

диагностическогo компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети.

В Тульской области в 2009 г. доля пациентов с диагнозом рак яичников, установленном в IV стадии заболевания по сравнению с 1999 г. увеличилась с 24,7% до 27,0% (рис. 2).

За последние 10 лет возросла доля морфологически верифицированных диагнозов рака яичников с 90,4% до 92,6% (табл. 3).

В Тульской области за последние 10 лет наблюдается значительное увеличение смертности на 43,86%, что является очень высоким показателем и превышает показатель в РФ в 2 раза (табл. 4).

Распространенность процесса и гистологический тип опухоли являются главными прогностическими факторами, влияющими на показатели выживаемости пациенток, больных раком яичников. Большинство больных раком яичников к моменту постановки диагноза имеют уже распространенный опухолевый процесс, что связано со «скрытым» бессимптомным течением заболевания на ранних стадиях. Своевременная диагностика рака яичников является одной из сложнейших проблем онкогинекологии.

Пятилетняя наблюдаемая выживаемость при раке яичника незначительно снизилась с 59,7% в 1999 году до 56,7% в 2009 году.

В России число таких заболеваний, выявленных вновь, в 2009 г. достигло 40,4 тыс., составив около 17% от числа всех злокачественных опухолей. В Тульской области процент вырост до 21,5%. Стандартизированный показатель заболеваемости раком яичников в России в 2009 г. составил 10,7 на 100 000 женского населения, среди стран СНГ – в Белоруссии (11,5) и на Украине (10,6), Казахстане (9,3), в Тульской области заболеваемость составила 14,3. Выше чем по России, заболеваемость в Адыгее, Карачаево-Черкесии и Санкт-Петербурге [6]. В странах Европейского Союза заболеваемость раком яичников составляла 9,6 на 100 000, значительно выше она была в Дании (13,8 на 100 000) и Австрии (13,3 на 100 000) [5]. Средний возраст заболевших по России и по Тульской области составляет 50-59 лет, в Белоруссии этот возраст 60-65 лет, на Украине 55-65 лет. Смертность в Тульской области от данного заболевания составила на 2009 год 11,4 на 100 000 женского населения, в среднем по России показатель составил 10,5, в Белоруссии 4,4, а на Украине 6,5. Пятилетняя выживаемость в Тульской Области составила 56,7%, в среднем по России показатель был 60,2%, в Белоруссии 70,2%, а на Украине 63,5%.

Тульскую область по заболеваемости раком яичников можно отнести к регионам с высокой онкогинекологической заболеваемостью.

Рак яичников диктует необходимость разработки системы выявления заболевания на ранних стадиях, что позволит повысить пятилетнюю выживаемость и сократить смертность.

Литература

1. Бохман, Я.В. Лекции по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – С. 303.
2. Баталова, Г.Ю. Современные представления о пограничных опухолях яичников / Баталова Г.Ю., Новикова Е.Г. // Вопросы онкологии, 2005. – том 51. – №2. – С. 173–181.
3. Диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников / Богинская Л.Н. [и др.] // Опухоли яичников, Сб. научных трудов. – Иркутск, 2005. – С. 83–89.
4. Вишневский, А.С. Опухоли яичников / Вишневский А.С., Скрыбин О.Н. // Журнал акушерства и женских болезней, 2005. – выпуск 4. – С. 28–32.
5. Жордания, К.И. Злокачественные новообразования яичников. Энциклопедия клинической онкологии / К.И. Жордания. – М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2004. – С. 205–209.
6. Cancer Incidence in Five Continents. Lyon IARC / Parkin D.M. [et.al.], 2003. – Vol. VIII. – P. 115–118.

THE ANALYSIS OF OVARIAN CANCER INCIDENCE RATE
IN TULA REGION OVER TEN YEARS

G.M. CHIBISOVA, V.G. VOLKOV

Tula State University Chair of Obstetrics and Gynecology

The article presents the evaluation of ovarian cancer morbidity, mortality, lethality and five-year survival rate in the Tula Region for the previous 10 years. The morbidity rate is 4 times has increased. The lethality is 2 times greater than in Russia on the whole. Five-year survival rate has reduced by 3%. The Tula Region can be related to the

regions of high onco- and gynecological morbidity rate.

Key words: ovarian cancer, morbidity, mortality, lethality, five-year survival rate.

УДК 617.582-089

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

И.П. АРДАШЕВ*, В.В. КАЛАШНИКОВ**, В.В. КАЛАШНИКОВ**,
А.А. ГРИГОРУК*, К.С. КАЗАНИН*, А.В. БАСОВ*

В статье показана частота переломов шейки бедренной кости. Дается сравнительный анализ, показания к консервативному и различным методам оперативного лечения. Прослежены отдаленные результаты лечения пациентов с переломами шейки бедренной кости.

Ключевые слова: переломы, шейка бедра, пожилой возраст, остеосинтез, эндопротезирование.

Число переломов шейки бедренной кости в мире непрерывно увеличивается, особенно в развитых странах с возрастающей продолжительностью жизни. Если в 1990 году суммарно число переломов шейки бедра по оценкам ВОЗ достигало 1,7 миллионов случаев в год, то к 2050 году эта цифра достигнет отметки 6,3 миллиона случаев ежегодно. Большинство этих повреждений сопряжено с остеопорозом [5,14]. Известно, что одно из самых тяжелых осложнений при остеопорозе – переломы шейки бедренной кости [7,8,11].

На основании многочисленных исследований установлено, что переломы шейки бедренной кости у лиц старше 60 лет чаще всего обусловлены остеопорозом [1,9,10,13]. Лечение таких переломов является наиболее затратным и в то же время менее результативным: показатели смертности, инвалидности при них выше, чем при других переломах на фоне остеопороза вместе взятых [13].

Переломы шейки бедра представляют серьезную угрозу для жизни больных пожилого и старческого возраста. При среднем возрасте 78-81 год речь идет об исключительно полиморбидном контингенте. К моменту травмы у них уже имеются различные сопутствующие заболевания, что в комплексе приводит к обильному «синдрому декомпенсации» систем и органов и обуславливает высокую летальность [2].

В течение первого года после травмы, даже при своевременном и полноценном оперативном лечении, переломы шейки бедра уносят жизнь примерно четверти пострадавших, при консервативном же лечении летальность достигает 60-80% [2,6,12]. Длительное пребывание в постели на фоне развивающейся травматической болезни, а нередко и сенильного психоза, влечет за собой развитие гипостатических осложнений (пневмония, пролежни, флеботромбозы и пр.), которые зачастую и приводят к гибели пострадавшего [4,15]. Причем смертность прогрессивно возрастает с увеличением возраста пострадавших [12].

По наблюдениям разных авторов отчетливо прослеживается зависимость выживаемости травмированных пациентов от метода лечения, при этом все отмечают значительное снижение летальности при раннем оперативном лечении [3].

В связи с высокими показателями инвалидности и занятости коек в стационарах больными с переломами на фоне остеопороза это заболевание является не только медицинской, но и важной социально-экономической проблемой [13].

Цель исследования – изучить распространенность, структуру, отдаленные результаты консервативного и различных видов оперативного лечения переломов шейки бедра.

Материалы и методы исследования. За период 2007-2009 гг. в клинику обратилось 238 пациентов с переломами шейки бедренной кости. Из них в 2007г. – 75 (31,5%) пациентов, в 2008г. – 79 (33,2%) пациентов, в 2009г. – 84 (35,3%) пациента.

В первые сутки после травмы обратилось около половины пациентов – 129 (54%): в 2007г. – 41 (54,7%) человек, в 2008г. – 44 (55,7%), и в 2009г. – 44 (52,4%) человека.

Среди пациентов преобладали женщины – 166 (69,7%), мужчин было 72 (30,3%) человека.

Средний возраст обратившихся составил 71 год: в 2007 г. –

* Кемеровская государственная медицинская академия, e-mail: kemsma@kemsma.ru

** МУЗ «Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, e-mail: trvmagkb3@mail.ru

71,7 лет, в 2008 г. – 70,9 лет, в 2009 г. – 70,4 лет. Среди получивших травму преобладали пациенты пенсионного возраста – 80,9%.

Наиболее часто обращались пациенты в возрасте от 70 до 89 лет (62,18%), при этом можно отметить гендерные отличия: у женщин в возрасте старше 60 лет зарегистрировано более 86% переломов этой локализации (табл.).

При изучении механизма травм выявлено, что большая часть переломов (от 90,6 до 98% в разные годы исследуемого периода) была связана с минимальной травмой – падение с высоты собственного роста. Переломы у пациентов в возрасте до 50 лет чаще встречаются у мужчин и происходят в результате высокоэнергетической травмы.

Сопутствующая соматическая патология, требующая коррекции, выявлена у 182 (76,4%) пациентов. В основном преобладала патология сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

Первично на амбулаторное лечение, после обследования в приемном отделении, включавшим в себя клинический осмотр, рентгенографию, электрокардиографию, клинический анализ крови, мочи, биохимические исследования крови, а также осмотр смежных специалистов при необходимости, выписан 81 человек, что составило 34,1%. Перед выпиской накладывалась деротационная гипсовая повязка.

Таблица

Распределение больных с переломами шейки бедра по полу и возрасту в период 2007-2009 гг.

Возраст, годы	М		Ж		Всего	
	чел	%	чел	%	чел	%
20-29	1	1,4	0	0,0	1	0,42
30-39	2	2,8	2	1,2	4	1,68
40-49	5	6,9	3	1,8	8	3,36
50-59	14	19,4	18	10,8	32	13,45
60-69	13	18,1	20	12,0	33	13,87
70-79	19	26,4	57	34,3	76	31,93
80-89	18	25,0	54	32,5	72	30,25
90-99	0	0,0	12	7,2	12	5,04
Итого	72	100,0	166	100,0	238	100,00

В отделение травматологии госпитализировано 157 человек, что оставило 65,9% от общего числа обратившихся. Причем, в 2007 г. госпитализировано 43 (53,7%) человека, в 2008 г. – 53 (67,1%) и в 2009 г. – 61 (72,6%) человек.

Из госпитализированных пациентов 29 (18,5%) пролечено консервативно в связи с выявлением абсолютных противопоказаний к оперативному вмешательству. Как правило, они были связаны с декомпенсацией соматической патологии и с развитием сенильных психозов. Эти больные выписаны на амбулаторное лечение с иммобилизацией деротационной гипсовой повязкой. Средний срок пребывания в стационаре этих пациентов составил 4,3 дня.

Таким образом, из всех обратившихся пациентов 110 (46,2%) пролечено консервативно.

Оперировано 126 пациентов: 80,3% из госпитализированных и 52,9% от всех обратившихся в клинику. Средний возраст оперированных больных составил 69,4 лет.

При определении показаний для выбора метода оперативного лечения использовалась классификация Garden (1964). Противопоказанием к остеосинтезу мы считали переломы типа Garden IV, т.е. переломы с полным разобщением отломков с высоким риском асептического некроза головки, лизиса шейки бедренной кости. В этих случаях предпочтение отдавали эндопротезированию.

При оперативном лечении использовались два метода: остеосинтез винтами на ортопедическом столе после закрытой репозиции под контролем электронно-оптического преобразователя и тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Остеосинтез проведен 113 (89,6%), эндопротезирование – 13 (10,3%) пациентам. Во всех случаях выполнялось тотальное эндопротезирование, в 3 (23,1%) случаях бесцементное, в 10 (76,9%) цементное. Средняя длительность предоперационной подготовки составила 4,05 суток и была обусловлена необходимостью коррекции сопутствующей соматической патологии. Средний койко-день пребывания в стационаре оперированных больных составил 15,4 дня. В предоперационном периоде большая часть больных находилась на скелетном вытяжении (от 70,2 до 84,4% в разные годы исследуемого периода). Всем пациентам в периоперационном периоде проводилась профилактика тром-

боэмболических осложнений, пролежней, занятия лечебной физкультурой. После остеосинтеза активизация начиналась на 2-3 сутки после операции, ходьба на костылях или ходунках на 4-5 сутки. После эндопротезирования активизацию начинали на 4-5 сутки.

Оценка отдаленных результатов проводилась в сроки от 1-го до 3 лет после травмы. Осмотрено 83 (64,8%) пациента пролеченных оперативным, и 64 (58,2%) пациента консервативно. При этом проводились клиническое и рентгенографическое обследования. При рентгенографии оценивалось сращение перелома, и при его наличии степень укорочения шейки бедренной кости, наличие или отсутствие признаков лизиса головки, шейки бедренной кости. Для комплексной оценки функционального состояния тазобедренного сустава в отдаленном периоде использовали опросник Harris Hip Score.

Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты изучены у 74 (64,3%) больных после остеосинтеза, у 11 (84,6%) после эндопротезирования тазобедренного сустава и у 64 (58,2%) пациентов от всех пролеченных консервативно.

После остеосинтеза сращение перелома наблюдалось в 47 (63,5%) случаях, несращение – в 27 (36,5%) случаях. Отличные результаты получены у 15 (20,3%) больных, хорошие у 11 (14,9%) больных, удовлетворительные у 17 (22,9%) больных и неудовлетворительные у 31 (41,9%) больного. При наличии сращения перелома отдаленный функциональный результат напрямую зависел от степени укорочения шейки бедренной кости. При несращении перелома во всех случаях результат был неудовлетворительным. Большинство отличных результатов – в 13 случаях из 15 (86,7%), были отмечены у пациентов моложе 60 лет. В остальных возрастных группах достоверной корреляции между возрастом и отдаленными функциональными результатами не прослеживалось.

После эндопротезирования отличные результаты получены у 5 (45,5%) больных, хорошие у 6 (54,5%) больных. Мы не отметили зависимость отдаленных функциональных результатов от возраста пациентов.

Из 128 прооперированных пациентов 2 (1,6%) умерло в раннем послеоперационном периоде: один пациент после тотальной цементной артропластики и один после остеосинтеза канюлированными винтами. Причиной смерти в обоих случаях являлась тромбоэмболия легочной артерии.

После консервативного лечения обследовано 64 (58,2%) пациента, из них 18 (28,1%) обследовано рентгенологически и клинически, 46 (71,9%) только клинически. При рентгенологическом обследовании в 100% случаев сращения не наблюдалось, функциональный результат у всех больных был неудовлетворительным. Во всех случаях несращение перелома сопровождалось асептическим некрозом головки, лизисом шейки бедренной кости. У пациентов, обследованных только клинически, функциональный результат так же был неудовлетворительным, поэтому можно предположить, что сращения у них так же не было.

Выводы. За небольшой промежуток времени (с 2007 г. по 2009 г.), по нашим данным, число больных с переломами шейки бедра обратившихся в клинику увеличилось на 12%. Это является свидетельством роста числа больных с остеопорозом. Роль остеопороза, как причины перелома шейки бедренной кости, подтверждается прежде всего максимальной распространенностью этих переломов среди лиц пожилого и старческого возраста, а так же тем, что от 90,6 до 98% переломов в анализируемые годы происходило при падении с высоты собственного роста, т.е. при минимальной травме. Общепризнанным является то, что переломы возникшие вследствие воздействия низкоэнергетической травмирующей силы, следует рассматривать как переломы на фоне остеопороза. Тенденцию к «омоложению» остеопороза и переломов на его фоне, отмеченную в нашем исследовании, описывают и другие исследователи [10,13].

Отказ в оперативном лечении производился только тем пациентам, кому оперативное лечение категорически противопоказано из-за тяжелой сопутствующей соматической патологии. При первичном осмотре в оперативном лечении отказано 81 (34%) пациенту. Из госпитализированных пациентов, после дообследования, отказано 29 (22,6%) пациентам.

За исследуемый период процент госпитализированных больных увеличился с 53,7% в 2007 г. до 72,6% – 2009 г. Также, увеличилось количество прооперированных пациентов на 13,3%. Это связано с расширением показаний к оперативному лечению

(как остеосинтезу, так и к эндопротезированию), признанием того факта, что оно проводится по жизненным показаниям, т.к. по данным литературы смертность при консервативном лечении достигает 70% в течение 1 года после травмы.

Пациентам, более молодого возраста (до 60 лет), учитывая большое количество отличных функциональных результатов, при переломах Garden I, II, целесообразно проведение малоинвазивного остеосинтеза шейки бедренной кости, которое позволяет добиться сращения и благоприятного функционального результата. Больным более старшего возраста и с переломами Garden III, IV рекомендовано проведение эндопротезирования тазобедренного сустава. В случае наличия противопоказаний к проведению эндопротезирования (в виду его большей травматичности), проводился малоинвазивный остеосинтез. Целью операции в таких случаях являлось восстановление способности к самообслуживанию, избежать длительного постельного режима и связанных с ним осложнений.

Таким образом, при остеосинтезе шейки бедренной кости необходимо стремиться не только к достижению сращения перелома, но и к положительному функциональному результату.

Первичное эндопротезирование позволяет добиться хороших и отличных функциональных результатов при переломах шейки бедра. Однако, в случаях когда есть риск того, что пациент не перенесет обширное вмешательство, показан малоинвазивный остеосинтез шейки бедра для активизации пациентов и профилактики гипостатических осложнений.

Литература

1. Аникин, С.Г. Частота переломов проксимального отдела бедра среди жителей г.Электросталь (ретроспективное эпидемиологическое исследование) / Аникин С.Г., Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. // Остеопороз и остеопатии. – 1999. – №2. – С. 5-7.
2. Войтович, А.В. Оперативное лечение больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в системе медицинской реабилитации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. / А.В. Войтович. – СПб, 1994.
3. Экстренное оперативное лечение больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости / А.В. Войтович [и др.] // Травматол. Ортопед. Росии. – 1996. – №3. – С. 32–33.
4. Гемипропластика тазобедренного сустава при переломах шейки бедра современными отечественными протезами / В.В. Ключевский [и др.] // Эндопротезирование в России. – Вып. 3. – Казань, 2007. – С. 297–303.
5. Особенности эндопротезирования при переломах шейки бедренной кости / А.Ф. Лазарев [и др.] // Эндопротезирование в России. – 2007. – Вып. 3. – С. 236–245.
6. Михайлов, Е.Е. Частота переломов проксимального отдела бедренной кости и дистального отдела предплечья среди городского населения России / Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Аникин С.Г. // Остеопороз и остеопатии. – 1999. – Вып. 3. – С. 2–6.
7. Михайлов, Е.Е. Эпидемиологическая характеристика переломов костей конечностей в популяционной выборке лиц 50 лет и старше / Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Баркова Е.И. // Остеопороз и остеопатии. – 1998. – №2. – С. 2–6.
8. Ригз, Б. Остеопороз (этиология, диагностика, лечение) / Ригз Б., Мелтон Л. – БИНОМ, 2000. – С. 135–153.
9. Родионова, С.С. Инволютивная форма системного остеопороза / С.С. Родионова // Клинический геронтолог. – 1995. – №1. – С. 37–40.
10. Франке, Ю. Остеопороз / Ю. Франке, Г. Рунге – М., 1995. – С. 32.
11. Цейтлин, О.Я. Распространенность переломов проксимального отдела бедренной кости в группе повышенного риска в г. Чапаевске / Цейтлин О.Я., Вербовой А.Ф. // Остеопороз и остеопатии. – 2001. – №2. – С. 7–8.
12. Prospective comparison of hip fracture treatment / M. Berglund-Roden [et al.] // Acta Orthop. Scand. – 1994. – Vol. 65. – P. 287–294.
13. Cummings, S.R. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures / S.R. Cummings, L.J. Melton // Lancet. – 2002. – Vol. 359. – P. 1761–1767.
14. Risk factors for hip fractures in white women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group [Text] / S.R. Cummings [et al.] // N Engl J Med. – 1995. – Vol. 322. – P. 767–773.
15. Pederson, D.R. Pelvic muscle and acetabular contact forces

during gait / D.R. Pederson, R.A. Brand, D.T. Davy // J. Biomech. – 1997. – Vol 30, №9. – P. 959–965.

EXPERIENCE OF TREATING FEMORAL NECK FRACTURES

I.P. ARDASHEV, V.V. KALASHNIKOV, V.V. KALASHNIKOV, A.A. GRIGORUK, K.S. KAZANIN, A.V. BASOV

Kemerovo State Medical Academy
City Clinical Hospital № 3 after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo

The article describes the frequency of femoral neck fractures. A comparative analysis as well as indications for conservative and various methods of surgical treatment are given. The article traces long-term outcomes of treating patients with femoral neck fractures of the hip.

Key words: fracture; femoral neck, advanced age, osteosynthesis, arthroplasty.

УДК 616. 831-005

СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ПЕПТИДЫ ПЛАЗМЫ КРОВИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Б. С. НАГОЕВ, М.А.-К. ЕЛЕЕВА*

В статье даётся оценка уровня среднемолекулярных пептидов плазмы крови у больных с острым нарушением мозгового кровообращения как показателя эндогенной интоксикации. Под наблюдением находилось 238 больных. Использован скрининговый метод В.В. Николаича в модификации М.И. Габриловича.

Ключевые слова: среднемолекулярные пептиды, плазма крови, острое нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт, геморрагический инсульт.

Универсальным маркером эндогенной интоксикации являются *среднемолекулярные пептиды* (СМП) измерение которых в разных биологических жидкостях, в первую очередь в плазме крови, вошло в практику лабораторного анализа [5]. СМП представляют собой пул веществ со средней молекулярной массой от 300 до 5000 Да, фрагменты нуклеиновых кислот и ароматические аминокислоты, накопление их происходит при нарушении функциональной активности систем детоксикации и усиленном катаболизме белков [3]. СМП, нарушая физико-химические свойства клеточных мембран, делают их более доступными для разного рода повреждающих воздействий, включая процессы перекисного окисления липидов [6,8]. Уровень молекул средней массы используют как критерий оценки тяжести состояния у больных с разной патологией (острые респираторно-вирусные инфекции, острые кишечные инфекции, инфаркт миокарда, токсемия, уремия, вирусные гепатиты)[4,9], для улучшения динамики, прогноза и течения болезни, адекватности проводимого лечения. Роль СМП в патогенезе *острых нарушений мозгового кровообращения* (ОНМК) изучена недостаточно [2,7].

Цель исследования – изучить состояние СМП в плазме крови у больных с ишемическим и геморрагическим инсультом.

Материалы и методы исследования. Изучено содержание СМП в плазме крови у 238 больных (мужчин – 149; женщин – 89) с ОНМК, госпитализированных в неврологическое и нейрохирургическое отделения РКБ МЗ КБР г. Нальчика. Возраст больных: до 40 лет – 25; 41-60 лет – 97; старше 60 лет наблюдали 116 больных. Среди обследованных ишемический инсульт установлен у 126 больных, геморрагический инсульт у 112 больных. В первые 3 дня заболевания поступило 218 больных, после 3 суток – 20. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь зарегистрирована у 65 больных; сахарный диабет – у 17 больных; ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз – у 22; хронический обструктивный бронхит в стадии обострения, застойная пневмония отмечена у 33 больных.

Для определения уровня концентрации СМП в плазме крови использован скрининговый метод В.В. Николаича в соавторстве [5] в модификации М.И. Габриловича [1].

Суть данного метода состояла в том, что 2 мл плазмы крови, стабилизированной гепарином, смешивали с 2 мл 1,2 М хлорной кислоты и центрифугировали при 7000 г в течение 20 мин. 2 мл надосадочной жидкости отделяли, добавляя 0,4 мл 2 М карбоната калия и помещали в морозильную камеру холодильника на

* Кабардино-Балкарский Государственный Университет, 361500 г. Баксан ул. Фрунзе д.5, кв.38 тел.: 8-909-491-71-77; e-mail: eleeva-m@yandex.ru.