

РАЗРАБОТКА ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В УСЛОВИЯХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА

Жуков А.Е.¹, Молчанова Л.Ф.², Воронова Е.А.¹

¹ГАОУ ДПО «Пермский краевой центр повышения квалификации работников здравоохранения», Пермь, Россия (614066, Пермь, ул. Баумана 22а), e-mail: sbupk@permospk.ru

²ГБОУ ВПО «Ижевская Государственная медицинская академия Минздрава России», Ижевск, Россия, (426011, Ижевск, ул. Холмогорская, 37б), e-mail: igma45@mail.ru

На уровне крупного промышленного города проанализирована распространенность тяжелых неизлечимых заболеваний и определена истинная потребность в оказании паллиативной помощи инкурабельным пациентам, дана комплексная социально-гигиеническая и клиническая характеристика пациентов, разработаны подходы по совершенствованию паллиативной помощи инкурабельным онкобольным и психолого-педагогической поддержки родственников. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о продолжающемся ухудшении состояния общественного здоровья у населения Пермского края. Ухудшение демографического положения, рост тяжелых неизлечимых заболеваний, приводящих к тяжелым формам инвалидизации, обосновывает потребность в разработке подходов по совершенствованию паллиативной помощи, потребность которой в ближайшей перспективе будет возрастать. Решение данной проблемы требует системного и комплексного подхода. Обеспечить широкое информирование пациентов и членов их семей о возможностях получения услуг паллиативной помощи в существующих институтах, общественных организациях.

Ключевые слова: паллиативная помощь, психологический статус, инкурабельный пациент, системный подход.

DEVELOPMENT OF APPROACHES TO THE PROVISION OF PALLIATIVE CARE INKURABEL'NYM PATIENTS IN A LARGE INDUSTRIAL CITY

Zhukov A.E.¹, Molchanova L.F.², Voronova E.A.¹

¹GAOU STR "Perm regional training center for health workers", Perm, Russia (614066, Perm, street Bauman 22A), e-mail: sbupk@permospk.ru

²GBOU SEI HPE «The Izhevsk State Medical Academy of Russia», Izhevsk, Russia, (426011, Izhevsk, street Holmogorskaja 37B), e-mail: igma45@mail.ru

For level, a large industrial city examined the prevalence of severe incurable diseases and the true need for palliative care inkurabel'ny patients. Dana complex social, hygienic and clinical characteristic of patients developed approaches for improving palliative care for cancer inkurabel'ny and psycho-pedagogical support to relatives. Results of the study show a continuing deterioration in the state of public health in the population of Perm Krai. The deterioration of the demographic situation, the growth of heavy incurable diseases, leading to severe disability, justifies the need for the development of approaches to improve palliative care, the need for which in the short term will increase. The solution to this problem requires a systematic and comprehensive approach. To widely inform patients and their families about the possibilities of palliative care services in the existing institutions, and public organizations.

Keywords: palliative care, psychological status, incurable patients, systematic approach.

Введение

Согласно современным представлениям паллиативная помощь представляет собой систему организации медицинской помощи и общего ухода за умирающими больными, включающую поддержание физических, психологических, социальных и духовных потребностей пациентов, а также психологическую помощь их семьям в течение болезни и в период утраты [1-5]. В настоящее время паллиативная помощь является частью общей политики охраны здоровья населения и неотъемлемым компонентом представляемых

медицинских услуг [6-8]. Но в тоже время, если в западных странах потребность в паллиативной помощи практически полностью реализована за счет «хосписов» [9-12], в России эта проблема решается крайне слабо.

Неизлечимо больной человек вызывает снижение качества жизни всей семьи, становится причиной тяжелых психологических, социальных и экономических расстройств функционирования, обнищания и разрушения семьи. Если к количеству паллиативных больных добавить еще по 1-2 родственников, ухаживающих за ними, то получается, что около 1,5 млн. человек ежегодно нуждаются в паллиативной и хосписной помощи, ведь они страдают от физической и моральной боли, потому бессильны помочь родному человеку. Во всем мире наблюдается тенденция к увеличению количества больных с распространенными формами злокачественных новообразований. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежедневно в мире от боли страдает 3,5 миллиона онкобольных.

Именно поэтому паллиативная помощь является важной составляющей системы здравоохранения и социальной защиты граждан, она обеспечивает реализацию прав человека на достойное завершение жизни и максимальное уменьшение боли и страданий. Паллиативная помощь - это комплекс медицинских, социальных, психологических и духовных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациентов с неизлечимой болезнью и ограниченный прогноз жизни, а также членов их семей. Главные задачи паллиативной помощи - избавление от боли, устранение или уменьшение расстройств жизнедеятельности и других тяжелых проявлений болезни, а также уход, психологическая, социальная и духовная помощь пациенту и его родным как в условиях специализированного медико - социального учреждения - хосписа, так и дома.

Цель исследования: совершенствование организации паллиативной помощи инкурабельным пациентам г. Перми на основе системного анализа и эпидемиологического подхода.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования явились инкурабельные больные с тяжелыми формами онкопатологии, которые формировались с использованием случайной и типологической выборок (Гринина О.В., Паначина М.И., 1980; Молчанова Л.Ф., 1990). Объем исследования был обоснован статистически. Социально-гигиеническая характеристика пациентов составлена на основании социологического опроса по разработанной нами анкете. Опрос проведен на основе информированного согласия с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии. Для определения типа психологического реагирования у онкологических больных была использована методика для изучения типа отношения к болезни («Тобол») на основании типологии, предложенной Н. Я. Ивановым (1980), которая позволяет диагностировать 12 типов реагирования на заболевание. Для изучения качества

жизни (КЖ) использовали русскую версию опросника MOS SF-36 (Medical Outcomes Study Short - Form Health Survey -36).

Результаты и их интерпретация: Демографическая ситуация в Пермском крае в целом отражает основные тенденции процессов, происходящих в РФ (Таблица 1).

Таблица 1.

Численность населения в Пермском крае

Годы	Все население, тыс. человек	в том числе		В общей численности населения, %	
		городское	сельское	городское	сельское
1990	3028,0	2330,9	697,1	77,0	23,0
1995	2963,9	2269,7	694,2	76,6	23,4
2000	2878,9	2176,3	702,6	75,6	24,4
2005	2751,6	2072,8	678,8	75,3	24,7
2006	2718,8	2044,7	674,1	75,2	24,8
2007	2691,6	2028,3	663,3	75,4	24,6
2008	2674,0	2017,7	656,3	75,5	24,5
2009	2660,3	1999,7	660,6	75,2	24,8
2010	2648,7	1980,8	667,9	74,8	25,2
2011	2633,6	1975,5	658,1	75,0	25,0
2012	2631,1	1970,0	661,1	74,9	25,1

Как видно из таблицы, за анализируемый период убыль населения составила 360 тыс. человек, причем сокращение численности произошло за счет городского населения, потери которого в 10 раз превышали показатели на селе.

В регионе сохраняется высокая смертность населения трудоспособного возраста. Вероятность умереть в 15-60 лет почти в два раза выше, чем в среднем по Европе: 269 против 146 на 1000 чел. населения (2009). Динамика структуры смертности, представленная в «Таблице 2» свидетельствует о том, что на протяжении ряда лет лидирующее положение по причине смерти занимают болезни системы кровообращения, новообразования и внешние причины (травмы, отравления и другие).

Таблица 2.

**Динамика смертности по основным классам причин
на 100000 человек населения**

Годы	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Умершие от всех причин	1615	1806	1667	1592	1581	1530	1529	1470	1422,6
из них: болезней системы кровообращения	826,2	954,5	895,8	865,6	871,2	849,0	856,7	830,8	794,4
новообразований	196,7	193,7	188,7	197,3	199,1	202,9	197,6	199,5	201,4
внешние причины	310,4	314,4	288,2	258,3	247,5	235,3	227,1	193,2	183,5

Анализ первичной инвалидности взрослого населения по г. Перми в 2012г. составил 65,1 на 10000 населения, что на 11,2 меньше аналогичного показателя 2011г. В структуре первичной инвалидности взрослого населения, как и в предыдущие годы, первое место занимали болезни органов кровообращения, второе – злокачественные новообразования, на третьем месте располагались болезни костно-мышечной системы. При онкопатологии инвалидность характеризуется высокой тяжестью. При первичном освидетельствовании у 28,3% больных с новообразованиями установлена I группа инвалидности, у 61,9% – вторая. При повторном освидетельствовании число лиц с первой группой увеличилось в 2,4 раза.

В 2012 г. в Перми функционировало 27 муниципальных ЛПУ: 20 самостоятельных поликлиник, из них 9 детских, 4 стоматологические поликлиники, 3 стационарно-поликлинических учреждения с амбулаторно-поликлиническим звеном. Количество посещений в муниципальные ЛПУ г. Перми на протяжении ряда лет остается на одном уровне – среднее число посещений на 1 жителя в год составляет 8,1 человек, Обеспеченность местами в дневных стационарах составляет 10,6 на 10000 населения. Среднее пребывание больного в дневном стационаре в 2012 г. увеличилось до 14,3 (2011 г. - 13,9 дней), что способствовало уменьшению нахождения пациентов в стационарах круглосуточного пребывания на 2,7 дня. Уровень госпитализации на 1000 населения в стационары на дому снизился с 8,6 в 2011 г. до 7,2 в 2012 г. Средняя длительность лечения 2012 г. осталась без изменения и составила 11,7 дней. В 2012 г. уменьшилось количество стационарных лечебных учреждений муниципального подчинения. С 01.01.2012 года по распоряжению правительства Пермского края от 15.09.2011 года №183-рп 13 стационарных муниципальных учреждений здравоохранения переданы из муниципальной в государственную собственность Пермского края.

Анализ официальных отчетов Пермьстата показал, что на 31.12.12 г. контингент больных со злокачественными новообразованиями, состоявших на учете в онкологических учреждениях, Пермского края составил 4633 человека, что на 12% больше по сравнению с 2008г., из них сельские жители составили 20,4%. Недопустимо высокие показатели в поздних стадиях (III- IV) отмечены при диагностике новообразований визуальных локализаций: опухолей полости рта (61,7%); прямой кишки (49,2%); шейки матки (37,7%); молочной железы (33,0%); щитовидной железы (23,6%), меланомы кожи (24,5%). Только в 2012 г. от злокачественных новообразований умерли 316 больных, не состоявших на учете в онкологических учреждениях Пермского края, т.е. на каждые 100 умерших от злокачественных новообразований больных 6,9 не состояли на учете. Диагноз был установлен посмертно у 3,3 больных на 100 больных с впервые в жизни установленным диагнозом. В соответствии с критериями расчета потребности в паллиативной помощи,

предложенной ВОЗ, 80% от всех умерших онкологических больных нуждались в паллиативной помощи, однако получили ее в условиях отделения «Хоспис» только 419 (10%) из них.

Проведенный нами прогноз эпидемиологической ситуации по онкозаболеваемости в Пермском крае (Рисунок 1), свидетельствует о дальнейшей тенденции роста данной патологии среди населения, что подтверждает необходимость дальнейшей работы по решению проблемы, связанной с оказанием паллиативной помощи в регионе.

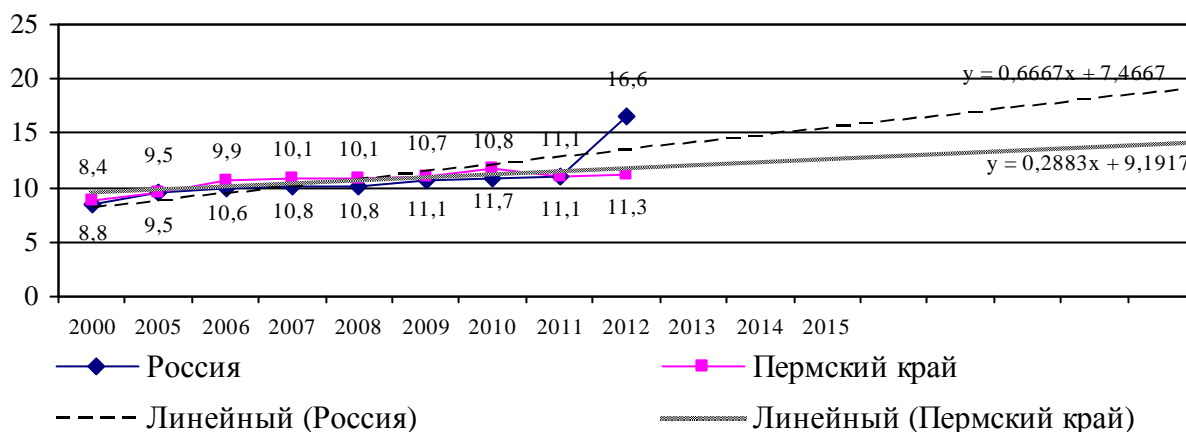


Рисунок 1. Заболеваемость по классу болезней «Новообразования»
(на 1000 населения)

Паллиативная помощь в г. Перми появилась в 1995 г. с создания общественной благотворительной организации «Хоспис», в этом же году по ее инициативе открыт первый хоспис в г. Перми – стационар круглосуточного пребывания на 25 коек и выездная служба. Анализ кадрового состава отделения «Хоспис» показал, что в нем трудились высококвалифицированные специалисты. Все врачи и подавляющее большинство (91,7%) сестринского персонала имели высшие аттестационные категории и сертификаты по своей специальности. Кроме основного образования медицинские сестры имеют дополнительную подготовку в объеме 144 часов по программе усовершенствования «Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела».

В настоящее время в Пермском крае реализуются несколько моделей паллиативной помощи: «Хоспис» как самостоятельное структурное подразделение муниципального автономного учреждения здравоохранения «Городская больница №10», паллиативное лечение инкурабельных больных в онкологическом учреждении, «симптоматическое лечение по месту жительства», «симптоматическое лечение выездными бригадами скорой медицинской помощи», Городской центр паллиативной помощи. Основную нагрузку по оказанию помощи пациентам несет Краевой онкологический диспансер. Ежегодно через данное учреждение проходит 4900 человек, из них до 20-25% пациентов нуждаются в

оказании паллиативной помощи. Это значительный контингент, и в него попадают не только больные с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования, но пациенты после лучевой и химиотерапии, комбинированного и комплексного лечения с включением гормоно - и иммунотерапии.

Такие модели как «симптоматическое лечение по месту жительства» и «симптоматическое лечение выездными бригадами СМП» не имеют реальных возможностей для реализации паллиативного лечения в полной мере. В первую очередь это касается амбулаторно-поликлинической службы, что объясняется загруженностью этой системы своими задачами. Участковые терапевты, врачи выездных бригад, в силу особенностей своей работы, оказывая помощь инкурабельным больным, концентрируют свое внимание на купировании симптомов заболевания, не выстраивают свои действия на основе паллиативного подхода. Анализ годовой отчетности станции «Скорой медицинской помощи» (СМП), г. Перми показал, в 2012 г., от онкологических больных в службу скорой медицинской помощи поступило 4989 вызов (в среднем по 14 в день), что в 1,3 раза больше чем в 2008 г. Наиболее типичными причинами для вызова послужили терминальные состояния ($8,9 \pm 0,5\%$), кровотечения ($5,6 \pm 0,4\%$), острая дыхательная недостаточность ($1,1 \pm 0,3\%$), острая задержка мочи ($4,5 \pm 0,3\%$). В 78,9% случаев бригада СМП выезжала к пациентам на дом для выполнения манипуляций ухода, связанные с выполнением назначения участкового врача: введение и прием обезболивающего препарата, обработка пролежней, подача кислорода и др. Учитывая то, что стоимость выезда одной бригады СМП в среднем составляет 2630 руб., то расходы на оказания помощи данной категории пациентов ежегодно достигают порядка 12-14 млн. рублей.

В настоящее время в г. Перми готовится перспективный проект Городского центра паллиативной помощи. Определена его структура, условия функционирования, уровни взаимодействия и функции, что было представлено в научном исследовании Вороновой Е.А. (2012).

Осознавая значимость паллиативной помощи для умирающего больного нами проведен социологический опрос 189 пациентов «Хоспис» и 300 жителей г. Перми. Результаты опроса показали следующую картину. Большая часть (75,5 из 100 респондентов) пациентов имело близкое окружение: муж, жена, дети, внуки, близкие родственники, которые потенциально должны быть опорой и поддержкой инкурабельного пациента. Три четверти из числа опрошенного населения не имели знаний о паллиативной помощи и особенностях ухода за инкурабельными больным, практически половина из них ($54,1 \pm 2,5$ из 100 респондентов) не владели информацией об учреждениях, где можно получить её в полном объеме. В связи, с чем большинство ($92,1 \pm 2,4$ из 100 респондентов) несли бремя

ухода за близкими инкурабельными родственниками на своих плечах. Из 100 респондентов на вопрос: «С какими проблемами Вам приходилось сталкиваться в процессе ухода за тяжелобольным родственником?», указали ряд проблем: наличие психоэмоционального напряжения; экономическую несостоятельность; отсутствие времени; дефицит знаний и умений ухода; беспомощность и усталость от безысходной ситуации в семье, соответственно $35,4 \pm 4,8$; $34,3 \pm 4,6$; $20,1 \pm 4,2$; $26,2 \pm 4,5$. из 100 респондентов. Установлено, что каждый восьмой из 100 респондентов ждет помощь в разрешении данных вопросов со стороны медицинского работника, почти каждый четвертый не отказался бы от помощи психолога, сиделки или даже социального работника.

Инкурабельный пациент подвергается стрессу, начиная с момента выяснения диагноза до выбора метода лечения и согласование его с больным и его родственниками. Особенно стрессовым является терминальный период болезни, когда на первые места выходят боль, страх, ожидание неизвестного.

При исследовании психологического реагирования пациентов на болезнь по методике «Тобол» чаще диагностировался смешанный тип реагирования на заболевание с определенными особенностями в соответствии с этапом лечебно - диагностического процесса. В общей ранговой оценке доминировали тревожный ($68,7 \pm 2,2$ %), неврастенический ($62,4 \pm 2,3$ %), меланхолический ($48,4 \pm 2,4$ %), сенситивный ($33,8 \pm 2,2$ %) и ипохондрический ($30,7 \pm 2,2$ %) типы отношения к болезни, что свидетельствовало о интрапсихической направленности личностного реагирования на болезнь с отказом от борьбы за выздоровление.

Было обнаружено определенные особенности типа реагирования на онкологическое заболевание от клинического варианта непсихотических психических расстройств. Так, у пациентов с симптоматическими расстройствами (F 06.32, F 06.4), достоверно чаще диагностировался смешанный тревожно-меланхолично-неврастенический тип внутренней картины болезни ($62,6 \pm 3,7$ %). У пациентов с расстройствами адаптации (F 43.21, F 43.22, F 43.23) – тревожно - сенситивный ($36,6 \pm 4,1$ %), тревожно - ипохондрический ($27,5 \pm 3,9$ %) и меланхолично - ипохондрический ($23,9 \pm 3,6$ %), что проявлялось в чрезмерном сосредоточении на субъективных ощущениях, беспокойстве, подавленном настроении. У онкобольных, вошедших в группу условной психиатрической нормы (Z 85), типичным был эргопатический - анозогностичный вариант отношения к заболеванию ($78,1 \pm 3,5$ %), который отражал стремление пациентов преодолеть страшную болезнь, неприятие «роли» больного, сохранения ценностной структуры и активного социального функционирования без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.

Корреляционный анализ полученных в ходе исследования результатов позволил выявить достоверно значимые связи между типом личностного реагирования на онкологическое заболевание и оценкой качества жизни и уровня социального функционирования пациентов. Так, наиболее неблагоприятные показатели качества жизни и социального функционирования пациентов со злокачественными новообразованиями различной локализации были связаны с наличием тревожного ($r = -0,352$ при $p = 0,032$), меланхолического ($r = -0,442$ при $p = 0,05$) и неврастенического ($r = -0,318$ при $p = 0,045$) типов личностного реагирования на заболевание.

Низкое качество жизни и социального функционирования были обнаружены у онкобольных с симптоматическими депрессивными расстройствами, причем такие интегральные показатели качества жизни как «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья» были прочно связаны со смешанным тревожно - меланхолически - неврастенического типа внутренней картины болезни ($r = -0,386$ при $p = 0,0012$ и $r = -0,318$ при $p = 0,045$ соответственно).

У онкобольных с расстройствами адаптации нами были выявлены корреляционные связи между интегральными показателями качества жизни (физическим и психологическим компонентами здоровья) и тревожно - сенситивным ($r = -0,328$ при $p = 0,031$ и $0,453$ при $p = 0,0011$), тревожно - ипохондрическим ($r = -0,236$ при $p = 0,048$ и $r = -0,335$ при $p = 0,045$ соответственно) и меланхолически - ипохондрическим ($r = -0,295$ при $p = 0,017$ и $r = -0,383$ при $p = 0,0001$ соответственно) типами личностного реагирования.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о продолжающемся ухудшении состояния общественного здоровья у населения Пермского края. Ухудшение демографического положения, рост тяжелых неизлечимых заболеваний, приводящих к тяжелым формам инвалидизации, обосновывает потребность в разработке подходов по совершенствованию паллиативной помощи, потребность которой в ближайшей перспективе будет возрастать. Решение данной проблемы требует системного и комплексного подхода, который должен проводиться по следующим направлениям:

1. Развивать первичное звено медицинской помощи путем кратковременного но непрерывного повышения квалификации, тематического усовершенствования, обучения практическим навыкам оказания паллиативной помощи и ухода, с обеспечением возможности самостоятельно и в полном объеме предоставлять услуги по обезболиванию.
2. Обеспечить увеличение стационарных услуг (хосписных и паллиативных) и специализированных выездных бригад для оказания высококвалифицированной помощи в сложных случаях (невозможность снятия симптомов дома, отсутствие возможности предоставления ухода и опеки дома).

3. Обеспечить широкое информирование пациентов и членов их семей о возможностях получения услуг паллиативной помощи в существующих институтах, общественных организациях и т.д. (независимо от форм их собственности)
4. Наладить межведомственные связи (временно, до изменения в нормативно-правовой базе) учреждений МЗ и министерства социальной защиты для координации усилий и оказания комплексных услуг больным и членам их семей.
5. Расширить сеть штатных психологов и психотерапевтов для обеспечения психологического сопровождения пациента и членов семей уже с момента установления диагноза для супервизии и профилактики синдрома профессионального выгорания персонала, работающего в сфере оказания паллиативной помощи.
6. Обеспечить социальное сопровождение паллиативных пациентов и членов их семей с целью адвокации их интересов в государственных органах власти или других общественных институтах.
7. Ввести различные формы лекарственных препаратов для обезболивания (таблетированные, в растворах для энтерального введения, пластыри и т.д.) и обеспечить их доступность для всех нуждающихся, независимо от места жительства, диагноза или других факторов.
8. Проводить широкие информационные кампании с целью популяризации идеи паллиативной помощи, преодоления стигматизации и дискриминации пациентов, улучшения их доступа к обезболиванию.

Список литературы

1. Бугорская Т.Е., Воронова Е.А., Гаинцева Н.О. Анализ уровня компетентности специалистов сестринского дела в вопросах паллиативной помощи в Пермском крае//Современные проблемы развития паллиативной помощи. Материалы межрегиональной научно-практической конференции, Пермь, 2009 С.136-139.
2. Васильева А. Ю. Особенности эмоционального состояния родственников онкобольных злокачественными образованиями/А. Ю. Васильева//Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2007. - № 1 (17). - С. 80-85.
3. Воронова Е.А., Подлужная М.Я., Злобина Г.М. Организационно-методические предпосылки формирования центра паллиативной помощи в условиях крупного промышленного города: Монография.- Пермь: ГАОУ ДПО «ПКЦПК РЗ», 2013. – 136 с.
4. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь/А. В. Гнездилов. - СПб: Издательство «Речь», 2004.- С. 139-146

5. Ионова ТИ, Новик АА, Сухонос ЮА. Понятие качества жизни больных онкологического профиля. Онкология 2000; 2 (1—2)
6. Медико-социальные и этико-деонтологические проблемы паллиативной помощи: материалы науч.- практ. конф. / Пермь: ГАОУ ДПО ПКЦПК РЗ, 2013. — С. 101-103.
7. Новиков Г.А. et al. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации//Медицина в Кузбассе, 2009 -спецвыпуск №1-С. 59.
8. Паллиативная помощь. / / Под ред. E.Davies, I.J.Higginson. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ. - 2005. – С.32
9. Пинчук И. Я.. К вопросу об организации медико - социальной помощи пожилым пациентам с психическими расстройствами. / / Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2009. - № 1 (21). - С. 40-4.
10. Alptekin G. Characteristics and quality of life analysis of caregivers of cancer patients/G. Alptekin, Y. idris, Y. Fusun//Medical Oncology. - 2009. - № 1. - P.255-259.
11. Brennan F. Palliative Care as an International Human Right. //J. Pain Symptom Management, 2007, v. 33, (5), P.494 – 499.
12. Clark M, Wright, J Luczak, Transition in End of Life Care, Hospice and related developments in Eastern Europe and Central Asia, Open University Press. Buckingham, Philadelphia 2003.
13. Mellon S. A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers/S. Mellon, L. L. Northouse, L. K. Weiss//Cancer Nurs. - 2006. - № 29. - P.120-131.

Рецензенты:

Лебедева Т.М., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера», Минздрава России, г.Пермь.

Подлужная М.Я., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС, ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера», Минздрава России, г.Пермь.