

защитной реакции или происходит формирование на его основе рентных установок, это должно проявляться в положительной корреляционной связи и высокими баллами теста SF-36.

Таблица 2

Значения коэффициентов корреляции между психовегетативными симптомами больных с хронической патологией и шкалами теста SF-36

Шкала теста SF-36	Симптом	Коэффициент корреляции	P
Боль	боль в области сердца	-0,346	0,032
	боль в разных участках тела	-0,341	0,034
	головокружение	-0,443	0,005
	дрожь или озноб	-0,465	<0,001
	перебои в работе сердца	-0,393	0,014
	плаксивость	-0,505	0,001
	раздражительность	-0,489	0,002
	снижение настроения	-0,356	0,026
	страх	-0,383	0,017
	ухудшение зрения	-0,521	<0,001
	ухудшение памяти	-0,518	<0,001
	боль в разных участках тела	-0,325	0,044
	боль в руках или ногах	-0,337	0,036
Общее здоровье	боль в суставах	-0,449	0,004
	дрожь или озноб	-0,533	<0,001
	нарушение сознания	-0,473	0,003
	неустойчивость при ходьбе	-0,337	0,036
	общее недомогание	-0,380	0,018
	потливость	-0,424	0,008
	слабость в руках или ногах	-0,333	0,039
	страх	-0,361	0,024
	судороги	-0,396	0,013
	ухудшение памяти	-0,460	0,004
	боль в области сердца	-0,338	0,036
	боль в разных участках тела	-0,449	0,004
	вздутие живота	-0,327	0,042
Жизнеспособность	головокружение	-0,365	0,023
	дрожь или озноб	-0,343	0,033
	общее недомогание	-0,413	0,009
	пессимизм	-0,426	0,007
	плаксивость	-0,426	0,007
	потливость	-0,389	0,015
	раздражительность	-0,454	0,004
	снижение настроения	-0,385	0,016
	страх	-0,404	0,011
	ухудшение памяти	-0,473	0,003
	физическая и психическая утомляемость	-0,396	0,013
	нарушение сна	-0,329	0,043
	пессимизм	-0,370	0,012
Психическое здоровье	плаксивость	-0,322	0,046
	раздражительность	-0,324	0,044
	ухудшение памяти	-0,464	0,003
	ухудшение памяти	-0,464	0,003

Дополнительная аргументация этой точки зрения получена при исследовании КЖ в этой же группе лиц, различающихся по использованию лингвистических оборотов, которые показывают степень вовлеченности сознания в патологический процесс: «я болен» и «у меня болезнь». Соотношение больных при этом составило, соответственно, 74 и 46 человек. Выраженность КЖ в обеих группах представлена графически на рис. 1.

Таблица 3

Корреляция психовегетативных симптомов и шкал теста SF-36

Шкала теста SF-36	Симптом	Коэффициент корреляции	P
РФФ	боль в суставах	0,374	0,020
	жжение в области заднего прохода	0,466	0,003
	запор	0,397	0,013
	обмороки	0,377	0,018
	половая слабость	0,343	0,033
	понос	0,319	0,048
РЭФ	боль при мочеиспускании	0,340	0,035
	жжение в области заднего прохода	0,361	0,025

Результаты дисперсионного анализа показали достоверное повышение профиля теста по шкале ОЗ ($P=0,004$) у тех больных, которые склонны использовать формулировку «у меня болезнь» ($48,08 \pm 4,01$ против $34,38 \pm 3,66$ баллов теста SF-36 у лиц, использующих формулировку «я болен»), что свидетельствует о лучшем качестве их жизни и что можно объяснить большей дистанцированностью «Я» от внутренних патологических сигналов.

Заключение. Таким образом, в оценке лечебных и реабилитационных мероприятий у терапевтических больных с помощью теста SF-36 следует учитывать, что повышение профиля по шкалам: «Ролевое физическое функционирование» и «Ролевое эмоциональное функционирование» связано с установочной реакцией больных по отношению к симптомам, лежащих в основе этих шкал, что предполагает вносить соответствующую поправку в их интерпретации.

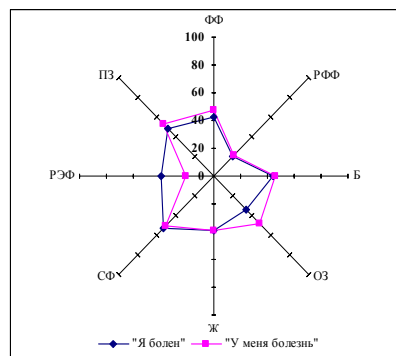


Рис. Профиль КЖ терапевтических больных, использующих различные лингвистические обороты

Симптом «дрожь или озноб» со всеми шкалами имеет отрицательную корреляцию и, учитывая, что он является соматическим эквивалентом тревоги и депрессии, в работе с терапевтическими больными необходимо учитывать влияние соответствующего эмоционального фона на плохое качество жизни, а динамика симптома «дрожь или озноб» может служить клиническим ориентиром в отражении системных эффектов лечения.

Литература

- 1.Новик А.А., Ионова Т.И. Рук-во по исследованию качества жизни в медицине.- СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир, 2002.- 320с.
- 2.Древалъ А.В. Диагностика болезней (метод интервью).- М.: Медицина, 1994 - 158 с.
- 3.Holzapfel N. et al. // Psychosom.- 2007.- Vol. 48.- P.112.
- 4.Melsop K.A. et al. // Am. Heart J.- 2003.- Vol. 145.- P.36.
- 5.Sousa K., Williamson A. // J Adv Nurs.- 2003.- Vol.42.- P.571-577.
- 6.Thumboo J. et al.// Soc. Sci. Med.- 2003.- Vol.56.- P.1761.
- 7.Bremner A.D. // Cardiovasc Drugs Ther.- 2002.-Vol. 16.- P.353-364.
- 8.Kennedy M.D. et al. // Curr. Control Trials Cardiovasc. Med.- 2003.- Vol. 4.- P.1-5.
- 9.Якубик А. Истерия. Методология. Теория. Психопатология.- М.: Медицина, 1982.- 341с.
- 10.Belin A.M. Заболевания вегетативной нервной системы.- М.: Медицина, 1991.- 621с.

УДК: 618.33-02

ТРЕХЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

И.В. КАБУЛОВА, Т.З. ШОГЕНОВА, Л.В. МАЙСУРАДЗЕ*

Абдоминальное родоразрешение позволило существенно снизить показатели материнской смертности при целом ряде акушерской патологии и обезопасить роды для плода. Однако, до настоящего времени риск развития септических осложнений после кесарева сечения в 10 раз выше, чем после родоразрешения через естественные родовые пути [4, 5]. Вот почему возрастает роль методов профилактики гнойно-септических осложнений при абдоминальном родоразрешении. Таким образом, реабилитация женщин после кесарева сечения является актуальной проблемой современного акушерства, имеющей большое социальное значение. Сама операция не должна быть заключительным этапом ведения больной. Необходима дальнейшая восстановительная терапия, ведущее место в которой отводится физиотерапевтическим средствам, оказывающим благоприятное воздействие на функциональное состояние различных органов и систем.

К основным факторам риска, способствующим развитию послеродовых гнойно-септических заболеваний, относятся инфекции во время беременности (кандидоз, бактериальный вагиноз, микоплазмоз, герпес, пиелонефрит и др.) [2, 3]. Наиболее частым осложнением после родов является послеродовый эндо-

* Каф. акушерства и гинекологии Северо-Осетинской ГМА, г.Владикавказ, ул. кирова, д.56, тел. 8672-53-95-25

метрит. Вероятность развития эндометрита после абдоминального родоразрешения возрастает в 5-10 раз по сравнению с самопроизвольными родами, частота его остается стабильно высокой, несмотря на значительное количество предложенных способов профилактики и лечения. Клиническая картина послеродового эндометрита в настоящее время характеризуется поздней манифестацией симптомов, наличием атипичных, стертых форм, для которых нередко свойственно несоответствие общей реакции организма и тяжести местного патологического процесса.

Известны различные способы лечения послеродовых эндометритов, заключающихся в медикаментозном лечении, включающем в себя антибактериальные препараты в различных комбинациях, дезинтоксикационную и десенсибилизирующую терапии. Нередко применяется сочетание медикаментозных средств с физическими факторами воздействия: токи, лекарственный электрофорез, УЗ-терапия, УВЧ, УФО, гелиево-неоновый лазер.

На сегодняшний день в мире накоплено достаточно весомое количество исследовательских и клинических результатов, свидетельствующих о благоприятной роли магнитолазерной терапии в процессах, протекающих в живом организме, и в процессах, сопровождающих лечение различных заболеваний. По данным ряда авторов [3], применение квантовой терапии значительно улучшает микроциркуляцию в органах малого таза, стимулирует иммунитет, улучшает функциональную активность клеточных мембран, повышает чувствительность клеточных рецепторов к гормонам, усиливает поглощение тканями кислорода, что приводит к выраженному анальгезирующему и противовоспалительному действию. Установлено стимулирующее действие на процессы иммунозащиты, отмечается десенсибилизирующее действие лазерного излучения и бактериостатический эффект [1, 5].

Цель исследования – определение эффективности этапных реабилитационных мероприятий в послеродовом периоде у родильниц после кесарева сечения.

Обследованы 100 женщин репродуктивного возраста, перенесших операцию кесарева сечения. Основную группу составили 60 женщин, лечение которых проводилось в три этапа (акушерский стационар, женская консультация, санаторий). В контрольной группе (40 женщин) лечение ограничивалось первым и вторым этапами реабилитации.

Изучалось клиническое состояние и психоэмоциональная сфера, показатели центральной и региональной гемодинамики, иммунного статуса у родильниц после кесарева сечения. Методы исследования включали микроскопию вагинальных мазков, классический микробиологический – культуральный метод, ПЦР-диагностику, УЗИ. Для оценки иммунного статуса проводилось электронно-микроскопическое определение циркулирующих лимфоцитов, а также уровней содержания α -, γ -, и сывороточного интерферона по методу С.С. Григорянц и Ф.И. Ершова. Определение основных классов иммуноглобулинов А, М, G, проводилось методом радиальной иммунодиффузии по Mancini. Изучение фагоцитарной активности нейтрофилов с подсчетом фагоцитарного числа производили с помощью метода Настенко. Уровень интерлейкинов (ИЛ-1-а, ИЛ-1-б, ИЛ-8) и фактора некроза опухолей (ФНО-а) определяли твердофазным иммуноферментным методом двойных антител с использованием наборов моноклональных антител и реактивов. При микроскопии вагинальных мазков, окрашенных по Грамму, выявляли особенности, типичные для бактериального вагиноза. Наличие положительного аминного теста, изменение pH выше 4,5, обнаружение ключевых клеток, так же подтверждало диагноз бактериального вагиноза. Помимо состава микрофлоры, микроскопический метод дал возможность оценить состояние вагинального эпителия и наличие лейкоцитарной реакции. Лейкоцитарная реакция при бактериальном вагинозе отсутствовала.

На I этапе проводилось традиционное медикаментозное лечение с использованием антибиотиков широкого спектра действия в условиях родильного стационара после кесарева сечения. На II этапе для проведения магнитолазерной терапии использовался аппарат МИЛТА-Ф по авторской методике в условиях женской консультации. На III этапе проводилось санаторно-курортное лечение, включающее использование Белореченских азотно-термальных вод курорта Нальчик.

Явления эндометрита отмечались у 60 родильниц. Из них 37 (61,7%) женщин были родоразрешены путем операции кесарево сечение, у 23 (38,3%) женщин роды произошли через естественные родовые пути. Возраст обследуемых был от 18 до 40 лет.

Осложненный акушерско-гинекологический анамнез имели 80% родильниц. Гинекологические заболевания (воспаление матки и ее придатков, бесплодие, эрозия шейки матки, миома матки) имели в прошлом 66,7% женщин. У 73,3% больных диагностирована экстрагенитальная инфекция (хронический пиелонефрит, хронический тонзиллит, ОРЗ). Бактериальный вагиноз, трихомониаз, имели место в 20% наблюдаемых случаев.

Осложнения при беременности и в родах были у всех родильниц: гестоз (13,3%), многоводие (6,7%), антенатальная гибель плода (6,7%), дородовое излитие околоплодных вод (60,0%), раннее послеродовое кровотечение (6,7%). Кесарево сечение проводилось 6 роженицам. Показаниями к кесареву сечению явились: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, аномалии родовой деятельности, отсутствие эффекта от родовозбуждения при дородовом излитии околоплодных вод и поперечное положение плода. Начало инфекционно-воспалительного заболевания отмечено с 3 суток послеродового (послеоперационного) периода у 26,7% родильниц, на 6 – у 33,3%, на 7-10 – у 20,0% и на 12 сутки у 20,0% родильниц. Жалобы на боли в животе были у 66,7% больных; слабость и общее недомогание – у 53,3%; вздутие живота – у 46,7%, тошнота – у 53,3%; рвота – у 40,0%; жидкий стул – у 20,0%. Головная боль – у 6,7% больных, одышка – у 20,0%.

Степень тяжести эндометрита и форма заболевания оценивались по данным клиники (повышение температуры тела, субинволюция матки, патологический характер лохий), УЗИ-контроля на аппарате LOGIQ 100 PRO и результатах лабораторных исследований. При анализе истории родов нами были выявлены ошибки тактики ведения и лечения родильниц с гнойно-септическими заболеваниями: неадекватная антибиотикопрофилактика, недооценка жалоб родильниц, данных параклинических исследований, что явилось причиной поздней диагностики заболевания, нерациональное лечение локальных проявлений послеродовой инфекции, переходящей в генерализованный процесс.

Все пациентки после кесарева сечения получали традиционную терапию, включавшую антибиотикотерапию, утеротонические средства и т.д. Затем, в условиях женской консультации всем пациенткам производилась магнитно - инфракрасная лазерная терапия по авторской методике. 60 женщинам, которые составили основную группу, после I и II этапа проводилось санаторно-курортное лечение. После лечения 90% женщин основной группы отмечали значительное улучшение общего самочувствия, купирование болевого синдрома. По окончании трехэтапной терапии проводилось клиническое обследование с применением УЗ-сканирования, показавшего регрессию эндометрита. Прослеживалась положительная динамика лабораторных показателей: статистически достоверно снижалось до нормализации количество лейкоцитов, уменьшалась СОЭ.

Таблица

Состояние иммунного и интерферонового статуса у родильниц после лечения

Показатели	До лечения	После лечения	
		Основная группа	Контрольная группа
α ИФН (МЕ)	134,0 $\pm$ 8,2	167,5 $\pm$ 1,3	156,5 $\pm$ 1,4
γ ИФН (МЕ)	44,2 $\pm$ 10,2	108,4 $\pm$ 1,3	86,8 $\pm$ 2,2
Сыв. ИФН (МЕ)	5,5 $\pm$ 1,8	6,4 $\pm$ 0,3	6,2 $\pm$ 1,5
Т-общие (%)	40,2 $\pm$ 0,5	50,3 $\pm$ 1,1	48,4 $\pm$ 1,3
В-клетки (%)	25,4 $\pm$ 0,6	28,4 $\pm$ 1,5	27,1 $\pm$ 1,8
Т-хелперы (%)	25,3 $\pm$ 0,8	30,0 $\pm$ 7,5	28,9 $\pm$ 0,9
Т- супрессоры (%)	23,4 $\pm$ 0,7	27,2 $\pm$ 1,7	23,8 $\pm$ 1,5
ФА %	55,2 $\pm$ 0,3	75,0 $\pm$ 2,4	65,4 $\pm$ 1,6
Ф.Ч.	1,4 $\pm$ 0,1	3,3 $\pm$ 0,1	2,6 $\pm$ 0,2

Нами было изучено состояние иммунного и интерферонового статуса у родильниц, получавших в комплексном лечении заболеваний послеродового периода лазеротерапию и санаторно-курортное лечение. При сравнительном анализе показателей иммунного и интерферонового статуса, фагоцитарной активности нами было выявлено, что у родильниц после проведенной трехэтапной терапии, отмечалось достоверное повышение γ ИФН с 44,2 $\pm$ 10,8 до 108,4 $\pm$ 1,3 МЕ и α ИФН с 134,0 $\pm$ 8,2 до 167,5 $\pm$ 1,3 МЕ в сравнении с группой больных, получавших традиционное противовоспалительное лечение. На фоне лазеротерапии и санаторно-курортного лечения отмечалась тенденция к увеличению уровня общих Т-клеток и нормализации В-клеток, а так же усиление начальной фагоцитарной активности с 55,2 $\pm$ 0,3 до 75,0 $\pm$ 2,4 и фагоцитарного числа с 1,4 $\pm$ 0,1 до 3,3 $\pm$ 0,1.

Проведена система восстановительного лечения женщин, перенесших операцию кесарева сечения, включающая использование антибиотикопрофилактики в ранней послеоперационной реабилитации на I этапе и комплекса последующих оздоровительных мероприятий с использованием общей магнитотерапии на II и курортных факторов республики (Белореченских азотно-термальных вод) – на III этапах. В основной группе рожениц после кесарева сечения после проведения II и III этапов лечения отмечалась более выраженная нормализация клинического состояния и психоэмоциональной сферы, показателей центральной и региональной гемодинамики, иммунного статуса, чем у женщин в контрольной группе. Отдаленные результаты показали, что в основной группе частота гнойно-септических осложнений после кесарева сечения снизилась в 3 раза.

Выявлены несомненные преимущества использования курортных факторов г. Нальчик, в частности Белореченских азотно-термальных вод, позволяющие достичь наиболее полного восстановления репродуктивного здоровья женщин после кесарева сечения. Проведенные исследования говорят о целесообразности проведения комплекса этапных лечебно-профилактических мероприятий у рожениц после кесарева сечения в условиях родильного стационара, женской консультации и санатория и позволяют рекомендовать их в качестве предгестационной подготовки при планировании следующей беременности.

Литература

1. Горин В.С. и др. // Акуш и гин.–2001.– №6.– С.10–14.
2. Еришов Ф.И. и др. Система интерферона в норме и при патологии.– М., 1996.– С.135–146.
3. Методические рекомендации по применению аппарата квантовой терапии РИКТА / Под ред. Ю.Б. Хайфеца.– М., 2002.– С.132.
4. Назарова Е.К. и др. // Клини. лаб. диагностика.– 2003.– №2.– С. 25–32.
5. Пальчик Е.А. и др.// Мат-лы 5-го Рос. науч. форума «Охрана здоровья матери и ребенка».– М., 2003.– С.213–214.

УДК 616.831-005.1-06-02:616.89-008.441.13

ТИП ИНСУЛЬТА БОЛЬНЫХ С ОТЯГОЩЕННЫМ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ АНАМНЕЗОМ

И.П. ЯСТРЕБЦЕВА, А.Е. НОВИКОВ*

Алкоголь относится к предрасполагающим (предиспозиционным) и к разрешающим факторам риска мозгового инсульта [3,6]. Первые факторы влияют на развитие основных этиологических заболеваний церебрального инсульта, накладывая отпечаток на характер питания и физическую активность человека. Вторые факторы риска нарушают гемореологические показатели и оказывают непосредственное воздействие на механизмы развития церебральной очаговой ишемии или геморрагии. Алкоголь способен увеличивать свертываемость крови, воздействуя на анти-тромбопластическую и антигемостатическую активность крови, повышая концентрацию фибриногена, показатель гематокрита, влияя на структуру и активность кровяных пластинок.

Частота злоупотребления алкоголем у лиц, перенесших инсульт, колеблется от 19 до 75%.

Влияние алкоголя на тип инсульта неоднозначно. Если риск развития геморрагического инсульта возрастает пропорционально средней суточной дозе, то в случае ишемического инсульта связь не является линейной. В определенном диапазоне доз (100–200 г/нед) алкоголь уменьшает риск инфаркта мозга, что связывают с усилением фибринолиза, увеличением содержания липопротеидов высокой плотности. При дальнейшем увеличении дозы риск инсульта быстро возрастает за счет развития алкогольной кардиомиопатии, повышения свертываемости крови и повышения чувствительности нейронов к повреждающему действию ишемии. Злоупотребление алкоголем имеет крайне важное социальное значение. Оно влияет на производительность занятости, производительность труда, воспроизводство населения и т.д.

В связи с высокой медико-социальной значимостью цереброваскулярных заболеваний, прежде всего инсультов, особую актуальность приобретает определение факторов риска их развития. Данные о значимости такого фактора, как злоупотребление алкоголем, на течение цереброваскулярного заболевания противоречивы [1,4,5,7].

Цель исследования – оценка влияния злоупотребления алкоголем на тип инсульта головного мозга.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 255 пациентов, перенесших инсульт головного мозга. Среди обследованных было 127 (49,8%) женщин и 128 (50,2%) мужчин в возрасте от 22 до 78 лет, средний возраст $53,2 \pm 9,1$ лет. Повторные инсульты были отмечены у 70 обследованных (27,5%), причем 3 повторных «мозговых катастроф» – у 11 пациентов (4,3%), 4 – у 3 (1,2%), 6 – у 1 (0,4%). Давность инсультов у наблюдаемых нами пациентов составила от 1 до 19 лет. 85 пациентов, принятых в данное исследование, наблюдались в динамике, в том числе 35 – начиная с острого периода, 19 – с раннего восстановительного и 2 – с позднего восстановительного. Период наблюдения и лечения больных составил в среднем 3 года. Расстройства мозгового кровообращения развивались вследствие поражения магистральных артерий головы. 228 пациентов (89,4%) перенесли ишемический инсульт (ИИ), причем 127 (49,8%) – в каротидной системе (КС), 88 (34,5%) – в вертебробазилярной (ВБС), 13 (5,1%) – в обеих сосудистых бассейнах; 25 (9,8%) – паренхиматозный геморрагический инсульт (ГИ); 22 (8,6%) – супратенториальный, 3 (1,2%) – субтенториальный. В 2-х наблюдениях (0,8%) отмечались повторные ИИ и ГИ.

До инсульта 57 больных (22,4% из общего числа 255 обследованных) злоупотребляли алкоголем. Эти пациенты составили 1-ю группу сравнения. Из них 20 пациентов (7,8%) злоупотребляли суррогатами. Лица, незлоупотреблявшие до инсульта алкоголем (198 наблюдаемых, 77,6%), составили 2-ю группу сравнения.

Проведено углубленное клинко-неврологическое, психологическое, функциональное и инструментальное исследование. Для подтверждения диагноза привлекались такие методы обследования, как электрокардиография, офтальмоскопия, рентгенография шейного отдела позвоночника, реоэнцефалография, Эхоэнцефалоскопия, ультразвуковой доплерографии магистральных сосудов головы и шеи, церебральной ангиографии, радиоцереб্রографии, липидного профиля крови, коагулограммы. Из нейрорезультативных методов применялись регистрация электроэнцефалограммы с визуальной оценкой и вычислением значений индексов для стандартных частотных диапазонов. Электроэнцефалографическое исследование было выполнено 146 пациентам, в т.ч. 73 в динамике. Верификация диагноза посредством компьютерной или/и магнитно-резонансной томографии была проведена 153 пациентам, в том числе 81 – в динамике. Расчеты, проведенные по материалам обследований, выполнены на 10 человек, т.к. количество пациентов 1-й группы составило 57, что <100, и не позволило нам вычислять процентные отношения.

Результаты. У пациентов 1-й группы алкогольный стаж у обследованных составлял от 5 до 20 лет. Подавляющее большинство этих больных после инсульта отказалось от употребления алкоголя. Злоупотребление алкоголем после инсульта продолжил всего один пациент (0,4%). Пациенты, умершие в остром периоде ишемического инсульта, не включались в наше исследование.

ГИ из 57 лиц 1-ой группы сравнения встречался в 4 случаях (т.е. 0,7 наблюдений из 10), ИИ с геморрагическим компонентом – в 2-х (0,4 наблюдений из 10), ИИ – в 51 (8,9 наблюдений из 10). ГИ локализовался у всех пациентов в супратенториальных структурах. ИИ отмечался в КС у 35 больных (6,1 наблюдений из 10), в ВБС – у 12 (2,1 наблюдений из 10), в обоих бассейнах – у 4 (0,7 наблюдений из 10). ГИ во 2-й группе отмечался в 21 случае (1,1 наблюдения из 10), из них два пациента перенесли повторные ИИ и ГИ. ГИ в 18 случаях (0,9 наблюдений из 10) локализовался в супратенториальных структурах, в 3 (0,2 наблюдений из 10) – в субтенториальных. Только ИИ встречался в 175 случаях (8,8 наблюдений из 10): в 90 (4,5 наблюдений из 10) в КС, в 76 (3,8 наблюдений из 10) – в ВБС, в 9 (0,5 наблюдений из 10) – в обоих сосудистых бассейнах.

Из 57 больных 1-й группы 4 употребляли его непосредственно перед инсультом, в т.ч. 1 – длительно (5 суток); 52 – за несколько дней (как правило, за 2-3 дня) до развития «мозговой катастрофы».

* Кафедра неврологии и нейрохирургии Ивановской ГМА, 153462, г. Иваново, пр.Ф.Энгельса, д.8