

ПОДРОСТОК: ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Слипка М.И., Мамедьяров А.М., Маслова О.И.

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН Москва

В статье рассматриваются социально значимые заболевания, характерные для детей подросткового возраста. Приведены позиции психоневрологического осмотра, актуализированы психосоматические расстройства.

Ключевые слова: подросток, социально-значимые заболевания, охрана здоровья детей.

Adolescent: health and diseases in the modern world

Slipka M.I., Mamedyarov A.M., Maslova O.I.

State Organization "Scientific Center of Children's Health" RAMS Moscow

The article deals with social diseases that are typical of adolescent children. Given the position of neuropsychiatric examination, updated psychosomatic disorders.

Keywords: adolescent, socially significant diseases, policy of children's health

Введение

Подросток – особый временной период психоневрологического, соматического и социального развития. Это и физический статус, и гормональное созревание, новые эмоции, любовь, определенное положение в обществе. Говоря о подростковой фазе, необходимо принимать следующее – не существует какого-либо определенного класса подростков. Можно выделить вариант статистической нормы, но и в этом случае индивидуальные различия велики, поэтому в конкретных случаях специалисту следует быть осторожным в заключениях о наличии каких-либо нарушений.

В России, в соответствии с Конвенцией по правам ребенка, подростками считаются дети от 10 до 18 лет.

Необходимо знать, что процесс развития подростка недостаточно гармоничен и не линейен; скорее, это движение по спирали, с подъемами и временными спадами. Совершенно особое состояние и у родителей подростка – они иначе начинают переоценивать своего ребенка, уже в активного члена общества, со своими взглядами на мир.

Календарный возраст, как критерий взрослости, хотя и считается важным, но не является определяющим. Потенциал здоровья взрослого населения во многом

предопределяется состоянием здоровья подросткового контингента. В настоящее время состояние здоровья подростков является причиной различных ограничений в жизни, а также возможностей профессиональной деятельности в 30-60%. Явление социальной депривации (невозможность или ограничение в течение длительного времени удовлетворения существенных жизненных потребностей человека) становится одной из наиболее значимых характеристик современного положения подростков в обществе и во многом предопределяет особенности образа жизни и поведенческих характеристик.

Психоневрологическое развитие подростка (интеллектуально-мнестическая, физическая сферы) характеризуется следующими определениями:

- Акцелерация – ускорение (в среднем на 1-2 года) физического, интеллектуального и сексуального развития в целом и парциально.

А.гармоничная (редко)

Б.дисгармоничная (часто)

- Психический дизонтогенез – нарушение отдельных психических функций или психики в целом, а также нарушение соотношения темпа и сроков развития отдельных сфер психики, возникающее в связи с расстройствами созревания структур головного мозга

- Умственная отсталость – не прогрессирующее снижение интеллекта (совокупный умственный потенциал человека и аппараты его реализации, используемые для адаптации к жизни)

- Когнитивный дефицит – разноуровневое снижение познавательных процессов (памяти, внимания, восприятия, анализа, синтеза).

Проблемы подростков крайне разнообразны, часто полярны, очень актуальны для самих подростков и зачастую недопонимаются взрослыми любого возраста (родителями, педагогами, врачами). Кроме медицинских, неврологических, психиатрических проблем звучат социальные (семья, школа, работа, любовь), психологические (личностные, семейные, школьные) и комплексные + полипроблемные.

Тактика психоневрологического осмотра подростка включает много позиций:

1. Физический облик (окружность головы, антропометрические данные, состояние питания, уровень тревоги, тип одежды, наличие внешних и внутренних конфликтов)
2. Манера общения (аутистичное поведение, неразборчивое дружелюбие)
3. Ориентировка во времени, месте и личности

4. Неврологический статус (общий уровень активности, нарушения черепной иннервации, нарушение мышечного тонуса, состояние мелкой моторики, двигательная координация, гипермоторность, распознавание правой и левой стороны)

5. Чтение и письмо

6. Язык и речь

7. Интеллект

8. Когнитивные процессы

9. Аффекты (тревога, депрессия, апатия, виновность, гнев, суицидальные мысли и др.)

10. Объективные отношения (мотивы поведения, страхи, суждение и критика, самооценка, способность к адаптации).

Мы проанализировали 200 подростков по формам патологии и ряда симптомов, проходящих по жизни (табл.).

Таблица

Неврологические заболевания, переходящие в подростковый и взрослый возраст, психиатрические, психологические, поведенческие проблемы

Заболевания	Ведущие инвалидизирующие синдромы			
	Нарушения			судороги
	моторики	психики	речи	
Детский церебральный паралич	+	+	+	+
Врожденная гидроцефалия	+	+	+	+
	-	-	-	-
Эпилепсия – 0,5 – 3 % в популяции (в 70% развивается в детском и подростковом возрасте)	+	+	+	+
	-	-	-	-
Демиелинизирующие заболевания (рассеянный склероз и др.)	+	+	+	+
	-	-	-	-
Хромосомные болезни (болезнь Дауна, синдром Клайнфельтера и др.)	+	+	+	-
	-	-	-	-
Наследственные дегенеративные заболевания	+	+	+	-
	-	-	-	-
Наследственные обменные нарушения (ФКУ, мукополисахаридозы)	+	+	+	+
	-	-	-	-
Нервно-мышечные заболевания	+	+	+	+
	-	-	-	-

В подростковом возрасте чаще начинают выявляться пограничные психоневрологические нарушения: невротические расстройства (неврозы) и расстройства личности (психопатии). Также диагностируются и вторичные (симптоматические) психоневрологические расстройства при:

1. черепно-мозговой травме
2. демиелинизирующих заболеваниях

3. опухолях головного мозга
4. последствиях инфекционных заболеваний ЦНС
5. эпилепсии
6. сосудистых заболеваниях
7. метаболических болезнях
8. лицевых дисморфиях
9. генетически-детерминированных синдромах.

Чаще появляются и психосоматические болезни – первичная телесная реакция на конфликтное переживание проявляющееся тканевыми изменениями, патологическими нарушениями органов и систем (9,3-40% детей и подростков в амбулаторной практике педиатра). Классификация психосоматических расстройств (I.Jochmus, G.S.Shmit (1986) :

I группа: Психосоматические функциональные нарушения (соматические симптомы без органических поражений – нарушения сна, энурез, энкопрез, запор, конверсионные неврозы, психогенная головная боль)

II группа: Психосоматические болезни (бронхиальная астма, нейродермит, язвенный колит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, нервная анорексия, булимия, ожирение)

III группа: Хронические больные, у которых возникают тяжелые переживания, вызванные фактом и тяжестью заболевания и пороками развития (муковисцидоз, диабет, хроническая почечная недостаточность, злокачественные новообразования).

К частым проявлениям психосоматических расстройств у детей и подростков относятся:

- нарушение пищеварительной системы,
- психосоматические кожные нарушения,
- психосоматические расстройства эндокринной системы,
- психосоматические респираторные нарушения,
- нарушения сердечно-сосудистой системы,
- аллергические психосоматические проявления,
- психогенная головная боль,
- психогенная боль в животе.

О психогенном доминировании необходимо думать при отсутствии органического повреждения органов и систем.

Расстройства поведения выявлены у 2-6% всех детей.

С проблемами поведения взаимосвязаны:

- дефицит когнитивных и вербальных навыков
- проблемы обучения
- дефицит самоуважения
- межличностные трудности в общении со сверстниками
- семейные проблемы
- проблемы, связанные со здоровьем
- злоупотребление наркотиками и алкоголем

Сопутствующие расстройства и симптомы:

- гиперкинетическое расстройство (синдром дефицита внимания и гиперактивность)
- депрессия и тревога

Причины множественны:

- генетические влияния
- нейробиологические факторы (перинатальная патология, экзогенные нейротоксины, высокий уровень тестостерона)
 - социально-когнитивные факторы (более низкий коэффициент познавательно-мотивационного развития)
 - семейные факторы (родительский конфликт, преступления родителей, отсутствие надзора)
 - социокультурные факторы (школа, масс-медиа, культура, этническая принадлежность)

Терапия комплексная:

- тренинг родительской компетентности
- тренинг навыков разрешения проблем
- лекарственная терапия (корректоры поведения, антидепрессанты)
- превентивные вмешательства

В подростковом возрасте значим для дальнейшего развития и социализации синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – 5,0-9,5% среди мальчиков, в 4,5-5,0 раз чаще, чем у девочек. Основные типы СДВГ (на основе поведенческих характеристик):

- Преимущественно гиперактивный тип
- Тип с преимущественным дефицитом внимания
- Комбинированный тип

Классическая триада симптомов: гиперактивность, импульсивность, нарушение внимания.

СДВГ: критерии диагноза по МКБ-10 и DSM-IV

А.Нарушения внимания: 6 и более симптомов невнимания сохраняются не менее 6 месяцев в такой степени, что это нарушает адаптацию, и контакты в социуме.

1. Часто неспособен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности

2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр

3. Часто складывается впечатление о том, что ребенок не слушает обращенную к нему речь

4. Часто не может организовать игру или деятельность

5. Часто избегает, не любит или не хочет заниматься тем, что требует постоянных умственных усилий

6. Часто теряет вещи, необходимые ему для выполнения задания

7. Часто отвлекается на внешние раздражители

8. Часто проявляет забывчивость

9. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание)

Б.Гиперактивность (+импульсивность): 6 и более симптомов сохраняются не менее 6 месяцев в такой степени, что это нарушает адаптацию

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле крутится, вертится

2. Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте

3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегают, крутятся, пытаются куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо

4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, "как будто к нему прикрепили мотор".

6. Часто бывает болтливым.

В. Импульсивность:

1. Часто отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца.
2. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
3. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

В клинической карте СДВГ по возрастам отмечается следующее: регулярно возникающие нарушения и ограниченная социальная адаптация сочетаются с проблемами взаимодействия между родителем и ребенком.

Доминантная симптоматика у детей дошкольного возраста (3-6 лет):

- меньшая увлеченность играми и сокращение времени, проводимого в игровой активности
- двигательное беспокойство
- отрицательные последствия (отставание в развитии, оппозиционное поведение, проблемы социальной адаптации)

Детей младшего школьного возраста (6-12 лет) характеризует:

- отвлекаемость
- двигательное беспокойство
- импульсивное и деструктивное поведение
- отрицательные последствия (специфические расстройства обучения, агрессивное поведение, сниженная самооценка, неприятие сверстниками, нарушение взаимоотношений в школе, семье)

У подростков 13-17 лет отмечены:

- дефицит навыков планирования и организации деятельности
- стойкая невнимательность
- ослабление двигательного беспокойства
- отрицательные последствия (агрессивное, антисоциальное и оппозиционно-вызывающее поведение, злоупотребление наркотиками и алкоголем, расстройства эмоциональной сферы, несчастные случаи).

Сопутствующие коморбидные состояния при СДВГ утяжеляют течение основного заболевания.

1. Нарушения эмоционального контроля:

1) аффективные, 2) тревожность, 3) панические, 4) обсессивно-компульсивные

2. Нарушения двигательного контроля:

1) тикозные, 2) пароксизмальные, 3) нарушения сна

3. Нарушения комфорта:

1) головные боли, 2) недержание мочи, 3) синдром раздраженного кишечника

4. Нарушения, связанные с использованием интоксикантов:

1) токсические ингалянты, 2) табак, 3) алкоголь, 4) , наркотические вещества

5. Нарушения с разрушительным поведением

1) оппозиционно-вызывающее поведение, 2) кондуктивные нарушения, 3) антисоциальное поведение.

При симптомах различной степени выраженности, но сходных с симптомокомплексом СДВГ важно:

- не заниматься гипердиагностикой синдрома
- наблюдать ребенка не менее 6 месяцев
- необходима совместная работа «команды» специалистов: педагог-воспитатель, психолог, невропатолог, педиатр, психиатр.
- педиатр самостоятельно не должен ставить диагноз СДВГ

К социально-значимым проблемам развития подростков относятся:

- реакции эмансипации – стремление подростков к самостоятельности, освобождению от контроля взрослых, самоутверждению
- реакции группирования со сверстниками – стремление образовывать более или менее стойкие неформальные группы со своими специфическими увлечениями и стилем поведения, главное содержание отношений: общение между собой, взаимопомощь и т.п.
- реакции увлечения(хобби-реакция) – стойкий выраженный интерес к одной какой-либо деятельности, сопровождается сильными эмоциональными переживаниями
- реакции связанные с сексуальностью – повышенный интерес к порнографической и эротической литературе, изопродукции
- реакции имитации – стремление копировать манеру общаться, одеваться, а также вкусы и пристрастия более старших людей, своего кумира.

Значительно усложняют жизнь и развитие подростков тревожные расстройства:

1. генерализованное тревожное расстройство – хроническое чрезмерное беспокойство и напряжение, постоянное ожидание несчастья, сопутствуют соматические симптомы – мышечное напряжение, дрожь, головная боль
2. специфическая фобия – страх перед специфическими объектами или ситуациями, которые не представляют собой опасности, или опасны незначительно

3. социофобия – страх стать объектом пристального внимания, совершить что-то

4. обсессивно–компульсивное расстройство – повторяющиеся навязчивые и нежелательные мысли, вызывающие тревогу, зачастую сопровождающиеся ритуальными действиями с целью снять тревогу

5. панические расстройства – приступы паники и ощущение ужаса, которые возникают внезапно и неоднократно, сопровождаются физическими симптомами: боль в груди и/или в животе, одышка, сильное сердцебиение, головокружение

6. посттравматическое и острое стрессовое расстройство (длительность - 4 нед) – тревога и другие симптомы, формирующиеся после столкновения с травматическим стрессом

В тактике работы с подростком необходимо учитывать ассоциированные характеристики расстройств. Могут отмечаться:

- нарушение когнитивных процессов (расстройства памяти, внимания, речи)
- особая внимательность к той информации, которая может быть связана с потенциальной опасностью
- соматические проблемы – боль в желудке, головная боль, нарушение сна
- необщительность, т.к. эти дети воспринимают себя социально отчужденными
- прочная взаимосвязь между тревогой и депрессией, девочки проявляют симптомы тревоги в 2 раза чаще, чем мальчики
- культурные и этнические факторы могут влиять на проявление симптомов различной степени выраженности

При изменении поведения, эмоций, мотиваций у подростка, всем – и учителям и родителям и друзьям надо думать о формах зависимости (химической или другой), меняющей и разрушающей личность подростка.

Формы хронической зависимости:

- алкогольная
- опиатная
- злоупотребление каннабиоидами
- злоупотребление седативными и снотворными средствами (барбитураты, нитразепам, бензодиазепины, имован, ксанакс)
- злоупотребление стимуляторами (амфетамины, эфедрин, кофеин)
- злоупотребление экстази
- злоупотребление галлюциногенами (диэтиламид лизергиновой кислоты, циклодол, каллипсол)

- злоупотребление антипаркинсоническими средствами (паркопан)
- злоупотребление летучими растворителями (пары клея, пятновыводители)
- полизлоупотребления

Другие формы зависимости:

- Игромания
- Интернетзависимость

Наркомания, токсикомания, алкоголизм:

- До 75% наркоманов и алкоголиков начинают употреблять психоактивные вещества (ПАВ) в подростковом возрасте
- Средний возраст начала употребления алкоголя и наркотиков – 14 лет
- За последние 10 лет число впервые диагностированных подростков, больных алкоголизмом возросло в 1,5 раза и составило 10,5 на 100000 подростков
- За этот же временной период число подростков, состоящих на учете у нарколога, также возросло в 1,5 раза
- Происходит стирание половых различий у подростков, употребляющих наркотики, сейчас соотношение мальчиков к девочкам = 3:1
- Стремительный рост наиболее тяжелой формы наркомании – опиатной (героиновая зависимость)
- Удельный вес подростков среди наркоманов превысил 25%. В настоящее время до 40% подростков имеют опыт употребления наркотиков.

При расспросе родителей необходимо обратить внимание на следующие первичные девиантные симптомы (косвенные признаки интереса подростка к наркотикам):

1. снижение интереса к учебе и успеваемости за последнее время
2. изменение привычек и увлечений подростка
3. появление отчужденности, «наплевательского» отношения ко всему, усиление лживости и скрытности (изменение контактов со старшими)
4. беспричинные колебания настроения
5. ухудшение физического состояния (потеря веса, периодическая тошнота, рвота)
6. компания, в которой проводит время подросток, состоит из лиц более старшего возраста
7. наличие крупных сумм денег, не соответствующих достатку семьи, стремление занимать деньги, отнимать их у более слабых
8. назойливое стремление подружиться с детьми из обеспеченных семей
9. тенденция общаться с подростками, употребляющими ПАВ

10. наличие таких атрибутов наркотиков, как шприцы, иглы, таблетки, тубики из под клея, а также следов от инъекций в области локтевых сгибов, подмышек, ног

8.06.2013 президент Российской Федерации В.В.Путин подписал закон о тестировании школьников на наркотики, до 15 лет с согласия родителей, после 15 лет – подросток принимает это решение самостоятельно.

Ведущими в патопсихологической картине социальной дезадаптации являются расстройства настроения:

1. Депрессивное расстройство (почти у всех детей и подростков наблюдаются те или иные симптомы депрессии, а до 5% детей и 10-20% подростков могут испытывать депрессивные состояния)

2. Дистимическое расстройство

3. Биполярное расстройство (чередование периодов возбуждения с периодами стойкой депрессии, распространенность – 0,4-1,2%)

· Депрессия у подростков имеет многочисленные и устойчивые симптомы, выражающиеся в ухудшении настроения, поведения, мышления, физического состояния организма, а также в негативном изменении жизненных установок

· Депрессия у детей, не достигших пубертатного возраста, одинаково распространена среди мальчиков и девочек, в пубертате – соотношение девушек и юношей составляет 2:1

· Биополярное расстройство чаще возникает в конце пубертатного периода

· Подростки, страдающие расстройствами настроения обладают нормальным интеллектом, хотя трудности восприятия, концентрации внимания, потеря интереса, заторможенность могут оказывать негативное влияние на интеллектуальные способности

· Депрессивному, дистимическому и биполярному расстройству чаще всего сопутствуют тревожные и кондуктивные расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ

Лечение депрессивных расстройств у подростков, требует комплексного подхода, включающего:

- Ознакомление пациентов и членов их семей со спецификой заболевания
- Психотерапевтические вмешательства
- Медикаментозная терапия

Для подростков важна внешняя оценка их физического статуса окружающими: ростовые показатели, чистота кожи (в медицинском аспекте), к наиболее частым расстройствам питания относятся:

- Ожирение (показатель массы тела выше 95-го перцентиля для детей одного и того же возраста и пола). Ожирение не является психическим расстройством, но оно может заметно влиять на психические и физические функции подростка
- Нервная анорексия – отказ поддерживать вес тела, сильный страх перед прибавлением веса и ожирением, искаженное представление о своем теле, аменорея)
- Нервная булимия – повторяющиеся эпизоды обжорства, за которыми следует попытка избавления съеденного путем самопроизвольной рвоты или другими средствами

Отмечено, что анорексия менее распространена, чем булимия. Булимия поражает 1-3% подростков, как правило старшего возраста, чаще девушек, булимия дает более высокий процент выздоровления, чем анорексия. Методы лечения: психо-социальные и фармакологические. Оказываются успешными в большинстве случаев при лечении булимии, лечение анорексии менее успешно

Проблемные пищевые привычки являются обычными среди детей. Усиленная диета и беспокойство о собственном весе часто сопровождают переход к юности, особенно у девочек, что может привести к появлению нездоровых паттернов питания, на возникновение расстройств питания влияют индивидуальная скорость метаболизма и фиксированная точка роста-весовых показателей. Особенности современной культуры и семейной жизни играют важную роль в расстройствах питания, а также имеют высокий уровень коморбидности: наиболее частое сопутствующее расстройство – депрессия (дистимия) и тревога (включая обсессивно-компульсивное поведение).

На основании Федерального закона об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, в главе 5, ст.30, п.3 отмечено, что формирование здорового образа жизни, у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирования мотивации к ведению здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культуры и спортом.

А в главе 2 в статье 7 отмечается приоритет охраны здоровья детей:

1. Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей.

2. Дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании психологической помощи.

3. Медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья

4. Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, и принимают соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями.

5. Органы государственной власти Российской Федерации и органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии со своими полномочиями создают и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей, в том числе у детей-инвалидов, и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру, ориентированную на организованный отдых, оздоровление детей и восстановление их здоровья.

Выводы

Сегодня каждый человек должен понимать, что его здоровье и жизни, в первую очередь, зависит от него самого. Прежде всего, речь идет о формировании у человека здорового образа жизни, опирающегося на сознательное и ответственное отношение к своему здоровью, не сводящееся к борьбе с болезнями. Здоровый образ жизни - это знание правил санитарии, гигиены жилищ и экологии, строгое соблюдение гигиены тела, приобщение к физкультуре и спорту, гигиена физического и умственного труда, гигиена личной жизни.

Здоровый образ жизни – это четкие знания о факторах и привычках (курение, алкоголь, наркотики) и сознательное негативное отношение к ним. Словом, главная цель – добиться разумными путями подлинной гармонии здоровья.

Список литературы

1. Конвенция ООН о правах ребёнка
http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon
2. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) <http://www.who.int/ru/>
3. Федеральный закон об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, глава 5, ст.30, п.3.

Слипка Мария Ивановна – ФГБУ «Научный центр здоровья детей РАМН»; 119991, г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1. info@nczd.ru; телефон: 8 (495) 967-14-20

ЛЕКЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемые читатели!

Представляем Вашему вниманию статью из нового сборника «Лекции по организации и экономике здравоохранения» (под общей редакцией А.Б. Блохина, Н.С. Брынза, Е.В. Ползика), изданного совместно Уралмедсоцэкономпроблем, Департаментом здравоохранения Тюменской области и ГБУЗ СО ДКБВЛ «НПЦ «Бонум» в 2014 году.

Книга посвящена актуальным проблемам организации, управления и экономике в данной отрасли, адресована руководителям здравоохранения, преподавателям медицинских образовательных учреждений и факультетов усовершенствования врачей, студентам, аспирантам, научным работникам.

В данном номере представляем Вам лекцию начальника управления анализа, прогноза и развития здравоохранения Департамента здравоохранения Тюменской области, ассистента кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПП и ППС ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» МЗ РФ Захарченко Натальи Михайловны, посвященную управлению страховыми рисками и формированию социальной защиты медицинского персонала.

По вопросам приобретения книжного издания обращаться в редакцию журнала.