

до среднего низкого отмечено у 61 (49,2%) и у 15 (28,8%) ( $p < 0,05$ ).

Резко выраженное снижение качества жизни определялось у 2 (1,6%) и 1 (1,9%), умеренное — у 55 (44,4%) и 24 (46,2%), незначительное — у 26 (20,9%) и 12 (23,1%) пациентов. При повторном опросе через 9 мес исчезновение резкого снижения установлено у всех, снижение уровня умеренного качества — у 43 (34,6%) и 10 (19,2%) ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что повышение качества жизни в 1-й группе произошло за счет многих компонентов (физическая подвижность, эмоциональное самочувствие, познавательная функция) в то время как в контрольной группе только за счет одного компонента (физическая подвижность).

Уровень реакций тренировки в основной группе вырос на 53,4%, в контрольной — на 28,1% ( $p < 0,05$ ).

При исследовании ФВД были установлены дыхательная недостаточность у 64 (51,6%) и 28 (53,8%). Через 9 мес количество пациентов с дыхательной недостаточностью снизилось на 43 (34,6%) в 1-й группе и на 12 (23,1%) во 2-й ( $p < 0,05$ ).

Средний срок временной нетрудоспособности у работающих составил в 1-й группе  $119 \pm 2,1$  дня, во 2-й  $145 \pm 1,8$  дня ( $p < 0,05$ ). Стойкая утрата трудоспособности констатирована у 16 (12,5%) в 1-й группе, при этом II группа инвалидности — у 10 (7,8%), во 2-й группе — у 13 (25,0%) ( $p > 0,05$ ), II группа инвалидности — у 9 (17,3%). В течение последующих пяти лет инвалидность была снята у 10 (7,8%) и 3 (5,7%) пациентов ( $p > 0,05$ ).

Не отмечено эффекта от проводимой терапии у 6 (4,7%) и 2 (3,8%) пациентов ( $p > 0,05$ ). Рецидивы установлены у 24 (19,3%) и 12 (23,1%) ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, проведение обучающих программ в школе больного саркоидозом способствует улучшению общего самочувствия, повышению тренированности организма и качества жизни пациента, снижению тревоги и дыхательной недостаточности, более быстрому восстановлению трудоспособности. Повышения эффективности основной терапии и снижения количества рецидивов при проведении обучающей программы не установлено.

## Заключение

Десятилетний опыт работы школы больного саркоидозом в городе Курске свидетельствует, что решению сложной задачи улучшения самочувствия больного саркоидозом могут способствовать живой контакт врача с пациентом, проведение обучающей программы и реабилитационных мероприятий. Несмотря на то что обучающая программа не влияет на конечный результат основной терапии, она может приводить к повышению качества жизни, улучшению тренированности организма и дыхательной функции, более быстрому восстановлению трудоспособности. Организаторам здравоохранения следует предусмотреть возможность функционирования таких школ в повседневной практике пульмонолога и врача общей практики при повышенном уровне заболеваемости саркоидозом в регионе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Малыгин А.Г.* Респираторная медицинская реабилитация. М.: Практическая медицина; 2006: 308—10.
2. *Визель А.А.*, ред. Саркоидоз. М.: Атмосфера; 2010: 368—80.
3. *Goracci A., Fagiolini A., Martinucci M.* Quality of life, anxiety and depression in sarcoidosis. Gen. Hosp. Psychiatry. 2008; 30 (5): 441—5.
4. *De Kleijn W.P., De Vries J., Wijnen P.A., Drent M.* Minimal (clinically) important differences for the Fatigue Assessment Scale in sarcoidosis. Respir. Med. 2011; 105 (9): 1388—95.
5. *Дауров Б.И.* Саркоидоз. М.: Оверлей; 2006: 248—9.

## REFERENCES

1. *Malyavin A.G.* Respiratory medical rehabilitation. Moscow: Prakticheskaja medicina, 2006: 308—10 (in Russian).
2. *Vizel' A.A.*, ed. Sarcoidosis. Moscow: Atmosfera, 2010: 368—80 (in Russian).
3. *Goracci A., Fagiolini A., Martinucci M.* Quality of life, anxiety and depression in sarcoidosis. Gen. Hosp. Psychiatry, 2008; 30 (5): 441—5.
4. *De Kleijn W.P., De Vries J., Wijnen P.A., Drent M.* Minimal (clinically) important differences for the Fatigue Assessment Scale in sarcoidosis. Respir. Med., 2011; 105 (9): 1388—95.
5. *Daurov B.I.* Sarcoidosis. Moscow: Overley. 2006: 248—9 (in Russian).

Поступила 05.10.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.711-018.3-002-031:611.959]-055.1-071.3

А.Н. Терехов<sup>1</sup>, С.Н. Деревцова<sup>2</sup>, Ачкасов Е.Е.<sup>3</sup>, С.В. Штейнердт<sup>2,4</sup>, О.И. Зайцева<sup>1</sup>

## АНАЛИЗ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОМЫ У МУЖЧИН С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА РАЗНЫХ СОМАТОТИПОВ

<sup>1</sup>ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера» СО РАМН, 660022, г. Красноярск; <sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава РФ, 660022, г. Красноярск; <sup>3</sup>ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ, 119991, г. Москва; <sup>4</sup>Научно-исследовательский институт эстетической медицины и флебологии, 660018, г. Красноярск

*Проведено антропометрическое обследование 150 мужчин зрелого возраста (22–60 лет), имеющих в анамнезе остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Соматотипирование проведено по методике В.В. Бунака в модификации В.П. Чтецова и соавт. Определены габаритные размеры мужчин – длина и масса тела, а также жировой, мышечный и костный компоненты сомы. Выявлено, что мужчины зрелого возраста, поступившие на лечение в неврологическую клинику города Красноярска, в наибольшем проценте случаев были представлены мускульным соматотипом, имели наибольшие величины габаритных размеров и компонентного состава тела.*

Ключевые слова: антропометрия, соматотип, мужчины, остеохондроз поясничного отдела позвоночника.

## ANALYSIS OF ANTHROPOMETRICAL BODY INDICATORS IN MEN WITH DIFFERENT SOMATOTYPES OF LUMBAR SPINE OSTEOCHONDROSIS

A.N. Terehov<sup>1</sup>, S.N. Derevtsova<sup>2</sup>, E.E. Achkasov<sup>3</sup>, S.V. Shteynerdt<sup>2,4</sup>, O.I. Zaytseva<sup>1</sup><sup>1</sup>"Research Institute of Medical Problems" North RAMS, 660022, Krasnoyarsk, Russian Federation; <sup>2</sup>Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, 660022, Krasnoyarsk, Russian Federation;<sup>3</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation; <sup>4</sup>Research Institute of Aesthetic Medicine and Phlebology, 660018, Krasnoyarsk, Russian Federation

*Anthropometrical examination of 150 men of mature age (22–60 years), having osteochondrosis of lumbar spine in the medical history was observed. Assortment is carried out by V. V. Bunak's technique with modifications of Chtetsov et al. Overall dimensions of men – length and mass of a body, and also fatty, muscular and bone components were defined. It is revealed that the men of the mature age who have arrived on treatment in neurologic clinics of the city of Krasnoyarsk, were presented in the greatest percent of cases as muscular somatotype, had the greatest sizes of overall dimensions and component structure of a body.*

**Key words:** anthropometry, somatotype, men, osteochondrosis of lumbar department of a backbone.

Метод антропометрических измерений с последующим соматотипированием позволяет не только оценить габаритные размеры и состав тела, но также изучить и прогнозировать особенности течения заболеваний у человека в зависимости от соматотипа, что подтверждено рядом работ по клинической антропологии [1–5].

Принцип индивидуального подхода к развитию и течению патологического процесса позволяет рассматривать заболевание с позиций биологических особенностей организма [6, 7].

Учитывая, что соматотип является своеобразным портретом обменных процессов в организме, целью нашего исследования явилось выявление антропометрических показателей тела мужчин зрелого возраста, имеющих в анамнезе компрессионные синдромы остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

#### Материал и методы

Объектом обследования были 150 мужчин, страдающих остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, в возрасте 22–60 лет (средний возраст составил  $49,4 \pm 0,8$  года). Статистически значимых различий по возрасту мужчин на момент включения в исследование не было ( $p < 0,05$ ). Мужчины с представленным диагнозом находились на стационарном лечении в отделениях нейрохирургии Городской больницы скорой медицинской помощи им. Н.С. Карповича и Краевой клинической больницы № 1 города Красноярска. Диагностический комплекс включал: сбор анамнеза, неврологический осмотр, рентгенологическое обследование, магнитно-резонансную томографию. Результаты клинического опроса и обследования вносились в специальную карту, составленную с учетом особенностей заболевания позвоночника и дифференциальной диагностики компрессионных синдромов остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Используя стандартный набор инструментов, всем пациентам также были проведены антропометрические измерения с последующим соматотипированием по методике В.В. Бунака [8] в модификации В.П. Чтецова и соавт. [9], основанной на балльной оцен-

ке трех компонентов тела: жирового, мышечного и костного. Для определения абсолютного количества жирового, мышечного и костного компонентов сомы использовали формулу J. Matiegka [10]. Все измерения проводили по правой половине тела. Обработку полученного материала производили на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statistica 5.0. Рассчитаны показатели: описательной статистики (средние значения, ошибка для доли), достоверности различий (t-критерий Стьюдента при условии нормального распределения и равенства дисперсий). Статистически значимыми считались результаты при  $p < 0,05$  [11].

#### Результаты и обсуждение

Результаты обследования показали, что больные мужчины брюшного соматотипа встречались в большей доле случаев – 41,3% (62 человека), мужчины грудного соматотипа (22 человека) составили 14,7%, мускульного – 28,7% (43 человека), неопределенного – 15,3% (23 человека). Сравнительная оценка антропометрических параметров и показателей компонентного состава тела мужчин различных соматотипов представлена в таблице.

При анализе габаритных размеров тела с учетом конституциональных типов было выявлено, что достоверно самая большая длина тела была у мужчин мускульного соматотипа в сравнении с мужчинами грудного, брюшного и неопределенного соматотипов ( $p < 0,001$ ). Мужчины мускульного соматотипа имели достоверно наибольшие величины мышечного и костного компонентов сомы, что и определило также достоверно большую массу тела у них в сравнении с мужчинами других соматотипов ( $p < 0,001$ ).

Мужчины грудного соматотипа при средних значениях длины тела имели достоверно самые низкие показатели массы тела, жирового, мышечного и костного компонентов ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$  соответственно). Мужчины брюшного соматотипа, не имея достоверных отличий по длине тела от мужчин грудного и неопределенного соматотипов, достоверно были отличимыми от мужчин представленных соматотипов большей массой тела ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ). Однако общее количество жировой массы (жировой компонент в килограммах) у мужчин брюшного и мускульного соматотипов было неразличимым. Мужчины неопределенного соматотипа имели недостоверно

Для корреспонденции:

Штейнердт Сергей Викторович – зав. отд-нием лечебной физкультуры и спортивной медицины; e-mail: shirurg@mail.ru.

**Антропометрические параметры и показатели компонентов, составляющих сомю мужчин различных соматотипов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника**

Параметры	Соматотипы мужчин ( $M \pm m$ )				Достоверность различий ( $p$ )
	грудной ( $n_1=22$ )	мускульный ( $n_2=43$ )	брюшной ( $n_3=62$ )	неопределенный ( $n_4=23$ )	
1	2	3	4	5	6
Длина тела, см	175,41±1,89	182,11±1,00	173,26±0,54	172,74±1,07	$p_{2-3, 3-4, 3-5} < 0,001$
Масса тела, кг	68,25±2,11	86,23±1,12	75,78±0,91	70,24±1,39	$p_{2-3, 2-4, 3-4, 3-5} < 0,001$ ; $p_{4-5} < 0,01$
Жировой компонент, кг	9,29±1,22	20,79±1,06	20,52±0,63	12,07±0,55	$p_{2-3, 2-4, 3-5, 4-5} < 0,001$ ; $p_{2-5} < 0,05$
Жировой компонент, %	13,61±0,23	24,10±0,12	27,07±0,30	17,18±0,41	$p_{2-3, 2-4, 2-5, 3-4, 3-5, 4-5} < 0,001$
Мышечный компонент, кг	24,22±1,20	36,86±0,61	28,17±0,55	28,38±0,61	$p_{2-3, 3-4, 3-5} < 0,001$ ; $p_{2-4, 2-5} < 0,01$
Мышечный компонент, %	35,48±0,11	42,74±0,15	37,17±0,21	40,40±0,22	$p_{2-3, 2-5, 4-5} < 0,001$ ; $p_{2-4, 3-4, 3-5} < 0,01$
Костный компонент, кг	9,79±0,42	14,05±0,33	11,47±0,17	9,84±0,49	$p_{2-3, 2-4, 3-4, 3-5, 4-5} < 0,001$
Костный компонент, %	14,34±0,25	16,29±0,22	15,13±0,11	14,00±0,16	$p_{2-3, 3-4, 3-5, 4-5} < 0,001$ ; $p_{2-4} < 0,01$
Динамометрия:					
правой кисти, кг	40,00±1,71	54,55±0,94	42,63±0,82	39,52±1,29	$p_{2-3, 3-5} < 0,001$ ; $p_{3-4} < 0,01$ ; $p_{4-5} < 0,05$
правой кисти, %	58,60±0,17	63,26±1,06	56,25±0,23	56,26±0,35	$p_{2-4, 2-5, 3-4, 3-5} < 0,001$ ; $p_{2-3} < 0,01$
левой кисти, кг	35,79±1,32	49,53±0,90	39,19±0,79	34,08±1,55	$p_{2-3, 3-5} < 0,001$ ; $p_{2-5, 3-4} < 0,01$ ; $p_{2-4} < 0,05$
левой кисти, %	52,43±0,12	57,43±0,26	51,71±0,14	48,52±0,26	$p_{2-4, 2-5, 3-4, 3-5, 4-5} < 0,001$ ; $p_{2-4} < 0,01$
Становая сила, кг	104,45±2,37	134,72±2,29	108,53±1,49	103,04±1,84	$p_{2-3, 3-4, 3-5} < 0,001$ ; $p_{4-5} < 0,05$
Становая сила, %	153,04±2,03	156,23±1,14	143,22±0,52	146,70±0,23	$p_{2-4, 3-4, 3-5, 4-5} < 0,001$ ; $p_{2-5} < 0,01$

наименьшую длину тела, средние значения массы и составляющих сомю компонентов тела.

Среди функциональных показателей мышечной системы наибольшие значения были выявлены у лиц мускульного соматотипа (динамометрия правой кисти 54,55±0,94 кг, левой кисти 49,53±0,90 кг, становая сила 134,72±2,29 кг) ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ). Мужчины неопределенного соматотипа имели достоверно низкие значения показателей динамометрии кистей и становой силы в сравнении с представителями других соматотипов ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ).

Основной жалобой больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника является боль различной локализации и степени интенсивности. Выявлен ряд особенностей проявлений болевого корешкового синдрома в зависимости от соматотипа. Так, у мужчин брюшного соматотипа болевой синдром регистрировался в 100% наблюдений. У представителей грудного, мускульного и неопределенного соматотипов по сравнению с представителями брюшного соматотипа болевой синдром встречался достоверно реже – в 86,4, 69,7, 78,3% случаев соответственно ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ). Болевой синдром по корешку S<sub>1</sub> достоверно чаще ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ) отмечался у мужчин брюшного и неопределенного соматотипов (43,5 и 47,8% соответственно) по сравнению с представителями грудного и мускульного соматотипов (22,7 и 18,6%). Локализация боли по корешку L<sub>IV</sub> и L<sub>V</sub>, а также полирадикулярный синдром не имели достоверных различий между соматотипами.

**Заключение**

Мужчины зрелого возраста (согласно данным возрастной периодизации), поступившие на лечение в неврологические клиники Красноярска, в наибольшем проценте случаев были представлены мускуль-

ным соматотипом, имели наибольшие величины габаритных размеров и компонентного состава тела.

Мужчины брюшного соматотипа, имеющие в анамнезе компрессионный синдром остеохондроза поясничного отдела позвоночника, могут быть выделены в группу риска по выраженному болевому синдрому и прогнозу заболевания.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Винник Ю.Ю. Конституциональные особенности строения зон простаты. Саратовский научно-медицинский журнал. 2012; 2: 186–9.
2. Николаев В.Г., Синдеева Л.В., Нехаева Т.И. и др. Состав тела человека: история изучения и новые технологии определения. Сибирское медицинское обозрение. 2011; 4: 3–7.
3. Смькова А.Н., Прохоренков В.И., Николаев В.Г. и др. Сифилис и конституция человека: новый взгляд на старую проблему. Клиническая дерматология и венерология. 2009; 2: 65–9.
4. Kapustina E.V., Sharaykina E.P., Bolshakova T.Yu. Features of joint lesions in women with comorbidity of osteoarthritis and osteoporosis based on the constitution. Int. J. Biomed. 2012; 3: 183–6.
5. Капустина Е.В., Большакова Т.Ю., Шарайкина Е.П. и др. Поражение суставов у женщин с остеоартрозом в сочетании с остеопорозом в зависимости от типа телосложения. Сибирское медицинское обозрение. 2012; 6: 34–6.
6. Корнетов Н.А. Концепция клинической антропологии в медицине. Бюллетень сибирской медицины. 2008; 1: 7–30.
7. Николаев В.Г., Николаева Л.В., Николаева Н.Н. Методология современной клинической антропологии. Сибирское медицинское обозрение. 2006; 1: 50–4.
8. Бунак В.В. Методика антропометрических исследований. М.; Л.: Издательство Наркомздрава РСФСР; 1931.
9. Чтецов В.П., Лутовинова Н.Ю., Уткина М.И. Опыт объективной диагностики соматических типов на основе измерительных признаков у мужчин. Вопросы антропологии. 1978; вып. 58: 3–22.
10. Matiegka J. The testing of physical efficiency. Am. J. Phys. Anthropol. 1921; 4(3): 25–38.

11. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика: Учебное пособие. СПб.: Фолиант; 2006.

## REFERENCES

1. Vinnick J.J. Constitutional features of the structure of prostate zones. *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2012; 2: 186–9.
2. Nikolaev V.G., Sindeeva L.V., Nekhaeva T.I. et al. The composition of the human body: the history of the study of new technologies and the definition. *Siberian medical review*. 2011; 4: 3–7.
3. Smykova A.N., Prohorenkov V.I., Nikolaev V.G. Syphilis and other rights and the Constitution: A new look at an old problem. *Clinical Dermatology and Venereology*. 2009; 2: 65–6.
4. Kapustina E.V., Sharaykina E.P., Bolshakova T.Y. Features of joint lesions in women with comorbidity of osteoarthritis and osteoporosis based on the constitution. *International Journal of Biomedicine*. 2012; 3: 183–6.
5. Kapustina E.V., Bolshakova T.Y., Sharaykina E.P. et al. Joint damage in women with osteoarthritis in combination with osteoporosis, depending on body type. *Siberian medical review*. 2012; 6: 34–6.
6. Cornets N.A. The concept of clinical anthropology in medicine. *Bull. sib. medicine*. 2008; 1: 7–30.
7. Nikolaev V.G., Nikolaeva L.V., Nikolaeva N.N. Methodology of modern clinical anthropology. *Sib. honey. Review*. 2006; 1: 50–4.
8. Bunak V.V. Methods of anthropometric measurements. – M., L. Ed – in the People’s Commissariat of the RSFSR, 1931.
9. Readers V.P., Lutovinova N.Y., Utkina M.I. Experience of objective diagnostic physical types based on measuring symptoms in. *Iss. anthropology*. 1978. Issue. 58: 3–22.
10. Matiegka J. The testing of physical efficiency. *Amer. J. Phys. Anthropol*. 1921; 4(3): 25–38.
11. Zajcev V.M., Liffjandskij V.G., Marinkin V.I. *Prikladnaja medicinskaja statistika: Ucheb. posobie.* – SPb.: Foliant. – 2006.

Поступила 21.01.13

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЕГО

© И.Д. ДАРЕНСКИЙ, В.Г. ЕРОФЕЕВА, 2013

УДК 616.895.8-036.868

И.Д. Даренский<sup>1</sup>, В.Г. Ерофеева<sup>2</sup>

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТРУДОВОЙ УСТАНОВКИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва; <sup>2</sup>ГКУ здравоохранения г. Москвы «Психиатрическая больница № 13 Департамента здравоохранения г. Москвы, 109559, г. Москва

*Трудовая установка больных шизофренией имеет важное значение в их реабилитации. Однако реальная установка на трудовую деятельность часто не определяется всецело тяжестью психопатологических явлений и не совпадает с фактической трудовой занятостью. Самооценка больных и их прямые свидетельства об отношении к труду не обладают достаточной объективностью. Объективировать трудовую установку больных шизофренией позволяет экспериментально-психологическое исследование с использованием методики «незаконченных предложений».*

**Ключевые слова:** трудовая установка, шизофрения, экспериментально-психологические методы в практике медико-социальной экспертизы, методика «незаконченных предложений».

#### DEFINITION OF LABOR INSTALLATION OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

I.D. Darenskiy<sup>1</sup>, V.G. Erofeeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation; <sup>2</sup>Psychiatric hospital number № 13, the Department of Health, Moscow, 109559, Moscow, Russian Federation

*Work setting of patients with schizophrenia is important in their rehabilitation. However, the actual installation on the career is often not fully determined by the severity of psychopathological phenomena and does not coincide with the actual labor employment. Self-assessment of patients and their direct evidence about the attitude towards work are not sufficiently objective. Objectified labor allows the installation of schizophrenia experimental psychological research using the technique of “unfinished sentences”.*

**Key words:** employment setting, schizophrenia, experimental psychological methods in the practice of the medico-social expertise, the method of “unfinished sentences”.

Понятие трудоспособности не исчерпывает содержания трудовой реабилитации, составляя лишь один медицинский аспект. Конкретный процесс ре-

ализации трудоспособности зависит от сложного комплекса внешних и внутренних условий. При рассмотрении последних необходимо отметить, что при нервно-психических заболеваниях не всегда имеет место нарушение приобретенных навыков и структура конкретного рабочего акта обычно не распадается [1]. Часто нарушения заключаются либо в изменении установки на труд, либо в расстройстве динамики рабочего процесса [2]. Если еще учесть, что комплекс различ-

Для корреспонденции:

Даренский Иван Дмитриевич – д-р мед. наук, проф.; врач-нарколог каф. наркологии ФППОВ; 119992, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; e-mail: doctor@post.ru.