

процент выживаемости 5 и более лет в республике ниже, чем в среднем по России. РЯ в структуре онкологических заболеваний составляет 5% и занимает 7-е место и 3-е среди опухолей органов гениталий. В РСО-Алания РЯ составил 3,4% (1989 г), занимал 8-е место и 2-е среди опухолей репродуктивной системы. В 2005 г. удельный вес этой опухоли снизился до 2,2%, и он опустился до 14-го и 4-го места соответственно. В 2005 г. заболеваемость РЯ по сравнению с 1989 г. снизилась в 1,2 раза с 13,5 до 11,3 на 100 тыс. женского населения (темпы прироста -44,0%). В РФ этот показатель равен 10,2 на 100 тыс. населения. Смертность от РЯ снизилась в 1,5 раза с 12,15 (1989) до 8,1 (2005) на 100 тыс. населения (темпы прироста - 78,0%). Усредненный пятилетний показатель заболеваемости РЯ за наблюдаемый период мало изменился: 12,4 (1989–1993) и 11,2 (2001–2005) на 100 тыс. женщин, что превышает среднероссийский показатель – 10,2.

Выявляемость на профилактических осмотрах в республике крайне низкая 0,4 (1989–1993 гг) и 1,4 (2001–2005). В РФ она равна 7,8% (2003 г). Диагноз морфологически верифицирован у 75,4% (1989–1993) и 90,8% (2001–2005), а в РФ – 85,7% [6].

В I-II стадии РЯ выявлен у 22 и у 24,2% больных, III – у 29,0 и 32,9% и IV – у 47,7 и 42,9% соответственно. В РФ эти показатели равнялись: I-II стадии 32,6%, III– 39,5 и IV – 23,9% (2003г), что значительно лучше показателей РСО-Алания.

На конец отчетного года на учете состояло 35,2 (1989–1993) и 55,2 (2001–2005) на 100 тыс. женщин, т.е. отмечается улучшение этого показателя в 1,7 раза (прирост 56,8%). Вместе с тем среднероссийский показатель выше 58,2 на 100 тыс. населения (2003). Длительность жизни 5 и более лет в республике составила 46,9% (1989–1993) и 49,3% (2001–2005), в РФ этот показатель в 1,4 раза лучше 66,8% [6]. Смертность снизилась с 12,6 (1989–1993) до 9,3 (2001–2005) на 100 тыс. чел. Летальность на 1-м году жизни после установления диагноза с 41,5% (1989–1993) снизилась до 34,3%, но осталась выше среднероссийского показателя 30,8% (2003). Доля больных, закончивших специальное лечение, с 26,6 (1989–1993) повысилась до 58,5% (2001–2005), в РФ – 59,0%. Только хирургическое лечение получило 16,1% и 11,3%, комбинированное или комплексное 81,1 и 88,7% соответственно. В РФ только хирургическое лечение проведено у 16,5% больных, только лучевое – у 0,1%, только лекарственное – у 7,9%, комбинированное или комплексное – у 74,5% и химиолучевое – у 0,9% [6].

Из сказанного следует, заболеваемость РЯ принимает склонность к непрерывному росту. Смертность хотя и снизилась, но пока остается выше среднероссийского показателя. Выявляемость больных в ранней стадии заболевания крайне низкая, высок процент запущенности. Уровень выживаемости больных при этой опухоли ниже аналогичного среднероссийского показателя.

Анализ заболеваемости, смертности и состояния онкологической помощи при злокачественных новообразованиях репродуктивной системы в республике позволяет сделать следующие выводы: заболеваемость и смертность среди женского населения от рака органов репродуктивной системы и темпы прироста этих опухолей за изучаемый период в целом значительно выросли; активная выявляемость больных низкая, что, прежде всего, связано с нарушением профилактической направленности здравоохранения, отказом от массовых осмотров населения с целью раннего выявления рака и предраковых заболеваний, отсутствием региональной национальной целевой программы (в том числе скрининговых) по онкологии и ненаучного подхода к решению актуальных практических проблем; Парадоксально, но факт, низкая 5-летняя выживаемость больных при высоком проценте выявляемости заболевания в I-II стадии (по отчетам РОД), что по всей вероятности связано применением минимального объема диагностических средств и связанные с этим ошибки в определении стадии заболевания, не использование всего возможного комплекса алгоритмов диагностики и лечения опухолей этой локализации; проблемы первичной и вторичной профилактики рака органов репродуктивной системы, как и опухолей вообще, решаются неудовлетворительно. Для улучшения сложившейся в республике онкологической ситуации, по опухолям органов репродуктивной системы, как нам представляется, необходимо: активизировать первичную и вторичную профилактику рака вообще и рака органов репродуктивной системы в частности; дать объективную оценку заболеваемости, смертности и состояния онкологической

помощи при опухолях органов репродуктивной системы и определить объем лечебно-диагностической и профилактической помощи этой категории больных; качественное улучшение не только преддипломной, но и последипломной подготовки (студентов, интернов, клинических ординаторов, аспирантов) и врачей общей лечебной сети (в том числе семейных) на базе кафедры онкологии; внедрить скрининговые системы групп риска на опухоли органов репродуктивной системы с целью ранней диагностики и адекватного лечения больных этой патологии; оптимизация комбинированных и комплексных методов лечения при ранних, местно распространенных и метастазирующих опухолях органов репродуктивной системы.

Литература

1. *Жордания К.И.* Энциклопедия клинической онкологии.– М., 2004.– С.427–442.
2. *Новик В.И.* Практическая онкология.– СПб., 2004.– С.623–633.
3. *Урманчеева А.Ф., Мешкова И.Е.* Практическая онкология: избранные лекции.– СПб., 2004.– С.318–328.
4. *Чиссов В.И. и др.* Основные показатели состояния специализированной онкологической помощи населению России в 1996 г.– М., 1997
5. *Чиссов В.И. и др.* Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения России в 1995 году.– М., 1997.
6. *Чиссов В.И. и др.* Злокачественные новообразования в России в 2001г. (Заболеваемость и смертность).– М., 2003.

УДК 616-007.41

РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРЕНИНГА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗЬЮ

Л.М. БАБИНА, Е.А. ЕФИМОВА, В.В. КОТЛЯРОВ

Несмотря на распространенность (до 80% в популяции) [7] и очерченную клиническую картину, лечение синдрома вегетативной дисфункции (СВД) у детей остается «камнем преткновения» для врачей различных специальностей и сводится к назначению традиционной медикаментозной терапии с кратковременным эффектом [1]. При этом дети, имеющие СВД в различных формах и преобладанием в клинической картине поражения различных систем, лечатся одинаково[3].

Актуальным остается поиск метода нормализации вегетативной регуляции, неинвазивного, безболезненного и имеющего длительный эффект после окончания курса лечения. Такими качествами обладает метод психофизиологического тренинга биологической обратной связью (БОС) [2, 4], применяемый нами в терапии СВД у детей. Научная новизна применяемого метода заключается в использовании метода лечения, кардинально изменяющего управление центрами вегетативной регуляции и создании нового поведенческого стереотипа больного в стрессовых ситуациях. Методика может иметь применение в реабилитационных центрах, поликлиниках, на базе дневных стационаров, а также в санаторно-курортных учреждениях и отделениях больниц.

Цель – разработка и научное обоснование применения метода БОС у больных с СВД и определить его эффективность с учетом различной направленности вегетативного тонуса.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 150 детей (12–13 лет – 64 ребёнка и 14–15 лет – 86; девочек – 102, мальчиков – 48), имеющих длительность заболевания ≥3-х лет. В соответствии с тематической картой исследований проводилась оценка неврологического статуса пациента с определением вегетативного тонуса, реактивности и вегетативного обеспечения деятельности). Использовался опросник И.И. Русецкого (1985) и А.М. Вейна (2002) с оценкой в балльной системе.

Базовые исследования состояли из кардиоинтервало- и электроэнцефалографии. Все инструментальные исследования вели на аппаратуре фирмы «Нейрософт» с математической обработкой показателей в оперативной памяти компьютера «АТ

Pentium-4» с применением критерия Фишера – Стьюдента по программе «Statgraph-les», версия 2.4. Результаты исследований обрабатывались методом математической статистики с определением средних величин, квадратичных ошибок, достоверности различий. Психологическое обследование велось по визуально-аналоговой шкале астении. Анализировали показатели уровня тревожности, наличие депрессивных тенденций, обсессивно-фобических и вегетативных нарушений, уровня астении, типа истерического реагирования.

Методы. На фоне традиционного медикаментозного лечения пациенты получали различные комплексы с применением метода БОС-тренинга. I группа (50 чел.) получала электросон № 10 с силой тока 2,0 М/а, частотой импульсов 60 Гц, длительностью 20 минут ежедневно № 10. II группа (50 чел.) получала БОС-тренинг – выполнение больным тренирующего и корректирующего задания на достижение уровня релаксации в течении 20 мин. № 10. Внимание больного концентрировалось на слежении за уровнем маркера на экране монитора. Больному предлагалось сконцентрироваться на своих ощущениях и запомнить их. По мере достижения успешного уровня релаксации больному предлагалось сознательно вспоминать и сознательно вызывать эти ощущения для достижения положительных результатов. При организации игровой ситуации (выведение маркера на экране в сюжетно-ролевом виде) мотивация больных существенно повышалась, что облегчало проведение занятий. III группа (50 человек) получала комплексное лечение: БОС-тренинг и электросон № 10 по описанной выше методике.

Результаты исследования. По преобладанию направленности вегетативного тонуса и вегетативных реакций диагностирована ваготония у 76 детей, симпатикотония у 74 детей. Среди детей 12–13 лет с наличием симпатикотонического тонуса было 46%, с ваготонией – 55%. У детей 14–15 лет чаще всего наблюдалась симпатикотония (54%). Соответственно были выявлены два типа функциональной активности адренорецепторов: с низкой активностью («гипореакторы» – 76 больных) и с высокой активностью (гиперреакторы – 74 ребёнка). У детей с пониженной реактивностью чаще, чем у «гиперреакторов» выявлялись жалобы астеновегетативного характера (64,9% против 35,1%). Дети «гиперреакторы» в 1,5–2 раза чаще жаловались на интенсивные головные боли, быстро купирующиеся седативными средствами или анальгетическими препаратами (анальгин, аспирин), боли в сердце колющего или сжимающего характера. Установлена связь между исходным вегетативным тонусом (ИВТ) и типом чувствительности адренорецепторов: «гипореакторы» имели больше ваготонических признаков (8–10 против 5–6), чем симпатикотонических (не более 2). У «гиперреакторов», наоборот, количество симпатикотонических признаков, выявленных с помощью таблиц А.М. Вейна (1985) составило 6–8 против 2–3 ваготонических [8, 7]. Под влиянием лечебного комплекса с использованием электросна у 50% детей первой группы произошло уменьшение частоты головных болей, у 24% – головокружений, нормализация сна наступила у 30%. Положительные сдвиги наступили в равной степени у детей с различной направленностью тонуса. Во второй группе детей, получающих БОС-тренинг, цефалгический синдром купирован у 96% симпатикотоников и у 80% ваготоников, головокружения прошли у симпатикотоников на 40% и на 32% у ваготоников, сон нормализовался у 48% симпатикотоников и у 36% ваготоников.

В 3 группе исчезновение и уменьшение головных болей отмечено у 60% детей с симпатикотонической направленностью и у 88% ваготоников. Головокружения исчезли у 44% детей с преобладанием ваготонических реакций и у 24% – с симпатикотонией. После лечения боли в области сердца не беспокоили 60% детей с ваготонией и 24% – с симпатикотонией.

По показателям кардиоинтервалографии (КИГ), в 1 группе у симпатикотоников индекс напряжения снизился более чем на 70 усл. ед. – 144,0±3,2 усл. ед. (до лечения – 211,0±15,9 усл. ед.), у ваготоников индекс напряжения увеличился всего на 9 усл. ед. и составил 27,4±0,6 усл. ед., до лечения – 18,0±0,02 усл. ед. Во 2 группе у детей с симпатикотонией после лечения индекс напряжения снизился на 69 усл. ед. (100,8 усл. ед. после лечения, до лечения 169,8 усл. ед.). У детей с ваготонией индекс напряжения повысился на 26 усл. ед. (после лечения – 42,8 усл. ед., до лечения 18,06 усл. ед.). Полученные результаты говорили о более значимой динамике показателей у симпатикотоников и

отражали тенденцию к эйтонии. Несмотря на менее выраженные сдвиги у детей с ваготонической направленностью, положительная динамика была достигнута и у них. В 3 группе среди симпатикотоников индекс напряжения после лечения снизился в среднем на 42 усл. ед. – 130,7±5,8 усл. ед. (до лечения 172,1±8,0 усл. ед.), у ваготоников – индекс напряжения увеличился вдвое – 31,1±3,7 усл. ед., до лечения 16,8±1,2 усл. ед. Полученные данные можно интерпретировать как уменьшение парасимпатических влияний у больных с исходной ваготонией. Изучение вегетативной реактивности, характеризующей степень изменения функционирования ВНС в момент перехода организма из одного состояния в другое, показало, что у детей первой группы нормальный тип вегетативной реактивности зарегистрирован после лечения у 15 детей (30%), до лечения – у 7 детей (14%). После лечения нормальный тип вегетативной реактивности достигнут только у 8 больных.

Во 2 группе нормальный тип вегетативной реактивности выявлен у 32 детей (64%); до лечения таких детей было всего 5 (10%); асимпатикотонический тип реактивности выявлен в исходном состоянии в 2 раза чаще. В результате лечения у 28 детей достигнут нормальный тип вегетативной реактивности. В 3 группе нормальный тип вегетативной реактивности зарегистрирован после лечения у 29 детей (58%), до лечения таких детей было 5 (10%); асимпатикотонический тип реактивности сохранялся у 8; гиперсимпатикотонический тип – у 13 больных. Следует отметить увеличение количества детей с нормальным типом вегетативной реактивности за счёт симпатикотоников во 2 группе и за счёт ваготоников 3 группы.

При изучении вегетативного обеспечения деятельности (ВОД) отделов ВНС, в 1 группе число детей с дисбалансом отделов ВНС осталось практически прежним. Баланс отделов ВНС достигнут только у 2 детей. Во 2 группе у симпатикотоников избыточное ВОД после лечения сохранилось только у 3 из 14, недостаточное у 4 из 9. Баланс отделов ВНС достигнут у 16 детей. У ваготоников избыточное ВОД отмечено у 9, до лечения было у 11; недостаточное – у 11, как и до лечения. Баланс отделов ВНС достигнут всего у 3 больных. В 3 группе среди симпатикотоников избыточное ВОД после лечения определялось у 6 из 15, недостаточное – у 4 из 8, баланс отделов ВНС достигнут у 12 больных по сравнению с 2 до лечения. У ваготоников избыточное ВОД после лечения определялось у 4 больных, до лечения у 13, недостаточное – у 2, до лечения у 10, достаточное – у 19, до лечения у 2. В целом увеличение числа больных с балансом ВНС в исследуемой группе произошло у 31 ребенка, преимущественно за счёт ваготоников. До лечения баланс отделов ВНС был у 4 больных. Анализируя полученные результаты, можно сказать, что большая динамика показателей отмечена у симпатикотоников, получающих БОС-тренинг и ваготоников, получающих БОС-тренинг и электросон.

По результатам спектрального анализа в 1 группе у симпатикотоников умеренно повысилось значение текущего функционального состояния (показатель ТР), что свидетельствует об улучшении вегетативного обеспечения деятельности мышцы сердца у 26 детей (52%). В то же время охранялась избыточная активация симпатико-адреналовой системы (отношение LF/HF). Адаптационные возможности этой группы детей несколько повысились. У детей с исходной ваготонией уровень текущего функционального состояния оставался практически на прежних цифрах, что свидетельствует о сохранении недостаточной активации симпатико-адреналовой системы и избыточной активности парасимпатической системы. При этом моделирующее парасимпатическое влияние преобладает над эрготропными. Во 2 группе у детей с симпатикотонией нормализовался показатель текущего функционального состояния у 23–92%. Соотношение LF/HF снизилось, что свидетельствует об уменьшении избыточной активации симпатико-адреналовой системы. Наблюдаемые изменения параметров сердечного ритма демонстрировали регуляторные сдвиги, имевшие адаптационный характер, что можно трактовать, как стабилизацию вегетативной регуляции и повышение стрессовой устойчивости. Произшедшее свидетельствует об адаптационных перестройках и формировании оптимальной вегетативной регуляции. У 22 (44%) детей с исходно повышенным парасимпатическим тонусом значимо увеличился коэффициент 30:15 и увеличилось количество медленных волн, что отражает снижение активности парасимпатического отдела

ВНС. У них повысился уровень текущего функционального состояния, усилилась активация симпатико-адреналовой системы, ощутимо повысилась мощность спектра, хотя и в меньшей степени, чем среди симпатикотоников. Возрастание общей мощности спектра и изменение соотношения LF/HF свидетельствовали об усилении интенсивности эрготропных воздействий на вариабельность сердечного ритма.

В 3 группе у 25 симпатикотоников умеренно повысилось значение текущего функционального состояния. При этом сохраняется избыточная активация симпатико-адреналовой системы у 20 (40%) детей. В целом можно сказать о повышении адаптационных способностей. У детей с ваготонией уровень текущего функционального состояния значимо повысился, активацию симпатико-адреналовой системы (отношение LF/HF) стало возможным расценить как достаточную, произошел спад активности парасимпатической системы регуляции. Общая мощность спектра повысилась. Волны короткого, длинного и очень длинного периодов характеризовались значимо меньшими амплитудными и частотными показателями. Эти данные следует расценить как равнозначное участие эрго- и трофотропных систем в управлении вегетативной регуляцией. Произошедшие сдвиги отражают изменение функционального состояния ЦНС и говорят об управляющем влиянии проводимой терапии на регуляцию вегетативных центров.

Мы установили ассоциативную связь между различными типами реактивности, особенностями вегетативной регуляции и типа чувствительности адренорецепторов сосудов, что учитывалось при назначении сеансов БОС-тренинга. По нашему мнению, с позиций физиологии индивидуальности и континуума переходных состояний от нормы к болезни, нейровегетативного динамического регулирования органов и систем можно подойти к объяснению рациональности и целесообразности применения метода БОС в качестве патогенетического средства лечения функциональных заболеваний вегетативной нервной системы в детском и подростковом возрасте [6, 9–10]. Именно вегетативной нервной системе, осуществляющей контроль за адаптацией организма ребенка, принадлежит основная роль маркера здоровья [5, 8]. В связи с этим, при назначении сеансов БОС, мы учитывали особенности вегетативной регуляции системы адаптации конкретного больного, фазу течения заболевания и индивидуальную реакцию на процедуру, помня о том, что каждый ребенок «болеет по-разному», поэтому не может быть одинаково выбранных методик проведения сеанса БОС [11]. При этом показатели интервалокардиографии, отражающие тип ИВТ и вегетативной реактивности, такие как индекс напряжения (ИН), стремились к эйтоническому уровню в большей степени при ИВТ по симпатикотоническому типу ($p=0,05$), в меньшей при ваготоническом ($p=0,01$). Клинически это подтверждалось более торпидным течением головных болей, более длительной нормализацией АД при ваготонической направленности, чем при симпатикотонической, что, можно объяснить генетической предрасположенностью к преобладанию трофотропной (тонической) или пластической фазы над адренэргической (фазической) или пластической фазы или адаптационной. В связи с этим, в последующем, детям с ИВТ по ваготоническому типу приходилось назначать сеансы БОС в сочетании с электросном.

Выводы. У детей, страдающих синдромом вегетативной дисфункции целесообразно назначение различных лечебных комплексов в зависимости от исходного вегетативного тонуса и типа вегетативной реактивности. При выборе метода лечения у детей- «гиперреакторов» предпочтительнее назначение процедур БОС-тренинга. У «гипореакторов» необходимо назначение процедур БОС-тренинга в сочетании с электросном в соответствии с их вегетативным статусом.

Литература

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков.– М., 1997.
2. Астафьев С. В., Егорушкин И. В. / В кн. Биоуправление: теория и практика.– Новосибирск: Наука, 1988.– С. 52–71.
3. Белоконов Н.А. и др. Вегетативно-сосудистая дистония у детей: Метод. рекомендации МЗ СССР.– М., 1987.
4. Богданов О. и др. // Физиол. человека.– 1990.– Т. 16, № 1.
5. Брызгунов И.П. Между здоровьем и болезнью: Функциональные заболевания в детском возрасте.– М., 1995.
6. Василевский Н.Н. и др. / В кн. Биоуправление-2: теория и практика.– Новосибирск, 1993.– С.65–75.
7. Вейн А.М. Актуальные вопросы кардиологии и вегетологии детского возраста.– М., 1986.
8. Вейн А.М. Вегетативные расстройства.– М., Медицинское информационное агентство – 1998 – с. 413–430.
9. Водяной А. Ю. Никитина Э. В. // Актуальные вопросы рефлексотерапии. Труды института: М., 1990.
10. Рябус М.В. Лечение головной боли напряжения методом биологической обратной связи: Дис...канд.мед. наук – М., 1998
11. Шерман И.Р. и др. // Биоуправление.– 1993.– №3.– С. 109–114.

УДК 616-006/081; 611-018.1

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ РАННЕЙ НЕИЗЪЯЗВЛЕННОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Т.М. АХПолов, Ц.С. ХУТиев*

Меланома относится к числу самых агрессивных злокачественных новообразований. Дооперационная диагностика ее весьма сложна. Клинические ошибки, связанные с многообразием ее проявлений, несмотря на визуальную локализацию опухоли, даже у опытных онкологов достигают 25–40% [1]. «Золотым стандартом» диагностики меланомы кожи является патогистологическое исследование иссеченной ткани [6]. Однако при меланоме, в отличие от всех других опухолей, существует правило «Noli me tangere» (не прикасайся ко мне), обусловленное боязнью гематогенного метастазирования, наблюдаемого иногда после инцизионной или даже эксцизионной биопсии. По этой причине пункция неизъязвленной меланомы в целях получения материала для цитологической диагностики, как считают многие исследователи, также недопустима. Цитологическая диагностика до операции у 2/3 больных меланомой кожи ввиду отсутствия изъязвления невозможна (изъязвление опухоли, часто являющееся показателем запущенности, наблюдается в 1/3 случаев).

Диагностическая пункция меланомы тонкой иглой (Ø иглы 0,7 мм), рекомендуемая рядом авторов, из-за вышеуказанной опасности, которая является преувеличенной и недостаточно обоснованной, так и не нашла практического применения.

Являясь сторонником тех авторов, которые допускают возможность и безопасность цитологической диагностики меланомы кожи путем пункции опухоли тонкой иглой, следует отметить ее недостатки и ограниченные возможности: невозможность взятия материала при плоской и лентигомеланоме, при узловой форме опухоли размерами <1 см; частые пункции из-за закупорки просвета иглы, невозможность взятия материала для цитологического исследования (холостые пункции); возможность ложноотрицательных и ложноположительных результатов анализов. На Всесоюзном симпозиуме «Клиника и лечение меланомы кожи» (1990) было сформулировано три важнейших в практическом плане положения: истекшие годы характеризуются неуклонным ростом заболеваемости меланомой; к моменту начала адекватного лечения примерно у 75% больных процесс имеет уже распространенный характер; пятилетние сроки выживаемости в среднем не превышают 50%. Заболеваемость меланомой кожи в России с 1992 по 1996 год выросла с 2,0 до 2,7 на 100 тыс. населения, т.е. увеличилась на 35% и по величине прироста заняла первое место среди всех злокачественных опухолей [2].

В 1992–2001 годах заболеваемость уже составила в среднем 3,72 на 100 тыс. населения, а темп прироста 54,61% [5]. Значительный рост заболеваемости меланомой кожи наблюдается и в Республике Северная Осетия – Алания (РСО-Алания) в 1991–2005 гг. За этот период зарегистрировано 389 больных: мужчин 157 (40,36%) и женщин 232 (59,64%). Удельный вес меланомы в общей структуре заболеваемости раком вырос с 1,42 до 1,75%, а среди опухолей кожи с 10,2 до 11,7%, поднявшись с 18 до 15 рангового места. В возрасте 20–64 лет мужчин было 64,44% и

* Кафедра онкологии Северо-Осетинской ГМА г. Владикавказ