



ЭЭГ: полиморфная медленно волновая активность в левых лобно-височно-теменно-центральных отведениях. УЗИ: левое предсердие расширено, в полости объемное образование (тромб? миксома?), фракция выброса 57%. КТ-ангиография: размеры сердца увеличены, в левом предсердии дефект наполнения 30x60x38 мм. МРТ с контрастом: миксома левого предсердия с тромботическими наложениями, мелкие инфаркты селезенки (эмболические?). УЗИ вен: флеботромбоз левой нижней конечности без флотации. Диагноз: Образование в полости левого предсердия с тромботическими массами (миксома). Мультифокальные инфаркты головного мозга с геморрагическим пропитыванием в обоих КБА и ВББА неуточненной давности, выраженное когнитивное снижение, псевдобульбарный синдром, правосторонний гемипарез, координаторные нарушения, апраксия ходьбы, редкие генерализованные судорожные приступы. Флеботромбоз глубоких вен нижних конечностей без флотации. В кардиохирургическом отделении проведено оперативное лечение: удаление миксома левого предсердия, пластика межпредсердной перегородки заплатой из Биокард.

Выводы. Диагностика миксома сердца связана с трудностями, обусловленными сочетанием конституциональных, эмболических и обструктивных проявлений заболевания. При развитии повторных эмболических инфарктов головного мозга должна быть настороженность в плане исключения МС.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИЗОЛИРОВАННОГО КОГНИТИВНОГО ТРЕНИНГА И ТРЕНИРОВОК С ДВОЙНЫМИ ЗАДАЧАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Астапенко А.В.¹, Вашилина Т.С.¹, Апанович М.А.¹,
Сидорович Э.К.², Лихачев С.А.¹

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии»,
²Белорусский государственный медицинский университет,
г. Минск, Беларусь

Актуальность. Хроническое нарушение мозгового кровообращения (ХНМК) относится к числу ведущих причин инвалидизации населения во всем мире. Когнитивный дефицит представляет собой важный компонент клинических проявлений ХНМК, который выявляется у большинства пациентов уже на начальных стадиях заболевания. В связи с этим особую значимость приобретает разработка новых стратегий, направленных на предотвращение прогрессирования легких и умеренных когнитивных нарушений в сосудистую деменцию.

Изолированный когнитивный тренинг (ИКТ) представляет собой метод направленного воздействия на отдельные когнитивные функции с использованием специализированных наборов стимульного материала. В свою очередь тренировки с двойными задачами (ТДЗ) интегрируют когнитивные и моторные компоненты, что способствует улучшению межполушарных связей, а также усилению процессов нейропластичности.



Сравнительный анализ реабилитационных стратегий с использованием ИКТ и ТДЗ у пациентов с ХНМК представляет значительный интерес, поскольку существующих литературных данных недостаточно для оценки преимуществ каждого из этих подходов.

Цель. Оценить динамику когнитивных функций у пациентов с ХНМК I и II стадии после проведения реабилитационных мероприятий, включающих применение разработанных протоколов ИКТ и ТДЗ.

Материалы и методы. Пациенты с ХНМК I и II стадии были разделены на 2 группы (сопоставимые по клинико-демографическим показателям и исходному когнитивному статусу). 1-я группа (n=31) проходила курс ИКТ с использованием систематизированных наборов стимульных материалов. Индивидуальный подбор методик осуществлялся на основании результатов первичного нейропсихологического обследования с учетом характера выявленных нарушений. Программа включала 12 занятий, продолжительностью 35-45 минут (не более 1 часа в день).

Во 2-ой группе (n=34) применялись ТДЗ. Двигательный компонент состоял в поддержании постурального баланса на динамической стабиллоплатформе в условиях когнитивной нагрузки (вербальная беглость, серийное вычитание и т.д.). Продолжительность тренинга 25-30 минут, всего 12 занятий с постепенным повышением сложности когнитивно-моторных заданий.

Нейропсихологическое обследование включало тестирование по шкалам MMSE, MoCA, таблицам Шульте, использование корректурной пробы Бурдона, теста рисования часов, методики заучивания 10 слов, а также оценку семантической и фонетической вербальной беглости.

Результаты и обсуждение. После завершения курса ИКТ в 1-ой группе зарегистрированы достоверные улучшения (критерий Вилкоксона, $p < 0,05$) большинства оцениваемых когнитивных тестов: показатели шкалы MoCA увеличились с 25 [24; 27] до 26 [25; 27] баллов, результаты теста на запоминание 10 слов улучшились с 7 [5; 7] до 7 [6; 9] слов, продуктивность корректурной пробы Бурдона возросла с 345 [251; 424] до 367 [297; 445] знаков, показатели фонетической вербальной беглости увеличились с 12 [9; 15] до 14 [11; 15] слов, а семантической – с 10 [9; 14] до 12 [11; 14] слов, время выполнения теста Шульте сократилось с 56,7 [48,7; 63,2] до 51,5 [45,1; 60,2] секунд. Однако при повторной оценке через 1 месяц после завершения реабилитационного курса большинство исследуемых нейропсихологических показателей в данной группе пациентов вернулись к исходным значениям.

После окончания курса ТДЗ во 2-ой группе зафиксированы аналогичные изменения (критерий Вилкоксона, $p < 0,05$): показатели шкалы MoCA увеличились с 25 [24; 27] до 27 [26; 28] баллов, результаты теста на запоминание 10 слов возросли с 7 [6; 8] до 8 [7; 9] слов, продуктивность корректурной пробы Бурдона улучшилась с 361 [272; 454] до 378 [297; 461] знаков, показатели фонетической вербальной беглости увеличились с 11 [9; 14] до 15 [11; 18] слов, а семантической – с 9 [8; 14] до 12 [10; 15] слов, время выполнения теста Шульте уменьшилось с 55,8 [48,2; 61,1] до 53,8 [45,6; 58,4] секунд. Важно подчеркнуть, что большинство достигнутых в данной группе результатов сохраняли статистическую значимость при контрольном обследовании через 1 месяц после окончания реабилитационных мероприятий.

Статистически значимых изменений интегрального показателя шкалы MMSE и теста рисования часов в динамике выявлено не было (критерий Вилкоксона, $p > 0,05$), что,



вероятно, связано с ограниченной диагностической ценностью этих методик при оценке легких и умеренных когнитивных нарушений сосудистой этиологии.

Выводы. Применение изолированного когнитивного тренинга показало свою эффективность в когнитивной реабилитации пациентов с ХНМК, однако достигнутые результаты нивелируются после прекращения регулярных занятий. В связи с этим актуальным представляется обучение пациентов самостоятельному регулярному выполнению реабилитационных упражнений. Тренировки с двойными задачами характеризуются более устойчивым восстановительным эффектом по сравнению с ИКТ, обеспечивая сохранение результатов через месяц после окончания реабилитационных мероприятий. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности дальнейшего изучения и совершенствования подходов к когнитивной реабилитации у данной категории пациентов.

ВЕСТИБУЛЯРНАЯ МИГРЕНЬ: НЕСУЩЕСТВУЮЩИЙ ДИАГНОЗ ИЛИ ОБЪЕКТИВНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ? ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Ахмедова К.Н., Мирзаева Л.М., Лобзина А.С., Зуев А.А.

*ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург*

Актуальность. Взаимосвязь между мигренью и головокружением – явление, замеченное еще в XIX веке. Однако систематические исследования этого состояния, начались лишь в XX веке, что объясняется сложностью самой проблемы: мигрень – многофакторное заболевание, механизмы которого до сих пор не полностью изучены. Головокружение – симптом, характерный для множества неврологических расстройств. В результате длительных исследований была выделена вестибулярная мигрень (ВМ) как отдельная нозологическая единица – заболевание, проявляющееся приступами головокружения, часто сопровождающимися типичными мигренозными симптомами или предшествующими им.

Вестибулярная мигрень, впервые описанная Felix Voenheim еще в 1917 году, на сегодняшний день признана одной из наиболее распространенных причин спонтанного, не связанного с изменением положения тела, головокружения. Ее распространенность в общей популяции оценивается от 1% до 2,7%, однако в специализированных клиниках, занимающихся лечением головокружения и головной боли, этот показатель значительно выше – 11% и 13% соответственно.

Важно отметить, что в Международной классификации болезней (МКБ-10) данный диагноз отсутствует. Тем не менее МКБ-3 предлагает критерии для диагностики достоверной и вероятной вестибулярной мигрени. Актуальность проблемы вестибулярной мигрени связана с трудностями в ее ранней диагностике. Лабораторные и инструментальные диагностические тесты не обладают специфичностью, поэтому постановка диагноза основывается исключительно на выявляемых клинических симптомах [2,4]. Диагностика вестибулярной мигрени требует тщательного обследования. При появ-

Министерство здравоохранения РФ
Всероссийское общество неврологов
Ассоциация неврологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова
СПбОО «Человек и его здоровье»



XXVII ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ ДАВИДЕНКОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

под редакцией
проф. Ключевой Е.Г., проф. Голдобина В.В.

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Санкт-Петербург
2025