

с одной стороны, и полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения, утрата интереса ко всему, что ранее волновало, с другой стороны.

Выводы.

1. Физический и психологический компоненты здоровья выше у мужчин, чем у женщин с ДЭ II.
2. Определены типы отношений пациентов к болезни: эйфорический - у мужчин, эргопатический и апатический - у женщин.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ НА РАЙОННОМ УРОВНЕ

Вальковская Т.В., Онегин Е.В.

*УОЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Проблема диагностики и дифференциальной диагностики эпилепсии остается актуальной. Диагноз эпилепсии является клинико-электроанатомическим, т.е. включает клинический критерий (описание припадка), электрофизиологический критерий (электроэнцефалографическое подтверждение) и анатомический критерий (проведение методов нейровизуализации) (Онегин Е.В., 2009). Однако, несмотря на постоянное совершенствование методик исследования, клинический критерий является основным, что необходимо учитывать районным специалистам при направлении пациентов на консультацию в областные организации здравоохранения.

Цель. Разработать алгоритм обследования пациентов с впервые выявленной эпилепсией на районном уровне.

Методы. Проведен анализ рекомендаций противоэпилептических организаций с выделением ключевых клинических признаков, определяющих точность диагностики данной патологии.

Результаты. Алгоритм районного уровня включает детальное описание первого пароксизма: поведение больного перед началом приступа; начало приступа (внезапное, постепенное); наличие ауры; время возникновения пароксизма (сон, бодрствование); течение приступа (положение головы, глаз, движение конечностей, изменение мышечного тонуса, изменение цвета лица, размеров, зрачков); наличие стереотипных движений (автоматизмов); состояние сознания в момент приступа; окончание приступа (внезапное, постепенное); продолжительность пароксизма; поведение больного после приступа (спутанность, дезориентация, сон). Для уточнения возможной этиологии заболевания

необходимы сведения о заболеваемости эпилепсией или наличии судорог у родственников; акушерский анамнез; особенности раннего развития. Дополнительно необходимо указать на частоту и время возникновения приступов (сон, первые часы после пробуждения, бодрствование).

Выводы. Предложенный алгоритм позволит унифицировать обследование больных и улучшить диагностику и дифференциальную диагностику эпилепсии.

НАРУШЕНИЯ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ИХ ДИНАМИКА НА ФОНЕ ЛЕВОДОПА-ТЕРАПИИ

Ващилин В.В.

ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии»

Цель. В связи с имеющейся информацией о наличии при паркинсонических синдромах легочной дисфункции, приводящей к повышенной заболеваемости и смертности от легочных причин, целью нашего исследования являлось изучение показателей вентиляционной функции легких при болезни Паркинсона и их динамика на фоне перорального приема препаратов леводопы.

Методы. Обследовано 36 больных (16 мужчин и 20 женщин) с диагнозом болезнь Паркинсона 2-4 степени тяжести (по Hoehn и Yahr), в возрасте от 46 до 72 лет. Средний возраст больных составил $58,3 \pm 6,8$ года. Средняя продолжительность заболевания составила $5,7 \pm 2,47$ года. У 22 больных была дрожательно-ригидная форма заболевания, у 14 - акинетико-ригидная. Все пациенты получали препараты леводопы в индивидуально подобранных дозировках.

Всем больным проводилось комплексное клинико-неврологическое обследование, включавшее неврологический осмотр с оценкой тяжести заболевания по шкале Hoehn и Yahr, количественной оценкой двигательных нарушений с помощью Унифицированной рейтинговой шкалы болезни Паркинсона (Unified Parkinson's Disease Rating Scale - UPDRS). Изучение вентиляционной функций легких с помощью автоматического многофункционального спирометра «МАС-1» проводилось дважды: первый раз после 12-часового перерыва в приеме препаратов L-дофа, и второй раз - через 1 час после приема леводопы.

Результаты. Проведенные расчеты выявили достоверные изменения в динамике жизненной ёмкости лёгких (ЖЕЛ): ЖЕЛ до приема препарата - $3,03 \pm 0,4$, ЖЕЛ после - $3,57 \pm 0,51$, $p < 0,05$, изменения форсированной жизненной ёмкости лёгких (ФЖЕЛ) не выявили отчетливой динамики: