

до 15%. ХЭ является причиной бесплодия, неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), невынашивания беременности. Длительная и часто бессимптомная персистенция инфекционных агентов в эндометрии приводит к выраженным изменениям в структуре ткани, препятствует нормальной имплантации и плацентации, формирует патологический ответ на беременность, а также вызывает нарушение пролиферации и нормальной циклической трансформации ткани [1].

Рядом особенностей характеризуется ХЭ: в этиологии большую значимость имеют вирусы и условно-патогенная флора, клиника протекает в стертой форме или атипично, имеется резистентность флоры к фармакотерапии [2].

**Цель работы** – выявление значимости облигатной анаэробной флоры, провоцирующей развитие вялотекущего не диагностируемого другими методами ХЭ – сочетанным бактериологическим и гистологическим исследованием с оценкой эффективности терапии при подготовке к беременности.

**Объект и методы исследования.** В исследование включено 36 пациенток в возрасте от 24 до 30 лет, страдающих бесплодием. Критерием отбора служили: наличие в анамнезе медицинских абортов, диагностических выскабливаний полости матки, использование с целью контрацепции внутриматочных спиралей, а также других внутриматочных вмешательств (гистероскопия, гистеросальпингография); наличие в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза (хронические сальпингофориты, эндометриты); несоответствие толщины и структуры эндометрия фазе менструального цикла при проведении трансвагинального эхографического сканирования.

Разделение пациенток на 2 группы проводилось с учетом наличия в анамнезе беременностей. В 1 группу вошли 10 пациенток, не имеющих в анамнезе беременностей. Во 2 группу – 26 пациенток, имеющих в анамнезе один или несколько медабортов, а также несколько выкидышей.

**Ультразвуковое исследование** органов малого таза проводилось с использованием трансвагинального эхографического сканирования. Оценивалась толщина и структура эндометрия в 1 и 2 фазы менструального цикла.

**Бактериологическое исследование** включало в себя идентификацию инфекционного агента и определение его чувствительности к антибиотикам. Забор материала проводился из полости матки на 18-22 день менструального цикла с помощью вакуумного шприца-аспиратора IPAS MVA Plus и одноразовых канюль диаметром 0,3-0,4 мм в строго асептических условиях, с целью обезболивания применялся лидокаин-спрей, спазмолитики. Полученный материал помещался в стерильную питательную среду и подвергался бактериологическому исследованию в баклаборатории.

**Гистологическое исследование** эндометрия позволяло оценить нарушение структурных и морфофункциональных превращений в обсемененном инфекцией функциональном слое.

**Результаты исследования.** При бактериологическом исследовании из 1 группы обнаружены: у 2 пациенток – *Streptococcus viridans*, у 1 пациентки – *Enterococcus faecalis*.

Из числа пациенток 2 группы у 24 (92%) – обнаружена следующая микрофлора в полости матки: *Enterococcus faecalis* – 10, *Staphylococcus epidermidis* – 6, *Streptococcus viridans* – 4, *Streptococcus pyogenes* – 4, *Streptococcus agalactiae* – 3, *Staphylococcus aureus* – 2, *Klebsiella oxytoca* – 1. У некоторых пациенток микрофлора содержала несколько микроорганизмов. После изучения состояния эндометрия и выявления инфекционного агента подобрана индивидуальная программа лечения с учетом чувствительности возбудителя к антибиотикам (макролиды, β-лактамы, цефалоспорины, фторхинолоны), дополнительно в схему лечения включены энзимотерапия, гепатопротекторы, антимиотики, иммуномодуляторы, препараты, улучшающие периферическое кровообращение, гормонотерапия, витаминотерапия, физиопроцедуры, грязелечение.

Во всех случаях при гистологическом исследовании установлено несоответствие состояния эндометрия фазе менструального цикла: отсутствует секреторная трансформация на 20 день, что является причиной бесплодия.

Проводилась комплексная трёхэтапная терапия:

*1 этап:*

– амоксицилин, аугментин, карбопиемы, микромакс, пимомуцин

– хофитол, эссенциале форте, вобензим

– иммуномакс 200ЕД №12 через день в/м, гепон 200ЕД №6 – per os

*2 этап:*

– метаболическая терапия, курантил, хофитол

– магний-В6

– пелоидотерапия

– электрофорез с Zn на низ живота

*3 этап:*

– гормонотерапия (дюфастон во 2 фазу или фемостон 2/10 – весь цикл +дюфастон 10мг – во 2 фазу, или оральные контрацептивы) в зависимости от гистологического исследования и гормонального фона

– физиотерапия (лазероманнитное воздействие вагинально, электрофорез с витамином В-1).

Основным критерием эффективности лечения было проведение динамического контроля толщины и структурных изменений эндометрия в разные фазы менструального цикла с помощью ультразвукового исследования в течение 3 менструальных циклов, и повторного проведения бактериологического и гистологического исследования аспирата, полученного из полости матки на 20 день менструального цикла через 4-5 месяцев. В результате исследования у 6 пациенток повторно была выявлена новая микрофлора, которая не обнаруживалась при первичном исследовании, это объясняет конкурентную способность роста условно-патогенной микрофлоры. Пациенткам был проведен повторный курс лечения, учитывая чувствительность к антибиотикам. По окончании лечения у 6 пациенток с вторичным бесплодием наступила беременность (30%).

Из обеих групп 19 пациенток готовятся к программе вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ): ЭКО и перенос эмбриона (ПЭ), 2 пациентки готовятся на оперативное лечение по поводу миомы матки и гидросальпинкса, 3 пациентки усыновили детей, 1 – выбыла я, остальные продолжают наблюдаться.

**Заключение.** Бактериологическое и гистологическое исследование аспирата из полости матки является информативным способом выявления микрофлоры в полости матки, вызывающей ХЭ, которая препятствует имплантации плодного яйца. Правильно подобранная терапия ведет к наступлению беременности. Бактериологическое и гистологическое исследование следует проводить при невынашивании и бесплодии, при подготовке к программе ВРТ (ЭКО и ПЭ) и плановой беременности.

#### Литература

1. Кузнецова А.В. // Арх. патологии. 2000, №3. С. 48-52.
2. Пауков В. С., Салтыков Б.Б. // Патогенетические аспекты хронического воспаления. Арх. патологии. 1998, №1. С. 34-38.

#### THE BACTERIOLOGICAL AND HISTOLOGICAL DIAGNOSTICS OF CHRONIC ENDOMETRIUM IN THE CASE OF STERILITY.

E. A. OVCHARUK, K. A. KHADARTSEVA

Tula State University, Medical Institute, Obstetrics and Gynecology Chair, 300600 Tula, Lenin's avenue 95

The bacteriological and histological research of aspirate from the uterine cavity is an informative way to reveal the conditional pathogenic microflora in the uterine cavity causing chronic endometrium which prevents from ovoid implantation.

**Key words:** aspirate, chronic endometrium.

УДК 618.5-002.1-006.3-055.28

#### ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

К.М. ДУРПАЛОВА, Н. С.М. ОМАРОВ, С.С. НУРМАГОМЕДОВА\*

Проведение антенатальной подготовки многоплодных женщин с бактериальным вагинозом отдельные показатели дает уменьшение частоты, осложнений родов и в послеродовой период (особенно послеродовые осложнения в 5-6 раз) и как следствие, и перинатальные результаты для детей. В то же время, на перинатальные исходы оказывают влияние состояние уровня здоровья матери и тяжесть присоединившихся осложнений беременности.

**Ключевые слова:** многоплодные, бактериальным вагинозом

Обеспечение безопасности деторождения для здоровья матери и ребенка всегда являлось главной целью акушерской науки

\* 367012, Республика Дагестан, г. Махачкала, пл. Ленина, 1 Дагестанская государственная медицинская академия, ДНЦ РАМН, Тел. 8(8722)78-07-09, e-mail: kamushek.80@mail.ru

Таблица 1

Распределение обследованных женщин по сроку беременности при родоразрешении

группы	n	22-37	38-41	42-44	M±m			
Основная I	60	4	6,7	54	90	2	3,3	39,1±0,2
II	50	5	10,0	40	80	5	10	38,5±0,4
контрольная	50	8	16	38	76	4	8	37,2±0,2

p<0,05

Средний срок беременности к моменту родоразрешения составил в I группе 39,1±0,2 недели, 38,5±0,4 во II группе и 37,2±0,2 в контрольной.

Таблица 2

Методы родоразрешения обследованных женщин

	I группа		II группа		Контроль	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Самостоятельные	43	71,7	32	64	26	52
индуцированные	8	13,3	9	18	10	20
Кесарево сечение	6	10	6	12	7	14
Плановое	3	5	3	6	4	8
Экстренное						

p<0,05

Спонтанные роды наступили у 71,7% МРЖ I группы сравнения, у 64% II группы сравнения и у 52% – из контрольной группы. Индуцирование родов произведено в 13,3% наблюдений в I группе, 18% - во II группе и в 20% в контроле. Показаниями к индукции явились преждевременное излитие околоплодных вод, тяжелый гестоз, переносная беременность. Индукция родов во всех случаях проводилась внутривенным капельным введением простагландинов. В плановом порядке оперативным путем родоразрешены 10% рожениц I группы сравнения, 12% – II группы и 14% – контрольной группы. В экстренном порядке прооперировано 5%, 6% и 8% родильниц соответственно.

Таблица 3

Структура показаний к кесареву сечению

Показания	I группа (n=60)		II группа (n=50)		Контроль (n=50)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Неэффективность терапии тяжелого гестоза	5	8,3	3	6	4	8
Преэклампсия	3	5	1	2	2	4
ОАА (рубец на матке)	4	6,7	3	6	4	8
Преждевременная отслойка плаценты	2	3,3	2	4	4	8
Предлежание плаценты	1	1,7	1	2	2	4
Упорная слабость родовой деятельности	1	1,7	2	4	4	8
Отсутствие эффекта от родовозбуждения	1	1,7	2	4	3	6
Переносный крупный плод	4	6,7	-	-	1	2
Острая гипоксия плода	1	1,7	2	4	1	2
Неправильное положение плода	1	1,7	1	2	2	4

p<0,05

Первое место среди показаний к кесареву сечению во всех исследуемых группах занимают гестоз и рубец на матке. Рубец на матке явился показанием к оперативному родоразрешению в 6,7%, 6% и 8% наблюдений, гестоз – 8,3% в I группе, 6% – во II группе и 8% – в контроле. В 2 наблюдениях произведено корпоральное кесарево сечение. Показаниями явились отслойка плаценты и острая гипоксия плода. В 1 наблюдении произведено малое кесарево сечение в сроке 24-25 недель по показаниям: тяжелый сочетанный гестоз, отсутствие условий для родоразрешения через естественные родовые пути.

Таблица 4

Осложнения послеродового периода у обследованных женщин

	I группа n=60		II группа n=50		Контроль n=50	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Субинволюция матки	3	5	3	6	4	8
Гипотоническое кровотечение	2	3,3	2	4	3	6
Лохометра	-	-	1	2	2	4
Послеродовой эндометрит	-	-	1	2	3	6
Мастит	1	1,7	-	-	2	4
Инфицирования п/о раны	2	3,3	2	4	4	8
Тромбофлебит	-	-	1	2	1	2
Гематометра			2	4	3	6
Расхождение швов на промежности			3	6	4	8

p<0,05

Как видим из данных, приведенных в табл. 4, процент послеродовых осложнений достоверно выше в контрольной группе

и практики.[5] Республика Дагестан- регион с сохранившейся тенденцией многодетности и высокой рождаемости. Высокий показатель рождаемости в республике Дагестан связан с определенными религиозными и национальными особенностями. Коэффициенты рождаемости и плодовитости на территории республики всегда превышали российские уровни. Средний размер семьи в Дагестане составляет 4.6 человек, в том числе в городе 4.1, а в сельской местности-4.9. Высок в Дагестане удельный вес больших семей (5 и более человек)=504 на 1000. По официальному определению Российской Федерации к МРЖ относятся женщины, рожаящие третьего ребенка.[4] Около 40% родов в мире приходится на женщин, рожавших 5 и более раз. [1,2]

При этом на долю многорожавших (МРЖ) приходится до 35,0% родов, характеризующихся более осложненным течением гестации на фоне высокой отягощенности экстрагенитальными заболеваниями.[3]. Исходы беременности и родов отражают уровень перинатальной помощи, оказываемой беременным. В то же время, на перинатальные исходы оказывают влияние состояние уровня здоровья матери и тяжесть присоединившихся осложнений беременности.

**Цель исследования** – улучшение исходов гестации у МРЖ с БВ (бактериальным вагинозом).

В нашем исследовании терапия БВ была призвана решить комплекс задач: облегчить состояние больной, предупредить инфекционно-воспалительные заболевания, ассоциированные с БВ, способствовать восстановлению естественной флоры влагалища, уменьшить риск осложнений беременности и улучшить перинатальные исходы для матери и плода.

**Материал и методы исследования.** Комплексному клинико-микробиологическому обследованию подверглись 160 МРЖ с БВ. В основную группу вошли 110 МРЖ, у которых еще до наступления беременности был диагностирован БВ. Были выделены 2 группы сравнения. В I группе (n=60) традиционное лечение БВ до наступления беременности было дополнено использованием местных бальнеологических факторов. Все пациентки использовали препарат «Далацин» в виде вагинального крема содержащего 2% клиндамицина фосфат. Препарат выпускается в тубах по 15г с прилагающимися 3-х разовыми аппликаторами. Крем использовали интравагинально по 5 г (разовая доза) 1 раз в сутки через день трехкратно, чередуя с влагалищными орошениями минеральной водой. На одну процедуру расходуется 5-6 литров нативной, без разведения минеральной воды, температура- 36-37 С, продолжительность процедуры 10-12 минут, через день с перерывом в дни менструаций, до 8-10 процедур на курс лечения. На втором этапе терапии проводили восстановление нормальной микрофлоры влагалища путем применения на протяжении 10 дней эубиотика – ацилакт по 1 суппозиторию 2 раза в день вагинально.

Во II группе сравнения (n=50) лечение БВ проводилось применением клиндамицина ( Далацина) по 300 мг два раза в день в течение 7 дней per os в сочетании с местным введением вагинальных суппозитория « Нео-пенотран» по 1 суппозиторию два раза в день в течение 7 дней. Это комбинированный препарат для интравагинального применения с противогрибковым, противовоспалительным и антибактериальным действием. В состав входят метронидазол 500мг и миконазола нитрат 100мг.

В контрольную группу вошли 50 МРЖ у которых БВ был диагностирован только во время беременности и лечение проводили во 2 и 3 триместрах беременности по 1 вагинальному суппозиторию «Нео-пенотран» 2 раза в день 7 дней. Нами проведено клиническое исследование с использованием ПЦР в режиме реального времени с помощью набора реагентов «Фемофлор». Предлагаемый подход дает возможность охарактеризовать нормофлору, наличие, степень, характер дисбаланса условно- патогенной и нормальной флоры, что позволяет в случае необходимости выбрать правильную терапию и контролировать эффективность ее проведения. Во время первичного осмотра собирали гинекологический и акушерский анамнез, проводили гинекологическое, цитологическое исследование и бактериоскопию по Граму. Проводили измерение pH влагалищной среды, аминный тест., брали вагинальные выделения для выявления ДНК возбудителей методом ПЦР в режиме реального времени.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Своевременными родами беременность закончилась в 90% наблюдений I группе сравнения, 80% - во II группе сравнения и в 78% в контрольной группе.

по сравнению с I группой. Субинволюция в I группе встречалась в 1,3 раза реже, чем в контроле, послеродовый эндометрит – в 2 раза реже, мастит – в 2 раза реже, чем в контроле. Такие осложнения, как гематометра и расхождения швов на промежности в I основной группе не встречались, а в контрольной группе отмечались в 2 раза чаще, чем во II группе. Высокая частота осложнений беременности и родов неблагоприятно сказалась на состоянии плода и способствовала развитию осложнений у новорожденного.

У I (16,7%) МРЖ I группы сравнения и у II (20%) – II группы сравнения и I (20%) – контрольной группы произошла антенатальная гибель плода. Причинами этого осложнения явились тяжелый гестоз (3), отслойка плаценты (2). Интранатальная гибель в обследованных группах не наблюдалась. В раннем неонатальном периоде погиб 1 новорожденный (20%) в контрольной группе. Причиной гибели явилась недоношенность, респираторный дистресс-синдром, гипоксическое травматическое поражение ЦНС. Таким образом, перинатальная смертность составила 16,7% в I группе, 20% – во II группе и 40% – в контрольной.

Таблица 5

Масса новорожденных в обследованных группах

Масса	I группа n=64		II группа n=52		Контроль n=49	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1000 – 1499	1	1,6	-	-	1	2
1500 – 1999	2	3,1	3	5,8	2	4,1
2000 – 2499	1	1,6	3	5,8	3	6,1
2500 – 2999	3	4,7	2	3,8	4	8,2
3000 – 3499	28	43,6	23	44,2	22	44,9
3500 – 3999	24	37,5	18	34,6	16	32,7
4000 – 4499	3	4,7	2	3,8	1	2
4500 – выше	2	3,1	1	1,9	-	-
M ± m	3418,9 ± 60,1		3127,0 ± 53,1		3014,4 ± 84,6	

P<0,05

Средняя масса новорожденных в I группе составила 3418,9±60,1 г, во II группе – 3127±53,1 г, в контрольной группе – 3014,4±84,6 г. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар на первой и пятой минуте в I основной группе достоверно превышает таковую во II и контрольной группе, где отмечены наименьшие баллы. Ведущее место среди осложнений у новорожденных занимает гипоксически-травматическое поражение ЦНС (17,4%, 19,2% и 22,4%).

Таблица 6

Оценка новорожденных по шкале Апгар

Оценка	I группа n=64		II группа n=52		Контроль n=49		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1 минута	1 – 4	3	4,6	2	3,8	3	6,1
	5 – 7	12	18,7	12	23,1	13	26,5
	8 – 10	49	76,6	38	73	33	67,3
M ± m	8,2 ± 0,1		8,1 ± 0,2		7,8 ± 0,1		
5 минута	1 – 4	-	-	-	1	2,04	
	5 – 7	11	17,6	13	24,7	14	28,57
	8 – 10	53	82,4	39	75,3	34	69,37
M ± m	9,6 ± 0,1		9,1 ± 0,1		8,9 ± 0,1		

P<0,05

Таблица 7

Осложнения у новорожденных

Патология	I группа n=64		II группа n=52		Контроль n=49	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гипоксическое повреждение ЦНС	11	17,2	10	19,2	11	22,4
Гипотрофия	6	9,4	8	15,4	10	20,4
Незрелость	5	7,8	5	9,6	4	8,2
Перезрелость	4	6,3	6	11,5	5	10,2
Респираторный Дистресс-синдром	4	6,3	4	7,7	5	10,2
Аспирационная пневмония	2	3,1	1	1,9	2	4,1
Гемолитическая болезнь	3	4,7	2	3,8	1	2,1

P<0,05

**Выводы.** Применение в прегравидарной подготовке МРЖ с БВ местных бальнеологических факторов способствует снижению частоты гестационных осложнений, осложнений родов и послеродового периода (особенно послеродовых гнойносеptических осложнений в 5-6 раз.) и как следствие, улучшению перинатальных исходов для плода.

**Литература**

1. Абу Насер М.А. Гестоз у многоплодных женщин: Дис. ... канд. мед. наук. Махачкала. 1999.  
 2. Амирханова М. И., Омаров С.М.А. Нарушение лактационной функции у многоплодных женщин с гестозом. Махачкала. 2001.  
 3. Нурмагомедова С.С. Профилактика и лечение ЗВРП у многоплодных женщин: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва. 2000.

4. Омаров С.М.А., Багрий Е.Г. Ожирение и многократные роды. Махачкала. 2004.  
 5. Саламех М.Х., Омаров С.М.А. Омаров. Безопасное материнство при поздней репродукции. 2003.

PERINATAL OUTCOMES IN MULTIGRAVIDA BIRTH WOMEN WITH BACTERIAL VAGINOSIS

K.M. DURPALOVA, N. S-M. OMAROV, S.S. NURMAGOMEDOVA

367012, Republic Dagestan, Makhachkala, Lenin's area, 1; Dagestan State Medical Academy, DNC of the Russian Academy of Medical Science

On the case of application in antenatal preparation for multigravida women with bacterial vaginosis the frequency of pregnancy complications, complications of childbirth and the postnatal period especially postnatal infections complications decreases in 5-6 times. As the result of this is improvement of perinatal outcomes for a child.

**Key words:** multigravida birth women, bacterial vaginosis

УДК 612.018

КЛИНИКО-ГОРМОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕНИЕМ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

А.Т. ТЕРЁШИН, Л.А. ГРЯЗЮКОВА, Б.И. ЛАГУНОВ\*

Аутоиммунный тиреоидит (АИТ) в 65-80% случаев вызывает нарушения репродуктивной функции [1-10]. Несмотря на глубокое изучение клинической картины АИТ, в настоящее время недостаточно изучены особенности функциональной активности гипофизарно-тиреоидно-надпочечниково-яичниковой системы (ГТНЯС) у больных АИТ с бесплодием [5,6,8].

**Ключевые слова:** нарушение, репродуктивная функция.

**Цель исследования** – изучить функциональное состояние ГТНЯС у больных АИТ с нарушением репродуктивной функции.

**Материал и метод.** Под нашим наблюдением находились 120 больных АИТ в возрасте 20-38 лет (средний возраст 26,3±1,4 лет) с длительностью АИТ 3-18 лет (в среднем 8,4±0,7 лет) и длительностью бесплодия 1-11 лет (в среднем 4,4±0,3 лет).

У всех больных определяли индекс массы тела (ИМТ), гирсутиное число Ферримана-Голлвея, степень галактореи по ВОЗ, степень увеличения щитовидной железы по ВОЗ. Использовались лапароскопия с хромосальпингоскопией и гистероскопия, проводимая лапароскопом фирмы «Karl Storz» (Германия) по общепринятой методике. Поражение придатков матки оценивали по стадиям распространения спаечного процесса в малом тазу по классификации J.Hulka.

Функцию яичников изучали по тестам функциональной диагностики (ГФД). Пролактин (ПРЛ), лютеинизирующий (ЛГ), фолликулостимулирующий (ФСГ), тиреотропный (ТТГ), аденокортикотропный (АКТГ) гормоны, эстрадиол (Е2), прогестерон (П), тестостерон (Т), дегидроэпандростерон-сульфат (ДГЭА-С), кортизол (К), трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4) определяли в сыворотке крови на 5-7, прогестерон (П) – на 20-22 день менструального цикла. Концентрации ПРЛ, ЛГ, ФСГ, ТТГ, АКТГ, Т3, Т4 в крови определяли с использованием тест-наборов «Иммунотек» (Чехия), Е2, П, Т, ДГЭА-С в крови – наборами фирмы СП «Белорис» (Белоруссия). В качестве нормы использовали показатели содержания гормонов в крови 20 здоровых женщин с овуляторным менструальным циклом (20-38 лет).

Пробу с тиролиберин (фирма «Hoehst», Германия) проводили следующим образом: кровь для определения концентрации ПРЛ брали из локтевой вены до и через 30-60 мин после внутривенного введения 200 мкг тиролиберина (ТРГ).

У 120 больных были жалобы на бесплодие, у 51 (42,5%) – длительные, обильные менструации, у 19 (15,8%) – частые менструации, у 36 (30%) – задержки менструаций до 40-45 дней, у 85 (70,8%) – сухость, бледность кожи, у 98 (81,7%) – общую слабость, у 56 (46,6%) – чувство «кома» в горле, у 58 (48,3%) – запоры, у 114 (95%) – пастозность, отеки лица и рук, у 35 (29,1%) – выделения из молочных желез, у 55 (45,8%) – снижение или отсутствие либидо, у 74 (61,7%) – снижение аппетита, у 67 (50,8%) – равнодушие к окружающему. Перечисленные жалобы указывают на вовлечение в патологический процесс лимбико-ригуляторного комплекса (ЛРК) [6,9,10].

\* Федеральное Государственное Учреждение «Пятигорский государственный научно-исследовательский институт курортологии Федерального медико-биологического агентства России», Ставропольский край, г. Пятигорск, пр. Кирова, 30