

но взаимосвязаны с выраженностью неврологической симптоматики, расстройствами речи, внимания и социальной адаптации.

Необходимо подчеркнуть заметную связь некоторых лицевых дисморфий (короткой глазной щели, короткого носа, сглаженности носогубного желобка) с формированием задержки психического развития, с нарушениями крупной моторики и слуха.

Закономерным явлением послужили множественные взаимосвязи между структурными нарушениями мозга по данным нейровизуализации, лицевыми дисморфиями, неврологической картиной заболевания и признаками социальной дезадаптации.

Хорошая корреляционная связь отмечена между нарушениями тонкой моторики и слуха у детей, находившихся в учреждениях социальной опеки, а также низким уровнем социальной адаптации детей с фактом отсутствия обследования матерей во время беременности.

Таким образом на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. ФАС и НФАС у детей РС(Я) имеют своеобразие в выявлении в зависимости от учреждения, этнических особенностей мест, в которых проведены исследования.

2. Выявляемость ФАС и НФАС достоверно выше среди детей коренного населения.

3. Отмечены особенности дисморфических и структурных церебральных нарушений в зависимости от этнической принадлежности ребенка.

4. Выявлены многочисленные взаимосвязи между антропометрическими, дисморфическими, структурными церебральными параметрами и характером клинической неврологической картины заболевания. В частности, уменьшение длины глазной щели может послужить ранним маркером формирования задержки психомоторного развития.

5. Для более глубокого анализа представленной проблемы необходимо более тщательное изучение ФАС и НФАС в регионах РС(Я) с использованием стандартных методов диагностики ФАС, методов нейровизуализации, а также разработки этнических возрастных норм морфологии лица и головного мозга у детей.

Литература

1. Ватолин К.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга у детей / К.В. Ватолин. – М., 1995–118 с.

Vatolin K.V. The ultrasonic diagnostics of brain diseases in children / K.V. Vatolin. – M., 1995–118 с.

2. Журба Л.Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л.Т. Журба, Е.А. Мастюкова. – М., Медицина – 1981–271 с.

Gurba L.T. The psycho-neurological disorders of the 1 year old children / L.T. Gurba, E.A. Mastukova. – M.: Medicina. – 1981. – 271 p.

3. Захарова Н.М. Стандарты индивидуальной оценки физического развития детей в возрасте от рождения до семи лет Республики Саха (Якутия): методические указания / Н.М. Захарова, М.В. Ханды, Я.А. Мунчалова. – Якутск, 2003. – С. 72.

Zacarova N.M. The standards examination of the anthropometrics date of the children aged from 40 postmenstrual weeks to 7 years living in Republic Sakha (Yakutia): methodological recommendation / N. M. Zacarova, M.V. Khandy, Y.A. Munchalova. – Yakutsk, 2003. – 72 P.

4. Легонькова С.В. Нейрофизиологическая характеристика фетального алкогольного синдрома / С.В. Легонькова, А.Б. Пальчик // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011 – Т.1 (2) – С. 95–99.

Legonkova S.V. The neurophysiological characteristic of fetal alcohol syndrome / S.V. Legonkova, A.B. Palchik // The preventive and clinical medicine. – 2011 – T.1 (2) – P.95–99.

5. Пальчик А.Б. Введение в неврологию развития / А.Б. Пальчик. – СПб., Коста, – 2007.

Palchik A.B. The introduction in Developmental Neurology / A.B. Palchik – SPb.: Kosta, – 2007.

6. Пальчик А.Б. Токсические энцефалопатии новорожденных / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. – М.: МЕДпрессинформ, 2012. – 156 с.

Palchik A.B. The newborn toxic encephalopathy / A.B. Palchik, N.P. Shabalov. – M.: MEDpressinform, – 2012. – 156 p.

7. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы / А.А. Скоромец. – Л.: Медицина, – 1989. – 320 с.

Skoromes A.A. The topical diagnostics of diseases of nervous system / A.A. Skoromes – L.: Medicina, 1989 – 320 p.

8. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Syndrome and Related Conditions. The 4-Digit Diagnostic Code. – 2nd Edition. – Seattle, 1999. – 111 p.

9. May P.A. Estimating the prevalence of FAS. A summary / P.A. May, J.P. Cossage // Alcohol Res Health – 2001 – Vol. 25(3). – P. 159–167.

Е.А. Морозова, С.Н. Морозов, А.А. Донская, К.С. Лоскутова ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ НА ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

УДК:616.1/4-056.2

Проводилось исследование влияния коморбидной патологии на исходы у больных с диагнозом острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКСнСТ). Коморбидность регистрировалась у 88% обследованных. Наиболее часто из сопутствующих заболеваний встречаются обострение хронического холецистопанкреатита, эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта, хронический колит. Результаты статистического анализа показали значимое повышение частоты летального исхода в группе больных ОКСнСТ с обострением хронического пиелонефрита и с эрозивно-язвенным поражением верхних отделов ЖКТ.

Ключевые слова: коморбидность, острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта, хронический пиелонефрит, хронический колит.

МОРОЗОВА Елена Александровна – врач-терапевт ГБУ Якутская городская клиническая больница, Dea2003@rambler.ru, **МОРОЗОВ Сергей Николаевич** – к.м.н., докторант кафедры терапии, фармакологии с курсом скорой помощи Московского государственного медико-стоматологического университета, mnmnm1@rambler.ru, **ДОНСКАЯ Ариадна Андреевна** – д.м.н., проф., зав. курсом ОВП ИПОВ СВФУ им. М.К. Аммосова, Aradon1@yandex.ru, **ЛОСКУТОВА Кюнная Саввична** – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ КМП СО РАМН, loscutovaks@mail.ru.

Investigation of influence of comorbid disease on outcomes in patients with acute coronary syndrome with ST segment elevation (ACSeST) was conducted. Comorbidity was recorded in 88% of patients. The most common comorbidities are the aggravation of chronic cholecystopancreatitis, erosive and ulcerative lesions of the upper gastrointestinal tract, chronic colitis. Statistical analysis showed a significant increase in the incidence of death in ACSeST patients with exacerbation of chronic pyelonephritis and with erosive and ulcerative lesions of the upper gastrointestinal tract.

Keywords: comorbidity, acute coronary syndrome with ST segment elevation, erosive and ulcerative lesions of the upper gastrointestinal tract, chronic pyelonephritis, chronic colitis.

Под коморбидными состояниями понимают сочетание двух или более патологических синдромов или забо-

леваний у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени [5,4].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) в изолированном варианте встречается достаточно редко. По данным Верткина А.Л., инфаркт миокарда (ИМ) клинически изолированно диагностирован у мужчин в 17%, а у женщин – в 32% случаев [1,3]. В общем, в 78,6% случаев ИМ была выявлена коморбидность, наиболее частыми из которой являются поражение сосудов головного мозга (69%), болезни мочеполовой системы (78), дыхательной системы (73), болезни желудочно-кишечного тракта (70%) [2]. В клинической практике часто встречаются комбинации из двух-трёх нозологий, но в единичных случаях (до 2,7%) у одного пациента может быть выявлено сочетание 6-8 сопутствующих заболеваний одновременно. Предиктором коморбидности, который не может быть подвержен коррекции, является возраст. Так, у больных пожилого и старческого возраста чаще выявляются различные коморбидные состояния [4]. Коморбидность у лиц в возрасте 80 лет и старше встречается более чем в 80% случаев [5]. В клинической практике коморбидность представляет собой значительную проблему при лечении острого коронарного синдрома (ОКС), связанную с затруднением диагностики и утяжелением течения основного заболевания. Кроме того, коморбидная патология требует дополнительного лечения.

Цель исследования – проанализировать коморбидный статус и его влияние на исход заболевания у пациентов с ОКСнСТ.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 835 случаев ОКС по данным карт вызова скорой медицинской помощи (СМП), историй болезни (ИБ) стационарного больного и протоколов аутопсий на электронном и бумажном носителях в городах Якутск, Благовещенск, Комсомольск-на-Амуре, Южно-Сахалинск и Петропавловск-Камчатский.

Летальные исходы были зафиксированы у 107 пациентов, в том числе у 64 мужчин, средний возраст которых составил $60,3 \pm 4,8$ года и у 43 женщин со средним возрастом $67,1 \pm 5,5$ года. Клинико-морфологический анализ проведен по правилам формулировки клинического и патологоанатомического диагнозов, в соответствии с МКБ X.

Электронная база данных подготовлена в среде программы MS Excel 2007. Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ IBM Statistics 19 версии. С целью установления популяционных характеристик изучаемых признаков

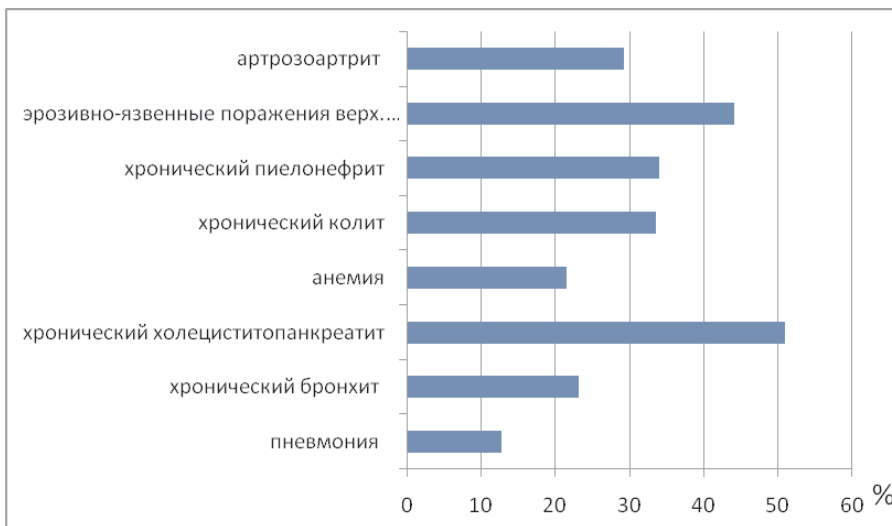
использовали бутстреп-анализ с вычислением процентильного 95% доверительного интервала (ДИ), основанный на 1000 случайных выборок. Вычисленные интервальные оценки, выраженные в процентах, использовались для выявления статистической значимости различий частот изучаемых признаков в сравниваемых группах. Для анализа взаимосвязей качественных признаков использовали классический критерий Хи-квадрат Пирсона. Исследование влияния коморбидной патологии на частоту летального исхода проводили путём вычисления отношения шансов с 95%-ным ДИ.

Результаты и обсуждение. Причиной госпитализации всех больных в кардиореанимационные и кардиологические отделения был ОКСнСТ, который при поступлении в стационар подвергался дифференциальной диагностике как нестабильная стенокардия (НС) и инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнСТ). При этом доля пациентов с НС составила всего 8%, а с ИМнСТ – 92%. При анализе сопроводительных талонов СМП мы установили, что в 43% случаев указывались дополнительные диагнозы, которые в 23% случаев не совпадали с сопутствующей патологией в заключительном диагнозе. В 90% случаев сопутствующие заболевания, указанные в сопроводительном талоне СМП, не находили подтверждения в заключительном диагнозе. Следует отметить, что в заключительном диагнозе у 88% пациентов установлена коморбидность. Имеющееся расхождение диагнозов можно объяснить тем, что при ОКС, как правило, контакт врача с пациентом носит кратковременный характер и ограничивает возможность детального осмотра больного и сбора анамнеза по причине тяжести состояния больного. В связи с этим на догоспитальном этапе диагностика и интерпретация сопутствующих заболеваний является нецелесообразной. На догоспитальном этапе целесообразно выставить диагноз ОКС и его тяжелое осложнение, например ОКСнСТ, острая сердечная недостаточность. Данная формулировка не должна считаться расхождением в случае любых обострений ИБС, диагностируемых в стационаре. При госпитализации пациентов кардиолог определяет тактику ведения больного: выполнение рентгенэндоваскулярных коронарных вмешательств (плановое или экстренное), либо консервативное лечение. На основании данного реше-

ния строится план ведения больного. По результатам исследования нами установлено, что консультация врача-терапевта проведена только у 43% пациентов на 3-и–5-е сутки, а остальным 57% пациентам такая консультация не проводилась. По результатам заключительных диагнозов выявлены случаи обострения сопутствующих заболеваний: хронический бронхит – 23,2% (20,4–26,1%), пневмония – 12,8 (10,7–15,1), хронический холецистопанкреатит – 51 (47,5–54,4), эрозивно-язвенное поражение ЖКТ – 44,1 (40,6–47,5), хронический колит – 33,6 (30,4–36,9), анемия – 21,6 (18,7–24,6), хронический пиелонефрит – 34,0 (30,9–37,1), артрозоартриты – 29,2% (25,9–32,4%). В скобках указан 95%-ный ДИ для частот.

Таким образом, из числа коморбидной патологии лидируют холецистопанкреатит и эрозивно-язвенное поражение ЖКТ, которые наблюдаются почти у половины пациентов с ОКСнСТ. Однако фармакологические препараты из основных групп, рекомендуемых для лечения данной патологии, – блокаторы протонной помпы и H₂-гистаминоблокаторы – получали лишь 12% пациентов с данной патологией. Хронический колит со склонностью к запорам диагностирован у трети пациентов, при этом лекарственные средства со слабительным действием были назначены только 2% пациентам. Около четверти больных страдали заболеваниями бактериальной этиологии. Однако антибактериальную терапию получали лишь 19% пациентов. У четверти больных наблюдалась анемия различной степени тяжести, коррекция которой железосодержащими препаратами проводилась только в 3% случаев. О лечении артрозоартрита трудно судить в силу того, что 80% больных получали терапию препаратами из группы нестероидных противовоспалительных средств. Проблема заключается также и в том, что в настоящее время отсутствуют четкие критерии, определяющие необходимость терапии распространённых коморбидных состояний (рисунок).

Основной причиной летальных исходов в исследуемой группе была острая сердечная недостаточность, которая диагностирована в 72% случаев, в то же время в 48% случаев она сопровождалась декомпенсированной терапевтической патологией. По данным аутопсии коморбидная патология была выявлена у 98% из 107 умерших пациентов. При этом структура коморбидности представляла собой сочета-



Частота обострений сопутствующих хронических заболеваний у больных ОКСнСТ (%)

Частота летального исхода у больных с ОКСнСТ с различной коморбидностью

Патология	Летальный исход				ОШ			χ^2 пирсона	p
	с патологией		без патологии		значение	95% ДИ			
	абс.	%	абс.	%		нижний	верхний		
Пневмония	14	13,1	93	12,8	1,028	0,563	1,872	0,008	0,929
Хронический бронхит	27	14,0	80	12,5	1,143	0,715	1,827	0,310	0,577
Хронический холецистопанкреатит	63	14,8	44	10,7	1,448	0,959	2,185	3,127	0,077
Анемия	27	15,0	80	12,2	1,268	0,792	2,032	0,981	0,322
Хронический колит	40	14,3	67	12,1	1,209	0,794	1,842	0,782	0,377
Хронический пиелонефрит	47	16,6	60	10,9	1,633	1,081	2,466	5,514	0,019
Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов ЖКТ	57	15,4	50	10,7	1,520	1,012	2,284	4,102	0,043
Артрозоартрит	35	14,4	72	12,2	1,215	0,787	1,887	0,775	0,379

Примечание. ОШ – отношение шансов; 95% ДИ – доверительный интервал; p – уровень значимости.

ние двух нозологических единиц у 43%, трех – у 30, четырех – у 20% больных. Декомпенсированная терапевтическая патология в 37% случаев была квалифицирована как второе конкурирующее заболевание. По результатам нашего исследования в структуре коморбидности наиболее распространены заболевания ЖКТ (81%), органов дыхания (69%) и мочевыделительной системы (48%). По результатам анализа частота расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов составила 7%. Основными причинами гиподиагностики послужили недоучет клинических и дополнительных данных – 47%, тяжесть состояния больного – 42%, краткость пребывания в стационаре – 11% случаев. Досуточная летальность была констатирована у 40% пациентов, у 96% из них была выявлена коморбидная отягощенность.

Таким образом, в регионе исследования регистрируется высокая частота коморбидности у пациентов ОКСнСТ,

что утяжеляет течение основного заболевания и, возможно, влияет на исход (таблица).

По результатам исследования установлено, что при наличии сопутствующей патологии хронический пиелонефрит частота летального исхода повышается на 5,7%. В группе пациентов с сопутствующим эрозивно-язвенным поражением верхних отделов ЖКТ также наблюдается аналогичное повышение частоты летального исхода на 4,7%. Выявленные различия частот являются статистически значимыми. Анализ отношения шансов с целью оценки влияния исследуемой патологии на исход показал, что у пациентов с хроническим пиелонефритом в среднем на 63% повышается вероятность летального исхода. При наличии сопутствующего эрозивно-язвенного поражения верхних отделов ЖКТ вероятность летального исхода также повышается в среднем на 52%. Следует отметить, что приведенные

вероятности являются статистически значимыми. По другим исследованным патологиям значимых различий во влиянии на частоту летального исхода не обнаружено.

Таким образом, установлено, что, во-первых, эрозивно-язвенное поражение ЖКТ, ассоциированное с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, в том числе ацетилсалициловой кислоты, способствующей образованию у больных эрозий и язв, достоверно увеличивает смертность. Так, непосредственной причиной смерти при ОКС в 2,8% случаев стали желудочно-кишечные кровотечения из острых эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ. Во-вторых, увеличение смертности у лиц с сопутствующим хроническим пиелонефритом, вероятно, обусловлено более тяжелой и трудно корригируемой артериальной гипертензией.

В результате исследования выявлена высокая частота распространенности коморбидности у пациентов ОКСнСТ: у каждого второго выявлено обострение заболевания ЖКТ, каждого третьего – патология органов дыхания и заболевания мочевыделительной системы, которые ассоциируются с повышенным риском летального исхода.

Выводы:

1. Около 90% пациентов кардиологического профиля имеют коморбидную терапевтическую патологию, при этом наиболее часто встречаются болезни ЖКТ.

2. Отсутствие стандартов ведения больных кардиологического профиля с позиций наличия коморбидной патологии ведет к ее недооценке, неадекватной фармакотерапии и отягощает основное заболевание, в связи с чем все пациенты, поступающие экстренно в кардиологическое отделение в первый час должны быть осмотрены терапевтом для определения коморбидного статуса и ассоциированного с ним риска осложнений, рациональной медикаментозной коррекции коморбидных состояний.

3. В случае пребывания больного в стационаре и выявлении у него обострения коморбидной патологии необходимо ежедневное наблюдение терапевтом с целью коррекции лечения в зависимости от динамики патологического процесса.

4. Для проведения данных мероприятий необходимо введение штатной единицы терапевта в стационары кардиологического и кардиохирургического профилей.

Литература

1. Верткин А.Л. Врач и пациент. Монтежки и Капулетти современной медицины / А.Л. Верткин, А.С. Скотников // Медицинский вестник. – 2009. – № 12. – С. 17–24.

Vertkin A.L. Physician and patient. Montagues and Capulets of modern medicine / A.L. Vertkin, A.S. Skotnikov // Med. Vestnik. – 2009. – № 12. – P.17–24.

2. Верткин А.Л. Полиморбидность — причина диагностических ошибок и расхождения клинического и морфологического диагноза / А.Л. Верткин, О.Ю. Аристархова, Е.А. Пе-

трик // Врач скорой помощи. – 2011. – № 6. – С. 18–22.

Vertkin A.L. Polymorbidity - the cause of diagnostic errors and discrepancies of the clinical and pathological diagnosis / A.L. Vertkin, O. Ju. Aristarkhova, E. A. Petrik // Emergency Physician. – 2011. – № 6. – P.18–22.

3. Петрова А.В. Внутрикardинальные аспекты коморбидности у больных стабильной стенокардией: особенности клиники и гемодинамики.: автореф. дисс.... канд. мед. наук / А.В. Петрова. – ИжГМА, 2011. – 22 с.

Petrova A.V. Intracardinal aspects of comorbidity in patients with stable angina: clinical

and hemodynamic features: PhD thesis abstract / A.V. Petrova. -IzhGMA, 2011.-22p.

4. Ховасова Н.О. Оптимизация лечения коморбидных состояний терапевтического профиля у хирургических больных: автореф. дисс.... канд. мед. наук / Н.О. Ховасова. – МГМСУ, 2011. – 20 с.

Hovasova N. O. Optimization of treatment of comorbidity conditions of therapeutic profile of surgical patients: PhD thesis abstract / N. O. Hovasova.- MGMSU, 2011.-20p.

5. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of the literature / Van den Akker M., Buntinx F., Roos S. [et al.] // Eur. J. Gen. Pract. – 1996. – V. 2. – P. 65–70.

Е.С. Мерекина, Н.И. Логвиненко

ВЛИЯНИЕ СЕЗОНА ГОДА НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

УДК 616.23+356.33+504.75

Проанализированы истории болезней военнослужащих срочной и контрактной службы с внебольничной пневмонией, проходивших лечение в пульмонологическом отделении Филиала №1 ФГУ «321 ОБКГ» МО РФ г. Новосибирска в 2003–2005 гг. Выявлена сезонная заболеваемость пневмонией у военнослужащих: лица срочной службы чаще болеют в зимний и летний периоды года (январь, декабрь, июнь и июль), контрактной — чаще в зимний и осенний (январь, сентябрь и октябрь).

Ключевые слова: пневмония, военнослужащие, сезонность.

The medical histories of regular and contract service military men with community-acquired pneumonia treated in the pulmonary department of Branch № 1 FSI «321 OVKG» the Health Ministry in Novosibirsk in 2003–2005 were analyzed. Seasonal incidence of pneumonia in soldiers was found out: those in active service more often had pneumonia in winter and summer seasons of the year (January, May, June and July), the contract — more often in the winter and autumn (January, September and October).

Keywords: pneumonia, soldiers, seasonality.

Введение. Внебольничная пневмония (ВП) — одна из наиболее распространенных респираторных инфекций среди военнослужащих. А.Б. Белевтин и соавт. [5] отмечают склонность инфекции к бурному распространению с охватом в короткое время значительной части личного состава, что является особенностью современного эпидемиологического процесса при ВП в воинских коллективах (в первую очередь среди новобранцев).

Различают круглогодичную, сезонную и вспышечную заболеваемость ВП у военнослужащих. Круглогодичная заболеваемость возникает у лиц со сниженной иммунорезистентностью внутри воинского коллектива или вне его при контакте с высоковирулентными штаммами возбудителя [5, 6].

По данным различных авторов, анализ годовой динамики заболеваемости пневмониями (ЗП) военнослужащих, проходящих службу по призыву, показал, что её рост начинается в октябре,

преимущественно за счёт лиц, прибывших в мае, а в ноябре с прибытием осеннего пополнения происходит превышение максимального круглогодичного уровня [2–4, 7, 8]. При этом наибольшая заболеваемость ВП отмечается через 2–3 недели после прибытия и достигает максимума через 1–2 месяца в зависимости от внутренних особенностей воинских коллективов. [2, 4, 5].

Большое значение при ВП приобретает сезонность развития заболевания, которая соответствует срокам призыва на военную службу в ВС РФ, весенний и летний призыв новобранцев [2–4, 7, 8].

Существует и пусковой момент активизации эпидемического процесса в воинских коллективах — это фактор «перемешивания» личного состава в период поступления молодого пополнения. Именно этот фактор, по данным многих авторов, «способствует активации механизма передачи пневмотропных возбудителей, увеличению числа их носителей в коллективе, возрастанию вирулентности пневмококков и других возбудителей в результате пассажа среди военнослужащих со сниженной иммунорезистентностью» [5, 6, 7].

По данным литературы, выраженная сезонная заболеваемость отмечается в коллективах, где происходит их существенное обновление: учебные, вновь формируемые подразделения и части, воинские контингенты в районах чрезвычайных ситуаций и вооружённых конфликтов [5].

У многих военнослужащих развитию ВП предшествует ОРВИ, наибольшая заболеваемость регистрируется первые 2 месяца после призыва на военную службу [1–4].

Таким образом, заболеваемость ВП среди военнослужащих является актуальной проблемой военного здравоохранения.

Цель и задачи исследования — изучить частоту пневмоний у военнослужащих по призыву и по контракту в зависимости от времени года.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 1449 пациентов с внебольничными пневмониями, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении Филиала №1 ФГУ «321 ОБКГ» МО РФ г. Новосибирска в 2003–2005 гг. Из них мужчин в возрасте от 16 до 86 лет было 1425 чел., женщин — 24 в возрасте от 24 до 90 лет.

Из 1449 обследованных 68 (4,6%)

МЕРЕКИНА Екатерина Сергеевна — врач терапевт, пульмонолог Филиала №1 ФГУ «321 ОБКГ» МО РФ, scarlet-81@mail.ru;
ЛОГВИНЕНКО Надежда Ивановна — д.м.н., проф. Новосибирского ФПК и ППВ ГОУ ВПО НГМУ, nadejda-logvinenko@yandex.ru.