

сопровождаться наиболее значимым терапевтическим эффектом в лечении данной категории больных и способствовать профилактике рецидивов заболевания.

\* \* \*

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**Нувахова М.Б. (1969margo@rambler.ru; +7(926)184-4422), Мусаева О.М.**

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

**Актуальность.** Сердечно-сосудистые заболевания часто являются следствием (клиническим исходом) метаболического синдрома (МС), в состав которого входят шесть главных компонентов: абдоминальное ожирение, атерогенная дислипидемия, повышенное артериальное давление (АД), резистентность к инсулину и нарушение толерантности к углеводам, провоспалительное и протромботическое состояния.

**Результаты.** В соответствии с патогенетическими механизмами МС, изложенными выше, комплекс общепринятых декларируемых лечебно-профилактических вмешательств при МС включает в себя:

- нормализацию избыточной массы тела и поддержание достигнутого уровня массы тела;
- нормализации повышенного уровня АД;
- коррекцию нарушенных показателей липидного обмена — снижение повышенного уровня триглицеридов, холестерина в составе атерогенной фракции ЛПНП и повышение холестерина в составе антиатерогенной фракции ЛПВП;
- нормализацию повышенного уровня холестерина коэффициента атерогенности и пр.;
- снижение (нормализацию) повышенного уровня сахара крови (гипергликемия);
- коррекцию нарушенных показателей системы свертывания крови и фибринолиза.

Эффективность данного комплекса напрямую зависит от соблюдения таких методов, как:

- гипокалорийная, гипохолестериновая, малоуглеводная диета (на жиры должно приходиться примерно 20% общей калорийности рациона, максимально ограничивая животные жиры, на углеводный компонент должно приходиться 50—60% от общей калорийности рациона в основном за счет продуктов, богатых полисахаридами, на фоне резкого ограничения простых сахаров и сахаросодержащих продуктов);
- увеличение физической активности;
- использование нутрицевтиков и биокоорректоров (витаминно-минеральные комплексы, гепатопротекторы и кардиопротекторы, успокоительные и антистрессовые фитокомплексы, фитоэстро-

гены и пр.), для оптимизации пищевого рациона у больных с метаболическим синдромом, причем назначение последних регламентируется клинико-биохимической картиной заболевания в каждом конкретном случае.

**Заключение.** Лучшим средством укрепления сосудов для профилактики инсульта и предотвращения развития метаболического синдрома является физическая нагрузка.

Физические нагрузки действуют положительно не только на сердечно-сосудистую систему, но и на весь организм, предотвращая многие заболевания, однако, необходимо соблюдать и другие меры профилактики инсультов: правильное питание, отказ от вредных привычек, соблюдение режима дня, прогулки и прочие меры. Только в этом случае можно говорить о снижении риска развития инсульта и прочих заболеваний сердечно-сосудистой системы.

\* \* \*

## **АСПЕКТЫ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

**Нувахова М.Б. (+7(926)184-4422), Кузюкова А.А. (+7(916)150-8376)**

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр реабилитации и курортологии» Минздрава России, Москва, Россия

Наиболее распространенным последствием являются когнитивные нарушения (КН), проявляющиеся снижением праксиса, интеллектуальных способностей, регуляторных функций.

У пациентов степень тяжести КН существенно зависит от возраста, наличия сопутствующих заболеваний, повторных инсультов.

В первые 3 мес после инсульта существенное нарушение памяти наблюдается, по данным разных авторов, развитие мнестических нарушений зависит от локализации и степени поражения головного мозга.

Наиболее выраженные КН фиксируются у пациентов, перенесших как первичный, так и повторный инсульт в одном полушарии, что является следствием ограниченности резервных возможностей нейропластичности внутри дифференцированного полушария.

Пациенты с разными стадиями часто сталкиваются с ухудшением памяти (способности к импегнции, ретенции и репродукции информации), существенно осложняющей их повседневную жизнь.

Необходимым условием для восстановления памяти является нормализация кровообращения в головном мозге.

В настоящее время возможности реабилитации пациентов достигли качественно нового уровня, основанные на применении цифровых технологий и нестандартных подходов.

Реабилитационные мероприятия осложняются поведенческими особенностями пациентов, в связи с этим важное значение приобретает психоэмоциональная поведенческая коррекция и избрание адаптированной к конкретному пациенту стратегии реабилитации.

Возможности реабилитации достигли качественно нового уровня, применяются разработки, основанные на применении цифровых технологий и нестандартных подходов.

Так, например, компьютерный реабилитационный когнитивный тренинг базируется на разработке специализированных игровых программ, способствующих восстановлению (улучшению) визуального восприятия, памяти, внимания, разрешению проблемных ситуаций. Учитывая, что нарушение когнитивных функций часто взаимосвязано с постинсультными двигательными ограничениями, оптимальная коррекция КН неразрывно связана с восстановлением двигательной системы, включая мотивацию и планирование движений.

Для восстановления КН эффективными являются методики кинезиотерапии с применением компьютеризированных и роботизированных системных комплексов, а также системы виртуальной реальности. На сегодняшний день системы виртуальной реальности в основном основаны на визуальных эффектах, Разрабатываемые комплексы в принципе могут виртуально создавать не только визуальные эффекты, но и тактильные, обонятельные и иные ощущения.

Комплексная реабилитация с применением физических упражнений когнитивной гимнастики вызывает улучшение кратковременной памяти и внимания, понижает уровень тревожности, благоприятно влияет на психологический статус и качество жизни.

Проведение адекватной терапии и адаптивной комплексной реабилитации после инсульта помогает снизить риск развития или прогрессирования постинсультных КН.

\* \* \*

## **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ С ДИСТАНЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКОЙ НА УРОВЕНЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ**

**Овчинникова А.И.<sup>1</sup>, Погосова Н.В.<sup>2</sup>, Бадтиева В.А.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>ФГБУ «9 Лечебно-диагностический центр» Министерства обороны Российской Федерации, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

**Актуальность.** Повышение физической активности может помочь в профилактике сердечно-сосуди-

стых заболеваний и способствует оздоровлению населения в целом. Регулярная аэробная нагрузка может уменьшить симптомы, связанные с фибрилляцией предсердий (ФП), улучшить качество жизни и работоспособность. Таким образом, усилия, которые предпринимаются по увеличению физической активности среди пациентов с ФП могут улучшить исходы у таких пациентов.

**Цель исследования.** Оценить влияние различных программ кардиореабилитации с дистанционной поддержкой на уровень физической активности у пациентов с ФП после катетерной абляции (КА).

**Материал и методы.** В проспективном рандомизированном контролируемом исследовании у пациентов с пароксизмальной формой ФП после КА оценивалась эффективность 3 различных программ кардиореабилитации с дистанционной поддержкой. Все пациенты были рандомизированы на три группы. В 1-й и 2-й группах вмешательства были проведены программы кардиореабилитации 1 и 2, подразумевавшие однократное профилактическое консультирование и последующую дистанционную 3-месячную поддержку. В рамках программы кардиореабилитации 1 дистанционное консультирование проводилось по телефону, а программа кардиореабилитации 2 подразумевала контакт с пациентом с помощью электронной почты. 3-я группа исследования представляла собой контрольную группу. Длительность периода наблюдения составила 1 год. Оценка уровня физической активности у пациентов с ФП проводилась с помощью короткого международного опросника для определения физической активности International Questionnaire on Physical Activity (IPAQ) исходно и через 12 мес после КА.

**Результаты.** Всего в исследование были включены 135 пациентов с ФП в возрасте от 35 до 79 лет (средний возраст  $57 \pm 9$  лет). Пациенты всех трех групп были сопоставимы по основным демографическим (пол, возраст) и социальным (семейное положение, социально-трудовой статус, уровень дохода) характеристикам. Через 12 мес уровень физической активности оказался выше в обеих группах вмешательства, на что указывают более высокие значения метаболического эквивалента минут ходьбы ( $2042,3 \pm 824,6$  МЕТ-мин/нед в 1-й группе, во 2-й группе —  $1703,5 \pm 707,5$  МЕТ-мин/нед и  $1499,5 \pm 659,1$  МЕТ-мин/нед в группе контроля,  $p=0,004$  для 1-й и 3-й групп) и общего метаболического эквивалента минут нагрузки ( $2677,4 \pm 1084,7$  МЕТ-мин/нед в 1-й группе, во 2-й группе —  $2295,1 \pm 1175,9$  МЕТ-мин/нед и  $1960,1 \pm 713,2$  в группе контроля,  $p<0,001$  для 1-й и 3-й групп) по сравнению с группой контроля. Помимо этого, в обеих группах вмешательства доля больных с высоким уровнем физической активности оказалась значительно выше, чем в группе контроля ( $p<0,005$  для 1-й и 3-й групп и  $p<0,05$  для 2-й и 3-й групп).