

количествах (85,7% против 37,5%; $p < 0,05$), более частое выделение *Gardnerella vaginalis* (100% против 62,5%; $p < 0,05$), *Peptococcus spp.* (42,9% против 12,5%; $p < 0,05$), *Mobiluncus spp.* (34,3% против 12,3%; $p < 0,05$) и *Fusobacterium spp.* (24,5% против 10,5%; $p < 0,05$).

В I A подгруппе с кандидозным вульвовагинитом особенностью течения заболеваний, ассоциированных с дефицитом sIgA, было проявление выраженных признаков воспаления, вульвита, поражения кожи больших половых губ, обилия *Candida albicans*, увеличения длительности заболевания и его частые рецидивы.

Пациентам I A подгруппы ($n=51$) после антимикробной и антифунгальной терапии вторым этапом назначали интравагинально комбинированный препарат генферон в дозировке 1000000 МЕ по 1 свече во влагалище 2 раза в сутки в течение 10 дней [5–7]. Переносимость терапии была хорошей, ни одна пациентка не выбыла из исследования. Клиническое и микробиологическое излечение наступило у 94,1% ($n=48$). После проведенной терапии отмечалось повышение уровня sIgA во влагалищном содержимом с $39,6 \pm 29,9$ мг/л до $158 \pm 23,9$ мг/л у 70,6% ($n=36$), что почти соответствовало значениям в группе контроля. Рецидив заболевания был отмечен в 15 (29,4%) наблюдениях; в т.ч. через 1 месяц у 6 пациенток, а через 3 месяца – у 9. Несмотря на терапию, генфероном у всех этих женщин через 3 недели после лечения уровень sIgA во влагалищном содержимом оставался сниженным и колебался от 0,0 мг/л до 35,5 мг/л.

Обнаруженные иммунологические сдвиги говорят о разном типе функционирования защитных клеток эпителия влагалища при оппортунистических инфекциях. Ускользание от иммунного ответа обусловлено снижением секреции sIgA, что способствует развитию инфекционного процесса, протекающего с собственными клиническими симптомами. Воспаление, характеризующееся дефектом синтеза антител (sIgA), проявляется в неспособности слизистой оболочки влагалища противостоять патогену и усиливает риск развития хронических рецидивирующих форм заболеваний. Знание иммуногенеза требует исключения эмпирического подхода к терапии лиц с установленным типом воспаления в нижних отделах половых путей. Методы терапии неспецифических вагинитов и вагинозов с дефицитом местных факторов иммунитета должны отличаться от общепринятых. Восстановление продукции секреторного IgA обеспечивает интерферон $\alpha-2$, входящий в состав генферона.

Целесообразно рекомендовать повторное иммунологическое обследование через 3 недели после терапии генфероном. Если при контрольном иммунологическом обследовании остается снижение уровня sIgA во влагалищном содержимом, то необходимо назначение повторных курсов генферона 1 раз в месяц на протяжении года с целью предотвращения рецидивов.

Литература

1. Долгушин И.И. и др. // Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунол. – 2000. – № 2. – С. 86–88.
2. Новиков А.И. и др. // Гинекол. – 2004. – Т. 6, № 4. – С. 169–173.
3. Воронова О.А. и др. // Рос. ж. кожных и венерических болезней. – 2006. – № 1. – С. 52–55.
4. Резайкина А.В. и др. // Тез. науч. работ II всерос. конгр. дерматовенерологов – СПб, 2007. – С. 144.
5. Серов В.Н. и др. // АГ – инфо. – 2006. – № 1. – С. 1–4.
6. Короткий Н.Г. и др. Инфекции, передающиеся половым путем. Уч.-метод. пос. // М., 2005. – 76 с.
7. Корсунский В.Н. и др. // Эффективная фармакотерапия. – 2007. – № 1. – С. 16–18.

УДК 616.831-831-005-053.5

ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ 5-7 ЛЕТ С ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ РАЗНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В АНАМНЕЗЕ

Л.В. ЛОБАНОВА, Е.Н. ДЬЯКОНОВА, Г.Н. ГАНОПОЛЬСКАЯ*

Наиболее частыми последствиями перинатальных гипоксически-ишемических поражений ЦНС у детей 5-7 лет являются минимальная мозговая дисфункция (ММД) в форме синдрома

дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), доброкачественная внутричерепная гипертензия, которые приводят к развитию когнитивных, невротических и нейро-соматических расстройств, школьной дезадаптации, формированию девиантных форм поведения. Максимальная выраженность СДВГ наблюдается в возрасте 5-7 лет, однако мнения о динамике когнитивных расстройств в этом возрасте варьируют. В дальнейшем, при проведении активной коррекционной работы, наступает значительный регресс симптоматики [1–6].

Сочетание СДВГ с синдромом доброкачественной внутричерепной гипертензией протекает менее благополучно. Уточнение особенностей формирования когнитивных функций при СДВГ и СДВГ в сочетании с доброкачественной внутричерепной гипертензией, описание их особенностей у детей 5-6 лет имеет высокую практическую значимость, как для комплексной диагностики, так и оптимизации лечебных мероприятий. Несоввершенство регуляторной функции ЦНС часто способствует развитию функциональной неполноценности церебральной гемодинамики. Появляются единичные сообщения о том, что такие изменения имеют место у детей с последствиями гипоксически-ишемического поражения ЦНС перинатального генеза

Цель исследования – выявление особенностей клинико-нейропсихологических нарушений и церебральной гемодинамики у детей 5-7 лет, имеющих в анамнезе гипоксически-ишемическое поражение ЦНС различной степени тяжести.

Методы исследования. Обследовано 76 детей (19 девочек) в возрасте 5-7 лет, имевших в анамнезе перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС различной степени тяжести.

Первую группу составили 50 детей, с последствиями легкого перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС в форме СДВГ. Во II группу (сравнения) вошли 26 детей с СДВГ в сочетании с доброкачественной внутричерепной гипертензией, имевших в анамнезе среднетяжелое и тяжелое гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. Дети второй группы регулярно, на протяжении 3-4 лет, получали восстановительное лечение у невролога, логопеда, психолога. Работа выполнена на базе центра развития ребенка (детского сада № 22), детского неврологического отделения областной клинической больницы г. Иваново.

Всем детям проводилось традиционное клинико-неврологическое обследование. Высшие мозговые функции исследовали по методике А.Р. Лурии, состоящей из 67 проб, адаптированной к детскому возрасту, и направленной на исследование кинестетического, пространственного, динамического праксиса, слухомоторной координации, стереогноза, зрительного гнозиса, речи, слухоречевой памяти, пространственного восприятия, зрительной памяти. Ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга проводилась по стандартной методике датчиком 2 МГц. Производилось комплексное обследование сосудов экстра- и интракраниального бассейнов, с оценкой интенсивности кровотока, наличия ее асимметрии в парных артериях.

Определяли показатели: средняя скорость кровотока (ССК, см/с), индекс циркуляторного сопротивления (Пурселота), который отражает уровень периферического сосудистого сопротивления и определяется тономус пинально-капиллярной сосудистой сети, вязкостью крови, внутричерепным давлением.

Результаты. Оценка данных анамнеза постнатального периода показала, что у детей второй группы в возрасте до 1 года в 2 раза чаще, чем в I группе, выявлялись синдромы повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (10% и 19,2% соответственно), двигательных нарушений в виде мышечной дистонии, признаков пирамидной недостаточности (26% и 53,8%). Проявления внутричерепной гипертензии наблюдались в 2,3 раза чаще во 2 группе. Частота желтухи периода новорожденности во 2 группе встречалась в 3 раза чаще, чем в первой (4% и 15,3%).

В возрасте от 1 до 2 лет существенными особенностями детей с тяжелыми поражениями были задержка моторного развития и нервно-психического развития в 7,6%. Сногворение встречалось в 2 раза чаще у детей 2 группы (4% 7,6%), энурез выявлен только у детей 2 группы – 7,6%. Дети второй группы до 2-летнего возраста, 3-4 раза в год и до 4-летнего возраста от одного до трех раз в год получали восстановительную терапию у невролога, в том числе и нейрометаболическую терапию, а дети I группы получали симптоматическую терапию нерегулярно или не наблюдались совсем. У детей с тяжелыми поражениями чаще выявлялись нарушения нервно-психического и моторного развития, на фоне которых формировались различные функциональные рас-

* Ивановский НИИ материнства и детства им. В.Н. Городкова, г. Иваново пр. Ф. Энгельса д.8 (т.8-4932-53-98-52)

стройства нервной деятельности. При объективном обследовании у пациентов обеих групп выявлялись легкая рассеянная неврологическая симптоматика. Нарушения глазо-двигательной иннервации в виде: слабости конвергенции, недоведения глазных яблок кнаружи, вялости зрачковых реакций, мелкоамплитудного горизонтального нистагма при взглядах в стороны чаще выявлялись в группе детей с тяжелым перинатальным гипоксически-ишемическим поражением ЦНС в анамнезе (26% и 53,8%).

Признаки пирамидной недостаточности отмечались у большинства обследуемых детей: 42% и 73% соответственно. При этом нарушение иннервации мимической мускулатуры по центральному типу, легкая девиация языка, оживление глубоких и снижение поверхностных рефлексов в сравниваемых группах наблюдались примерно у равного процента детей (42% и 53,8% соответственно). Патологические рефлексы Бабинского и Маринеску – Родовича у детей 2 группы выявлялись в 2 раза чаще, чем в 1 (8% и 3,8% соответственно), как и слабо выраженный синдром мозжечковой недостаточности, проявлявшийся легкой интенцией при пальценосовой и пяточно-коленной пробах, либо неустойчивостью, пошатыванием в усложненной позе Ромберга, элементами адиадохокинеза, дисметрии - регистрировался в 18 % и 38,4% случаев у детей первой и второй групп соответственно.

Легкие признаки гидроцефального синдрома в виде утренних головных болей в лобной области, характерной гидроцефальной формы черепа, усиления венозного рисунка кожных покровов головы, наблюдались чаще у детей второй группы (16% и 92,3%). В обеих группах имелась резидуальная неврологическая симптоматика, но в группе детей с тяжелыми поражениями ЦНС в анамнезе, выраженность ее была несколько выше, чем у детей, имеющих в анамнезе легкое гипоксически – ишемическое поражение ЦНС. Исследование высших мозговых функций включало в себя оценку праксиса (кинестетического, пространственного, динамического), гнозиса (слухового, зрительного, тактильного), зрительной и слуховой памяти, мышления).

Таблица

Результаты исследования высших мозговых функций у детей 5-7 лет с СДВГ и СДВГ в сочетании с доброкачественной внутричерепной гипертензией, имеющих в анамнезе гипоксически-ишемическое поражение ЦНС различной степени тяжести

Нарушения	Г группа (n=50)	II группа (n=26)		
	абс.	отн. %	абс.	отн. %
Кинестетический праксис	33	68,75 ***	6	23,08
Пространственный праксис	20	41,67 •	5	19,23
Динамический праксис	17	35,42	4	15,38
Слухо-моторные координации	31	64,58 ***	3	11,54
Зрительный гнозис	23	47,92 ***	3	11,54
Речевые функции	23	47,92 ***	3	11,54
Слухоречевая память	21	43,75 **	4	15,38
Зрительная память	29	60,42 ***	5	19,23
Рисунок	40	83,33 ****	7	26,92

• - коэффициент достоверности разности результатов между 1 и 2 группами, где:
• - p<0,05; ** - p<0,02; *** - p<0,01; **** - p<0,001

Нарушение высших корковых функций различной степени выраженности и сочетания имели все дети исследуемых групп. Однако частота сочетанных нарушений высших корковых функций превышала в основной группе исследования (82% и 73% соответственно). Кинестетический праксис был нарушен у детей с легким гипоксически-ишемическим поражением ЦНС в анамнезе в 2,97 раз чаще, чем у сверстников с тяжелым и средним – тяжелым гипоксически-ишемическим поражением ЦНС в анамнезе (p<0,001) (табл.). У детей первой группы чаще была нарушена кинестетическая основа движений 66% и 11,54% соответственно (p<0,001). Реже в обеих группах встречалась односторонняя пространственная агнозия 16% и 3,85% соответственно, без достоверных отличий. Пространственный праксис был также чаще нарушен у детей, имевших в анамнезе легкое гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (p<0,05). Наиболее часто, у детей первой группы, страдала зрительно-пространственная организация движений, проявляющаяся невозможностью пространствен-

ного восприятия положения руки, нарушением право-лево ориентации 34% и 7,69% соответственно (p<0,01). Реже и без достоверных отличий в группах наблюдения наблюдалось нарушение произвольной регуляции движений (6% и 3,85% соответственно) и нарушение схемы тела (4% и 7,69% соответственно). Дети воспроизводили заданные пробы импульсивно, эхопраклично и затруднялись в нахождении заданной части тела или лица. У детей группы сравнения ошибки быстро исправлялись при повторении инструкции, наводящих вопросов, в отличие от них, дети с СДВГ первой группы с трудом исправляли свои ошибки. При исследовании динамического праксиса обнаружены нарушения в 2,3 раза чаще, чем в группе сравнения. Нарушение реципрокной координации достоверно чаще имели дети в первой группе наблюдения (30% и 7,69% соответственно, p<0,02), которое и проявлялось невозможностью одновременно изменять положение обеих рук, движение каждой руки происходило изолированно. У детей первой группы отмечалось отставание левой и правой рук, т.е. дезавтоматизация движений в 2,1 раз чаще, чем в группе сравнения и без достоверных отличий (4% и 7,69% соответственно).

При оценке слухо-моторных координаций (таблица1) выявлено, что достоверно чаще у детей первой группы, по сравнению с детьми группы сравнения, наблюдалось нарушение слухового восприятия (58% и 11,54% соответственно p<0,001), которое проявлялось неспособностью правильно оценить слуховые комплексы, состоящие из серии последовательных звуков. Дети не могли определить количество предъявленных ударов, сказать, одинаковыми или различными являются 2 предъявленных друг за другом ритма. У детей первой и второй групп выявлялись (4% и 3,85% соответственно), но без достоверных отличий инертность движений, проявляющаяся лишними ударами, затруднениями при переходе от одного ритма к другому, персеверированием прежнего ритма и нарушение произвольной организации движения, когда ребенок не мог выполнить ритм по инструкции, но выполнял его по образцу. Достоверно чаще у детей с легкими гипоксически-ишемическими поражениями ЦНС в анамнезе страдал зрительный гнозис. Нарушения проявлялись, главным образом, в форме фрагментарности восприятия, когда дети первой группы, чаще, чем второй не могли воспринять всю изображенную ситуацию, упускали фрагменты (46% и 11,54% соответственно, p<0,001).

Нарушения речи в форме элементов сенсорной афазии также чаще наблюдались у детей первой группы (28% и 7,68% соответственно, p<0,02), и проявлялись плохой дифференцировкой близких фонем (б-п, г-к и др.) Кинестетическая афазия (элементы) в форме в затруднения произношения отдельных слов, в невозможности переклочиться с одной артикуляции на другую, застревании на одних звуках, персеверировании других, в 1,7 раз чаще встречалась у детей первой группы (20% и 11,54 соответственно). Однако, дети группы сравнения в 5,5 раз чаще имели нарушение грамматического строя речи, дети плохо понимали предлоги (11,54% и 2% соответственно). Нарушение слухоречевой памяти достоверно чаще имели дети первой группы (p<0,001). В 3,1 раз чаще у детей первой группы обнаружено сужение объема памяти (24% и 7,69% соответственно, p<0,05), при этом дети не могли воспроизвести 5 слов, повторное воспроизведение не улучшало результата. Тормозимость следов слухоречевой памяти, проявляющаяся невозможностью припоминания слов одной группы после воспроизведения другой, заменой и потерей слов, также как и замедленность запоминания в виде невозможности запомнить заданную последовательность слов, даже после нескольких повторений достоверно чаще выявлялась у детей первой группы (38% и 15,38 соответственно, p<0,05),

Зрительная память достоверно чаще была нарушена у детей основной группы (табл.), при этом сужение объема зрительной памяти было выявлено чаще у детей основной группы (30% и 11,54% соответственно, p<0,05), обследуемые не могли воспроизвести заданный объем стимулов. Повторные предъявления не улучшали результатов. У 26 % детей основной группы и 11,54% группы сравнения происходило постепенное заучивание символов, повторные предъявления обеспечивали полное воспроизведение, т.е. обнаруживалась замедленность запоминания. Навыки рисования страдали в основной группе в 3,2 раза чаще, чем в группе сравнения (p<0,001). Нарушения проявлялись в виде расстройств конструктивной деятельности, т.е. дети не воспроизводили существенных элементов объекта. У детей основной в 2,7

раз чаще нарушена конструктивная деятельности (60% и 19,23% соответственно, $p < 0,001$), которая сочеталась с односторонней пространственной агнозией (20% и 7,69% соответственно), т.е. рисунок располагали в правой половине листа, упускались и искажались детали слева.

Достоверно чаще у детей основной группы был нарушен: кинестетический праксис, зрительно-пространственная организация движений, слуховое восприятие, зрительный гнозис, речевые функции, слухоречевая и зрительная память, нарушена конструктивная деятельность. Дети 5-6 лет первой группы с легким гипоксически-ишемическими поражением ЦНС в анамнезе имеют достоверно худшие показатели высших мозговых функций, чем дети с тяжелым и средне-тяжелым гипоксически-ишемическим поражением ЦНС, но на протяжении 3-4 лет получавшие восстановительное лечение у невролога, логопеда, психолога.

При изучении показателей церебральной гемодинамики у детей в обеих группах было выявлено повышение скорости кровотока, но без достоверных отличий в бассейне передних мозговых артерий, достоверно выше в бассейне средних мозговых артерий ($p < 0,01$ справа и ($p < 0,001$) слева). Кровоток в бассейне задних мозговых артерий составил у детей основной группы справа $84,74 \pm 13,5$ см/с, слева $85,3 \pm 14,2$ см/с, что ниже, чем в группе сравнения, где кровоток справа составил $96,9 \pm 16,07$ см/с, слева $97,3 \pm 16,16$ см/с, но без достоверных отличий. Кровоток по позвоночным артериям у детей основной группы составил справа $81,25 \pm 16,2$ см/с, слева $82,45 \pm 11,2$, что достоверно выше, чем у детей группы сравнения, где кровоток справа составил $74,6 \pm 12,6$, слева $76,5 \pm 5,8$ см/с, $p < 0,05$ соответственно с двух сторон) Скорость по прямому синусу достоверно выше у детей группы сравнения (44 см/с и 34 см/с) $p < 0,001$. У детей основной группы цереброваскулярный резерв (ЦВР) соответствовал возрастной норме ($KpO_2 = 0,3 \pm 0,02$), в то время как у детей группы сравнения отмечалось снижение ЦВР за счет вазоконстрикторного компонента ($KpO_2 = 0,19 \pm 0,01$). По видимому, значимый вклад в гипоксическую вносит выраженная венозная дисрегуляция.

Более высокая склонность к вазоконстрикторным сосудистым реакциям на фоне венозной дисгемии наблюдается у детей, имевших СДВГ в сочетании с доброкачественной внутричерепной гипертензией.

Нами получена связь между нарушениями церебральной гемодинамики и недостаточным развитием высших психических функций у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС. У детей в основной группе больше страдает пространственный праксис, и это имеет прямую сильную корреляционную связь со скоростью кровотока в средней мозговой артерии (КК больше 0,77). У детей в группе сравнения с увеличением скорости кровотока по средней мозговой артерии ухудшаются показатели кинестетического праксиса (КК больше 0,96), а с увеличением скорости кровотока в позвоночной артериях снижаются показатели пространственного и динамического праксиса (КК больше 0,84). Более детальное исследование взаимосвязи нарушений поможет прогнозировать нарушение функций высшей нервной деятельности в зависимости от нарушений гемодинамики в отдельном сосудистом бассейне. Дети, имевшие в анамнезе легкое гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, имеют многоуровневое поражение структур головного мозга, проявляющееся нарушением зрительно-пространственной организации движений, кинестетического праксиса, слухового восприятия, зрительного гнозиса, речевых функций, слухоречевой и зрительной памяти, нарушением конструктивной деятельности. Дети, имевшие СДВГ в сочетании с доброкачественной внутричерепной гипертензией с тяжелым или средне-тяжелым гипоксически-ишемическим поражением ЦНС в анамнезе, но регулярно, на протяжении 3-4 лет, получавшие восстановительное лечение не имеют грубых нейропсихологических нарушений. Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС у детей, в том числе легкой степени тяжести, является основанием для лонгитудинального, до 5-6-летнего возраста, диспансерного наблюдения ребенка неврологом и психологом и рекомендовать индивидуальный подход и лечение в зависимости от нарушений церебральной гемодинамики.

Литература

1. Заваденко Н.Н. // Приложение к журналу Дефектология. 2000. №5. С. 111.
2. Заваденко Н.Н. // Фармакотерапия в неврологии и психиатрии. М., 2002. С. 103-116.

3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: Академия, 2005. – 256 с.

4. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. – СПб.: ХОКА, 2007. – 133 с.

5. Barkley R.A. Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents. 2000, New York, NY: Guilford Press.

6. Barkley R.A. International consensus statement on ADHD. Clinical Child & Family Psychology Review, 2002

УДК 616.716.4-009.7

СИНДРОМ БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

М.В. СОТНИКОВА, Н.П. ГРИБОВА*

Синдром болевой дисфункции (СБД) занимает особое место среди заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Частота его встречаемости в популяции составляет от 30 до 85% среди взрослого населения [1,6,7,9]. Большинство работ посвящено проблеме этиологии и патогенеза этого патологического состояния, но единого мнения по этому вопросу до сих пор нет. Клиническим проявлением заболевания является боль. Объективный анализ болевого симптома предполагает его патофизиологическое изучение, что позволяет проводить дифференциальную диагностику, оптимизировать методы лечения пациентов.

Мигательный рефлекс (МР) представляет собой отражение афферентной системы лица и функционального состояния супrasegmentарных структур [2,8]. Кроме того, в понимании природы болевого симптома, помимо рефлекторного возбуждения, большое значение имеют тормозные реакции, в том числе такой электронейромиографический феномен, как экстероцептивная супрессия (ЭС). Считается, что интернейроны, вызывающие 1-й период ЭС, расположены дорсомедиально к моторному ядру V п.ч.н. А 2-й период ЭС реализуется через полисинаптическую нейрональную сеть надsegmentарного уровня [4,5]. Таким образом, объективную оценку состояния ноцицептивных феноменов лица позволяет провести метод электронейромиографии (ЭНМГ). Известно также, что определенное значение в развитии СБД ВНЧС играют психоэмоциональные нарушения [3].

Цель исследования – уточнение патофизиологических особенностей боли у пациентов с СБД ВНЧС посредством электронейромиографического анализа параметров МР и ЭС и нейропсихологического обследования.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 30 пациентов с СБД ВНЧС (5 мужчин и 25 женщин). Обследование включало клинические, рентгенологические, электронейромиографические и психологические методы. Клиническое исследование проводилось по традиционной методике, рентгенологическое – включало зонографию ВНЧС с двух сторон с открытым и закрытым ртом. ЭНМГ исследование осуществлялось на компьютеризированном аппарате «МБН – Нейромиограф». Помимо пациентов для определения нормы ЭНМГ показателей мы исследовали 20 здоровых лиц. Выборки были репрезентативны по полу и возрасту. С целью оценки состояния ноцицептивной системы лица анализировали параметры МР. Для записи наносили раздражение электрическим током прямоугольной формы с длительностью стимула 0,1 мс и силой 10-30 мА в надбровной области. Регистрация вызванных потенциалов круговой мышцы глаза велась с помощью накожных электродов. Наблюдали два рефлекторных компонента: ранний коротколатентный гомолатеральный и поздний длиннолатентный билатеральный (рис. 1).

Анализ полученной записи осуществляли по латентному периоду, амплитуде, длительности раннего и позднего компонентов МР. Для оценки тормозных рефлексов в области лица изучали параметры ЭС, которая выражается в рефлекторном торможении активности височной мышцы в ответ на электрическую стимуляцию ментальной зоны лица. С этой целью электрические стимулы наносились в области красной каймы нижней губы (ветви n. mentalis) током прямоугольной формы, силой 20-35 мА с частотой не более 1 в с. Отводящие накожные электроды располагали в области m. temporalis. Запись велась в условиях макси-

* Смоленская ГМА, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28, тел. (84812)553112