

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 (темп 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 (темп 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 – 47,7 и 42,9% соответственно. В РФ эти показатели равнялись: I-II стадии 32,6%, III – 39,5 и IV – 23,9% (2003), 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 (гиперреакторы – 76 больных) и с высокой активностью (гиперреакторы – 74 ребёнка). У детей с пониженной реактивностью чаще, чем у «гиперреакторов» выявлялись жалобы астеноневротического 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: «гиперреакторы» 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 \pm 3,2 усл. ед. (до лечения – 211,0 \pm 15,9 усл. ед.), у ваготоников индекс напряжения увеличился всего на 9 усл. ед. и составил 27,4 \pm 0,6 усл. ед., до лечения – 18,0 \pm 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 \pm 5,8 усл. ед. (до лечения 172,1 \pm 8,0 усл. ед.), у ваготоников – индекс напряжения увеличился вдвое – 31,1 \pm 3,7 усл. ед., до лечения 16,8 \pm 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-адреноалевой 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-адреноалевой 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-адреноалевой системы. Наблюдаемые изменения параметров сердечного ритма демонстрировали регуляторные сдвиги, имевшие адаптационный характер, что можно трактовать, как стабилизацию вегетативной регуляции и повышение стрессовой устойчивости. Произошедшее свидетельствует об адаптационных перестройках и формировании оптимальной вегетативной регуляции. У 22 (44%) детей с исходно повышенным парасимпатическим тонусом значительно 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 симпто-адреналовой системы, ощущалось усиление 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 симпто-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 симпто-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 позиции 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 эйтотоническому уровню в большей степени при ИВТ по симпатикотоническому типу ($p=0,05$), в меньшей при ваготоническому ($p=0,01$). Клинически это подтверждалось более тонким 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 адренергической (физической) 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. Белоконь 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. Брязгунов 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 НЕИЗЬЯВЛЕННОЙ МЕЛНОМОИ 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 неизъявленной 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 (\varnothing 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%

* Кафедра онкологии Северо-Осетинской ГМА г. Владикавказ