

СЕКЦИЯ «НЕВРОЛОГИЯ. НЕЙРОХИРУРГИЯ. РЕАБИЛИТАЦИЯ»

УДК 616.831-005.5-009.7-036.82:004

О. Ю. Алёхна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ КРОВОБРАЩЕНИЯ МОЗГА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВИРТУАЛЬНОЙ РЕАЛЬНОСТИ

Введение

Инсульт – важнейшая медико-социальная проблема во многих странах, вследствие высоких цифр заболеваемости и смертности, характеризующаяся острым нарушением кровообращения в головном мозге с отмиранием тканей и нарушением функций нервной системы [1]. Последствия инсульта касаются многих систем организма, но особое внимание отводится неврологическим нарушениям, а именно, двигательным, чувствительным, зрительным, когнитивным и речевым. У 55–75 % пациентов, перенесших инсульт, в большинстве случаев отмечаются двигательные нарушения, которые существенно снижают качество их жизни. У 28–40 % постинсультных пациентов, имеющих долговременную выживаемость, отмечается клиническая депрессия и тревога [2].

К одним из новейших методов реабилитации пациентов с постинсультной болью относят виртуальную реальность (VR), которая, на сегодняшний день, получает все большее распространение. VR – относительно новая техника взаимодействия человека с компьютером, при которой человек является активным участником виртуального мира. При этом сочетаются такие разнообразные процессы, как мотивация, моторный контроль, мыслительные процессы и обучающие механизмы, основанные на биологической обратной связи. VR оказывает многомодальное действие на различные сенсорные системы организма (к примеру, на зрительную, слуховую, вестибулярную и проприоцептивную), в одно и то же время. Результаты многих исследований доказывают эффективность виртуальной реальности как нефармакологического способа снижения болевого синдрома у постинсультных пациентов. Результат достигается вследствие того, что психологический фактор оказывает большое влияние на восприятие чувства боли. К преимуществам такого метода реабилитации относят отсутствие побочных эффектов, в отличие от обезболивания лекарственными препаратами [3].

Цель

Оценить гендерные особенности качества жизни пациентов с постинсультной болью после медицинской реабилитации с использованием VR.

Материал и методы исследования

Обследование проводилось в отделении постинсультной реабилитации Гомельской университетской клиники. Обследовано 39 пациентов (средний возраст – $61,1 \pm 10,7$ лет), из них 26 мужчин и 13 женщин. У всех пациентов имелся инфаркт головного

мозга с локализацией в различных сосудистых бассейнах: правый каротидный бассейн – 13 пациентов (33,3 %), левый каротидный бассейн – 18 случаев (46,2 %), вертебробазиллярный бассейн – 8 (20,5 %). Всем пациентам проводились тренировки с использованием системы виртуальной реальности «Вирлеки».

Для объективизации показателей качества жизни пациентов после инсульта был использован опросник SF-36. Опросник оценки качества жизни пациента SF-36 состоит из 36 пунктов сгруппированных в восемь шкал: физическое функционирование (Physical Functioning – PF), ролевая деятельность (Role-Physical Functioning – RP), телесная боль (Body pain – BP), общее здоровье (General Health – GH), жизненная активность (Vitality – VT), социальное функционирование (Social Functioning – SF), эмоциональное состояние (Role-Emotional – RE) и психическое здоровье (Mental Health – MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью компьютерной программы Statistica 12.0 (Statsoft, США). Количественные данные были представлены: в случаях несоответствия закону нормального распределения — в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25-й (LQ); 75-й (UQ) перцентили). При сравнении показателей независимых выборок использовали U-критерий Манна – Уитни. Критический уровень значимости, принятый при проверке статистических гипотез – $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При обследовании пациентов были установлены следующие параметры качества жизни: физическое функционирование – 45,0 (20,0; 85,0) баллов, ролевая деятельность – 0 (0; 50,0) баллов, телесная боль – 64,0 (41,0; 84,0) баллов, общее здоровье – 50,0 (42,0; 65,0) баллов, жизненная активность – 50,0 (35,0; 65,0) баллов, социальное функционирование – 62,5 (50,0; 75,0) баллов, эмоциональное состояние – 0 (0; 100,0) баллов и психическое здоровье – 64,0 (44,0; 76,0) баллов.

У мужчин после инсульта установлены следующие баллы оценки качества жизни: физическое функционирование – 55,0 (40,0; 85,0) баллов, ролевая деятельность – 0 (0; 50,0) баллов, телесная боль – 71,0 (42,0; 100,0) баллов, общее здоровье – 50,0 (42,0; 65,0) баллов, жизненная активность – 52,5 (40,0; 70,0) баллов, социальное функционирование – 62,5 (50,0; 75,0) баллов, эмоциональное состояние – 16,7 (0; 100,0) баллов и психическое здоровье – 68,0 (44,0; 76,0) баллов.

У женщин после инсульта выявлены указанные параметры оценки качества жизни: физическое функционирование – 25,0 (20,0; 50,0) баллов, ролевая деятельность – 0 (0; 0) баллов, телесная боль – 41,0 (41,0; 74,0) баллов, общее здоровье – 50,0 (45,0; 60,0) баллов, жизненная активность – 42,5 (30,0; 57,5) баллов, социальное функционирование – 62,5 (37,5; 75,0) баллов, эмоциональное состояние – 0 (0; 66,7) баллов и психическое здоровье – 56,0 (42,0; 72,0) баллов.

При сравнении показателей качества жизни у мужчин и женщин установлена значимая разница по такому параметру как физическое функционирование ($p = 0,05$) с более низким уровнем у женщин. По такому показателю как телесная боль выявлена тенденция к различию показателей с более выраженным болевым синдромом у женщин ($p = 0,08$).

По остальным параметрам статистически достоверной разницы получено не было.

Выводы

Таким образом, выявлено гендерное различие таких параметров качества жизни как физическое функционирование и телесная боль, с худшими показателями у женщин в

виде более выраженного болевого синдрома и плохого физического функционирования. Это необходимо учитывать при проведении медицинской реабилитации с подбором индивидуальной программы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Евтушенко, С. К. Новые факторы риска развития инсульта у лиц молодого возраста / С. К. Евтушенко, Д. А. Филимонов, И. С. Евтушенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2015. – № 115(12–2):3–12. – С. 1–6.
2. Клинико-anamнестические данные, влияющие на исход реабилитации в виртуальной реальности у пациентов, перенесших церебральный инсульт / М. А. Шурупова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2021. – № 121(12–2) – С. 33–40.
3. Применение технологии виртуальной реальности для лечения болевого синдрома у детей / М. А. Шурупова [и др.] // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2020. – № 4 – С. 19–29.

УДК 616.89-008.46/47-052:616.831-005.8

А. А. Горшкова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Введение

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, которое вызывает повреждение и гибель ткани головного мозга (нервных клеток). Инсульт еще называют сосудистой катастрофой, которая возникает в результате нарушения анатомического строения сосудов или вследствие других сосудистых заболеваний.

Инсульт является второй наиболее распространенной в мире причиной смерти после ишемической болезни сердца и основной причиной приобретенной инвалидности во взрослом возрасте, причем более половины пациентов остаются физически зависимыми после инсульта и примерно две трети имеют остаточный неврологический дефицит через пять лет после инсульта [1, 2].

Под термином «когнитивные» (познавательные), как правило, подразумеваются наиболее сложные функции головного мозга, участвующие в процессе рационального познания мира [3, 4]. К когнитивным функциям относится память (способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить нужную информацию), речь (способность к вербальной коммуникации как в устной, так и в письменной форме), праксис (способность приобретать, сохранять и использовать какие-либо двигательные навыки), гнозис (способность распознавать и интегрировать чувствительные образы различных модальностей), а также управляющие функции (способность контролировать свою познавательную деятельность и поведение). К управляющим (регуляторным, исполнительным) функциям тесно примыкает понятие «интеллект», суть которого в узком смысле заключается в способности к вынесению суждений и логических умозаключений. Нередко в качестве самостоятельной функции также выделяют внимание, произвольное и непроизвольное.

Проблема цереброваскулярной патологии, а особенно ишемического инсульта, является весьма актуальной. В Беларуси заболеваемость инсультами в 2–2,5 раза выше, чем в европейских странах. Инсульт занимает третье место среди причин смерти и первое среди причин инвалидности. В острой стадии болезни погибают 25–30 % пациентов, к