

новить связь между постоянным состоянием страха и тревоги. Если пациент попадает в ситуации, в которых у него возникает страх, то симпатoadрэнэповая система включается, тем самым обуславливая формирование сердечно-сосудистых расстройств. Методы терапии должны быть не только медикаментозное лечение, но и психологические методы борьбы.

**Цель исследования.** Коррекция психосоматического статуса у пациентов с метаболическим синдромом.

**Материал и методы.** Были собраны и подвергнуты анализу истории болезни пациентов с целью обнаружения патологических проблем, связанных с психосоматикой. Были обследованы более 185 пациентов. В целом возрастная категория была в рамках от 19 до 66 лет. В исследовании приняли участие 117 мужчин, что составило 63,5% от общего числа и 68 женщин — 36,5%.

**Результаты.** Во время проведения осмотра было выявлено, что особые проблемы были испытаны, когда человек проходил переход от одного этапа к другому. Кроме того, 54,5% опрошенных сказали, что не чувствовали поддержку от членов семьи, в то время как 63,6% сказали, что у них не было достаточного времени на отдых, 81,8% жаловались на малое количество физической нагрузки, а 51,3% отметили, что чувствовали себя истощенно.

Также 55,6% отмечали, что у них были неправильные взаимоотношения внутри семьи, а 41,2% говорили, что родители слишком часто вмешивались в их жизнь, 50,4% рассказали о том, что пережили сильный страх.

**Выводы.** С помощью полученных результатов, можно доказать, что агрессивность и страх являются важными факторами в развитии и течении метаболического синдрома. Когда пациент был в отношениях, протекающих по типу «агрессор—жертва», эти факторы встречались гораздо чаще. Этим можно доказать то, что психосоматические расстройства возникают на фоне определенного поведения.

В результате можно отметить, что существует определенный список психосоциальных факторов, которые играют важную роль в формировании и протекании метаболического синдрома. Стоит брать во внимание такие факторы, как изучении патологии, этиологии, чтобы выбрать правильную тактику лечения для пациента с такой патологией.

\* \* \*

## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ НАРУШЕНИИ МЕТАБОЛИЗМА

Нувахова М.Б.

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

В последнее время получены доказательства, что метаболический синдром (МС) обусловлен наследственным характером. В качестве факторов риска

следует также рассматривать нарушение питания, гиподинамию, эмоциональный стресс, фармакологический прессинг. Люди, предпочитающие вести неактивный образ жизни, но при этом потребляющие большее количество калорий, чем они тратят в повседневной жизни, являются основной категорией, предрасположенной к этому заболеванию. Статистически чаще болеют мужчины, переступившие возрастной порог в 35 лет. У женщин МС чаще диагностируется при наступлении климактерического периода на фоне возникающего гормонального дисбаланса.

Известно, что при МС диагностируются комплексные нарушения метаболизма на фоне изменения адекватной нейроиммуноэндокринной регуляции, что сопровождается разнообразной психосоматической симптоматикой. Для пациентов данной категории характерны следующие жалобы: слабость, адинамия, быстрая утомляемость, потливость, одышка при физических нагрузках, нарушение сна, тревожность, колебания артериального давления, сердцебиения, что связано с повышением функции симпатoadрэнэловой системы у пациентов с МС. В то же время для пациентов с МС характерны и эпизоды депрессивных состояний, что напрямую связано с нарушением, количественного и качественного состава симбионтной микрофлоры кишечника, которая участвует в выработке гормона серотонина, дефицит которого и обуславливает возникновение депрессивных эпизодов. Так, по данным немецких исследователей 98% серотонина синтезируется при участии кишечной микрофлоры, как и естественного релаксирующего гормона гамма-аминомасляной кислоты, дефицит которого при МС обуславливает нарушение сна у данной категории больных. Доказано, что изменения количественного и качественного состава микрофлоры кишечника способствуют нарушению гормональной связи оси кишечник—мозг, которая осуществляется при участии блуждающего нерва, и сопровождается сочетанными нарушениями метаболического статуса на фоне изменения функциональной активности органов и систем организма. Учитывая нарушения психосоматического статуса больного с МС, важная роль отводится тщательной не только клинко-биохимической, но и психоневрологической диагностике с использованием различных шкал и других тестовых методик. Данные пациенты должны обязательно направляться на консультацию психоневролога, рекомендации которого должны учитываться при составлении комплексной лечебно — профилактической программы для пациента с МС.

Таким образом, МС представляет собой междисциплинарную проблему, решение которой требует участия врачей специалистов различного профиля: не только традиционно занимающихся ею эндокринологов, кардиологов, диетологов, но и психоневрологов, гастроэнтерологов, иммунологов. Так как именно сочетанный подход к решению этой проблемы будет

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 (витамино-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 импрегнации, 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.