

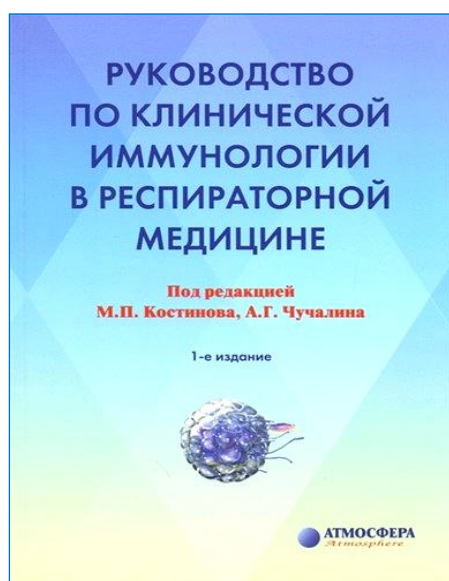


Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

Медицина и здравоохранение: проблемы, перспективы, развитие

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

№8 (август), 2021



САМАРА

СОДЕРЖАНИЕ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ.....	3
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ	10
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ.....	13

УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Татарников, М. А. Применение клинических рекомендаций будет обязательным // Главный врач. – 2021. – № 7. – С. 3-4.

С 1 января 2022 года применение клинических рекомендаций при оказании медицинской помощи становится обязательным. Это не пожелание руководителям медицинских организаций и медицинским работникам, а требование закона. Вопрос о рекомендательном характере или обязательности применения клинических рекомендаций закрыт.

Согласно пункту 3 части 1 статьи 37 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи. В обязанности медицинской организации входит обеспечение оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций (пункт 2.1 части 1 статьи 79 Федерального закона N 323-ФЗ). Указанные нормы вступают в силу с 1 января 2022 года.

Минздрав России в своем письме от 20.05.2021 N 17-4/И/1-7530 заранее просит обеспечить готовность медицинских организаций к переходу на работу в соответствии с клиническими рекомендациями, включая подготовку материально-технической базы медицинских организаций и их кадровое обеспечение.

По каким заболеваниям разрабатываются клинические рекомендации.

Приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 101н утверждены критерии формирования перечня заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации, включающие:

- уровень распространенности заболевания или состояния, соответствующий 200 и более случаям заболевания на 100 тысяч населения, определяемого соотношением числа случаев заболеваний к среднегодовой численности населения;
- уровень распространенности заболевания или состояния детей первого года жизни, соответствующий 26 и более случаям на 1 тысячу детского населения, достигших 1 года;
- уровень инвалидности, соответствующий распределению численности лиц, впервые признанных инвалидами по определенному заболеванию, обусловившему возникновение инвалидности, из расчета 1,1 и более случаев на 10 тысяч взрослого населения и 1,3 и более случаев на 10 тысяч детского населения;
- уровень смертности населения от заболеваний, состояний (группы заболеваний, состояний), соответствующий 24 и более случаям на 100 тысяч населения;
- отнесение заболевания к социально значимым заболеваниям;
- отнесение заболевания к жизнеугрожающим и хроническим прогрессирующим редким (орфанным) заболеваниям, приводящим к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности.

Порядок и сроки разработки клинических рекомендаций.

Клинические рекомендации разрабатываются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями по отдельным заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) с указанием медицинских услуг, предусмотренных номенклатурой медицинских услуг.

Клинические рекомендации пересматриваются не реже одного раза в три года (ч. 10 ст. 37 Федерального закона N 323-ФЗ).

Порядок и сроки разработки клинических рекомендаций и их пересмотра утверждены приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 103н. Этим же приказом утверждены типовая форма клинических рекомендаций и требования к структуре клинических рекомендаций, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации.

Клинические рекомендации разрабатываются по перечню заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), формируемому Минздравом России в соответствии с частью 3 статьи 37 Федерального закона N 323-ФЗ, а также по заболеваниям, состояниям (группам заболеваний, состояний), не включенным в перечень.

Клинические рекомендации разрабатываются в соответствии с типовой формой клинических рекомендаций и в соответствии с требованиями к структуре клинических рекомендаций, составу и научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации.

Порядок и сроки одобрения и утверждения клинических рекомендаций утверждены приказом Минздрава России от 28. 02.2019 N 104н. Этим же приказом утверждены критерии принятия научно-практическим советом Минздрава России решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре.

Одобренные научно-практическим советом и утвержденные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями клинические рекомендации размещаются на официальном сайте Минздрава России – в Рубрикаторе клинических рекомендаций <http://cr.rosminzdrav.ru>. Также Минздравом России разработано приложение "Рубрикатор КР", доступное для скачивания в PlayMarket и AppStore.

Установление приоритетов, делегирование и тайм-менеджмент как инструмент повышения эффективности деятельности главных врачей // Главный врач. – 2021. – № 7. – С. 4-6.

Знание правил управления временем поможет любому руководителю и его подчиненным лучше распределять свое рабочее время, более эффективно выполнять свои обязанности. Правильно устанавливайте приоритеты и отказывайтесь от такой работы, которую за вас могут выполнить другие.

Перегрузка многих главных врачей является следствием пересечения их многочисленных задач, необходимости одновременно заниматься многими делами. Многие руководители слишком ориентированы на процесс деятельности и недостаточно на ее цель, т.е. результативность. Часто опускается из виду и эффективность управленческой деятельности – соотношение результата и затраченных на его достижение ресурсов (временных, финансовых и т.д.).

Специалисты по управлению временем рекомендуют:

- резервировать в начале рабочего дня время для подготовительной работы и планирования;
- перепоручать все, что может быть перепоручено;
- письменно фиксировать задачи и цели с указанием сроков их реализации;
- каждый документ стараться по возможности обрабатывать за один раз и окончательно;
- каждый день составлять список предстоящих дел, упорядоченный по приоритетам.

Важнейшие вещи делать в первую очередь:

- свой рабочий день пытаться по возможности освободить от посторонних телефонных разговоров, незапланированных посетителей и неожиданно созываемых совещаний;
- рабочую нагрузку стараться распределить в соответствии со своим графиком работоспособности;
- иметь в рабочем графике «окна» позволяющие реагировать на актуальные проблемы;
- пытаться направить свою активность таким образом, чтобы в первую очередь концентрироваться на немногих "жизненно-важных" проблемах;
- уметь говорить "нет", когда на Ваше время хотят претендовать другие, а Вам необходимо выполнить более важные дела.

Некоторые из основных проблем руководителей состоят в том, что они:

- 1) зачастую пытаются сразу выполнить слишком большой объем работы;

2) распыляют свои силы на отдельные, часто несущественные, но кажущиеся необходимыми дела.

В конце напряженного рабочего дня мы нередко приходим к выводу, что хотя сделано вроде немало, однако действительно важные дела остались либо неоконченными, либо вообще не сдвинулись с места.

Многие руководители оправдываются в такой неудовлетворительной ситуации следующим образом: "Я каждый день вынужден делать столько важных дел!".

Удачливые менеджеры отличаются, помимо прочего, тем, что они, успевая решать во время рабочего дня множество разных вопросов, в течение определенного времени бывают заняты только одной-единственной задачей. Они всегда завершают за один раз одно дело, но зато последовательно и целеустремленно. Предпосылками для этого служат принятие однозначного решения о первоочередности важных дел, составление соответствующего списка приоритетов и соблюдение его. Поэтому сознательно устанавливайте однозначные приоритеты, последовательно и системно выполняйте задачи, включенные в план, в соответствии с их очередностью!

Преимущества работы по приоритетам.

Благодаря регулярному составлению "табеля о рангах" предстоящих задач Вы сможете:

- работать только над действительно важными и необходимыми задачами;
- решать вопросы в соответствии с их неотложностью;
- концентрироваться на выполнении только одной задачи;
- более целеустремленно приступать к делу и укладываться в установленные сроки;
- наилучшим способом достигать поставленных целей при заданных обстоятельствах;
- исключить дела, которые могут быть выполнены другими;
- в конце планового периода (например, рабочего дня) разделаться, по крайней мере, с важнейшими вопросами;
- не оставлять невыполненными задачи, которые Вам действительно по силам.

Позитивные последствия:

- соблюдаются установленные сроки;
- Вы получаете большее удовлетворение от рабочего дня и результатов работы;
- получают удовлетворение подчиненные, коллеги и Ваш непосредственный руководитель;
- удастся избежать конфликтов;
- Вы сами избегаете стрессовых перегрузок.

Принцип Парето (соотношение 80 : 20)

Принцип Парето в общем виде гласит, что внутри данной группы или множества отдельные малые части обнаруживают намного большую значимость, чем это соответствует их относительному удельному весу в этой группе. Принцип, который был сформулирован итальянским экономистом Вильфредо Парето (1848-1923 гг.), неоднократно получал подтверждение на практике в самых различных сферах.

80 % затраченного времени (многочисленные "второстепенные" проблемы) = 20 % итогового результата.

20 % затраченного времени (немногие "жизненно важные" проблемы) = 80 % итогового результата

Применительно к повседневной работе это означает, что не следует браться сначала за самые легкие, интересные или требующие минимальных затрат времени дела. Необходимо приступать к вопросам, сообразуясь с их значением и важностью. Т.е. сначала - немногие "жизненно важные" проблемы, а уже потом – многочисленные "второстепенные"!

Последовательное применение принципа Парето конкретизируется, если все задачи проанализировать в соответствии с их долей в итоговом результате и затем распределить по категориям АБВ.

Установление приоритетов с помощью анализа АБВ.

Техника анализа АБВ исходит из имеющегося опыта, согласно которому доли в процентах более важных и менее важных дел во всем их общем количестве остаются в целом неизменными.

С помощью букв А, Б и В отдельные задачи подразделяются на три класса, а именно в соответствии с их значимостью с точки зрения достижения профессиональных и личных целей. Многие уже работают по этому принципу, и к важнейшим задачам они приступают в первую очередь.

Используйте анализ АБВ, чтобы дополнить свой опыт путем систематического планирования и усовершенствовать методику работы! Планируйте время в соответствии со значением и важностью задач, а не их удельным весом в общем количестве дел!

Анализ АБВ основывается на следующих трех закономерностях, подтвержденных опытом:

1. Важнейшие задачи (категория А) составляют примерно 15 % количества всех задач и дел, которыми занят работник. Собственная значимость этих задач (в смысле вклада в достижение цели) составляет, однако, примерно 65 %.

2. На важные задачи (категория Б) приходится в среднем 20 % общего числа и также 20 % значимости задач и дел руководителя.

3. Менее важные и несущественные задачи (категория В) составляют напротив, 65 % общего числа задач, но имеют незначительную долю – порядка 15 % в общей «стоимости» всех дел, которые должен выполнить менеджер.

Согласно выводам анализа АБВ рекомендуется за самые важные дела А, приносящие наибольший результат, браться в первую очередь, чтобы с помощью немногих действий обеспечить большую часть общего эффекта. На следующие по значимости задачи Б приходится также существенная часть совокупного результата, тогда как выполнение относительно большого числа, но менее важных задач в целом дает небольшой итог.

Таким образом, установление приоритетов – основное правило эффективной управленческой деятельности. Отдавай себе отчет в том, что вы не все можете и не все должны сделать, устанавливайте приоритеты и начинайте с важнейших дел!

Пивень, Д. В. О реализации в медицинских организациях новых требований законодательства в области персональных данных, связанных с оформлением отдельного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения / Д. В. Пивень, И. С. Кицул, И. В. Иванов // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 6. – С. 4-10.

Как известно, в соответствии с требованиями законодательства одним из важных и при этом весьма сложных направлений работы медицинской организации является обработка персональных данных. Более того, в соответствии с подпунктом 15 пункта 17 Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденных приказом Минздрава России от 31.07.2020 г. № 785н, «обеспечение соблюдения врачебной тайны, в том числе конфиденциальности персональных данных, используемых в медицинских информационных системах медицинских организаций, при осуществлении медицинской деятельности», теперь является неотъемлемой частью работы по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности в каждой медицинской организации. В этой связи принципиально важными абсолютно для всех медицинских организаций являются вступившие в силу с 1 марта 2021 г. изменения в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее ФЗ-152). В связи с указанными изменениями все медицинские организации обязаны обеспечить неукоснительное выполнение новых требований законодательства в сфере персональных данных. Перед тем как обратиться к правовым новациям отметим, что реализация законодательства о персональных данных является весьма сложной, многоаспектной задачей, к поиску решений которой постоянно обращаются многие авторы.

В первую очередь необходимо обратить внимание на то, что статья 3 названного выше закона дополнена новым понятием – «персональные данные, разрешенные субъектом персональных данных для распространения». Определение нового понятия изложено в ФЗ-152 следующим образом: «Персональные данные, разрешенные субъектом персональных данных для

распространения – персональные данные, доступ неограниченного круга лиц к которым предоставлен субъектом персональных данных путем дачи согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения в порядке, предусмотренном настоящим Федеральным законом». Напомним, что ранее в ФЗ-152 имелось только одно определение понятия «персональные данные»: «Персональные данные – любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных)».

Уже из представленного выше вновь введённого определения понятия «персональные данные, разрешенные субъектом персональных данных для распространения», чётко следует, что на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, необходимо получить от субъекта персональных данных соответствующее разрешение. Конкретизация этого тезиса раскрыта во вступившей в силу с 1 марта 2021 г. новой статье 10.1. ФЗ-152 «Особенности обработки персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения», часть первая которой гласит: «Согласие на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, оформляется отдельно от иных согласий субъекта персональных данных на обработку его персональных данных. Оператор обязан обеспечить субъекту персональных данных возможность определить перечень персональных данных по каждой категории персональных данных, указанной в согласии на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения».

Кроме того, из целого ряда указанных в статье 10.1. ФЗ-152 особенностей обработки персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, следует выделить ещё два крайне важных положения:

«8. Молчание или бездействие субъекта персональных данных ни при каких обстоятельствах не может считаться согласием на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

9. В согласии на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, субъект персональных данных вправе установить запреты на передачу (кроме предоставления доступа) этих персональных данных оператором неограниченному кругу лиц, а также запреты на обработку или условия обработки (кроме получения доступа) этих персональных данных неограниченным кругом лиц. Отказ оператора в установлении субъектом персональных данных запретов и условий, предусмотренных настоящей статьей, не допускается».

Закреплено в статье 10.1. ФЗ-152 и то, что субъект персональных данных может в любой момент потребовать от оператора прекратить передачу (распространение, предоставление, доступ) персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения. Механизм реализации этого права субъекта персональных данных чётко прописан в части 12 статьи 10.1. ФЗ-152: «Передача (распространение, предоставление, доступ) персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, должна быть прекращена в любое время по требованию субъекта персональных данных. Данное требование должно включать в себя фамилию, имя, отчество (при наличии), контактную информацию (номер телефона, адрес электронной почты или почтовый адрес) субъекта персональных данных, а также перечень персональных данных, обработка которых подлежит прекращению. Указанные в данном требовании персональные данные могут обрабатываться только оператором, которому оно направлено».

Очевидно, что в целях неукоснительного исполнения представленных выше новых положений ФЗ-152 в каждой медицинской организации должен быть намечен и в кратчайшие сроки реализован соответствующий план действий. В первую очередь необходимо дополнить ряд локальных нормативных актов, регламентирующих вопросы обработки персональных данных, как определением вновь введённого понятия «персональные данные, разрешенные субъектом персональных данных для распространения», так и новыми положениями, касающимися особенностей обработки персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения. Прежде всего, это относится к таким внутренним документам медицинской организации как Политика обработки персональных данных и

Положение об обработке персональных данных. Ну и, конечно, важнейшим документом, который теперь обязан появиться в каждой медицинской организации, должна стать форма отдельного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения (далее Отдельное Согласие). Здесь следует обратить внимание на то, что в соответствии с вновь введенной в статью 9 ФЗ-152 частью 9 «требования к содержанию согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, устанавливаются уполномоченным органом по защите прав субъектов персональных данных». Иными словами, содержание Отдельного Согласия должно соответствовать требованиям к такому согласию, установленным Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (далее Роскомнадзор). В свою очередь указанные требования определены в приказе Роскомнадзора от 24 февраля 2021 г. № 18 «Об утверждении требований к содержанию согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения».

Безусловно, что важнейшим компонентом Отдельного Согласия являются категории персональных данных и сами персональные данные, разрешенные субъектом персональных данных для распространения. Однако вопрос о составе персональных данных для Отдельного Согласия, прежде всего, связан с ответом на вопрос о том, а для кого в первую очередь в медицинской организации необходимо оформление Отдельного Согласия - для работников медицинской организации или для пациентов? Очевидно, что оформление Отдельного Согласия в первую очередь необходимо для работников медицинской организации. И связано это с тем, что именно персональные данные работников медицинской организации весьма часто распространяются медицинскими организациями для неограниченного круга лиц как с использованием сети Интернет, так и через стенды (стойки), объявления, а также иными способами. Что касается пациентов, то ситуаций, когда осуществляется/может осуществляться распространение их персональных данных, обеспечивающее доступ к ним неограниченного круга лиц, и, соответственно, требующих оформления Отдельного Согласия, намного меньше. Но они есть! Например, опубликование в научных целях фото/видеоизображения лица пациента до и после хирургического вмешательства. Безусловно, в подобных ситуациях однозначно необходимо оформление Отдельного Согласия пациента. В целом же, всё, что связано с персональными данными пациентов сегодня весьма чётко и жёстко регламентировано законодательством в сфере охраны здоровья граждан и законодательством о персональных данных.

Как уже было отмечено выше, весьма актуальным является оформление Отдельного Согласия на обработку персональных данных работника медицинской организации, разрешённых для распространения. О каком же конкретно составе персональных данных работника медицинской организации, разрешённых им для распространения, здесь идёт речь? В первую очередь это касается таких персональных данных как фамилия, имя, отчество (при наличии), специальность, сведения об уровне образования и квалификации, данные о сертификате специалиста или свидетельстве об аккредитации специалиста. Возможно, что у кого-либо возникнет вопрос: «А зачем оформлять Отдельное Согласие, для того чтобы обрабатывать разрешённые к распространению сведения об уровне образования и квалификации? Ведь в соответствии с пунктом 7 части 1 статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 32Э-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы) медицинская организация обязана «информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети Интернет, об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации...». То есть в данном случае осуществляется обработка персональных данных, подлежащих опубликованию или обязательному раскрытию в соответствии с федеральным законом. Следовательно, получается, что в соответствии с пунктом 11 части 1 статьи 6 ФЗ-152 нет необходимости в получении отдельного Согласия на обработку персональных данных, касающихся уровня образования и квалификации?

На первый взгляд, казалось бы, действительно так и есть, и абсолютно все сведения, относящиеся к уровню образования и квалификации медицинского работника, должны быть, в том числе, размещены и на официальном сайте медицинской организации.

Но не всё здесь так просто и однозначно!

Чтобы понять имеющиеся сложности, обратимся к определению понятия «квалификация», данному в статье 2 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»: «Квалификация – уровень знаний, умений, навыков и компетенции, характеризующий подготовленность к выполнению определенного вида профессиональной деятельности». Очевидно, что представленное определение понятия «квалификация» применительно к персональным данным может трактоваться весьма и весьма широко. Так, например, его можно трактовать только как уровень знаний, умений и навыков, подтверждённый документами о квалификации, о которых идёт речь в статье 60 Закона об образовании. А можно трактовать и гораздо более широко, так как непосредственно в документах о квалификации в определении понятия «квалификация» ничего не говорится.

Ещё больше усложняет ситуацию то, что представленное выше из закона об образовании определение понятия «квалификация» - не единственное определение понятия «квалификация» в российском правовом поле. Так, в статье 195.1. Трудового Кодекса РФ содержится следующее определение: «Квалификация работника – уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника». Как видно, здесь в определении понятия «квалификация работника» присутствует ещё и опыт работы работника. А применительно к персональным данным конкретного работника опыт его работы – просто огромный пласт самых разных сведений!

Изложенные выше проблемы уже давно вызывают многочисленные вопросы со стороны медицинских организаций во всех случаях, когда необходимо обрабатывать конкретные сведения об уровне образования и квалификации медицинских работников. Нетрудно предположить, что аналогичные вопросы в большом количестве будут возникать и при включении сведений об уровне образования и квалификации медицинских работников в Отдельное Согласие.

Очевидно, что радикальным решением этой проблемы была бы корректировка статьи 79 Основ, конкретизирующая состав персональных данных об уровне образования и квалификации медицинских работников, подлежащих опубликованию медицинской организацией. Хорошим примером здесь может служить приказ Минздрава России от 30.12.2014 г. № 956н «Об информации, необходимой для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями...», появление которого явилось прямым следствием реализации соответствующих положений статьи 79 Основ. Данный приказ, в том числе, содержит абсолютно конкретные сведения об уровне образования и квалификации медицинских работников, подлежащие опубликованию для проведения независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями. Аналогичное решение было бы весьма целесообразным и в части конкретизации в статье 79 Основ состава персональных данных, которые обязана раскрыть медицинская организация в целях информирования граждан о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации.

До внесения соответствующих изменений в Основы при оформлении в медицинских организациях Отдельного Согласия, в перечне персональных данных, разрешённых для распространения, помимо уже названных выше фамилии, имени, отчества (при наличии), специальности, сведений об уровне образования и квалификации, данных о сертификате специалиста или свидетельстве об аккредитации специалиста, необходимо указать, в том числе, следующие: занимаемая должность, квалификационная категория (при наличии), учёная степень (при наличии), учёное звание (при наличии), сведения о членстве в медицинских профессиональных некоммерческих организациях, указанных в статье 76 Основ (при наличии).

Кроме того, многие медицинские организации часто размещают на своих официальных сайтах фотографии медицинских работников, иногда размещаются и видеоизображения. В этой связи в Отдельном Согласии в категории «биометрические персональные данные», разрешённые для распространения, необходимо отразить фото/видеоизображение. В противном случае размещение фото/видеоизображения медицинского работника на официальном сайте медицинской организации без соответствующего оформления Отдельного Согласия будет являться грубым нарушением законодательства о персональных данных.

Следует обратить внимание и на то, что практически повсеместно в медицинских организациях большой объём персональных данных работников медицинских организаций

размещается не только в сети Интернет, но и на стендах (стойках), а также на бэйджах или на других элементах одежды работников. Теперь же, после вступления в силу с 1 марта 2021 г. новых требований ФЗ-152 к оформлению согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения, размещение персональных данных работников медицинской организации на стендах (стойках), бэйджах и других элементах одежды возможно только после оформления соответствующего Отдельного Согласия работника медицинской организации.

Необходимо напомнить, что с 2021 года ужесточена и административная ответственность за нарушение законодательства Российской Федерации в области персональных данных, в том числе за нарушение требований к оформлению согласия субъекта персональных данных на обработку его персональных данных. Так, часть 2 статьи 13.11. КоАП РФ гласит: «Обработка персональных данных без согласия в письменной форме субъекта персональных данных на обработку его персональных данных в случаях, когда такое согласие должно быть получено в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных, если эти действия не содержат уголовно наказуемого деяния, либо обработка персональных данных с нарушением установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных требований к составу сведений, включаемых в согласие в письменной форме субъекта персональных данных на обработку его персональных данных, - влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от шести тысяч до десяти тысяч рублей; на должностных лиц – от двадцати тысяч до сорока тысяч рублей; на юридических лиц – от тридцати тысяч до ста пятидесяти тысяч рублей».

В заключение можно сделать следующие выводы.

1) В каждой медицинской организации в рамках реализуемых мер по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности должна быть организована работа по выполнению требований законодательства Российской Федерации в области персональных данных, связанных с оформлением Отдельного Согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

2) Целесообразна корректировка статьи 79 Основ в части установления конкретного перечня персональных данных медицинских работников, сведений об уровне их образования и об их квалификации, которые обязана раскрыть медицинская организация в целях информирования граждан о медицинских работниках в доступной форме, в том числе с использованием сети Интернет.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Дмитренко, О. Собрали как пазл : [россиянке установили сделанный специально для нее титановый протез сустава] // Российская газета. – 13 авг. (№183). – С. 7.

В клиниках Самарского государственного медицинского университета хирурги впервые в России установили пациенту персонифицированный титановый протез сустава. То есть его сделали по индивидуальному заказу с учетом анатомических особенностей человека. На операционном столе была 82-летняя женщина. Все прошло успешно, врачи обещают, что в течение недели она начнет самостоятельно ходить.

Заведующий травматолого-ортопедического отделения №2 Клиники СамГМУ Дмитрий Кудашев рассказал, что у женщины был сложный случай – остался очень большой дефект кости после предыдущего протезирования.

– Привычное протезирование костью донора или обычным синтетическим протезом не дало бы эффекта, были большие риски, что сустав расшатается и в организм попадет инфекция, – отметил доктор, – Аперсонифицированный титановый протез фиксируется прочно. Он подходит к кости, как пазлы друг к другу.

Технологию изготовления имплантов из титановых сплавов разработали инженеры Центра аддитивных технологий Самарского университета им. Королёва. Антон Агаповичев, старший преподаватель кафедры технологий производства двигателей этого вуза, рассказал, что при производстве титановых суставов используются исключительно отечественные материалы. Сустав по снимкам томографии пациентки выпекли на специальном 3D-принтере.

– Мы нашли оригинальный способ снизить остаточное напряжение материала, которое способно приводить к деформации деталей. Причем научились его предсказывать и даже использовать для того, чтобы повысить точность изготовления протеза, – отметил Антон Агаповичев.

В свою очередь, коллеги из Тольяттинского госуниверситета разработали и нанесли на протез специальный состав, биосовместимый с организмом человека. Благодаря этому составу сустав приживется в теле пациентки. В медвузе рассказали, что аналогичные протезы могут моделироваться в одном регионе, производиться в другом, а пациент может ждать операции в третьем.

– Процесс проектирования, производства, стерилизации и упаковки будет налажен в пределах одной производственной площадки в Самарской области. Запуск серийного производства ожидается до конца года, – отметил директор НИИ бионики и персонифицированной медицины СамГМУ Андрей Николаенко.

Кузнецова, Т. Дышать на цифру : [врачу поможет фонендоскоп с искусственным интеллектом] // Российская газета. – 13 авг. (№183). – С. 7.

Привычную «слушалку» у врача-педиатра скоро заменит электронный фонендоскоп. Он не только усиливает звуки, но и подсказывает, на какие шумы в легких стоит обратить внимание. Ученые Алтайского госуниверситета и Алтайского медуниверситета совместно разрабатывают «умный» детский фонендоскоп, чтобы медики даже в отдаленной сельской глубинке могли выявлять болезни на ранних стадиях.

Магистрант Института математики и информационных технологий АлтГУ Вячеслав Мауль и его научный руководитель доцент кафедры информатики института, кандидат медицинских наук Алексей Пиянзин работают над созданием технологии интеллектуального анализа аускультативных звуков легких у детей. В августе 2020-го Вячеслав стал победителем всероссийского молодежного конкурса «УМНИК» и получил грант Фонда содействия инновациям на эту уникальную разработку.

– Электронные фонендоскопы в мире появились несколько лет назад, но детских, учитывающих возрастные особенности организма, пока нет, – рассказал корреспонденту «РГ» Алексей Пиянзин. – Уникальность нашей разработки еще и в том, что с помощью искусственного интеллекта можно записывать и сравнивать шумы в легких у маленьких пациентов. А в дальнейшем создать электронную базу данных дыхательных звуков, позволяющую следить за изменениями легочного «звучания» на разных стадиях заболевания и в разные периоды жизни пациента.

Ученые выяснили: трубка обычного фонендоскопа сильно искажает звуки, поэтому придумали, как устранить посторонние шумы. Электронное устройство прикладывает к грудной клетке, и специальная программа записывает, сохраняет и сравнивает все услышанное в легких. С помощью умного фонендоскопа даже непрофессионалы смогут все записать и отправить специалистам на расшифровку. Особенно это актуально для отдаленных сельских больниц и фельдшерско-акушерских пунктов, где нет профильных врачей, способных точно поставить диагноз.

– Сейчас заключительный и самый сложный этап работы – создание компьютерной программы, – пояснил Алексей Пиянзин. – Такой фонендоскоп очень нужен медикам. Особенно врачам ковидных госпиталей, которые работают в противочумных костюмах, и им сложно пользоваться обычными фонендоскопами.

Александров, И. Создана уникальная технология // Медицинская газета. – 2021. – 11 авг. (№31). – С. 11.

Учёные Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний непрерывно разрабатывают новые методы лечения туберкулёза, ВИЧ/СПИДа, COVID-19 и других заболеваний. В конце июля они заявили о создании уникальной технологии лечения хронического гепатита В.

«Впервые в мире разработан прототип фармацевтической субстанции на основе технологии сайт-направленных белков-нуклеаз, способных в течение нескольких суток уничтожить свыше 99% вирусных геномов в инфицированных клетках», – говорится в сообщении НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний.

Заявление смелое и обнадеживающее. Сегодня в мире насчитывается свыше 250 млн человек с хроническим вирусным гепатитом В, смертность от которого превышает 1 млн человек в год. Для их лечения применяют аналоги нуклеотидов (нуклеозидов) и пегилированный интерферон, которые действуют на вирус, уменьшая его количество в организме и предотвращая прогрессирование заболевания. При этом полностью излечиться от хронического гепатита В пока невозможно. Поэтому разработка медицинских средств, направленных на полную элиминацию вируса из организма человека, является одним из приоритетных направлений исследований во всём мире.

И вот на помощь пациентам пришло прорывное решение отечественных учёных, которые заверяют, что данная субстанция совершенно нетоксична и безопасна. В ближайшем будущем на основе разработанного действующего вещества будет создан лекарственный препарат. Уже однократный его приём позволит воздействовать на параметры вирусного цикла и снизить уровни антигенов (HBsAg) и ДНК вирусного гепатита В на 90-99%.

По прогнозам, выпуск нового лекарственного средства планируется на 2022 г. Думается, достижения отечественных учёных по достоинству оценят представители мировой медицинской общественности и, конечно же, пациенты.

Метафибры // Медицинская газета. – 2021. – 11 авг. (№31). – С. 13.

В журнале Science был представлен продукт, не только прочный, но и растяжимый. Его создатели отталкивались, от хорошо знакомого и широко применяющегося в памперсах и прокладках гидрогеля из волокон полиэтиленгликоля (ПЕГ), для усиления связей которого добавили железосодержащий катехол.

Катехолы представляют собой ароматические спирты с группой -ОН (гидроксильной), придающей им сильные восстановительные свойства (среди них дигидроок-сибензол с двумя -ОН, изомерами которого являются гидрохинон и резорцин, входящий в состав лекарств для лечения кожных расстройств. Катехолы «сроднили» получение клея с нейробиологией, так как катехоламины (с добавлением аминокислотной группы -NH₂) – это и адреналин, и дофамин, нехватка которого приводит к гибели моторных нейронов и болезни Паркинсона.

ПЕГ с добавлением катехола трудно разорвать или внести трещину (прочность увеличилась в 60 раз), но в то же время остаётся растяжимым на 50%, или в 770 раз, что позволяет заделывать им разные дефекты, в том числе и в костях. Авторы назвали своё достижение упрочнением эластомера, «инспирированного» биомиметиком мидий. Био вдохновение двигало и сотрудниками Университета Тафтса (США), внесшими усовершенствования в продукт коллег. Вместо гидрогеля они использовали клейкий фиброин, «капли» которого идут вдоль нитей паучьего шелка, что помогает паутине удерживать жертву. Благодаря этому учёные получили клеящий адгезив, по своим свойствам намного превосходящий известные промышленные «клеи». В качестве армирующего «усилителя» авторы добавили полидофамин и хлористое железо FeCl₃, в результате чего их вещество выдерживает нагрузку в 2,4 ньютона на мм², при этом склеивание достигается за 30 секунд.

Волокнистые материалы могут использоваться при лечении – «заклеивании» – кожных ран и даже регенерации волосяных фолликулов, о чём сообщил журнал Advanced Science. Достигается это за счёт привлечения к ране иммунологически активных Т-лимфоцитов,

выделяющих стимулирующие клеточное деление белки цитокины. Не будем забывать, что дофамин также поддерживает жизнеспособность нейронов. Ещё дальше пошли сотрудники Кембриджского университета и заокеанского в Итаке, Вашингтона в Сент-Луисе и Гарварде. Они соорудили непроницаемые для иммунных клеток сетки из нановолокон, в которые поместили органоиды островков поджелудочной железы, вырабатывающие инсулин, недостаток которого приводит к сахарному диабету 1-го типа (СД1). Волокна, выдерживающие давление в 15 мегапаскаль, имеют диаметр менее 500 нанометров (0,5 микрона) получили из термопластического силикона (кремния) с добавлением поликарбоната и уретана. Расстояния между их петлями вполне достаточны для «выхода» из сеток инсулина, но в то же время малы для иммунных лимфоцитов. Можно напомнить, что СД1 возникает в результате аутоиммунной атаки на клетки островков, органоиды которых получали из стволовых клеток. Мыши с моделью СД1 прекрасно перенесли подсадку имплантатов, сохранявших регулирующие уровень сахара в крови свойства в течение 200 дней (более полугода).

Волокна могут также и «собирать» энергию благодаря различию в их свойствах. В Питтсбургском университете создали волокна SCMM, или композитные метаматериалы с «самосознанием» – Self-aware. Поглощая электроэнергию SCMM могут увеличивать свой объём (размеры), после чего уменьшать его. Авторы предсказывают, что созданные ими метаматериалы найдут самое широкое применение, в том числе и в костной пластике для покрытия поверхностей при реконструкции, например, тазобедренного сустава (Nano Energy). О создании несуществующих в природе метаматериалов с их уникальными свойствами, позволяющими выдерживать даже землетрясения, писали в журнале PNAS сотрудники Амстердамского университета, указывавшие на то, что такие материалы хорошо поглощают энергию разрушительного толчка (как гидрогель влагу).

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

Приоритетные направления формирования и поддержания здорового образа жизни в условиях мегаполиса / О. Е. Коновалов, А. М. Алленов, Р. В. Горенков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 3. – С. 421-425.

При работе по формированию здорового образа жизни населения в том или ином районе необходимо знать приоритетную целевую профилактическую направленность здоровьесбережения населения данной территории. Она определяется перечнем приоритетных заболеваний и основных факторов риска их развития и прогрессирования. При этом приоритетность заболевания определяется значимостью медико-социальных потерь в связи с высокой заболеваемостью, временной и стойкой потерями трудоспособности, преждевременной смертью. Принадлежность факторов риска развития этих потерь к «основным» факторам определяется глобальностью их действия, иными словами, когда устранение фактора обеспечивает профилактику развития или снижение прогрессирования заболеваний, являющихся основными причинами временной потери трудоспособности, первичного выхода на инвалидность и смерти.

В настоящее время на мировом уровне приоритетными признаны хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), которые наносят значительный ущерб обществу, связанный с временной и стойкой потерей трудоспособности, большими затратами на профилактику, лечение и реабилитацию больных, а также с преждевременной смертностью.

Для достижения здорового образа жизни населения городов по инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Российской Федерации, как и в других странах мира, реализуется программа «Здоровый город», которая предусматривает формирование единого профилактического пространства. При этом необходимо учитывать специфические особенности условий жизни в мегаполисе, включая воздействие постоянного шума, стрессы, снижение двигательной активности, широкое распространение заведений быстрого питания, длительное пребывание в закрытых помещениях. Отсюда необходимо дать специалистам, работающим с

семьей, действенные рекомендации по необходимости устойчивой мотивации к выработке стрессоустойчивости, правильному питанию, повышению двигательной активности, отказу от вредных привычек.

В ходе выполнения настоящего исследования проводился анализ инфраструктурных особенностей среды, способствующей ведению здорового образа жизни, в г. Москве, на примере Восточного административного округа (ВАО), Юго-Восточного административного округа (ЮВАО) и Южного административного округа (ЮАО). При сборе информации использовали официальные сайты административных округов, сайты медицинских организаций, экологические карты, данные социологического опроса.

Кроме того, изучались официальные статистические данные по административным округам о факторах риска, заболеваемости ХНИЗ, их вкладе в структуру причин смертности и инвалидности. Это позволило выявить целевую направленность здоровьесбережения жителей исследуемых округов.

По данным диспансеризации жителей двух изучаемых административных округов за 2019 г. изучалась распространенность среди жителей факторов риска, связанных с нерациональным питанием, избыточной массой тела, низкой физической активностью, пагубным употреблением алкоголя и табака.

Общее число прошедших диспансеризацию в данном году в изучаемых округах составило 24 7 073; 226 988 и 268 660 человек соответственно.

Работа по формированию и поддержанию здорового образа жизни должна проводиться в соответствии с положениями Стратегии профилактики неинфекционных заболеваний.

В настоящее время на мировом уровне приоритетными признаны ХНИЗ, включая болезни системы кровообращения, новообразования, сахарный диабет 2-го типа, хроническая обструктивная болезнь легких. При этом ведущими факторами риска их развития являются те, которые связаны с образом жизни человека (низкая физическая активность, недостаточная медицинская активность, неправильное питание, низкая антистрессовая активность, вредные привычки, связанные с курением, употреблением алкоголя, наркотиков).

По итогам проведенного медико-социального исследования причин потерь здоровья у населения ВАО, ЮВАО и ЮАО столицы выявлено, что для целевой профилактической направленности формирования образа жизни приоритетными для них являются ХНИЗ, так как они – основные причины временных и стойких потерь трудоспособности и смертности населения этих территорий. В то же время анализ показал перемещение на одно из приоритетных мест внешних причин и болезней системы пищеварения. Это делает необходимым выполнение специалистами, участвующими в формировании здорового образа жизни, соответствующих целевых профилактических мер по отношению к таким заболеваниям и факторам их риска.

Таким образом, анализ целевой направленности здоровьесбережения населения ВАО, ЮВАО и ЮАО Москвы показал, что формирование здоровьесберегающего образа жизни должно быть направлено на создание мотивации к высокой медицинской ответственности, здорового питания, высокой физической, антистрессовой и экологической активности, исключению курения и систематического приема алкоголя. Это будет способствовать предупреждению возникновения и устранению таких детерминант ХНИЗ, как гиподинамия, ожирение, повышенное артериальное давление, гипергликемия и гиперхолестеринемия. При этом ведущими механизмами формирования специалистами здорового образа жизни населения ВАО, ЮВАО и ЮАО Москвы являются рекомендации по использованию не только семейной среды, но и единого профилактического пространства, имеющегося на территории этих районов.

Известно, что состояние здоровья во многом определяется характером питания. Нарушение питания признано одной из ведущих причин основных неинфекционных заболеваний, таких как болезни системы кровообращения, диабет 2-го типа, некоторые формы злокачественных новообразований и др.

Для реализации мотивации к соблюдению принципов здорового питания и проведения целенаправленной работы с населением специалисты должны иметь информацию о

распространенности нерационального питания, включая неприемлемую диету и вредные привычки питания.

Установлено, что лица с избыточной массой тела (анормальная прибавка массы тела) в ВАО составляют порядка 20,5% общего числа обследованных. Нерациональное питание (неприемлемая диета и вредные привычки питания) было выявлено в 24,8% случаев.

Сходная картина наблюдается в ЮВАО в отношении нерационального питания, которое было выявлено у 23,7% обследованных. В то же время существенно ниже (в 1,6 раза) по сравнению с ВАО была доля лиц с избыточной массой тела (анормальной прибавкой массы тела). По ЮАО ситуация характеризовалась существенно сниженным (в 1,3 раза по сравнению с ВАО и 1,25 раза по сравнению с ЮВАО) наличием фактора «нерациональное питание» у 18,9% обследованных, при том что «избыточная масса тела» обнаружена у 26,3% обследованных. Вероятнее всего, данная тенденция выявляет низкий уровень информированности населения о принципах правильного питания.

Во всех трех административных округах число женщин с избыточной массой тела превышало число таковых среди мужчин, причем в ЮВАО – в 1,5 раза.

Кроме того, нужно говорить о заболеваниях эндокринной системы, включая ожирение, сахарный диабет. Соответствующие показатели заболеваемости коррелируют с наличием выявленных факторов риска.

Доля лиц с низкой физической активностью среди жителей ВАО, ЮВАО и по материалам диспансеризации 2019 г. составляет 24,7 и 24,1% соответственно и несколько больше, чем в ЮАО (табл. 2), особенно среди женщин.

Факторами риска неинфекционных заболеваний, кроме гиподинамии, являются «пагубное потребление алкоголя», «пагубное потребление табака и табакосодержащей продукции» и «наркомания».

По данным диспансеризации 2019 г., фактор риска по употреблению табакосодержащей продукции в ВАО выявлен у 11,5% обследованных граждан, в ЮВАО – у 11,3%, в ЮАО – у 9%. При этом число лиц с фактором риска курения табака во всех трех административных округах было больше среди мужчин.

По данным диспансеризации установлено, что в ВАО число женщин, отнесенных к группе риска пагубного употребления алкоголя, было 2,6 раза больше по сравнению с мужчинами. В то же время в ЮВАО число мужчин и женщин, отнесенных к группе риска пагубного употребления алкоголя, было практически одинаковым. В ЮАО анализ числа мужчин и женщин с выявленным фактором риска «пагубное употребление алкоголя» выявил превышение числа мужчин по сравнению с женщинами в 3,2 раза.

Первичная заболеваемость наркоманиями населения ВАО составляет 11,1 на 100 тыс. населения, не превышая среднемосковского показателя (13,3 на 100 тыс. населения). Первичная заболеваемость наркоманиями населения ЮВАО составляет 15,2 на 100 тыс. населения, что также выше среднемосковского показателя.

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции особенно актуальными стали медико-социальные проблемы, обусловленные гиподинамией, дефицитом свежего воздуха и снижением оксигенации, утомлением при длительной работе с компьютером в условиях удаленной работы, связанным с создавшейся ситуацией стрессовым состоянием. С учетом сказанного врачами должны даваться рекомендации гигиенического характера по режиму труда и отдыха, адекватному питанию, гипосолевой диете, проветриванию помещения, закаливанию, выработке стрессоустойчивости, профилактике пассивного курения.

Антинаркотическая работа должна проводиться систематически. Особое внимание следует уделять тем, кто относится к группе риска. Прежде всего это так называемые трудные подростки, а также лица с асоциальным поведением.

В обязательном порядке к антинаркотической работе следует привлекать врачей-наркологов, психологов, социальных работников и сотрудников правоохранительных органов. Для комплексирования межсекторальной работы установлена эффективность использования специальной Карты информационных потоков

Через семью и с ее помощью должны решаться медико-социальные проблемы современного общества, включая формирование и поддержание здорового образа жизни. В

плане реализации консультативной работы с семьями важно добиваться более полной реализации семейного профилактического потенциала. Необходимо учитывать при этом, что рекомендации должны быть дифференцированными в зависимости от уровня образования членов семьи и их образа жизни.

Пристального внимания заслуживают семьи, как с социально-гигиеническими, так и с медико-биологическими факторами риска. В частности, надо учитывать, что наличие одного заболевания может способствовать появлению и прогрессированию другого или других заболеваний, для которых оно является медико-биологическим фактором риска, а наличие одного поведенческого фактора риска неинфекционных заболеваний, отнесенного к категории «основной», может способствовать развитию всех основных неинфекционных заболеваний и у всех членов семьи, имеющих данный фактор. Поэтому важно проводить профилактические мероприятия среди всех членов семьи с учетом общесемейного фактора риска. Это особенно касается факторов, рассматриваемых в данном исследовании.

Представляется целесообразным при формировании инфраструктуры единого профилактического пространства городской среды использовать семейно-ориентированный подход, включающий создание семейных объектов здоровьесбережения (например, семейных центров здоровья, семейных точек здорового питания, семейных Школ здоровья), а для его реализации привлекать межсекторальный Координационный совет (или комиссии) при префектурах административных округов Москвы. При этом с позиций межсекторального взаимодействия в состав Координационного совета необходимо включать все структуры: представителей здравоохранения, образования, физкультуры и спорта, культуры, экологического надзора, полиции, законодательных структур, общественных организаций, СМИ и рекламы, волонтеров, бизнес-структуры, религиозные организации, которые формируют объекты здоровьесбережения единого профилактического пространства мегаполиса и организуют работу по противодействию здоровьеразрушающим объектам, имеющимся в инфраструктуре мегаполиса, влияющей на здоровье населения. Возглавлять такой совет целесообразно заместителю префекта, курирующему социальную сферу (рис. 2).

Знание возможностей инфраструктуры единых профилактических пространств округов мегаполиса в обеспечении условий для ведения населением здорового образа жизни будет способствовать повышению действенности рекомендаций специалистов и выполнения их населением.

Выводы.

1) В современных условиях стоит приоритетная задача по предупреждению, устранению или снижению влияния факторов риска на здоровье. При работе с населением речь должна идти прежде всего о факторах риска, связанных с образом жизни. При этом следует подчеркнуть полинаправленность многих факторов риска в отношении ряда неинфекционных заболеваний и одновременность их действия в городской среде.

2) К ведущим составляющим (элементам) технологии здоровьесбережения и формирования здорового образа жизни, которые должны реализовываться в городской среде, относятся повышение физической нагрузки, рациональное питание, предупреждение вредных привычек, профилактика стресса в семье.

3) Специалистам по вопросам ведения гражданами здорового образа жизни надо анализировать состояние и работу профилактической инфраструктуры в конкретном муниципалитете. Кроме того, стоит задача повысить профилактический потенциал семьи и формировать семейную профилактическую среду.

4) Работа по организации и координации деятельности в отношении реализации стратегии формирования единого профилактического пространства и здорового образа жизни в муниципалитетах должна строиться на основе межведомственного взаимодействия с привлечением представителей здравоохранения, образования, физкультуры и спорта, органов внутренних дел, культуры, экологического надзора, полиции, законодательных структур, общественных организаций, СМИ и рекламы, волонтеров, бизнес-структур и религиозных организаций.

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://miac.samregion.ru> – баннер «Заявка в библиотеку», «Виртуальная справочная служба»), по электронному адресу sonmb-sbo@miac.samregion.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://miac.samregion.ru> – раздел «Услуги»).

Наши контакты:

Областная научная медицинская библиотека МИАЦ

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

Режим работы:

Понедельник – четверг: с 9.00 до 18.00

Пятница: с 9.00 до 17.00

Суббота – воскресенье – выходной день

☎ (846) 979-87-90 – заведующий библиотекой

☎ (846) 979-87-90 – обслуживание читателей

☎ (846) 979-87-91 – справочно-библиографическое обслуживание

Сайт: <http://miac.samregion.ru>