

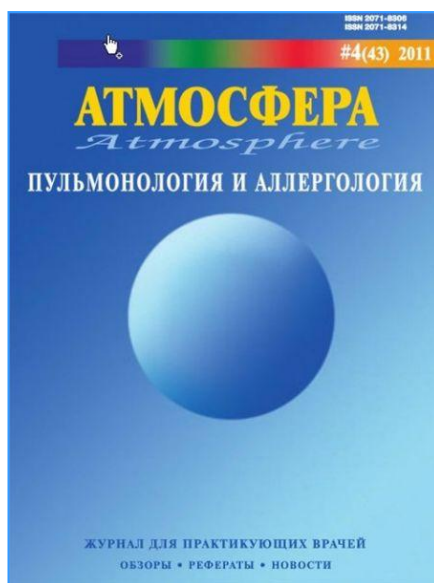


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

*Ежемесячный дайджест
материалов из периодических изданий,
поступивших в областную научную
медицинскую библиотеку МИАЦ*

№5 (май), 2015



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	12
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	14

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Худасова, А. Отвечая на вызовы времени [Текст] / А. Худасова // Медицинская газета. – 2015. – № 32. – С. 4.

Итоговая коллегия Минздрава России началась с выступления вице-премьера Правительства РФ Ольги Голодец, которая дала оценку сделанному отрасли в 2014 г. Неожиданные изменения в экономической «повестке дня» повлияли и на здравоохранение, но принципиальное направление движения удалось сохранить.

– Минздрав России в целом выполнил свои задачи, намеченные на 2014 г., – заявила Ольга Голодец. – Средняя продолжительность жизни россиян впервые превысила 70 лет. Основными приоритетами текущего года остаётся дальнейшее снижение смертности, ранняя диагностика заболеваний, особенно сердечно-сосудистых и онкологических. Кроме того, медикам предстоит ещё серьёзно работать над культурой отношения к пациентам. Помочь решить эту проблему должен этический кодекс медицинского работника, который планируется принять в текущем году.

Как считает Ольга Голодец, к позитивным итогам следует отнести и тот факт, что в 2014 г. Россия попала в международный рейтинг Bloomberg. Как известно, в него входят страны, которые перешагивают порог в 70 лет по показателю продолжительности жизни населения.

Мы закончили год с ещё большей цифрой – почти 71 год (70,97), это огромное достижение, – подчеркнула вице-премьер. – С другой стороны, наша страна заняла в рейтинге эффективности систем здравоохранения последнее место из 51 возможного.

– «Дорожные карты» развития отрасли, включающие основные показатели эффективности, учитывающие региональные особенности структуры заболеваемости и смертности, а также другие демографические, социально-экономические и климато-географические особенности, составлены в каждой территории, – сказала Вероника Скворцова. – Повышение эффективности работы инфраструктуры здравоохранения привело к экономии более 4 млрд руб., которые были направлены на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и другие нужды.

Министр подчеркнула, что сокращение коечного фонда – не самоцель. Все структурные преобразования в здравоохранении направлены, прежде всего, на повышение доступности и качества медицинской помощи, в том числе и за счёт сокращения неэффективных затрат. Общие объёмы медицинской помощи населению не сокращаются, а доля наиболее эффективных современных медицинских технологий в них значительно нарастает.

Важно, чтобы шаги по инфраструктурной оптимизации отрасли были тщательно продуманными и профессиональными, разъяснёнными и населению и медицинскому сообществу.

По состоянию на 1 января 2015 г. в медицинских организациях субъектов РФ работало 526,4 тыс. врачей и почти 1 млн. 221,7 тыс. медицинских работников со средним профессиональным образованием.

В 2014 г. Минздравом России разработаны базовые профессиональные стандарты по 8 основным направлениям подготовки врачей, на основе которых с 2016 г. будет осуществляться поэтапный переход к принципиально новой системе допуска к медицинской деятельности – аккредитации специалистов.

Для достижения практико-ориентированности проведены корректировки более 190 типовых образовательных программ по всем медицинским дисциплинам. Разработаны 94 федеральных государственных образовательных стандарта для обучения в ординатуре и основные образовательные программы для них. В подведомственных учреждениях создано более 70 симуляционных тренинговых центров. А всего за прошлый год по программам повышения квалификации подготовлено около 200 тыс. врачей.

Минздравом совместно с Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов и профессиональным сообществом начата реализация Концепции непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

В 12 регионах страны стартовал пилотный проект по дистанционному образованию участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики с использованием системы зачётных кредитов. В проекте принимают участие 16 образовательных и научных организаций

Минздрава, 11 медицинских профессиональных некоммерческих организаций и более 500 медицинских специалистов.

В рамках реализации Послания Президента РФ с 1 сентября 2015 г. система непрерывного профессионального образования специалистов будет дополнена внедрением «образовательного сертификата», позволяющего каждому врачу выстраивать индивидуальную образовательную траекторию и самостоятельно определять медицинские образовательные или научные учреждения для бесплатного прохождения образовательных программ, стажировок и тренингов. Финансирование будет осуществляться из специально сформированного в системе ОМС резерва за счёт перераспределения 50% средств, полученных страховыми медицинскими организациями по результатам контрольных мероприятий.

Важнейшим направлением совместной работы Минздрава России с регионами является информатизация здравоохранения.

По данным на 1 января 2015 г., в федеральном сервисе «Интегрированная электронная медицинская карта» зарегистрированы свыше 3 тыс. медицинских организаций Российской Федерации (более 30%), где фиксируются медицинские записи по 15,8 млн пациентов. Это позволяет медицинским организациям вести учёт размещённых, отклонённых, отменённых и реализованных вызовов, при необходимости направлять пациентов в другую медицинскую организацию для прохождения дополнительных специализированных обследований, осуществлять прогнозирование количества посещений и выстраивать расписания врачей.

Развитие федеральной системы «Интегрированная электронная медицинская карта» даёт возможность реализовать функциональные возможности передачи и централизованной обработки результатов лабораторных и других диагностических исследований, фиксации и хранения протоколов, а также двустороннего автоматического наполнения нозологических регистров.

К федеральному сервису «Федеральная электронная регистратура» за прошедший год подключено более 2 тыс. медицинских организаций, передающих в систему расписания работы 51 тыс. врачей, ежегодно обслуживающих 31 млн заявок на приём к врачу и вызовов врача на дом.

Получила развитие и Федеральная электронная медицинская библиотека, которая была дополнена электронным каталогом «Российская медицина», включающим весь отечественный запас фонда Центральной медицинской библиотеки (более 500 тыс. библиографических записей).

Создана учебная электронная библиотека по 36 медицинским дисциплинам (более 3 тыс. цифровых полнотекстовых документов).

Совместно с Фондом социального страхования, Астраханской и Белгородской областями Минздрав начал реализацию пилотного проекта по переводу в электронный вид листка нетрудоспособности.

С Москвой и Тюменской областью проработан пилотный проект по реализации электронных рецептов на лекарства.

В течение года, совместно с 22 регионами, осуществлялись мероприятия по оснащению станций и центров скорой медицинской помощи современными автоматизированными системами обмена информацией, обработки вызовов и управления мобильными бригадами с использованием аппаратуры спутниковой навигации ГЛОНАСС.

Вероника Скворцова считает, что эффективное здравоохранение в современных условиях возможно только на основе инновационного развития, внедрения принципов трансляционной медицины, системы быстрее внедрения результатов научных разработок в практическое здравоохранение.

Здравоохранение будущего: вызовы времени [Текст] // Главный врач. – 2015. – № 4. – С. 3-9.

Если системы здравоохранения во многих странах будут функционировать по-старому, то в будущем они потеряют жизнеспособность. К счастью, есть ряд мер, которые помогут отрасли выбрать правильное направление развития.

Современное здравоохранение переживает кризис. Сегодня ситуация изменилась в худшую сторону – принципы, в соответствии с которыми функционируют системы здравоохранения во многих странах, скоро станут совершенно нежизнеспособными.

Этот вывод может показаться неожиданным, учитывая достижения регенеративной медицины, геной инженерии и информационной медицины. Тем не менее, факты остаются фактами: расходы быстро повышаются, качество лечения оставляет желать лучшего, а возможности доступа к медицинским услугам или их выбора во многих странах не отвечают современным требованиям.

Эти проблемы породят фундаментальные изменения в здравоохранении на протяжении следующего десятилетия. Принципиально новая среда будет формироваться также с поправкой на реалии глобализации, демографическими сдвигами, увеличением числа болезней и появлением новых, более дорогих технологий и методов лечения. Системы здравоохранения, которые не смогут адаптироваться к этой новой среде будут нуждаться в немедленной и масштабной принудительной реструктуризации.

В пересчете на душу населения США тратят на здравоохранение на 22% больше, чем вторая по списку страна (Люксембург), на 49% более чем занимающая третье место Швейцария, и в 2,4 раза больше средних показателей по другим странам, входящим в Организацию экономического сотрудничества и развития. Несмотря на это, Всемирная организация здравоохранения поставила США на 37 место по совокупным показателям системы здравоохранения.

В КНР 39% сельского населения и 36% городского населения не могут позволить себе профессиональное медицинское обслуживание, несмотря на успехи экономических и социальных реформ в этой стране за последние 25 лет.

Изменения систем здравоохранения абсолютно необходимы; у всех заинтересованных сторон остается вопрос – когда и как. Если заинтересованные стороны будут выжидать слишком долго, перед тем как действовать, их системы окажутся неспособны функционировать в соответствии с прежними принципами – и будут нуждаться в немедленной и масштабной принудительной реструктуризации.

К счастью, есть более позитивный сценарий, однако он потребует от всех заинтересованных сторон повышения ответственности, жестких решений и кропотливой совместной работы.

В частности, рекомендуется:

Поставщикам медицинских услуг отказаться от фокусирования внимания на ситуативном оказании неотложной медицинской помощи в пользу повышения качества лечения хронических заболеваний, а также прогнозирования и предотвращения болезней на протяжении всей жизни.

Потребителям следует принимать на себя ответственность за собственное здоровье и за получение максимальной пользы от модернизированной системы здравоохранения.

Плательщики и программы здоровья должны помогать потребителям оставаться здоровыми и получать больше пользы от системы здравоохранения, должны содействовать организациям в оказании услуг ухода для повышения общего уровня здравоохранения.

Поставщики медицинской продукции – во взаимодействии с поставщиками услуг ухода, врачами и пациентами – должны разрабатывать продукты, которые улучшают результаты лечения или обеспечивают эквивалентные результаты при сниженных ценах.

Обществу необходимо принимать реалистичные, рациональные решения, касающиеся здравоохранения, с учетом образа жизни, определять приемлемое поведение граждан в отношении своего здоровья, а также решить, до какой степени здравоохранение будет социальным правом и до какой – рыночной услугой.

Правительству в рамках такого реалистического сценария отводится роль борца с недостатками существующей системы для устранения препятствий, поощрения инноваций и направления государства к адекватным решениям.

Если все заинтересованные стороны будут действовать ответственно и продемонстрируют стремление и способность к изменениям, они смогут лучше использовать трансформационные факторы и реализовать выигрышный сценарий преобразования.

Такая система здравоохранения перейдет из разряда пассивов в разряд национальных активов. Она поможет обслуживаемым гражданам вести более здоровый, более продуктивный

образ жизни и будет способствовать повышению конкурентоспособности национальных компаний и страны в целом в современном глобализованном мире.

Наступает эра действий и ответственности.

Действие и ответственность – это основные компоненты успешного преобразования. Для успешного преобразования системы здравоохранения каждая страна должна предпринять следующие действия:

1. Ориентация на реальную пользу. Потребители, поставщики медицинских услуг и плательщики должны согласовать определение «пользы здравоохранения» и показатели для ее оценки, после чего они смогут соответствующим образом управлять покупками медицинской продукции, оказанием медицинских услуг и компенсациями.

2. Формирование ответственных потребителей. Потребители должны сделать правильный выбор относительно своего образа жизни и стать «ответственными приобретателями» медицинских услуг.

3. Расширение возможностей для поддержания здоровья и обеспечения ухода. Потребители, плательщики и поставщики медицинских услуг должны найти более удобные, более эффективные и более рациональные способы, каналы и средства для поддержания здоровья и обеспечения ухода.

Понятная структура ответственности обеспечит успешное выполнение указанных действий. Ответственность должна охватить правительство, медицинских специалистов, плательщиков и граждан.

Преобразование ценностной шкалы.

Реальная польза видна только конечному приобретателю, но в сегодняшнем здравоохранении оценить реальную пользу достаточно трудно. Данные относительно цен в здравоохранении тщательно скрываются, их трудно или вообще невозможно получить или рассчитать. Кроме того, качественные данные по-прежнему весьма скудны, найти подтверждение им трудно, они по преимуществу недостоверны и не всегда понятны. Ситуация в здравоохранении осложняется тем, что заинтересованные стороны этой отрасли, потребители, плательщики и общество, имеют различные мнения относительно того, что составляет понятие «пользы». Согласование позиций и разрешение этих противоречий – это одно из основных препятствий на пути успешного преобразования системы здравоохранения.

Сегодня во многих случаях конечный потребитель несет лишь незначительную часть расходов на здравоохранение и не располагает возможностями для надежного прогнозирования качества здравоохранения. Плательщики, среди которых общественные или частные программы здоровья, работодатели и правительство, берут на себя основное бремя расходов на здравоохранения, однако во многих случаях стремление к уменьшению разовых выплат обуславливает низкое качество ухода. До тех пор, пока качество медицинского обслуживания или другие «социальные права» не снижаются до угрожающего уровня, общество не обращает серьезного внимания на стоимость или содержание услуг здравоохранения.

В сценарии предполагается, что скоро потребители возьмут на себя долю финансового контроля и ответственности за свое здоровье – это будет стимулировать потребность в легкодоступной, достоверной и понятной информации о пользе здравоохранения. Общество осознает, что фонды здравоохранения не безграничны, и потребует, чтобы цены и качество медицинских услуг соответствовали пользе, которую эти услуги приносят как отдельному человеку, так и региону или стране в целом.

Преобразования в области ответственности потребителей.

Второй ключевой элемент успешного преобразования системы здравоохранения – повышение ответственности конечного потребителя за поддержание собственного здоровья и за получение максимальной пользы от системы здравоохранения. Вступление страны в эпоху кризиса здравоохранения вынуждает потребителей менять контрпродуктивное отношение к своему здоровью и принимать активное участие в принятии медицинских решений.

Сегодня потребители не хотят или не могут оценивать ценность услуг здравоохранения. Некоторые из них не беспокоятся о том, сколько стоят медицинские услуги, поскольку получают их бесплатно или оплачивают заранее. Некоторые потребители хотели бы иметь соответствующие сведения, но испытывают непреодолимые трудности при получении

информации, которая необходима, чтобы сделать надлежащий выбор. Кроме того, многие потребители по-прежнему не обладают достаточной медицинской грамотностью, необходимой для осознанного выбора. Проблема осложняется тем обстоятельством, что среди потребителей относительно широко распространено игнорирование здорового образа жизни. Возрастающая доля людей с избыточным весом и хроническими заболеваниями, а также продолжающееся распространение ВИЧ/СПИД – это непосредственное подтверждение вышеуказанного тезиса.

В сценарии предполагается, что в будущем потребители станут анализировать цены на медицинские услуги. Информационные посредники в области здравоохранения, помогающие пациентам при решении таких вопросов, как нахождение информации, необходимой для правильного выбора, интерпретация медицинской информации, выбор между альтернативными видами/каналами ухода и взаимодействие с выбранными поставщиками услуг, станут основными связующими компонентами в здравоохранении и для здоровых, и для хронически больных граждан. И, наконец, выбор образа жизни станет более наглядным, поскольку «плохой» выбор будет сопровождаться отрицательными последствиями уже в краткосрочной перспективе.

Преобразования в области ухода.

Третий ключевой элемент успешного преобразования здравоохранения – фундаментальные сдвиги в характере, режимах и средствах ухода. Сегодня здравоохранение чрезмерно сосредоточено на оказании ситуативной неотложной медицинской помощи. Для эффективного реагирования на меняющиеся условия необходимо трансформировать эту ситуацию и охватить вниманием здравоохранения такую область, как предотвращение хронических заболеваний и уход за больными.

Сегодня концепция профилактического обслуживания, ориентированная на поддержание организма человека в надлежащем состоянии посредством предотвращения болезней и их раннего обнаружения не имеет мощной поддержки. В общем случае, потребители игнорируют эту концепцию, плательщики не вкладывают в нее средства, а поставщики медицинских услуг не получают от нее прибыли. По сценарию, в будущем понятие профилактического здравоохранения существенно расширится и будет сочетать подходы восточной и западной медицины, а также наилучшие из старых и новых методик.

Потребители смогут получать медицинские услуги в новых условиях, например, в медпунктах, на рабочих местах и даже у себя дома, что предполагает более низкие цены, повышенное удобство и более эффективные способы оказания услуг, чем традиционные каналы здравоохранения. Вполне вероятно, что профилактическую помощь будут осуществлять поставщики медицинских услуг среднего уровня – включая фельдшеров, медсестер, диетологов, специалистов-консультантов в области генетики и инструкторов по физкультуре – в тесной координации с врачами.

Поскольку сегодня количество хронических заболеваний стремительно растет, уход за хроническими больными остается дорогим и трудоемким делом. Согласно сценарию, в будущем хронические пациенты смогут сами контролировать состояние своего здоровья в рамках поддерживаемых ИТ-технологиями программ лечения, которые повысят результаты и снизят расходы. Лечение таких больных будет сконцентрировано в местах их проживания благодаря подключенным к сети домашним устройствам мониторинга, которые будут автоматически оценивать данные и при необходимости генерировать предупреждения и рекомендации по действиям пациентов и медицинского персонала. Пациенты и их семьи, получающие помощь от информационных посредников, заменят докторов в качестве основных координаторов борьбы с хроническими болезнями. Это изменение устранил главную статью расходов, а также временные ограничения, обуславливаемые кратковременностью присутствия врачей вследствие их большой загрузки.

Предотвратимые медицинские ошибки.

Сегодня в основе экономики здравоохранения лежит неотложная медицинская помощь, эффективность которой находится в сильной зависимости от квалификации конкретного врача. Предполагается, что в будущем при оказании медицинских услуг станут стандартизированные методы неотложной медицинской помощи, разработанные по результатам тщательного анализа клинических данных и обязательного документирования особенностей пациентов. Доступность высококачественной информации о лечении позволит оказывать несрочную медицинскую помощь (например, при заболевании фарингитом или синуситом) на дому у пациента

посредством телемедицины или в медпунктах, которые обеспечивают низкую цену, хорошее качество и удобство пациента. Это ослабит нагрузку на врачей и позволит преобразовать сегодняшние крупные больницы общего назначения в «экспертные центры», занимающиеся особыми случаями, в комбинированные «центры сортировки», которые будут решать, в какие специализированные учреждения следует обращаться пациентам, и в реабилитационные центры, которые будут контролировать состояние пациентов перед их выпиской.

Рекомендации по повышению ответственности и проведению «выигрышного» преобразования.

Масштаб задач по трансформации системы здравоохранения, с которым сегодня сталкиваются многие страны мира, заставляет отнестись к делу со всей серьезностью. Эти системы здравоохранения, основное внимание которых в настоящее время сконцентрировано на эпизодических, плохо координируемых медицинских мероприятиях, должны расширить область своего действия и обеспечить скоординированное управление профилактическим, неотложным и превентивным уходом за пациентами с хроническими заболеваниями на всем протяжении их жизни. Это преобразование должно быть осуществлено в условиях ограниченного роста финансирования и нарастающей конкуренции в мировой экономике и в среде здравоохранения. Эта задача настоятельно потребует формирования наглядной и непротиворечивой структуры ответственности, которая будет поддерживаться единообразными стимулами и согласованной концепцией пользы для всех заинтересованных сторон.

Для успеха преобразований необходимо, чтобы все заинтересованные стороны принимали в процессе активное участие, сотрудничали и были бы открыты изменениям.

Совершенствование диагностики – обязательное условие повышения качества оказания медицинской помощи [Текст] / П. В. Глыбочко [и др.] // Терапевтический архив. – 2015. – № 4. – С. 4-7.

В статье обсуждаются современные подходы к организации диагностического процесса в медицинских организациях. Представлены подходы к совершенствованию организации обследования пациентов в условиях многопрофильных стационарных медицинских организаций.

В Послании Федеральному Собранию 4 декабря 2014 г. Президент Российской Федерации В. В. Путин подчеркнул: «...В этом году в глобальном рейтинге здравоохранения Россия впервые признана благополучной страной. Это государства, где средняя продолжительность жизни превышает 70 лет. На данный момент этот показатель в России превысил 71 год. Считаю, что у нас есть все основания уже в ближайшей перспективе увеличить среднюю продолжительность жизни до 74 лет, добиться новой качественной динамики в снижении смертности...». Благодаря системной государственной политике, устойчивые положительные демографические тенденции во многом определяются соблюдением основных принципов охраны здоровья, изложенных в статье 4 главы 2 Федерального закона Российской Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Наряду с приоритетами интересов пациента при оказании медицинской помощи, профилактики в сфере охраны здоровья, эти принципы включают также доступность и качество медицинской помощи.

Правильная диагностика остается одной из основных составляющих качественного осуществления медицинских вмешательств и оказания медицинских услуг, диагностический этап которых стал еще более ответственным. В связи с этим обоснованность и своевременность их применения определяется компетентностью лечащего врача и рациональностью организации работы медицинской организации. В свою очередь грамотное совершенствование организации диагностического процесса нередко представляет собой значительную составляющую внутренних резервов медицинской организации не только по повышению качества медицинской помощи, но и по увеличению экономической эффективности подразделений, входящих в ее состав.

Диагностический процесс в медицинской организации должен быть организован в соответствии с нормативно-правовой базой. Утверждаемые Министерством здравоохранения Российской Федерации Стандарты специализированной медицинской помощи по нозологиям содержат раздел «Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния». В них приведены медицинские услуги из числа лабораторных и инструментальных методов

исследования, применимые при конкретной нозологической форме, с указанием частоты предоставления и кратности применения. Порядками оказания медицинской помощи по профилям в разделах «Порядок организации деятельности...» и «Стандарты оснащения...» регламентированы наличие соответствующего диагностического оборудования и его применение. Также диагностические методы и область их применения представлены в рекомендациях профессиональных медицинских общественных организаций. Таким образом, для медицинской организации при организации диагностического процесса четко обозначены ответы на вопросы, какому пациенту, на каком этапе оказания медицинской помощи и как часто должна предоставляться соответствующая медицинская услуга, относящаяся к числу диагностических.

Ориентация на нормативные документы (стандарты, клинические рекомендации и протоколы) при планировании обследования пациента способствует повышению его эффективности, сокращению продолжительности пребывания пациента в стационаре и увеличению оборота койки. В большинстве стран мира значительная часть врачебного сообщества осуществляют свою деятельность в соответствии со стандартами, рекомендациями и протоколами и не рассматривают их при этом как ущерб для индивидуального принятия решений, основанного на собственном клиническом опыте. Не вызывает сомнения, что и в нашей стране число врачей, готовых к работе или уже работающих в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, существенно возрастает в том числе и потому, что при их соблюдении лечащий врач защищен от части рисков. Например, по данным отечественного регистра РЕКОРД-2, включающего более 1500 пациентов с острым коронарным синдромом, летальность больных, в отношении которых соблюдались клинические рекомендации по ведению, в 3,4 раза ниже, чем у тех, тактика ведения которых отличалась от утвержденных рекомендаций.

Безусловно, соблюдение соответствия диагностического процесса нормативной базе обуславливает необходимость контроля на всех уровнях – от заведующего отделением до заместителя руководителя медицинской организации по лечебной работе. Персонафикация учета оказанных пациенту диагностических медицинских услуг предполагает должный уровень информатизации медицинской организации: оптимальным представляется наличие интерактивных клинических протоколов, сопряженных с электронной историей болезни. При этом возможность и кратность предоставления той или иной диагностической медицинской услуги могут быть ограничены, а их результаты учитываться в on-line-архиве, что особенно важно для ведения больных, обращающихся повторно. Благодаря локальным клиническим протоколам удастся минимизировать применение избыточных/нерациональных диагностических медицинских услуг, в частности утративших свое диагностическое значение (например, тимоловая проба при заболеваниях печени), не требующих при выполнении заведомо не обоснованных затрат.

Внедрение новых методов обследования в клиническую практику должно быть обоснованным. Безусловно, для развития диагностической службы в медицинской организации требуются существенные финансовые затраты. Так, в настоящее время структура тарифов обязательного медицинского страхования и их наполнение в лучшем случае компенсацию затрат на обследование пациента. Развитие диагностических подразделений, приобретение нового оборудования руководителю медицинской организации все чаще приходится осуществлять преимущественно из средств, полученных за счет оказания платных медицинских услуг, объем которых в ближайшем будущем, не будет иметь тенденции к росту.

Характеристики диагностических тестов считаются следующие:

- наличие диагностического метода в документах, регламентирующих оказание медицинской помощи по профилю оказания медицинской помощи/заболеванию;
- результаты диагностического теста с высокой вероятностью могут быть использованы для принятия решения;
- выполнение диагностического теста должно занимать минимальное время до получения однозначно интерпретируемого результата.

Внедрение нового диагностического метода должно обязательно основываться на результатах расчета его мощности и ожидаемого контингента обследуемых. При этом следует иметь в виду, что метод с высокой себестоимостью может тем не менее способствовать

снижению затрат на ведение пациентов. Рассчитано, что в Великобритании использование позитронно-эмиссионной томографии с флюорин-18-дезоксиглюкозой при обследовании больных колоректальным раком, перенесших его хирургическую резекцию, позволяет уменьшить затраты на ведение в течение 1 стандартизованного по качеству жизни года на 21 409 английских фунтов стерлингов при раке прямой кишки, на 6189 английских фунтов стерлингов при злокачественной опухоли толстокишечной локализации, на 21 434 английских фунта стерлингов при метастазирующем раке толстой кишки. Тем не менее, это не означает, что каждая крупная медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь по профилю «Онкология», должна быть оснащена позитронно-эмиссионным томографом: при правильно сформированной логистике потока пациентов на один оснащенный им центр могут быть замкнута несколько медицинских организаций.

Эффективность диагностического процесса во многом определяется рациональностью его организации. Безусловно, особенности его организации в значительной степени определяются конкретными задачами, стоящими перед медицинской организацией. Тем не менее, общие принципы рациональной организации диагностического процесса могут быть сформулированы следующим образом:

- правильное формирование программы обследования и контроль за ее соблюдением;
- максимально возможное использование неинвазивных диагностических методов на догоспитальном этапе у пациентов, госпитализируемых в плановом порядке;
- приближение диагностических тестов, которые оказывают решающее влияние на принятие решения, к пациенту – плановые, в частности скрининговые обследования, напротив, более рационально проводить в укрупненных (централизованных – в медицинских организациях с большой коечной мощностью) подразделениях;
- приоритет наиболее информативных диагностических методов.

Следует подчеркнуть, что даже оснащенные современным оборудованием диагностические подразделения в медицинских организациях будут малоэффективными, если представители клинических специальностей не в состоянии обосновать применение того или иного метода и не смогут соотнести их с данными клинического обследования, деталями анамнеза. Повышение качества диагностики, остается неотъемлемым условием совершенствования оказания медицинской помощи населению, которое невозможно без обеспечения соответствующей подготовки врачей, отвечающих не только за получение результата применения метода диагностики, и за его интерпретацию.

Кошкина, Е. А. Актуальные задачи и результаты модернизации наркологической службы в Российской Федерации [Текст] / Е. А. Кошкина // Заместитель главного врача. – 2015. – № 5. – С. 6-12.

В последние годы в стране проводится работа по реструктуризации и модернизации наркологической помощи во всех регионах Российской Федерации. Модернизация наркологической службы предусматривает инвестиции в нормативно-правовую, финансовую и организационную сферы ее деятельности. Это влечет за собой необходимость осуществления мониторинга за эффективностью вложений в рамках проводимой модернизации службы. Результаты мониторинга рассматриваются в настоящей статье.

Анализ наркологической ситуации в Российской Федерации.

За последние 10 лет в России сложился высокий уровень распространенности наркологических заболеваний с тенденцией к снижению за последние три года. Так, с 2009 г. наблюдалось снижение общей заболеваемости наркоманией среди всего населения. В то же время в категории лиц с пагубным употреблением наркотиков выявляется неоднозначная тенденция к росту и последующему снижению показателя с интервалом в два года.

Общая заболеваемость наркологическими расстройствами среди подростков имеет иные тенденции. Среди этого контингента наиболее высок уровень показателя «употребление наркотиков с вредными последствиями» и значительно ниже уровень показателя «синдром зависимости от употребления наркотиков». Данные показатели активно снижались с 2008 по 2012 г., однако в 2013 г. наблюдалось значительное увеличение обоих показателей.

Общая заболеваемость алкоголизмом среди мужчин имела ярко выраженную тенденцию к снижению с 2005 г., в то время как среди женщин наблюдался незначительный рост показателя вплоть до 2008 г., после чего начал плавно снижаться.

Уровень алкоголизма среди подростков имел тенденцию к снижению с 2006 г. и к 2013 г. и снизился более чем в два раза. В то время как показатель употребления алкоголя с вредными последствиями с 2006 по 2010 г. имел тенденцию к росту. Снижение данного показателя началось только в 2011 г.

Среди больных наркологического профиля преобладают лица трудоспособного возраста (среди больных алкоголизмом 53% - лица в возрасте 40-59 лет, среди больных наркоманией 82% – лица в возрасте 20-39 лет).

В структуре наркологической службы произошли серьезные изменения. Число наркологических диспансеров сократилось в два раза. Снизилось число наркологических кабинетов (на 160) и число наркологических коек (на 4468). Вместе с тем увеличилось число кабинетов экспертизы опьянения (на 216) и реабилитационных подразделений.

Нормативно-правовая база.

В рамках модернизации нормативно-правовой сферы в области оказания наркологической помощи в последние годы Минздравом России утверждены следующие нормативные правовые акты:

– Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

– приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 929н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «наркология»;

– приказы Минздрава России от 04.09.2012 № 124н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ» и от 04.09.2012 № 135н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии, вызванном употреблением психоактивных веществ»; от 20.12.2012 № 1114н «Об утверждении стандарта скорой медицинской помощи при отравлении наркотическими веществами»;

– приказ Минздрава России от 06.10.2014 № 581н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ»;

– Федеральные клинические рекомендации (протоколы лечения) по диагностике и лечению наркологических заболеваний, разработанные профессиональными медицинскими сообществами;

– приказ Минздрава России от 05.06.2014 № 263 «Об утверждении Концепции модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года»;

– другие нормативные правовые акты.

Анализ показателей деятельности наркологической службы.

Для анализа эффективности деятельности наркологической службы в Российской Федерации с учетом вложений, сделанных в рамках модернизации, были проанализированы результаты выполнения плановых индикаторов на 2013 г. в среднем по России. Отмечается, что из восьми показателей не выполнены только два – «число больных алкоголизмом, находящихся в ремиссии свыше 2 лет» и «доля больных, успешно завершивших амбулаторную реабилитацию», остальные показатели достигнуты и превышены.

Среди больных наркоманией в изучаемый период наблюдался:

– заметный рост показателей ремиссии;

– незначительное увеличение показателя снятия с наблюдения в связи с выздоровлением;

– увеличение потока пациентов для стационарной реабилитации. Разница между показателями ремиссии и выздоровления остается ожидаемо высокой. В динамике остальных показателей какой-либо выраженной тенденции не установлено.

Показатели успешного завершения реабилитационных программ по-прежнему остаются на высоком уровне, что свидетельствует, с одной стороны, об отборе для участия в

реабилитационных программах пациентов, с другой стороны – о возможности влияния на формирование этих показателей субъективных факторов, включая административные.

Анализ показателей эффективности деятельности наркологической службы выявил разнонаправленные тенденции показателей ремиссии, выздоровления, а также включения в реабилитационный процесс и эффективности этого процесса как среди больных наркоманией, так и среди больных алкоголизмом.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости объективизации этих показателей, разработки единых нормативных актов и стандартов установления ремиссии и выздоровления, а также критериев оценки успешного завершения реабилитационных программ, основанных на данных объективного обследования пациентов.

Для анализа эффективности вложений, сделанных в рамках модернизации, были проанализированы индикаторы в двух группах регионов РФ:

– *1-я группа* — 16 регионов РФ, в которых мероприятия по модернизации проводились в 2011 г.: Алтайский край, Приморский край, Ставропольский край; Астраханская, Белгородская, Брянская, Вологодская, Ивановская, Калужская, Костромская, Новгородская, Оренбургская, Ростовская, Самарская, Свердловская и Смоленская области

– *2-я группа* — регионы, в которых модернизация запланирована на 2014 г. и до 2013 г. не осуществлялась (21 регион): Республики Алтай, Бурятия, Ингушетия, Калмыкия, Марий Эл, Тыва, Хакасия, Чеченская Республика; области Калининградская, Кировская, Ленинградская, Орловская, Сахалинская и Тамбовская; Еврейская автономная область, Ненецкий, Ханты-Мансийский, Чукотский, Ямало-Ненецкий автономные округа; города Москва и Санкт-Петербург.

Проведенный анализ двух групп регионов, в одной из которых программы модернизации были реализованы в 2011 г., свидетельствует об отсутствии статистически значимых различий с регионами, в которых программы модернизации не проводились.

Разнонаправленные тенденции показателей, отражающих качество оказания наркологической помощи, свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования критериев его оценки:

- включить в практику амбулаторного наблюдения наркологических больных объективные методы контроля трезвости, такие как мониторинг биологических и иных маркеров на алкоголь и наркотики;
- проводить токсикологическое и психологическое тестирование пациентов;
- разработать стандартизованные подходы при формировании таких показателей, как успешное завершение амбулаторных и стационарных реабилитационных программ.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Ларин, И. Инъекции клеток [Текст] // Медицинская газета. – 2015. – 29 апр. (№ 31). – С. 13.

Известно, что для производства чипов используется травление, в частности с помощью ионных пучков. Исследователи Имперского колледжа в Лондоне с помощью ион-травления сделали полые кремниевые наноиглы и поместили на них стволовые клетки, потомство которых необходимо для формирования тканей (пока технологию опробовали на сосудах).

Преимуществом нового подхода культивирования клеток является то, что сквозь отверстия наноиглы можно вводить в клетки различные молекулы нуклеиновых кислот – гены и регуляторы их активности (NM). Авторы использовали для стимуляции развития клеток VEGF, или белковый фактор роста сосудистого эндотелия, клетки которого выстилают сосуды изнутри и стимулируют рост последних. Индукция роста сосудов в 6 раз увеличила перфузию крови в экспериментальном участке сердечной мышцы. Перспективы применения нИ в хирургии трудно сегодня оценить.

Молекулярных онкологов иглы могут заинтересовать в плане изучения путей внутриклеточного распространения сигналов к росту и делению.

Учёные Иллинойского университета в Шампани полагают, что резистентность опухолей молочной железы к лечению обусловлена большим количеством белковых рецепторов гормона эстрогена на поверхности их клеток. Действие гормона включает как минимум 4 пути «сопротивления» сигналам апоптоза. В 2013 г. они сообщили о скрининге 150 тыс. малых молекул, среди которых наиболее перспективным оказалось вещество ВНР1, молекула которого состоит из трёх 6-членных и одного 5-членного кольца. В конце марта 2015 г. они сообщили результаты испытаний ВНР1 на мышах, которые оказались весьма обещающими: уже через 10 дней введения вещества 48 из 52 опухолей у мышей прекратили свой рост, сократив свой объём на 30-50%. ВНР1 блокирует только рецепторы эстрогена на раковых клетках, не действуя на здоровые даже в концентрациях, которые в 100 раз выше лечебных (10 тыс. нМ и 100 соответственно). Предполагается, что лекарство нетоксично для мышей и приостанавливает потерю веса (кахексию). Остаётся ждать начала клинических испытаний.

Каузе, А. Возможно ли остановить рак [Текст] / А. Краузе // Медицинская газета. – 2015. – 22 апр. (№ 29). – С. 13.

В лаборатории в Колд-Спринг-Харбор (Нью-Йорк) обнаружили онкогенную вариацию гена TP53, известного своими противораковыми свойствами. Согласно данным исследования, учёным удалось ингибировать продукцию мутантного гена и предотвратить злокачественное перерождение клеток.

Как известно, онкопротекторный белок p53, зачастую называемый «стражем генома», выявляет клетки с повреждённой ДНК, останавливает их деление и при необходимости запускает процесс программируемой клеточной гибели (апоптоз), чтобы предотвратить их перерождение в опухолевые клетки. Мутации гена TP53, ответственного за выработку этого белка, обнаруживаются в клетках около 50% злокачественных опухолей.

Научная группа профессора Рафаэлы Сорделлы обнаружила новую вариацию данного гена, которая кодирует облегчённую версию нормального белка, названную p53-psi. Как показали лабораторные исследования с культурами нормальных и раковых клеток человека, этот белок вместо уничтожения повреждённых клеток стимулировал их рост и деление.

Изучив активность гена p53-psi в образцах ткани лёгких, взятых у больных с начальной стадией рака, исследователи обнаружили, что белок, кодируемый мутантным геном, присутствовал почти исключительно в образцах тех пациентов, у кого наблюдался рецидив.

Как считают авторы работы, это говорит о том, что белок p53-psi способствует росту опухолевых клеток. Исследования также показали, что этот протеин работает только в клеточных митохондриях, которые отвечают за производство энергии. В сочетании с другим белком, циклофилином D, белок, экспрессируемый мутантным геном, способствует превращению нормальных клеток органа в мышечноподобные клетки, которые часто образуются прежде, чем на этом месте развивается рак.

Когда Р. Сорделла и её коллеги остановили процесс данной трансформации, подавив экспрессию гена p53-psi, клетки вернулись к своему обычному состоянию. Это указывает на то, что препараты, которые подавляли бы выработку одного из этих белков, могли бы предотвратить рост опухоли у пациентов.

Дэвид Лэйн – учёный, открывший роль белка p53 в 1979 г. и работающий в настоящее время директором по науке в Институте Людвиг по исследованию рака в Нью-Йорке, поддерживает команду Р. Сорделлы. По его словам, ген p53-psi имеет нетипичные для «стража генома» свойства онкогенного характера, и разработка препарата, ингибирующего его продукцию, поможет предотвратить канцерогенез или снизить риск рецидива рака.

Адамов, Б. Следи за белком [Текст] : открыт новый метод диагностики рака яичников / Б. Адамов // Медицинская газета. – 2015. – № 34. – С. 13.

Британские учёные утверждают, что разработанная ими методика, которая оценивает изменения уровня протеина в крови, позволит вдвое эффективнее выявлять рак яичников, чем существующие способы, распознавая до 86% случаев на ранней стадии. Первые результаты исследования, в ходе которого в течение 14 лет наблюдались более 46 тыс. женщин, показывают, что возникновение опухоли может быть выявлено на ранних этапах. Это возможно с помощью общего анализа крови, включающего в себя анализ уровня белка СА125 и его колебаний.

Рак яичников часто приводит к летальным исходам, если выявляется на поздней стадии. Вопрос в том, научились ли мы распознавать этот вид рака достаточно рано, чтобы спасти жизни пациентов. Результаты клинических испытаний могут дать стимул к организации профилактической кампании в масштабах всей страны.

Каждый год в Британии около 7100 женщин заболевают раком яичников и 4200 женщин умирают от него. Новое тестирование по анализу крови может произвести революцию в диагностике рака яичников. Этот вид рака трудно диагностировать, так как его симптомы неспецифичны и включают в себя боль в паху, хроническое вздутие живота и затруднения при приёме пищи. Все эти симптомы могут присутствовать и при других заболеваниях.

Открытие британских учёных сулит прогресс в лечении онкологии яичников. Однако группа медиков из Университетского колледжа Лондона предупреждает, что пока не ясно, будет ли сам факт ранней диагностики способствовать снижению числа заболеваний. Злокачественные опухоли яичников вырабатывают высокий уровень белка СА125, который уже сейчас используется при тестировании при наличии других симптомов.

Программа тестирования на наличие рака яичников проводилась в 13 региональных отделениях государственной службы здравоохранения в Британии и предусматривала ежегодное взятие крови на анализ у женщин в постклимактерической фазе.

Исследование включало анализ уровня белка СА125 и его колебаний; если уровень повышался, таких женщин направляли на дополнительное обследование, в том числе на УЗИ.

Профессор Уша Менон из Университетского колледжа Лондона считает, что программа даёт многообещающие результаты. «Вопрос в том, научились ли мы распознавать этот вид рака достаточно рано, чтобы спасти жизни пациентов. Мы надеемся, что нам это удалось, – заявила она. – В настоящее время исследование завершилось, и мы ожидаем от Министерства здравоохранения принятия решения о проведении общенационального обследования».

Каждая четвёртая женщина находилась на самых ранних этапах развития рака, когда имеется только одна опухоль, или когда она только начинает распространяться. Эта программа представляет собой самое крупное в мире исследование в области рака яичников; в его рамках применяется также регулярное ультразвуковое обследование пациентов.

Национальный комитет по медицинским обследованиям Британии внимательно следит за результатами исследования и примет решение о проведении профилактического обследования женщин по всей стране на основании анализа полных результатов программы.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Евланова, В. Недоношенное «дитя» [Текст] : [центры здоровья для детей: в поисках своего места] / В. Евланова // Медицинская газета. – 2015. – №34. – С. 5.

Пять лет назад в детском здравоохранении появилась новая структура - центры здоровья для детей, призванная заботиться о здоровье здоровых. Но до сих пор дискуссии вокруг неё не утихают.

В медицинском сообществе существуют различные взгляды на роль и место центров здоровья (ЦЗ) в системе здравоохранения. Одни считают, что это малоэффективная, надуманная структура, так как есть кабинеты здорового ребёнка, отделения медико-социальной помощи в поликлиниках, есть центры медицинской профилактики, физкультурные диспансеры и т.д. А

организация ЦЗ только отвлекает на себя средства и специалистов, поскольку требует предоставления площадей, оснащения и т.п. Дескать, такое распыление не оправдано.

Другие же, наоборот, утверждают, что создание центров здоровья – очень правильный шаг, способствующий формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваемости среди детей, контролю за состоянием их здоровья. И надо сказать, таких сторонников становится всё больше. Кто-то ведь должен заботиться о здоровых, потому что, к сожалению, первичная медико-санитарная помощь детскому населению по-прежнему ориентирована на болезнь и её лечение, а не на сохранение здоровья здоровых. Как правило, участковый педиатр начинает с вопроса: «На что жалуетесь?» У него нет времени на беседы и объяснения. Дай бог принять всех страждущих и обслужить все вызовы. Поликлиника из консультативного учреждения превратилась в лечебное. Профилактические принципы её функционирования игнорируются.

– Да, на бумаге значится, что детская поликлиника – для здорового ребёнка, – заметила профессор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Наталья Полунина. – Но зайдите в любую: сплошь и рядом больные дети. А ведь раньше никогда больной ребёнок не переступал барьер фильтра. К сожалению, этого сейчас нет. Поэтому и опасаются родители здоровой ребятни посещать поликлинику с профилактической целью.

Организация центров здоровья – выход из положения, поскольку они должны принимать детей первой и второй групп здоровья, обратившихся как самостоятельно, так и по направлению участкового педиатра или школьного врача. Задача центра – формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, выявление факторов риска развития неинфекционных хронических заболеваний (гипергликемия, избыточная масса тела, склонность к артериальной гипертензии и т.д.). В структуру ЦЗ включены кабинеты: медицинской профилактики; тестирования на аппаратно-программном компьютерном диагностическом комплексе; лабораторного обследования; лечебной физкультуры; школы здоровья. Первичный приём включает как инструментальное и лабораторное обследование, так и осмотр педиатром и стоматологом-гигиенистом. Проводится ЭКГ, определяется уровень сахара и холестерина в крови, состояние дыхательной функции – словом, устанавливается степень здоровья, выдаются рекомендации по его сохранению и укреплению.

В стране уже функционирует более 200 центров здоровья для детей. За 2014 г. их посетили 1,1 млн ребятшек. При том, что в России детского населения свыше 26 млн.

– Если сравнить задачи детской поликлиники и центра здоровья для детей, то отличий практически нет. Они идентичны, – утверждает профессор Ивановской государственной медицинской академии Людмила Жданова.

Возникает вопрос: для чего вообще создавали ЦЗ?

– Хотя идея была замечательная, всё же того, что ожидали от центров здоровья, не получили, – полагает профессор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Анна Иванова. – Вызывает недоумение кратность посещения – 1 раз в год. Как можно отследить ребёнка, если он приходит раз в год? Несовершенны тарифы. Нет шаговой доступности. Отсутствует связь между образовательными учреждениями, поликлиникой, а порой и родителями. Ребёнок прошёл обследование, но его результаты так и остаются невостребованными.

Среди сильных сторон деятельности центров здоровья исследователи отмечают хорошее техническое оснащение, применение методик донозологической диагностики, единый алгоритм комплексного обследования, индивидуальный подход к выдаче рекомендаций по ведению здорового образа жизни, создание тематических школ здоровья. В то же время немало и слабых моментов: не регулируются потоки пациентов, выездная деятельность осуществляется с использованием малоприспособленного для этого оборудования, отсутствует обратная связь.

По мнению А.Ивановой, функциями центров здоровья на сегодняшний день должны быть санпросветработа и организация школ здоровья по основным компонентам здорового образа жизни. А вот у профессора Л.Ждановой на это иной взгляд.

– Не могу согласиться с тем, что центры здоровья должны выполнять только санитарно-гигиеническую функцию, – говорит она. – Тогда для чего были потрачены государственные деньги на закупку такого огромного количества оборудования?

По словам Л.Ждановой, центры здоровья нужно развернуть на базе образовательных учреждений, поскольку их функции и так потихоньку перемещаются в медицинские кабинеты школ.

– Вначале центры здоровья посещало много детей по личной инициативе, сейчас количество таких желающих уменьшилось, – рассказала она. – И наши центры здоровья стали работать в основном с образовательными учреждениями. Но, к сожалению, контактируют не с медицинскими работниками, а с администрацией школы. А медицинский работник порой даже не знает о заключении, которое дают центры здоровья.

Звучат предложения и об идеологическом объединении центров здоровья с кабинетами здорового ребёнка поликлиник и о необходимости вписать их в систему профилактических осмотров.

– Почему бы центры здоровья не подключить к проведению диспансеризации, – предлагает ведущий научный сотрудник Научного центра здоровья детей, доктор медицинских наук Виктор Бондарь. – Начинать именно с них. И тогда к участковому педиатру будут обращаться уже те дети, которым это нужно, а не первой группы здоровья (тем самым снизится нагрузка на участкового педиатра).

Академик РАН Виктор Тутельян считает разумным на базе центров здоровья организовать кабинеты здорового питания, что вполне логично.

А академик РАН Александр Баранов полагает целесообразным ориентировать работу центров здоровья на подростков.

В общем, всё получилось сугубо по-русски: главное создать, а там видно будет. Создать- то создали, а вот что теперь с этим делать дальше - не очень понятно.

Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ Елена Байбарина пообещала провести аудит того, как центры здоровья работают, насколько эффективно выявляют факторы риска и их нивелируют.

На наш взгляд, ЦЗ, безусловно, нужны. (Кстати, ранее предполагалось создать их со временем при каждой детской поликлинике.) Однако следует точнее определиться с их ролью и местом.

Специалисты считают, что необходима выработка единых подходов к тарификации услуг ЦЗ с учётом территориальных особенностей деятельности, работе на месте или на выездах, проведению мероприятий по ликвидации функциональных нарушений и контролю их результатов. Для обеспечения доступности в местах с низкой плотностью населения нужны и мобильные центры здоровья на автомобильной, железнодорожной, вертолётной базе, что требует создания оборудования, устойчивого к перевозкам, способного к быстрому развёртыванию. Следует активнее задействовать интернет-ресурсы для доведения до сведения семьи ребёнка результатов обследования и рекомендаций, а также консультирования родителей по вопросам ЗОЖ.

Образно говоря, если уж «дитя» (имеется в виду ЦЗ) родилось, пусть и недоношенным, разумнее всё-таки его выводить, а не оставлять на произвол судьбы!

Уважаемые коллеги!

Если Вас заинтересовала какая-либо статья, и Вы хотите прочитать ее полностью, просим отправить заявку на получение копии статьи из данного дайджеста через сайт МИАЦ (<http://medlan.samara.ru> – баннер «Заявка в библиотеку»), по электронному адресу sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Обращаем Ваше внимание, что в соответствии с «Прейскурантом цен на платные услуги, выполняемые работы» услуга по копированию статей оказывается на платной основе (сайт МИАЦ <http://medlan.samara.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Адрес: 443095, г. о. Самара, ул. Ташкентская, д. 159


Режим работы:

Понедельник – пятница: с 9.00 до 18.00

Суббота: с 9.00 до 16.00

Воскресенье - выходной день

 (846) 979-87-91 – справочно-библиографический отдел

 (846) 979-87-90 – отдел обслуживания читателей

 тел./факс: (846) 372-39-38 – отдел комплектования и библиотечной обработки

 sonmb-sbo@medlan.samara.ru

Сайт: <http://medlan.samara.ru>