

0 до 1 лет ($n=90$); группа исследования 2 – от 2 до 4 лет ($n=270$); группа исследования 3 – от 5 до 7 лет ($n=270$), группа исследования 4 – от 8 до 16 лет ($n=240$).

Результаты и обсуждение. Установлено, что для пациентов изучаемой выборки характерна невысокая степень наличия и индекса представленности патологических форм активности на ЭЭГ (в среднем $0,51 \pm 0,22$) с трендом на уменьшение по мере увеличения возраста респондентов без достоверно установленной возраст-зависимой динамики ($R^2=0,171$). В некоторых случаях можно было установить присутствие на ЭЭГ незначительных изменений в виде снижения порога судорожной готовности головного мозга, единичных ДЭФРД амплитудой не более 150-200 мкВ, фотопароксизмального ответа без клинических проявлений, единичных низкоамплитудных (до 150 мкВ) спайков, острых волн или комплексов «острая-медленная волна». У небольшой части пациентов примерно в равном соотношении регистрировались умеренные изменения в виде билатеральных асинхронных групповых ДЭФРД амплитудой более 200 мкВ, периодической региональной эпилептиформной активности, представленной единичными спайками, острыми волнами, комплексами «острая-медленная волна» амплитудой более 200 мкВ либо ритмичной генерализованной эпилептиформной активности в виде комплексов «острая-медленная волна» частотой 2,5-4 Гц без явных клинических проявлений, а также тяжелые изменения в виде паттерна типичного и атипичного абсанса, паттерна миоклонического приступа, гомолатеральной синхронизации ДЭФРД, множественных групповых ДЭФРД с феноменом вторичной билатеральной синхронизации либо продолженной региональной эпилептиформной активности, представленная спайками, острыми волнами, комплексами «острая-медленная волна» амплитудой более 200 мкВ. И лишь у отдельных пациентов изучаемой выборки в возрасте от 2х до 7 лет эпилептиформная активность на ЭЭГ были представлены такими выраженными патологическими изменениями, как паттерн эпилептического статуса, продолженная региональная эпилептиформная активность с феноменом вторичной билатеральной синхронизации или продолженная эпилептиформная активность, представленная ДЭФРД с феноменом вторичной билатеральной синхронизации по типу электрического эпилептического статуса бодрствования (индекс более 40%). Статистически значимых различий представленности патологических изменений структуры головного мозга в различные возрастные периоды установлено не было.

Выводы. Полученные данные подтверждают преимущественно функциональный характер развивающихся у детей с психоневрологической коморбидностью отклонений в неврологическом, нейропсихологическом, логопедическом и экспертно-реабилитационном статусах. В этой связи оценка общего функционального состояния ЦНС и его динамики является значимым компонентом клинико-диагностического алгоритма.

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ, КОМОРБИДНОЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кудлач А.И.¹, Шалькевич Л.В.¹,
Стефанин А.Л.¹, Филипович Е.К.²

¹Белорусская медицинская академия
последипломного образования,

²Республиканский научно-практический
центр отоларингологии,
Минск, Беларусь

Цель исследования. Изучить особенности структуры головного мозга по данным нейровизуализационного обследования (рентген-компьютерной томографии (РКТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ)) у пациентов детского возраста с сочетанием эпилепсии (Э) и расстройств аутистического спектра (РАС).

Материалы и методы. Исследование представляло собой когортное ретроспективное изучение анамнестических данных 90 пациентов с сочетанием Э и РАС в зависимости от возраста пациентов. Диагноз РАС и пароксизмальных нарушений эпилептического генеза устанавливался в соответствии с Международной Классификацией Болезней 10 пересмотра (F84.0, F84.1, F84.2, F84.5 и G40 либо R56.8 соответственно). Проведен анализ особенностей структуры головного мозга по данным нейровизуализационного обследования (РКТ/МРТ) у изучаемой когорты пациентов в выделенных группах. Срок наблюдения за пациентами изучаемой когорты составил от 6 до 16 лет в зависимости от возраста пациентов на момент включения их в исследование. За единицу наблюдения был взят параметр, который представляет собой изменение (рост) значения каждого исследуемого показателя за промежуток в 1 год. Общее число наблюдений было представлено 856 случаями. Все наблюдения были разделены на четыре группы исследования по возрастному критерию. Группа исследования 1 – от 0 до 1 лет ($n=90$); группа исследования 2 – от 2 до 4 лет ($n=270$); группа исследования 3 – от 5 до 7 лет ($n=270$), группа исследования 4 – от 8 до 16 лет ($n=240$).

Результаты и обсуждение. Для пациентов изучаемой выборки характерна невысокая степень выраженности нарушения структуры головного мозга (в среднем $0,79 \pm 0,09$) со значимой возраст-зависимой динамикой увеличения представленности нарушений по мере увеличения возраста пациентов ($R^2=0,554$).

Был проведен сравнительный анализ представленности структурной патологии головного мозга в выделенных возрастных группах. Согласно полученным данным, у подавляющего большинства пациентов

детского возраста с Э, коморбидной с РАС, регистрировалось отсутствие структурной патологии головного мозга (36,4-39,5% случаев) либо незначительные изменения в виде вентрикуломегалии с увеличением глубины передних рогов желудочков до 10 мм, перивентрикулярных кровоизлияний 1 степени либо признаков перивентрикулярного поражения вещества головного мозга гипоксически-ишемического характера (42,4-53,1% случаев). У части пациентов выявлялись более значительные изменения структуры головного мозга в виде вентрикуломегалии с увеличением глубины передних рогов желудочков от 10 до 20 мм, перивентрикулярных кровоизлияний 2 степени, внутримозговых кровоизлияний размером до 10 мм, фокальной кортикальной дисплазии 1 типа либо единичной очаговой патологии белого вещества (кальцинаты, глиоз, лейкоареоз) (8,7-14,8% случаев). И лишь у отдельных пациентов изучаемой выборки структурная патология головного мозга была представлена такими выраженными патологическими изменениями, как гидроцефалия, перивентрикулярные кровоизлияния 3 степени, признаки диффузного поражения вещества головного мозга гипоксически-ишемического характера, агенезия мозолистого тела либо субкортикальная лейкомаляция (2,2-3,6% случаев). Статистически значимых различий представленности патологических изменений структуры головного мозга в различные возрастные периоды установлено не было.

Выводы. Выявленные структурные изменения головного мозга в изучаемой когорте пациентов были наиболее часто представлены микроструктурной патологией вследствие перинатального поражения или перенесенной нейроинфекции. Установленная возраст-зависимая динамика увеличения степени выраженности нарушения изучаемого параметра объясняется развитием атрофических изменений вещества головного мозга на фоне функционального дизонтогенеза.

ИНТЕГРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ПРЕВЕНТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ

Кулемзина Т.В., Криволап Н.В.
Донецкий национальный медицинский
университет имени М. Горького,
Донецк

Цель исследования. Проиллюстрировать возможности методов интегративной медицины (ИМ) для превентивной реабилитации спортсменов при хроническом перенапряжении сердечно-сосудистой системы с использованием персонализированных схем.

Материал и методы. На основе анализа клинико-патогенетических аспектов проявления хронического перенапряжения сердечно-сосудистой системы (ХПСС)

и дистрофии миокарда физического перенапряжения (ДМФП) у спортсменов высокой квалификации (КМС – МСМК) в возрасте 18-25 лет, занимающихся видами спорта с высокой интенсивностью статических и динамических нагрузок (боксом, велоспортом, смешанными единоборствами) предложен комплекс превентивных реабилитационных мероприятий с применением недопинговых средств и методов ИМ (фито-, арома-, рефлексотерапии, массажа, антигомотоксической терапии (АГТП), психологической коррекции).

Результаты и обсуждение. Различные заболевания сердечно-сосудистой системы возможны и у спортсменов, однако, принципиально важно дифференцировать спортивное сердце и сердечно-сосудистую патологию, так как последняя часто является причиной отстранения от занятий спортом в связи с высоким риском прогрессирования заболевания и внезапной смерти. С другой стороны, гипердиагностика же может привести к неоправданной дисквалификации атлета и иметь негативные последствия для спортивной карьеры.

Рефлексотерапия выполнялась с преимущественным воздействием на активные точки головы, шейно-воротниковой зоны, также аурикулярной зоны, позволяло эффективно воздействовать на механизмы регуляции сердечной деятельности и сосудистого тонуса. Применяли второй вариант тормозного метода, курс лечения – 10 сеансов. Для стимуляции трофических, репаративных процессов в тканях применялась антигомотоксическая терапия (АГТТ), целью которой явилось обеспечить переход организма в состояние стойкого гомеостаза, восстановить структуры и функций поврежденных органов, реализовать эффекты путями детоксикации, модуляции иммунных процессов, устранения энергодефицита в тканях. Использование классического общего массажа средней интенсивности в сочетании с ароматерапией – расслабляющим, гармонизирующим действием эфирных масел лаванды, нероли, Melissa. При этом решались задачи достижения мышечной релаксации, стимуляции периферического кровообращения, устранения эмоционального напряжения. Курс – 8-10 процедур длительностью 40 минут, через день. Наиболее эффективным методом психокоррекции при данных состояниях являлась групповая психотерапия, с гетерогенным принципом формирования групп, в состав которых входили лица, находящиеся на различных этапах восстановительного процесса.

Применение экстрактов левзеи, родиолы, эхинацеи имело целью нормализовать синтез креатина, стимулировать рост мышечной ткани, обеспечить ангиопротекторный и адаптогенный эффекты. Для устранения патологического влияния вегетативной нервной системы в состав схем превентивной реабилитации включали экстракты пассифлоры, пустырника, душицы. Растительные препараты назначались курсами продолжительностью до 1-го месяца.

Вышеперечисленные схемы использовались курсами в количестве 2-3 раз в течение года.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Правительство Санкт-Петербурга
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова
Российское научное медицинское общество терапевтов
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова
Санкт-Петербургский Альянс ревматологов и пациентов
Санкт-Петербургское общество терапевтов им. С.П. Боткина
Санкт-Петербургская ассоциация врачей-терапевтов
Ассоциация ревматологов России
ОО «Человек и его здоровье»



Всероссийский терапевтический конгресс
с международным участием

БОТКИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

под редакцией
академика РАН Мазурова В.И., профессора Трофимова Е.А.

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Санкт-Петербург
2023