

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

УДК 616.036.82(571.63)

Антонюк М.В., заведующая лабораторией восстановительного лечения, д.м.н., профессор;

Кривелевич Е.Б., директор к.м.н., профессор;

Черпак Н.А., старший научный сотрудник Владивостокского филиала Учреждения РАМН Дальневосточного научно-го центра физиологии и патологии дыхания СО РАМН – НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, к.м.н., доцент.

*Владивостокский филиал Учреждения РАМН «Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН – НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения», г. Владивосток
ГУЗ «Приморский краевой медицинский информационно-аналитический центр», г. Владивосток*

Введение

Оптимизация системы эффективного восстановительного лечения относится к числу важнейших социальных задач. Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление нарушенных и компенсацию утраченных функций пораженного органа или системы, поддержание функций организма в процессе завершения острого развившегося патологического процесса, а также предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений поврежденных органов и систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидизации. Приказом Минздравсоцразвития России от 9.03.2007 г. № 156 «О порядке организации медицинской помощи по восстановительной медицине» регламентировано, что медицинская помощь по восстановительной медицине включает: восстановительное лечение больных непосредственно после интенсивного (консервативного, оперативного) лечения острых заболеваний, травм, отравлений; медицинскую реабилитацию больных и инвалидов с последствиями травм, операций, хронических заболеваний; оздоровление лиц групп риска. Осуществляется медицинская помощь по восстановительной медицине с учетом показаний и противопоказаний посредством оценки функциональных резервов организма путем комплексного применения лекарственной и немедикаментозной терапии (лечебной физкультуры, массажа, физио-, психо- и рефлексотерапии, бальнео- и пелоидотерапии).

Принципиальной особенностью восстановительного лечения является преимущественное воздействие на механизмы саногенеза, которыми являются реституция, регенерация и компенсация сниженных или утраченных функций органов и систем [1].

Оказание медицинской помощи по восстановительному лечению основывается на принципах этапности, непрерывности и преемственности между амбулаторно-поликлиническими, стационарными и санаторно-курортными учреждениями. О высокой медицинской и экономической эффективности восстановительного

лечения при различных заболеваниях свидетельствуют многочисленные литературные данные [2-5].

В настоящее время в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 г., утвержденной Постановлением Правительства РФ от 4.10.2010 № 782, мероприятия по восстановительному лечению и реабилитации больных осуществляются в амбулаторных и больничных учреждениях, иных медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, включая центры восстановительной медицины и реабилитации, в том числе детские, а также санатории, в том числе детские и для детей с родителями.

В Приморском крае в рамках Краевой отраслевой программы «Развитие здравоохранения Приморского края на период 2004-2010 гг.» проведена структурная реорганизация здравоохранения с целью оптимизации сети учреждений государственного и муниципального здравоохранения, повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения. Методология реализации программы базировалась на региональном подходе при формировании сети учреждений здравоохранения с многоуровневой организацией медицинского обеспечения и этапности лечения; дифференциации ресурсного обеспечения учреждений здравоохранения с учетом этапности оказания медицинской помощи; распределение медицинских учреждений (коек) по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса.

В настоящей работе представлена оценка организации восстановительного лечения, проводимого в муниципальных и государственных лечебно-профилактических учреждениях Приморского края за период с 2006 по 2010 годы.

Материалы и методы

В работе использованы материалы официальной статистической отчетности за пятилетний период: отчетных форм 30 «Сведения об учреждении здравоохранения», отчетных форм 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах», отчетных форм 12 «Сведе-

ни о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания ЛПУ» (всего 1584). Рассчитаны интенсивные, экстенсивные показатели и показатели соотношения.

Результаты и обсуждение

Главным источником для изучения потребности населения в организации службы восстановительного лечения и медицинской реабилитации больных в условиях стационара и амбулаторно-поликлинических учреждений являются сведения о заболеваемости населения по основным классам и группам болезней (МКБ-10). Анализ заболеваемости населения Приморского края в период с 2006 по 2010 гг. показал стабильную динамику роста во всех возрастных группах. Уровень первичной заболеваемости только за последние три года увеличился на 7,8 % (с 75 932 до 81 868,9 на 100 тыс. населения), показатель общей заболеваемости – на 5,2 % (с 142 708 до 150 158,7 на 100 тыс. населения). В структуре первичной заболеваемости взрослых наибольший удельный вес приходится на болезни органов дыхания (21,5%), травмы и отравления (20,3 %). В структуре общей заболеваемости взрослых ведущая роль принадлежит болезням системы кровообращения (18,9 %), болезням органов дыхания (12,1 %). Настораживает динамика показателей обращаемости жителей Приморского края в ЛПУ по поводу хронических заболеваний (рис.1). Отмечено снижение этого показателя только у детского населения (на 8,46 %), у подростков данный показатель увеличился на 13,5 %, у взрослых – на 8,3 %. Остается высоким показатель смертности населения (14,3 на 1000 нас.). Среди причин смерти лидируют болезни органов кровообращения (55 %), новообразования (15,2 %), внешние причины (11,7 %), болезни органов пищеварения (5,6 %), болезни органов дыхания (4,7%). Незавершенность лечения, отсутствие или недостаточно полно проведенная реабилитация приводят к переходу заболевания в хроническую форму и как следствие к инвалидности и преждевременной смертности.

По данным отечественных и зарубежных специалистов в медицинской реабилитации нуждаются около 23 % всех пациентов стационаров и около 46 % – амбулаторно-поликлинических учреждений [6]. По

данным экспертов ВНИИ им. Н.А. Семашко, занимающихся вопросами организации реабилитации, в восстановительном лечении нуждаются 38,1 % больных в условиях стационара, 93,4% стационарных больных – в амбулаторно-поликлинических условиях, 35,4 % больных – в санаторно-курортном лечении [7]. Расчет объемов медицинской помощи, проведенный в целях повышения структурной эффективности здравоохранения Приморского края, показал, что в восстановительном лечении нуждаются 19,3% больных, при этом на первичном уровне 22%, вторичном уровня – 23%, третичном уровне – 13% [8].

В настоящее время в крае функционирует семь лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) восстановительного лечения стационарного типа. Стационарные лечебно-профилактические учреждения Приморского края преимущественно расположены в рекреационной зоне и активно используют такие методы восстановительного лечения как климатотерапия, бальнеотерапия, а также традиционные методы – физиотерапию, лечебную физкультуру, массаж.

При реализации отраслевой программы изменился коечный фонд ЛПУ. Так, в 2006 году коечный фонд восстановительного лечения насчитывал 640 коек, что составляло 3,5 % от общего коечного фонда ЛПУ края (табл. 1). При этом 64,06 % от этих коек составляли койки восстановительного лечения больных патологией органов дыхания, включая туберкулез; 18,75 % – койки терапевтического профиля; 14,06 % – койки дерматологические и по 1,56 % – койки акушерско-гинекологические и неврологические. За период с 2006 по 2010 год количество коек восстановительного лечения сократилось на 210 (32,82 %) и в 2010 году составило 430. При этом сокращение общего коечного фонда за этот период составило 10,76 %. Изменилась и структура коечного фонда восстановительного лечения: койки для больных патологией органов дыхания составили 48,84 %; койки терапевтические – 26,7 %; дерматологические – 13,95 %; неврологические – 6,98 % и акушерско-гинекологические- 3,49 %. В условиях реорганизации коечного фонда показатели работы коек восстановительного лечения всех профи-

Таблица № 1. Стационарные лечебно-профилактические учреждения восстановительного лечения и их мощность в динамике (Приморский край, 2006-2010 гг)

№ п/п	Тип лечебно-профилактического учреждения	Мощность (койки)					
		2006	2007	2008	2009	2010	изменения
1.	Краевой противотуберкулезный санаторий № 1 «Детство» г. Владивосток	100	100	100	100	-	-100
2.	Санаторий «Волна» для больных патологией органов дыхания, г. Владивосток	100	-	-	-	-	-100
3.	Краевой противотуберкулезный санаторий «Приханкайский», Ханкайский район	100	100	100	100	100	0
4.	Краевой санаторий для больных патологией органов дыхания № 3 «Айболит», г. Арсеньев	110	110	110	110	110	0
5.	ГУЗ «Краевая больница восстановительного лечения «Светлаяровка» терапевтические койки, Черниговский р-он	50	50	50	50	50	0
6.	ГУЗ «Приморская краевая больница восстановительного лечения «Евгеньевская» койки восстановительного лечения для взрослых, Ольгинский р-он	60	60	60	60	50	-10
7.	ГУЗ «Приморская краевая специализированная больница «Чистоводное», Лазовский р-он:						
	койки терапевтические	10	10	10	10	15	+5
	гинекологические	10	10	10	10	15	+5
	неврологические	10	10	10	10	30	+20
	дерматовенерологические	90	90	90	90	60	-30
ИТОГО		640	420	540	540	430	- 210

лей были оптимальными (от 262 до 358 при обороте коек от 11 до 20). Причем за пятилетний период отмечена положительная динамика работы коек во всех семи ЛПУ восстановительного лечения. Койки неврологического профиля работали со значительной перегрузкой, показатели их работы более чем в два раза превышали нормативные значения, что не могло не отразиться на условиях пребывания и эффективности лечения.

Амбулаторно-поликлинические учреждения восстановительного лечения Приморского края представлены двумя учреждениями (табл. 2):

- ГУЗ «Приморский краевой центр реабилитации слуха» мощностью 36 посещений в смену;
- ГУЗ «Краевой центр восстановительной медицины и реабилитации» мощностью 113 посещений в смену.

Оценивая деятельность ГУЗ «Приморский краевой центр реабилитации слуха» следует отметить значительное снижение показателей его работы. Так, общее количество посещений в 2010 г. по сравнению со значениями 2006 г. сократилось на 38,47 %, в основном за счет сокращения посещений к сурдологам-оторингологам (сокращение посещений составило 65,5 %). Отмечено незначительное увеличение посещений к сурдологам-протезистам (на 6,2 %). Эту ситуацию можно объяснить фактом открытия частных ЛПУ данного профиля на территории Приморского края, которые стали конкурентами этому учреждению.

ГУЗ «Краевой центр восстановительной медицины и реабилитации» при мощности 113 посещений в сме-

ну на протяжении многих лет выполнял план посещений и был единственным лечебно-профилактическим учреждением Приморского края, где оказывалась реабилитационная помощь детям больным детским церебральным параличом (ДЦП). В 2010 году общее количество посещений сократилось на 15,84 % от показателя 2006 года, в основном за счет посещений к таким специалистам, как рефлексотерапевт, врач функциональной диагностики, невролог, отоларинголог. Отмечено значительное увеличение показателя посещений к таким специалистам как травматолог-ортопед (37,1%), врач мануальной терапии (20,97 %), физиотерапевт (13,5%).

Отделения восстановительного лечения (далее ОВЛ) в составе ЛПУ являются теми структурными подразделениями, где восстановительное лечение – интегральная составляющая лечебного процесса. Лечебно-профилактические учреждения, имеющие в своем составе ОВЛ, в разные годы составляли от 12,4 до 15,7 % от общего числа лечебно-профилактических учреждений (табл. 3). Необходимо отметить, что процент амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих ОВЛ, почти в пять раз выше (от 26,3 до 35,3 % в разные годы) чем больничных, имеющих в своем составе ОВЛ (от 5,3 до 5,9%). При общем сокращении ЛПУ как амбулаторно-поликлинического, так и стационарного типа, количество учреждений, имеющих в своем составе ОВЛ, увеличилось на 3,3 % по сравнению с показателями 2006 года. Оценить работу ОВЛ по отчетным и учетным формам, которые используют в настоящее

Таблица 2. Амбулаторно-поликлинические учреждения восстановительного лечения Приморского края, динамика посещений (2006 – 2010 гг.)

№ п/п	Учреждение и профили специалистов	2006	2007	2008	2009	2010	изменения
1.	ГУЗ «Приморский краевой центр реабилитации слуха» -сурдологи-отоларингологи -сурдологи-протезисты -посещений всего	16782 3132 19914	13585 5427 19012	13488 4390 17878	7116 6902 14018	5797 6457 12254	-10985 +3325 -7660
2.	ГУЗ «Краевой центр восстановительной медицины и реабилитации» -аллерголог-иммунолог -физиотерапевт -врач ЛФК -травматолог-ортопед -врач мануальной терапии -педиатр -офтальмолог -отоларинголог -невролог -психиатр детский -психотерапевт -рефлексотерапевт -врач функциональной диагностики -посещений всего	95 7596 4919 1783 1192 2423 434 2040 5737 1641 468 3263 2462 34053	331 8150 5445 3922 1490 2123 521 1349 7697 1498 - 3787 2186 38499	90 8831 5274 3475 1617 2550 691 1238 6653 755 - 4226 2857 38257	- 8778 5238 3156 1634 2623 784 1938 6290 891 - 4814 2474 38620	- 8618 4966 2444 1442 3084 576 1552 5038 1285 - 4160 1678 33165	-95 +1022 +47 +661 +250 +661 +142 -488 -699 -356 -468 -897 -784 -888
ИТОГО		53967	57511	56135	52638	45419	-8548

Таблица 3. Отделения (кабинеты) восстановительного лечения в составе лечебно-профилактических учреждений (только юридические лица) (2006-2010 гг.).

№ п/п		2006			2007			2008			2009			2010			изменения		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.	Амбулаторно-поликлинические учреждения	38	10	26,3	37	10	27,02	37	10	27,02	38	11	28,9	34	12	35,3	-4	+2	+9
2.	Больничные учреждения	75	4	5,3	72	4	5,6	72	3	4,2	70	5	7,1	68	4	5,9	-7	0	+0,6
Всего		113	14	12,4	109	14	12,8	109	13	11,9	108	16	14,8	16	15,7	-11	+2	+3,3	

Примечание: 1 – лечебно-профилактические учреждения данного типа (только юридические лица); 2 – отделения восстановительного лечения; 3 – доля (%) лечебно-профилактических учреждений, где есть ОВЛ.

время в своей работе ЛПУ весьма проблематично, так как лечебно-диагностическая цель посещения не дифференцирована на лечение интенсивное и восстановительное.

Врачебные кадры по восстановительной медицине представляют собой довольно разнообразный перечень специалистов, к которому следует отнести врачей, работающих в ЛПУ восстановительного лечения, но по номенклатуре специальностей не относящихся к восстановительной медицине (неврологи, терапевты, дерматологи, психотерапевты, сурдологи, травматологи), а также врачей восстановительной медицины, к которым относят врачей ЛФК, врачей физиотерапевтов и врачей мануальной терапии. Представленные в таблице 4 данные иллюстрируют динамику количественных показателей, характеризующих врачебные кадры только специальностей восстановительной медицины Приморского края за период с 2006 по 2010 год. Оценивая представленные показатели, следует отметить, что обеспеченность (на 10 000 населения) врачами данных профилей уменьшилась на 11,6 % и составила в 2010 году 0,62. Укомплектованность по занятым ставкам уменьшилась на 1,7 % и составила 84,6 при коэффициенте совместительства 1,6. Наиболее существенные негативные изменения показателя отмечены для врачей ЛФК и врачей мануальной терапии.

Заключение

Обобщая результаты проведенного анализа можно сказать, что восстановительное лечение в муниципальных и государственных лечебно-профилактических учреждениях Приморского края оказывается как интегральная часть общего лечебного процесса, так и как специализированная медицинская помощь. Реорганизация коечного фонда ЛПУ края способствовала повышению эффективности использования ресурсов. Однако, стабильный рост заболеваемости за пятилетний период, а также повышение числа обращений по поводу хронических заболеваний, свидетельствует о незавершенности лечения, отсутствие или недостаточно полноценной реабилитации больных. Известно, что своевременно проведенное восстановительное лечение способно завершить патологический процесс позитивно, предупредить переход его в хроническую форму, при хронической патологии – на длительный срок отодвинуть рецидив, добиться стойкой ремиссии, предупредить выход больного на инвалидность [9].

Существенный вклад в оздоровление населения, проведение лечебно-профилактических меро-

приятий по сохранению и восстановлению здоровья могут вносить санатории-профилактории, оздоровительные центры. Экономические преобразования в России поставили в тяжелейшие условия оздоровительные и санаторно-курортные учреждения, часть из которых свернула свою деятельность и законсервировала объекты, некоторые проданы коммерческим структурам и перепрофилированы под гостиницы, учреждения бизнеса, развлечений. К сожалению, при оказании медицинской помощи по восстановительной медицине нарушен принцип этапности и преемственности между амбулаторно-поликлиническими, стационарными и санаторно-курортными учреждениями. В настоящее время восстановительное лечение на санаторно-курортном этапе не гарантировано государством и осуществляется преимущественно за счет средств граждан.

Приморский край обладает значительным потенциалом рекреационных ресурсов, превышающие потребности нуждающихся в реабилитации жителей [10]. Доказана высокая терапевтическая эффективность применения минеральных вод, лечебных грязей Дальнего Востока, расширены показания к их применению, разработаны дифференцированные методики, изучена возможность эффективного использования экстрактов грязи, препаратов, полученных на основе пелоидов [11]. Это обуславливает целесообразность более широкого применения природных лечебных факторов в общей системе профилактики и реабилитации при хронических неинфекционных социально значимых заболеваниях.

Отмеченные негативные тенденции в показателях, характеризующих состояние восстановительной медицины края, к сожалению, характерны и для медицины в целом. Концепция развития восстановительной медицины в системе медицинской науки и практического здравоохранения сформулировала новую философию сбережения здоровья как систему профилактического направления, формирования, активного сохранения и восстановления функциональных резервов организма человека, обеспечивающих реализацию потенциала здоровья для ведения полноценной социальной и личной жизни, снижение заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности населения. Декларированные позиции могут быть реализованы только при условии доступности всех видов и этапов медицинской помощи, включая восстановительное лечение

Таблица 4. Динамика количественных показателей, характеризующих врачебные кадры восстановительной медицины Приморского края (2006-2010гг)

№ п/п	Врачи восстановительной медицины	2006			2007			2008			2009			2010			изменение показателя (%)		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	Всего	0,69	86,3	1,6	0,68	85,5	1,59	0,62	88,8	1,66	0,62	87,8	1,62	0,62	84,6	1,6	-11,6	1,7 (-)	0
2	Врачи ЛФК	0,19	83,3	1,59	0,17	78,3	1,54	0,16	87,7	1,73	0,17	84,6	1,6	0,17	80,6	1,59	-10,5	1,6 (+)	0,07 (-)
3	Врачи физиотерапевты	0,47	87,4	1,67	0,48	88,3	1,63	0,44	89,0	1,62	0,44	90,0	1,63	0,43	86,7	1,6	-6,4	2,9 (+)	0,04 (-)
4	Врачи мануальной терапии	-	87,5	1,17		71,4	1,2		100	2,0		50	2,0		66,7	2,0		-42,9	70,9 (+)

Примечание: 1- обеспеченность врачами на 10 000 населения; 2- укомплектованность по занятым ставкам (%); 3- коэффициент совместительства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Природные лечебные факторы: основы курортологии. Руководство /Под ред. Е.М. Иванова, М.В. Антонюк. – Владивосток, : Изд-во Дальневост. ун-та, 2007. – 301 с.
2. Кузьмин Ю.Ф., Фарберов В.Н., Аретинский В.Б. //Общественное здоровье и здравоохранение. – 2007. – № 3 – С.44-46.
3. Кузьмин Ю.Ф., Фарберов В.Н., Аретинский В.Б. // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2007. – № 4. – С. 61-63.
4. Макарова Л.Г., Сабиров Л.Ф. // Общественное здоровье и здравоохранение». – 2006. – № 2-4. 2006. – С. 34-36.
5. Тихомирова Г.И., Молчанова Л.Ф. // Общественное здоровье и здравоохранение.– 2009. – № 4. – С. 29-33.
6. Прилипко Н.С., Большакова Т.М. // Вест. восстановительной медицины. 2010. – № 4. – С. 2-4.
7. Стоногина В.П., Федорова Э.Г. Организация и оценка эффективности медицинской реабилитации: лекция. М.: ЦОЛИУВ, 1986. 20 с.
8. Кривелевич Е.Б., Черпак Н.А., Панасенко И.Г. Расчет объемов медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий оказания населению Приморского края бесплатной медицинской помощи в рамках повышения структурной эффективности здравоохранения: методические указания. – Владивосток, 2005. – 22 с.
9. Иванов Е.М. Актуальные вопросы восстановительной медицины Приморского края. Владивосток: Изд. ДВГАЭУ, 2001. – 204 с.
10. Иванов Е.М., Антонюк М.В. Природные ресурсы юга Дальнего Востока в профилактике и восстановительном лечении // Бюл. СО РАМН. – 2010. Т.30, № 1. – С. 24-30.
11. Перспективность лечебно-профилактического применения Мелководненской сульфидной иловой грязи /Е.М. Иванов, М.В. Антонюк, Т.А. Гвозденко, Б.И. Челнокова, С.Ю. Слюсаренко // Здоровье семьи – XXI век: материалы XII Международной научной конференции; Онкология – XXI век: материалы III Международной научной конференции (Эйлат, Израиль, 29 апреля – 7 мая 2008 г.). Ч. I. Пермь: Изд-во ПОНИЦАА, 2008. – С. 300-301.

Резюме. В работе представлены данные анализа организации восстановительного лечения, которое оказывали муниципальные и государственные лечебно-профилактические учреждения Приморского края в период с 2006 по 2010 год. Анализ выполнялся по четырем направлениям: 1- стационарные лечебно-поликлинические учреждения восстановительного лечения и их работа; 2- амбулаторно-поликлинические ЛПУ восстановительного лечения и их работа; 3- отделения восстановительного лечения (ОВЛ) в составе ЛПУ; 4-динамика показателей кадрового обеспечения восстановительной медицины. Результаты свидетельствуют о наличии таких проблем, как снижение доступности медицинской помощи по восстановительному лечению, как стационарной, так и амбулаторно-поликлинической за счет уменьшения количества ЛПУ восстановительного лечения, недостаточной укомплектованности штатов специалистами восстановительной медицины. Недостаточно используются природно-климатические ресурсы Приморского края в восстановительном лечении.

Ключевые слова: заболеваемость, восстановительное лечение, потребность

Abstract. This article represents analysis of the state of carrying out medical rehabilitation, which was taken by municipal and government medical and preventive institutions in Primorsky Krai during 2006-2010 years. The analysis was made in four directions: 1. in-patient medical-clinical institutions of medical rehabilitation and their work; 2. outpatient-clinical medical and preventive institutions of medical rehabilitation and their work; 3. departments of medical rehabilitation as parts of medical and preventive institutions; 4. peopleware index of rehabilitation medicine movement. Results indicate such problems as decrease accessibility of medical treatment in the field of rehabilitation treatment both in-patient treatment and outpatient-clinical treatment, because of reduction the number of medical and preventive institutions of medical rehabilitation, not enough specialists in the rehabilitation medicine. Natural climatic resources of Primorsky Krai is using not enough in the rehabilitation medicine.

Keywords: morbidity, medical rehabilitation, necessity

КОНТАКТЫ

Антонюк Марина Владимировна.

Служебный адрес 690105, г. Владивосток - 105, ул. Русская, 73 г;
тел.: (4232) 2345-502, факс: (4232) 2345-502.

E-mail: antonyukm@mail.ru

Кривелевич Евсей Бенцианович.

Служебный адрес: 690000, г. Владивосток, ул. Ладо, 9,
тел. (4232) 222-82-86.

Черпак Наталья Анатольевна.

Служебный адрес: 690105, г. Владивосток - 105, ул. Русская, 73 г;
тел.: (4232) 2345-502, факс: (4232) 345-502.

E-mail: mancher@list.ru