

в лоханке почек и улучшение показателей почечно-го кровотока. В группе сравнения положительная динамика по показателям УЗИ почек отмечалось лишь у 40,0% детей.

**Вывод.** В результате проведенных исследований эффективность медицинской реабилитации детей с мегауретером с включением селективной хромотерапии составила 86,6%, в группе сравнения — 60,0% ( $p < 0,05$ ).

\* \* \*

## ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НЕЙРОГЕННОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Новикова Е.В.<sup>1—3</sup>

<sup>1</sup>ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия;

<sup>2</sup>Кафедра восстановительной медицины, реабилитации и курортологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>3</sup>Центр детской урологии и репродуктивного здоровья ГБУЗ «ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы», Москва, Россия

**Введение.** Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (НДМП) у детей встречается значительно чаще, чем принято считать. По данным ряда авторов, нарушения акта мочеиспускания, проявляющиеся учащенным мочеиспусканием, urgenными позывами и недержанием, а также энурезом, встречаются у 10% детей. В педиатрической практике НДМП становится значительной проблемой, так как длительно существующая внутрипузырная гипертензия способствует развитию инфекционных осложнений, обструктивной уropатии, хронической болезни почек. Лечебные мероприятия при НДМП направлены на улучшение трофики детрузора, устранение гипоксии и метаболических нарушений в стенке мочевого пузыря, улучшение его резервуарной и эвакуаторной функции.

Перспективным для педиатрии является использование лазерной терапии, обладающей антигипоксическим, спазмолитическим, трофическим действием. Кроме того, в последние годы получены данные о благоприятном влиянии лазерной терапии на тонус детрузора, рефлекторную возбудимость и чувствительность мочевого пузыря по результатам ретроградной цистометрии.

**Цель исследования.** Научное обоснование применения лазерной терапии у детей с НДМП.

**Материал и методы.** Клинические наблюдения и специальные исследования проведены у 20 детей с НДМП, в возрасте от 4 до 9 лет. Основную группу составили 10 детей, получавших лазерную терапию, 10 детей составили группу сравнения (без физиотерапии). Группы формировались методом рандомизации и наблюдались одновременно. Результаты. К концу

курса медицинской реабилитации у 80,0% детей основной группы отмечалось улучшение показателей синдрома гиперактивного мочевого пузыря, в виде снижения числа urgenных позывов, urgenного недержания мочи и поллакиурии. В группе сравнения уменьшение симптомов гиперактивного мочевого пузыря отмечалось в меньшем проценте случаев (60,0%). По данным ритма спонтанных мочеиспусканий у 80,0% детей основной группы отмечалось увеличение среднего эффективного объема мочевого пузыря и снижение числа мочеиспусканий в сутки. В группе сравнения по данным ритма спонтанных мочеиспусканий отмечались однонаправленные сдвиги лишь у 50,0% детей ( $p < 0,05$ ). По данным урофлоуметрии, у большинства детей основной группы (60,0%) отмечалось восстановление скоростных характеристик акта мочеиспускания. В группе сравнения положительная динамика по урофлоуметрии отмечалась лишь у 40,0% детей.

**Вывод.** В результате проведенных исследований эффективность медицинской реабилитации детей с НДМП с включением лазерной терапии составила 80,0%, в группе сравнения — 60,0% ( $p < 0,05$ ).

\* \* \*

## КОРРЕКЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Нувахова М.Б.

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

**Введение.** Под термином «метаболический синдром» принято обозначать определенный состав клинических признаков, которые обычно формируются, если обмен веществ нарушен.

Этиология сводится к тому, что заболевание несет больше наследственный характер, постоянный стресс, неправильный образ жизни, нарушение гормонального баланса. Существуют экзогенные факторы, среди которых: высококалорийная пища, сидячий образ жизни.

Говоря о клинических симптомах, которые появляются у людей, а именно, возникают такие симптомы, характерные сразу для трех заболеваний: сахарного диабета, ожирения, гипертонии. Немаловажную роль в исследовании играют параметры пациента: индекс массы тела, окружность талии, уровень глюкозы в крови. Если говорить об инструментальных способах диагностики, то стоит отметить: УЗИ сердца, измерение артериального давления.

Существует статистика, указывающая на то, что больше, чем 35% населения Европы уже имеет такой синдром.

Если рассматривать процесс формирования синдрома со стороны психосоматики, то можно уста-

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