

двусторонний вариант. Перекрестный вариант этого симптома определялся у 2 чел. 6,7% (95% ДИ (0,8–22,4)). По степени выраженности они распределялись: резко выраженный – у 6 чел. 20,0% (95% ДИ (9,1–37,7)), умеренно выраженный – у 16 чел. 53,3% (95% ДИ (36,1–69,8)), слабо выраженный – у 7 23,3% (95% ДИ (11,5–41,2)). У одного 3,3% (95% ДИ (<0,0001 –18,1)) пациента симптом Ласега не определялся.

Заключение

1. В исследованной группе болевые ощущения в поясничном отделе позвоночника беспокоили 96,7% (95% ДИ (81,9–>99,999)) пациентов.

2. На боли в одной нижней конечности указали 76,7% (95% ДИ (58,8–88,5)) обследованных, при этом боль определялась в ноге противоположной стороне действующего компримирующего фактора у 6,7% (95% ДИ (0,8–22,4)) пациентов. У 16,6% (95% ДИ (6,9–34,0)) пациентов болевые ощущения были в обеих ногах.

3. Двигательный дефицит отмечался у 16,7% (95% ДИ (6,9–34,0)) пациентов.

4. Симптомы натяжения (Ласега) отмечались у 96,7% (95% ДИ (81,9–>99,999)) пациентов этой группы, при этом у 13,3% (95% ДИ (4,7–30,3)) пациентов выявлен его двусторонний вариант.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маркин, С. П. Современный взгляд на проблему боли в позвоночнике / С. П. Маркин // Рос. мед. журн. – 2009. – № 11. – С. 15–19.
2. Педаченко, Ю. Е. Стеноз поясничного отдела позвоночного столба / Ю. Е. Педаченко // Укр. нейрох. журн. – 2009. – № 4. – С. 9–14.
3. Symptomatic spinal epidural varices presenting with nerve impingement: report of two cases and review of the literature / С. Н. Wong [et al.] // Spine. — 2003. — V. 28. — P. 347–350.

УДК 616.12-052-036.82

М. Ф. Пальцева¹, И. В. Пальцев², Е. Л. Мазаник³,

Л. А. Кобылко¹, Т. В. Ветошкина¹

¹Учреждение здравоохранения

*«Гомельская университетская клиника –
областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»*

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

³Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА ОСНОВАНИИ АНКЕТИРОВАНИЯ SF-36

Введение

В связи высоким уровнем трудопотерь, ранней инвалидизацией населения и высокой летальностью ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается одной из наиболее актуальных проблем современности. По данным различных эпидемиологических ис-

СЕКЦИЯ

Неврология, нейрохирургия, психиатрия. Медицинская реабилитация

следований, ИБС имеет широкую распространенность во всех странах мира, что делает совершенствование методов лечения и реабилитации пациентов с патологией сердца одной из самых важных составляющих современной науки и обуславливает внимание разных специалистов к данной проблеме.

Одной из самых тяжелых форм ИБС является инфаркт миокарда. Большое значение для больных, перенесших инфарктом миокарда, имеет не только продолжительность жизни, но и ее качество, является не менее важным параметром. Повысить качество жизни могут позволить реабилитационные мероприятия, позволяющие повысить толерантность к физическим нагрузкам, улучшить способности к самообслуживанию, нередко – дающие возможность пациентам вернуться к профессиональной деятельности. Однако оценить изменения в качестве жизни после реабилитации зачастую пациентам может быть достаточно трудно [1, 2, 3].

Существуют различные методы оценки качества жизни, один из наиболее распространенных во всем мире является анкетирование пациентов с помощью опросника SF-36. Данный опросник был разработан John E. Ware в 80-х годах прошлого века на основании крупного исследования исходов заболеваний, проведенного в США. В современной версии опросника SF-36 оценивается 8 факторов качества жизни, отражающих неспецифические параметры качества жизни, наиболее часто измеряемые и наиболее сильно изменяющиеся у пациентов вследствие заболевания и в ходе лечения. Неспецифичность параметров делает опросник пригодным для оценки качества жизни в самых различных исследованиях [4].

Цель

Оценить эффективность реабилитационных мероприятий для пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении реабилитации пациентов кардиологического профиля в УЗ «ГУК-ОГИВОВ».

Материал и методы исследования

В исследование было включено 98 пациентов кардиологического профиля, перенесших инфаркт миокарда, проходивших реабилитационные мероприятия в УЗ «ГУК-ОГИВОВ». Пациенты получали медикаментозное лечение согласно протоколам, утвержденным Минздравом Республики Беларусь, а также комплекс реабилитационных мероприятий, включавших лечебную физкультуру, внутривенное лазерное облучение крови, крайне высокочастотную терапию, дециметроволновую терапию, психологическую реабилитацию.

Все включенные в исследование пациенты дважды заполняли опросник SF-36: первый раз – при поступлении на лечение в стационар, второй раз – после проведенных реабилитационных мероприятий, т.е. перед выпиской из стационара.

В ходе работы была создана электронная база пациентов, в дальнейшем используемая для проведения статистической обработки данных. Сравнительный анализ первичных данных по количественному признаку двух зависимых выборок осуществлялся с помощью теста Вилкоксона. За критический уровень статистической значимости принимали вероятность безошибочного прогноза, равную 95 % ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

По итогам проведенного исследования были получены следующие результаты, которые приведены в таблице 1.

СЕКЦИЯ
Неврология, нейрохирургия, психиатрия. Медицинская реабилитация

Таблица 1 – показатели качества жизни пациентов до и после реабилитации

Показатель		Me	Min	Max	Q1	Q3	p
Физическое функционирование	При поступлении	80	10	100	60	90	0,044
	После реабилитации	80	10	100	65	95	
Ролевое функционирование	При поступлении	70	10	100	25	100	0,039
	После реабилитации	75	10	100	35	100	
Интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься деятельностью	При поступлении	74	22	100	42	100	0,002
	После реабилитации	80	22	100	52	100	
Общее состояние здоровья	При поступлении	60	15	100	50	72	0,048
	После реабилитации	62	20	100	50	75	
Жизнеспособность	При поступлении	65	10	100	50	80	0,175
	После реабилитации	67	10	100	55	80	
Социальное функционирование	При поступлении	87,5	25	100	62,5	100	0,097
	После реабилитации	87,5	12,5	100	62,5	100	
Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование	При поступлении	66,7	10	100	33,3	100	0,372
	После реабилитации	100	10	100	33,3	100	
Самооценка психического здоровья	При поступлении	72	24	100	56	88	0,003
	После реабилитации	76	16	100	64	88	

Как видно из данных, представленных в таблице 1, была получена статистически значимая разница в ответах пациентов по ряду показателей. Было выявлено улучшение физического функционирования и ролевого функционирования, т. е. пациенты отмечали повышение толерантности к физическим нагрузкам, улучшение способности к самообслуживанию, выполнению трудовой и будничной деятельности и т. п. Также после проведенных реабилитационных мероприятий улучшилось общее состояние здоровья пациентов, снизилось влияние заболевания на способность заниматься различными видами деятельности. Кроме того, немаловажным являлось повышение самооценки и улучшение настроения у большинства опрошенных, поскольку данный фактор имеет значение не только для субъективного восприятия, но и хорошего комплаенса пациентов.

По другим параметрам не было выявлено статистически значимых отличий, что может быть обусловлено как их отсутствием, так и недостаточно большой выборкой.

Заключение

С помощью опросника SF-36 была проведена оценка влияния реабилитационных мероприятий на качество жизни пациентов после перенесенного инфаркта миокарда. В ходе исследования были получены достоверные данные, что за время пребывания в стационаре было повышено качество жизни пациентов по ряду показателей, что является несомненным показателем эффективности реабилитации пациентов кардиологического профиля.

Анкета является простым, доступным и валидным опросником для оценки качества жизни. В перспективе определение индивидуальных особенностей состояния здоровья пациента путем анкетирования с помощью опросника SF-36 может помочь разработать персонализированную программу реабилитации для повышения эффективности мероприятий и улучшения качества жизни пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нагибина, Ю. В. Медико-социальные характеристики и качество жизни больных ишемической болезнью сердца / Ю. В. Нагибина, А. Д. Ибатов, Л. А. Захарова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – № 2. – С. 84-87.
2. Оганов, Р. Качество и продолжительность жизни больных стабильной ишемической болезнью сердца: новые возможности улучшения / Р. Оганов // Врач. – 2017. - № 1. – С. 57-60.
3. Бубнова, М. Г. Кардиореабилитация: этапы, принципы и международная классификация функционирования / М. Г. Бубнова, Д. М. Аронов // Профилактическая медицина. – 2020. – № 5. – С. 40–49.
4. Использование опросника SF-36 в оценке эффективности медицинской реабилитации на основе критериев «Международной классификации функционирования, нарушения жизнедеятельности и здоровья» / В. И. Мизин [и др.] // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2020. – № 4. – С. 85-89.

УДК 616.831-005.1:616.24-008.444-037

*Е. В. Сереброва¹, В. В. Данильченко², Е. С. Скачкова²**¹Учреждение образования**«Гомельский государственный медицинский университет»,**²Учреждение здравоохранения**«Гомельская университетская клиника –**областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»**г. Гомель, Республика Беларусь***ФАКТОРЫ РИСКА АПНОЭ ВО СНЕ
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МОЗГА*****Введение***

Основными демографическими факторами, связанным с повышенным риском развития апноэ во сне (АС) в популяции, являются мужской пол и возраст 40–70 лет [1].

К механизмам, предрасполагающим к коллапсу верхних дыхательных путей и уменьшению объема легких у мужчин, можно отнести преимущественно центральный тип ожирения с отложением жира в парафарингеальном пространстве и брюшной полости; большую, чем у женщин, длину дыхательных путей, более высокое критическое давление закрытия и меньшую толерантность к дыхательной нагрузке, а также различия в уровне половых гормонов и скорости метаболических процессов [2, 3]. Уменьшение объема легких за счет снижения эластической тяги, потеря коллагена и пониженный порог пробуждения связанный с патологией сна, снижение эффективности мышц-дилататоров верхних дыхательных путей являются факторами, способствующими развитию нарушений дыхания во сне в пожилом возрасте [2].

Важную роль в развитии АС играет и ожирение: повышенный уровень лептина сопровождается активацией окислительного стресса, отложение жира по центральному типу напрямую влияет на анатомию верхних дыхательных путей, нарушая функцию подбородочно-язычной мышцы и способствуя коллапсу дыхательных путей, а также приводит к снижению функциональной емкости легких [2, 4].

Цель

Изучить роль пола, возраста и ожирения как факторов риска тяжелой степени АС у пациентов в остром периоде инфаркта мозга.