

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

восьмиобразного индуктора в точке Iz. Пациенты контрольной группы получали только стандартную терапию.

АСВП в основной группе проведены до и после назначения ТМС, в контрольной - в сопоставимые сроки. При проведении анализа оценивалась длительность интервала III-V, отражающего проведение импульса по стволовым структурам.

Результаты. При проведении анализа полученных данных в контрольной группе, статистически значимой динамики длительности интервала III-V не выявлено. Так, длительность (мс) указанного интервала в фазу ремиссии до и после лечения составила соответственно 2.11 ± 0.45 - 2.08 ± 0.48 , в фазу прогрессирования 2.17 ± 0.22 - 2.25 ± 0.65 , в фазу обострения 2.48 ± 0.41 - 2.61 ± 0.63 .

При сочетании стандартной терапии с ТМС, уменьшение длительности интервала III-V происходит во всех подгруппах. Так, длительность (мс) исследуемого интервала в фазу ремиссии до и после лечения составила соответственно 1.99 ± 0.45 - 1.96 ± 0.49 , в фазу прогрессирования 2.24 ± 0.56 - 1.79 ± 0.46 ($p < 0.05$), в фазу обострения 2.12 ± 0.52 - 1.93 ± 0.41 ($p < 0.05$). Наличие статистически значимой положительной динамики отмечено только в подгруппах с обострением и прогрессированием заболевания, в которых одновременно производилось лечение метилпреднизолоном по ступенчатой схеме.

Выводы. В ходе курса ТМС у больных с РС происходит улучшение внутристволовой проводимости афферентного сигнала. Однако указанная положительная динамика носит достоверный характер только при обострении и прогрессировании заболевания, что можно объяснить потенцированием эффекта ТМС одновременным приемом метилпреднизолона.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МОЗГА ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Гончар И.А.

ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии»

Цель. Определить клинические паттерны прогрессирования острого инфаркта мозга (ИМ) при мерцательной аритмии (МА).

Методы. Проведено проспективное обсервационное исследование 76 больных с острым ИМ при МА на клинической базе РНПЦ неврологии и нейрохирургии (1 неврологическое отделение УЗГК БСМП г. Минска). Пациенты распределены на 2 группы: группа с прогрессирующим