

тел *Fomitopsis officinalis* (Vill.: Fr.) Bond. et. Sing.: автореф. дисс. ... канд. биол. наук / У.С. Оорзак. – Красноярск, 2006. – 18с.

Oorzhak U.S. Scientific and practical aspects of management of fruiting bodies of *Fomitopsis officinalis* (Vill.: Fr.) Bond. et. Sing.: author. diss. ... Candidate. Biol. Science / U.S. Oorzhak. – Krasnoyarsk, 2006. – 18p.

3. Сейкетов Г.Ш. Грибы рода *Trichoderma* и их использование в практике / Г.Ш. Сейкетов. – Алма-Ата: Наука, 1982. – 245с.

Seyketov G.Sh. *Trichoderma* fungi and their use in practice / Seyketov G.Sh. – Alma-Ata: Nauka, 1982. – 245p.

4. Филиппова И.А. Естественное лекарство нового тысячелетия: грибы против рака / И.А. Филиппова. СПб.: Диля, 2005. – 128с.

Filippova I.A. The natural medicine of the new millennium: fungi against cancer / I.A. Filippova. – SPb.: Diehla, 2005. – 128p.

5. Чхенкели В.А. Антимикробное действие дереворазрушающего гриба *Coriolus pubescens* (Shum.: Fr.) Quel. / В.А. Чхенкели; Т.И. Никифорова; Р.Г. Скворцова // Микол. и фитопатол. – 1998. – Т.32, Вып. 1. – С. 69-72.

Chkhenkeli V.A., Nikiforova T.I., Skvortsova R.G. Antimicrobial action of wood-destroying fungus *Coriolus pubescens* (Shum.: Fr.) Quel. / V.A. Chkhenkeli, T.I. Nikiforova, R.G. Skvortsova // Mikol. i fitopatol. – 1998. – V.32, Is. 1. – P. 69-72.

6. Чхенкели В.А. Некоторые аспекты медико-биологических исследований высших

дереворазрушающих базидиомицетов как источника биологически активных веществ / В.А. Чхенкели; Г.Д. Чхенкели; Е.Д. Агапова и др. // Сибирский медицинский журнал. – 2001. – №1. – С. 59-65.

Chkhenkeli V.A. Some aspects of biomedical research of higher wood-destroying basidiomycetes as a source of biologically active compounds / V.A. Chkhenkeli, G.D. Chkhenkeli, E.D. Agapova [et al.] // Sibirsk. Med. Zhurnal. – 2001. – № 1. – P. 59-65.

7. Чхенкели В.А. Противотуберкулезная активность базидиомицета *CORIOLUS PUBESCENS* (SHUM.: FR.) QUEL. и препарата, получаемого на его основе / В.А. Чхенкели; Н.А. Шкиль // Сибирский медицинский журнал. – 2005. – №1. – С. 67-71.

Chkhenkeli V.A. Antituberculosis activity of basidiomycete *CORIOLUS PUBESCENS* (SHUM.: FR.) QUEL. and drug, obtained on its basis / V.A. Chkhenkeli, N.A. Shkil // Ibid. – 2005. – № 1. – P. 67-71.

8. Шарилов А.М. Выраженность бактерицидной активности гриба *INONOTUS OBLIQUUS* PILAT в отношении *FRANCISELLA TULARENSIS* линии 15 НИИЭГ / А.М. Шарилов, Н.В. Пашенова, И.А. Новицкий // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – №1(49). – С. 19-21.

Sharikov A.M. Intensity of bactericidal activity of the fungus *INONOTUS OBLIQUUS* PILAT against *FRANCISELLA TULARENSIS* line 15 NIIEG / A.M. Sharikov, N.V. Pashenova, I.A. Novitsky // Sib. Med. obozr. – 2008. – № 1 (49). – P. 19-21.

9. Шарилов А.М. Исследование антибиотической активности гриба чаги в отношении возбудителя туляремии / А.М. Шарилов, Н.В. Пашенова, Д.А. Нешумаев, И.А. Новицкий. // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. – №1. – С. 64-65.

Sharikov A.M. Investigation of antibiotic activity of the shelf fungus against the pathogen of tularemia / A.M. Sharikov, N.V. Pashenova, D.A. Neshumaev, I.A. Novitsky // Tikhook. Med. Zhurnal. – 2010. – № 1. – P. 64-65.

10. Howell C.R. Relevance of mycoparasitism in the biological control of *Rhizoctonia solani* by *Gliocladium virens* / C.R. Howell // Phytopathology, 1987. – 77. – P. 992-994.

11. Lumsden R.D., Lewis I.A., Locke J.C. Managing soilborne plant pathogens with fungal antagonists / R.D. Lumsden, I.A. Lewis, J.C. Locke // Pest Management: Biologically Based Technologies (ed. R.D. Lumsden & J.L. Vaughn), 1993. – P. 196-203.

12. Chlebicki A. *Fomitopsis officinalis* on Siberian Larch in the Urals / A. Chlebicki, V. Mukhin, N. Ushakova // Mycologist. – 2003. – Vol. 17, 3. – P. 116-120.

13. Molitoris H.P. Mushrooms in medicine / H.P. Molitoris // Folia Mikrobiol. – 1994. – V. 39. – N. 2. – P. 91-98.

14. Mukhin V.A. Distribution, frequency and biology of *Laricifomes officinalis* in the Asian part of Russia / V.A. Mukhin, H. Kotiranta, H. Knudsen [et al.] // Mycology and Phytopathology. – 2005. – V. 39, No. 5. – P. 34-42.

П.И. Кудрина, А.Л. Арьев

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕГИОНА ПРОЖИВАНИЯ

УДК 616/831-005-053.9(571.56)

Изучена клинико-этиологическая характеристика дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) в зависимости от региона проживания. Анализ факторов риска показал, что ведущими причинами сосудистого поражения головного мозга у всех больных явились атеросклероз и артериальная гипертензия, при этом у пациентов I основной группы, у которых сохранилась экологически благоприятная ситуация, эти факторы риска присутствовали реже. Клинические симптомы ДЭ, как и многочисленные субъективные и клинические проявления, были наиболее выражены у больных основной группы, жителей вилкойской группы районов, неблагоприятных в экологическом плане.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, регион, факторы риска, клиническая характеристика, пожилой и старческий возраст.

The clinical and etiological characteristics of discirculatory encephalopathy (DE) depending on residing region have been studied. The analysis of risk factors has shown that the leading reasons of vascular lesion of brain at all patients were the atherosclerosis and arterial hypertension, thus at patients of I group at whom old traditions of food and quieter, traditional way of life have remained, these risk factors were present less often. Clinical symptoms of discirculatory encephalopathy, as well as numerous subjective and clinical displays, have been most expressed at patients of the basic group, inhabitants of ecologically adverse Vilyuskiy region.

Keywords: discirculatory encephalopathy, region, risk factors, the clinical characteristic, elderly and senile age.

Введение. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) по распространенности занимает ведущее место в

структуре cerebrovasкулярных заболеваний [5]. Под этим термином подразумевается медленно прогрессирующая недостаточность кровоснабжения мозга, приводящая к постепенному нарушению его функционирования [5,6]. Атеросклероз и артериальная гипертензия (АГ) способствуют деградации кровообращения в целом, постепенному развитию хронической сердечно-сосудистой недостаточности

и, соответственно, развитию и прогрессированию хронической ишемии мозга (ХИМ) [1,2]. Считают, что крайне трудной, а порой и невыполнимой задачей является четкое определение этиологии ДЭ у пожилых [3,7]. Причиной этого является характерное для лиц старших возрастных групп сочетание собственно атеросклеротических изменений с АГ, кардиальной патологией и другими сосудистыми патоло-

КУДРИНА Полина Ивановна – к.м.н., м.н.с. ЯНЦ КМП СО РАМН, врач-невролог ГЦ РБ №3, kudrina@bk.ru; **АРЬЕВ Александр Леонидович** – проф., д.м.н., зав. кафедрой Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, ariev_al@mail.ru.

гическими изменениями. Именно при таких вариантах патологии больные пожилого и старческого возраста достаточно быстро, в течение 2-5 лет, проходят все три стадии хронически развивающейся недостаточности мозгового кровообращения [2,8,9]. Многие исследователи отмечают тенденцию к увеличению доли ДЭ в структуре сосудистых заболеваний нервной системы, что связывается с постарением населения.

Каждый определенный географический регион, каждая этническая группа населения определяют свои особенности в эпидемиологии того или иного заболевания. Имеются отдельные исследования о распространенности сосудистых заболеваний головного мозга в некоторых регионах Российской Федерации [4]. Изучение цереброваскулярной патологии у представителей пожилого и старческого возраста, особенно с учетом регионально-этнических факторов, представляет несомненный научный и практический интерес и имеет определенное значение для совершенствования качества и эффективности оказания медицинской помощи пожилым людям того или иного региона такой большой и многонациональной страны, как Российская Федерация.

Цель исследования – изучить факторы риска развития и прогрессирования цереброваскулярной патологии, в частности дисциркуляторной энцефалопатии, а также провести сравнительный анализ клинической картины дисциркуляторной энцефалопатии у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в разных районах республики.

Материал и методы исследования. Были обследованы 118 больных с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии. Все больные за период наблюдения были госпитализированы в неврологическое отделение Гериатрического Центра (ГЦ). Критерием постановки диагноза явилось клинически и инструментально подтвержденное поражение сосудов головного мозга при соответствующей клинической картине. Исходя из цели больные были подразделены на две группы: основную, включающую 2 подгруппы, и контрольную. Критерием подразделения основной группы на подгруппы явился район проживания. Основную группу составили 83 пациента в возрасте 60 - 85 лет: в 1-й подгруппе было 38 больных, проживавших в северной зоне, во 2-й - 45 больных, проживавших в Вилюйском районе. Группа сравнения была представлена 35 больными

с аналогичной патологией в возрасте от 35 до 55 лет. Клиническое исследование включало в себя тщательный и углубленный сбор анамнеза в процессе личных бесед с больными, их родственниками, просмотр амбулаторных карт из поликлинических учреждений по месту жительства, архивных историй болезни, выписок, справок. При этом учитывались и сравнивались результаты первого и всех последующих обследований, так как одной из задач нашей работы являлось исследование динамики клинических проявлений цереброваскулярной патологии в зависимости от региона. С целью определения и уточнения стадии ДЭ были проанализированы анамнез, жалобы больных, состояние неврологического статуса по 11 параметрам. Статистический анализ проводился на IBM-совместимом компьютере с использованием программ Microsoft Excel, Statistica, Biostat с обработкой материала по группам с помощью методов вариационной статистики, включающих вычисление средних значений, ошибок средних, стандартных отклонений. Использованы и непараметрические методы, в частности коэффициент корреляции Спирмена, тест Манна-Уитнея. При первичной статистике применялся табличный экспресс-метод Стрелкова. Для каждой выборки показателей рассчитывали числовые характеристики распределения. Оценку значимости различий между сравниваемыми выборками осуществляли с использованием параметрического t-критерия Стьюдента при 95%-ном доверительном интервале.

Результаты и обсуждение. Анализ факторов риска (табл.1) показал, что наиболее часто при ХИМ встречается атеросклероз и АГ, что согласуется с литературными данными. Тем не менее частота названных факторов риска у больных 1-й группы была меньшей, чем во 2-й группе. Болезни сердца, ожирение и отягощенная наследствен-

ность преобладали также у представителей Вилюйской зоны. Редко встречалась рассматриваемая патология у больных 1-й основной группы – северян (соответственно). Больные сахарным диабетом и курением страдали почти одинаково. Алкоголизм был наиболее распространен среди больных 1-й основной группы.

Обращает на себя внимание тот факт, что при ДЭ-II самой частой жалобой были головные боли и головокружение. Головные боли имели разную локализацию, частоту (от 1 - 2 раз в месяц до ежедневных), характер (сжимающие, давящие, пульсирующие, распирающие), возникали в разное время суток, чаще во второй половине дня. Самыми частыми причинами головных болей являлись колебания АД, изменения метеорологических условий, умственное или физическое переутомление. Головокружения носили чаще несистемный характер и вызывались в основном теми же причинами, что и головные боли. Непосредственной причиной возникновения, инициации этого симптома могли быть и перемены положения тела и головы. Существенно выше был процент встречаемости различных субъективных проявлений заболевания у больных 2-й основной группы. Например, головные боли встречались в 77,7% случаев против 68,4% у представителей 1-й группы, тремор в 11,1 против 7,9, головокружения – в 64,4 против 57,9 соответственно; снижение слуха 37,7% против 31,6%, пошатывание при ходьбе – 55,5 против 34,2; снижение памяти – в 64,4% против 57,9% в 1-й группе, скованность движений 26,6 против 18,4, нарушение речи 13,3 против 7,9, слабость в конечностях 62,2 против 47,4, нарушение зрения 42,2 против 31,6% соответственно.

В комплексе лечебных мероприятий всем больным проводилась стандартная медикаментозная терапия, интенсивность которой зависела от

Таблица 1

Факторы риска при ХИМ (ДЭ)

Симптоматика	I группа n = 38		II группа n = 45		III сравн. группа n = 35		P
	n	%	n	%	n	%	
Гиподинамия	4	10,6	8	17,7	5	14,3	P<0,01
Сахарный диабет	1	2,6	1	2,2	2	5,7	P<0,01
ИБС	6	15,8	17	37,7	6	17,2	P<0,01
Ожирение	1	2,6	3	6,6	3	8,6	P<0,1
Дислипидемия	12	31,6	19	42,2	7	20	P<0,1
Курение	7	18,4	8	17,7	4	11,4	P<0,1
Алкоголь	7	18,4	2	4,4	3	8,6	P<0,01
Наследственность	1	2,6	5	11,1	2	5,7	P<0,01
АГ	21	55,3	36	80	16	45,7	P<0,01

давности патологического процесса. При назначении терапии использовались следующие фармакологические препараты.

Кавинтон - препарат, который улучшает мозговой обмен, увеличивает потребление и утилизацию глюкозы и кислорода тканями мозга; улучшает переносимость гипоксии мозговыми клетками; переводит обмен глюкозы в более выгодное энергетически аэробное направление. В тех случаях, когда у пациента имелось сочетание атеросклеротического поражения сосудов головного мозга и конечностей, назначали **сермион**. Важным компонентом лечения больных ДЭ является нейрометаболическая терапия, направленная на сохранение жизнеспособности ткани головного мозга в условиях гипоксии и восстановление нарушенных функций. Предпочтение отдавалось препаратам ноотропного действия, которые повышают устойчивость ткани мозга к различным неблагоприятным метаболическим воздействиям (ишемии, гипоксии). **Актовегин** – олигопептидный препарат с производными нуклеиновых кислот, олигосахаридами и микроэлементами – мощный современный антигипоксикант. Единственным активатором тормозных нейротрансмиттерных систем является препарат **глицин**, содержащий в качестве активного вещества одноименную аминокислоту. Наряду с нейротрансмиттерным глицин оказывает также метаболическое действие, уменьшая выраженность процессов оксидантного стресса. Важной стратегией вторичной нейропротекции является применение препаратов с выраженными нейротрофическими и ростовыми свойствами. При назначении гипотензивной терапии предпочтение отдавалось антагонистам кальция, которые уменьшают периферическое сопротивление сосудов, не действуют на жировой обмен, благоприятно влияют на почечный кровоток, оказывают вазопрогекторное действие, уменьшают гипертензию левого желудочка, предупреждают развитие и прогрессирование атеросклероза, оказывают антиагрегационное действие, уменьшают вязкость крови. Лечение дислипидемии начинали с коррекции нарушений липидного метаболизма с помощью диеты, кроме того, назначалась лекарственная терапия, в основном препаратами никотиновой кислоты и

Таблица 2

Субъективные симптомы при ДЭ II

Жалобы	До						После						
	I группа n = 38		II группа n = 45		Группа сравнения n = 35		I группа n = 38		II группа n = 45		Группа сравнения n = 35		
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	
Головные боли	26	68,4	35	77,7	20	57,2	17	44,7	27	60	11	31,4	P<0,01
Тремор	3	7,9	5	11,1	2	5,7	2	5,2	4	8,8	1	2,8	P<0,01
Головокружение	22	57,9	29	64,4	18	51,4	14	36,8	20	44,4	10	28,6	P<0,01
Снижение слуха	12	31,6	17	37,7	10	28,6	10	26,3	14	31,1	8	22,8	P<0,01
Пошатывание при ходьбе	13	34,2	25	55,5	3	8,6	5	13,2	19	42,2	1	2,8	P<0,01
Снижение памяти	22	57,9	29	64,4	11	31,4	12	31,6	26	57,7	6	17,2	P<0,01
Скованность движения	7	18,4	12	26,6	4	11,4	5	13,2	9	20	3	8,6	P<0,01
Нарушение речи	3	7,9	6	13,3	-	-	1	2,6	4	8,8	-	-	P<0,01
Слабость в конечностях	18	47,4	28	62,2	10	28,6	10	26,3	19	42,2	4	11,4	P<0,01
Нарушение зрения	12	31,6	19	42,2	6	17,2	9	23,7	16	35,5	3	8,6	P<0,01

Таблица 3

Объективные симптомы при ДЭ II до лечения

Симптоматика	I группа n=38		II группа n=45		III группа n=35		P
	n	%	n	%	n	%	
Экстрапирамидный синдром	3	8,6	6	13,3	-	-	p>0,05
Глазодвигательные нарушения	11	28,9	17	37,7	7	20	p>0,05
Р-сы орального автоматизма	17	44,7	26	57,7	14	40	p>0,05
Анизорефлексия	15	39,4	40	88,8	18	51,4	p>0,05
Патологические рефлексы	7	18,4	10	22,2	7	20	p>0,05
ЧМН	16	42,1	23	51,1	8	22,8	p>0,05
Изменение мышечного тонуса	8	21,1	13	28,8	6	17,2	p>0,05
Вестибулярные расстройства	18	47,4	26	57,7	12	34,3	p>0,05
Чувствительные расстройства	10	26,3	13	28,8	6	17,2	p>0,05
Вегетативные расстройства	12	31,6	13	28,8	10	28,6	p>0,05

Таблица 4

Объективные симптомы при ДЭ II после лечения

Симптоматика	I группа n=38		II группа n=45		III группа n=35		P
	n	%	n	%	n	%	
Экстрапирамидный синдром	2	5,3	6	13,3	-	-	p>0,05
Глазодвигательные нарушения	8	21,1	15	33,3	4	11,5	p>0,05
Р-сы орального автоматизма	17	44,7	26	57,7	14	40	p>0,05
Анизорефлексия	12	31,5	35	77,8	15	42,8	p>0,05
Патологические рефлексы	7	18,4	10	22,2	7	20	p>0,05
ЧМН	10	26,3	22	48,8	2	5,7	p>0,05
Изменение мышечного тонуса	5	11,1	9	20	1	2,8	p>0,05
Вестибулярные расстройства	8	21,1	12	26,6	4	11,4	p>0,05
Чувствительные расстройства	5	13,2	9	20	3	8,5	p>0,05
Вегетативные расстройства	6	15,7	8	17,7	5	14,3	p>0,05

симвастатина. В качестве антиагрегантов использовались препараты ацетилсалициловой кислоты.

К концу лечения (табл.2) регрессировали субъективные нарушения: улучшалось общее состояние, уменьшились жалобы на головные боли, головокружения, шум в голове, улучшался сон. Улучшение было более выраженным у больных 1-й группы, показатели у которых оказались близкими к таковым в группе сравнения. Сравнительная оценка частоты объективных неврологических симптомов

ДЭ-II по группам наблюдавшихся больных представлена в табл.3.

Из нее следует, что у пациентов с ДЭ-II определились следующие неврологические симптомы: нистагм нередко носил двухсторонний характер, слабость конвергенции и аккомодации, нарушения со стороны черепно-мозговых нервов (ЧМН), патологические рефлексы (кистевые и стопные), экстрапирамидный синдром, симптомы орального автоматизма. Следует отметить относительно низкие показатели изменений рефлекторной сфе-

ры (39,5%), чувствительности (26,3%) и деятельности мозжечка (47,4%) у больных 1-й группы (северян) по сравнению с представителями вилюйской группы районов. В процессе лечения регресс очаговой неврологической симптоматики оказался незначительным у представителей 2-й группы, но все же он отчетливо присутствовал у больных группы сравнения и 1-й основной группы в виде нормализации выполнения координаторных проб, улучшения походки, уменьшения выраженности дизартрии. Наблюдали также увеличение мышечной силы (на 0,5 балл) и объема движений, прослеживалась тенденция к нормализации мышечного тонуса, в том числе у больных с экстрапирамидными расстройствами, уменьшалась частота и амплитуда тремора, обнаруживалась тенденция к снижению выраженности иных нарушений. Таким образом лучшие результаты при ДЭ II наблюдались среди пациентов 1-й основной группы и группы сравнения, хотя отчетливой статистической достоверности в этом отношении получено не было.

Выводы:

1. Выявлены групповые различия по факторам риска, клинической картине у больных с ДЭ пожилого и старческого возраста в динамике заболевания в зависимости от региона проживания.
2. Ведущими причинами сосудистого поражения головного мозга у всех больных явились атеросклероз и артериальная гипертензия, при этом у

пациентов 1-й группы, у которых сохранились давние традиции питания и более спокойный, традиционный уклад жизни, эти факторы риска присутствовали реже.

3. Клинические симптомы ДЭ, как и многочисленные субъективные клинические проявления, были наиболее выражены у представителей 2-й группы – жителей вилюйской группы районов, неблагоприятных в экологическом плане.

Литература

1. Боровкова Т.А. Клинико-анамнестические сопоставления, диагностика и лечение полиорганного атеросклероза в возрастном аспекте: дис... канд. мед.наук: 14.00.06: защищена 09.12.1999: утверждена 07.04.1999/ Боровкова Т.А. - Екатеринбург, 1999. -168с.
2. Боровкова Т.А. Клинико-анамнестические сопоставления, диагностика и лечение полиорганного атеросклероза в возрастном аспекте: тезисы диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.00.06: defended 12/9/1999: confirmed 07.04.1999/ Т.А. Borojkova. - Ekaterinburg, 1999.-168p.
3. Боровкова Т.А. Артериальная гипертензия в пожилом возрасте: особенности клиники, лечение, предупреждение церебральных осложнений / Т.А. Боровкова, В.С. Мякотных. - Екатеринбург: изд-во Уральского университета, 2000. -64с.
4. Боровкова Т.А. Arterial hypertension at advanced age: features of clinic, treatment, the prevention of cerebral complications / Т.А. Borojkova, V.S. Mjakotnyh. - Ekaterinburg: publishing house of the Ural University, 2000.-64p.
5. Мякотных В.С. Проблемы старения / В.С. Мякотных, И.Е. Оранский, Е.Т. Мохова. - Екатеринбург: изд. УГМА, 1999.-325с.
6. Mjakotnyh V.S. Problems of aging /V.S. Mjakotnyh, I.E. Oransky, E.T. Mohova. -

Ekaterinburg: UGMA Publishing House 1999.-325p.

4. Смирнов В.Е. Распространенность факторов риска и смертность от инсульта в разных географических регионах / В.Е.Смирнов, Л.С.Манвелов// Инсульт: приложение к Журн. неврол. и психиатр.им. С.С.Корсакова. 2001.- Вып.2 – С.19-25.

Smirnov V. E. Prevalence of risk factors and death rate from a stroke in different geographical regions /V.E. Smirnov, L.S. Manvelov // Stroke: the appendix to S.S. Korsakov Journal of Neurology and psychiatry. - 2001. – Release 2 – P.19-25.

5. Яхно Н.Н. Хроническая сосудистая мозговая недостаточность у пожилых: клинико-компьютерно-томографические сопоставления / Н.Н.Яхно, И.В. Дамулина, Л.Г. Бибииков // Клин. геронтология.-1995.-№1.- С.32-36.

Jahno N.N. Chronic vascular brain insufficiency at the elderly: clinical -computer-tomographic comparisons /N.N. Jahno, I.V. Damulina, L.G. Bibikov //Klinicheskaja Gerontologia.-1995.- № 1. - P.32-36.

6. Яхно Н.Н. Актуальные вопросы нейрогеронтологии /Н.Н. Яхно // Достижения в нейрогеронтологии / ред. Н.Н. Яхно, И.В. Дамулина. - М.: изд. MMA, 1995. –С.9-29.

Jahno N.N. Actual questions of neurogeriatrics /N.N. Jahno. Achievements in neurogeriatrics // N.N.Jahno, I.V.Damulina. M.: MMA Publ. House, 1995.-P.9-29.

7. Яхно Н.Н. Актуальные вопросы нейрогеронтологии / Н.Н. Яхно, И.В. Дамулина. - М.: изд. MMA, 1995. – С. 9 – 29.

Jahno N.N. Actual questions of neurogeriatrics /N.N.Jahno, I.V.Damulina. - M.:MMA Publ. House, 1995. – P. 9 – 29.

8. Antitrombotic Trialist Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // BMJ.- 2002.-Vol. 324.-P.71-86.

9. Yakno N.M. On the state of medical help for stroke patients / N.M.Yakno, V.A.Balenkova// Neurol. J.(Russian).-1999.-№4.- P.44-45.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

А.А. Семенова, Т.С. Быстрицкая ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНДУКЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ ПРИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОМ БЕСПЛОДИИ У КОРЕННЫХ И ПРИШЛЫХ ЖИТЕЛЬНИЦ СЕВЕРА

УДК 618.177-089.888.11 (571.56)

Представлены результаты стимуляции суперовуляции у 30 коренных (якутки) (основная группа) и у 27 пришлых (русские, украинки) (группа сравнения) жительниц Севера с трубно-перитонеальным бесплодием. В основной группе снижен ответ яичников на гонадотропную стимуляцию, меньше преовуляторных фолликулов и ооцитов, замедлен темп развития эмбрионов в культуре и почти в 3 раза ниже частота наступления беременности в программе экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Использование протоколов стимуляции суперовуляции с а-ГнРГ в основной группе повышает эффективность ЭКО в 3 раза.

Ключевые слова: бесплодие, стимуляция овуляции, эффективность экстракорпорального оплодотворения.

СЕМЕНОВА Айталиа Афанасьевна – врач акушер-гинеколог Консультации по репродукции человека Перинатального центра РБ №1–Национального центра медицины, 4aita@mail.ru; **БЫСТРИЦКАЯ Тамара Сергеевна** — д.м.н., проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии АГМА.

The results of superovulation stimulation in 30 native women of the North (the main group) and in 27 non-native women (the comparison group) with tubal-peritoneal infertility are presented. In the main group the ovarian response to gonadotropin stimulation is diminished, the number of preovulatory follicles and oocytes are less than in the comparison group, the embryos development in vitro is slowed and the pregnancy rate in the program of In Vitro Fertilization (IVF) is almost 3 times lower. The use of superovulation stimulation protocols with GnRH-A in the main group increases the effectiveness of IVF in three times.

Keywords: infertility, ovulation stimulation, effectiveness of In Vitro Fertilization.