

УДК 616.89–008.441.13

КЛИНИКО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОЛИНАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

© 2006 г. *М.В. Овсянников*

The description psychopathologic and criteria of differential diagnostics of the forms of pathological dependence complicated by schizophrenia. Experience of use complex psychotherapies in treatment of dependences with a concomitant endogenic pathology.

Клиническая практика психиатрии и наркологии последних полутора десятилетий свидетельствует о неуклонном росте числа больных эндогенными психозами, страдающих сопутствующей патологической зависимостью от психически активных веществ. По современным данным среди больных эндогенными психозами до 30 % злоупотребляют одурманивающими веществами, а среди больных наркоманией и алкоголизмом не менее 15 % являются носителями эндогенного заболевания. Задача лечения больных с «двойным диагнозом» представляет большие трудности, так как сочетание двух параллельно развивающихся патологий влечет за собой сложное взаимовлияние феноменологических образований каждого из них [1].

Формирование алкогольной и наркотической зависимости у больных шизофренией определяется особенностями синдромального диапазона позитивных и негативных общепатологических расстройств. Изучение клинко-диагностических критериев двух одновременно развивающихся заболеваний представляется важным, прежде всего в интересах клинической практики, с целью выработки оптимальных подходов к лечению таких больных [2]. Патопсихологический аспект этой проблемы представляет как теоретический, так и практический интерес в плане выделения объективных критериев при типировании сложных, смешанных форм патологии. Мы попытались выделить несколько обобщенных характеристик, представляющих, на наш взгляд, основу для дифференциации от «неосложненных» форм патологической зависимости.

Материалом нашего исследования послужило сравнительное изучение трех групп испытуемых, одна из которых была экспериментальной – группа «микстных» больных со смешанной патологией, две другие – контрольные: больные шизофренией и больные со сформированной химической зависимостью. Диагноз эндогенного психоза устанавливался и верифицировался на основании результатов изучения состояния больных в условиях психиатрического стационара в соответствии с критериями МКБ-10. Диагноз полинаркомании устанавливался на основании наличия стержневых синдромов зависимости – сформированного патологического

влечения, систематического злоупотребления ПАВ, увеличения толерантности и синдрома лишения.

Группа «микстных» больных состояла из 175 мужчин и 45 женщин в возрасте от 19 до 57 лет (в общей сложности 220 чел.). Приступообразно-прогредиентное течение параноидной формы шизофрении отмечается у 78 больных, шизоаффективный тип шубообразного течения – у 57. Вяло-текущая шизофрения с неврозоподобной и психопатоподобной симптоматикой – у 69, юношеская гебоидная – у 16. Полисубстантная зависимость была сформирована как до манифестации шизофрении (у 66 пациентов), так и после ее дебюта (у 154 больных). Наиболее часто (44,5 % или 98 больных) встречалась зависимость от наркотиков опийного ряда, у 16,8 % (137 больных) наблюдалась зависимость от кустарно произведенных амфетаминоподобных наркотиков стимулирующего действия, у 38,6 % (85 чел.) диагностировался хронический алкоголизм. Деление это весьма условно, так как в подавляющем большинстве случаев имел место сочтенный прием или переход от приема одной субстанции к другой.

Контрольную группу больных шизофренией составили 87 чел. (72 мужчины и 15 женщин в возрасте от 16 до 63 лет), группу страдающих полисубстантной зависимостью – 96 чел. (74 мужчины и 22 женщины в возрасте от 19 до 45 лет) с длительностью сформированной зависимости от ПАВ от 2 до 22 лет. Распределение наблюдавшихся больных шизофренией по формам психоза и типам течения в процентном соотношении соответствовало экспериментальной группе для большей валидности сравнения.

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и катamnестический, дополненные патопсихологическим (с применением комплекса общепринятых методик) [3, 4].

Результаты исследования показывают, что для больных шизофренией со сформированной зависимостью от ПАВ чаще всего характерно массивное (в значительных дозах) бессистемное употребление самых различных по своему составу наркотиков и одурманивающих веществ. При этом типичны самопроизвольные обрывы приема ПАВ, смены их видов и сочетаний.

Обращение к психоактивным веществам обусловлено в первую очередь спектром субдепрессивных переживаний, неотъемлемым компонентом которых является тревога [5]. Ведущим мотивом здесь является желание подавить страх, уменьшить бредовую напряженность, избавиться от субъективно тягостных деперсонализационных расстройств. Непосредственные психофизические эффекты опиатов у таких больных были лишены индивидуальных эмоциональных особенностей и выражались в усилении до того латентной психопатологической продукцией – нарушении психомоторики, обманах восприятия, параноидной готовности, атипичном маниакальноподобном возбуждении (либо в грубом оглушении). Абстинентный синдром протекал крайне тяжело с характерной психопатологической симптоматикой, включающей транзиторные психопатические эпизоды. При этом выраженность болевых и вегетативных компонентов была менее

значительна в сравнении с группой больных, неотягощенной химической зависимостью.

Динамика актуализации и дезактуализации синдрома патологического влечения обнаруживает четкую зависимость от этапа течения шизофрении. Прием психотропных веществ обрывается при развитии массивной галлюцинаторно-параноидной симптоматики в рамках шубов. Регресс этой симптоматики в межприступный период способствует развитию злоупотребления ПАВ. Таким образом, влечение к наркотикам может выступать в качестве дифференциально-диагностического признака в течении шизофренической болезни.

Наркотическая интоксикация в большинстве случаев подавляет остроту продуктивной симптоматики, однако клиническая картина шизофрении при этом усложняется за счет нарастания грубых психоорганических изменений и развития дефицитарной симптоматики [6]. Такое сочетание усугубляет дефект и создает картину тяжелой деградации с необратимым нарушением социальной адаптации больных.

Патопсихологическое сравнительное исследование структуры дефекта трех вышеперечисленных групп испытуемых позволило выделить ряд дифференциально-диагностических критериев. Наличие двойного ряда расстройств – шизофренического и органического круга, особенно ярко проявляется в познавательной сфере, так как эмоциональные и мотивационно-личностные изменения могут быть недостаточно выражены (особенно в инициальных проявлениях болезни).

Степень выраженности нарушения познавательной сферы мышления в группе «микстных» больных оказалась более тяжелой, чем в группах с «чистой» патологией. Такое ухудшение связано с наложением нарушений потребностно-мотивационного компонента активности на органическую недостаточность больных, на значительно выраженные нарушения динамического аспекта их мыслительной деятельности. Это проявляется в нарушениях активного внимания в виде сужения его объема, резко сниженной способности к переключению, тенденции к явной истощаемости по гипостеническому варианту астении (больше, чем у половины испытуемых). Выявляется статистически значимое различие средних объемов динамического внимания между экспериментальной группой и группой больных шизофренией, и его отсутствие с группой больных, страдающей опийной наркоманией. Нарушение мнестической деятельности в виде повышенной истощаемости, медленного нарастания объема запоминаемого материала, резко сниженной способности к сохранению материала в памяти, а также выраженное снижение эффективности опосредованного запоминания (по причине выраженного ретроградного торможения при интерферирующей деятельности) также сближает «микстную» группу с больными, злоупотребляющими ПАВ, однако в группе смешанной патологии все эти нарушения выражены резче и тяжелее.

Для рассматриваемой категории больных характерны частые отказы от выполнения заданий, отсутствие заинтересованности в результатах исследования, безразличие к любым оценочным факторам.

Операциональная и личностно-мотивационная сфера мышления у больных шизофренией с зависимостью от ПАВ характеризуется своеобразием искажения процесса обобщения с тенденцией к актуализации латентных свойств объектов и отношений (чаще всего конкретно-функционального характера), выраженным субъективизмом суждений, явлениями стереотипии, псевдосимволизма и псевдоабстракции, нарушением целенаправленного мышления с элементами разноплановости суждений, снижением контроля за планомерным достижением поставленной задачи, а также эмоционально-волевым снижением, некритичностью, неадекватной (чаще завышенной) самооценкой. При этом на вышеперечисленные характеристики шизоидного плана очень сильное влияние оказывают нарушения динамики мыслительной деятельности – повышенная мозговая истощаемость, приводящая к снижению уровня обобщений к концу исследования до уровня проб и ошибок. Наложение этих «органических» по своей природе черт отягощают степень выраженности личностно-мотивационных нарушений.

Исследование личности с помощью методики ММРІ [3] в случаях с «чистой» патологией в целом имеет много общего внутри каждой отдельной группы. Так, у больных шизофренией идет стандартный подъем показателей по 8, 6, 7 и 0 шкалам – шкалы шизофрении, паранойи, психастении и интроверсии. У страдающих химической зависимостью это шкалы депрессии, психопатии, психастении (2, 4, 7 соответственно), характерное повышение по шкале гипомании (9) свидетельствует об активности и стеничности этих больных. В процессе психотерапевтической коррекции нормализуются аффективные шкалы (2 и 7), шкала психопатии наименее подвержена изменениям. В случаях смешанной патологии резко увеличивается мозаичность в личностных особенностях. Помимо шизоидных, астено-депрессивных и возбудимых вариантов большой удельный вес приобретает истеро-неустойчивый и тревожно-мнительный вариант личности. Показатели тревожности у таких пациентов возрастают в среднем на 5–7 % от характерных для контрольных групп. Важным, на наш взгляд, является показатель дополнительной шкалы ES – силы «я». Именно по этой шкале «микстные» больные дают наибольший разрыв с группами контрольных испытуемых.

Спектр реакций личности на манифестные психотические переживания также чрезвычайно широк и многогранен – от любопытства до смертельного ужаса. В зависимости от характера, продолжительности и силы этих переживаний, с одной стороны, и преморбидных личностных особенностей индивидуума, с другой, выстраивается реакция на болезнь и поведение больного в этой связи.

Нельзя не отметить тот факт, что сочетание шизофренических изменений с чертами органического слабоумия (вследствие мощной наркотиче-

ской интоксикации и развития энцефалопатии) достаточно быстро формирует дефект личности, близкий к необратимым конечным состояниям (кататонические данные показывают, что у таких больных страдает не только осмысленная сознательная активность, но и распадаются механизмы автоматизированной деятельности).

Определение структуры и глубины дефекта в течении сложных форм психической патологии имеет важное значение для определения терапевтического подхода. Коррекция вышеперечисленных групп патологии должна строиться комплексно, с дифференцированным сочетанием психофармакологического и психотерапевтического воздействия [7]. Для всех трех групп на начальном этапе лечения рационально применение аффективно детерминированной медикаментозной терапии. На этапе редукции психопатологической симптоматики основным методом лечения становятся дифференцированные методы психотерапии.

Возможность психотерапии наркологической болезни заключается в формировании адекватной критической позиции больного к своему заболеванию. Для больных наркоманией характерно нарушение сознания наркологической болезни [8] в виде синдрома отчуждения болезни, являющегося вторичным психопатологическим образованием синдрома патологического влечения. У этой категории больных отмечены случаи положительного отношения к факту болезни как средству ухода от решения жизненных проблем, а также способность видеть болезнь у других при отрицании ее у себя. Однако прекращение диссимуляции далеко не всегда означает возникновение положительного отношения к лечению. Важно не столько признание симптомов болезни, сколько достижение адекватной терапевтической позиции. В практическом плане первоочередное значение имеет именно коррекция позиция отчуждения лечения. Здесь акцент психотерапевтического воздействия целесообразно переносить на достижение согласия больного на urgentное лечение – «здесь и сейчас». Результаты динамического наблюдения за наркологическими больными подтвердили существование прямой связи между силой патологического влечения и степенью выраженности аффективных расстройств тревожно-дистимического спектра. Функционирование аффективно-кататимных механизмов подчиняется психопатологическим и патофизиологическим закономерностям эволюции сверхценной структуры синдрома патологического влечения. Регресс аффективного компонента ведет к ослаблению кататимного влияния на идеаторные процессы и восстановлению адекватного сознания болезни. Соответственно коррекцию внутренней картины болезни с помощью групповой и индивидуальной форм психотерапии необходимо проводить на базе психофармакотерапии после дезактуализации аффективных расстройств.

Психотерапевтические вмешательства при эндогенной аффективной патологии общепринято считать нецелесообразными. В настоящее время многие методики психотерапии рассматривают диагноз шизофрения как

противопоказание к такого рода лечению. Однако проводимая психиатрами разъяснительная и групповая работа, идущая в психиатрических стационарах, сама по себе дает положительные (возникновение критики к своему состоянию, укрепление навыков самообслуживания, расширение круга общения) и отрицательные (ятрогении, диссимуляция, феномен взаимоиндукции, госпитализм) результаты.

В клинике лечения шизофрении, в условиях современного состояния ее патоморфоза наиболее перспективным для психотерапевтического вмешательства являются больные с мало- и умереннопрогредиентным течением процесса. Резистентность к медикаментозному воздействию и трудности ранней дифференциальной диагностики определяют большую роль личностного подхода в работе с больными малопрогредиентной шизофренией. Существенным обстоятельством является значительная распространенность этой формы – все больные малопрогредиентной шизофренией (текущей как непрерывно, так и в форме приступов) составляют около половины общей популяции страдающих этим заболеванием.

Характерное сегодня постепенное начало шизофрении представляет тот естественный эффект времени и возможностей, который может наиболее полно использоваться для предотвращения социальной дезадаптации больного психотерапевтическими методами. Тщательное изучение глубинной психологии малопрогредиентной шизофрении и пограничных расстройств и поиск принципиально новых психотерапевтических приемов привели к формулированию модифицированных, пригодных для практического использования моделей. Эти модели очень отличаются по технике от классического анализа. Наряду с индивидуальной терапией стали применяться групповые подходы, успешно используются краткосрочные интенсивные модели, ранее не принимающиеся ни одной из школ.

Групповая психотерапия, по мнению многих авторов, целесообразна при вялотекущей и малопрогредиентной шизофренией, ремиссиях и постпроцессуальных состояниях с относительно неглубоким дефектом, однако ее применение практически невозможно при психотическом состоянии больного с выраженной аутичностью, агрессивностью, тревожностью. Набор приемов психотерапии в зависимости от состояния больного весьма широк и включает как поддерживающие, так и раскрывающе-реконструктивные.

Специфичность психотерапии при шизофрении заключается в применении индивидуализированного подхода, ставящего задачи, выходящие за пределы неспецифического эмоционального принятия больного. Мы придерживаемся мнения, что лечением считается воздействие не только на симптоматику, но и на структуры, патогенетически способствующие ее возникновению. Общая стратегическая задача психотерапии (исключая вариант острого психоза) – повышение зрелости Эго и качества функционирования психических защит. Задачи психотерапии в отношении больного шизофренией можно сформулировать следующим образом: стабилиза-

ция эмоционального фона, коррекция самооценки, развитие навыков проблемно-разрешающего поведения, достижение дифференцированного восприятия собственных и чужих личностных качеств, гармонизация отношений с близкими, реалистичная подготовка к неопределенному будущему.

Патогенетически многие психотерапевты видят много общего в проявлениях психоза и трансовых состояний, т.е. психоз рассматривается как спонтанно-развивающееся трансовое состояние, являющееся способом психологической защиты. Основываясь на этой точке зрения, наш опыт свидетельствует о том, что наиболее эффективными при работе с подсознанием шизофреника оказываются трансовые техники, использование метафор и парадоксальный подход.

В случаях со смешанной патологией с социальной точки зрения основной проблемой является коррекция зависимого поведения. Однако многочисленные наблюдения как отечественных, так и зарубежных специалистов свидетельствуют о крайне низкой эффективности применения амбулаторных программ, наиболее широко применяемых при алкоголизме и наркомании [9]. С точки зрения структурно-динамического подхода главной мишенью в таких случаях должно быть не зависимое поведение, а эндогенное заболевание. В своей практике мы использовали синдромологический подход к назначению медикаментозного воздействия в сочетании с интегративной психотерапией и мерами социальной реабилитации. Интегративная психотерапия включала в себя сочетание методик нейролингвистического программирования по Гриндеру, Бендлеру, Лейнеру, Дилтсу и Андреас [10], символдрамы по Лейнеру [11, 12], эриксоновского гипноза и семейной психотерапии по Витакеру, Минухину, Сейтер [13].

Первый этап работы имеет целью налаживание психотерапевтического контакта. С больными шизофренией особенно важным является невербальный контакт в силу характерных эмоционально-волевых нарушений и структурных нарушений мышления. В ходе беседы необходимо выявить особенности работы подсознания конкретного пациента – основные фильтры информации. Критерием достаточности психотерапевтического контакта является получение подсознательного сигнала «да» на большинство высказываний терапевта. За подстройкой к состоянию больного и созданием прочного психотерапевтического контакта следует ведение – больной начинает идентифицировать себя с психотерапевтом, чему способствует наличие синдрома диффузной идентичности с потерей границ между Я и объектом (в этой ситуации возникает эффект как бы «вытягивания» психотерапевтом больного из психотической ямы).

Следующий этап включает выявление проблемы, которую больной осознавал бы и хотел бы решить. Хорошо, если это будет реальная проблема, однако в случае работы с больными шизофренией можно признать реальной и бредовую идею, стремясь дальнейшими действиями скорректировать ее «изнутри», т.е. важно заинтересовать больного результатами совместной психотерапевтической работы. Выбор конкретных техник за-

висит от подготовленности специалиста и состояния больного. Имеет смысл кратко остановиться на трех подходах, наилучшим образом зарекомендовавших себя в нашей клинической практике.

1. В атмосфере сотрудничества предложить больному предложить расслабляться всегда, когда он этого захочет, и под видом аутотренинга перейти к фракционному гипнозу по Фогту – Кречмеру. С первого же сеанса, погружая больного как можно в глубокий транс, утомляя его противоречивыми командами и проводя до 5 циклов погружения – выход, дают несколько косвенных внушений на спокойствие, релаксацию и более быстрое и глубокое погружение на следующем сеансе. После 2–3 таких сеансов можно переходить к более сложным техникам.

2. Использовать с первого же сеанса технику сущностной трансформации с закреплением результатов на «Линии жизни», описанной Андреас. Эта методика при отсутствии выраженных нарушений мышления дает возможность стабилизации состояния больного и зачастую оказывается самой короткой: работа с визуализацией позитивных образов больного, а затем, используя методику наложения модальностей, переход к переживанию образа «изнутри». Следует закорить возникающие чувства и по возможности зарисовать образ после окончания сеанса.

3. После достижения психотерапевтического контакта и относительной компенсации в эмоционально-волевой сфере можно переходить к переживанию образов основной ступени символдрамы. Вместо стандартной формулы релаксации используется техника эриксоновского гипноза, а вместо «следования за клиентом» символдрама проводится в манипулятивном, даже в директивном стиле. На начальных этапах работы необходимо избегать переживания психотравмирующих образов, а при их возникновении – отвлекать больного на детали или выходить из образа, так как при декомпенсации состояния усиление защиты расщеплением оказывается полезным. Важно иметь хорошие кинестетические или аудиальные якоря для стабилизации состояния больного при психотравмирующем развитии образа. Никаких интерпретаций и обсуждения рисунков до выхода из психоза и эмоциональной компенсации не проводится. Свободное «плавание по волнам образов» больного может вызвать ухудшение состояния. Однако после проработки ландшафтных образов основной ступени работа в режиме свободных ассоциаций становится возможной. Главное здесь – само взаимодействие двух личностей, лежащее далеко за пределами сознания обоих.

Следует особо упомянуть категорию маниакальных больных, так как использование трансовых методик в этом случае усиливает и развивает маниакальные состояния.

Прогноз лечения резко улучшается, если репрезентативные для него лица также начинают проходить психотерапию, особенно если этот процесс дополняется семейной терапией. Коррекция неконгруэнтности внутрисемейных отношений имеет целью протравивание общения так, чтобы в

нем не было «двойных связок», а чувства и потребности можно было проговорить, найти компромисс и эмоциональную поддержку. Кроме этого, членам семьи полезно найти объединяющие их ценности и начать совместно работать для их достижения. Как правило, все, что происходило в семье ранее, в том числе наркотизация и психозы, являлось патологически извращенным способом достижения этих ценностей. Более зрелое функционирование семьи и иная, чем прежде, роль пациента в ней может вызвать усиление тревоги больного. Если использовать эту тревогу как стимул для трансформации личности и выработки адаптивных поведенческих реакций, поддерживающихся новой структурой семьи, то семья может явиться (на начальных этапах) наилучшей психотерапевтической группой для данной категории больных. Только после этого пациент может быть успешно включен в групповой процесс реабилитации зависимого поведения по «Минессотской модели».

Обязательные поведенческие занятия, включение больного в процесс групповой терапии, рациональное трудоустройство, посильная волонтерская деятельность в организации реабилитационного процесса для больных со сходными проблемами развивают навыки социальной реадaptации у этой категории пациентов.

Применение такого интеграционного подхода позволило повысить общую эффективность лечения. Следует отметить, что отказ от употребления психоактивных веществ не всегда сопровождается полной редукцией психопродуктивной симптоматики, но само по себе прекращение их приема оказывалось чрезвычайно ценным как для самих пациентов, так и для их близких.

При соблюдении стандартного требования сочетания психотерапии с медикаментозной терапией у больных отмечается снижение числа и длительности повторных госпитализаций и инвалидизации в достоверно большей степени, чем у пациентов контрольных групп, получавших одни лишь психофармакологические средства. При этом удается повысить мотивацию больных к продуктивной деятельности и снизить дозировки используемых препаратов.

Литература

1. Чирко В.В. Сочетание хронического алкоголизма и наркоманий с различными формами психических расстройств: Лекции по клинической наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. М., 1995. С. 97–105.
2. Павлова И.В. // *Вопр. клиники, патогенеза и лечения шизофрении*. М., 1957. С. 147–170.
3. Собчик Л.Н. СМЛЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СПб., 2001. С. 112.
4. Анохина И.П. // *Журн. фармакологии и токсикологии*. 1990. Т. 53. С. 4–9.
5. Тиганов Ф.С., Хохлов Л.К. Вопросы патоморфоза психических заболеваний. // VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. М., 1988. Т. 1. С. 138–139.

6. Носатовский И.А. // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: Материалы рос. конф. М., 2004. С. 308–309.
7. Иванец Н.Н., Чирко В.В., Демина М.В. Клиника и лечение осложненных форм опийной наркомании: Пособие для врачей психиатров-наркологов. М., 1999. С. 23.
8. Демина М.В. // Наркология. 2003. № 9. С. 22–25.
9. Чирко В.В. Алкогольная и наркотическая зависимость у больных эндогенными психозами. М., 2002.
10. Гриндер Д., Бэндлер Р. Из лягушек – в принцы. Сыктывкар, 2000.
11. Лейнер Х.-К. Кататимное переживание образов. М., 1996.
12. Обухов Я.Л. Символдрама и современный психоанализ. Харьков, 1999.
13. За пределами психики. Терапевтическое путешествие Карла Витакера. М., 1999.

Ростовский государственный медицинский университет

13 мая 2006 г.

УДК 616.314:614.212(470.638)

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИК РЕГИОНА КАВКАЗСКИХ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД

© 2006 г. А.Е. Трофименко, Т.И. Кабакова

The aim of the carried out research was to study the work of stomatologic organizations with the help of SWOT-analysis. During the STEP-analysis there were determined the environment factors that influence the work of these establishments. As a result of the research there were analyzed the factors of the work of the stomatologic polyclinics itself. The obtained data are summarized and can be used by the directors of stomatologic establishments of different patterns of ownership for practical purposes.

По данным ВОЗ, стоматологическими заболеваниями сегодня страдает более 90 % населения старшего возраста. Наблюдается постоянный рост заболеваемости основными стоматологическими патологиями (кариес, гингивит, пародонтит) [1, 2].

В последние годы в фармацевтической печати большое внимание уделяется результатам многочисленных исследований, посвященных изучению рынка, ассортимента, потребителей [3]. Однако маркетинговый анализ такой группы, как стоматологические поликлиники, недостаточно представлен. Особенно это актуально стало с увеличением количества стоматологических частных кабинетов, клиник и, как следствие, обострением конкуренции на рынке стоматологических услуг [4]. Целью нашего исследования явился анализ факторов, влияющих на деятельность стоматологических учреждений.

Материалы и методы

В ходе выполнения данного исследования нами были использованы материалы медицинской статистической отчетности по Ставропольскому