

Література

1. Гігієна праці / Під ред. проф. Шевченка А.М. – К.: Вища школа, 1993. – 582с.
2. Тарасенко Л.М. Стресс и пародонт / Л.М. Тарасенко, Т.А. Петрушанко – Полтава, 1999. – 189с.
3. Литовченко І.Ю. Вплив тривалого емоційного напруження на структурні та метаболічні зміни в тканинах пародонта / І.Ю. Литовченко, А.К. Ніколішин, Л.М. Тарасенко, К.С. Непорада // Новини стоматології. – 1999. – №3(20). – С.48-49.
4. Окислительный стресс и комплексная антиоксидантная энергокоррекция в лечении пародонтита / И.А. Омаров, С.Б. Болевич, Т.М. Саватеева-Любимова [та ін.] // Український стоматологічний альманах. – 2011. – Т.90, №1. – С.10-17.
5. Метод лікування генералізованого пародонтиту із застосуванням стреспротекторних препаратів, корегуючих емоційне напруження / І.Ю. Литовченко, Т.О. Петрушанко, Л.М. Тарасенко [та ін.]. – Інформаційний лист. – К., 1997. – 2с.
6. Терапевтична стоматологія: Підручник у 4-х томах – Т.3 Захворювання пародонта / М.Ф. Данилевський, А.В. Борисенко, А.М. Політун. – К.: Медицина, 2008. – 616с.
7. Mandl I., MacLennan J., Howes E. Collagenlytik activity dermation // J. Clin. Invest. – 1953. - Vol. 32. – P.1323-1329.
8. Bergman G., Loxley R. // Analyt. Chem. – 1963. – Vol. 35. – P.1961-1963.
9. Минцер О.П. Методы обработки медицинской информации / Минцер О.П., Угаров Б.П., Власов В.В. – К.: Вища школа, 1991. – 271с.
10. Симакова Т.Г. Применение антиоксидантов в лечении заболеваний пародонта (обзор) / Т.Г. Симакова // Институт стоматологии. – 2007. – №1 (34). – С.105-109.

Реферати

**КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА ПРИ
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ
СТРЕССПРОТЕКТОРНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**Литовченко И.Ю., Петрушанко Т.А., Тарасенко Л.М.,
Девяткина Т.А.**

В статье представлен анализ отдаленных результатов лечения больных генерализованным пародонтитом, которые подвергались длительному воздействию неблагоприятных факторов, вызывающих хроническое эмоциональное напряжение, с применением препаратов стресспротекторного действия (натрия оксидбутират, метионин, токоферола ацетат, ретинола ацетат, аскорбиновая кислота).

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, хроническое эмоциональное напряжение, лечение, отдаленные результаты, стресспротекторные препараты.

Стаття надійшла 31.10.2011 р.

**CORRECTION OF METABOLIC DISORDERS
IN GENERALIZED PERIODONTITIS STRESS
PROTECTOR DRUGS**

**Litovchenko I.Y., Petrushanko T.A., Tarasenko
L.M., Devyatkina T.A.**

The paper presents an analysis of long-term results of treatment of patients generalized periodontitis that long-term exposure of adverse factors causing chronic emotional stress, with the use of drugs stress protector action (sodium hydroxybutyrate, methionine, tocopherol acetate, ascorbic acid).

Key words: generalized periodontitis, chronic emotional stress, medication, long-term results, stress protector drugs.

УДК 618.14-002-089: 616-079.89-039

И. Ш. Магалов

Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

**СОЧЕТАНИЕ АДЕНОМИОЗА И ЭНДОМЕТРИОЗА СРЕДИ ПАЦИЕНТОК ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО
СТАЦИОНАРА**

243 пациентки, оперированные в плановом порядке с возможностью ревизии брюшной полости, вошли в исследование. Они были разбиты на 4 группы в зависимости от характера вмешательства: гистерэктомии (ГЭ), миомэктомии (МЭ), вмешательства по поводу доброкачественных образований в области придатков (ВДОП), диагностические вмешательства для выяснения причин бесплодия (ВНРЖ). Были сопоставлены данные ультразвукового, внутриоперационного и патогистологического обследований. Аденомиоз при эндометриозе встречался в 2,5 раза чаще, чем при его отсутствии. Подобная тенденция отмечалась во всех группах оперированных нами больных. С нарастанием степени выраженности эндометриоза учащались случаи сопутствующего аденомиоза. Частая встречаемость аденомиоза у женщин с тазовым эндометриозом косвенно свидетельствует о возможно едином патогенезе этих двух состояний.

Ключевые слова: аденомиоз, эндометриоз, гистерэктомия, миомэктомия

До недавнего времени аденомиоз оставался исключительно патогистологическим диагнозом, для постановки которого требовалось удалить матку [7]. Принципиально эндометриоз и аденомиоз могут встречаться у женщин любого возраста [7]. Чаще всего они диагностируются у пациенток репродуктивного возраста [1,4, 7]. Однако, если судить по большинству цитируемых публикаций в научной периодике, первый

характерен для более раннего, а второй - для более позднего репродуктивного периода. Данные эти получены отчасти вследствие того, что эндометриоз, как правило, изучают у молодых женщин с бесплодием и болевым синдромом, а аденомиоз у женщин с выраженной патологией матки и с жалобами на маточное кровотечение, или же, одним словом в случаях, когда была показана гистерэктомия. [4,7] Подобный подход, обусловленный медицинской реальностью, долгое время влиял на понимание этих двух патологических состояний. [4-6]

Интересно, что в самом начале, т.е. в первой половине XX века, ученые считали эндометриоз и аденомиоз вариантами одного и того же заболевания. [2, 8] Даже Sampson (1927), автор теории ретроградной менструации, с чьим именем, по стереотипу, непосредственно связывают разграничение их патогенеза, называл аденомиоз «первичным эндометриозом» [11]. Так или иначе, именно, после его трудов укоренилось и на протяжении почти 70 лет доминировало убеждение, что это две разные нозологии [4-6], несмотря на то, что время от времени появлялись сообщения об их не таком уж и редком сочетании [9]. С другой стороны, первоначальные идеи продолжали жить в терминах, широко применяющихся в некоторых странах. Так, в русскоязычной литературе употребляются термины «наружный» и «внутренний» эндометриоз, соответствующие английским «pelvic endometriosis» и «adenomyosis uteri».

С появлением возможности in-vivo диагностики изменений структуры маточной стенки взгляды стали меняться. Так, было замечено, что у женщин с визуализируемыми при МРТ признаками аденомиоза, боли внизу живота персистируют, несмотря на хирургическое удаление всех эндометриодных очагов [10]. Ретроспективный анализ МРТ – сканнограм показал, что у 1/3 пациенток, оперированных по поводу эндометриомы яичника, имеются изменения характерные для аденомиоза [11].

В поздних обзорных статьях указывается, что аденомиоз и эндометриоз сочетаются в 2–24% случаях [7]. На основании чего и предполагается, что эти два состояния взаимосвязаны. Однако смена парадигмы произошла благодаря работам группы Leyendecker G. и Kunz G. [4-6]. Изучая морфофункциональные особенности матки у женщин с бесплодием с помощью тансабдоминального ультразвукового обследования УЗИ (ТВС) и МРТ, они пришли к выводу, что аденомиоз может встречаться при эндометриозе в 80% и выше [4,12]. При этом нарушается сократительная активность матки, затрудняется транспорт спермы к маточным трубам и возникает дисменорея. Эти наблюдения были объединены в «Теорию архиметры» и «Концепцию повреждения и восстановления тканей». [5, 6] Близкая к ним гипотеза сформулирована в виде «Синдрома дисфункции эндометрия и внутреннего миометрия» («Endometrium and Inner Myometrium Dysfunction Syndrome», EIMDS) [1]. Последние достижения в области технологий визуализации патологических изменений позволило изучать данное состояние in-vivo. [3-6] Следовательно, стало возможным расширить область научного интереса до женщин раннего репродуктивного возраста, и исследовать роль аденомиоза в развитии актуальных для этой возрастной группы клинических симптомов. [3-7] В этой связи новое понимание приобретает сочетание аденомиоза и эндометриоза, которые согласно современным взглядам могут иметь общность патогенеза. [1, 3-7, 10]

Целью работы было выявить частое сочетание аденомиоза и эндометриоза с применением неинвазивной лучевой диагностики (без удаления матки).

Материал и методы исследования. В исследование вошли 243 женщины, прооперированные нами в плановом порядке с возможностью ревизии брюшной полости. Все женщины были разделены на 4 группы в зависимости от основного вмешательства: гистерэктомии «ГЭ», миомэктомии «МЭ», вмешательства по поводу доброкачественных образований в области придатков «ВДОП» и диагностические вмешательства для выяснения причин бесплодия у пациенток с наличием репродуктивного желания «ВНРЖ» и без грубых анатомических нарушений в полости малого таза.

Все пациентки в рамках предоперационной подготовки прошли тансабдоминальное и трансагинальное ультразвуковое обследование (УЗИ (ТАС/ТВС)). Удаленные во время оперативного вмешательства препараты были подвергнуты патоморфологическому анализу. Данные ультразвукового, интраоперационного и патогистологического обследования были сопоставлены. Для статистической обработки полученных цифровых данных были использованы вариационный и корреляционный (χ^2 -критерий Пирсона) анализы. Оценка эффективности диагностической значимости теста проводилась посредством определения его специфичности и чувствительности.

Результаты исследования и их обсуждение. У пациенток с эндометриозом (57 женщин) аденомиоз встречался более чем в 2,5 раза чаще, чем у остальных ($\chi^2=33,1$; $p<0,001$). Почти такая же разница наблюдалась, когда имела возможность патогистологического подтверждения наличия аденомиоза (группа «ГЭ») ($\chi^2=9,58$; $p<0,01$) (табл. 1).

Группа «ГЭ» с клинической точки зрения являлась относительно неоднородной из-за различных показаний к проведению данного вмешательства: увеличение размеров матки, маточное кровотечение при рецидивирующей гиперплазии эндометрия, опущения матки и наличие объемного образования в проекции придатков (подозрение на злокачественное новообразование яичника). Во время сонографии признаки аденомиоза были выявлены у 47 больных из этой группы, при этом патогистологическое исследование подтвердило его наличие в 42 случаях. У 11 женщин предоперационный диагноз не нашел подтверждения, а у 6 пациенток патогистологически доказанный аденомиоз с помощью УЗИ не был обнаружен. Соответственно информативность сонографии в отношении аденомиоза оценивалась следующим образом: $+pV = 76,6\%$, $-pV = 88,2\%$, $Se = 85,7\%$ и $Sp = 80,4\%$ (табл 2).

Таблица 1

Выявление аденомиоза у женщин с эндометриозом и без (плановые вмешательства со вскрытием брюшной полости -242 пациентки*)

Группы	+ эндометриоз	- эндометриоз	Всего	χ^2 ; p
«ГЭ»	10/11 90,9±8,7%	32/87 36,8±5,2%	42/98 42,9±5,0%**	$\chi^2=9,58$; p<0,01
«МЭ»	7/7 100,0% ***	7/21 33,3±10,3% ***	14/28 50,0±9,4%***	$\chi^2=6,86$; p<0,01
«ВДОП»	20/30 66,7±8,6%	3/22 13,6±7,3%	23/52 44,2±6,9%	$\chi^2=12,4$; p<0,001
«ВНРЖ»	2/9 22,2±13,9%	7/55 12,7±4,5%	9/64 14,1±4,3%	$\chi^2=0,06$; p>0,05
Всего	39/57 68,4±6,2%	49/185 26,5±3,2%	88/242 36,4±3,1%	$\chi^2=33,1$; p<0,001

Примечания: * - у 1-ой женщины был сложный порок мюллеровой системы (243 -1=242 женщины); ** - в группе «ГЭ» - учитывались только случаи патогистологически подтвержденного аденомиоза; *** - в группе «МЭ» - учитывались как сонографические, таки патогистологические критерии аденомиоза

Таблица 2

Информативность УЗИ при диагностике аденомиоза на примере соответствия сонографического и патоморфологического диагнозов

УЗИ		Истинный результат		
		Да	Нет	S
	Тест	42	56	98
	Да	36	11	47
	Нет	6	45	51
Чувствительность - истинно (+) результаты	Se	85,7	±	5,4
Специфичность - истинно (-) результаты	Sp	80,4	±	5,3
Предсказательная полезность (+) результата	pPV	76,6	±	6,2
Предсказательная полезность (-) результата	nPV	88,2	±	4,5
Отношение правдоподобия (+) результата	LR+	4,36	посредственно	
Отношение правдоподобия (-) результата	LR-	0,18	хорошо	
Общий диагностический вес теста	ДК	82,7	±	4,1

В группе «МЭ» (относительно молодые женщины с увеличением размеров матки) во всех случаях обнаружения эндометриоидных очагов присутствовали признаки аденомиоза (либо на сканнограммах, либо при патогистологическом исследовании). Это в 3 раза превышало встречаемость аденомиоза при миоме без наличия эндометриоза ($\chi^2=6,86$; p<0,01). Следует отметить, что в 6 случаях удаленные узлы оказались аденомиомами (4/7 – при эндометриозе и 2/27 – при отсутствии эндометриоза) ($\chi^2=6,35$; p<0,05) (табл. 1). Если рассматривать группу без выраженных изменений матки (группы «ВДОП» и «ВНРЖ»), то аденомиоз при наличии эндометриоза встречался почти в 4,5 раза чаще (22 из 39 женщин против 10 из 78 женщин) ($\chi^2=24,5$; p<0,001) (табл.1). Аденомиоз у женщин с эндометриомами выявлялся в 62,5±9,9% (15 из 24 женщин). При этом сочетание эндометриоза с аденомиозом учащалось с нарастанием степени тяжести эндометриоидного поражения: Iст – 2/8 случаев (25,0%), IIст – 6/8 случаев (75,0%), и IVст – 7/8 случаев (87,5%).

При отсутствии образований в области придатков эндометриоидного происхождения и эндометриоидных очагов на серозной выстилке брюшной полости, признаки аденомиоза на УЗИ обнаруживались гораздо реже – 13,6±7,3% (табл. 1). У женщин, с обнаруженными во время лапароскопии изолированными поверхностными перитонеальными очагами эндометриоза, сонографические изменения характерные для аденомиоза были описаны в 7 из 15 случаев (46,7±12,9%). У больных с репродуктивным желанием без выраженных анатомических нарушений в малом тазу и без признаков эндометриоза, аденомиоз во время УЗИ диагностировался в 12,7±4,5% (7 из 55 женщин).

В нашем исследовании аденомиоз, в целом, был не такой уж и редкой диагностической находкой. Он был обнаружен у 36,4±3,1% пациенток. В группах «ГЭ», «МЭ» и «ВДОП» аденомиоз диагностировался в 42,9 - 50,0%. Гораздо реже нам удалось выявить сонографические признаки аденомиоза у женщин с наличием репродуктивного желания без выраженных анатомических нарушений в полости малого таза - 14,1±4,3%. Во всех группах оперированных нами больных при наличии эндометриоза аденомиоз встречался в разы чаще, чем при его отсутствии, в целом приблизительно в 2,5% чаще. Сочетание эндометриоза и аденомиоза в нашем исследовании встречалось чуть реже, чем в работах группы Leyendecker G. и Kunz G [4-6], однако значительно чаще, чем в остальных известных публикациях. [1,7].

При возможности патоморфологического исследования, т.е. в группе «ГЭ», аденомиоз и эндометриоз встречались в 90,9±8,7%. Следует отметить, что мы сравнительно часто обнаруживали аденомиоз в удаленных матках. При наличии одновременно эндометриоза и миомы матки аденомиоз обнаруживался во всех случаях, и диагностировался либо во время сонографии или после патоморфологического анализа удаленного узла.

Частую встречаемость аденомиоза в нашем исследовании мы объясняем тем, что во всех группах достаточно часто обнаруживался эндометриоз. Помимо этого, хотя мы и не наблюдали корреляции между

тяжестью эндометриоза и аденомиоза, с нарастанием степени выраженности эндометриоза учащались случаи сопутствующего аденомиоза.

Висновки

Наше исследование проводилось среди пациенток гинекологического стационара, а не в общей популяции. In-vivo диагностика аденомиоза в группе молодых пациенток, когда матка или узел в ней не удалялись, не имела патоморфологического подтверждения. Однако при этом мы изучали эндометриоз и аденомиоз не изолировано друг от друга, например среди женщин, оперированных на придатках с использованием лапароскопического доступа, или в препаратах матки, полученных после гистерэктомии. Кроме того, мы не ограничивали выборку больных по какому – либо параметру, например наличие репродуктивного желания или болей внизу живота. При этом следует отметить, что в тех случаях, когда данные УЗИ и патоморфологического анализа можно было сопоставить (группа пациенток подвергнутых гистерэктомии), отмечалась достаточно высокая информативность сонографии. Таким образом, частая встречаемость аденомиоза у женщин с тазовым эндометриозом косвенно свидетельствует о возможно едином патогенезе этих двух состояний.

Перспективы дальнейших исследований в данном направлении. Расширение возможностей in-vivo диагностики нарушений строения маточной стенки позволит изучить в дальнейшем ее роль в развитии важных патологических симптомов у женщин раннего репродуктивного возраста. В первую очередь это касается случаев сочетания аденомиоза и эндометриоза при неосуществленном репродуктивном желании, когда проходимость маточных труб не нарушена.

Литература

1. Brosens I., Benagiano G. Endometriosis, a modern syndrome. // Indian J Med Res. 2011, 133(6): 581–593.
2. Cullen TS. The distribution of adenomyomas containing uterine mucosa. // Arch Surg., 1921, 1:215–83.
3. Exacoustos C., Brienza L., Di Giovanni A., et al. Adenomyosis: three-dimensional sonographic findings of the junctional zone and correlation with histology. //Ultrasound Obstet. Gynecol. 2011, 37(4):471-9.
4. Kunz G., Herbertz M., Beil D., Huppert P., Leyendecker G. Adenomyosis as a disorder of the early and late human reproductive period. // Reprod Biomed Online., 2007, 15(6):681-5.
5. Leyendecker G., Kunz G., Kissler S., Wildt L. Die Endometriose ist primär eine. // Ärkrankung des Uterus Praktische Gynäkologie, 2007, 12: 12 – 18.
6. Leyendecker G., Wildt L. A new concept of endometriosis and adenomyosis: Tissue injury and repair (TIAR). // Hum Mol Biol Clin Invest 2011, 5(2) 125-142.
7. Mehaseb M.K., Habiba M.A. Adenomyosis uteri: an update. // The Obstetrician & Gynaecologist, 2009, 11:41–47
8. Meyer R Über den Stand der Frage der Adenomyositis und Adenome im allgemeinen und insbesondere u`ber Adenomyositis seroepithelialis und Adenomyometritis sarcomatosa. // Zbl Gynäkol., 1919, 43,745–750.
9. Novak E., de Lima O.A.. A correlative study of adenomyosis and pelvic endometriosis, with special reference to the hormonal reaction of ectopic endometrium. // Am J Obstet Gynecol., 1948, 56:634–44.
10. Parker J.D., Leondires M., Sinaii N., et al Persistence of dysmenorrhea and nonmenstrual pain after optimal endometriosis surgery may indicate adenomyosis. //Fertil Steril., 2006, 86(3):711-5.
11. Sampson J.A. Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. // Am J Obstet Gynecol., 1927, 14:422–69.
12. Zacharia T.T., O'Neill M. J. Prevalence and distribution of adnexal findings suggesting endometriosis in patients with MR diagnosis of adenomyosis. // The British Journal of Radiology, 2006, 79 , 303–307.

Резюме

ПОСДНАННЯ АДЕНОМІОЗА І ЕНДОМЕТРІОЗУ СЕРЕД ПАЦІЄНТОК ГІНЕКОЛОГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Магалов І. Ш.

243 пацієнтки, що були прооперовані в плановому порядку з можливістю ревізії черевної порожнини, увійшли до дослідження. Вони були розбиті на 4 групи, залежно від характеру втручання: гистеректомії (ГЕ), міомектомії (МЕ), втручання з приводу доброякісних утворень в області придатків (ВДОП), діагностичні втручання для з'ясування причин безпліддя (ВНРЖ). Були зіставлені дані ультразвукового, внутрішньоопераційного і патогістологічного обстежень. Аденоміоз при ендометріозі зустрічався в 2,5 разів частіше, ніж при його відсутності. Подібна тенденція виявлена у всіх групах оперованих нами хворих. З наростанням ступеня вираженості ендометріозу частішали випадки супутнього аденоміозу. Часто виявляемий аденоміоз

COMBINATION OF ADENOMYOSIS AND ENDOMETRIOSIS AMONG PATIENTS OF THE GYNECOLOGIC HOSPITAL

Magalov I. Sh.

243 patients operated in planned mode with opening of abdominal cavity were involved to the study. They were divided in 4 groups according to the type of surgery: hysterectomy (HE), myomectomy (ME), surgery of benign adnexal tumors (SBAT) and diagnostic interventions for infertility without expressed anatomic abnormality (SI). Data received through sonographic, intraoperative and pathohistologic examinations were compared. Adenomyosis in patients with endometriosis was revealed almost 2,5 times more frequent than in its absence. Such a tendency was observed in all groups. Prevalence of adenomyosis increased with severity of endometriosis. Frequent coexistence of adenomyosis and

у жінок з тазовим ендометріозом побічно свідчить про можливо єдиний патогенез цих двох станів.

Ключові слова: аденомиоз, ендометріоз, гістеректомія, міомектомія.

Стаття надійшла 17.10.2011 р.

endometriosis indirectly indicates their possible common pathogenesis.

Key words: adenomyosis, endometriosis, hysterectomy, myomectomy.

УДК 616.8-07:617.7-072.1

Н. А. Несруллаєва, Р. К. Ширалієва *, С. К. Гусейнова
Национальный Центр Орфальмологии им. акад. Э. Алиевой, * Азербайджанский Государственный
Институт Усовершенствования Врачей им. А. Алиева, г. Баку

РОЛЬ МУЛЬТИМОДАЛЬНЫХ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОВЕДЕНИИ ДИНАМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Проведено комплексное клиническое и нейрофизиологическое исследование 65 больных (43 женщины и 22 мужчин, средний возраст $26,6 \pm 3,7$ лет). Показатели вызванных потенциалов (ВП) изменяются уже на ранних стадиях рассеянного склероза. В первую очередь развиваются изменения со стороны зрительных вызванных потенциалов (ЗВП), по мере нарастания степени демиелинизации появляются изменения со слуховой стороны, а затем и соматосенсорных ВП. В результате динамического обследования больных рассеянным склерозом были получены данные, свидетельствующие о «нормализации» мультимодальных вызванных потенциалов, что позволяет сделать вывод о регрессе функциональных нарушений. Наиболее информативными для объективной количественной оценки функционального статуса больных с рассеянным склерозом в нашей серии наблюдений оказались ЗВП шахматный паттерн, которые являются весьма чувствительной модальностью ВП в обнаружении демиелинизации.

Ключевые слова: рассеянный склероз, мультимодальные вызванные потенциалы, диагностика

По распространенности среди неврологических заболеваний ЦНС рассеянный склероз занимает четвертое место после острых нарушений мозгового кровообращения, эпилепсии и паркинсонизма, а в молодом возрасте — второе место после эпилепсии. РС является самым дорогостоящим заболеванием с высокими затратами схем лечения и методиками социальной реабилитации больных. Отсутствие полного представления об этиологии и патогенезе заболевания [1, 13] трудности лечения, а также большие экономические затраты в оказании помощи таким больным [4, 7] делают проблему терапии рассеянного склероза актуальной во всех странах мира. А тот факт, что РС поражает преимущественно людей трудоспособного возраста (от 20 до 45 лет), занимающихся по большей части интеллектуальными формами деятельности, ставит РС в ряд социально-психологических проблем. Применение компьютерной томографии, нейрофункциональных исследований оказывает существенную помощь в диагностике рассеянного склероза [4, 5, 10]. Внедрение в клинику-диагностическую практику магнитно-резонансной томографии (МРТ) изменило представление о рассеянном склерозе как об эпизодической болезни, регистрируя новые патологические очаги значительно чаще, чем возникают обострения [7]. Однако представляется актуальным определение сочетаний наиболее значимых клинических симптомов и результатов инструментальных исследований в разные периоды течения заболевания.

Вызванные потенциалы (ВП) — метод регистрации биоэлектрической активности в ответ на определенную стимуляцию: соматосенсорную, слуховую, зрительную, магнитную. Соответственно выделяют различные модальности ВП: соматосенсорные ВП, слуховые ВП, зрительные ВП. Соматосенсорные вызванные потенциалы (ССВП) являются объективным методом определения функционального состояния чувствительных проводящих систем мозга, [2] акустические стволые вызванные потенциалы (АСВП) широко применяются при различных заболеваниях нервной системы для определения функционального состояния структур ствола мозга. Большинство исследователей для оценки функционального состояния применялись одна, реже две модальности ВП [3, 5]. Лишь единичные работы посвящены комплексному использованию ВП [5, 6, 9].

Целью работы было комплексное диагностическое использование нескольких модальностей вызванных потенциалов в диагностике и мониторинге больных с рассеянным склерозом.

Материал и методы исследования. Для выработки объективных критериев оценки выраженности функционального неврологического дефицита и степени вовлечения стволых структур мозга у пациентов с РС нами проведено комплексное клиническое и нейрофизиологическое исследование 65 больных (43 женщин и 22 мужчин, средний возраст $26,6 \pm 3,7$ лет (среднее значение \pm стандартное отклонение). У 43 больных (66 %) имелись проявления цереброспинальной формы заболевания, у 22 больных (34 %) — церебральной формы, 42 пациента (65%) поступили с острым оптическим невритом (ОН) в первые нескольких суток с момента снижения зрения, при этом у 9 пациентов (14%) отмечался двухсторонний ОН. У 53 пациентов (82%) течение