

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:

ФЖЕЛ до приема препарата - $3,6 \pm 0,7$, ЖЕЛ после - $3,65 \pm 0,7$. Имеется тенденция к улучшению показателей пиковой объемной скорости выдоха (ПОСвыд): ПОСвыд до приема препарата - $5,57 \pm 1,27$, ПОСвыд после - $6,42 \pm 1,02$, максимальной вентиляции легких (МВЛ): МВЛ до приема препарата - $90,25 \pm 22,7$, МВЛ после - $104,6 \pm 24,5$. Однако изменения данных показателей не достигают значений достоверных. Динамика остальных скоростных и объемных показателей вентиляционной функции легких не выявила отчетливых тенденций.

Выводы. Проведенное нами исследование выявило достоверное изменение показателей внешнего дыхания на фоне приема препаратов леводопы в виде повышения уровня ЖЕЛ. Изменения остальных показателей не достигают значений достоверных.

ДИНАМИКА ВНУТРИСТВОЛОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ АФФЕРЕНТНОГО СИГНАЛА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ В ХОДЕ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Голец Ю.Н.

ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии»

Поражение стволовых структур головного мозга при рассеянном склерозе (РС) является облигатным признаком данного заболевания. Основным симптомокомплексом, при субтенториальной локализации очагов демиелинизации, является стволово-мозжечковый синдром. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) - метод диагностики и лечения заболеваний нервной системы, посредством воздействия высокоинтенсивным импульсным магнитным полем, положительно зарекомендовавший себя и при демиелинизирующей патологии.

Цель. Оценка динамики внутристволовой проводимости афферентного сигнала, по данным акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП).

Методы. Основную группу составили 30 больных с достоверным РС. Данные пациенты, в зависимости от фазы заболевания, были разделены на три подгруппы: затухающее обострение, ремиссия и прогрессирование. Контрольную группу составили 30 больных РС с аналогичным течением заболевания. Группы были сопоставимы по возрасту, давности заболевания и степени инвалидизации оцененной по шкале EDSS.

Пациенты основной группы совместно со стандартной терапией, зависящей от фазы заболевания, получили курс ТМС с расположением