

При расчете усредненного показателя качества жизни по опроснику SF-36 данный балл у пациентов госпиталя ИОВ составил 42,97 (36,4; 54,25).

Выводы

Таким образом, показано восстановление параметров качества жизни у пациентов с ОНМК, прошедших курс реабилитации, практически по всем показателям его физической и психологической составляющей до средних значений. Однако обращает на себя внимания сложность восстановления ролевого и эмоционального функционирования данного контингента лиц, что требует вовлечения в процесс реабилитации не только медицинского персонала, но и социальных служб, а также ближнего окружения пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулеш, С. Д. Мозговой инсульт: комплексный анализ региональных эпидемиологических данных и современные подходы к снижению заболеваемости, инвалидности и смертности: монография / С. Д. Кулеш. — Гродно: ГрМУ, 2012. — 204 с.

УДК 614.2:616

МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ЭТАПНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Иванцов О. А.¹, Шаршакова Т. М.², Гапанович-Кайдалов Н. В.³

¹Государственное учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

³Государственное учреждение образования

«Университет гражданской защиты Министерства чрезвычайных ситуаций Беларуси»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Система оказания медицинской помощи, в том числе и реабилитации пациентам с инсультом в Республике Беларусь была сформирована в 90-х гг. прошлого века, но в силу развивающейся медицинской науки и внедрения инновационных технологий нуждается в периодическом обновлении и доработке.

В Республике Беларусь разработана этапная система оказания медицинской помощи пациентам с инсультом, предусматривающая помощь на догоспитальном этапе, создание специализированных инсультных отделений или коек в неврологических отделениях, внедрение реабилитационных мероприятий на этом этапе, проведение реабилитации на собственно реабилитационных этапах (приказ МЗ РБ № 188 от 21.06.2000 г.).

В соответствии со стандартизированной технологией длительный процесс реабилитации пациентов с инсультом проводится в несколько этапов, последовательно сменяющих друг друга, обеспечивая непрерывность реабилитационного процесса, который продолжается от 3–6 месяцев до 1–1,5 года в зависимости от исходного состояния, характера и тяжести дефекта, реабилитационного потенциала, успешности его реализации. Разделение всего периода реабилитации на этапы принципиально важно, поскольку на каждом из них решаются конкретные задачи, без реализации которых переход к следующему этапу нецелесообразен.

После оказания специализированной медицинской помощи пациентам с инсультом в условиях медицинского стационара и восстановления витальных функций, необходимым условием восстановления утраченных функций является проведения комплекса реабилитационных мероприятий.

В различных регионах и лечебных учреждениях в отличие от лечения, реабилитация проводится в разном объеме и на весьма отличающихся уровнях. Одной из моделей этапного оказания медицинской помощи пациентам с инсультом (в условиях одного стационара) является уникальная модель, сформированная в Гомельском областном клиническом госпитале инвалидов отечественной войны. Эта модель включает полный стационарный этап с медицинской

реабилитацией и оказанием медицинской помощи пациентам с инсультом (физиотерапевтические процедуры, залы ЛФК, кабинеты: массажный, механо- и эрготерапии, психотерапии, рефлексотерапии, логопеда, а так же фито- и ароматерапии). Данная модель в условиях одного стационара от момента поступления до полного цикла ранней медицинской реабилитации позволяет добиться восстановления утраченных функций при выписке на 15–20 %.

При этом, актуальной проблемой является изучение качества жизни пациентов, прошедших реабилитацию.

Проблема качества жизни нашла свое отражение в трудах специалистов в области экономики, медицины, биологии, политологии, психологии, экологии и др. (Е. В. Давыдова, А. А. Давыдов, П. С. Мстиславский, А. И. Субетто, Т. А. Сулова, А. М. Шкуркин и др.).

Всемирная организация здравоохранения рассматривает качество жизни как общую характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии своего положения в обществе.

Качество жизни человека можно рассматривать с точки зрения возможности его адаптации к окружающему миру; способности выжить, существовать и развиваться в различных экологических и социально-экономических условиях (С. А. Айвазян [1]).

Большое значение имеет психологическая сторона качества жизни, определяемого как характеристика условий существования личности с точки зрения комфортности межличностных отношений, гармоничности развития, уверенности в завтрашнем дне, благополучия и т. п. В русле данного подхода «качество жизни — степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества» (Н.Ю. Сенкевич [2]).

Наиболее часто качество жизни личности рассматривается с позиций отношения человека к своему здоровью («как Вы себя чувствуете, и насколько хорошо справляетесь со своими обычными нагрузками»). Так, например, в исследованиях большое внимание уделяется вопросам качества жизни больных сахарным диабетом (Т. А. Товпик, Т. В. Тохорт), нейрохирургических больных (А. Ф. Смеянович, А. Е. Сапун), больных с обструктивными заболеваниями легких (Т. В. Барановская, Е. И. Давидовская), онкологических больных (А. С. Дудниченко, Л. Н. Дышлевая и др.). Собственно «качество жизни» в данном случае определяется, прежде всего, жалобами больного, его функциональными возможностями, восприятием больным жизненных изменений, связанных с заболеванием, уровнем общего благополучия, общей удовлетворенностью жизнью.

Общепризнанная международная методика оценки качества жизни населения разработана также специалистами ООН. Она предполагает расчет Индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП), показателями которого являются: 1) ожидаемая продолжительность жизни при рождении; 2) достигнутый уровень образования; 3) реальный объем ВВП в расчете на душу населения (в долларах на основе паритета покупательной способности валют).

Цель

Проанализировать возможности использования модели оказания этапной медицинской помощи для повышения качества жизни пациентов, перенесших мозговой инсульт.

Выборочную совокупность исследования составили 350 пациентов учреждений здравоохранения г. Гомеля (две больницы и Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны). Средний возраст опрошенных составил 57,6 лет, 158 мужчин и 192 женщины (таблица 1).

Таблица 1 — Общая характеристика выборочной совокупности

Место проведения исследования	Количество опрошенных	Пол		Средний возраст
		м	ж	
Госпиталь	150	81	69	56,0
Больница	99	44	55	58,4
Больница № 3	101	33	68	59,2
Итого	350	158	192	57,6

Материал и методы исследования

Мы предложили респондентам ответить на вопросы краткого опросника ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF).

На первом этапе исследования мы оценили качество жизни пациентов, перенесших мозговую инсульт, реабилитация которых происходила традиционными методами. На втором этапе мы оценили качество жизни пациентов, перенесших мозговую инсульт, реабилитация которых происходила с использованием модели оказания этапной медицинской помощи. И, наконец, третий этап был посвящен сравнению показателей качества жизни пациентов больниц и госпиталя.

Результаты исследования и их обсуждение

I этап. Анализ эмпирических данных позволил выявить следующие закономерности:

— для объекта «Больница» наиболее низкий средний балл был зафиксирован у женщин (32,3) по показателю RP «Ролевое (физическое) функционирование», а наиболее высокий — у мужчин (57,1) — по показателю SF «Социальное функционирование»;

— для объекта «Больница № 3» наиболее низкий средний балл был зафиксирован у женщин (8,8) по показателю RE «Эмоциональное функционирование», а наиболее высокий — у мужчин (54,6) — по показателю SF «Социальное функционирование».

II этап. Анализ эмпирических данных позволил установить, что для объекта «Госпиталь» наиболее низкий средний балл был зафиксирован у мужчин (19,4) по показателю RP «Ролевое (физическое) функционирование», а наиболее высокий — у мужчин (57,6) — по показателю SF «Социальное функционирование».

III этап. Мы провели сравнительный анализ показателей качества жизни пациентов.

Мужчины. Наиболее низкий средний балл был зафиксирован у мужчин-пациентов больницы № 3 (3) по показателю RE «Эмоциональное функционирование», а наиболее высокий — у мужчин-пациентов госпиталя (57,6) — по показателю SF «Социальное функционирование».

Женщины. Наиболее низкий средний балл был зафиксирован у женщин-пациентов больницы № 3 (8,8) по показателю RP «Ролевое (физическое) функционирование», а наиболее высокий — у женщин-пациентов госпиталя (56,3) — по показателю SF «Социальное функционирование».

Выводы

Предлагаемая уникальная модель оказания комплексной медицинской помощи пациентам с инсультом, реализованная в условиях Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов отечественной войны, предполагающая физиотерапевтические процедуры, занятия в массажных и залах ЛФК, кабинетах механо- и эрготерапии, кабинетах психотерапии, рефлексотерапии и логопеда, а так же кабинетах фито и ароматерапии, позволяет эффективно восстанавливать утраченные функции при выписке.

Сравнение показателей качества жизни пациентов, проходивших реабилитацию в соответствии с предлагаемой моделью в госпитале, и пациентов, проходивших реабилитацию по традиционной методике, позволило сделать **выводы**:

Повседневная деятельность пациентов, проходивших реабилитацию по традиционной модели, значительно ограничена:

— физическим состоянием здоровья (женщины, объект «Больница», показатель RP «Ролевое (физическое) функционирование»);

— эмоциональным состоянием (женщины, объект «Больница № 3», показатель RE «Эмоциональное функционирование»).

Повседневная деятельность мужчин, проходивших реабилитацию в госпитале в соответствии с предлагаемой моделью, хотя и ограничена физическим состоянием здоровья (показатель RP «Ролевое (физическое) функционирование»), сопровождается достаточно высокой социальной активностью — общением, проведением времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе (показатель SF «Социальное функционирование»). При этом, аналогичные выводы об уровне социальной активности можно сделать и относительно женщин, проходивших реабилитацию в Гомельском областном клиническом госпитале инвалидов отечественной войны.

Таким образом, анализ качества жизни пациентов, перенесших мозговую инсульт и проходивших реабилитацию в соответствии с предложенной моделью оказания этапной меди-

цинской помощи, позволяет сделать предварительный вывод об изменении их качества жизни. В частности, можно утверждать, что данная модель, реализованная на базе Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов отечественной войны, способствует повышению социальной активности, возвращению пациентов к относительно нормальным условиям общения и взаимодействия с окружающими людьми.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян, С. А. Интегральные свойства качества жизни населения (моделирование, измерение, информационное обеспечение) / С. А. Айвазян // Проблемы информатизации. — 1999. — № 2. — С. 60–62.
2. Сенкевич, Н. Ю. Качество жизни — предмет научных исследований в пульмонологии (по материалам Международного конгресса ИНТЕРАСТ-МА-98 и 8-го Национального конгресса по болезням органов дыхания) / Н. Ю. Сенкевич // Терапевтический архив. — 2000. — Т. 72, № 3. — С. 36–41.

УДК 616.5-004.1-053.2

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

Ивкина С. С.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Согласно современным воззрениям, системная склеродермия (ССД) — системный склероз — аутоиммунное заболевание с прогрессирующим фиброзом и распространенной сосудистой патологией по типу облитерирующей микроангиопатии, лежащих в основе синдрома Рейно, индуративных изменений кожи, поражения опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Это гетерогенное заболевание с многообразием клинических синдромов.

У детей пик развития болезни приходится на возраст 4–7 лет. Соотношение девочки — мальчики 3:1 [1].

Этиология и патогенез заболевания окончательно не установлены.

Клинические проявления ССД весьма полиморфны. Нередко начальным проявлением является синдром Рейно. Кожные проявления проходят несколько стадий. Заболевание начинается с плотного отека тканей. Далее развивается индурация (уплотнение). В дальнейшем кожа атрофируется, становится блестящей, натянутой гиперпигментированной, с участками депигментации. Особенно это заметно на лице («кисетообразный рот»). По мере уплотнения кожи на кистях рук и пальцах образуются сгибательные контрактуры, рука приобретает вид «птичьей лапы» (склеродактилия, или акросклероз). Заболевание характеризуется поражением и других органов и систем: сердечно-сосудистой, костно-мышечной, пищеварительной, органов дыхания, эндокринной и нервной системы [1, 2].

Ювенильная системная склеродермия характеризуется началом до 16 лет, имеет особенности клиники и течения. Кожный синдром при ювенильной СД представлен часто очаговым поражением, синдром Рейно умеренно выраженный или стертый; большей выраженностью характеризуется суставной синдром, возможно быстрое формирование значительных контрактур. Висцеральная симптоматика может быть весьма скудной, функциональные нарушения внутренних органов отмечаются очень редко. При лабораторном исследовании выявляют изменения показателей воспалительной и иммунологической активности процесса. Особенностью ювенильной СД является преобладание подострого и хронического течения.

У детей чаще встречаются ограниченные формы. Очаговая СД может быть бляшечной, линейной, глубокой подкожной, встречаются атипичные формы. При бляшечной форме первоначально появляется отек, эритема и нарушение пигментации в очаге поражения кожи. Через несколько недель, месяцев центральная часть бляшки утрачивает воспалительный характер, бледнеет и одновременно уплотняется, становится блестящей и сухой из-за отсутствия потоотделения, перестает собираться в складку.