

внедрению скринирующих программ на разные виды патологии [1].

Выводы. Сформированные показатели инвалидности детей Сыктывкарской городской детской поликлиники, регионального центра субарктической территории, являются статистическим инструментом повседневного использования.

В структуре причин инвалидности преобладают: болезни нервной системы, врожденные аномалии, хромосомные нарушения, болезни уха и его придаточного аппарата, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, и новообразования. Доля этих пяти классов болезней составляет 84,69% общей структуры.

Коэффициент частоты определения инвалидности у детей ежегодно растёт на +1,09 ед. с темпом прироста +0,91% и темпом роста 100,91%.

Частота заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности у детей, была самой высокой в тех же пяти классах.

Устойчивый ежегодный темп прироста детей инвалидов в 4,52% даёт основание предполагать, что процесс будет продолжаться и в дальнейшем.

Комплексное лечение, проводимое в рамках индивидуальных программ реабилитации/абилитации детей-инвалидов, позволило полностью восстановить здоровье у 43 детей (4,77%), улучшить состояние у 52 (5,77), стабилизировать патологический процесс у 90,24%. Утяжеление состояния наступило у 4 чел. (0,44%) в связи с прогрессированием болезни.

Авторы заявляют, что отсутствуют любые источники финансирования данной статьи.

Авторы заявляют, что отсутствуют конфликты интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи.

Авторы выражают искреннюю любовь своим родителям. Авторы благодарят Пиккель М.В., Трубину А.М., Анисимову Л.К., Левитину Т.П., Кудрявцева В.А., Кучеренко В.З., Журавлёва С.М., Забина Ю.Л., Новикова П.Е., Добродееву Л.К., Удалову Л.С., Клепикову Р.А., Банникову Р.В., Каленюка А.Ф., Севастьянова А.Н., Слуцкого С.И., Князеву Н.П., Каракозову Н.Г., Петрову И.В., Каневу Л.Н., Смирнову Т.В., Черницыну И.Ю., Каторкина В.И., Арзубову И.Н., а также всех анонимных рецензентов за поддержку, полезные советы и комментарии.

Литература

1. Баранов А.А. Некоторые факторы риска формирования инвалидности у детей / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая, Е.В. Антонова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2017. – №2 (20). – С. 60-64.
2. Baranov A.A. Some risk factors for the formation of disabilities in children / A.A. Baranov, L.S. Namazova-Baranova, R.N. Terletskaia, E.V. Antonova // Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya. – 2017. – №2 (20). – P. 60-64.
3. Капранов С.В. Характеристика инвалидности детей промышленного района / С.В. Капранов // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2013. – №3. – С. 54-61.
4. Kapranov S.V. Characteristics of the disability of children in the industrial region / S.V. Kapranov // Voprosy shkolnoy i universitetskoy meditsiny i zdorovia. – 2013. – №3. – P. 54-61.
5. Салдан И.П. Региональные факторы, определяющие формирование инвалидности детей в Алтайском крае / И.П. Салдан, А.А. Ушаков, А.С. Катунина // Гигиена и санитария. – 2014. – Т. 93, №2. – С. 73-76.
6. Saldan I.P. Regional factors determining the development of disability of children in the Altai Territory / I.P. Saldan, A.A. Ushakov, A.S. Katunina // Gigiyena i sanitariya. – 2014. – T. 93, №2. – P. 73-76.
7. Shapovalov K.A. P208 Standard of primary disability for city children's clinic of regional centre of subarctic territory / K.A. Shapovalov, L.A. Shapovalova // Archives of Disease in Childhood (The Journal of the Royal College of Paediatrics and Child Health) 8th Europaediatrics Congress jointly held with The 13th National Congress of Romanian Pediatrics Society 7-10 June 2017, Palace of Parliament, Bucharest, Romania. Paediatrics building bridges across Europe. 2017 June;102 (Suppl 2):A114. DOI: 10.1136/archdischild-2017-313273.296 [URL: http://adc.bmj.com/content/102/Suppl_2/A114.1 (дата посещения 27.06.2017)]
8. Shapovalov K.A. P209 Control over execution of individual program of rehabilitation and (or) habilitation of children with disabilities. Experience of city children's clinic of regional centre of subarctic territory / K.A. Shapovalov, L.A. Shapovalova // Archives of Disease in Childhood (The Journal of the Royal College of Paediatrics and Child Health) 8th Europaediatrics Congress jointly held with The 13th National Congress of Romanian Pediatrics Society 7-10 June 2017, Palace of Parliament, Bucharest, Romania. Paediatrics building bridges across Europe. 2017 June; 102 (Suppl 2):A114-A115. DOI: 10.1136/archdischild-2017-313273.297. [URL: http://adc.bmj.com/content/102/Suppl_2/A114.2 (дата посещения 27.06.2017)]

АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА

DOI 10.25789/YMJ.2018.61.19

УДК 618.396

Н.И. Дуглас, Н.С. Баишева, Т.Е. Бурцева, Т.Ю. Павлова, С.А. Евсеева

ДИНАМИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ И ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

В статье представлены результаты анализа частоты преждевременных и очень ранних преждевременных родов в структуре всех родов в Республике Саха (Якутия), а также анализа перинатальной смертности и ее составляющих.

Ключевые слова: преждевременные роды, очень ранние преждевременные роды, перинатальная смертность, мертворождаемость.

The article presents the analysis of the frequency of preterm birth and very early preterm birth in the structure of all births in the Republic Sakha (Yakutia), and also analyzes perinatal mortality and its components.

Keywords: preterm labor, premature birth, perinatal mortality, stillbirths.

Введение. Здоровье женщин и детей является важнейшим показателем социально-экономического развития

государства. Снижение показателя материнской и младенческой смертности включено в основные цели раз-

Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова: **ДУГЛАС Наталья Ивановна** – д.м.н., зав. кафедрой, nduglas@yandex.ru, **БАИШЕВА Нюргяна Семеновна** – врач акушер-гинеколог ГБУ РС(Я) ЯГКБ, ст. преподав., kosmos80-80@mail.ru, **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – д.м.н., проф., зав. лаб. ЯНЦ КМП, bourtsevat@yandex.ru; **ПАВЛОВА Татьяна Юрьевна** – к.м.н., гл. акушер-гинеколог МЗ РС(Я), tatyanaupavl@mail.ru; **ЕВСЕЕВА Сардана Анатольевна** – с.н.с. ЯНЦ КМП, sarda79@mail.ru.

вития тысячелетия, которые определила ООН [2]. Почти во всех странах, располагающих достоверной информацией, как в богатых, так и в менее богатых, показатели преждевременных родов (ПР) постоянно растут [1]. В 2012 г. Россия согласно Приказу Минздравсоцразвития России №1687н от 27 декабря 2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи» (зарегистрирован в Минюсте РФ 15 марта 2012 г. №23490) перешла на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения. Впервые в истории отечественной медицины установлен срок рождения 22 недели гестации и более; масса тела ребенка при рождении 500 г и более (или менее 500 г при многоплодных родах); длина тела ребенка при рождении 25 см и более (в случае, если масса тела ребенка при рождении неизвестна). Согласно градации стационаров, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь в России, уровни оказания помощи соответствуют степени риска для матери и плода. В 2012 г. в Республике Саха (Якутия) создана трехуровневая система оказания медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и родов. Из 37 медицинских учреждений первый уровень представляют 30 маломощных родильных отделений при центральных районных больницах, второй уровень – это 6 городских родильных отделений, и третий уровень – это Перинатальный центр ГАУ РС(Я) «РБ №1-Национальный центр медицины» в г. Якутске. Приказом МЗ РФ от 17.12.2013 г. №15-4-10/2-9480 внедрен в работу клинический протокол «Преждевременные роды». Также впоследствии разработан и рекомендован к внедрению клинический протокол «Организация медицинской эвакуации при преждевременных родах» от 31.09.2015 г. В каждом субъекте Российской Федерации ведется ежемесячный мониторинг исполнения данных клинических протоколов.

Цель исследования – проанализировать частоту преждевременных и очень ранних преждевременных родов в структуре всех родов в Республике Саха (Якутия), а также перинатальную смертность и ее составляющие.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ структуры родов и перинатальной смертности по данным официальной медицинской статистики Государственного учреждения «Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр Министерства здраво-

охранения Республики Саха (Якутия)» за 2011-2016 гг.

Результаты и обсуждение. По результатам анализа показано, что до принятия новых критериев живорождения доля преждевременных родов в общей структуре родов в РС(Я) составляла 5,4% в 2011 г., в 2012 г. этот показатель повысился до 6,9%. Из них 1,5% приходятся на очень ранние преждевременные роды (ОРПР), регистрировавшиеся раньше в структуре поздних выкидышей в сроке до 28 недель. В последующие годы удельный вес ОРПР остается на одном уровне (табл.1).

Частота преждевременных родов в РС (Я) в 2016г. составила 6,9% в структуре всех родов, сверхранных преждевременных родов – 0,5%, что выше показателей в РФ за 2016 г. – 5,8 и 0,4% соответственно (табл. 1).

С целью сравнения особенностей течения беременности и родов в зависимости от климатогеографических и социально-экономических условий в республике, нами представлена модель из четырех улусов (районов), это арктические Верхоянский и Эвено-Бытантайский, центральный район Таттинский и из виллюйской группы улусов Верхневиллюйский.

В Эвено-Бытантайском улусе в 2011 г. было всего 6 родов и все они преждевременные, в последующие годы количество родов малое и все они произошли в срок. Хочется отме-

тить, что в Верхоянском улусе меньше всего преждевременных родов, намного ниже российских показателей. За весь период не допущены очень ранние преждевременные роды. В Верхневиллюйском улусе в 2011 г. произошло 14 преждевременных родов, в 2012 г., как и повсеместно, произошло увеличение – 16 из 338 случаев и 1 случай очень ранних преждевременных родов. В 2013 и 2014 гг. показатель ПР – практически на одном уровне, в 2015-2016 гг. доля преждевременных родов снизилась.

После введения в 2016 г. клинического протокола о маршрутизации беременных с угрожающими преждевременными родами в Перинатальный центр РБ №1-НЦМ РС(Я) транспортировано 117 беременных с угрожающими преждевременными родами. Из медицинских учреждений второго уровня – 58 женщин, или 49,57%, первого уровня – 59 женщин, или 50,42%. Благодаря своевременной маршрутизации, удельный вес преждевременных родов, принятых в Перинатальном центре РБ №1-НЦМ, ежегодно повышается: в 2012 г. – 28,5%, в 2014 г. – 41,5, в 2015 г. – 47, в 2016 г. – 49,3% (табл.2).

Анализируя структуру очень ранних преждевременных родов, мы можем отметить следующую динамику: в 2016 г. заметно повысилась их доля в числе родов, принятых в Перинатальном центре РБ №1-НЦМ: 2012 г. – 23%, 2013 г. – 23,7, 2014 г. –

Таблица 1

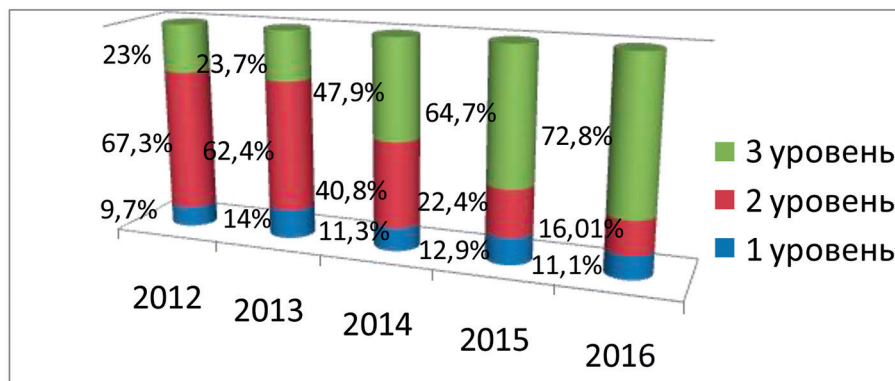
Преждевременные роды в структуре всех родов в улусах, РС(Я) и в РФ за 2011-2016 гг., абс. число (%)

Роды	РС (Я)						РФ
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016
Всего	16193	16922	16578	16948	16379	15425	1838559
ПР	884 (5,4)	1160 (6,9)	1078 (6,5)	1172 (6,9)	1159 (7,1)	1075 (6,9)	105995 (5,8)
ОРПР	-	112 (0,6)	93 (0,5)	71 (0,4)	86 (0,5)	84 (0,5)	8542 (0,4)
Верхневиллюйский улус							
Всего	378	338	299	266	245	201	1706656 (92,3)
ПР	14 (3,7)	16 (5)	10 (4)	10 (3,76)	4 (1,6)	4 (2)	105995 (5,8)
ОРПР	-	1 (0,26)	0	0	2 (0,8)	1 (0,5)	8542 (0,4)
Верхоянский улус							
Всего	148	161	140	156	133	115	1838559
ПР	3 (2,02)	10 (0,62)	7 (5)	4 (2,56)	4 (3)	3 (2,6)	105995 (5,8)
ОРПР	-	0	0	0	0	0	8542 (0,4)
Таттинский улус							
Всего	262	263	236	224	205	182	1838559
ПР	8 (3)	5 (1,9)	5 (2,11)	11 (4,9)	11 (5,36)	4 (2,2)	105995 (5,8)
ОРПР	-	1	1	3	0	0	8542 (0,4)
Эвено-Бытантайский улус							
Всего	6	8	2	1	3	3	1838559
ПР	6 (100)	0	0	0	0	0	105995 (5,8)
ОРПР	-	0	0	0	0	0	8542 (0,4)

Таблица 2

Частота преждевременных родов в РС (Я) за 2011-2016 гг. по уровням медицинских учреждений, абс. число (%)

Уровень мед. учрежд.	2012	2013	2014	2015	2016
3-й	331 (28,5)	411 (38,1)	487 (41,5)	545 (47)	530 (49,3)
2-й	616 (53,1)	514 (47,7)	528 (45,1)	467 (40,3)	451 (41,9)
1-й	213 (18,4)	153 (14,2)	157 (13,4)	147 (12,7)	94 (8,7)
Всего ПР	1160	1078	1172	1159	1075



Частота ОРПР в РС (Я) за 2011-2016гг. по уровням медицинских организаций

Таблица 3

Структура перинатальной смертности в улусах РС (Я) и в РФ в 2011-2016 гг., ‰

Наименование	РС(Я)								РФ
	2006	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Мертворождение	6,3	5,2	5,4	8,4	5,22	6,4	6,5	6,4	5,73
Ранняя неонатальная смертность	5,2	2,9	3,0	4,6	4,5	3,2	3,4	2,5	2,8
Перинатальная смертность	11,5	8,1	8,4	13,0	10,8	10,0	10,6	9,6	7,9
Верхневилуйский улус									
Мертворождение	3,2	0	5,2	0	6,7	3,8	16,3	5,0	5,73
Ранняя неонатальная смертность	3,2	2,6	7,9	3,0	6,7	3,8	4,1	0	2,8
Перинатальная смертность	6,4	2,6	13,1	3,0	13,4	7,5	20,3	5,0	7,9
Верхоянский улус									
Мертворождение	0	18,6	0	24,8	7,0	12,8	0	0	5,73
Ранняя неонатальная смертность	0	4,7	6,8	0	14,2	0	7,5	0	2,8
Перинатальная смертность	0	23,3	6,8	24,8	21,1	12,8	7,5	0	7,9
Таттинский улус									
Мертворождение	8,0	6,9	3,8	7,6	0	0	9,7	5,5	5,73
Ранняя неонатальная смертность	12,1	3,5	3,8	3,8	0	0	9,8	0	2,8
Перинатальная смертность	20,0	10,3	0	11,4	0	0	19,4	5,5	7,9
Эвено-Бытантайский улус									
Мертворождение	0	0	0	0	0	0	0	3,3	5,73
Ранняя неонатальная смертность	0	0	0	0	0	0	0	0	2,8
Перинатальная смертность	0	0	0	0	0	0	0	3,3	7,9

47,9, 2015 г. – 64,7, 2016 г. – 72,8%. Повышение данного показателя произошло за счет своевременной эвакуации беременных с угрожающими ОРПР из медучреждений второго уровня, в то время как для первого уровня эти показатели практически не снижаются (рисунок).

Недоношенные новорожденные с «экстремально низкой массой тела» стали причиной резкого повышения

показателя перинатальной смертности в РС(Я) с 8,4‰ в 2011 г. до 13,0‰ в 2012 г. Это произошло за счет повышения показателя ранней неонатальной смертности в 2011 г. – 3,0‰, 2012 г. – 4,6‰, свидетельствующего об отсутствии своевременной маршрутизации пациенток с угрожающими преждевременными родами в стационар третьего уровня и о неготовности отделений реанимации к приему и

выхаживанию глубоко недоношенных новорожденных. В дальнейшем отмечается снижение показателя ранней неонатальной смертности (табл.3), за счет чего, в свою очередь, произошло снижение перинатальной смертности в республике. Тем не менее показатель перинатальной смертности в РС(Я) в 2016 г. на 1,7‰ выше, чем в РФ (табл.3). По исследуемым улусам наблюдается аналогичная картина.

В рост показателя перинатальной смертности вносит свой вклад мертворождаемость, это не только антен- и интранатальные потери плодов, но и прерывание беременности в сроке более 22 недель по поводу врожденных пороков развития (ВПР) плода. Ежегодно этот показатель имеет немалую часть в структуре мертворождаемости (2013 г. – 1,08‰, 2014 г. – 0,4, 2015 г. – 0,7, 2016 г. – 0,7‰). Отчасти это происходит по причине несвоевременного проведения пренатальной диагностики ВПР плода. На сегодняшний день показатель мертворождаемости в РС(Я) не имеет тенденции к снижению и составил в 2011 г. – 5,4‰, 2012 г. – 8,4, 2013 г. – 6,3, 2014 г. – 6,8, 2015 г. – 7,2, 2016 г. – 7,1‰.

Таким образом, наш анализ показывает, что только своевременное проведение таких мероприятий, как прегравидарная подготовка, полное обследование беременной при постановке на диспансерный учет, четкое соблюдение сроков при комбинированном скрининге первого триместра и пренатальной ультразвуковой диагностики (сертификаты FMF), могут снизить показатель преждевременных родов и мертворождения за счет своевременного выявления и прерывания беременности с тяжелым врожденным пороком плода. Также настороженность врача, четкое соблюдение клинических рекомендаций (протоколов лечения) при преждевременных родах и маршрутизация беременных с угрожающими преждевременными родами позволяют избежать преждевременных родов в медучреждениях первого уровня, что является одной из главных задач, стоящих перед акушерско-гинекологической службой РС (Я).

Статья подготовлена по результатам проекта «Многофакторное исследование состояния здоровья коренного и пришлого населения РС (Я) с целью оптимизации региональных программ по улучшению качества жизни жителей республики с учетом территориальных, этнических особенностей в условиях современного

социально-экономического развития» программы комплексных научных исследований в Республике Саха (Якутия), направленных на развитие ее производительных сил и социальной сферы на 2016-2020 годы».

Литература

1. Айламазян Э.К. Дискуссионные вопросы преждевременных родов / Э.К. Айламазян, Т.У. Кузьминых // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – №4. – С. 97 – 105.
- Ailamazyan E.K. Discussion issues of prema-

ture delivery / E.K. Ailamazyan, T.U. Kuzminykh // Journal of Obstetrics and Women's Diseases. – 2013. – №4. – P.97-105.

2. Кулаков В.Н. Акушерство и гинекология / В.Н. Кулаков // Клинические рекомендации. – 2006. – С.15.
- Kulakov V.N. Obstetrics and gynecology / V.N. Kulakov // Clinical recommendations. – 2006. – P.15.

П.М. Иванов, А.Ф. Абрамов, Л.Н. Афанасьева, Ф.Г. Иванова, А.С. Гольдерова, А.Н. Романова, Н.С. Киприянова, Т.И. Николаева, Т.Н. Жарникова, С.А. Мыреева

СОСТОЯНИЕ ГИДРОСФЕРЫ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ В ЯКУТИИ

DOI 10.25789/YMJ.2018.61.20

УДК 502:616-006(571.56)

Проведен анализ гидрохимических факторов окружающей среды с целью выяснения степени влияния их на заболеваемость злокачественными новообразованиями населения, проживающего в экстремальных условиях Крайнего Севера.

Ключевые слова: новообразования, гидрохимические факторы среды, заболеваемость.

The analysis of hydrochemical factors of the environment with the purpose of finding out the degree of their influence on the incidence of malignant neoplasms of the population living in extreme conditions of the Far North has been carried out.

Keywords: neoplasms, hydrochemical factors of the environment, morbidity.

Введение. Ежегодно в мире выявляется около 10 млн. новых случаев заболевания злокачественными новообразованиями (ЗН) и более 6 млн. случаев смерти от них [6,7]. В России общий показатель заболеваемости всеми формами ЗН у мужчин за 2001-2015 гг. вырос на 26,8% (с 313,9⁰/₀₀₀₀ в 2001 г. до 398,1⁰/₀₀₀₀ в 2015 г.), у женщин – на 32,6% (с 306,5 до 406,4⁰/₀₀₀₀), а на конец 2015 г. в специализированных онкологических учреждениях страны состояли на учете более 3,4 млн. больных с установленным диагнозом ЗН, что на 36,5% (более 1,24 млн. чел.) превышает показатели за 2001 г. (2,16 млн. чел.) [4].

В РС(Я) в 2015 г. взято на учет 2528 чел., или на 651(25,7%) чел. больше по сравнению с 2001 г. (1877 чел.). За этот период времени число лиц муж-

ского пола с впервые в жизни установленным диагнозом ЗН выросло на 22,8%, а у женщин – на 28,4%. Рост числа больных сопровождался ростом доли лиц старших возрастных групп, как у мужчин, так и у женщин. Следовательно, в Якутии начало третьего тысячелетия характеризуется довольно высоким среднегодовым темпом прироста (2,15%) числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗН, который сформировался в основном за счет относительно высоких показателей прироста заболеваемости у женщин (2,25%), чем у мужчин (1,75%). Между тем за анализируемый период, по данным Госкомитета РС(Я) по статистике, в показателях народонаселения наблюдалось отрицательное сальдо среднегодовой численности населения (мужчин на 0,30, а женщин на 0,05%). Рост числа заболевших на фоне отрицательной динамики демографической ситуации свидетельствует об истинном характере роста показателей онкологической заболеваемости в республике [3]. По данным Комитета ВОЗ по профилактике рака, 90% опухолей связано с воздействием внешних причин и 10% зависят от генетических факторов [7].

Обзор литературы, посвященный микроэлементному составу почв и растений на территории республики, позволяет отметить, что в целом для Якутии характерна недостаточность Mo, Se, B, при относительно высоком содержании Fe, Cu. В почвах естественных кормовых угодий (76%) и в пахотных (91%) преобладают щелоч-

ная и сильнощелочная среды. В долинах рек Амга, Алдан, Вилюй, Лена распространены хлоридно-сульфатный, а на аласных землях – хлоридно-сульфатно-гидрокарбонатный типы засоления. Следовательно, по физико-микроэлементному составу почв и растений, крайне важных для благополучного развития живого организма, территорию Республики Саха можно отнести в разряд аномальных геохимических провинций страны [5].

Цель исследования – оценка степени влияния гидрохимических факторов окружающей среды на показатели заболеваемости ЗН населения, проживающего в экстремальных условиях Севера на территории интенсивного промышленного освоения.

Материалы и методы исследования. Анализированы материалы отчетности Якутского республиканского онкологического диспансера за период с 2001 по 2015 г. Использованы материалы о химическом составе поверхностных вод, представленные Якутским и Тиксинским территориальными управлениями по гидрометеорологии и контролю природной среды, за период с 1979 по 1985 г. Математическому анализу подвергнуто 71,8 тыс. проб по каждому из 28 ингредиентов, взятых из 82 пунктов наблюдений за 1979-1985 гг., расположенных по всей территории республики. Статистические данные обработаны по общепринятой методике, с использованием пакета прикладных программ «Statistical» (табл. 1)

Результаты и обсуждение. Анализ онкологической заболеваемости насе-

ИВАНОВ Петр Михайлович – д.м.н., проф., зав. лаб. ЯНЦ КМП, зав. курсом онкологии Медицинского института ГБОУ СВФУ им. М.К. Аммосова, petr_ivanov38@mail.ru; **АБРАМОВ Алексей Федорович** – д.б.н., проф., н.с. ФГБУ ЯНИИХС РАСХН; Сотрудники ЯРОД: **АФАНАСЬЕВА Лена Николаевна** – к.м.н., гл. врач, **ИВАНОВА Федосия Гаврильевна** – к.м.н., зав. отделением, гл. онколог МЗ РС(Я), **НИКОЛАЕВА Татьяна Ивановна** – к.м.н., зам. гл. врача, **ЖАРНИКОВА Татьяна Николаевна** – к.м.н., зав. отд., **МЫРЕЕВА Светлана Анатольевна** – к.м.н., гинеколог-онколог; ФГБУ ЯНЦ КМП: **РОМАНОВА Анна Николаевна** – д.м.н., директор, **ГОЛЬДЕРОВА Айталина Семеновна** – д.м.н., зав. отд.; **КИПРИЯНОВА Надежда Сидоровна** – д.м.н., проф. ФПОВ МИ СВФУ.