

УЧРЕДИТЕЛЬ

Общество с ограниченной ответственностью «Фастинфосервис»

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Карпеев А.А., Председатель правления НП «Национальный совет по гомеопатии», заслуженный врач РФ

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Готовский М.Ю., генеральный директор Центра интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС»

Киселева Т.Л., директор НИЦ – президент НО «Профессиональная ассоциация натуротерапевтов», ведущий научный сотрудник ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», д.фарм.н., профессор

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Космодемьянский Л.В., д.м.н., профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Беляков Н.А., академик РАН, д.м.н., профессор

Козлов В.А., академик РАН

Мейзеров Е.Е., д.м.н., профессор

Мищенко В.С., к.м.н.

Песонина С.П., д.м.н.

Перов Ю.Ф., к.м.н, д.б.н., профессор

Самылина И.А., член-корр. РАН

Скоромец А.А., академик РАН

Шарапова О.В., д.м.н., профессор

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абакаров М.Г. (Махачкала)

Беляев А.Ф. (Владивосток)

Бессонов А.Е. (Москва)

Зилов В.Г. (Москва)

Корвякова О.А. (Краснодар)

Лазаренко В.Г. (Ижевск)

Николаев С.М. (Улан-Удэ)

Саморуков А.Е. (Москва)

Сиваков А.П. (Беларусь, Минск)

Сулейманов С.Ш. (Хабаровск)

Хуан Луци (КНР, Пекин)

**ЖУРНАЛ ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ ВЕДУЩИХ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ И ИЗДАНИЙ, В КОТОРЫХ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОПУБЛИКОВАНЫ
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИЙ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА И ДОКТОРА НАУК**

Подписной индекс по объединенному каталогу агентства печати и розницы «Пресса России»: Для индивидуальных подписчиков и организаций **82497**

Перепечатка материалов без письменного разрешения редакции запрещена.
Ответственность за достоверность сведений, содержащихся в статьях и рекламных объявлениях, несут авторы и рекламодатели.

Издатель ООО «Фастинфосервис». Тел. +7 (495) 241-22-81. E-mail: info@tradmed.ru www.tradmed.ru

Адрес для корреспонденции: 109451, г. Москва, а/я 44

Фотография на обложке Компанеева Е.В.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-82920 от 14.03.2022

Подписано в печать 30.09.2022. Формат 60×90 1/8. Гарнитура журнальная. Печать офсетная.

Отпечатано в ООО «ВИВА-СТАР». Цена свободная.

© ООО «Фастинфосервис», 2022

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА



У одного из бывших КВН-щиков, ныне подвигающегося на эстраде, есть песня «Америка нас не любит», где перечислен длинный список стран, которые «нас не любят». После февраля этот список расширился. Как мы на это реагируем? Есть три варианта. Первый – панический, с рыданиями и проклятиями, с непреодолимым желанием срочно покинуть «эту страну» и искать любви и ласки на стороне, чаще всего в Израиле, реже – в Европе или Прибалтике. К этой группе я бы отнес и тех, кто кинулся в бега, спасаясь от возможного призыва в армию, эти дезертиры (иначе их и не назовешь) выбирают преимущественно Китай, Казахстан, Грузию, Среднюю Азию и даже Монголию. Второй – мысленно пометавшись, положиться, в конце концов, на волю Божию и ждать. И, наконец, третий – вспомнить слова старинного романа: «Была без радости любовь, разлука будет без печали». Таких – подавляющее большинство, они готовы стоически разделить со страной все трудности, не скулить, не ныть, но и не мириться с тем, что есть, преодолевать их самому и помогать ближним в этом преодолении.

Мне думается, что основное различие между этими группами заключено в мысли современного писателя: «Можно жертвовать собой ради Отчизны, а можно Отчизной ради себя». Конечно, мы можем только с благоговением вспоминать и завидовать нашим дедам и отцам, которым во время Великой Отечественной войны был колоссальной поддержкой подъем патриотизма всего народа. Сейчас это практически недостижимо. Но и того, что осталось, по моему мнению, должно с избытком хватить для преодоления гнилого и полуразвалившегося Запада, бросившего все силы не столько на защиту фашиствующего украинского режима, сколько на смертельную схватку с генетически ненавистной им Россией, которая даже в трудные годы не пошла замуж за старого и скарёдного Дядю Сэма, сохранив свою честь и веру. Я чувствую, что схватка эта будет яростной и долгой и она не может иметь иного исхода, кроме нашей победы.

P.S. Прочитал сообщение о том, что председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья Д.А. Хубезов отправился в Донбасс для оказания практической помощи воюющему региону. Не знаю лично Дмитрия Анатольевича, без пиетета отношусь к партии «Единая Россия», членом которой он является, но – уважаю!

 А.А. Карнеев

МЕТОДЫ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ (С УМЕРЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ)

А.В. Антоненко, М.Н. Орлов, С.И. Березин, А.В. Калошин

Научно-исследовательская лаборатория клинической патопсихологии «САНАТ» (г. Новороссийск)

The methods of Traditional Medicine in comprehensive therapy and rehabilitation of children with the Autism spectrum disorder, Psychoverbal developmental delay, Mental retardation

A.V. Antonenko, M.N. Orlov, S.I. Berezin, A. V.Kaloshin

The Scientific Researching Laboratory of Clinical Pathopsychology «SANAT» (Novorossiysk, Russia)

DOI: 10.54296/18186173_2022_3_19

РЕЗЮМЕ

Целью настоящей работы является разработка методик оптимизации лечения и медицинской реабилитации детей с расстройством аутистического спектра (РАС) с использованием методов традиционной медицины, в частности натуротерапии – фитотерапии в комплексе с фитодиетотерапией (включая нейродиетологию) и фотохромотерапией.

В ходе работы подтверждена высокая эффективность разработанного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием натуротерапии, по сравнению со стандартной терапией.

Достоверно показана положительная динамика при нарушениях, сопутствующих РАС, задержке психоречевого развития (ЗПРР), задержке психического развития (ЗПР): иммунопатологической картины, изменений слизистой оболочки полости рта, психологического статуса, нарушений венозного оттока по системам яремных вен, нарушений кровообращения в бассейнах среднемозговых артерий, амилитической и липолитической активности желчи и панкреатических ферментов, функциональной недостаточности кислотности желудочного сока, детоксикационной функции печени и почек, гепатобиллиарной и выделительной систем в целом.

Показано, что предложенный нами комплексный подход к диагностическим и лечебно-реабилитационным мероприятиям имеет реальные перспективы успешного практического применения.

Ключевые слова: РАС, ЗПРР, ЗПР, расстройство аутистического спектра, задержка психоречевого развития, задержка психического развития, умеренное нарушение социального взаимодействия, медицинская реабилитация.

RESUME

The aim of this work is to develop methods for optimizing treatment and medical rehabilitation of children with autism spectrum disorder (ASD) using the methods of traditional medicine, in particular natural therapy - herbal medicine in combination with phyto-diet therapy (including neuro-dietology) and photochromotherapy.

Our work demonstrates high efficiency of the developed complex of therapeutic and rehabilitation measures using naturotherapy in comparison with standard therapy.

Clinical observations show positive dynamics in disorders associated with ASD, mental retardation (SPRR), mental retardation (MPD): immunopathological picture, changes in the oral mucosa, psychological status, disorders of venous outflow through the systems of the jugular veins, circulatory disorders in the basins of the middle cerebral arteries, amyolytic and lipolytic activity of bile and pancreatic enzymes, functional insufficiency of gastric acidity, detoxification function of the liver and kidneys, hepatobiliary and excretory systems as a whole.

It is shown that integral approach to diagnostic, treatment and rehabilitation measures proposed by us has real prospects for successful practical application.

Keywords: autism spectrum disorder, ASD, mental retardation, psychoverbal developmental delay, moderate impairment of social interaction, medical rehabilitation.

ВВЕДЕНИЕ

Научно-исследовательская лаборатория клинической патопсихологии «Санат» (г. Новороссийск, Краснодарский край, Россия) под руководством А.В. Антоненко (далее – Лаборатория) является инициатором отечественных исследований по изучению соматических заболеваний, сопутствующих расстройствам аутистического спектра (РАС), задержке психоречевого развития (ЗПРР) и задержке психического развития (ЗПР) у пациентов детского возраста. В фокусе внимания Лаборатории находятся также вопросы изучения роли ряда сопутствующих заболеваний и синдромов в формировании поведенческих нарушений и синкопальных состояний.

Более 20 лет назад мы заметили, что выявление и лечение сопутствующих заболеваний у детей с РАС, ЗПРР и ЗПР оказывает значительное влияние на успешность терапии в целом. Подробно изучив соматическое и психическое состояние нескольких детей с РАС, ЗПР и ЗПРР, мы выявили явное подобие в спектре нарушений соматического здоровья у всех поступающих к нам на лечение обследованных детей. Однако на тот момент, как в России, так и за рубежом, отсутствовала какая-либо систематизированная информация о лечебно-профилактических мероприятиях, позволяющих достаточно надежно и предсказуемо вести коррекцию поведенческих нарушений и состояния психики у таких детей через решение проблем соматического здоровья и добиваться длительной ремиссии психического и соматического здоровья.

В то же время, начиная со второй половины 90-х годов прошлого века, целый ряд средств и методов традиционной медицины (ТМ) был разрешен к медицинскому применению Минздравом, входил в перечень лицензируемых видов медицинской деятельности и вполне официально с успехом применялся при довольно широком спектре нозологических форм [1–10]. Поэтому мы предприняли первые попытки включать в комплекс базовых лечебных мероприятий у детей с РАС, ЗПРР и ЗПР некоторые методы ТМ – фитотерапию [11–13] (в применении этого метода нас курировал врач-клинический фармаколог, член-корр. РАЕН, д.м.н. О.Д. Барнаулов), нейродиетологию [14] и методы фотохромотерапии [15] с целью коррекции сопутствующих соматических заболеваний.

Фитотерапию мы использовали в полном соответствии с Методическими рекомендациями МЗ РФ № 2000/63 [11] в качестве этиотропного, патогенетического и симптоматического метода лечения, а также для повышения эффективности и безопасности фармакотерапии.

Метод и принципы нейродиетологии позволили нам начать работы по совершенствованию терапии исследуемого спектра психоневрологических заболеваний посредством качественного или количественного манипулирования составами рационов питания. На практике этот метод используется также для алиментарной профилактики болезней нервной системы и оптимизации психомоторного развития и интеллектуальных функций [14].

Метод фотохромотерапии решено было включить в комплекс лечебных мероприятий, поскольку он оказывает положительное влияние на функциональное состояние поврежденного нервного волокна, улучшает гистологическую картину поврежденного нерва, в том числе оказывая ремиелинизирующее действие, увеличивает функциональную активность пораженного нерва, максимально воздействуя на динамику двигательных нарушений. Фотохромотерапия оказывает также выраженное обезболивающее действие при нейропатическом болевом синдроме [15].

Особенности применения средств и методов ТМ в лечении РАС, ЗПР, ЗПРР представлены нами в обзоре [16].

Уже в первые полгода наблюдений при лечении соматических заболеваний и патологических состояний здоровья с использованием средств и методов ТМ при РАС ЗПР и ЗПРР мы получили, с одной стороны, заметное увеличение эффективности используемых психофармакологических препаратов, с другой – купирование ряда поведенческих нарушений с минимальной психологической коррекцией в тех ситуациях, когда ранее психологическая коррекция являлась слабоположительной, либо вообще не эффективной. Поэтому на основании результатов первого скринингового этапа, научно-медицинский коллектив Лаборатории принял решение о целесообразности продолжения исследований, посвященных применению средств и методов ТМ для коррекции сопутствующих соматических заболеваний при РАС ЗПР и ЗПРР с увеличением числа вовлеченных детей и их рандомизации.

К проведению комплекса исследований, результаты которых представлены в настоя-

щей публикации, мы постепенно привлекли экспертов и специалистов в области функциональной и клинической лабораторной диагностики, а также врачей-клиницистов. Для анализа существующих на сегодняшний день методик, обеспечивающих систематизацию диагностических мероприятий и принципов терапии соматических заболеваний у детей с РАС, ЗППР и ЗПР, а также поэтапного и заключительного анализа полученных результатов мы привлекли представителей профессионального медицинского и научного сообществ.

Важно, что в течение всех 20 лет все описанные исследования проводились нами на фоне плановой фармакотерапии согласно нормативным документам, стандартным методам и методикам лечения, описанным в авторитетных источниках, одобренных Минздравом России, а также в учебных пособиях и руководствах для врачей, рекомендованных в установленном порядке Учебно-методическим объединением по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России (УМО) в качестве учебников и справочных пособий для студентов и врачей-специалистов [14, 17–31].

На сегодняшний день медицинской наукой (главным образом, зарубежной) уже накоплен значительный объем данных по особенностям течения патофизиологических процессов при РАС, ЗПР и ЗППР [32–57], а также по формированию сопутствующей соматической патологии [58, 59]. Однако в связи с отсутствием единого мнения об этиологии и патофизиологии указанных заболеваний, разработка единой программы эффективного и безопасного лечения и медицинской реабилитации детей с РАС и ЗППР на территории нашей страны пока еще затруднена.

В то же время отечественному медицинскому сообществу, работающему с обозначенной группой пациентов на уровне первичного звена здравоохранения, необходимо понимание основных процессов, адекватных технологий и критериев оценки качества ожидаемых результатов. Такое понимание должно быть основано на научно обоснованных данных (исследованиях российских ученых и ряда иностранных институтов, исследования которых могут быть приняты в РФ), отработанных методиках проведения диагностических мероприятий, а также конкретных методах и методиках лечения и медицинской реабилитации детей с РАС, ЗПР и ЗППР.

По нашим данным, особенности течения РАС, ЗПР и ЗППР, достоверно сопровождающихся сопутствующими заболеваниями и синдромами, диктуют необходимость поиска путей для формирования длительного методически подкрепленного реабилитационного периода после окончания медикаментозной терапии сопутствующих соматических заболеваний, а также разработки программ вторичной реабилитации сопутствующей медикаментозной терапии.

В соответствии с нашим многолетним опытом, весьма перспективным направлением может считаться разработка реабилитационных мероприятий с использованием методов ТМ, в частности, натуротерапии (фитотерапии, нейродиетологии и фотохромотерапии). Комплекс разрабатываемых мероприятий, с нашей точки зрения, должен быть нацелен на оптимизацию терапии психоневрологических заболеваний за счет вариабельности состава рационов, нацеленных на алиментарную профилактику болезней нервной системы, а также на оптимизацию психомоторного развития и интеллектуальных функций.

Целью настоящей работы является обобщение собственного многолетнего опыта по разработке методик оптимизации лечения и медицинской реабилитации детей с РАС с использованием методов доказательной ТМ, в частности натуротерапии, включающей фитотерапию [60–64], нейродиетологию [14] и фотохромотерапию [15].

Актуальность настоящей работы не вызывает сомнений, поскольку современная мировая статистика по расстройствам аутистического спектра у детей неутешительна (табл. 1). На территории стран Европы, Азии, Африки, Южной и Северной Америки сохраняется устойчивая тенденция к росту нарушений психического развития и социального взаимодействия с формированием РАС, ЗПР или ЗППР [65–68].

В соответствии с оценками CDC Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network, расстройства аутистического спектра (табл. 1) идентифицируются примерно у 1 из 44 детей. Сообщается, что РАС встречается абсолютно во всех исследованных расовых, этнических и социально-экономических группах. При этом более чем в 4 раза чаще РАС регистрируется у мальчиков, чем у девочек. По сообщениям родителей обследованных (в течение всего периода исследования 2009–

Выявленная распространенность расстройства аутистического спектра у детей (по данным ADDM Network 2000–2018 г. – объединенные данные по сайтам ADDM)

Год наблюдения	Год рождения	Количество отчетов по сайтам ADDM	Комбинированная распространенность на 1000 детей (диапазон по сайтам ADDM)	Частота встречаемости у детей
2000	1992	6	6,7 (4,5–9,9)	1 из 150
2002	1994	14	6,6 (3,3–10,6)	1 из 150
2004	1996	8	8,0 (4,6–9,8)	1 из 125
2006	1998	11	9,0 (4,2–12,1)	1 из 110
2008	2000	14	11,3 (4,8–21,2)	1 из 88
2010	2002	11	14,7 (5,7–21,9)	1 из 68
2012	2004	11	14,5 (8,2–24,6)	1 из 69
2014	2006	11	16,8 (13,1–29,3)	1 из 59
2016	2008	11	18,5 (18,0–19,1)	1 из 54
2018	2010	11	23,0 (16,5–38,9)	1 из 44

2017 гг.) детей примерно у 1 из 6 (17 %) детей в возрасте 3–17 лет были диагностированы следующие нарушения развития: аутизм, синдром дефицита внимания/гиперактивность, слепота и церебральный паралич. В табл. 1 приведена статистика по распространенности расстройств аутистического спектра (по данным ADDM Network 2000–2018).

По данным пресс-службы Министерства здравоохранения России от 02.04.2019 года за последние несколько лет число людей с аутизмом в России выросло более чем вдвое (РИА Новости, 2 апреля 2019 г.). По более свежим данным МЗ РФ (2021 г.), за последние 5 лет выявляемость РАС выросла в России более чем в 2,5 раза (VADEVESUM деловой журнал о здравоохранении 02.04.2021 г.).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились и в настоящее время продолжают находиться 60 детей с РАС, ЗПР, ЗППР. Сопутствующие патологические процессы были выявлены в 100 % случаев.

УЗИ выполняли с помощью аппарата: Samsung Sono Ace R7. Нейрофизиологические исследования электроэнцефалографию (ЭЭГ) и реоэнцефалографию (РЭГ) выполняли на оборудовании: Энцефалан ЭЭГА 21/26, реограф-полианализатор РГПА 6/12 «Реан-Поли».

Биохимические исследования крови выполняли с помощью биохимического автоматического анализатора ЭРБА XL-100 (Чехия) и диагностических наборов производства фирмы ЭРБА (Чехия).

Иммуноферментный анализ (ИФА) выполняли с помощью аппарата Ридер эксперт+

(США) и диагностических наборов Vektorbest, Nema.

Для фотохромотерапии использовали аппарат «СПЕКТР-ЛЦ-01» в соответствии с методикой д.м.н. Гузалова П.И. [15].

Исследования в области функциональной диагностики в части нейрофизиологии мозга человека (РЭГ, ЭЭГ), а также психиатрические диагностические исследования (в области патопсихологии, нейропсихологии и психоанализа) проводили на базе ООО Научно-исследовательской лаборатории клинической патопсихологии «Санат» (г. Новороссийск, Краснодарский край).

УЗИ проводили на базе ООО «Евромед» (г. Новороссийск, Краснодарский край). Клиническую лабораторную диагностику проводили на базе ГАУЗ «ПЦ г. Новороссийск» Минздрава Краснодарского края и ООО «Евромед» (г. Новороссийск, Краснодарский край).

Весь комплекс лечебных мероприятий (в том числе с использованием методов фитотерапии, нейродиетологии, фотохромотерапии) в полном объеме осуществляли на базе ООО Научно-исследовательской лаборатории клинической патопсихологии «Санат» (г. Новороссийск, Краснодарский край). Там же проводили анализ, обобщение и систематизацию полученных данных. Оценку результативности лечения проводили в динамике с применением лабораторных методов и методов функциональной диагностики.

Лечебно-реабилитационный курс проводили в течение одного года (6 + 6 мес), с контролем лабораторных данных, а также данных функциональной диагностики, психологических методов обследования каждые 3–6 месяцев.

КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ ГРУПП

Больные были разделены на две группы: основная (ОГ) и контрольная (КГ). Перед разделением на группы проводились диагностические исследования, и по их результатам формировались максимально однородные группы по полу, возрасту и сопутствующим заболеваниям. В каждой группе количество мальчиков, девочек, их возраст, наличие сопутствующих заболеваний, проявление поведенческих расстройств, тяжесть течения психических и соматических расстройств сопоставимы.

В обе группы входили дети в возрастной группе от 3-х до 10 лет в равных пропорциях по возрастам. Дети подбирались со средней тяжестью течения заболевания при условии наличия поведенческих нарушений и задержки развития речи.

В контрольную группу (КГ) мы включили 30 человек. Им всем была назначена базовая медикаментозная терапия согласно общепринятым/стандартным методам и методикам лечения, разрешенными и/или рекомендованными МЗ РФ [14, 17–31]. Впоследствии эта группа была разделена на две подгруппы пациентов, которым проводилась терапия: КГ1 – с применением методов психологической коррекции – 15 детей; КГ2 – без проведения психологической коррекции – 15 детей.

В основную группу (ОГ) тоже было включено 30 детей. Для их лечения и вторичной реабилитации в первые 6 месяцев использовали точно такую же базовую медикаментозную терапию, как и в группе КГ. Дополнительно для лечения пациентов основной группы применяли средства и методы ТМ (натуротерапии) [16] – фитотерапию с элементами нейродиетологии [11, 14, 19, 31, 63], а также фотохромотерапию [15] (далее – методы натуротерапия).

Впоследствии эта группа также была разделена на две подгруппы пациентов, которым проводилась терапия: ОГ1 – с применением методов психологической коррекции – 15 детей; ОГ2 – без проведения психологической коррекции – 15 детей.

Основываясь на данных лабораторных исследований, УЗИ и других методов функциональной диагностики, через каждые три месяца в обеих группах проводили коррекцию медикаментозной базовой терапии. В ОГ помимо стандартной терапии (и ее коррекции) каждые три месяца проводили десятидневный курс фотохромотерапии (по [15]). Помимо этого пациенты ОГ на постоянной основе принимали

настои (водные извлечения) из сборов (травяных чаев), разработанных, клинически опробованных и опубликованных в открытой печати [60–64] в.н.с. ФГБУН Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН доктором медицинских наук О.Д. Барнауловым. Сборы включали растительные аналоги гормонов, витаминно-минеральные комплексы растительного происхождения, холеретики, холекинегетики, антиагреганты, вещества, улучшающие реологические свойства крови. В состав сборов (по показаниям) мы также вводили растительные нестероидные противовоспалительные и обволакивающие средства, стимуляторы моторики кишечника, антиоксиданты, уросептики и энтеросептики, иммуннокорректоры и адаптогены. Составы конкретных сборов представлены в [16].

Коррекцию рациона проводили в соответствии с современными представлениями нейроиммуноэндокринологии [17], фитотерапии [60–64], а также нейродиетологии [14, 19, 31], основанной на современных достижениях нейронаук и диетологии. Терапия включала в себя рационы питания из лечебных питательных смесей, витаминно-минеральных комплексов, пищевых и лекарственных растений, продуктов пчеловодства [16].

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В настоящем разделе публикации мы приводим результаты диагностических исследований 60 обследуемых детей (КГ и ОГ) с РАС, ЗППР, ЗПР.

1. УЗИ и РЭГ позволили выявить наличие сопутствующих патологических состояний (табл. 3, столбцы 3 и 7), соответственно, в контрольной и основной группах:

- гепатомегалию – у 26 % (КГ) и 30 % (ОГ) обследуемых детей;
- дискинезию желчевыводящих путей (ДЖВП) по гипотонически-гипокинетическому типу – у 96 % (КГ) и 97 % (ОГ);
- ДЖВП по гипертонически-гиперкинетическому типу – у 7 % (КГ) и 3 % (ОГ) обследуемых детей;
- гипоплазию тимуса – у 80 % (КГ) и 87 % (ОГ);
- тимомегалию – у 3 % детей в обеих группах;
- повышение периферического сопротивления сосудов ПСС в сегментарных артериях почек – у 56 % (КГ) и 50 % (ОГ);
- птоз почек – у 7 % (КГ) и 3 % (ОГ);

– спленомегалию – у 7 % детей в обеих группах;

– нарушение венозного оттока по системам яремных вен – у 90 % (КГ) и 97 % (ОГ);

– нарушение венозного оттока по системам внутренних позвоночных яремных сплетений – у 83 % (КГ) и 87 % (ОГ);

– нарушение венозного оттока в бассейнах средних мозговых артерий – у 93 % (КГ) и 90 % (ОГ) детей;

– гипоплазию щитовидной железы – у 73 % (КГ) и 80 % (ОГ) обследуемых.

2. Результаты исследования гормональной системы и гормонов надпочечников позволили выявить:

– снижение значений ДГЭА-сульфата (дигидроэпиандростерон-сульфата) – у 63 % (КГ) и 70 % (ОГ) обследуемых;

– снижение 17-ОН-прогестерона – у 57 % (КГ) и 67 % (ОГ);

– повышение пролактина (относительно возрастных норм) – у 47 % (КГ) и 40 % (ОГ);

– повышение эстрадиола (относительно возрастных норм) – у 64 % (КГ) и 53 % (ОГ) обследуемых;

Результаты исследования гормонов щитовидной железы (ЩЖ) позволили выявить:

– повышение тиреотропного гормона (ТТГ) – у 37 % (КГ) и 30 % (ОГ) обследуемых;

– повышение Т3 – у 57 % (КГ) и 53 % (ОГ);

– повышение Т4 – у 7 % (КГ) и 10 % (ОГ);

– наличие антител (Ат) к тиреоидной пероксидазе (ТПО) – у 3 % детей в обеих группах;

– наличие Ат к тиреоглобулину (ТГ) – у 3 % обследуемых обеих групп.

3. Биохимические исследования позволили выявить:

– повышение уровня лактатдегидрогеназы (ЛДГ) – у 83 % (КГ) и 93 % (ОГ) обследуемых;

– повышение содержания фосфора – у 90 % (КГ) и 93 % (ОГ);

– повышение мочевой кислоты – у 50 % (КГ) и 40 % (ОГ) детей;

– повышение значений печеночных проб (АЛТ, АСТ, ЩФ) – у 30 % (КГ) и 33 % (ОГ);

– повышение уровня лактата – у 40 % (КГ) и 33 % (ОГ) обследуемых.

4. Иммуноферментный анализ (ИФА) к гельминтам:

– КП (коэффициент позитивности) ИФА к различным гельминтам (аскариды, описторхии, лямблии, токсокары) – положительный – у 53 % (КГ) и 47 % (ОГ) обследуемых.

5. Иммуноферментный анализ (ИФА) к микоплазме и токсоплазме:

– к микоплазме положительный у 77 % (КГ) и 83 % (ОГ) обследуемых;

– к токсоплазме положительный у 37 % (КГ) и 47 % (ОГ) обследуемых.

6. Результаты общего анализа крови:

– анизоцитоз нейтрофилов – у 80 % (КГ) и 87 % (ОГ) обследуемых;

– частично – вакуолизация цитоплазмы моноцитов – у 82 %;

– эозинофилы – повышение у 23 % (КГ) и 30 % (ОГ) обследуемых.

7. Результаты общего анализа мочи:

показал у 96 % (КГ) и 90 % (ОГ) обследуемых наличие

– протеинурии (белок свыше 1 г/л);

– слизи (+++ в поле зрения);

– более 5 лейкоцитов в поле зрения;

– кристаллов мочевой кислоты, оксалатов, фосфатов, уратов.

8. Результаты исследования слизистой оболочки полости рта методом ключевых клеток, биохимический анализ слюны:

– при анализе соскобов выявлено преобладание патогенной флоры, преимущественно коринобактерий (грамположительные палочки, не образующие споры, размером 0,3–0,8 × 1,5–8,0 мкм, неподвижны, не кислотоустойчивые), кокковые формы, дрожжевые грибы;

– при биохимическом исследовании слюны выявлены нарушения, способные изменять первичное расщепление пищи и формировать стойкие нарушения активности ферментов на всем протяжении желудочно-кишечного тракта;

– выявлены отклонения в активности фактора роста нервов и фактора эпидермального роста.

В рамках отдельного исследования слизистой оболочки полости рта исследовано 9 детей из 60. Поскольку у всех девяти детей были выявлены указанные нарушения, дальнейшее изучение влияния указанных факторов и их роль в симптомокомплексе нарушений при РАС и ЗППР, по нашему мнению, представляет значительный интерес.

9. Результаты исследования копрограммы представлены в табл. 2.

10. Результаты исследований NSE и S100 (по [69]) позволили выявить повышение

– NSE (нейронспецифическая эналаза) – у 76 % (КГ) и 83 % (ОГ) детей;

– S100B (белок S100B) – у 90 % (КГ) и 80 % (ОГ) обследованных (табл. 3, столбцы 3 и 7).

Таблица 2

Результаты исследования копрограммы 60 обследуемых детей

Показатель	Результаты исследования и % выявления от общего числа обследованных		Всего обследованных, %
Форма	Оформленная	28	100
	Неоформленная	40	
	«Овечий кал»	32	
Цвет	Коричневый	43	100
	Светло-коричневый	27	
	Темно-коричневый	30	
Запах	Без особенностей	26	100
	Резкий	42	
	Кислый	32	
Реакция	Нейтральная	45	100
	Слабокислая	40	
	Щелочная	15	
Слизь	Отсутствует	9	100
	Присутствует	91	
Стеркобилин	Норма	79	100
	Уменьшение	21	
	Увеличение	0	
Остатки непереваренной пищи	Отсутствуют	11	100
	Присутствуют	89	
Мышечные волокна	Отсутствуют	29	100
	Полупереваренные	58	
	Непереваренные	13	
Жир нейтральный	Отсутствует	25	100
	Незначительное количество	39	
	Значительное количество	36	
Жирные кислоты	Отсутствуют	23	100
	Незначительное количество	51	
	Значительное количество	26	
Соли жирных кислот	Отсутствуют	29	100
	Незначительное количество	43	
	Значительное количество	28	
Растительная клетчатка перевариваемая	Отсутствует	48	100
	Присутствует	52	
Растительная клетчатка неперевариваемая	Отсутствует	29	100
	Присутствует	71	
Крахмал	Отсутствует	9	100
	Полупереваренный	63	
	Непереваренный	28	
Йодофильная флора	Отсутствует	67	100
	Присутствует	33	
Кристаллы	Фосфаты	7	100
	Оксалаты	24	
	Мочевая кислота	34	
Лейкоциты	Отсутствуют	11	100
	Небольшое количество	68	
	Большое количество	21	
Дрожжевые грибы	Отсутствуют	0	100
	Незначительное количество	46	
	Значительное количество	54	

Результаты клинической лабораторной диагностики и функциональной диагностики представлены в табл. 3.

Из данных табл. 2 видно, что результаты проведенных исследований свидетельствуют о

- наличии у обследуемых гнилостной и бро-дильной диспепсии;
- снижении протеолитической активности ферментов тонкого кишечника, желудка или поджелудочной железы;
- снижении липолитической активности желчи, ферментов поджелудочной железы и тонкой кишки;
- недостаточности функции переваривания и всасывания в тонкой кишке;
- воспалительных процессах в ней с нарушением пристеночного пищеварения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Продолжительность первого контрольного периода, выбранная нами, составила 6 месяцев, что обусловлено минимальными рекомендованными сроками лечения и коррекции патологии желудочно-кишечного тракта [18]. Второй контрольный период составил также 6 мес. Итого, период наблюдения составил 1 год.

В ходе проведения лечебно-реабилитационных мероприятий установлено достоверное терапевтическое преимущество комплекса мероприятий, включающего средства и методы натуротерапии. В частности, абсолютный приоритет второй основной группы был установлен нами при анализе регресса основных жалоб. Данные были верифицированы результатами объективного обследования и отображены в табл. 3.

Динамика результатов диагностики методами УЗИ, РЭГ, триплексного сканирования брахиоцефальных артерий (БЦА) с контролем кровообращения в Виллизиевом круге и по системе обеих яремных вен, лабораторных методов исследования также представлены в табл. 3.

На основании показателей триплексного сканирования БЦА удалось установить, что скорость кровотока в правой и левой внутренних яремных венах достигла показателей нормы в ОГ у 35 % детей через 6 месяцев от начала лечения, тогда как в КГ аналогичные результаты были достигнуты нами лишь через 12 месяцев. К этому времени нормализация показателей в ОГ фиксировалась уже у 65 % детей.

По данным УЗИ желчевыводящих путей с определением функции (пробный завтрак), сократимость желчного пузыря восстанавливалась до нормальных значений при проведении сочетанной терапии (стандартная медикаментозная терапия и натуротерапия) с формированием медикаментозной ремиссии в ОГ у 80 % детей с последующей ремиссией в 100 % случаев на фоне поддерживающей натуротерапии. Тогда как в КГ удалось достигнуть медикаментозной ремиссии у 65 % через 6 месяцев и у 85 % детей лишь через 12 месяцев; у оставшихся 15 % детей наблюдалась положительная динамика без достижения медикаментозной ремиссии.

Размеры и масса тимуса достигали возрастных норм в ОГ через 6 месяцев от начала лечения у 80 % детей и через 12 месяцев – у 90 % детей, в то время как в КГ через 6 месяцев размеры тимуса достигали возрастных норм лишь в 50 % случаев, а к 12 месяцам – в 70 % случаев.

Согласно данным УЗИ щитовидной железы, использование изолированной медикаментозной терапии в КГ не приводило к нормализации размеров щитовидной железы, однако отмечалась слабоположительная динамика при быстрой положительной динамике гормонального фона. В то же время в ОГ уже в первые шесть месяцев нормализация размеров щитовидной железы фиксировалась у 30 % детей, а у 60 % детей размеры щитовидной железы приближались к нормальному объему через 12 месяцев от начала терапии. У остальных детей отмечалась положительная или слабоположительная динамика.

Важно, что в КГ проводилась только общепринятая медикаментозная терапия с использованием исключительно методов академической медицины (с коррекцией назначений каждые три месяца в течение 1 года) под контролем лабораторных показателей и данных функциональной диагностики. В то же время в ОГ в течение 6 месяцев проводилась сочетанная терапия, включающая в себя медикаментозную терапию и натуротерапию. По окончании первых 6 месяцев уже были достигнуты удовлетворительные результаты (табл. 3, столбец 8). В последующие 6 месяцев дальнейшая положительная динамика (и отсутствие регресса) в основной группе наблюдались исключительно на фоне натуротерапии без использования стандартной медикаментозной терапии (табл. 2, столбец 9).

Таблица 3

Динамика результатов функциональной диагностики и некоторых лабораторных показателей в основной и контрольной группах пациентов с РАС в течение 6 и 12 месяцев от начала лечения

Показатели	Контрольная группа (30 чел.)				Основная группа (30 чел.)			
	Кол-во детей с такой патологией		6 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия)	12 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия)	Кол-во детей с такой патологией		6 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия + натуротерапия)	12 мес. от начала терапии (натуротерапия без медикаментозной терапии начиная с 7-го мес. исследования)
	Абс., чел	Отн., %			Абс., чел	Отн., %		
Результаты УЗИ и РЭГ								
Гепатомегалия	8	26	Нормализация размеров печени – в 60 % случаев. Положительная динамика – в 100 % случаев.	Нормализация размеров печени – в 80 % случаев. Сохранение результатов положительной динамики в 100% случаев.	9	30	Нормализация размеров печени – в 80 % случаев. Положительная динамика – в 100 % случаев.	Нормализация размеров печени – в 90 % случаев. Положительная динамика – в 100 % случаев.
Дискинезия желчевыводящих путей по гипотонически-гипокинетическому типу (сократимость желчного пузыря менее 30 %) – 86 % детей	28	93	Медикаментозная ремиссия – в 65 % случаев. Положительная динамика – в 35 % случаев.	Медикаментозная ремиссия – в 85 % случаев. Положительная динамика – в 15 % случаев.	29	97	Медикаментозная ремиссия – в 80 % случаев. Положительная динамика в 20 % случаев.	Ремиссия – 100 %.
Дискинезия желчевыводящих путей по гипертонически-гиперкинетическому типу (сократимость желчного пузыря более 60 %)	2	7	Положительная динамика – 100 %.	Медикаментозная ремиссия – 100 %.	1	3	Ремиссия – 100 %.	Ремиссия – 100 %.
Гипоплазия тимуса*	24	80	Положительная динамика (приближение объема тимуса к возрастным нормам) – 50 %.	Положительная динамика (приближение объема тимуса к возрастным нормам) – 70 %.	26	87	Положительная динамика (приближение объема тимуса к возрастным нормам) – 80 %.	Положительная динамика (приближение объема тимуса к возрастным нормам) – 90 %.
Тимомегалия	1	3	Положительная динамика (приближение объема тимуса к возрастным нормам) – 100 %.	Положительная динамика (приближение объема тимуса к возрастным нормам) – 100 %.	1	3	Положительная динамика (приближение объема тимуса к возрастным нормам) – 100 %.	Без регресса, по сравнению с 6 мес – 100 %.
Птоз почки/нефропатия	2	7	Положительная динамика – 100 % (нормализация положения по УЗИ почек).	Положительная динамика – 100 % (нормализация положения по УЗИ почек).	1	3	Положительная динамика – 100 %, (нормализация положения по УЗИ почек).	Без регресса (по сравнению с 6 мес) – 100 %.
Повышение периферического сопротивления сосудов почек/нефропатия	17	56	Медикаментозная ремиссия – 100 %.	Медикаментозная ремиссия – 100 %.	15	50	Ремиссия 100 %	Без регресса (по сравнению с 6 мес) – 100 %
Спленомегалия	2	7	Положительная динамика – 50 %.	Нормализация размеров – 50 %. Положительная динамика в остальных случаях – 50 %.	2	7	Положительная динамика – 50 %.	Нормализация размеров – 50 %. Положительная динамика в остальных случаях – 50 %.
Нарушение венозного оттока по системе обеих яремных вен	27	90	Положительная динамика – в 40 % случаев. Без улучшения – 40 % детей. Нормализация показателей – в 20 % случаев.	Нормализация показателей – в 45 % случаев. Без улучшения – 10 % детей. Положительная динамика – в 45 % случаев.	29	97	Положительная динамика – в 60 % случаев. Без улучшения – 10 % детей. Нормализация показателей – в 35 % случаев.	Нормализация показателей – в 65 % случаев. Положительная динамика – у 28 % детей. Без улучшения – 7 % детей.
Нарушение венозного оттока по системам внутренних венозных позвоночных сплетений	25	83	Слабо-положительная динамика – у 25 % детей. Без динамики – в 75 % случаев	Слабо-положительная динамика – у 25 % детей. Без динамики – в 75 % случаев	26	87	Слабо-положительная динамика – у 25 % детей. Без динамики – в 75 % случаев	Слабо-положительная динамика – у 25 % детей. Без динамики – в 75 % случаев
Нарушение венозного оттока в бассейнах средних мозговых артерий	28	93	Слабо-положительная динамика – у 25 % детей. Без динамики – в 75 % случаев.	Слабо-положительная динамика – у 25 % детей. Без динамики – в 75 % случаев.	27	90	Слабо-положительная динамика – у 25 % детей. Без динамики – в 75 % случаев.	Слабо-положительная динамика – у 25 % детей. Без динамики – в 75 % случаев.

Таблица 3 (продолжение)

Показатели	Контрольная группа (30 чел.)				Основная группа (30 чел.)			
	Кол-во детей с такой патологией		6 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия)	12 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия)	Кол-во детей с такой патологией		6 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия + натуротерапия)	12 мес. от начала терапии (натуротерапия без медикаментозной терапии начиная с 7-го мес. исследования)
	Абс., чел	Отн., %			Абс., чел	Отн., %		
Гипоплазия щитовидной железы с сохранением и без сохранения гормональной функции	22	73	Слабоположительная динамика – 100 %.	Слабоположительная динамика – 100 %.	24	80	Нормализация размеров до возрастных границ нормы – у 30 % детей. Положительная динамика (приближение объема щитовидной железы к возрастным границам нормы – у 30 % детей. Слабоположительная динамика – в 40 % случаев.	Нормализация размеров до возрастных границ нормы – у 60 % детей. Положительная динамика (приближение объема щитовидной железы к возрастным границам нормы – у 20 % детей. Слабоположительная динамика – в 20 % случаев.
Результаты исследований уровня гормонов								
Снижение значений ДГЭА-сульфата (дигидроэпиандростерон-сульфата)	19	63	Слабоположительная динамика – у 70 % детей. Восстановление нормальных показателей у 30 % детей.	Восстановление нормальных показателей – у 80 % детей. Слабоположительная динамика – у 20 % детей.	21	70	Слабоположительная динамика – у 30 % детей. Восстановление нормальных показателей – у 70 % детей.	Восстановление нормальных показателей – у 90 % детей. Слабоположительная динамика – у 10 % детей.
Снижение значений 17-ОН-прогестерона	17	57	Слабоположительная динамика – в 60 % случаев. Восстановление нормальных показателей – у 40 % детей.	Восстановление нормальных показателей – у 90 % детей. Слабоположительная динамика – у 10 % детей.	20	67	Слабоположительная динамика – в 10 % случаев. Восстановление нормальных показателей – у 90 % детей.	Восстановление нормальных показателей – у 90 % детей. Слабоположительная динамика – у 10 % детей.
Повышение уровня пролактина – относительно возрастных норм для мальчиков/для девочек	14	47	Слабоположительная динамика – в 30 % случаев. Отсутствие динамики – в 70 % случаев.	Восстановление нормальных показателей – у 40 % детей. Слабоположительная динамика – в 60 % случаев.	12	40	Восстановление нормальных показателей – у 90 % детей. Слабоположительная динамика – в 10 % случаев.	Восстановление нормальных показателей у 90 % детей. Слабоположительная динамика – в 10 % случаев.
Повышение уровня эстрадиола – согласно возрастным норм для мальчиков/для девочек	19	64	Восстановление нормальных показателей – у 40 % детей. Положительная динамика – в 60 % случаев.	Восстановление нормальных показателей – у 80 % детей. Слабоположительная динамика – случаев 20 % случаев.	16	53	Восстановление нормальных показателей – в 80 % случаев. Слабоположительная динамика – в 20 % случаев.	Восстановление нормальных показателей – в 90 % случаев. Слабоположительная динамика – в 10 % случаев.
Повышение значений ТТГ (тиреотропный гормон)	11	37	Восстановление нормальных показателей – 100 %.	Восстановление нормальных показателей – 100 %.	9	30	Восстановление нормальных показателей – 100 %.	Восстановление нормальных показателей – 100 %.
Повышение Т3 (трийодтиронина)	17	57	Восстановление нормальных показателей – у 50 % детей. Слабоположительная динамика – в 50 % случаев	Восстановление нормальных показателей – в 80 % случаев. Слабоположительная динамика – в 20 % случаев	16	53	Восстановление нормальных показателей – у 70 % детей. Слабоположительная динамика – в 30 % случаев	Восстановление нормальных показателей – в 90 % случаев. Слабоположительная динамика – в 10 % случаев
Повышение Т4 (тетрайодтиронина)	2	7	Восстановление нормальных показателей – у 50 % детей. Слабоположительная динамика – в 50 % случаев.	Восстановление нормальных показателей – у 50 % детей. Слабоположительная динамика – в 50 % случаев.	3	10	Восстановление нормальных показателей – в 66 % случаев. Слабоположительная динамика – в 34 % случаев.	Восстановление нормальных показателей – в 66 % случаев. Слабоположительная динамика – в 34 % случаев.
Повышение уровня Ат к ТПО (антитела к тиреопериоксидазе).	1	3	Слабоположительная динамика – 100 %.	Слабоположительная динамика – 100 %.	1	3	Положительная динамика – 100 %	Сохранение результатов – 100 %
Повышение уровня Ат к ТГ (антитела к тиреоглобулину).	1	3	Слабоположительная динамика – 100 %.	Слабоположительная динамика – 100 %.	1	3	Положительная динамика – 100 %.	Сохранение результатов – 100 %.

Таблица 3 (продолжение)

Показатели	Контрольная группа (30 чел.)				Основная группа (30 чел.)			
	Кол-во детей с такой патологией		6 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия)	12 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия)	Кол-во детей с такой патологией		6 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия + натуротерапия)	12 мес. от начала терапии (натуротерапия без медикаментозной терапии начиная с 7-го мес. исследования)
	Абс., чел	Отн., %			Абс., чел	Отн., %		
Результаты биохимических исследований								
Повышение уровня ЛДГ (лактатдигидрогеназы)	25	83	Слабоположительная динамика – у 40 % детей. Положительная динамика – у 60 % детей.	Слабоположительная динамика – у 20 % детей. Положительная динамика – у 80 % детей.	28	93	Слабоположительная динамика – у 20 % детей. Положительная динамика – у 80 % детей.	Слабоположительная динамика – у 10 % детей. Положительная динамика – у 60 % детей. Восстановление нормальных показателей – в 30 % случаев.
Повышение содержания фосфора	27	90	Восстановление нормальных показателей – у 80 % детей. Положительная динамика – у 20 % детей.	Восстановление нормальных показателей – у 90 % детей. Положительная динамика – у 10 % детей.	28	93	Восстановление нормальных показателей – у 93 % детей. Положительная динамика – у 7 % детей.	Восстановление нормальных показателей – у 93 % детей. Положительная динамика – у 7 % детей.
Повышение уровня мочевой кислоты в крови	15	50	Восстановление нормальных показателей – 100 %.	Восстановление нормальных показателей – 100 %.	12	40	Восстановление нормальных показателей – 100 %.	Восстановление нормальных показателей – 100 %.
Повышение значений печеночных проб (АЛАТ, АСАТ, ЩФ)	9	30	Восстановление нормальных показателей – 100 %.	Восстановление нормальных показателей – 100 %.	7	23	Восстановление нормальных показателей – 100 %.	Восстановление нормальных показателей – 100 %.
Повышение уровня лактата	12	40	Восстановление нормальных показателей – в 20 % случаев. Положительная динамика – у 80 % детей.	Восстановление нормальных показателей – в 50 % случаев. Положительная динамика – у 50 % детей.	10	33	Восстановление нормальных показателей – у 50 % детей. Положительная динамика – у 50 % детей.	Восстановление нормальных показателей – у 80 % детей. Положительная динамика – у 20 % детей.
Результаты иммуноферментного анализа (ИФА) к гельминтам								
Повышение значений ИФА * КП (иммуноферментный анализ – коэффициент позитивности) к различным гельминтам: токсокара, аскарида, описторх, лямблия, аскарида	16	53	Снижение КП ИФА – 100 %.	Снижение КП ИФА – 100 %.	14	47	Снижение КП ИФА – 100 %.	Снижение КП ИФА – 100 %.
Результаты иммуноферментного анализа (ИФА) к микоплазме и токсоплазме								
Повышение значений ИФА КП к микоплазме	23	77	Снижение КП ИФА – 100 %.	Снижение КП ИФА – 100 %.	25	83	Снижение КП ИФА – 100 %.	Снижение КП ИФА – 100 %.
Повышение значений ИФА КП к токсоплазме	11	37	Снижение КП ИФА – 100 %.	Снижение КП ИФА – 100 %.	14	47	Снижение КП ИФА – 100 %.	Снижение КП ИФА – 100 %.
Результаты общего анализа крови								
Анизоцитоз нейтрофилов, частичная вакуолизация цитоплазмы моноцитов	24	80	Положительная динамика – 100 %.	Положительная динамика – 100 %.	26	87	Положительная динамика – 100 %.	Положительная динамика – 100 %.
Повышение количества эозинофилов	7	23	Нормализация показателей – 100 %.	Нормализация показателей – 100 %.	9	30	Нормализация показателей – 100 %.	Сохранение результатов – 100 %.
Результаты общего анализа мочи								
Протеинурия (белок свыше 1 г/л, лейкоциты выше 5 в п. зр., слизь+++ в п. зр., кристаллы мочевой кислоты, оксалаты, фосфаты, ураты)	29	96	Положительная динамика – 100 %.	Положительная динамика – 100 %.	27	90	Положительная динамика – 100 %.	Положительная динамика – 100 %.

Таблица 3 (продолжение)

Показатели	Контрольная группа (30 чел.)				Основная группа (30 чел.)			
	Кол-во детей с такой патологией		6 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия)	12 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия)	Кол-во детей с такой патологией		6 мес. от начала терапии (стандартная медикаментозная терапия + натуротерапия)	12 мес. от начала терапии (натуротерапия без медикаментозной терапии начиная с 7-го мес. исследования)
	Абс., чел	Отн., %			Абс., чел	Отн., %		
Результаты исследований NSE и S100								
Повышение NSE	23	76	Неустойчивая слабоположительная динамика – 100 %.	Неустойчивая слабоположительная динамика – 100 %.	25	83	Неустойчивая слабоположительная динамика – 100 %.	Устойчивая положительная динамика – у 30 % детей. Неустойчивая слабоположительная динамика – в 70 % случаев.
Повышение S100	27	90	Неустойчивая слабоположительная динамика – 100 %.	Неустойчивая слабоположительная динамика – 100 %.	24	80	Неустойчивая слабоположительная динамика – 100 %.	Устойчивая положительная динамика – в 30 % случаев. Неустойчивая слабоположительная динамика – 70 %.

*При гипоплазии тимуса у большинства детей видим отсутствие результатов при диагностике ИФА КП на гельминты, либо низкий уровень ИФА КП, в том числе референсные значения в «серой зоне», наряду с отсутствием реакции эозинофилов. В то же время при микроскопическом исследовании копрограммы этих детей наблюдается наличие цист лямблий, присутствуют яйца аскарид оплодотворенные и неоплодотворенные, яйца описторха, кошачья углица, печеночный сосальщик, карликовый цепень. Выявлено, что при восстановлении анатомических размеров тимуса и улучшении иммунного статуса уровни КП ИФА повышались при повторных исследованиях и находились в достаточно высоких показателях, требующих санации. Учитывая особенности поведения детей с РАС и ЗППР (поедание несъедобных предметов, таких как земля, листья, ветки, испражнения и проч., а также потребность пробовать на вкус вещи, находящиеся вокруг них), увеличиваются риски повторного заражения гельминтами. Поэтому мы рекомендуем родителям проводить профилактическую санацию каждые шесть месяцев.

В итоге удовлетворительный результат по большинству показателей в ОГ был достигнут уже к концу первого полугодия, в то время как в КГ не удалось достичь удовлетворительных результатов по некоторым показателям даже к концу первого года (табл. 3, столбец 5). Однако из данных табл. 3 видно, что по ряду показателей результаты в обеих группах были сопоставимы.

Исследование и лечение слизистой оболочки полости рта были проведено пока 9 пациентам. Исследования биоценоза слизистой оболочки полости рта у детей с РАС, ЗПР и ЗППР, а также изучение влияния биохимических показателей слюны и ферментативной активности слюны на процессы, связанные с амилолитической и липолитической активностью желудочно-кишечного тракта у детей с РАС, ЗПР и ЗППР, продолжают. По предварительным данным, при применении предлагаемого нами протокола стоматологического лечения восстановление амилолитической и липолитической активности ферментов желудочно-кишечного тракта существенно сокращает сроки проведения медикаментозной терапии в обеих группах. По нашему мнению, изучение специфических факторов роста не-

рвов и эпидермального роста представляет значительный интерес, особенно в части их роли в симптомокомплексе нарушений при РАС, ЗПР и ЗППР.

На следующем этапе мы предприняли попытку оценить влияние проводимой нами терапии сопутствующей соматической патологии на эффективность коррекции поведенческих нарушений. Общие расстройства поведенческих нарушений мы определяли по следующим признакам [70]:

- наличие аномального и/или нарушенного психического развития;
- нарушение социального взаимодействия;
- нарушение коммуникации;
- стереотипные интересы и действия;
- ритуальные действия.

Динамика общих расстройств поведенческих нарушений на фоне коррекции соматической патологии описана и детализирована нами в табл. 4.

Из данных табл. 4 видно, что психологическая коррекция на фоне проводимой терапии позволила получить убедительные положительные результаты в сдвиге психического статуса при общих расстройствах развития у всех 60 детей с несущественной разницей

Таблица 4

**Эффективность психологической коррекции поведенческих нарушений на фоне терапии
сопутствующей соматической патологии**

Поведенческие нарушения	Кол-во детей с нарушениями (из 60 обследованных) в обеих группах		Эффективность психологической коррекции на фоне терапии соматической патологии			
	Абс., чел	Отн., %	В контрольной группе		В основной группе	
			15 детей	15 детей с проведением психологической коррекции	15 детей	15 детей с проведением психологической коррекции
Нарушение зрительного контакта в виде «ускользания», частого отведения взгляда ребенка, когда он смотрел в глаза лишь несколько секунд	44	73	Эффективно – 39 % (6 пациентов)	Эффективно – 59 % (9 пациентов)	Эффективно – 46 % (7 пациентов)	Весьма эффективно – 79 % (12 пациентов)
Крайняя бедность мимических изменений при попытке вступить во взаимодействие с ребенком	49	82	Эффективно – 59 % (9 пациентов)	Весьма эффективно – 68 % (10 пациентов)	Весьма эффективно – 72 % (11 пациентов)	Весьма эффективно – 78 % (12 пациентов)
Отсутствие реакции или отклика на обращение	41	68	Малоэффективно – 7 % (1 пациент)	Эффективно – 54 % (8 пациентов)	Малоэффективно – 12 % (2 пациента)	Весьма эффективно – 72 % (11 пациентов)
Отсутствие указаний жестами на объект общего интереса другому человеку	38	63	Малоэффективно – 7 % (1 пациент)	Эффективно – 59 % (9 пациентов)	Малоэффективно – 11 % (5 пациентов)	Весьма эффективно – 75 % (11 пациентов)
Отсутствие ответных эмоциональных реакций на ласку, похвалу	41	68	Эффективно – 40 % (6 пациентов)	Весьма эффективно – 65 % (10 пациентов)	Эффективно – 54 % (8 пациентов)	Весьма эффективно – 80 % (12 пациентов)
Выраженная избирательность к еде (нарушения пищевого поведения)	47	78	Эффективно – 45 % (7 пациентов)	Весьма эффективно – 65 % (10 пациентов)	Эффективно – 54 % (8 пациентов)	Весьма эффективно – 80 % (12 пациентов)
Особенности контактов со сверстниками в форме безразличия, когда пациенты «не замечали» других детей	37	62	Малоэффективно – 7 % (1 пациент)	Весьма эффективно – 60 % (9 пациентов)	Малоэффективно – 14 % (2 пациента)	Весьма эффективно – 74 % (11 пациентов)
Нецеленаправленное блуждание, полевое поведение	54	90	Малоэффективно – 7 % (1 пациент)	Эффективно – 47 % (7 пациентов)	Малоэффективно – 28 % (4 пациента)	Весьма эффективно – 60 % (9 пациентов)
Стереотипии в речи (эхолалия) или	8	13	Малоэффективно – 7 % (1 пациент)	Малоэффективно – 14 % (2 пациента)	Малоэффективно – 7 % (1 пациент)	Эффективно – 28 % (4 пациента)
Отсутствие коммуникативных и ролевых игр	45	75	Малоэффективно – 14 % (2 пациента)	Весьма эффективно – 73 % (11 пациентов)	Эффективно – 33 % (5 пациентов)	Весьма эффективно – 80 % (12 пациентов)
Фобии (страх) по отношению к собакам и др. животным, темноте, незнакомым людям и местам, толпе, воде (в т.ч. звук, попадание на скальп, лицо, тело), маленьким помещениям и открытым пространствам	54	90	Малоэффективно – 7 % (1 пациент)	Весьма эффективно – 80 % (12 пациентов)	Малоэффективно – 21 % (3 пациента)	Весьма эффективно – 92 % (14 пациентов)
Привязанность к специфическим нефункциональным поступкам (расстройства сексуального поведения: мастурбация, онанизм) и ритуалам. Навязчивые действия (обсессивно-компульсивные нарушения)	48	80	Весьма эффективно – 60 % (9 пациентов)	Весьма эффективно – 73 % (11 пациентов)	Весьма эффективно – 88 % (13 пациентов)	Весьма эффективно – 92 % (14 пациентов)

Примечание: Эффективность психологической коррекции оценивалась нами по следующим критериям: малоэффективно – выраженная положительная динамика менее чем у 15 % пациентов группы, эффективно – выраженная положительная динамика у 15–60 %, весьма эффективно – выраженная положительная динамика более чем у 60 % пациентов группы

между группами. Однако динамическое наблюдение позволило установить, что в основной группе были достигнуты более быстрые и стойкие результаты психологической коррекции, по сравнению с пациентами контрольной группы (табл. 4). Полученные данные демонстрируют целесообразность и значимость выявления и лечения (с использованием сочетанной терапии) сопутствующей патологии для повышения эффективности психокоррекции.

По результатам годового наблюдения, часть детей имела слабopоложительную динамику, то есть демонстрировала снижение патологических поведенческих реакций без убедительной динамики когнитивных функций. Предположительно это может быть связано со следующими факторами:

- мы не пользовались тестами для диагностической детализации, принятыми в диагностике для детей с РАС;
- в этих случаях могли иметь место другие нозологические единицы;
- методики психологической коррекции могли быть подобраны нами не вполне корректно;
- возможно, не все соматические и психические факторы были нами учтены.

Однако, с нашей точки зрения, все-таки наиболее вероятно, что слабopоложительная динамика обусловлена недостаточным временным интервалом проведения лечебных и психологических мероприятий, поскольку время наблюдения составляет пока всего 1 год. Наблюдения продолжаются.

Подробное описание диагностических методов (тестов) и методов психологической коррекции в совокупности со средствами и методами традиционной медицины, повышающими эффективность психологической коррекции при сокращении сроков терапии, мы приводим в работе [71].

С нашей точки зрения, особо следует отметить в обеих группах факт стойкого снижения повышенных показателей NSE и S100 в ответ на проводимую терапию. Зафиксированная нами динамика этих показателей как маркеров нейровоспаления и нейродегенерации [69] демонстрирует значимость выявления и лечения сопутствующей патологии, коррелирующей с уровнем нейровоспаления и нейродегенерации. Другими словами, проведенное нами исследование позволило установить, что сопутствующая патология значительно влияет на эффективность оказания психологической

коррекции у детей с нарушением развития, а использование средств и методов натуротерапии в комплексе лечебно-коррекционных мероприятий значительно сокращает сроки достижения положительных результатов.

Полученные нами результаты будут способствовать значимому снижению финансовой нагрузки на семью, воспитывающую ребенка с нарушением психического развития и нарушением социального взаимодействия. Поскольку медикаментозная ремиссия при использовании методов натуротерапии (нейродиетологии и фитотерапии) наступает значительно быстрее, продолжительность лечения зачастую дорогостоящими синтетическими препаратами может быть существенно сокращена без феномена отката и синдрома отмены. В дальнейшем поддерживающую терапию мы рекомендуем проводить средствами методами натуротерапии – фитотерапии и нейродиетологии.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Из данных табл. 2 видно, что у всех обследуемых пациентов отмечено значительное улучшение состояния и регресс соматических дисфункций, сопутствующих РАС, ЗППР, ЗПР. В результате проведенных исследований показано, что лечение сопутствующих соматических заболеваний как факторов поддерживающих нейровоспаление и нейродегенерацию приводит к сокращению сроков проведения медикаментозной терапии и реабилитации, а также увеличению скорости и эффективности психологической коррекции, являющейся самым важным звеном в реабилитации детей с нарушением психического развития.

Полученные нами результаты согласуются с клиническими рекомендациями МЗ РФ «Клинические рекомендации. Расстройства аутистического спектра» (2020 г.), в которых особо отмечена важность выявления и лечения сопутствующей соматической патологии. Взяв за основу указанные клинические рекомендации, мы выявили спектр соматических проблем, которые требуют выявления и коррекции у детей с РАС и ЗППР. В соответствии с полученными данными, мы выбрали наиболее эффективные средства и методы лечения (в том числе натуротерапии), позволяющие осуществлять обоснованный выбор медикаментозных средств врачом-психиатром и проводить адекватную психологическую коррекцию (с использованием психологической и дефектологической помощи).

Согласно лабораторным данным и результатам клинического наблюдения (в течение одного года), на фоне натуротерапии (немедикаментозных методов лечения и профилактики – фитодietetерапии, фитотерапии, фототерапии, нейродietetологии) все достигнутые результаты в основной группе пациентов эффективно поддерживались без регресса жалоб с сохранением положительной динамики. Это является основополагающим выводом для обоснования рекомендаций использования методов натуротерапии в качестве весьма эффективного компонента вторичной медицинской профилактики [11].

По нашему опыту, подтвержденному также в ходе настоящего исследования, средства и методы натуротерапии (фитотерапия, элементы нейродietetологии и фотохромотерапия) не имеют побочных эффектов и оказывают противоастеническое и стресс-лимитирующее влияние. Наши данные полностью согласуются с теоретическими наработками и выводами гениального русского фармаколога Н.В. Лазарева и его учеников [72–74] в части способности растительных препаратов, экстрактов и субстанций инициировать состояние неспецифической сопротивляемости организма (СНПС) и его учением о фитоадаптогенах.

По нашим данным, натуротерапия позволяет также:

- купировать психогенные дебюты, и обострения хронических заболеваний сопровождающих РАС и ЗППР [60–63];
- демонстративно удлинять ремиссии;
- снижать не только частоту, но и тяжесть эксацербаций психогенных синкопальных состояний [60–63];
- обеспечить нормализацию микрофлоры слизистой оболочки полости рта за счет нормализации иммунного статуса, являясь дополнительным методом профилактики заболеваний полости рта.

В совокупности все это позволяет избежать побочных эффектов и осложнений, сопутствующих длительному применению медикаментозной терапии у детей с РАС и ЗППР.

Нами также показано, что сокращение сроков медикаментозной терапии на фоне применения средств и методов натуротерапии существенно снижает финансовую нагрузку на семью, воспитывающую ребенка с РАС, ЗППР и ЗППР.

Таким образом, в результате проведенных исследований подтверждена высокая эф-

фективность и безопасность разработанного нами комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий с использованием средств и методов натуротерапии. Учитывая безопасность средств и методов натуротерапии (фитотерапии, нейродietetологии, фотохромотерапии и аналогичных методов), можно рекомендовать их длительное использование для поддержания достигнутых результатов медикаментозной терапии. Поскольку мы использовали только разрешенные в установленном порядке средства и методы, разработанная нами комплексная методика лечения и реабилитации детей с РАС, ЗППР, ЗППР с умеренным нарушением социального взаимодействия не требует дополнительной регистрации Минздравом России.

Поэтому считаем необходимым начать безотлагательную разработку программ и методических материалов для обучения специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи детям с РАС, ЗППР, ЗППР (с возможной дальнейшей уточняющей коррекцией материалов по мере накопления опыта сочетанного применения стандартных схем лечения со средствами и методами натуротерапии).

С нашей точки зрения, предложенный комплексный подход к диагностическим и лечебно-реабилитационным мероприятиям имеет реальные перспективы его успешного применения в практическом здравоохранении. В качестве практических результатов проведенных исследований уже сегодня мы готовы предложить врачу:

- перечень сопутствующей соматической патологии (возможно, впоследствии он будет дополняться), на основании которого он уже сейчас может достигать большей результативности в лечении детей с РАС и ЗППР;
- программу вторичной медицинской профилактики рецидивов соматических нарушений с сокращением сроков медикаментозной терапии и снижением финансовой нагрузки как на семью, так и на специализированное лечебное учреждение.

ВЫВОДЫ

1. Изучена возможность применения методов традиционной медицины (натуротерапии) в комплексном лечении и реабилитации детей с РАС, ЗППР, ЗППР с умеренным нарушением социального взаимодействия.

2. Выявлен перечень сопутствующей соматической патологии, требующей коррекции

в ходе лечебных и реабилитационных мероприятий.

3. Показана высокая эффективность и безопасность разработанного нами комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий с использованием только разрешенных в установленном порядке средств и методов натуротерапии (фитотерапии, нейродиетологии, фотохромотерапии) в сочетании общепринятыми схемами медикаментозного лечения.

4. Подтверждена целесообразность использования натуротерапии в качестве весьма эффективного компонента вторичной медицинской профилактики у детей с РАС, ЗПР, ЗППР с умеренным нарушением социального взаимодействия.

5. Показано, что сочетание базовой фармакотерапии со средствами и методами ТМ позволяет повысить эффективность лечения и избежать побочных эффектов и осложнений, обычно сопутствующих длительному применению медикаментозной терапии у детей с РАС и ЗППР.

6. Установлено, что сокращение сроков медикаментозной терапии на фоне применения средств и методов натуротерапии существенно снижает финансовую нагрузку на специализированное лечебное учреждение и на семью, воспитывающую ребенка с РАС, ЗПР и ЗППР.

ЛИТЕРАТУРА

1. МЗ МП РФ: О лицензировании медицинской деятельности / Приказ № 148 от 17.04.96 г.
2. МЗ МП РФ: Об утверждении временного перечня методов медицинской деятельности, подлежащих лицензированию в Российской Федерации / Приказ № 270 от 01.07.96 г.
3. МЗ РФ: О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации / Приказ № 337 от 27.08.99 г.
4. Комитет здравоохранения г. Москвы: О лицензировании и критериях допуска субъектов лицензирования к осуществлению традиционной медицинской деятельности // Карпеев А.А., Киселева Т.Л. / Методические рекомендации, утв. 12.06.1999 г. – М.: Изд-во НПЦ ТМГ МЗ РФ, 1999. – 12 с.
5. МЗ РФ: Применение терминов натуротерапии и натурофармации в практическом здравоохранении // Т.Л. Киселева, А.А. Карпеев / Методические рекомендации № 2000/154, утв. 01.11.2000 г. – М.: Изд-во НПЦ ТМГ МЗ РФ, 2000. – 46 с.
6. МЗ РФ: О лицензировании и критериях допуска субъектов лицензирования к осуществлению традиционной медицинской деятельности на территории Российской Федерации // А.А. Карпеев, Т.Л. Киселева /

Методические указания 2001/77, утв. 01.10.2001 г. – М., 2001. – 13 с.

7. МЗ РФ: Неспецифическая детоксикация и десенсибилизация организма при аллергодерматозах с помощью средств и методов традиционной медицины (фитотерапии и гомеопатии) / А.А. Карпеев, Т.Л. Киселева, Т.К. Агеева [и др.] // Пособие для врачей, утв. 01.10.02 г. – М.: Изд-во ФНКЭЦТМДЛ Росздрава, 2002. – 45 с.

8. МЗ РФ: Лечение дискинезий желчных путей средствами и методами традиционной медицины (фитотерапии и гомеопатии) / А.А. Карпеев, Т.Л. Киселева, Т.К. Агеева [и др.] // Пособие для врачей, утв. 01.10.02 г. – М.: Изд-во ФНКЭЦТМДЛ Росздрава, 2002. – 42 с.

9. МЗ РФ: Комплексная технология оптимизации адаптивных процессов организма средствами и методами традиционной медицины (фитотерапии и гомеопатии) при хронических неспецифических заболеваниях легких / А.А. Карпеев, Т.Л. Киселева, Т.К. Агеева [и др.] // Пособие для врачей, утв. 20.11.03 г. – М.: Изд-во ФНКЭЦТМДЛ Росздрава, 2003. – 32 с.

10. МЗ РФ: Лицензионные требования и условия работ и услуг по применению методов традиционной медицины // А.А. Карпеев, Т.Л. Киселева / Методические указания, утв. МЗ РФ 11.11.2003 г. – М.: Изд-во НПЦ ТМГ МЗ РФ, 2004. – 22 с.

11. МЗ РФ: Фитотерапия // Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Коршикова Ю.И. и др. / Методические рекомендации № 2000/63, утв. 26.04.2000 г. – М.: Изд-во НПЦ ТМГ МЗ РФ, 2000. – 28 с.

12. МЗ РФ: Типовая программа дополнительного профессионального образования врачей по фитотерапии / А.А. Карпеев, Т.Л. Киселева [и др.] / Утв. 10.03.2006 г. // В кн.: Фитотерапия: нормативные документы / Под общ. ред. А.А. Карпеева, Т.Л. Киселевой. – М., 2006. – С.42–133.

13. МЗ РФ: Материалы тестового экзамена по фитотерапии // Карпеев А.А., Киселева Т.Л. и др. / Утв. 14.07.2006 г. // В кн.: Фитотерапия: нормативные документы / Под общ. ред. А.А. Карпеева, Т.Л. Киселевой. – М., 2006. – С.134–362.

14. Студеникин, В.М. Нейродиетология детского возраста / В.М. Студеникин. – М.: ООО «Издательство Династия», 2012. – 672 с.

15. Гузалов, П.И. Фотохромотерапия в комплексном лечении заболеваний периферической нервной системы / П.И. Гузалов // Дисс. ... докт. мед. наук. – СПб., 2014. – 238 с.

16. Перспективные средства и методы традиционной медицины в лечении РАС, ЗПР, ЗППР. Обзор / А.В. Антоненко, М.Н. Орлов, С.И. Березин, А.В. Калашин // Традиционная медицина. – 2022. – В печати.

17. Пальцев, М.А. Руководство по нейроиммуноэндокринологии / М.А. Пальцев, И.М. Кветной. 2-е изд. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 512 с.

18. Фармакотерапия детских болезней: Руководство для врачей / под ред. А.Д. Царегородцева. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 880 с.

19. Клиническая диетология детского возраста: Руководство для врачей / под ред. Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 608 с.

20. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков: Учебн. пособие / под ред. проф. Н.П. Шабалова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 528 с.
21. Инфекционные болезни: Национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющук, Ю.А. Венгерова; 2-е изд. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1104 с.
22. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы) / под ред. В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова; 3-е изд., испр. и доп. – СПб.: Фолиант, 2016. – 640 с.
23. Детская нефрология: Практическое руководство / под ред. Э. Лоймана, А.Н. Цыгина, А.А. Саркисяна. – М.: Литтерра, 2010. – 400 с.
24. Медицинская токсикология: Национальное руководство / под ред. Е.А. Лужникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 928 с.
25. Руководство по лабораторным методам диагностики. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 800 с.
26. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению тиреотоксикоза у детей. – М., 2013. – [Электронный ресурс]. – Доступ: <https://www.endocrinetr.ru> (по состоянию на 15.01.22).
27. Нефротический синдром у детей. Клинические рекомендации. Профессиональные ассоциации: Союз педиатров России. – М., 2016. – [Электронный ресурс]. – Доступ: <https://www.pediatr-russia.ru> (по состоянию на 12.12.2022).
28. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дискинезии желчевыводящих путей / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Ю.О. Шульпекова [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – Т. 28(3). – С.63–80.
29. Мариотти, С. Нормальная физиология гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы и ее связь с другими эндокринными железами и нервной системой / С. Мариотти // Клиническая тиреологическая. – 2003. – Т.1. – №4. – С.10–18.
30. Заболевания слизистой оболочки полости рта: Учебное пособие / Н.Ф. Данилевский, В.К. Леонтьев, А.Ф. Несин, Ж.И. Рахний. – М.: ОАО «Стоматология», 2001. – 272 с.
31. Маев, И.В. Витамины / И.В. Маев, А.Н. Казюлин, П.А. Бельый. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 544 с.
32. Мухина, Ю.Г. Патология пищеварительной системы и аутизм / Ю.Г. Мухина, О.Г. Зоненко // Детский аутизм: исследования и практика. – М.: Изд. Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков, 2008. – С.133–143.
33. Дубынин, В.А., Бета-казоморфины молока и аутизм / В.А. Дубынин // VII Международная научно-практическая конференция «Аутизм. Вызовы и решения». – М.: Центр цифрового лидерства SAP, апрель, 2019 г.
34. Black, C. Relation of childhood gastrointestinal disorders to autism: nested case-control study using data from the UK General Practice Research Database / C. Black, J.A. Kaye, H. Jick // Br. Med. J. – 2002. – Vol. 325. – P.419–421.
35. Isolation of a specific μ -opiate receptor peptide, morphiceptin, from an enzymatic digest of milk protein / K.J. Chang, Y.F. Su, D.A. Brent, J.K. Chang // J. Biol. Chem. – 1985. – Vol. 260. – P.9706–9712.
36. Secretin and autism: a two-part clinical investigation / M.G. Chez, C.P. Buchanan, B.T. Bagan [et al.] // J. Autism. Dev. Disorders. – 2000. – Vol. 30. – P.87–94.
37. Abnormal intestinal permeability in children with autism / P. D'Eufemia, M. Celli, R. Finocchiaro [et al.] // Acta Paediat. – 1996. – Vol.85. – P.1076–1079.
38. Dohan, F.C. Hypothesis: genes and neuroactive peptides from food as cause of schizophrenia / F.C. Dohan // Adv. Biochim. Psychopharmacol. – 1980. – Vol. 22. – P.535–548.
39. Effects of secretin in children with autism: a randomized controlled trial / J. Dunn-Geier, H.H. Ho, E. Auersperg [et al.] // Dev. Med. Child. Neurol. – 2000. – Vol. 42. – P.796–802.
40. Improved social and language skills after secretin administration in patients with autistic spectrum disorders / K. Horvath, G. Stefanatos, K.N. Sokolski [et al.] // J. Assoc. Acad. Minor. Phys. – 1998. – Vol. 9. – P.9–15.
41. Johnson, L.R. Gastrointestinal physiology: Digestion and absorption / In: L.R. Johnson, Ed. Essential Medical Physiology, 2nd ed. – Philadelphia, PA: Lippincott-Raven, 1998.
42. Conversion of Peyer's patch lymphocytes of human enterocytes into M cells that transport bacteria / S.Kerneis, A.Bogdanova, J.-P.Kraehenbuhl, E.Pringault // Science. – 1997. – Vol.277. – P.949–952.
43. Autistic syndromes and diet: a follow-up study / A. Knivsberg, K.L. Reichelt, N. Nodland, T. Hoiem // Scand. J. Educ. Res. – 1995. – Vol.39. – P.223–236.
44. Effects of intravenous secretin on language and behavior of children with autism and gastrointestinal symptoms: a single-blinded, open-label pilot study / J.R. Lightdale, C. Hayer, A. Duer [et al.] // Pediatrics. – 2001. – Vol.108. – E90.
45. Lightdale, J.R. Gastrointestinal symptoms in autistic children / J.R. Lightdale, B. Siegel, M.B. Heyman // Clin. Perspect. Gastroenterol. – 2001. – Vol.1. – P.56–58.
46. CSF and plasma β -casomorphin-like opioid peptides in post-partum psychosis / L.H. Lindstrom, F. Nyberg, L. Terenius [et al.] // Am. J. Psych. – 1984. – Vol.41. – P.1059–1066.
47. Food allergy and infantile autism / S. Lucarelli, T. Frediani, A.M. Zingoni [et al.] // Panminerva Med. – 1995. – Vol.37. – P.137–141.
48. Bidirectional small intestinal permeability changes to different-sized molecules after HCl-induced injury in the rat / P. Lundin, B.R. Westrom, N. Pantzar, B.W. Karlsson // Dig. Dis. Sci. – 1997. – Vol.42. – P.677–683.
49. Panksepp, J.A. neurochemical theory of autism / J.A. Panksepp // Trends Neurosci. – 1979. – Vol.2. – P.174–177.
50. Gluten, milk proteins and autism: dietary intervention effects on behavior and peptide secretion / K.L. Reichelt, J. Ekrein, H. Scott // J. Appl. Nutr. – 1990. – Vol. 42. – P.1–11.
51. Repeated doses of porcine secretin in the treatment of autism: a randomized, placebo-controlled trial / W. Roberts, L. Weaver, J. Brian [et al.] // Pediatrics. – 2001. – Vol.107. – E71.

52. Lack of benefit of a single dose of synthetic human secretin in the treatment of autism and pervasive developmental disorder / A.D. Sandler, K.A. Sutton, J. DeWeese [et al.] // *N. Engl. J. of Med.* – 1999. – Vol. 341. – P.1801–1806.
53. β -Casomorphin induces Fos-like immunoreactivity in discrete brain regions relevant to schizophrenia and autism / Z. Sun, J.R. Cade, M.J. Fregly, R. Privette // *Autism.* – 1999. – Vol.3. – P.67–83.
54. Enterocolitis in children with developmental disorders / A.J. Wakefield, A. Anthony, S.H. Murch // *Am. J. Gastroenterol.* – 2000. – Vol.95. – P.2285–2295.
55. Zioudrou, C. Opioid peptides derived from food proteins. The exorphins / C. Zioudrou, R.A. Streaty, W.A. Klee // *J. Biol. Chem.* – 1979. – Vol.254. – P.2446–2449.
56. Carlos A. Pardo. Immunity, neuroglia and neuroinflammation in autism / Carlos A. Pardo, Diana L. Vargas, Andrew W. Zimmerman // *International Review of Psychiatry (Abingdon, England).* – 2005 (01 Dec). – Vol. 17(6). – P.485–495.
57. Pamela J. Compart, MD., The Pathophysiology of Autism / Pamela J. Compart, MD. // *Glob. Adv. Health Med.* – 2013 (Published online 2013 Nov 1). – Vol.2(6). – P.32–37.
58. Бауманб М.Л. Сопутствующие заболевания при аутизме: проблемы диагностики и лечения / М.Л. Бауман // *Нейротерапия.* – 2010. – Т.7. – №.3. – С.320–327.
59. Маскенс, Дж.Б. Сопутствующие заболевания у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра и синдромом дефицита внимания и гиперактивности: Систематический обзор / Дж.Б. Маскенс, Ф.П. Велдерс, В.Г. Стаал // *Европейская детская и подростковая психиатрия.* – 2017. – Т.26. – №9. – С.1093–1103.
60. Барнаулов, О.Д. Поиск и фармакологическое изучение фитопрепаратов, повышающих резистентность организма к повреждающим воздействиям, оптимизирующих процессы репарации и регенерации / О.Д. Барнаулов // *Дисс. ... докт. мед. наук.* – Л., 1989. – 476 с.
61. Барнаулов, О.Д. Фитотерапия больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / О.Д. Барнаулов // *Серия «Лекции по фитотерапии».* – СПб: Изд-во Н-Л, 2010. – 240 с.
62. Барнаулов, О.Д. Лекарственные свойства пряностей. 2-е изд., перераб. и доп. / О.Д. Барнаулов. – СПб.: Информ-Навигатор, 2015. – 288 с.
63. Барнаулов, О.Д. Фитотерапия в неврологии / О.Д. Барнаулов, М.Л. Поспелова // *Серия «Лекции по фитотерапии».* – СПб: Изд-во Н-Л, 2009. – 320 с.
64. Барнаулов, О.Д. Лекарственные свойства фруктов и ягод / О.Д. Барнаулов, М.Л. Поспелова. – СПб.: Информ-Навигатор, 2013. – 256 с.
65. Meeting Report. Autism spectrum disorders & other developmental disorders: From raising awareness to building capacity (Geneva, 16-18 September 2013) // Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. – 2013. – P. 50.
66. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders / A.J. Baxter [et al.] // *Psychological medicine.* – 2015. – Vol. 45. – № 3. – P. 601–613.
67. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – **Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016** / M.J. Maenner [et al.] // *MMWR. Surveillance Summaries.* – 2020. – № 4 (69). – P. 1–12.
68. Филиппова, Н.В. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему. / Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2014. – Т.24. – №.3. – С.96–101.
69. Белок S100B в крови детей с расстройствами аутистического спектра / Т.Ф. Голубова, Л.А. Цикурова, Л.Л. Корсунская [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 2019. – Т.119 (12). – С.76–83.
70. Хайретдинов, О.З. Клинико-этиологическая дифференциация аутистических расстройств в детском возрасте / О.З. Хайретдинов // *Дисс. ... канд. мед. наук.* – СПб., 2015. – 154 с.
71. Средства и методы психологической коррекции в лечении РАС, ЗПР, ЗППР у детей на фоне базового фармакотерапевтического лечения и натуротерапии / А.В. Антоненко, М.Н. Орлов, С.И. Березин, А.В. Калашин // *Традиционная медицина.* – 2023. – В печати.
72. Лазарев, Н.В. Стимуляция лекарственными средствами сопротивляемости организма к инфекциям / Н.В. Лазарев // *Казанск. мед. журнал,* 1961. – №5. – С.7–12.
73. Лазарев, Н.В. Состояние неспецифически повышенной сопротивляемости / Н.В. Лазарев, Е.И. Люблина, М.А. Розин // *Патолог. физиол. и эксперим. терапия.* – 1959. – №4. – С.16–21.
74. Орбели, Л.А. Теория адаптационно-трофического влияния симпатической нервной системы. Избранные труды / Л.А. Орбели. – Л.: Изд-во Акад. наук СССР [Ленингр. отд-ние], 1962. – Т. 2. – С.226–234.

Адрес автора

Антоненко А.В., директор научно-исследовательской лаборатории клинической патопсихологии «САНАТ», клинический психолог. Специалист по работе с аддиктивными расстройствами. Действительный член Профессиональной психотерапевтической лиги России. Член СРО Судебных экспертов.
info@medicus-curat.ru