

тимические препараты использовались для лечения отдаленных последствий боевой психической травмы в сочетании с антидепрессантами, а так же для монотерапии. Из группы нормотимических препаратов чаще назначался карбамазепин (600-800 мг/сут., перорально), препараты вальпроевой кислоты (500-1500 мг/сут., перорально), ламотридин (50-150 мг/сут., перорально). Нормотимические препараты помогали купировать дисфорические проявления, использовались в качестве противорецидивной терапии, корректировали личностную декомпенсацию.

Анксиолитические препараты в сочетании с антидепрессантами ускоряли купирование аффективных нарушений, использовались для ускорения проявления терапевтического действия, оказывали быстрое седативное действие. Из анксиолитиков использовались препараты быстрого действия (альпразолам, лоразепам, клоназепам), в средних терапевтических дозах, для краткосрочной терапии (20-30 дней), с учетом высокой коморбидности посттравматических расстройств и аддитивных нарушений.

Для купирования позитивных аффективных включений (ажитация, идеи самообвинения, суицидальные тенденции), так и негативной аффективности (апатия, ангедония, дисфория) было необходимо назначение небольших доз нейрорепрессантов (оланзапин, кветиапин, хлорпроксен, тиоридазин, зуклопентиксол) [9]. Хлорпроксен успешно использовался для лечения хронической инсомнии и парасомний, в дозе 25-50 мг/сут., перорально.

В комплексной терапии атипичных нейрорепрессантов использовались для лечения тревожно – фобических, соматоформных расстройств (рисперидон 2-4 мг/сут., кветиапин 50-150 мг/сут, зипразидон 80-120 мг/сут., перорально) При личностной декомпенсации с помощью нейрорепрессантов хорошо купировались симптомы взрывчатости, брутальности, склонность к формированию сверхценных идей, аномалии влечений [10]. Для коррекции личностных нарушений эпилептоидного или истеро-эпилептоидного типа назначались перорально, зуклопентиксол от 6 до 50 мг/сут, оланзапин 5-10 мг/сут. При этом учитывалось, что нейрорепрессантам свойственно нежелательное нейротропное и соматотропное действие, проявляющееся в экстрапирамидных, вегетососудистых, эндокринных, гематологических нарушениях.

Учитывая органический фон, который наблюдался у 90% ветеранов боевых действий (последствия минно-взрывных черепно-мозговых травм, ранений и др.) в комплексную терапию включали церебропротекторы, ноотропы, вазоактивные препараты, витамины. Органическое поражение головного мозга у 17% ветеранов в исследуемой группе, проявлялось развитием когнитивного дефицита, который способствовал профессиональной и бытовой дезадаптации. Кроме того, когнитивные нарушения декомпенсировали имеющиеся аффективные, поведенческие и личностные расстройства, усугубляя социальную дезадаптацию. Для базисной терапии когнитивных нарушений использовались ингибиторы холинэстеразы и модуляторы глутаматных рецепторов (галантамин, ривастигмин, мемантин), средняя продолжительность курса лечения составляла 8-12 месяцев.

Лекарственная терапия сочеталась с психотерапией, которая была базовой в реабилитации данной группы пациентов. Наиболее эффективными методами психотерапевтической коррекции были краткосрочная когнитивно-поведенческая, личностно-ориентированная терапия, в сочетании с релаксационными методиками. Из групповых методов наибольшие результаты принесла семейная терапия.

Комплексная реабилитация включала в себя вопросы социальной, профессиональной, бытовой адаптации: переобучение, трудоустройство, решение жилищно-бытовых вопросов, в рамках существующей в области целевой программы реабилитации ветеранов боевых действий.

Выводы. Как показали материалы исследования, выявленные у ветеранов боевых действий длительные нарушения дезадаптации на современном этапе, представляет собой сложное синдромологическое образование преимущественно экзогенно-органического генеза (травмы, интоксикация) с эндогенными включениями (хронические аффективные нарушения, психотические эпизоды). У ветеранов боевых действий в настоящее время, чаще диагностируются коморбидные нарушения: сочетание аффективных расстройств, личностных нарушений, психосоматических, соматоформных расстройств на органическом посттравматическом фоне. Посттравматическое расстройство у ветеранов локальных войн, на современном этапе, в 63% встречается в виде отдельных симптомов в структуре других нозологических обра-

зований, а не как самостоятельное заболевание. Современный комплекс терапевтических мероприятий длительных нарушений адаптации у ветеранов боевых действий включает: фармакотерапию, психологическую реабилитацию на фоне мероприятий восстановительной терапии (физиотерапии) и социальной реадaptации. Эффективная фармакотерапия строится с учетом особенности этиопатогенетических и клинических моментов отдаленных последствий перенесенного боевого стресса и травм. Базисная фармакотерапия указанных нарушений включает: антидепрессанты, нормотимики, нейрорепрессанты, анксиолитики, церебропротекторы и др.

Актуальными остаются вопросы раннего начала терапии и профилактики длительных нарушений адаптации у ветеранов войн.

Литература

1. Волошин, В.М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства. Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова / В.М. Волошин. – 2004. – №1. – С. 17–23.
2. Короленко, Ц.П. Идентичность. Развитие. Перенасыщенность. Бегство / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Е.Н. Загоруйко. – Новосибирск: Издательство НГПУ. – 2007. – С. 311–342.
3. Литвинцев, С.В. Посттравматические стрессовые расстройства / С.В. Литвинцев, В.М. Лыткин, В.К. Шамрей // Проблемы реабилитации. – СПб. – 2000. – С47.
4. Мосолов, С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. Методические рекомендации / С.Н. Мосолов. – М., 2009. – 64 с.
5. Погодина, Т.Г. Нервно-психические расстройства участников боевых действий / Т.Г. Погодина. – Н. Новгород, 2004. – 192 с.
6. Пушкарев, А.П., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. – М. Издательство института психотерапии. – 2000. – С. 32–36.
7. Тарабрина, Н.В. Синдром ПТСР: современное состояние проблемы / Н.В. Тарабрина, Е.О. Лазебная // Психологический журнал. – 2000. – №3. – С. 35–38.
8. Трошин, В.Д. Терроризм и нервно-психические расстройства: диагностика, лечение и профилактика / В.Д. Трошин, Т.Г. Погодина. – Н.Новгород.: Издательство ННГМА, 2007. – 316 с.
9. Bird, D. An overview of the definition and management of treatment-resistant depression / D. Bird, P.M. Haddad, S.M. Dursun // Clinik Psychopharmacology. – 12. – P. 92–101
10. Petty, F. Olanzapine treatment for post-traumatic stress disorder: an open-label study / F. Petty, S. Brannan, J. Casada // International Clinical Psychopharmacology. – 2004. – 16. – P. 331–337.

THE FEATURES OF THE PHARMACOTHERAPY OF REMOTE CONSEQUENCES OF COMBAT STRESS NOWADAYS

A.A. ZUYKOVA, T.YE. POTEKINA

Nizhniy Novgorod Neurological Hospital of War Veterans
Nizhniy Novgorod State Medical Academy

The article highlights studying the efficiency psychopharmacotherapy of remote consequences of combat psychic trauma at veterans of combat actions on the contemporary stage.

Key words: psycho-pharmacotherapy, remote consequences of combat psychic stress, comorbid disorders, post-traumatic stress disorders.

УДК 616.61 006.6 073.756.8

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК.

А.П. ИВАНОВ*, И.А. ТЮЗИКОВ**

Сопоставление результатов предоперационной мультиспиральной компьютерной томографии у 107 пациентов с опухолями почек и данных послеоперационной биопсии выявило различия в чувствительности и специфичности фаз данного метода лучевой визуализации при диагностике рака почки и других объемных почечных образований.

* ГОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия, 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5

** Медицинский Центр диагностики и профилактики, 150000, г. Ярославль, пр.Ленина, д.33

Ключевые слова: мультиспиральная компьютерная томография, лучевая диагностика, оптимизация.

В России и большинстве развитых стран мира наблюдается тенденция к неуклонному росту числа онкологических заболеваний и смертности от них [3,10]. В последние годы отмечено устойчивое повышение заболеваемости почечно-клеточным раком, который составляет 3% всех опухолей у взрослых, имея темпы прироста 4,5% в год и занимая 1 место среди причин смертности от опухолей мочеполовой системы [11]. В связи с развитием и внедрением в клиническую практику высокоэффективных и относительно безопасных лучевых методов обследования: *ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), мультиспиральной КТ (МСКТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ)* – стало возможным выявление рака почки на более ранних стадиях [2,5,7,8,13]. Такой подход позволяет расширять показания к применению органосохраняющих операций [1,3,12]. Однако, в связи с дороговизной многих из них для практической медицины необходима максимальная оптимизация лучевого обследования с применением МСКТ [4,6,9,14].

Цель исследования – уточнение информативной ценности различных фаз МСКТ в диагностике и дифференциальной диагностике опухолей почки и выработка оптимального протокола данного метода исследования на основании собственного клинического опыта его применения.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лучевого исследования 107 пациентов с опухолями почек. Всем больным, кроме рутинных методов диагностики опухоли почки (УЗИ, некоторым КТ), обязательно выполнялась МСКТ. Из числа пациентов было 60 мужчин и 47 женщин. Средний возраст составил 57±12 лет. Исследование носила характер проспективного, имелось письменное согласие каждого из них на использование результатов исследования в научных целях. Критерием отбора пациентов для выполнения МСКТ было подозрение на наличие новообразования в одной из почек по данным предварительно выполненного УЗИ экспертного класса в специализированной клинике. Из других методов лучевой диагностики 62 (57,9%) больным выполнена экскреторная урография, в 37 (34,6%) случаях – ренография, у 12 (11,2%) больных – сцинтиграфия почек. Всем больным проведена рентгенография органов грудной клетки. При подозрении на отдаленные метастазы проводили углубленное исследование соответствующих коллекторов: 14 (13,1%) МСКТ органов грудной клетки, 11 (10,3%) рентгенографий костей, 4 (3,7%) КТ головного мозга, 4 (3,7%) КТ позвоночника, 3 (2,8%) МРТ головного мозга, 2 (1,8%) МРТ позвоночника.

Оценку чувствительности и специфичности метода, а также анализ данных исследования проводили с помощью набора статистических стандартных программ Excel, XP SP2 и Statistica for Windows v.6.0. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых межгрупповых различий или факторных влияний) принимали равный 0,05. Статистически значимым для всех показателей считался критерий достоверности $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования у 107 пациентов выявлено 115 опухолей. Это объясняется тем, что у 4 больных в почках выявили более 1 опухолевого узла: у 1 пациента – билатеральные опухоли почек, у 2 – 2 узла в левой почке, в 3 случае выявлено 2 узла в левой почке и 1 в правой, в 4 случае были выявлены 3 новообразования в левой почке и 2 в правой (они были расценены как почечные ангиомиолипомы). Для определения динамики контрастирования опухолей и возможности их выявления в различные фазы исследования все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от показателей плотности опухоли в *кортико-медулярную фазу* (КМФ).

В 1 группу включены 74 случая (64,3% всех опухолей) с интенсивным уровнем контрастирования (показатели плотности в КМФ более 105 ед. по Хунсфилду (НУ)). Они характеризовались преобладанием градиента плотности между мозговым веществом почки и опухолью над градиентом плотности между корковым веществом почки и опухолью в КМФ.

Во 2 группу объединены 30 (26,1%) случаев с умеренным уровнем контрастирования (плотность 60-105 ед. НУ). В 3 группу вошли 11 (9,6%) случаев с низким уровнем контрастирования в КМФ (плотность <60 ед. НУ). Опухоли, отнесенные ко 2 и 3 группам, характеризовались преобладанием градиента плотности

между корковым веществом почки и опухолью над градиентом плотности между мозговым веществом почки и опухолью в КМФ.

У 99 (86,1%) больных опухоль по данным МСКТ была расценена как раковая. В 6 (5,2%) случаях выявлен рак лоханки, в 10 (8,7%) случаях – ангиомиолипомы. В 55 случаях опухоль локализовалась в правой почке, в 60 – в левой почке (у 4 пациентов было более 2 опухолевых узлов в почках). Из всех случаев рака почки в 55 (57,3%) выявлена стадия T1, в 18 (18,7%) – стадия T2, в 14 (14,6%) – стадия T3, у 9 (9,4%) больных диагностирована стадия T4 рака почки. Подавляющему большинству пациентов с раком почки (n=99) выполнялась нефрэктомия (86 операций), в 6 случаях удалось выполнить энуклеорезекцию опухолевого узла, по поводу рака лоханки выполнено 6 уретеронефрэктомий. Не оперировали 1 пациента в связи с запущенностью ракового процесса.

По данным послеоперационного гистологического исследования, после нефрэктомии преобладающим гистологическим вариантом рака почки у оперированных пациентов был светлоклеточный (n=73, или 84,9%). Реже встречался зернистоклеточный вариант рака почки (n=12, или 14,0%), аденокарцинома диагностирована у 1 (1,1%) больного.

При выполнении МСКТ особое внимание уделялось оценке диагностической ценности основных фаз данного контрастного исследования: *нативной* (НатФ), КМФ, *нефрографической* (НФ) и *ранней экскреторной* (РЭФ). Поэтому проведение лучевой диагностики проходило в 2 этапа: визуализация патологического очага на фоне нормальных почечных структур и характеристика выявленного образования (дифференциальная диагностика). Результаты применения МСКТ при диагностике первичного рака почки стадии T1–T2 показали, что деформация контуров почки выявлялась одинаково во все фазы лучевого исследования и была более выражена при опухолях почки размером >4 см независимо от их локализации в почке. Опухоли с преимущественно экстра-ренальной локализацией любого размера также вызывали деформацию контуров почки, что без труда выявлялось при проведении МСКТ. Определенные сложности визуализации имели место при наличии опухолей малого размера (<4 см) с частичной деформацией контуров почки или расположенных интрапаренхиматозно. По особенностям контрастирования в КМФ эти новообразования преимущественно относились к опухолям с интенсивным уровнем контрастирования. Чувствительность НатФ в выявлении опухолей почки составила 85,2%, специфичность – 94,8%. По нашему мнению, информативность НатФ в выявлении опухолей почек была наименьшей.

В КМФ опухоли большего размера, как правило, имели неоднородный или преимущественно периферический характер контрастирования. Поэтому их визуализация, как правило, не вызвала сложностей не только в силу большей деформации контура почки, но и из-за неоднородности структуры, что также облегчало их выявление. Выявление опухолей размером <4 см было затруднено не только вследствие их малого размера, но и потому, что в большинстве случаев они имели однородную структуру. По полученным данным, чувствительность КМФ в выявлении опухолей почки составила 93,9%, специфичность – 95,7%. Мы полагаем, КМФ имеет ограниченные возможности в выявлении опухолей малых размеров, локализованных интрапаренхиматозно или частично деформирующих контур почки.

Правильное заключение о наличии опухоли почки при оценке НФ было дано нами во всех случаях. По нашему мнению, выявление опухолей в эту фазу лучевой диагностики независимо от их структуры и локализации позволяет говорить о 100% чувствительности и 100% специфичности данной фазы МСКТ. Наилучшие условия для выявления опухолей почки, на наш взгляд, создаются именно в эту фазу за счет максимального градиента плотности между интактной паренхимой почки и опухолью. Анализ показателей контрастирования в РЭФ показал 100% чувствительность и специфичность данной фазы МСКТ. По нашему мнению, РЭФ не уступает по информативности НФ в выявлении опухолей почки, несмотря на меньший градиент плотности.

По нашему мнению, даже если на УЗИ отчетливо выявляется опухоль почки больших размеров, необходимость исследования именно в НФ или РЭФ не вызывает сомнений, так как только в этих фазах можно исключить дополнительные узлы небольшого размера, недоступные разрешающей способности УЗИ. Для дифференциальной диагностики опухоли и кисты почки необходимо использовать НатФ (чтобы определить начальную плотность образования) в сочетании с исследованием в НФ или РЭФ.

Исследование по вышеописанному плану позволило нам во всех случаях поставить правильный диагноз при дифференциации кисты и опухоли почки. Для дифференциальной диагностики рака почки и почечной ангиомиолипомы необходимо исследование в НатФ, которая позволяет выявить включения с жировой плотностью и исключить наличие кальцинатов в опухоли. При дифференциации рака почки и опухоли лоханки наиболее информативна РЭФ. Исследование в НатФ и РЭФ, кроме вышеуказанных важных диагностических задач, дает возможность также дифференцировать опухоль лоханки и оценить соотношение опухоли и чашечно-лоханочной системы при планировании органосохраняющей операции на почке.

Таким образом, мы полагаем, что для одновременного выявления, характеристики и дифференциальной диагностики объемного образования во всех случаях целесообразно использовать комбинацию НатФ и НФ или НатФ и РЭФ. Проведение исследования в КМФ наиболее информативно для определения стадии опухолевого процесса. Наиболее часто используют задержку сканирования 60-70 с, что позволяет выявить и определить протяженность опухолевого тромбоза почечной и нижней полой вен, а также оценить венозную сосудистую анатомию. Проведение МСКТ с учетом чувствительности и специфичности каждой фазы способствует оптимизации лучевой диагностики рака почки и других объемных почечных образований.

Выводы:

1. Первичным лучевым методом выявления опухоли почки является УЗИ экспертного класса в условиях специализированной урологической или онкологической клиники.
2. Мультиспиральная компьютерная томография почек – современный и высокоточный метод выбора для уточнения характера опухоли и проведения дифференциальной диагностики.
3. В ходе оптимального протокола мультиспиральной компьютерной томографии у конкретного пациента в зависимости от целей лучевой визуализации возможно использование не всех, а сочетание определенных фаз исследования, объем которых определяется урологом совместно с радиологом.
4. Использование принципов оптимизации лучевого протокола позволяет снизить лучевую нагрузку на пациента и уменьшить затраты на проведение обследования.

Литература

1. Особенности диагностики новообразований почек до 4 см. Мед. Визуал / Ю.Г. Аляев [и др.]. – 2003. – 2. – С. 33–39.
2. Аляев, Ю.Г. Магнитно-резонансная томография в урологии / Ю.Г. Аляев, В.Е. Сеницын, Н.А. Григорьев. – М.: Практическая медицина, 2005. – 272 с.
3. Амдурев, В.А. Хирургия опухолей паренхимы почки / В.А. Амдурев, В.А. Овчинников. – М.: Медицинская книга, 2004. – 191 с.
4. Борисанов, А.В. Спиральная компьютерная томография при опухолях почек. Дис. ... канд. мед. Наук / А.В. Борисанов. – Ярославль, 2006. – 161 с.
5. Буйлов, В.М. Опыт низкочастотной магнитно-резонансной визуализации на открытом МР-томографе в урологии / В.М. Буйлов // Диагностическая и интервенционная радиология. – 2011. – Том 5. – 2. – Приложение: 77.
6. Иванов, А.П. Оптимизация протокола мультиспиральной компьютерной томографии при раке почки / А.П. Иванов, И.А. Тюзиков // Диагностическая и интервенционная радиология. – 2011. – Том 5. – 2. – Приложение: 182-3.
7. Игнашин, Н.С. Ультразвуковые методы в диагностике объемных образований почки / Н.С. Игнашин, Э.В. Виноградов, Р.М. Сафаров // Урология. – 2002. – 2. – С. 43–50.
8. Курганова, Т.Ю. Оценка применения МСКТ-топометрии как этапа лучевой терапии / Т.Ю. Курганова, Н.Н. Ванюкова // Диагностическая и интервенционная радиология. – 2011. – Том 5. – 2. – Приложение: 240-1.
9. Спиральная компьютерная томография при опухолях почек [Под ред. Долгушина Б.И.]. М.: Практическая медицина, 2009. 112 с.
10. Факторы прогноза при органосохраняющем лечении почечно-клеточного рака. Сб. тезисов I Конгресса Всерос. общ-ва онкоурологов / О.Г. Суконок [и др.]. – М., 2006. – С. 160–161.

11. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2005 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, Г.В. Старинский, Г.В. Петрова. М.: Антиф, 2005. – 256 с.

12. Renal-cell carcinoma. Curr Probl Cancer / R.J. Motzer [et al]. – 1997. – 21 (4). – P. 185–232.

13. Comparison of excretory phase helical computed tomography with intravenous urography in patients with painless hematuria. Clin Radiol / M.E. O'Malley [et al]. – 2003. – 57. – P. 294–300.

14. Current concepts in the diagnosis and management of renal cell carcinoma role multidetector CT and 3D CT. Radiographics / Sheth Sh. [et al]. – 2002. – P. 37–54.

PRACTICAL EXPERIENCE OF APPLYING MULTISPIRAL COMPUTER TOMOGRAPHY IN DIAGNOSTICS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF RENAL TUMORS

A.P. IVANOV, I.A. TYUZIKOV

Yaroslavl State Medical Academy, Chair of Urology with Nephrology
Medical Centre of Diagnosis and Prevention, Yaroslavl

The comparison of the results of pre-operative multi-spiral computed tomography in 107 patients with renal tumors and post-operative biopsy data revealed differences in the sensitivity and specificity of multi-spiral computed tomography phases in the diagnosis of cancer and other space-occupying lesions of the kidney is presented.

Key words: multi-spiral computed tomography, radio-diagnosis, optimization.

УДК 616.379 – 008.64 + 616.127 – 005.8 – 036

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИСХОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИБЕТОМ

В.И. ДЕМИДОВ, Е.А. КОНКИНА, М.В. МАЙОРОВА, И.Е. МИШИНА*

Предложен способ балльной оценки тяжести состояния больного с инфарктом миокарда, развившимся на фоне сахарного диабета, для определения исхода острого коронарного синдрома. При использовании специально разработанной карты, включающей 25 наиболее значимых анамнестических, клинических, лабораторных и морфологических признаков, определен достоверный уровень пороговой суммы баллов неблагоприятного исхода состояния 58 и выше.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, сахарный диабет, шкала балльной оценки.

Прогнозирование исхода *инфаркта миокарда* (ИМ) является одной из важных задач медицины, т.к. он является одной из самых распространенных причин смерти и инвалидизации населения. Результаты многочисленных исследований показывают, что летальность в остром периоде ИМ достигает 40 % [3,4,5,10]. Риск развития ИМ у больных *сахарным диабетом* (СД) возрастает в 2-3 раза [3,5,7].

Имеющиеся в литературе данные о способах оценки тяжести состояния больных с развившимся ИМ на фоне СД не содержат достаточно полного комплекса прогностических критериев исхода данной патологии. Трудность стратификации риска при сочетании ИМ и СД связана с большим числом факторов, влияющих на развитие, течение, исход данной патологии. Кроме того, один и тот же фактор или клинический признак может иметь различный коэффициент значимости для прогнозирования исхода в различные периоды после перенесенного ИМ [1].

Первые попытки прогнозирования исхода ИМ проводились с учетом клинической картины [5], затем стали использоваться данные лабораторных и инструментальных методов исследования [2,6,7,9], результаты малоинвазивных методик, появились математические модели [8]. В большинстве алгоритмов прогностической оценки используются результаты дополнительных, часто дорогостоящих инвазивных методов, что не всегда реально осуществимо в практическом здравоохранении, либо полученные данные нуждаются в трудоемком математическом анализе [5].

Цель исследования – разработка способа, позволяющего в короткие сроки с момента поступления больного в стационар оценить тяжесть состояния и возможный исход ИМ, развившегося у больного на фоне СД.

Материалы и методы исследования. Первый этап прогнозирования исхода ИМ включает количественную оценку 25 наиболее значимых анамнестических, клинических и параклинических

* ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России», 153012, г. Иваново, пр. Ф.Энгельса, д.8,