

*ДИСКУССИИ*

© Емельянов Д.Н.  
УДК 614.2

**ТРИЛЕММА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА К ИННОВАЦИОННОМУ РАЗВИТИЮ ЭКОНОМИКИ**

*Д.Н. Емельянов*

Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова, ул. Высоковольтная, 9,  
390026, г. Рязань, Российская Федерация

**Финансирование медицинских учреждений, по мнению автора, должно вестись непосредственно из ФОМС (без участия посредников), а сверхнормативные расходы должно брать на себя государство при определенных, но ограниченных и четко регламентированных, соплатежах населения, которые можно ввести лишь при параллельном создании системы льготного медицинского кредитования. Сравнительный опыт моделей здравоохранения развитых стран показывает, что бюджетная модель при эффективной организации дела обходится дешевле реальной конкурентно-страховой модели в силу отсутствия в ней частного интереса максимизации прибыли. Анализ опыта других стран показывает, что вложения в здравоохранение – это инвестиции в эффективный человеческий капитал, без которого невозможно дальнейшее развитие России в рамках инновационной модели развития. Поэтому нормальное государство должно гарантировать всему населению доступность медицинской помощи.**

*Ключевые слова: источники финансирования здравоохранения, инвестиции в развитие человеческого капитала, оптимальная модель финансирования медицинской помощи.*

---

**TRILEMMA OF HEALTH FINANCING IN THE TRANSITION TO INNOVATIVE  
DEVELOPMENT OF ECONOMY**

*D.N. Emelyanov*

Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov,  
Visocovoltnaya str., 9, 390026, Ryazan, Russian Federation

**The Financing of health care, according to the author, should be carried out directly from Compulsory Health Insurance Fund (without the involvement of intermediaries), and government must pay above-standard costs. This system allows for co-payments of the population («out-of-pocket»), but they should be limited and clearly defined. At the same time government must contribute to the parallel creation of preferential lending medical service. Comparative experience of health care models of developed countries shows that the budget model with the efficient organization of medical aid is cheaper than real competitive insurance model because of the lack of private interest of profit maximization in the budget model. Analysis of the experience of other countries shows that investments in health are investments in efficient human capital, which is essential to the further devel-**

**opment of Russia in the framework of an innovative model of development. Therefore, the normal government must guarantee the entire population access to quality health care.**

*Keywords: health financing sources, investments in the development of human capital, the optimum model of financing health care.*

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что в последние годы стала очевидной несостоятельность прежней экспортно-сырьевой модели российской экономики. Начавшийся системный кризис, сопровождающийся нарастающим бюджетным дефицитом, необходимость скорейшего перехода к инновационному развитию экономики остро поставили вопрос о необходимых объемах и источниках финансирования здравоохранения как инвестиций в развитие человеческого капитала – главного двигателя экономики знаний.

Целью работы является попытка теоретического обоснования оптимальной модели финансирования медицинской помощи в России на основании критического анализа ее опыта и опыта других стран.

В мировой экономической мысли вопрос финансирования здравоохранения до сих пор является дискуссионным, хотя обсуждается уже много лет. Это связано с тем, что рынок медицинских услуг обладает целым набором специфических особенностей, не позволяющих оставлять его полностью на произвол рыночной стихии. К таковым можно отнести следующие особенности. Во-первых, здоровье населения – это общественное благо – важнейший элемент человеческого капитала, что требует значительного участия государства в его финансировании при любой избранной модели организации медицинской помощи. Во-вторых, спрос на этом рынке очень неэластичен, то есть больные люди нуждаются в лечении независимо от своих финансовых возможностей. В-третьих, производимый на этом рынке «товар» имеет очень дифференцированный характер, поскольку, несмотря на одинаковые болезни, люди переносят их по-разному, что требует индивидуального лечения для каждого человека; из этого

вытекают проблемы стандартизации медицинской деятельности. В-четвертых, на этом рынке высок уровень асимметрии информации, когда пациент точно не знает, какое именно лечение для него оптимально, что создает потенциальные возможности для удорожания лечения в силу финансовых интересов медицинских структур и врачей. В-пятых, этот рынок испытывает сильные сезонные колебания по многим видам болезней. В-шестых, доступ на рынок новых медицинских организаций и работников достаточно затруднен лицензированием, сертификацией, высокой стоимостью получения медицинского образования и т.п. Кроме того, в ряде случаев на региональном уровне наблюдается монополизация медицинских услуг единственными учреждениями здравоохранения с вытекающими из этого отрицательными последствиями.

Трилемма финансирования здравоохранения России в условиях разрастающегося дефицита федерального бюджета, который, видимо, примет в ближайшие годы хронический характер, сводится к поиску оптимального сочетания разных источников финансирования этой отрасли экономики: 1. прямой оплаты населением медицинских услуг с использованием добровольного частного медицинского страхования; 2. прямого бюджетного финансирования; 3. обязательного медицинского страхования всех граждан страны при активной финансовой поддержке государства (смешанные источники финансирования). Опыт стран мира иллюстрирует наличие разных моделей организации здравоохранения с разными источниками его финансирования. Так, организация здравоохранения в США характеризуется преобладанием частного рынка медицинских услуг и системой частного ме-

дицинского страхования, которые дополняются государственными программами медицинского обслуживания бедного населения "Medicaid" и пенсионеров "Medicare". Неэффективность этой модели убедительно иллюстрирует составляемый ежегодно агентством Bloomberg на основании данных ВОЗ рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения, в котором эта страна заняла в 2015 году лишь 50-е место, имея самый высокий в мире удельный вес (17,1 %) общих расходов на медицину в ВВП. Страны с прямым бюджетным финансированием занимают видное место в первой половине списка: Испания (4 место – 8,9% ВВП), Италия (6 место – 9,1 % ВВП), Швеция (13 место – 9,7% ВВП), Норвегия (16 место – 9,6% ВВП). Великобритания (17 место – 9,1% ВВП), Греция (30 место – 9,8% ВВП). Они в этой части рейтинга перемежаются со странами, характеризующимися смешанными источниками финансирования здравоохранения (обязательное страхование и государственная поддержка): Израиль (3 место – 7,2% ВВП), Австралия (8 место – 9,4% ВВП), Япония (7 место – 10,3% ВВП), Швейцария (11 место – 11,5% ВВП), Франция (18 место – 11,7% ВВП), Финляндия (21 место – 9,4% ВВП), Канада (24 место – 10,9% ВВП). Если не вникать в тонкости организации систем здравоохранения стран-карликов типа Гонконга и Сингапура, легко заметить, что именно страны с активным участием государства в финансировании здравоохранения и эффективной системой обязательного медицинского страхования, дополняемого государственной поддержкой, имеют лучшие показатели эффективности здравоохранения при достаточно высокой (9-12%) доле общих расходов на медицину в ВВП [1]. Причем доля государственных расходов в общем финансировании здравоохранения в этих странах обычно превышает 7% ВВП при рекомендации ВОЗ – не менее 5-6%. Успешные места, полученные в этом рейтинге рядом развивающихся стран (ОАЭ, Саудовская

Аравия, Ливия, Мексика, Малайзия, Китай, Венесуэла, Перу, Доминиканская республика, Иран, Колумбия, Алжир), при относительно невысокой доле расходов на финансирование здравоохранения в ВВП (3,2-6,8%), как правило, обусловлены более молодой, следовательно, более здоровой, структурой населения.

Россия с общими расходами на медицину - 6,55% ВВП, из которых лишь 3,7% составляют расходы государства, оказалась на предпоследнем, 54-м, месте, хотя годом ранее была еще на 51-м месте [2]. По данным исследования, проведенного научно-исследовательским финансовым институтом (НИФИ) Минфина, страховая часть в ОМС, включая и поддержку государства, покрывают лишь 50-70% всех расходов, а доля собственных платежей населения (30-50%) выше, чем в странах ЕС (примерно 25%) со схожими с РФ системами здравоохранения [3]. В результате проводимого сокращения государственного финансирования только за 2014 год объем платных медицинских услуг вырос почти на четверть. Счетная палата на основании проведенной в 2015 году проверки констатировала, что это свидетельствует о серьезном снижении доступности бесплатной медицинской помощи и замещении ее платной в условиях снижения доходов населения. Причем, если в системе медицинского страхования стран ЕС пациенты получают лекарства практически бесплатно, то в России  $\frac{3}{4}$  этих расходов несет население. В 2016 году на эту сферу в нашей стране выделяется на 20% средств меньше, чем в 2013 году в сопоставимых ценах, с учетом инфляции и девальвации рубля. Социологические опросы, проведенные НИУ ВШЭ еще в 2013-14 гг., показали, что 80% населения считают, что в случае необходимости они не смогут получить бесплатную медицинскую помощь в нужном объеме [4].

Возвращаясь к анализу рейтинга стран мира по эффективности систем здравоохранения, составляемого агентством Bloomberg, следует заметить, что не

наблюдается прямой функциональной зависимости между общими или государственными расходами на здравоохранение и получаемыми результатами, что говорит о том, что эти средства можно использовать более или менее эффективно. Применение смешанных моделей здравоохранения, как правило, сопровождается более высоким удельным весом (более 10% ВВП) общих расходов на него в ВВП. Частный рынок медицинских услуг с системой добровольного медицинского страхования оказывается самым дорогим для населения при весьма неопределенных результатах, поскольку в любой рыночной среде главной целью является максимизация прибыли. Это в свою очередь ведет к завышению цен на медицинские услуги в условиях очень низкоэластичного спроса на них, навязыванию лишних медицинских процедур (анализов, дополнительных осмотров, консультаций специалистов, операций и т.п.), постановке ложных диагнозов несуществующих болезней, что вполне возможно в условиях высокого уровня «асимметрии информации» в отношениях между врачом и пациентом. Затрудненный доступ на рынок медицинских услуг сдерживает развитие конкуренции и чреват сговорами с целью навязывания лишних услуг и завышения цен.

В настоящее время в России существует весьма специфическая смешанная модель финансирования здравоохранения, при которой ущербная и дефицитная страховая медицина при постоянно сокращающейся государственной поддержке сочетается с вынужденно быстро растущей платной медициной. Причем государство намерено перевести медицину полностью на одноканальное финансирование только из ФОМС [5, с.3]. Основных причин дефицитности у псевдостраховой российской медицины три и все они специфичны для нашей страны: первая – быстро стареющее и достаточно большое по многим причинам и характеристикам население, требующее выделения больших средств на свое лечение; вторая – зани-

женная в 2-3 раза оплата труда в экономике, от величины которой и взимаются страховые взносы в ФОМС; третья – отсутствие возможности обеспечить достаточную в условиях высокой инфляции доходность привлекаемых страховыми компаниями средств. Резервы минимизации действия этих причин весьма скромны. Ситуацию может немного улучшить пропаганда здорового образа жизни. Что же касается оплаты труда, то все ближайшие годы едва ли стоит ожидать ее роста; скорее всего, она будет даже снижаться, во всяком случае, в реальном выражении. Нет никаких оснований думать, что откроются серьезные возможности повысить доходность привлекаемых в ФОМС средств в условиях высокой инфляции.

Опыт работы частных страховых компаний, являющихся посредниками между ФОМС и медицинскими учреждениями, в целом, на наш взгляд, отрицательный. Во-первых, как констатировала по итогам своей проверки ФАС, за все прошедшие четверть века так и не были определены четкие критерии оценки качества работы медиков [6, с.11], что породило большой субъективизм в деятельности страховых компаний; за одни и те же результаты работы они могут штрафовать или не штрафовать, что расширяет коррупционное поле в их деятельности. Во-вторых, когда государство попыталось активизировать роль страховых компаний, передав им часть финансовых рисков при оказании гражданам медицинской помощи, позволив им контролировать качество медучреждений, получать 10% от сэкономленных средств ФОМС и более высокие отчисления от штрафных санкций, выставляемых медицинским учреждениям, это сразу негативно сказалось на работе последних. Они пошли легким путем – усилили контроль лишь с формальной точки зрения – качества заполняемых документов, что лишь увеличило бюрократизацию в деятельности медицинских учреждений, отнимая время на работу с больными; страховые компании в массо-

вом порядке стали недоплачивать медучреждениям, штрафуюя их по реальным и фиктивным поводам, лишая медицинские учреждения части необходимого финансирования [7, с.88]. В-третьих, коммерческий по сути страховой бизнес в данном случае просто «снимает маржу» со средств ФОМС, занимаясь безрисковым посредничеством, сводящимся к проверке правильности оформления документов и выборочной экспертизе медицинской помощи, то есть по сути является паразитическим звеном в системе медицинской помощи. Поэтому в условиях усиливающегося, практически обвального, сокращения финансирования здравоохранения, на наш взгляд, следует признать нецелесообразность существования этого промежуточного звена. Контроль качества работы медицинских работников вполне можно передать Росздравнадзору, Роспотребнадзору и Федеральной антимонопольной службе, расширив их функции и активизировав их деятельность. Однако проблема состоит в том, что посреднический псевдо-страховой бизнес имеет сильные лоббистские позиции во власти, что показала дискуссия и ее результаты перед принятием нового закона об обязательном медицинском страховании в 2010 году.

### Литература

1. Савченко В. Рейтинги эффективности систем здравоохранения от агентства Bloomberg [Электр. ресурс]. 31.12.2015. Режим доступа: <http://trigger.in.ua/analitika/rejtingi-effektivnosti-sistem-zdrav.html>
2. Рейтинг стран мира по уровню здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://nonews.co/directory/lists/countries/health>
3. Мануйлова А., Бутрин Д. Придется копить и на таблетки [Электр. ресурс] // Коммерсантъ 03.11.15. Режим доступа: <http://www.kommersant.ru/doc/2846001>

Выбор Россией, начиная с 90-х гг. XX века, неадекватной многим характеристикам страны модели финансирования здравоохранения, видимо, был пролоббирован заинтересованными в этом структурами, которые и сейчас продолжают отстаивать эту модель, приведшую к резкому росту платных медицинских услуг.

### Заключение

Финансирование медицинских учреждений, на наш взгляд, должно вестись непосредственно из ФОМС (без участия посредников), а сверхнормативные расходы должно брать на себя государство при определенных, ограниченных и регламентированных соплатежах населения, которые можно ввести при параллельном создании системы льготного медицинского кредитования. Сравнительный опыт моделей здравоохранения развитых стран показывает, что бюджетная модель при эффективной организации дела обходится дешевле реальной конкурентно-страховой модели в силу отсутствия частного интереса максимизации прибыли. Вложения в здравоохранение – инвестиции в эффективный человеческий капитал, без которого невозможно дальнейшее развитие России в рамках инновационной модели развития. Поэтому нормальное государство должно гарантировать всему населению доступность медицинской помощи.

*Конфликт интересов отсутствует.*

4. Кочкина Н. Н., Красильникова М. Д., Шишкин С. В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения [Электр. ресурс]: препринт WP8/2015/03. М.: Изд. дом ВШ экономики, 2015. Режим доступа: [https://www.hse.ru/data/2015/06/01/1097830961/WP8\\_2015\\_03\\_fff.pdf](https://www.hse.ru/data/2015/06/01/1097830961/WP8_2015_03_fff.pdf)
5. Артемьева Г.Б., Гехт И.А. Методические подходы к оплате медицинских услуг при одноканальном финансировании в системе обязательного медицинского страхования: методические рекомендации. Рязань: РИО РязГМУ, 2011. 12с.

6. Успенская И.В. Стоимость медицинской помощи в системе ОМС: учебно-методическое пособие. Рязань: РИО РязГМУ, 2012. 100 с.
7. Медведева О.В., Сычев М.А., Афонина Н.А., Макарова Т.И., Чварева Н.В. Охрана здоровья и медицинское страхование в Российской Федерации: учебное пособие для студентов лечебного факультета. Рязань: РИО РязГМУ, 2012. 92 с.

### References

1. Savchenko V. *Rejtingi ehffektivnosti sistem zdravoohraneniya ot agentstva Bloomberg* [Elektr. resurs] [Efficiency ratings of health systems by the Bloomberg] [Electronic resource]. 31.12.2015. Available at: <http://trigger.in.ua/analitika/rejtingi-effektivnosti-sistem-zdrav.html> (in Russian)
2. *Rejting stran mira po urovnyu zdravoohraneniya* [Elektronnyj resurs] [Ranking of countries of the world by level of the health] [Electr. resource]. Available at: <http://nonews.co/directory/lists/countries/health> (in Russian)
3. Manujlova A, Butrin D. Pridetsya kopit' i na tabletki [Elektronnyj resurs] [It is necessary to save for the tablets] [Electr. resource]. *Kommersant* [Merchant]. 03.11.15. Available at: <http://www.kommersant.ru/doc/2846001> (in Russian)
4. Kochkina NN, Krasil'nikova MD, Shishkin SV. *Dostupnost' i kachestvo medicinskoj pomoshchi v ocenkah naseleniya: preprint WP8/2015/03* [Electronic resource] [The availability and quality of medical care in the population estimates: preprint WP8/2015/03] [Electronic resource]. М.: Publish. House of the Higher School of Economics, 2015. Available at: [https://www.hse.ru/data/2015/06/01/1097830961/WP8\\_2015\\_03\\_fff.pdf](https://www.hse.ru/data/2015/06/01/1097830961/WP8_2015_03_fff.pdf) (in Russian)
5. Artem'eva GB, Gekht IA. *Metodicheskie podhody k oplate medicinskih uslug pri odnokanal'nom finansirovanii v sisteme obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya: metodicheskie rekomendacii* [Methodological approaches to the payment of medical services in the single-channel financing of the mandatory health insurance system: guidelines]. Ryazan': Publishing department of RSMU; 2011. 12 p. (in Russian)
6. Uspenskaya IV. *Stoimost' medicinskoj pomoshchi v sisteme OMS: uchebno-metodicheskoe posobie* [The cost of medical care in the CHI system: a teaching aid]. Ryazan': Publishing department of RSMU; 2012. 100 p. (in Russian)
7. Medvedeva OV, Sychev MA, Afonina NA, Makarova TI, Chvareva NV. *Ohrana zdorov'ya i medicinskoe strahovanie v Rossijskoj Federacii: uchebnoe posobie dlya studentov lechebnogo fakul'teta* [Health and medical insurance in the Russian Federation: a textbook for students of healing faculty]. Ryazan': Publishing department of RSMU; 2012. 92 p. (in Russian)

---

Емельянов Д.Н. – к.экон.н., доцент кафедры экономики и права ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: emelyanov62@yandex.ru

**АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ**

Абрамец И.И.	21	Мусанатов М.А.	58
Авгонов У.М.	101	Назаров Е.А.	92
Анварова Ш.С.	107	Натальский А.А.	86
Арапова А.И.	13	Никифоров А.А.	86
Богомоллов А.Ю.	86	Павлов А.В.	6
Веснов И.Г.	92	Павлова Т.В.	73
Воцинина Н.А.	117	Пилькевич Н.Б.	73
Гаибов А.Д.	107	Подоль С.Р.	45
Гудков Р.А.	144	Попова З.И.	45
Гульмуратов Т.Г.	101, 107	Прошляков В.Д.	117
Евдокимов Д.В.	21	Пшенников А.С.	79
Емельянов Д.Н.	153	Разводский Ю.Е.	64
Зайка Т.О.	21	Рахмаев Т.С.	86
Зайцев О.В.	86	Рудакова И.Н.	79
Зотов П.Б.	64	Садриев О.Н.	101, 107
Исаков С.А.	79	Серов Д.В.	31
Кадыкова О.А.	86	Соколова С.Н.	86
Калинин Р.Е.	79	Сомкина О.Ю.	137
Коновалов О.Е.	144	Сучков И.А.	79
Котляров С.Н.	127	Тарасенко С.В.	86
Красильникова О.Н.	38	Тимофеев В.Е.	6
Кузьманин С.А.	92	Трофимова О.А.	73
Лапкин М.М.	117	Филиппова М.Д.	137
Лорина Л.В.	58	Фомина М.А.	13
Лукашук А.В.	137	Шоев Ф.С.	101
Мазикин И.М.	117	Щербакова О.Н.	51
Максимова Е.С.	86		

## К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Научные статьи, публикуемые в журнале «Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова», отражают круг интересов в области медицины и биологии.

В журнале имеется рубрикация по следующим направлениям:

- Биология и генетика
- Морфология и патологическая анатомия
- Биохимия, физиология, биофизика, патологическая физиология
- Микробиология, иммунология, инфекционные болезни
- Фармакология, клиническая фармакология
- Гигиена, экология, эпидемиология, организация здравоохранения, история медицины
- Внутренние болезни
- Эндокринология
- Дерматовенерология
- Неврология, психиатрия, наркология, клиническая психология
- Педиатрия
- Хирургия
- Клиническая и экспериментальная онкология
- Офтальмология
- ЛОР-болезни
- Стоматология
- Восстановительная медицина, физическое воспитание, лечебная физкультура и врачебный контроль
- Акушерство и гинекология
- Фармацевтические науки

В журнале могут быть опубликованы оригинальные исследования, новые методы исследования, обзоры и дискуссии, а также случаи из практики и хроники.

Все статьи, представляемые к публикации, рецензируются в обязательном порядке.

Редакция журнала «Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова» предъявляет следующие требования к оформлению статей и других материалов, представляемых для публикации:

1. *Статья должна иметь визу руководителя и **направление** учреждения (с круглой печатью), а в необходимых случаях – акт экспертизы (допускаются скан-копии)*

2. *К статье могут быть приложены 2 независимые рецензии докторов наук, учреждений по тематике проведенного исследования. Рецензент не должен быть автором статьи, научным руководителем или консультантом данной работы или проекта, не должен являться сотрудником той организации, где была выполнена работа.*

*Подпись рецензентов должна быть расшифрована, указано полное название организации, в которой работает рецензент, его должность, ученая степень и звание.*

*Рецензии должны быть заверены ученым секретарем организации или начальником отдела кадров и иметь печать учреждения. Рецензии направляются в редакцию журнала по почте в 2-х экземплярах.*

*Третью рецензию получает редакция журнала от независимого рецензента по профилю работы.*

3. *Статья (текст, иллюстрации, таблицы, подписи под рисунками, список литературы и реферат) направляется в 2-х экземплярах текста компьютерного набора, напечатанного **через 1 интервал (шрифт Times New Roman, 14 пунктов)** не более 30 строк на странице, не более 65 знаков в строке. Красная строка каждого абзаца начинается отступом в 0,75 см.*

*Максимальный объем оригинальных статей не должен превышать 10 страниц (включая иллюстрации, таблицы и список литературы), обзорных и дискуссионных статей до 15 страниц.*

4. *В начале страницы указывается УДК, название статьи, затем инициалы и фамилия автора (авторов), ниже – полное название учреждения (учреждений,) его (их) адрес, страна. Цифрами **как указано в образце** отмечается принадлежность авторов к разным учреждениям.*

**Формат заглавия:** название работы – прописными буквами полужирным шрифтом; имена авторов (инициалы, фамилия) – курсивом; полное название организации, адрес и страна – обычным шрифтом. Если авторы публикации работают в разных организациях, следует после фамилии авторов надстрочко указать номер, соответствующий номер ставится в круглых скобках после названия организации (**см. образец**). Заглавие и вышеперечисленные сведения расположить посередине строки (**см. образец**).

*Перед началом текста статьи печатается краткий реферат (резюме), размером 230-250 знаков, в котором отражается основное содержание работы и ключевые слова (от 3 до 7).*

**Требования к авторскому реферату (резюме) объемом 230-250 знаков:** авторское резюме должно излагать основные и существенные факты работы. Для оригинальных исследований рекомендуется структура резюме, повторяющая структуру статьи и включающая введение, цели и задачи, методы, результаты, заключение (выводы). Результаты работы описывают максимально точно и информативно. Приводятся фактические данные, основные теоретические и экспериментальные результаты, обнаруженные взаимосвязи и закономерности. Предпочтение отдается новым результатам и важным открытиям, выводам, которые опровергают существующие теории, а также данным, которые имеют практическое значение. Сокращения и условные обозначения, кроме общеупотребительных, применя-

ют в исключительных случаях, им дают расшифровку и определения при первом употреблении в резюме. Текст резюме должен быть четок, свободен от второстепенной информации, лишних вводных слов, общих формулировок.

Далее следует перевод на английский язык названия статьи, фамилий авторов, названия учреждения (учреждений), его/их адреса, страны, реферата (резюме), ключевых слов и сведений об авторах.

**Образец первой страницы:**

УДК:

**ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА  
СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

*Р.А. Гудков<sup>1</sup>, О.Е. Коновалов<sup>2</sup>*

Рязанский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова, ул. Высоковольная, 9,  
390026, г. Рязань, Российская Федерация (1)  
Российский университет дружбы народов, ул. Миклухо-Маклая, 6,  
117198, г. Москва, Российская Федерация (2)

**Текст резюме.**

**Ключевые слова:** дети, сочетанная патология, мультиморбидность, коморбидность, полипатии, причины коморбидности, факторы риска.

**REASONS AND RISK FACTORS OF THE COMBINED PATHOLOGY  
IN CHILDREN**

*R.A. Gudkov<sup>1</sup>, O.E. Kononov<sup>2</sup>*

Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov,  
Visocovoltynaya str., 9, 390026, Ryazan, Russian Federation (1)  
Peoples' Friendship University of Russia, Miklukho-Maklaya str. 6,  
117198, Moscow, Russian Federation (2)

**Abstract text.**

**Keywords:** children, combined pathology, multimorbidity, comorbidity, polypathia, reasons of comorbidity, risk factors.

Текст статьи...

5. В тексте оригинальной статьи (кроме клинических случаев и обзоров литературы) должны быть **обязательно** выделены следующие рубрики: «Введение», «Материалы и методы», «Результаты и их обсуждение», «Выводы» (или «Заключение», «Литература» (названия рубрик указываются жирным шрифтом на отдельной строке по центру, рубрика «Введение» не именуется).

При представлении в печать экспериментальных работ авторы должны руководствоваться «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных». В разделе «Материалы и методы» кроме вида, пола и количества использованных животных, авторы обязательно должны указывать применявшиеся при проведении болезненных процедур методы обезболивания и методы умерщвления животных. При отсутствии этих данных работы приниматься не будут.

В разделе «Материалы и методы» **обязательно** должны быть указаны методы статистической обработки экспериментальных и клинических данных.

При проведении клинических исследований следует указывать была ли работа одобрена Локальным этическим комитетом, было ли получено информированное согласие пациентов на участие в исследовании.

6. Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. При обнаружении большого количества стилистических ошибок и опечаток статья будет возвращена.

7. Кроме общепринятых сокращений единиц измерения, физических, химических и математических величин и терминов (например, РНК), допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте (не более 4-5 аббревиатур). Все вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте (но не в резюме) при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются. Единицы измерения даются по системе СИ. Курсивом указываются названия микроорганизмов, генотипов и аллелей генов.

**Не допускается использовать сокращения в выводах или заключении и следует расшифровывать их в резюме (реферате).**

8. Оригинальная статья должна заканчиваться *Выводами*, обзорная или дискуссионная статья – кратким заключением.

9. Количество иллюстративного материала (рисунки, чертежи, диаграммы, фотографии) должно быть минимально необходимым. Оба экземпляра иллюстраций должны быть идентичны (по качеству, увеличению и размерам). Фотографии должны быть контрастными, оформлены и подписаны, как рисунки. **Рисунки, чертежи, диаграммы должны быть** предоставлены в электронном виде в формате *jpeg*.

Статьи с иллюстрациями низкого качества возвращаются.

В тексте статьи на рисунки и таблицы дается ссылка после первого упоминания о них.

Подписи к рисункам и фотографиям выполняются под ними (например, Рис. 1 Подпись).

10. Таблицы должны быть наглядными, озаглавленными и пронумерованными, заголовки граф – соответствовать их содержанию, цифры в таблицах – соответствовать цифрам в тексте.

Образец:

Таблица 1

**Параметры, характеризующие строение нейрона**

Условное обозначение	Наименование показателя
a <sub>1</sub>	Площадь сечения нейрона
a <sub>2</sub>	Площадь сечения ядра
a <sub>3</sub>	Площадь сечения ядрышка

11. Список литературы должен быть напечатан после текста статьи и озаглавлен.

#### Литература / References

#### ОФОРМЛЕНИЕ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ СПИСКОВ ДЛЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ СИСТЕМ ЦИТИРОВАНИЯ

В оригинальных статьях допускается цитировать не более 20 источников, в обзорах литературы – не более 50, в других материалах – до 15. Библиография должна содержать, помимо основополагающих работ, публикации за последние 5 лет.

В списке литературы все работы перечисляются в порядке их цитирования. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках.

Учитывая требования международных систем цитирования, библиографические списки входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать библиографический список **В ДВУХ ВАРИАНТАХ: Список литературы** на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей) (согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления») и **отдельным блоком References**.

Список литературы (**References**) для Scopus и других зарубежных БД приводится полностью отдельным блоком, повторяя список литературы к русскоязычной части, независимо от того, имеются или нет в нем иностранные источники. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите. Для формирования **References** (всех без исключения ссылок) желательно использовать один из принятых зарубежных библиографических стандартов.

Scopus предлагает 10 вариантов стандартов для составления библиографических списков, из них наиболее приемлемыми для нас можно считать стандарты NLM (National Library of Medicine) и Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, которые предлагают следующую схему описания:

**Схемаописания:** Author AA, Author BB, Author CC. Title of article. Title of Journal. 2005; 10 (2): 49-53.

**Транслитерируются** фамилии авторов и русскоязычные названия монографий, сборников, конференций, журналов и статей. **Переводятся на английский язык** названия монографий, сборников, конференций, журналов и статей с указанием после выходных данных языка текста (in Russian). *Название источника выделяется курсивом*. Список литературы в латинице может готовиться с помощью систем транслитерации свободного доступа (<http://www.translit.ru>), перевод на английский язык – с помощью переводчика Google, Bing и др. с последующей редакцией.

#### Схемы описания литературы (References) для Scopus и других зарубежных БД

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ КНИГИ** (схема): Автор(ы) (ФИО без точки после имени и отчества, точка ставится только после отчества последнего автора) (транслитерация). Название (транслитерация, курсив) [Перевод названия на английский язык в квадратных скобках, курсив]. Место издания: после двоеточия название издательства (выходные данные с обозначениями на английском языке); после точки с запятой год издания. После точки указывается количество страниц.

Если ссылка дается **НА ГЛАВУ ИЗ КНИГИ ИЛИ СТАТЬЮ ИЗ СБОРНИКА:** Автор(ы) (ФИО без точки после имени и отчества, точка ставится только после отчества последнего автора) (транслитерация). Название главы (трансли-

терация) [Перевод названия главы на английский язык в квадратных скобках]. После точки ставится «В кн.» или «In:» и фамилия(и) автора(ов) или редактора(ов) (транслитерация). *Название источника* (транслитерация, курсив) [Перевод названия источника на английский язык в квадратных скобках, курсив]. Место издания: после двоеточия название издательства (выходные данные с обозначениями на английском языке); после точки с запятой год издания. После точки указываются страницы текста, например: Р. 1-7.

Если в качестве авторов книг выступают редакторы, после фамилии, после запятой, следует ставить «ред.», в иностранных «ed.».

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СТАТЬИ ИЗ РУССКОЯЗЫЧНОГО ИСТОЧНИКА (ЖУРНАЛА)** (схема): Автор(ы) (ФИО без точки после имени и отчества, точка ставится только после отчества последнего автора) (транслитерация). Название статьи (транслитерация) [Перевод названия на английский язык в квадратных скобках]. *Название журнала* (транслитерация, курсив) [Перевод названия журнала на английский язык в квадратных скобках, курсив]. Год. Том (в скобках номер журнала): после двоеточия номер первой и последней страниц текста.

При авторском коллективе до 6 человек включительно упоминаются все, при больших авторских коллективах 6 первых авторов «и др.», в иностранных «et al.»).

### ПРИМЕРЫ ОФОРМЛЕНИЯ ССЫЛОК НА ЛИТЕРАТУРУ ДЛЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ЧАСТИ СТАТЬИ (Список литературы)

(согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления»)

#### Книги

Медик В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения. М.: Медицина, 2003. 512 с.

Воробьев А.П., ред. Руководство по гематологии. 3-е изд. Т. 3. М.: Ньюдиамед, 2005. 416 с.

Радзинский В.Е., ред. Перинеология: учебное пособие. М.: РУДН, 2008. 78 с.

Beck S., Klobes E., Scherrer C., eds. Surviving globalization? Perspective for the German economic model. Berlin: Springer, 2005. 239 p.

Mkhelson A.D., ed. Platelets. 2nd ed. San Diego: Elsevier Academic Press, 2007. 1398 p.

Mesiecky J., Lamm M.E., Strober W., eds. Mucosal immunology. 3rd ed. New York: Academic Press, 2005. 2064 p.

#### Главы из книги

Иванова А.Е. Тенденции и причины смерти населения России. В кн.: Осипов В.Г., Рыбаковский Л.Л., ред. Демографическое развитие России в XXI веке. М.: Экон-Информ, 2009. С. 110-131.

Silver R.M., Peltier M.R., Branch D.W. The immunology of pregnancy. In: Creasey R.K., Rcsnik R., eds. Maternal-fetal medicine: Principles and practices. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2004. P. 89-109.

#### Материалы научных конференций

Актуальные вопросы гематологии и трансфузиологии: материалы научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 8 июля 2009 г. СПб., 2009.

Harnden P., Joffe J.K., Jones W.G., eds. Germ cell tumours V: Proceedings of the 5th Germ cell tumour conference. 13-15 Sept. 2001. Leeds; UK; New York: Springer, 2001.

European meeting on hypertension. Milan, 15-19 June 2007. Milan, 2007.

Сапов И.А., Маринушкин Д.Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода. В кн.: Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М., 2000. С. 516-519.

#### Диссертации, авторефераты

Мельникова И.В. Клинико-биохимические и морфологические изменения печени у больных с атерогенной дислипидемией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 26 с.

Borkowski M.M. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans: diss. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University, 2002. 120 p.

James V. Care and work in nursing the dying: a participant study in a continuing care unit. Ph.D. thesis, University of Aberdeen, 1986.

#### Журнальные статьи

Веркина Л.М., Телесманич Н.Р., Мишин Д.В., Ботиков А.Г., Ломов Ю.М., Дерябин П.Г. Конструирование полимерного препарата для серологической диагностики гепатита С // Вопросы вирусологии. 2012. №1. С. 45-48.

Чучалин А.Г. Грипп: уроки пандемии (клинические аспекты) // Пульмонология. 2010. Прил. 1. С. 3-8.

Aiuti A., Cailaneo E., Galimbeni S., Benninghoff U., Cassani B., Callearo L. Gene therapy for immunodeficiency due to adenosine deaminase deficiency // N. Engl. J. Med. 2009. Vol. 360, № 5. P. 447-458.

Glaser T.A. Integrating clinical trial data into clinical practice // Neurology. 2002. Vol. 58, № 12 (Suppl. 7). P. S6-12.

#### Описание статьи из электронного журнала

Белозеров Ю.М., Довгань М.И., Османов И.М., Шабельникова Е.И., Магачедова Ш.М. Трофотропное влияние карнитена у подростков с пролапсом митрального клапана и повышенной утомляемостью. 2011. Available at: [http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1388:2011-10-04-02-23-15&catid=25:the-project](http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1388:2011-10-04-02-23-15&catid=25:the-project) (Accessed 31 October 2013).

#### Электронные источники

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role // *Am. J. Nurs.* 2002. Vol. 102, №6. Available at: <http://www.psvedu.ru/journal/2011/4/2560.phtml>.

Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций № 66/288. Будущее, которого мы хотим. 27 июля 2012 года. Available at: <http://www.unesd2012.org/thefuturewewant.html>; <http://daccess-dds-nv.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/476/12/PDF/N1147612.pdf?OpenElement>.

#### Примеры описания статей, имеющих DOI

Yang S.Y., Ryu I., Kim H.Y., Kim J.K., Jang S.K., Russell T.P. Nanoporous membranes with ultrahigh selectivity and flux for the filtration of viruses // *Advanced Materials.* 2006. Vol. 18, №6. P. 709-712. doi: 10.1002/adma.200501500

### ПРИМЕРЫ ОПИСАНИЯ РУССКОЯЗЫЧНЫХ ИСТОЧНИКОВ С ТРАНСЛИТЕРАЦИЕЙ И ПЕРЕВОДОМ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ АНГЛОЯЗЫЧНОГО БЛОКА СТАТЬИ (References)

#### Описание статьи из журналов и сборников

Zagurenko AG, Korotovskikh VA, Kolesnikov AA, Timonov AV, Kardymon DV. Tekhnikoekonomicheskaya optimizatsiya dizaina gidrorazryva plasta [Techno-economic optimization of the design of hydraulic fracturing]. *Neftyanoe khozyaistvo [Oil Industry]*. 2008; 11: 54-7. (in Russian)

Kochukova EV, Pavlova OV, Raftopulo IuB. *Informatsionnoe obespechenie nauki [Information Support of Science]*. In: *Novye tekhnologii: sb. nauch. tr. [New Technologies: collected papers]*. Moscow: Nauchnyi Mir; 2009. P. 190-9. (in Russian)

#### Описание книги (монографии, сборника)

Kanevskaya RD. *Matematicheskoe modelirovanie gidrodinamicheskikh protsessov razrabotki mestorozhdenii uglevodородов [Mathematical modeling of hydrodynamic processes of hydrocarbon deposit development]*. Izhevsk; 2002. 140 p. (in Russian)

Gonsales R, Vuds R. *Tsifrovaia obrabotka izobrazhenii [Digital Image Processing]*. Moscow: Tekhnosfera; 2005. 1072 p. (in Russian).

Nenashev MF. *Poslednee pravitel'stvo SSSR [Last government of the USSR]*. Moscow: Krom Publ.; 1993. 221 p. (in Russian).

*Otkatastrofy k vozrozhdeniyu: prichiny i posledstviya razrusheniya SSSR [From disaster to rebirth: the causes and consequences of the destruction of the Soviet Union]*. Moscow: HSE Publ.; 1999. 381 p. (in Russian)

Iznairov VM. *Obespechenie ratsional'nykh geometricheskikh parametrov mnogozvennykh soedinenii i rezervirovanie ikh elementov [Rational Geometric Parameters of Multicomponent Joints and Backup of Their Components]*. Saratov: SGTU; 2008. (in Russian).

Kirillova OV. *Redaktsionnaia podgotovka nauchnykh zhurnalov po mezhdunarodnym standartam [Editorial preparation of scientific journals on international standards]*. Moscow; 2013. 90 p. (in Russian). Available at: <http://shkola.neicon.ru/metmaterialy>

Latyshev VN. *Tribologiyarezaniya. Kn. 1: Friksionnye protsessy pri rezanie metallov [Tribology of Cutting. Vol. 1: Frictional Processes in Metal Cutting]*. Ivanovo: Ivanovskii Gos. Univ.; 2009. (in Russian)

*Pravila Tsitirovaniya Istochnikov [Rules for the Citing of Sources]*. (in Russian). Available at: <http://www.scribd.com/doc/1034528/> (accessed 7 February 2011)

#### Описание материалов конференций

Usmanov TS, Gusmanov AA, Mullagalin IZ, Muhametshina RJu, Chervyakova AN, Sveshnikov AV. Osobennosti proektirovaniya razrabotki mestorozhdeniy s primeneniem gidrorazryva plasta [Features of the design of field development with the use of hydraulic fracturing]. In: *Trudy 6 Mezhdunarodnogo Simpoziuma «Novye resursoberegayushchie tekhnologii nedropol'zovaniya i povysheniya neftegazootdachi» [Proc. 6th Int. Technol. Symp. «New energy saving subsoil technologies and the increasing of the oil and gas impact»]*. Moscow; 2007. P. 267-72. (in Russian)

#### Ссылка на диссертацию

Gaynutdinova RF. *Klinicheskoe znachenie kompleksnoy ekhografii v diagnostike, differentsial'noy diagnostike i monitoringe endokrinnoy oftal'mopatii [The clinical significance of an integrated ultrasound in the diagnosis, differential diagnosis and monitoring of endocrine ophthalmopathy]*. Cand. Diss. (Med. Sci.). Kazan'; 2006. (in Russian)

#### Неопубликованный документ

Latypov AR, Khasanov MM, Baikov VA. *Geologiya i dobycha (NGT GiD). Svidetel'stvo ob ofitsial'noi registratsii programm dlya EVM [Geology and Production (NGT GiD). The Certificate on official registration of the computer program]*. № 2004611198, 2004.

#### Описание Интернет-ресурса

*APA Style.* 2011. Available at: <http://www.apastyle.org/apa-stylehelp.aspx> (accessed 5 February 2011).

#### Описание ГОСТа

State Standard 8.586.5-2005. *Method of measurement. Measurement of flow rate and volume of liquids and gases by means of orifice devices*. Moscow: Siandartinform Publ.; 2007. (in Russian)

#### Описание патента

Palkin MV. *The way to orient on the roll of aircraft with optical homing head*. Patent 2280590, RF; 2006. (in Russian)

### ОБРАЗЕЦ ПРИСТАТЕЙНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

#### Литература

1. Абросимов В.Н. Визуальный аналог одышки, возможности практического применения // *Терапевтический архив*. 1989. №3. С. 126-127.
2. Абросимов В.Н. Методы клинического шкалирования и стратификации в кардиологии: учебное пособие. Рязань, 2012. 183 с.
3. Абросимов В.Н. Одышка. В кн.: Пульмонология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 154-164.
4. Бяловский Ю.Ю. Психологические и социальные факторы переносимости одышки. В кн.: Одышка и ассоциированные синдромы: сборник научных трудов. Рязань, 2005. С. 34-44.
5. Мареев В.Ю. и др., сост. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) // *Журнал Сердечная недостаточность*. 2013. Т. 14, №7 (81). С. 379-472.
6. Borg, G. Psychophysical bases of perceived exertion // *Med. Sci sport exerc.* 1982. Vol. 14. P. 436-447.
7. Heberden, W. Some account of the breast. In: *Medical Transactions of the Royal College of Physicians of London*. London, 1772. P. 2-59.

#### References

1. Abrosimov VN. Vizual'nyj analog odyshki, vozmozhnosti prakticheskogo primeneniya [Visual analogue of breathlessness, the possibility of practical application]. *Terapevticheskij arhiv [Therapeutic archives]*. 1989; 3: 126-127.
2. Abrosimov VN. *Metody klinicheskogo shkalirovaniya i stratifikacii v kardiologii: uchebnoe posobie [Methods Clinical scaling and stratification in cardiology: a tutorial]*. Rjazan'; 2012. 183 p.
3. Abrosimov VN. Odyshka [Shortness of breath]. In: *Pul'monologija. Nacional'noe rukovodstvo [Pulmonology. National leadership]*. Moscow: GEOTAR Media; 2009. P. 154-164.
4. Bjalovskij JuJu. Psihologicheskie i social'nye faktory perenosimosti odyshki [Psychological and social factors portability breath lessness]. In: *Odyshka i associirovannye sindromy: sbornik nauchnyh trudov [Shortness of breath and the associated syndromes: a collection of scientific papers]*. Rjazan'; 2005. P. 34-44.
5. Mareev VJu et al., eds. Nacional'nye rekomendacii OSSN, RKO i RNMOT po diagnostike i lecheniju HSN (chetvertyj peresmotr) [National guide lines PRAs, RKO and RNMOT for diagnosis and treatment of chronic heart failure (fourth revision)]. *Serdechnaja nedostatochnost' [Heart failure]*. 2013; 14 (7): 379-472.
6. Borg G. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med. Sci sport exerc.* 1982; 14: 436-447.
7. Heberden W. Some account of the breast. In: *Medical Transactions of the Royal College of Physicians of London*. London; 1772. P. 2-59.

12. Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках номерами в соответствии с пристатейным списком литературы, приводятся в порядке цитирования.

13. Библиография должна содержать, помимо основополагающих работ, публикации за последние 5 лет.

В оригинальных статьях цитируется не более 20 источников, в переводных статьях и обзорах – не более 50.

Автор несет ответственность за правильность библиографических данных.

14. Список литературы оформляется в соответствии с ГОСТ 7.05-2008.

15. После выводов следует привести информацию о поддержке работы в виде грантов, субсидий, оборудования, лекарственных средств и декларировать отсутствие конфликтов интересов.

16. Статья должна быть подписана всеми авторами.

В конце статьи следует указать сведения об авторах (соавторах) статьи, включающие ученую степень, ученое звание, должность, место работы автора (соавторов), адрес электронной почты автора, ответственного за переписку.

Сведения об авторах (образец)

Гудков Р.А. – к.м.н., доцент кафедры педиатрии с курсами детской хирургии и педиатрии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России.

E-mail: rzgmu@rzgmu.ru

Коновалов О.Е. – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Российского университета дружбы народов.

17. Статьи, отосланные авторам для исправления, должны быть возвращены в редакцию не позднее, чем через 10 дней после получения, если в переписке с редакцией, не оговорены другие сроки. При возвращении статьи в более поздние сроки меняются дата ее поступления в редакцию и сроки публикации.

18. Нельзя направлять в редакцию работы, ранее напечатанные или отправленные в другие журналы.

19. К тексту необходимо приложить электронную копию статьи и всех прилагающихся материалов (иллюстрации, рисунки, фото- допускается отдельными файлами с подписями под рисунками и фотографиями) в формате текстового редактора Word 7.0-10.0 (или в формате RTF) на носителях CD-R, CD-RW или в электронном виде на адрес редакции vestnik@rzgmu.ru.

20. Редакция оставляет за собой право корректировать и сокращать тексты материалов, представляемых к публикации. Статьи, не принятые к печати, не возвращаются.

21. Редакция не берет на себя обязанность объяснять авторам нетехнические причины отклонения статей. С журналом сотрудничают высококвалифицированные рецензенты из ведущих научных центров России и их заключение является определяющим для судьбы статьи.

22. Ксерокопии и оттиски статей редакция не рассылает.

**Адрес редакции:** 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9.

Редакция журнала «Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова» для **отправления печатных вариантов статьи и сопроводительных документов.**

Статьи и скан-копии сопроводительных документов следует направлять по электронной почте на адрес: **vestnik@rzgmu.ru** с пометкой статьи для Российского медико-биологического вестника.

Дополнительную информацию можно узнать по телефону +7-903-641-82-85  
к.м.н. Мнихович Максим Валерьевич ([mnichmaxim@yandex.ru](mailto:mnichmaxim@yandex.ru))

**Российский медико-биологический вестник  
имени академика И.П. Павлова**

**№2, 2016**

Подписано в печать 20.06.2016.

Дата выхода в свет 30.06.2016.

Формат 60x84 $\frac{1}{8}$ . Усл. печ. л. 21. Уч.-изд. л. 20,75.

Бумага ксероксная. Печать ризографическая.

Тираж 300 экз.

ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России  
390026, г. Рязань, ул. Шевченко, 34

Отпечатано в ООО "ЭКОТЕКСТ"  
390046, г. Рязань, Скорбященский проезд, д. 18

*Цена свободная*