

ЛИТЕРАТУРА

1. История развития кафедры общей врачебной практики / Е. А. Воронко [и др.] // Семейный доктор. — 2013. — № 1. — С. 5–10.
2. *Богуш, Л. С.* Общая врачебная практика в Республике Беларусь: история, развитие и перспективы / Л. С. Богуш // Здравоохранение. — 2016. — № 5. — С. 20–24.
3. *Хулуп, Г. Я.* Общая врачебная практика в Республике Беларусь / Г. Я. Хулуп, Е. А. Воронко, В. З. Русович. — М.: Медицина, 2008. — С. 15–19.
4. *Ростовцев, В. Н.* Мобильная общая врачебная практика / В. Н. Ростовцев // Справочник врача общей практики. — 2017. — № 3. — С. 32–36.

УДК 617.7–007.21–053.1–036.82

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АНОФТАЛЬМОМ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

*Бараш А. Н.^{1,2}, Шаршакова Т. М.¹, Шилова Н. П.³,
Малиновский Г. Ф.⁴, Котович В. О.²*

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная специализированная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь,

³Учреждение здравоохранения

«Клинический родильный дом Минской области»,

⁴Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Удаление глазного яблока (энуклеация, эвисцерация) является тяжелой психологической, моральной и физической травмой для человека. Внезапная потеря зрения оказывает значительное негативное влияние на весь комплекс социального функционирования человека (личного, профессионального, семейно-бытового), затрудняя его последующую реадaptацию к повседневной жизни, нередко приводя к необходимости смены своей профессии и даже к инвалидизации.

Основопологающим фактором, от которого зависит косметический эффект при глазном протезировании, является совместная работа офтальмохирурга и офтальмопротезиста. Формирование качественной опорно-двигательной культы, создание которой после энуклеации/эвисцерации возможно только путем введения в полость глазницы имплантата, позволяет восполнить недостающий объем глазничного органокомплекса. Своевременная пластика глазницы после эвисцерации/энуклеации позволяет повысить социальную активность пациентов с анофтальмом, снизить дополнительные затраты на медицинскую и социальную реабилитацию и повысить качество жизни (КЖ) данной категории пациентов [1–3].

Психологическая поддержка пациентов с анофтальмом крайне необходима, так как повышение КЖ лиц с анофтальмом и слабовидящим является социальной проблемой, касающееся не только офтальмологов, но и работников других медицинских специальностей, сферы образования, а также родственников пациентов и общества в целом. Психологическая помощь необходима, чтобы помочь человеку адаптироваться к новым условиям жизни, выработать умения и навыки, которые позволят ему вернуть самостоятельность и уверенность в своих действиях [2].

Несовершенство глазного протезирования, отказ от формирования опорно-двигательной культы с использованием имплантата, отсутствие психологического консультирования и несовершенство системы реабилитации способствуют формированию своего рода «комплекса

неполноценности» у таких людей. У данной категории лиц в значительной мере снижается КЖ, а это в свою очередь обуславливает необходимость всестороннего изучения медико-социальных последствий, возникающих после глазного протезирования [1–3]. Оценка этих последствий и анализ клинико-социальных факторов, влияющих на КЖ лиц с данной патологией, будет способствовать совершенствованию медико-социальной реабилитации этой категории пациентов.

Цель

Оценить КЖ пациентов с анофтальмом и особенности влияния данной патологии на их социальный статус, положение в обществе и микросоциальной среде.

Материал и методы исследования

Проведено комплексное обследование пациентов с анофтальмом после глазного протезирования, обратившихся в медико-реабилитационную экспертную комиссию, путем изучения клинико-функциональных факторов, влияющих на их КЖ. В исследовании приняли участие 78 человек с данной патологией. Из них мужчин было 74,3 %, женщин — 25,6 %. Возраст пациентов колебался от 14 до 78 лет, средний — 44 года. При этом 65,1 % респондентов находились в трудоспособном возрасте. Большинство обследованных имели среднее, среднее-специальное и высшее образование (89,9 %). 15 % пациентов на момент обследования являлись учащимися средних и высших учебных заведений.

Качество жизни — это субъективный показатель благополучия человека, отражающий его физическое и психическое здоровье, физическую работоспособность и социальную активность. Нами был выбран опросник оценки качества жизни Short Form Medical Outcomes Study (SF-36, 1998), который включает 8 шкал: физическое функционирование, ролевое (физическое) функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье. Опросник SF-36 является одним из наиболее распространенных и валидных, применяется как в популяционных, так и специальных исследованиях во многих странах мира. Вышеперечисленные шкалы группируются в два показателя: «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Физический компонент здоровья включает физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли и общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья состоит из оценок психического здоровья, ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием, социального функционирования и жизненной активности. Результаты представлены в виде оценок в баллах, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Показатель 100 является максимальным и указывает на полное здоровье. Также с помощью опросника Сердюка (1994 г.) оценивалось влияние данной патологии на социальный статус пациента, его положение в обществе и микросоциальной среде. Сбор данных осуществлялся путем анкетирования пациентов прямым способом.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования показали, что причинами, обусловившими необходимость удаления глазного яблока, явились: травма органа зрения — 66 %, онкологические заболевания глаз — 28 %, болящая терминальная глаукома — 4 %, другие причины — 2 %. Среди обследованных 73 % имели III группу инвалидности, 10 % — II группу, 2 % — I группу, 7 % — дети-инвалиды.

Важным для оценки КЖ оказалось функциональное обследование парного глаза. Так, выявлено, что у 49 % протезированных имелись нарушения функций парного глаза, что связано с наличием патологии на этом глазу.

На основе анализа полученных данных были определены количественные характеристики КЖ по шкалам: физическое функционирование — PF (средний уровень) — 64,8 %; ролевое функционирование — RP (средний уровень) — 55 %; интенсивность боли — ВР (выше среднего уровень) — 62 %; общее состояние здоровья — GH (средний уровень) — 52,5 %; жизненная активность — VT (средний уровень) — 54,3 %; социальное функцио-

нирование — SF (выше среднего уровень) — 80,5 %; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием — RE (средний уровень) — 40,6 %; психическое здоровье — MH (средний уровень) — 48,8 %.

Балльная оценка составляющих показателей качества жизни опросника SF-36 пациентов с анофтальмом показала, что наиболее высоко оцениваются шкалы социального функционирования и интенсивность боли (как ее отсутствие), наиболее низко оцениваются шкалы: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. Мужчины имеют лучшие показатели КЖ по всем шкалам опросника по сравнению с женщинами ($p < 0,05$). Показатели КЖ оценивались выше среднего уровня пациентами моложе 35 лет независимо от пола.

При оценке жизнедеятельности с помощью опросника Сердюка у пациентов после глазного протезирования были выявлены следующие результаты: ограничение ощущения силы и энергии (чувство слабости, немощности, снижение работоспособности) — 70 %, ограничение в удовольствиях (еда, гости, развлечения) — 61 %, ухудшение отношения к пациенту на работе (плохое отношение сотрудников) — 31 %, ограничение свободного времени (много времени уходит на лечение, больницы) — 52,5 %, ограничение карьеры (сложности занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру) — 64 %, снижение физической привлекательности (считают себя некрасивыми, неприятными для окружающих) — 70 %, формирование чувства ущербности (болезнь сделала несчастным, заставляет чувствовать себя не таким, как все) — 58 %, ограничение общения (болезнь мешает общаться с окружающими) — 44 %, материальный ущерб (трата средств на лечение, нет возможности больше зарабатывать) — 67 %.

Данные опроса показали, что из-за наличия зрительного дефекта 51 % лиц трудоспособного возраста не могут трудоустроиться, 49,6 % вынуждены были сменить профессию и у 66,7 % снизилась квалификация. Анализ структуры обращаемости показал: число повторных обращений составило 77 %, в том числе с целью составления индивидуальной программы реабилитации — 51 %, для оформления трудовых рекомендаций — 38 %.

Исследование показало, что удаление глазного яблока является тяжелой психологической, моральной и физической травмой для пациентов, особенно женщин и детей. Значительно осложняется адаптация человека, лишённого глаза к окружающей среде, ограничивается возможность выбора профессии, часто утрачиваются профессиональные навыки. Кроме того, наличие косметического дефекта, инвалидизирующая патология, наличие сопутствующих заболеваний, неблагоприятные отношения на работе и дома, утрата профессиональных навыков, невозможность трудового устройства или нерациональное трудовое устройство являются факторами, значительно влияющими на КЖ лиц с анофтальмом. Это свидетельствует о высокой значимости для пациентов влияния данной патологии на сферы жизнедеятельности и его социальный статус, самооценку.

Полученные данные можно рассматривать, как «мишени» или «точки приложения» для психотерапевтического воздействия в процессе медико-социальной реабилитации для каждого пациента индивидуально.

Для повышения эффективности реабилитационных мероприятий лиц, перенесших глазное протезирование, и для решения широкого спектра проблем психологического и социального содержания, возникающих в связи с энуклеацией/эвисцерацией и ношением протеза, проведение лечебных мероприятий целесообразно сочетать с методами психологической коррекции и психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шамрей, Д. В. Оценка качества жизни и социально-психологического статуса пациентов после органосохраняющих операций, выполненных по поводу тяжелой травмы глаза / Д. В. Шамрей, Э. В. Бойко // Актуальные проблемы офтальмологии: сб. науч. работ VI Всерос. науч. конф. молодых ученых с участием иностран. специалистов / под ред. Х. П. Тахчиди. — М., 2011. — Режим доступа: <http://www.eyepress.ru/article.aspx?9303>. — Дата доступа: 16.04.2017.
2. Рыжов, В. А. Влияние индивидуального глазного протезирования на качество жизни больных с анофтальмом и субатрофией глазного яблока: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.08 / В. А. Рыжов. — Уфа, 2003. — 128 с.
3. Медико-социальные проблемы офтальмопротезирования / М. И. Разумовский [и др.] // Медико-соц. экспертиза и реабилитация. — 2014. — № 2. — С. 50–53.