

В связи со всем перечисленным, официальное признание в России гомеопатия получила только в 1995 году [10]. Сохраняется настороженное отношение большинства врачей к этому методу, что затрудняет использование эффективных и практически безвредных препаратов в частности при ОРВИ.

Термином «ОРВИ» обычно называют проходящие сами по себе вирусные заболевания, вызывающие острое воспаление в носоглотке, (симптомы насморка, больного горла, кашля, чихания). ОРВИ является главным поводом для вызова врача на дом и причиной отсутствия на работе и в школе. Лечение ОРВИ часто приносит огорчения пациенту и врачу. Ежегодно почти 2 миллиарда долларов население США тратит на лекарства, отпускаемые без рецептов, для лечения симптомов ОРВИ. Здесь возможно увеличение применения домашних средств и альтернативной терапии, в т.ч. гомеопатии [14].

Эпидемиология. ОРВИ не является чем-то клинически единым, это скорее группа заболеваний с частично совпадающими симптомами, вызываемыми в основном семьями нескольких вирусов (табл. 1). *Риновирус* является наиболее распространенным возбудителем, который ассоциируется с ОРВИ и которым объясняют 30–40% ОРВИ в большинстве обследований населения. Коронавирус представляет собой другой важный возбудитель, вызывающий примерно 10% простуд. Об этом возбудителе известно меньше из-за недостатка культуры и методов диагностики. От 25 до 40% простуд, предположительно, вызываемых не раскрытыми вирусами. В дополнение ко многим вирусным возбудителям существуют еще многочисленные иммунотипы специфических вирусов как, например, более 100 известных антигенных типов риновируса. Более того, известно, что происходит вторичное заражение, особенно коронавирусом. В силу всех этих причин «лечение простуды» остается одной из нерешенных задач академической медицины.

Вирусы, идентифицируемые при ОРВИ риновирус, коронавирус, респираторный синцициальный вирус, вирус парагриппа, вирус гриппа, аденовирус, энтеровирусы.

Сезонный характер заболеваемости можно отнести за счет большего скопления людей в помещении и низкой относительной влажности, что любят некоторые вирусы. Инфекционные заболевания от риновируса имеют пик распространения ранней осенью и поздней весной, а инфекции коронавируса чаще встречаются в зимние месяцы. Психологическое напряжение создает предрасположенность к простудным симптомам. Низкие температуры, сырые помещения и наличие или отсутствие миндалин не являются независимыми факторами риска в развитии простудных заболеваний (табл. 1).

ОРВИ чаще болеют в раннем детстве, причем мальчики болеют чаще, чем девочки. Частота инфекционных заболеваний, как правило, падает с возрастом, но несколько увеличивается у молодых женщин, скорее всего из-за общения с маленькими детьми. Для взрослых характерно в среднем два-три респираторных заболевания в год, что снижается до 1,3 к возрасту после 60.

Маленькие дети представляют собой основной источник респираторных заболеваний. Среди взрослых ОРВИ чаще болеют те, у кого дома есть маленькие дети. ОРВИ наиболее часто заражаются дома, в школе или в детском учреждении. Исследования позволяют сделать вывод, что у детей в детских учреждениях наиболее высокий показатель респираторных заболеваний в возрасте до 3-х лет. Частота заболеваний старше этого возраста может снижаться у детей, находящихся в детском учреждении с младенчества и все дошкольные годы [14].

Пути заражения. Наше понимание передачи ОРВИ является неполным. Большая часть знаний о распространении базируется на экспериментальных данных по риновирусу. Остается неясным, до какой степени эти данные можно применить к природной окружающей среде или к другим возбудителям ОРВИ. Предполагается, что риновирусу для передачи требуется близкий контакт. Исследования на добровольцах показали линейную зависимость между частотой передачи восприимчивым индивидуумом и часами совместного пребывания с «донором» [14].

Из экспериментальных данных можно сделать вывод, что инфицированный секрет является наиболее вероятным средством передачи риновируса. Передача вируса происходила в большинстве случаев после 10 с ручного контакта с инфицированным. Вирус жил на руках и окружающих поверхностях в течение нескольких часов. Экспериментальное инфицирование получалось

при ручном контакте с зараженными предметами, например, ручка чашки или кафель.

Передача ОРВИ в домашних условиях значительно уменьшалась, если инфицированные обрабатывали руки дезинфицирующим раствором, что подчеркивало значение передачи ОРВИ через руки. Риск инфекции явно зависит от места посева. Субъекты с наиболее выраженными симптомами не обнаруживают вирусов в слюне. Длительный поцелуй – неэффективный способ передачи риновируса. Посев на конъюнктиву дает результаты, близкие к посеву на слизистую носа. Но вирус, вместо заражения ткани конъюнктивы, минует ее и спускается по слезному каналу в полость носа. Собранные данные подтверждают гипотезу о том, что большинство ОРВИ в естественных условиях распространяются через ручные контакты, после чего происходит посев на слизистую носа или глаз. Передача риновируса воздушно-капельным путем возможна, но этот способ менее эффективен [14]. Наши знания о патогенезе ОРВИ получены из исследований инфицированных риновирусом добровольцев. К сожалению, они почти не несут никакой практической информации для назначения лечения и здесь рассмотрены не будут.

Клинические проявления. Типичные клинические проявления ОРВИ хорошо известны и в большинстве случаев ассоциируются с риновирусными или коронавирусными инфекциями. Большинство индивидуумов, инфицированных риновирусом, проявляя симптомы этого заболевания. Риновирусные инфекции возникают после инкубационного периода от 1 до 4 дней.

Симптомы: насморк, чиханье с отечностью слизистой носа. Часто болит горло, и это может быть первое, на что начинает жаловаться пациент. Важные общие симптомы – головная боль и недомогание – относительно слабые, высокая температура, как правило, отсутствует. У большинства болезнь разрешается спонтанно, без существенных отрицательных последствий через 5–9 дней (в среднем 7,4 дня). Примерно у 25% пациентов симптомы могут продолжаться до 2 недель. У детей воспалительный процесс может опуститься ниже по бронхиальному дереву.

Иногда остается упорный кашель, особенно у курильщиков. Риновирусная инфекция может также резко усиливать респираторные симптомы у пациентов с хроническими болезнями легких. Клинические проявления коронавирусной инфекции похожи, за исключением немного более длительного инкубационного периода и несколько более короткого течения болезни (в среднем 6–7 дней). В некоторых исследованиях показано, что количество отделяемого из носа у пациентов с коронавирусной инфекцией больше, чем при риновирусной. Коронавирусная инфекция активизируется поздней осенью, зимой и ранней весной, когда риновирусные инфекции менее распространены.

Симптомы, вызванные др. инфекциями, могут частично совпадать с симптомами ОРВИ, но обычно они отличаются клинически. Вирус гриппа ассоциируется с выраженными общими симптомами: головной болью, миалгиями, температурой и недомоганием. Инфекции, вызываемые респираторным синцициальным вирусом и вирусом парагриппа характерны для детей и вызывают респираторные заболевания нижних дыхательных путей.

ОРВИ диагностируется на основе клинических проявлений. Обычно достаточно типичного комплекса симптомов, включающих насморк, больное горло, кашель, небольшая температура при отсутствии серьезных общих симптомов. Важно не пропустить изменение симптоматики из-за присоединения бактериальной флоры, например, стрептококковый фарингит или синусит. Если у пациента глоточный экссудат и температура, то точную диагностику бактериальной этиологии трудно провести только на основе клинических данных, желательно провести посев отделяемого или экспресс-тест на антигены.

Лечение в академической медицине. Используемые способы, направлены на облегчение отдельных симптомов ОРВИ. Эффективной патогенетической терапии, как отмечалось выше, все еще нет. Трудно проводить и интерпретировать клинические исследования по лечению из-за крайне субъективных отчетов о симптомах. Обычно терапия включает: антигистаминные и антихолинэргические средства; противоотечные и противовоспалительные средства. Считается эффективным использование средств повышающих противовирусный иммунитет, но только на самых ранних стадиях заболевания. Более подробное рассмотрение академической терапии выходит за рамки этой статьи.

Гомеопатическое лечение. Цель гомеопатического лечения – стабилизация иммунного ответа и быстрая компенсация

симптомов. В результате нормализация состояния возможна в течение нескольких часов от появления первых симптомов заболевания [13, 3, 4, 8]. Наиболее часто используются классические гомеопатические препараты [2, 3, 8].

Аконит (борец реповидный) быстро снижает лихорадку, действуя на терморегуляторные механизмы центральной нервной системы, устраняет проявления интоксикации. Трудно представить его назначение при банальном ОРВИ, т.к. для его назначения требуется крайняя выраженность любой симптоматики. Больной обычно возбужден, вплоть до страха смерти. Его назначение скорей потребуется при гриппе.

Апис (пчелиный яд) – это средство показано при таких острых воспалениях, которые развиваются внезапно, очень бурно. Характерен выраженный отек и обильный выпот. Полностью отсутствует жажда. Больному жарко.

Арсеникум альбум (мышьяк белый) – влияет на клеточное дыхание. Слабость, крайняя выраженность, хочет собрать вокруг себя всех близких. Несмотря на тяжесть состояния, обеспокоен порядком вокруг. Мерзнет, но испытывает потребность в свежем прохладном воздухе. Часто просит пить, но пьет понемногу.

Белладонна (красавка) – действующее вещество атропин. Характерно возбуждение, расширение зрачков, возрастание всех видов чувствительности. Не переносит свет и боль. Озноб.

Бриония (переступень белый) купирует сухой мучительный кашель, снимает воспаление в бронхах и носоглотке. Но кашель не обязательный симптом. Характерно ухудшение состояния от любого движения, сухость всех слизистых. Жажда. Больному жарко, свежий прохладный воздух улучшает состояние.

Гельземиум (жасмин вечнозеленый) снимает отечность слизистой оболочки носа и придаточных пазух, облегчает носовое дыхание. Под действием гелземиума прекращаются головные боли, связанные с воспалительным процессом в ЛОР-органах, уменьшается чувство распирания и давления при синуситах. У больного слабость, нежелание двигаться и тратить усилия. Озноб.

Еупаториум (посконник пронзеннолистный) эффективен при лечении всех основных симптомов ОРВИ, особенно болей в костях и мышцах, общей разбитости.

Ипекакуана (рвотный корень) разжижает самую густую мокроту. Характерна тошнота и абсолютно чистый язык.

Нукс вомика (рвотный орех) – основной компонент стрихнин. Характерно возбуждение, сильнейший озноб при раскрывании даже небольшого участка тела. Заболевание обычно наступает вследствие переутомления, злоупотребления различными стимуляторами (кофе, чай, наркотики, алкоголь).

Пульсатилла (прострел луговой) – действует на венозное кровообращение и как противовоспалительное. Характерно крайняя изменчивость симптомов. Больной не выносит духоты, не потеет. Полностью отсутствует жажда.

Рус токсикодендрон (сумах ядовитый) – оказывает противовоспалительное действие на слизистые. Выражено жжение. Характерна ломота и скованность во всем теле. Состояние заметно улучшается при продолжительном движении. По этой причине больной не может ни сидеть, ни лежать.

Феррум фосфорикум (фосфат железа) – противовоспалительное и жаропонижающее. Может назначаться на начальных стадиях заболевания при отсутствии четких симптомов.

Фосфор гомеопатический оказывает иммуностимулирующее действие, повышает сопротивляемость к вирусным инфекциям. Характерно жжение, слабость, склонность к кровотечениям.

Хамомилла (ромашка аптечная) – противовоспалительное и седативное средство. Возбуждение до агрессии, нетерпимость к боли. Заболевание возникает на фоне прорезывания зубов.

Необходимо отметить, что клинический диагноз не является критерием выбора препарата, и круг выбора, даже при ОРВИ, практически не ограничен. Для назначения используется специальная система анализа и обработка при помощи книжных или компьютерных баз данных (ранжирование и реперторизация) [3, 4, 7, 8, 12]. Скорость работы и точность назначения зависят от наблюдательности и практического опыта врача. Без специального обучения использовать этот метод практически невозможно, а порой и опасно, т.к. гомеопатия обращается ко второй фазе действия вещества. Первая фаза – обострение нивелируется в комплексных препаратах (КГП) и может сильно проявиться у ряда больных при назначении монопрепаратов.

Ошибка в оценке ситуации приведет к неправильной тактике. Например, назначение НПВП при быстром повышении тем-

пературы непосредственно после приема гомеопатического монопрепарата [3, 8, 9]. По этой причине представляется целесообразным использование врачами, не имеющими специального гомеопатического образования, КГП [5].

Дополнительное удобство назначения КГП дают их названия, придуманные скорей для пациента, нежели для врача. Обычно в него включена нозология или симптом, на борьбу с которым направлен препарат. Сегодня на российском фармацевтическом рынке представлено достаточно большое количество КГП для лечения ОРВИ. Практически все они позиционируются как средства для профилактики и лечения. Состав препаратов может несколько отличаться, но обычно включает в себя вышеперечисленные монопрепараты в различных комбинациях.

Препарат лаборатории «Буарон» (Франция) оциллококцидум состоит из отфильтрованного автолизата печени и сердца барбарийской утки (*Anas barbaria*), динамизирован до 200К. Он назначается по 1 дозе в неделю в период распространения ОРВИ для профилактики. На начальной стадии заболевания: как можно раньше принять 1 дозу, повторить при необходимости 2-3 раза с интервалом 6 часов. Выраженная стадия заболевания: по 1 дозе утром и вечером в течение 1-3 дней. Рассмотрим применение КГП на примере препаратов: инфлюцид, тонзилотрен и цинабсин – производства фирмы DHU (Германия).

Инфлюцид / INFLUCID® выпускается в таблетках по 60 штук в упаковке и в растворе по 30 мл во флаконе. 1 таблетка содержит: *Aconitum D3 25 мг, Gelsemium D3 25 мг, Ipecacuanha D3 25 мг, Phosphorus D5 25 мг, Bryonia 25 мг, Eupatorium perfoliatum D1 25 мг*; 100 г раствора содержат: *Aconitum D3 10 г, Gelsemium D3 10 г, Ipecacuanha D3 10 г, Phosphorus D5 10 г, Bryonia D2 10 г, Eupatorium perfoliatum D1 10 г*, алкоголь 45,06%. Все вещества входящие в состав подробно описаны выше. Обозначения D1, D2 и т.д. называются потенцией или разведением и показывают концентрацию и примерную длительность действия. Чем выше цифра, тем дольше работает препарат.

Показания: профилактика и лечение гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций. Дозировка и способ применения: *Таблетки* – при острых заболеваниях взрослым и детям старше 12 лет принимать по 1 таблетке каждый час (не более 12 раз в день) до наступления улучшения. Для последующего лечения принимать по 1-2 таблетки 3 раза в день до полного выздоровления. Детям до 12 лет принимать при острых заболеваниях по 1 таблетке каждые 2 часа (не более 8 раз в день) до наступления улучшения.

Для последующего лечения принимать по 1 таблетке 3 раза в день. Для профилактики инфекций принимать по 1-2 таблетки 3 раза в день; детям до 12 лет принимать по 1 таблетке 3 раза в день. Таблетки принимать за полчаса до еды или через полчаса после еды, медленно их рассасывая. *Раствор* – при острых заболеваниях взрослым и детям старше 12 лет принимать внутрь по 10 капель через каждый час (не более 12 раз в день) до наступления улучшения. Далее принимать по 10-20 капель 3 раза в день до полного выздоровления, за полчаса до еды или через полчаса после еды, подержав его некоторое время во рту перед проглатыванием. Для профилактики инфекций принимать по 10-20 капель 3 раза в день. Эффективность этого и других обычных КГП для профилактики вызывает сомнения, но отсутствие эффекта также никто не доказал.

Тонзилотрен / TONSILOTREN® выпускается в таблетках по 60 штук в упаковке. 1 таблетка содержит: *Atropinum sulfuricum D5 12.5 мг, Kalium bichromicum D4 50.0 мг, Hepar sulfuris D3 10.0 мг, Mercurius bijodatus D8 25.0 мг, Silicea D2 5.0 мг*. Показания: катаральная, фолликулярная и лакунарная ангины, хронический тонзиллит, гипертрофия миндалин, аденоидит, состояние после тонзилэктомии.

Профилактика бактериальных осложнений ОРВИ. Кроме этих веществ, в состав препарата входит *Atropinum sulfuricum D5*, который показан в начальной лихорадочной стадии заболевания, характеризующейся покраснением глотки и отеком миндалин. *Hepar sulfuris D3* применяется главным образом при хронических инфекциях лимфаденоидного глоточного кольца с образованием абсцесса. Тесной связью со слизистыми оболочками верхних дыхательных путей обладает *Kalium bichromicum D4*. Это средство приносит облегчение пациентам с затрудненным глотанием и обильным отделением вязкой слизи. Эффект *Mercurius bijodatus D8* реализуется, прежде всего, в области слизистых оболочек полости рта. Под действием этого компонента происходит уменьшение отечности лимфатических желез и миндалин. В

подострой и хронической фазах инфекции эффективна *Silicea D2* [1]. В отличие от большинства КГП препарат имеет противопоказания – повышенная чувствительность к хрому, гипертиреоз. Дозировка и способ применения: При острых заболеваниях принимать по 1-2 таблетки каждый час (не более 12 раз в день) до наступления улучшения.

Для последующего лечения принимать по 1-2 таблетки 3 раза в день до полного выздоровления. Детям до 12 лет принимать при острых заболеваниях по 1 таблетке каждые 2 часа (не более 8 раз в день) до наступления улучшения. Для последующего лечения принимать по 1 таблетке 3 раза в день до полного выздоровления. Таблетки принимать за полчаса до еды или после еды, медленно их рассасывая. При хроническом тонзиллите надо проводить ряд курсов лечения в год, по 6-8 недель.

Циннабсин / CINNABSYN® выпускается в таблетках по 60 штук в упаковке. 1 таблетка содержит: *Cinnabaris D3 25,0 мг*, *Kalium bijodatum D3 25,0 мг*, *Barium chloratum D3 25,0 мг*, *Hydrastis D3 25,0 мг*, *Echinacea angustifolia D1 25,0 мг*. Показания: Острые и хронические синуситы (гайморит, фронтит, этмоидит, сфеноидит).

Профилактика бактериальных осложнений ОРВИ. Кроме описанных выше веществ в состав препарата входит: *Cinnabaris*, *Kalium bijodatum*, *Barium chloratum* и *Hydrastis* мощные противовоспалительные средства, обладающие к тому же местными иммуностимулирующими свойствами в отношении слизистой полости носа и верхних дыхательных путей. *Echinacea angustifolia* обладает выраженным общим иммуностимулирующим и тонизирующим действием.

В отличие от большинства КГП препарат имеет противопоказания – нельзя принимать при повышенной чувствительности к хрому. Дозировка и способ применения: при острых заболеваниях принимать по 1 таблетке каждый час (но ≤12 раз в день) до улучшения. Затем принимать по 1-2 таблетки 3 раза в день до полного выздоровления. Детям до 12 лет принимать при острых заболеваниях по 1 таблетке каждые 2 часа (не более 8 раз в день) до наступления улучшения. Для последующего лечения принимать по 1 таблетке 3 раза в день до полного выздоровления. Таблетки принимать за полчаса до еды или через полчаса после, медленно их рассасывая. При хроническом воспалении придаточных пазух носа рекомендуется проведение более длительного лечения препаратом ЦИННАБСИН.

Другие КГП используемые для профилактики и лечения ОРВИ: Агри и Агри детский (Материя Медика); Вибуркол (Heel); Грипп-хель (Heel); Лимфомизот (Heel); Эуфорбиум композитум (Heel); Доктор Тайс – капли от гриппа (Naturwaren); Послегриппин (Материя Медика); ЭДАС 103, 131, 150 (ЭДАС); Коризалия (Буарон); Стодаль (Буарон) [11].

КГП представляют эффективную и экономически выгодную замену или дополнение к академической терапии. Разработка доступных схем использования гомеопатических монопрепаратов при ОРВИ является темой нашей дальнейшей работы.

Литература

1. Блохин Б. М. и др. Эффективность и переносимость гомеопатического препарата «Тонзилотрен» при острой катаральной ангине у детей.
2. Ванье Л. Гомеопатические средства при острых состояниях. – М.: Атлас, 1993.
3. Ванье Л. Курс клинической гомеопатии. – Смоленск: Гомеопатическая медицина, 1998.
4. Ганеман С. Органон врачебного искусства / Пер. с англ. – М.: Атлас, 1992. – 208 с.
5. Гомотоксикология и материя медика / Под ред. Биологи Хайльмилер Хель Гмбх. – 1995.
6. Зилов В. Г. и др. Элементы информационной биологии и медицины. – М.: МГУЛ, 2000.
7. Карцев А., Лунин В. // Моск. мед. ж. – №1. – 1998. – С. 30.
8. Келер Г. Гомеопатия / Пер. с нем. – М.: Медицина, 1989. – 592 с.
9. Лунин В. Л. и др. // Мат-лы клин. конф. молодых ученых ФППО ММА им. И. М. Сеченова. – 1999. – С. 32.
10. Приказ №335 Министерства здравоохранения и мед. промышленности РФ от 29.11.95. «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении».
11. РЛС. Энциклопедия лекарств / Под. ред. Ю. Ф. Крылова. – М.: РЛС, 2001.
12. Тайлер М., Вейр Дж. / В кн. Кент Дж. Т. Реперторий гомеопатических лекарств. – Новосибирск: Трина, 1995. – С. 611.

13. Bellavite P., Signorini A. Homeopathy: A Frontier in Medical Science. Berkeley, NAB. – 1995.

14. Primary care medicine // Noble J Editor-in-Chief, Mosby, 2000.

НМОЕОПАТИЯ В ПРЕВЕНТИВНОМ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

A.V.VACHMISTROV, V.L.LUNIN

Summary

The article gives a review of modern data on epidemiology of acute respiratory infectious diseases and discusses homoeopathic methods applied in their prevention and curing.

Key words: homoeopathy, acute respiratory infectious diseases.

УДК 618.19: 613.644-052 (045)

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЛИЦ ВИБРООПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

А.Н. КОМАРОВА*

Цель исследования – снижение заболеваемости молочной железы у проводниц пассажирских вагонов – представительниц виброопасных профессий.

С целью изучения особенностей патологии молочной железы была обследована 501 проводница пассажирских вагонов дальнего следования и 136 работниц обслуживающей сферы. Средний возраст пациенток составил 36,06±9,2 лет. Длительность работы во вредных условиях труда – 12,06±6,9. Изучение состояния молочных желез проводниц пассажирских вагонов проводилось при их обращении в женскую консультацию и по данным профилактических осмотров с применением ультразвукового исследования, маммографии и гормональных тестов. Наблюдения охватывают двухлетний период. Анализ материала вели дифференцированно в зависимости от стажа работы женщин на изучаемом предприятии.

Результаты. Профессиональная группа проводниц пассажирских вагонов имеет некоторые существенные особенности. Трудовая деятельность обычно начинается в возрасте 20–22 года. На работу принимают здоровых молодых девушек без обменных нарушений и тяжелой хронической патологии. Труд проводниц сопутствуют вредные и опасные производственные факторы, большинство из которых превышают ПДУ (предельно-допустимые уровни) и ПДК (предельно-допустимые концентрации). Основными из них являются вибрация, шум, нестабильный микроклимат, а также нарушение режима сна и бодрствования [9]. По данным ряда авторов все вышеуказанные факторы оказывают неблагоприятное действие как на состояние нейроэндокринной системы [5] в целом, так и на состояние молочных желез и гениталий [3, 4, 6]. Характер и степень нарушений зависят от стажа работы в неблагоприятных условиях. При этом сочетание вредных факторов усиливает их действие на организм [1, 7, 8]. Стрессовый фактор, который отмечен у 54,8% обследованных, способствует развитию дисгормональных заболеваний. При воздействии всех этих факторов отмечается нарушение гормонального баланса и развитие патологии молочной железы [2, 5, 6].

Настоящим исследованием установлено, что частота патологии молочной железы у работниц вагонного депо превышает таковую в группе сравнения. Из 501 обследованных женщин различная патология половой сферы выявлена у 328, что составило 65,5%. В группе контроля из 136 обследованных, только у 30,9% (42 женщины). Рассматривая распространенность фиброзно-кистозной болезни (ФКБ) в зависимости от возраста, отметим достаточно высокую заболеваемость во всех возрастных группах. У проводниц пассажирских вагонов заболеваемость носит волнообразный характер с пиком в возрасте 31–35 лет.

Анализируя полученные данные, следует отметить высокую зависимость патологии молочной железы от стажа работы во вредных условиях труда. Заболеваемость ФКБ имеет волнообраз-

* НУЗ «Отделенческая клиническая больница ст. Барнаул», ул. Молодежная 20, т. (3852) 29-24-69, 8-905-986-75-69