2010 г., Государственного реестра лекарственных средств.

Морфин, фентанил и бупренорфин применяют на 3-й ступени терапии хронической боли (сильная, нестерпимая боль).

ТТС сегодня относят к числу приоритетных лекарственных форм опиоидных анальгетиков для лечения интенсивной хронической боли.

### ОСОБЕННОСТИ ТРАНСДЕРМАЛЬНОГО ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Трансдермальный путь введения лекарств с точки зрения фармакокинетики обеспечивает ряд преимуществ:

- возможность избежать контакта препарата с кислой средой желудка, разрушающей ряд лекарств;
- отсутствие метаболизма в печени после всасывания из желудочно-кишечного тракта (отсутствие «эффекта первого прохождения через печень»);
- возможность длительного, равномерного введения терапевтических доз препарата;
- снижение частоты использования лекарственных средств, повышение комплаентности;
- уменьшение риска побочных эффектов благодаря исключению пиковых уровней концентрации препарата в крови сразу после введения, что характерно для парентерального пути введения, и колебаний концентраций в течение всего срока аппликации лекарства на кожу;
- локализация лекарства вне организма, а следовательно, возможность при необходимости прекращения дальнейшего его введения в организм путем удаления трансдермальной системы с кожи пациента;
- простота использования, отсутствие необходимости участия медицинских работников в процедуре введения препарата, что характерно для парентерально вводимых лекарств.

Наряду с преимуществами трансдермальный путь введения имеет и ряд недостатков:

- возможность развития местного раздражения кожи и контактного дерматита;
- достаточно длительные сроки проникновения препарата через кожу и создания его терапевтических концентраций в плазме крови пациента, невозможность быстрого эффекта;
- жесткие требования к молекулам препарата: молекула должна обладать сродством к гидрофобному роговому слою и гидрофильной дерме, ее молекулярная масса не должна превышать 500–800 Да;
- достаточно высокая стоимость ТТС.

Фармакокинетические особенности функционирования ТТС обусловлены тем, что после аппликации на

кожу формируется система «ТТС—человек». Запускаются и соотносятся 2 противоположно направленных процесса: с одной стороны, поступление лекарственного вещества из ТТС в кровь, проникновение его в органы, с другой — клиренс за счет печеночного метаболизма и(или) клубочковой фильтрации. Подача лекарства из ТТС характеризуется 3 этапами: 1-й — возрастание концентрации лекарственного вещества в крови и тканях от 0 до стационарного уровня; 2-й — установление стационарного уровня концентрации за счет сбалансированного в количественном плане поступления и клиренса препарата; 3-й — преобладание клиренса препарата над его поступлением в организм, снижение концентрации лекарства в крови, когда исчерпывается его подача из ТТС или ее удаляют с кожи пациента.

### ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ТТС

Мембранные (резервуарные — «равиоли»/ravioli systems) системы были предложены в 1980-х годах. Они имеют резервуар, содержащий лекарственное средство в постоянной концентрации. В резервуаре лекарственное вещество находится в виде гомогенной или пастообразной суспензии (например, в жидком силиконе) или оно растворено в способном к диффузии растворителе (алкилспирты и т.п.) и выделяется через полимерную мембрану с равномерной скоростью. Мембрана может быть как микропористой, так и монолитной. Основным недостатком ТТС резервуарного типа — риск неконтролируемого выделения препарата при повреждении резервуара.

Матричные системы, спроектированные в 1990-х годах, более прогрессивны с технологической точки зрения. Они содержат лекарственное вещество, распределенное в полимерной пленке. Для крепления матричной системы на коже можно использовать адгезив или сама матрица может состоять из адгезивного полимера, фиксирующегося на коже. Физико-химической основой функционирования матричной системы служит низкоскоростная диффузия лекарства через вязкополимерную среду вследствие того, что молекулы лекарственного вещества (диффузанта) и полимера (диффузионной среды матрицы) меняются местами.

Как показывают сравнительные фармакокинетические исследования, скорость подачи и степень попадания лекарственного вещества в организм при применении резервуарных и матричных систем принципиально не различаются при более высокой технологичности и компактности последних [6, 9, 10, 14].

### ТРАНСДЕРМАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ФЕНТАНИЛА С ПОМОЩЬЮ ТТС

Фентанил — синтетический опиоидный анальгетик, производное фенилпиперидина, был внедрен в клиническую практику в 1965 г. Препарат является преимущественным  $\mu$ -агонистом, оказывает очень сильное анальгетическое действие, в 90–100 и более раз превосходящее таковое у морфина. Фентанил метаболизируется в печени с выраженным эффектом «первого прохождения», что делает малоцелесообразным его прием внутрь в силу низкой биодоступности. В 1990-х годах для эффективной борьбы с сильной хронической болью была введена в клиническую практику ТТС, содержащая фентанил. Предпосылками для создания ТТС стали особенности молекулы фентанила: низкий молекулярный вес (336,5 Да), высокие фармакологическая активность и липофильность. Фентанил не метаболизируется в коже, благодаря чему хо-

Таблица 2

#### Эквивалентные суточные дозы трансдермального фентанила (Фендивия) и энтерального морфина сульфата

ТТС с фентанилом, мкг/ч	Морфина сульфат, мг
25	30–90 (в среднем – 60)
50	91–150 (в среднем – 120)
75	151–210 (в среднем – 180)
100	211–270 (в среднем – 240)

рошо проходит через кожу, создавая депо в подкожной клетчатке с последующей абсорбцией из нее в системный кровоток, минуя систему воротной вены. В результате отсутствует «эффект первого прохождения». Трансдермальная биодоступность фентанила – 92% [18]. В то же время быстрый метаболизм препарата в печени позволяет избежать передозировки в условиях постоянного и длительного поступления фентанила в организм через кожу.

ТТС с фентанилом во всем мире зарекомендовали себя как эффективные средства лечения хронической боли. За годы, прошедшие с момента регистрации и введения в клиническую практику трансдермального фентанила, в многочисленных исследованиях были констатированы его эффективность и хорошая переносимость при лечении хронической боли онкологического генеза [2–4, 11, 13, 16]. За рубежом ТТС с фентанилом активно используют для лечения интенсивной хронической боли неонкологического генеза. Наибольший опыт применения ТТС с фентанилом сегодня получен при остеоартрите [1, 8, 17] и хронических болях в спине [1, 15]. Именно эти неонкологические заболевания часто протекают с очень выраженной хронической болью, которую не удается контролировать приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, парацетамола, трамадола или их сочетанием.

ТТС с фентанилом применяют в С.-Петербурге с 2006 г. С 2006 по 2008 г. использование трансдермального фентанила выросло на 62,2%, что существенно улучшило обеспечение онкологических больных сильными опиатами [5]. Аналогичная тенденция отмечается в большинстве развитых стран. Например, в Израиле с 2000 по 2008 г. потреб-

ление фентанила выросло в 4 раза, преимущественно за счет широкого использования ТТС [12].

Одна из недавно зарегистрированных в России ТТС с фентанилом матричного типа – Фендивия (Никомед), которую отличают интересные конструктивные особенности. За основу матрикса Фендивии взят силикон, в котором распределен фентанил в сочетании с диропеленгликолем. Данный состав матрикса Фендивии обеспечивает высокую степень использования фентанила, что позволяет снизить его содержание в ТТС по сравнению с таковыми в других фентанилсодержащих матричных системах примерно на 1/3. Наличие специально разработанной, запатентованной мембраны (сополимер этилена и винилацетата) обеспечивает равномерное высвобождение препарата в течение 3 дней. Площадь ТТС Фендивия – 4,2; 8,4; 16,8; 25,2 и 33,6 см<sup>2</sup>. Фендивия более компактна, чем уже применяемые в России ТТС с фентанилом Дюрогезик-матрикс. В зависимости от площади ТТС в системный кровоток высвобождаются 12; 25, 50, 75 и 100 мкг фентанила в час. В результате за 1 сут пациенту вводят приблизительно 0,3 мг (300 мкг); 0,6 мг (600 мкг); 1,2 мг (1200 мкг); 1,8 мг (1800 мкг); 2,4 мг (2400 мкг) препарата. Терапевтические концентрации фентанила в плазме крови носят дозозависимый характер и находятся в диапазоне 0,3–1,5 нг/мл. Терапевтическая концентрация достигается через 12–24 ч после аппликации системы, а максимальная – через 33,5–38 ч.

Анальгетический эффект Фендивии сохраняется в течение 72 ч. После удаления ТТС с кожи концентрация фентанила в плазме крови постепенно снижается. Фентанил в форме ТТС примерно в 70–100 раз активнее перорального

**NYCOMED**

1. Wagner T. et al. Poster presented at 6th Congress of European Federation of ASDP Sept. 2008. 2. Winter JF et al. Pharmacokinetics, Safety, and Performance of Novel Matrix Transdermal Delivery System of Fentanyl to the Commercially Available Reservoir Formulation in Healthy Subjects. *J. Clin. Pharmacol.* 2006; 46: 642. 3. Maertens, S. et al. 4. Tan HJ and Phizer WR. Pressure-sensitive adhesives for transdermal drug delivery systems. *Pain Med.* 2, No 2, Feb 1999. 5. Sabatowski R, Schweder S, Rong E et al. Driving ability under long-term treatment with transdermal fentanyl. *J. Pain Symptom Manage* 2002; 25: 38-47. 6. Data on file, Nycomed.

ООО «Никомед Дистрибуция-Сентер»  
119048, Москва, ул. Народная, 2, стр. 1  
т: (495) 832 5011, ф: (495) 832 1625, www.nicomed.ru

Информация для специалистов здравоохранения,  
Рег. номер МД РФ: ЛСР-005230/09-000800.  
Имеется противопоказание. Полная информация  
в инструкции по применению.

- Усовершенствованная технология матричного фентанилового пластыря **2-го поколения**<sup>1, 2</sup>
- Уникальная матрикс-контролирующая мембрана – **5 слоёв**<sup>1, 2</sup>
- Удобна и проста в применении<sup>1, 4</sup>
- **Нет риска протекания** лекарственного препарата<sup>1, 2</sup>
- Минимальное влияние на психомоторную и когнитивную функции<sup>1</sup>
- Лёгкость перехода на Фендивию с других анальгетиков<sup>6</sup>
- Доступен **полный диапазон дозировок**, включая низкодозированный пластырь 12 мкг/ч<sup>6</sup>



**ФЕНДИВИЯ™**

Матричная трансдермальная система фентанила  
**72 ЧАСА КОНТРОЛИРУЕМОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ**

морфина сульфата, также широко применяемого для лечения хронической боли в онкологии. В табл. 2 представлены дозовые соотношения для обоих препаратов, на которые необходимо ориентироваться при замене одного препарата другим.

Сравнение фармакокинетических параметров ТТС Фендивия и ТТС Дюрогезик-матрикс [7] показало их статистически достоверную близость. Для клинической практики это значит, что Фендивия может заменить Дюрогезик-матрикс без каких-либо негативных последствий для пациента с точки зрения как терапевтической активности, так и переносимости. Фендивия, как и другие ТТС с фентанилом, отличается хорошим уровнем переносимости, вызывая в качестве побочных эффектов преимущественно тошноту, запоры и сонливость, частота которых ниже, чем при использовании эквивалентных доз морфина сульфата. Риск развития психической зависимости у пациентов с интенсивной хронической болью при использовании ТТС значительно меньше, чем при использовании парентерально вводимых опиоидов.

Таким образом, ТТС с фентанилом, в том числе препарат Фендивия, представляют собой высокотехнологичные лекарственные формы сильных опиоидов, отличающиеся мощным анальгетическим действием и достаточным уровнем безопасности. Внедрение этих лекарственных форм значительно улучшает состояние больных с интенсивной хронической болью и качество их жизни.

## Литература

1. Аняньева Л.П. Применение наркотических анальгетиков при лечении хронической неонкологической боли // Рус. мед. журн. – 2008; 16, специальный выпуск.
2. Исакова М.Е. Адекватная терапия хронической боли в онкологии // Сопроводительная терапия в онкологии. – 2007; 1–2: 70–73.
3. Новиков Г.А., Осипова Н.А. Лечение хронической боли онкологического генеза: учебное пособие. – М., 2005. – 83 с.
4. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р., Петрова В.В. Принципы клинического применения наркотических и ненаркотических анальгетических средств при острой и хронической боли: метод. указания. – М., 2005. – 79 с.
5. Пчелинцев М.В., Звартау Э.Э. Применение сильных опиоидов в Санкт-Петербурге. Фармакоэпидемиологические показатели, сопоставления, тенденции, проблемы // Рос. журн. боли. – 2010; 1: 15–20.
6. Freyhagen R., von Giesen H., Busche P. et al. Switching from reservoir to matrix systems for the transdermal delivery of fentanyl: a prospective, multicenter pilot study in outpatients with chronic pain // J. Pain. Symptom Manage. – 2005; 30 (3): 289–297.
7. Kress H., Boss H., Delvin T. et al. Transdermal fentanyl matrix patches Matrifen and Durogesic DTrans are bioequivalent // Eur. J. Pharmaceutics and Biopharmaceutics. – 2010; 75: 225–231.
8. Langford R., McKenna F., Ratcliffe S. et al. Transdermal Fentanyl for Improvement of Pain and Functioning in Osteoarthritis // Arthritis & Rheumatism. – 2006; 54 (6): 1829–1837.
9. Marier J., Lor M., Potvin D. et al. Pharmacokinetics, tolerability, and performance of a novel matrix transdermal delivery system of fentanyl relative to the commercially available reservoir formulation in healthy subjects // J. Clin. Pharmacol. – 2006; 46 (6): 642–653.
10. Marier J., Lor M., Morin J. et al. Comparative bioequivalence study between a novel matrix transdermal delivery system of fentanyl and a commercially available reservoir formulation // Br. J. Clin. Pharmacol. – 2007; 63 (1): 121–124.
11. Mystakidou K., Parpa E., Tsilika E. et al. Pain management of cancer patients with transdermal fentanyl: a study of 1828 step I, II, & III transfers // J. Pain. – 2004; 5: 119–132.
12. Ponzovsky A., Marom E., Zeldin A. Cherny NI (2011) Trends in opioid analgesics consumption, Israel, 2000–2008 // Eur. J. Clin. Pharmacol. – год; 67 (2): 165–168.
13. Radbruch L., Elsner F. Clinical experience with transdermal fentanyl for the treatment of cancer pain in Germany // Keio J. Med. – 2004; 53: 23–29.
14. Sathyan G., Guo C., Sivakumar K. et al. Evaluation of the bioequivalence of two transdermal fentanyl systems following single and repeat applications // Curr. Med. Res. Opin. – 2005; 21 (12): 1961–1968.
15. Simpson R., Edmondson E., Constant C. et al. Transdermal fentanyl as treatment for chronic low back pain // Pain Symptom Manage. – 1997; 14 (4): 218–224.
16. Skaer T. Transdermal opioids for cancer pain // Health Qual. Life Outcomes. – 2006; 4: 24.
17. Theoridis T., Waap I., Schwalen S. et al. Fentanyl – TTS in the treatment of pain caused by arthrosis // Z. Orthop. Ihre Grenzgeb. – 2003; 141 (2): 217–222.
18. Varvel J., Shafer S., Hwang S. et al. Absorption characteristics of transdermally administered fentanyl // Anesthesiology. – 1989; 43: 155–162.

### FENTANYL TRANSDERMAL THERAPEUTIC SYSTEMS FOR CHRONIC PAIN

M. Pchelintsev<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences; G. Abuzarova<sup>2</sup>, Candidate of Medical Sciences

<sup>1</sup>Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University; <sup>2</sup>P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute, Ministry of Health and Social Development of Russia, Moscow  
The paper gives data on the specific features and possibilities of using fentanyl as a transdermal formulation. It discusses the advantages and design features of Fendivia, a new fentanyl transdermal therapeutic system.

**Key words:** strong opioids, pain, fentanyl, transdermal therapeutic systems.

## БЕССИМПТОМНАЯ БАКТЕРИУРИЯ: ЛЕЧИТЬ ИЛИ НЕ ЛЕЧИТЬ?

Г. Волгина, доктор медицинских наук, профессор,  
М. Гаджикулиева, кандидат медицинских наук, Е. Волосожар  
МГМСУ, Госпиталь для ветеранов войн № 2, Москва  
E-mail: madina67@mail.ru

*В соответствии с современными принципами ведения больных бессимптомной бактериурией (ББ) лечение оправданно при ББ у беременных, пациентов перед предстоящими инструментальными исследованиями, операциями на мочеполовой системе, в связи с подготовкой к трансплантации почки, а также у женщин с сохраняющейся ББ после удаления мочевого катетера.*

**Ключевые слова:** инфекция мочевых путей, бактериурия, антибактериальная терапия.

Колонизация мочевыводящих путей и, соответственно, наличие бактерий в моче без клинических проявлений определяются как бессимптомная бактериурия (ББ), или бессимптомная инфекция мочевых путей (ИМП). ББ – одна из наиболее частых клинических ситуаций, с которыми встречаются врачи разных специальностей.

Актуальность проблемы диктует целесообразность освещения основных положений по тактике ведения пациентов с ББ на основании практических рекомендаций Американского общества инфекционных болезней (Infectious Diseases Society of America – IDSA) [10]. Критерии IDSA разработаны на основе четкой методической стратификации всех признаков в соответствии с уровнем доказательности (табл. 1).

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ББ

ББ в популяции встречается часто, но ее распространенность широко варьирует в зависимости от пола, возраста, половой активности, функциональных и структурных нарушений в мочевыделительной системе, ассоциированных состояний и заболеваний (табл. 2).

В раннем периоде детства ББ выявляют чрезвычайно редко. У мальчиков в возрасте до 5 лет она составляет 0,001% и, как правило, возникает при анатомических отклонениях со стороны мочевыделительной системы. ББ редко встречается у молодых здоровых мужчин, но у пожилых ее распространенность увеличивается от 3,6 до 19% – преимущественно вследствие нарушения пассажа мочи, обусловленного гиперплазией предстательной железы [2, 9, 12].

Среди представительниц женского пола частота ББ также увеличивается с возрастом – от 1% среди школьниц до 16% и выше – у женщин 70 лет и старше. У молодых женщин она тесно связана с сексуальной активностью (так, в пременопаузальном периоде ББ выявляют у 5% здоровых замужних женщин и только у 0,7% монахинь). У беременных женщин частота ББ варьирует от 2 до 9% и более (в зависимости от социально-экономического положения