

(Продолжение. Начало на 1–9-й стр.)

Оптимизация лечения глубоко недоношенных детей с первых минут их жизни является наиболее результативной мерой не только снижения смертности, но и профилактики инвалидности. Важной составляющей оптимального решения поставленной задачи является развитие реабилитационной помощи. В основу реабилитационной помощи детям заложены три основные организационные составляющие: функциональная модель комплексной реабилитационной помощи детям, система раннего вмешательства, формирующее пространство для развития ребенка с тяжелыми нарушениями здоровья. Трехуровневая система организации реабилитации детей на территории Свердловской области находится в стадии формирования. В рамках реабилитационной помощи работают 7 межтерриториальных перинатальных центров для оказания реабилитационной помощи новорожденным и 13 детских межмуниципальных центров. Оказание реабилитационной помощи детям начинается еще на стационарном этапе, в том числе в отделениях реанимации. Третий уровень помощи на территории Свердловской области представлен ГБУЗ СО «Детская клиническая больница восстановительного лечения» Научно-практический центр «Бонум» и ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница № 1». На базе ГБУЗ СО «Детская клиническая больница восстановительного лечения» Научно-практический центр «Бонум» в настоящее время работают 10 областных детских специализированных центров, лицензированных по 37 врачебным специальностям. Это областные центры перинатальной неврологии, пренатальной педиатрии и функциональных расстройств нервной системы у детей, офтальмологический центр, центр ретинопатии недоношенных, сурдологический центр, областной детский центр патологии речи, центр ранней диагностики и профилактики ортопедических заболеваний у детей, центр врожденной челюстно-лицевой патологии, центр реабилитации последствий черепно-мозговой травмы у детей.

Улучшение качества жизни детей-инвалидов — основная задача в организации паллиативной помощи детям. В Свердловской области расчетное количество паллиативных коек для детей — 70. В 2013 году будет открыто 25 коек, в 2014—2015 годах — 45. Планируется развитие выездных форм работы в управленческих округах — эта эффективная модель отработана на территории города Екатеринбурга. В 2013 году запланировано начало работы выездных бригад в городах Нижний Тагил, Ирбит, Краснотурьинске.

В результате реализации мероприятий задачи 3 Подпрограммы 4 к 2020 году ожидается:

- 1) увеличение доли женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах Свердловской области, до 90 процентов;
- 2) увеличение выживаемости детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре до 80 процентов.

Задача 4. Развитие специализированной медицинской помощи матерям и детям, в том числе высокотехнологичной

На период 2013—2020 годов будет продолжено совершенствование специализированной медицинской помощи женщинам и детям, разработка и внедрение в акушерскую, гинекологическую и педиатрическую практику инновационных достижений.

В рамках региональной программы модернизации здравоохранения Свердловской области был реализован целый комплекс мер, направленных на повышение доступности специализированных видов медицинской помощи матерям и детям. Однако решить все проблемы реструктуризации акушерско-гинекологического, педиатрического коечного фонда, улучшения материально-технической базы учреждений родоопомощения и детства, обеспечения высококвалифицированными кадрами до конца не удалось и предстоит решать в ближайшее время. С 2015 года предусматривается включение ВМП в систему ОМС. Одним из условий такого включения является повышение доступности ВМП для детского населения. Областные учреждения третьего уровня (ГБУЗ СО «Областная детская больница № 1», ГБУЗ СО «Детская клиническая больница восстановительного лечения» Научно-практический центр «Бонум», МАУ «Городская клиническая больница № 9») готовы к оказанию такой помощи по профилям «онкогематология», «ортопедия», «неонатальная и детская хирургия», «челюстно-лицевая хирургия», «офтальмология» (ретинопатия недоношенных), «оториноларингология» (слухопротезирование), «кардиохирургия», «ревматология», «комбустиология» и другим.

Продолжает развиваться детская кардиохирургия, в том числе маловесных детей. За 2012 год пролечено 508 пациентов, из них прооперировано 319 детей, которым выполнено 371 операция, в том числе детям в возрасте до 1 года 182 операции. Внедрены новые операционные технологии: протезирование ствола левой коронарной артерии лоскутом из легочного ствола, модифицированная процедура Конно, селективная перфузия верхней половины тела при операции Норауда, хирургия критических пороков у глубоко недоношенных детей. При этом потребность в дальнейшем развитии большинства видов специализированной помощи для детей сохраняется. Не в полной мере обеспечены качеством медицинской помощью дети с онкологическими заболеваниями, не создана система оказания медицинской помощи детям с аутоиммунными заболеваниями и заболеваниями иммунного генеза, малодоступной остается нейрохирургическая и травматолого-ортопедическая помощь детям, требуется серьезная модернизация психиатрической, наркологической и физиотерапевтической помощи. Все это требует укрепления материально-технической базы имеющихся учреждений и строительства новых, обеспечения медицинскими кадрами. До 2020 года на базе ГБУЗ СО «Областная детская больница № 1» будет продолжено внедрение современных технологий в неонатальную хирургию. Планируется дополнительное открытие 20 коек для оказания помощи по профилям «нейрохирургия», «неонатальная урология», в том числе эндоурологическая урология, «колорктология» с внедрением эндоскопических методов диагностики и лечения, «хирургия», в том числе хирургия пороков развития бронхального дерева, микроциркуляторная хирургия сосудов.

В муниципальных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 14.02.2013 № 116 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей». В 2008 году Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Свердловской области было оплачено 9 836 законченных случаев диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (в 2009 году — 11 066, 2010 году — 9 339, 2011 году — 8 865). В 2013 году планируется осмотреть 8 136 детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных условиях, а также 12 756 детей — сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (в том числе усыновленных, принятых под опеку, попечительство в приемную или патронатную семью).

В 2013 году в Свердловской области на базе областного учреждения (ГБУЗ СО «Клинико-диагностический центр «Охрана здоровья матери и ребенка») будет оборудована и начнет свою работу лаборатория вспомогательных репродуктивных технологий, что позволит оказывать до 1000 процедур в год для жителей Свердловской области в соответствии с установленными порядками.

В результате реализации мероприятий задачи 4 Подпрограммы 4 ожидается снижение уровня первичной инвалидности у детей с 27 случаев на 10 тыс. детей в 2012 году до 26 случаев на 10 тыс. детей в 2020 году.

Задача 5. Совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ от матери к плоду

Оказание своевременной и эффективной лечебно-диагностической и профилактической помощи, а также социально-психологического сопровождения в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях здравоохранения ВИЧ-инфицированных беременных женщинам должно

способствовать снижению числа случаев перинатальной передачи ВИЧ-инфекции новорожденному. Свердловская область занимает лидирующее положение по распространению ВИЧ-инфекции среди регионов Российской Федерации. На 01 апреля 2013 года кумулятивно зарегистрировано 60 826 случаев ВИЧ-инфекции, показатель пораженности населения достиг 1 412,1 случая на 100 тыс. человек населения. В эпидемический процесс ВИЧ-инфекции вовлечены все социальные и возрастные группы населения, при этом 83,2 процента ВИЧ-инфицированных — это люди в возрасте 18—39 лет. На долю женщин приходится 44 процента от числа всех ВИЧ-инфицированных, что в 2 раза превышает уровень 2000 года.

Феминизация эпидемии ВИЧ/СПИД ведет к росту числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. С 1993 года в области родилось 10 149 детей от ВИЧ-инфицированных мам, что составляет 10,6 процента от общего числа рожденных детей в Российской Федерации. Среди них диагноз ВИЧ-инфекции поставлен 696 детям. Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку заключается, прежде всего, в своевременном диагностировании ВИЧ-инфекции у женщины и проведении трехэтапной антиретровирусной профилактики (во время беременности, родов и новорожденному). Вероятность передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку без проведения профилактических мероприятий составляет 20–40 процентов. В 2012 году только 87,6 процента пар «мать-дети» было охвачено трехэтапной профилактикой (в 2011 году — 88,8 процента), у 112 новорожденных детей выявлена ВИЧ-инфекция. С учетом периода наблюдения ребенка (до 18 месяцев жизни) количество ВИЧ-инфицированных детей, рожденных в 2012 году, увеличилось, что требует дальнейшего совершенствования профилактики вертикальной передачи вируса иммунодефицита человека и обеспечения условий для снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией у детей. В этих целях в рамках Подпрограммы 4 планируется обеспечить проведение следующих конкретных мер:

- 1) обеспечение всех ВИЧ-инфицированных беременных женщин антиретровирусными препаратами;
- 2) информирование и обучение ВИЧ-инфицированных беременных женщин вопросам применения химиопрофилактики ВИЧ во время беременности, в родах и послеродовой период;
- 3) индивидуальный подбор наиболее эффективных препаратов и схем химиопрофилактики для ВИЧ-инфицированных беременных женщин, уже получающих антиретровирусную терапию;
- 4) предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку при грудном вскармливании в послеродовой период;
- 5) повышение ответственности ВИЧ-инфицированных беременных женщин за свое здоровье в период беременности и обеспечение раннего обращения в учреждения родоопомощения.

В результате реализации мероприятий задачи 5 Подпрограммы 4 будет обеспечен рост охвата пар «мать-дети» химиопрофилактикой ВИЧ в соответствии с требованиями действующих стандартов с 98 процентов в 2012 году до 99 процентов к 2020 году, что позволит снизить вероятность вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Задача 6. Профилактика абортов, развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации

Аборты по-прежнему остаются одним из основных методов регулирования рождаемости в Свердловской области. В 2012 году их частота на 100 родов составила 71,7 аборта.

Проблемой остаются аборты у первобеременных женщин. В 2012 году 1 171 женщине в возрасте до 19 лет были сделаны аборты, из которых 51,6 процента составили первобеременные женщины. Все это свидетельствует о необходимости усиления профилактической работы среди молодежи, решения вопросов доступности контрацепции для социально незащищенной категории женщин.

В области планируется расширение сети клиник, дружественных к молодежи, развитие профилактических технологий в общеобразовательных школах и совершенствование работы центров здоровья. Работа клиник, дружественных к молодежи, направлена на профилактику и уменьшение количества заболеваний, сохранение репродуктивного здоровья, снижение числа абортов у подростков и молодежи и, вместе с тем, изменение отношения подростков к своему здоровью, профилактику зависимостей, улучшение взаимоотношений со сверстниками и родителями. Модели клиник, дружественных к молодежи, различны и гибки, организуются с учетом социально-экономических особенностей муниципальных образований в Свердловской области. В период 2009–2010 годов Министерством здравоохранения Свердловской области открыто шесть таких клиник. Данное направление деятельности должно быть продолжено с расширением сети клиник на территории Свердловской области до 20 в 2020 году.

Аборт является главной причиной гинекологической заболеваемости (вспалительные процессы придатков матки, эндометриоз, бесплодие), в два раза увеличивает частоту осложнений во время последующих беременностей и родов (выкидыши, привычное невынашивание, кровотечение) и может привести к серьезным нарушениям репродуктивной функции. Поэтому прервать беременность необходимо в учреждениях родоопомощения. В Свердловской области внедрены безопасные методы медикаментозного аборта и вакуум-аспирации на базе женских консультаций. Приняты к исполнению законодательные меры, к которым, в частности, относятся установление срока, отведенного женщине после обращения в медицинскую организацию по поводу искусственного прерывания беременности, для обдумывания данного решения и получения консультации психолога и специалиста по социальной работе. При сроке беременности 4–7 недель и 11–12 недель женщине на обдумывание решения предоставляется 48 часов, а при сроке беременности 8–10 недель — не менее 7 дней. В 2013—2020 годах необходимо провести доукомплектование всех женских консультаций психологами и социальными работниками.

В межтерриториальных перинатальных центрах созданы кризисные центры медико-социальной помощи беременным женщинам (городской округ Краснотурьинск, Муниципальное образование город Ирбит, городской округ Первоуральск, город Нижний Тагил, муниципальное образование «Город Каменск-Уральский», муниципальное образование «Город Екатеринбург»). Финансирование центров осуществляется за счет средств местных бюджетов. Основной задачей центров является оказание психологической помощи женщинам, социальное сопровождение женщин, попавших в трудную жизненную ситуацию, связанную с нежеланной беременностью, формирование мотивации к сохранению репродуктивного здоровья, работа с окружением беременной.

Работа центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, способствует увеличению охвата (в перспективе до 85 процентов) таких женщин медико-социально-психологическим сопровождением, обеспечивает мониторинг социально неблагополучных женщин. Первостепенными задачами центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, являются:

- 1) медицинская и социально-психологическая помощь женщинам в случаях незапланированной беременности, направленная на обеспечение позитивной альтернативы аборту;
- 2) оказание содействия в предоставлении временного приюта в учреждениях социальной защиты;
- 3) организация патронажа женщин, нуждающихся в медико-социальной помощи, реабилитации и поддержке.

В результате реализации мероприятий задачи 6 Подпрограммы 4 ожидается увеличение доли женщин, принявших решение вынашивать беременность, от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности, с 5 процентов в 2012 году до 15 процентов в 2020 году.

Цели и задачи, целевые показатели Подпрограммы 4 представлены в приложении № 1 к Подпрограмме 4.

Мероприятия Подпрограммы 4 представлены в приложении № 2 к Подпрограмме 4.

Приложение № 1 к Подпрограмме 4

№ п/п	Цели, задачи и целевые показатели	Единица измерения	Значение целевого показателя									
			2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.	Цель 1. Улучшение состояния здоровья детей и матерей											
1.1.	Задача 1. Повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям											
1.1.1.	Материнская смертность	случаев на 100 тыс. родившихся живыми	18,9	9,6	10,0	10,0	10,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
1.1.2.	Младенческая смертность	случаев на 1000 родившихся живыми	5,8	7,2	7,1	7,0	6,8	6,5	6,3	6,0	6,0	5,8
1.1.3.	Ранняя неонатальная смертность	случаев на 1000 родившихся живыми	1,6	2,4	2,4	2,2	2,2	2,0	2,0	1,8	1,8	1,6
1.1.4.	Смертность детей в возрасте 0–17 лет	случаев на 10 тыс. детей	7,8	9,4	8,0	7,9	7,5	7,4	7,3	7,10	7,0	7,0
1.1.5.	Больничная летальность детей	доля (процент) умерших детей от числа поступивших	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,19	0,18	0,17	0,16
1.2.	Задача 2. Совершенствование оказания амбулаторно-поликлинической помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка											
1.2.1.	Доля беременных женщин, обследованных по новому алгоритму проведения комплексной пренатальной (родородовой) диагностики нарушений развития ребенка, от числа поставленных на учет в первый триместр беременности	процент	66,7	91,2	92,0	92,5	93,0	93,5	94,0	94,5	95,0	95,2

Приложение № 2

к Подпрограмме 4

Мероприятия Подпрограммы 4

№ п/п	Наименование мероприятия	Номер строки целевого показателя, на достижение которого направлено мероприятие
1	2	3
1.	Цель 1. Улучшение состояния здоровья детей и матерей	
1.1.	Задача 1. Повышение доступности и качества медицинской помощи матерям и детям	
1.1.1.	Реструктуризация сети родоопомощительных учреждений первого уровня	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3
1.1.2.	Строительство многопрофильной больницы в городе Нижний Тагил	1.1.4, 1.1.5
1.1.3.	Дооснащение учреждений родоопомощения и детства в соответствии с нормами	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.1.5
1.1.4.	Повышение квалификации медицинского персонала и укомплектованности кадрами	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.1.5
1.1.5.	Внедрение федеральных стандартов, протоколов оказания помощи в службе родоопомощения	1.1.1, 1.1.2
1.1.6.	Проведение перинатального аудита состояния службы родоопомощения и детства в соответствии с графиком	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.1.5
1.1.7.	Ежедневные видеосекторные совещания по актуальным вопросам работы службы родоопомощения и детства, с разбором клинических случаев	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.1.5
1.1.8.	Внедрение семейно-ориентированных технологий в учреждениях родоопомощения	1.1.1, 1.1.2
1.2.	Задача 2. Совершенствование оказания амбулаторно-поликлинической помощи в службе охраны здоровья матери и ребенка	
1.2.1.	Внедрение на территории Свердловской области автоматизированной системы «Программа мониторинга беременных»	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.3.1
1.2.2.	Оптимизация работы службы родоопомощения области по своевременному выявлению врожденных пороков развития	1.2.1
1.2.3.	Дальнейшее развитие и оптимизация неонатальной диагностики, аудиологического скрининга	1.2.2, 1.2.3, 1.4.1
1.2.4.	Внедрение современных технологий безопасного аборта в амбулаторном звене с реструктуризацией коечного фонда для абортов	1.1.1.
1.2.5.	Внедрение автоматизированной системы «Детское питание»	1.1.4
1.3.	Задача 3. Выхаживание детей с экстремально низкой массой тела	
1.3.1.	Дооснащение отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных и отделений патологии новорожденных и недоношенных детей межтерриториальных перинатальных центров, организация дополнительных реанимационных коек для новорожденных (в том числе 6 коек на базе межтерриториального перинатального центра в Ирбитской ЦБ и 8 коек на базе ГБУЗ СО «ОДКБ № 1»)»	1.1.2, 1.1.3, 1.4.1
1.3.2.	Внедрение и совершенствование современных технологий выхаживания новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой	1.1.2, 1.1.3, 1.4.1
1.3.3.	Проведение детям, родившимся с экстремально низкой массой тела, иммунопрофилактики риносинуситальной инфекции	1.1.2, 1.1.3, 1.1.4
1.3.4.	Совершенствование оказания реабилитационной помощи детям	1.4.1
1.4.	Задача 4. Развитие специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи матерям и детям	
1.4.1.	Дальнейшее развитие и оптимизация неонатальной хирургии, в том числе кардиохирургии, нейрохирургии с организацией дополнительных коек на базе областного перинатального центра ГБУЗ СО «ОДКБ № 1», с возможностью хирургического лечения новорожденных в первые часы и дни жизни	1.1.2, 1.1.3, 1.3.1, 1.4.1
1.4.2.	Организация системы оказания специализированной помощи бесплодным супружеским парам, в том числе с использованием высокотехнологичных технологий	1.1.1
1.4.3.	Развитие новых видов специализированной помощи для детей	1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.4.1
1.5.	Задача 5. Совершенствование методов борьбы с вертикальной передачей ВИЧ от матери к плоду	

1.5.1.	Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку с увеличением охвата пар «мать-дети» химиопрофилактикой до 99 процентов к 2020 году	1.5.1
1.6.	Задача 6. Профилактика абортов, развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации	
1.6.1.	Расширение сети клиник, дружественных к молодежи, до 20 к 2020 году	1.6.1
1.6.2.	Доукомплектование всех женских консультаций психологами и социальными работниками	1.6.1
1.6.3.	Дальнейшее развитие центров медико-социальной поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.	1.6.1

Раздел 6. Подпрограмма 5 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям»

Глава 13. Паспорт Подпрограммы 5

Ответственный исполнитель Подпрограммы 5	Министерство здравоохранения Свердловской области
Цель Подпрограммы 5	Снижение уровня инвалидности в детском и трудоспособном возрасте
Задачи Подпрограммы 5	1. Разработка и внедрение новых моделей организации реабилитационного лечения, поддержка и развитие инфраструктуры системы медицинской реабилитации взрослого населения. 2. Разработка и внедрение новых моделей организации реабилитационного лечения, поддержка и развитие инфраструктуры системы медицинской реабилитации детского населения
Целевые индикаторы и показатели Подпрограммы 5	1. Охват реабилитационной медицинской помощью взрослых пациентов (по основным профилям). 2. Охват реабилитационной медицинской помощью детей-инвалидов. 3. Охват санаторно-курортным лечением пациентов, нуждающихся в 3 этапе медицинской реабилитации
Этапы и сроки реализации Подпрограммы 5	Подпрограмма 4 реализуется в два этапа: первый этап: 2013–2015 годы; второй этап: 2016–2020 годы
Объемы финансирования Подпрограммы 5, тыс. рублей	Всего — 5 651 904,1 тыс. рублей (с 2013 по 2020 год), из них: средства федерального бюджета по предварительной оценке: 0; средства консолидированного бюджета Свердловской области по предварительной оценке: 1 326 597,4 тыс. рублей (с 2013 по 2020 год); средства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области по предварительной оценке: 3 619 706,7 тыс. рублей (с 2013 по 2020 год); дополнительная потребность в средствах: 705 600 тыс. рублей; средства юридических лиц по предварительной оценке: 0; средства из иных источников по предварительной оценке: 0
Ожидаемые результаты реализации Подпрограммы 5	1. Увеличение доли взрослых пациентов, охваченных реабилитационной медицинской помощью (по основным профилям), до уровня не менее 25 процентов. 2. Увеличение доли детей-инвалидов, охваченных реабилитационной медицинской помощью, до 85 процентов от числа нуждающихся. 3. Увеличение доступности санаторно-курортного лечения для пациентов, нуждающихся в III этапе реабилитации, — не менее 45 процентов

Глава 14. Характеристика сферы реализации Подпрограммы 5, основные проблемы и прогноз развития

Медицинская реабилитация предусматривает создание системы по формированию, активному сохранению, восстановлению и укреплению здоровья населения, реализацию потенциала здоровья для ведения полноценной производственной, социальной и личной жизни, снижение темпов старения, преждевременной смертности, заболеваемости, инвалидизации населения, увеличение средней продолжительности и качества жизни, а также улучшение демографической ситуации в стране. Проведение реабилитации возможно в амбулаторных и стационарных условиях. При этом медицинская реабилитация должна начинаться уже на этапе госпитализации пациента и продолжаться весь период его лечения в стационаре. После острого периода заболевания и интенсивного курса лечения в стационаре пациенты могут быть переведены в реабилитационные центры, где реабилитационные мероприятия будут продолжены после выписки. По окончании курса реабилитационного лечения в стационаре или реабилитационном центре при необходимости должно быть организовано продолжение реабилитационных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях по месту жительства пациента.

В связи с этим реализация мероприятий по медицинской реабилитации будет включать:

- 1) разработку и внедрение эффективных реабилитационных технологий;
- 2) переназначение медицинских организаций, оказывающих помощь по медицинской реабилитации, современным медицинским оборудованием и аппаратурой для диагностики, терапии и управления реабилитационным процессом;

(Продолжение на 11-й стр.)