

Установлено, что у пациентов с постинсультным болевым синдромом произошло значимое улучшение физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим и психическим состоянием, физического компонента здоровья и снижение интенсивности болевого синдрома.

Выводы

Показана эффективность комплекса медицинской реабилитации с использованием мультимодального эфферентного воздействия в плане улучшения качества жизни у пациентов с постинсультным болевым синдромом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смычек, В. Б. Реабилитация больных и инвалидов / В. Б. Смычек. – Москва : Медицинская литература, 2009. – 560 с.
2. Белова, А. Н. Нейрореабилитация / А. Н. Белова, С. В. Прокопенко. – Москва, 2010. – 1288 с.

УДК 616.831-005.5-036.82

В. В. Федоров¹, Н. Н. Усова²

¹Учреждение здравоохранения

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

²Учреждение образования

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

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАННЕМ И ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Введение

Цереброваскулярные болезни остаются одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. По данным многочисленных исследований, одно из ведущих мест в структуре тяжелых, приводящих к инвалидности заболеваний, занимает инсульт.

В Гомельской области первичная заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения колеблется от 4,5 тыс. до 5 тыс. случаев в год. Полученные данные позволяют прогнозировать загруженность специалистов реабилитационной бригады и востребованность реабилитационных технологий. В настоящее время проведение ранней медицинской реабилитации является одним из главных стратегических направлений в процессе восстановления пациентов перенесших инсульт [1–5].

Цель

Оценить эффективность медицинской реабилитации в раннем и позднем восстановительном периоде острого нарушения мозгового кровообращения.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе отделения ранней медицинской реабилитации постинсультных больных, в котором приняли участие 64 пациента в раннем (до 3-х

СЕКЦИЯ

Неврология, нейрохирургия, психиатрия. Медицинская реабилитация

месяцев от момента развития инсульта) и 48 человек в позднем (от 6 до 12 месяцев) восстановительном периоде острого нарушения мозгового кровообращения. Средний возраст пациентов составил $62,7 \pm 2,5$ лет.

Анализ наиболее распространенных проблем пациентов с инсультом показал, что чаще всего наблюдались двигательные, психо-эмоциональные и когнитивные нарушения, а так же нарушения речи. Оценка двигательных функций в отделении медицинской реабилитации осуществлялась по стандартизированным шкалам: шкала комитета медицинских исследований для оценки мышечной силы; оценка степени спастичности по модифицированной шкале Ашфорт; оценка по шкале функциональные категории ходьбы; Ноттингемский индекс активности повседневной жизни. Для оценки эмоционально-личностной сферы и когнитивной функции использовались методы клинической беседы, опросник САН (самочувствие, активность, настроение), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), опросник MMSE. Эффективность медицинской реабилитации оценивалась по изменению выраженности функциональных нарушений до начала проведения стационарного курса восстановительного лечения и после его завершения.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что двигательные нарушения наблюдались у 83 (74,1 %) пациентов, завершивших медицинскую реабилитацию. Из них гемиплегия и резко выраженный гемипарез наблюдался у 9 (8,0 %) чел., выраженный – у 41 (36,6 %), умеренный – у 31 (27,7 %) и легкий – у 2 (1,8 %) пациентов. Для постинсультных гемиплегий и гемипарезов, наряду со снижением силы и ограничением объема активных движений, отмечалось характерное изменение мышечного тонуса. Особенностью изменения мышечного тонуса в раннем восстановительном периоде по нашим наблюдениям, являлось более частое (15 чел. – 13,4 %) снижение мышечного тонуса в паретичных конечностях, в то время, как у всех пациентов в позднем восстановительном периоде инсульта преобладал спастический тип нарушения мышечного тонуса.

Психо-эмоциональные и когнитивные нарушения наблюдались у 59 (52,7 %) пациентов, завершивших стационарный курс медицинской реабилитации, с равной частотой встречаемости у лиц, как в раннем, так и в позднем восстановительном периоде. С клинической точки зрения состояние пациентов, как правило, определялось как расстройство адаптации в форме кратковременной депрессивной реакции (F43.20), смешанной тревожно-депрессивной реакции (F43.22), органического тревожного расстройства (F06.4), органического депрессивного расстройства (F06.32). Когнитивные нарушения, выходящие за пределы возрастной нормы, но еще не достигшие уровня деменции встречались у 19 (17 %) пациентов.

После проведенного курса комплексной реабилитации у пациентов в раннем восстановительном периоде было отмечено улучшение психо-эмоциональных нарушений у 38 (33,9 %) чел., когнитивных – у 7 (6,3 %) чел., двигательных – у 36 (32,1 %) пациентов.

У пациентов в позднем восстановительном периоде было отмечено улучшение психо-эмоциональных нарушений у 6 (5,4 %) чел., когнитивных у 2 (1,8 %) чел., двигательных у 12 (10,7 %) пациентов.

Выводы

При оценке эффективности реабилитации у пациентов перенесших инсульт было выявлено, что наибольшая динамика достигнута в восстановлении пациентов в раннем восстановительном периоде после перенесенной мозговой катастрофы.

В большей степени достигнута динамика в восстановлении психо-эмоциональных и двигательных нарушений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смычек, В. Б. Реабилитация больных и инвалидов / В. Б. Смычек. – Москва: Медицинская литература, 2009. – 560 с.
2. Белова, А. Н. Нейрореабилитация / А. Н. Белова, С. В. Прокопенко. – Москва, 2010. – 1288 с.
3. 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.
4. Evers, S. M. Economic evaluation in stroke research: A systematic review / S. M. Evers, A. J. Ament, G. Blaauw // Stroke. – 2000. – Vol. 31, № 5. – P. 1046–1053.
5. Epstein, D. The hospital cost of care for stroke in nine European countries / D. Epstein, A. Mason, A. Manca // Health Economics. – 2008. – № 17, Suppl. 1. – P. 21–31.

УДК 616.89-08-036.8

Н. В. Хмара, Т. П. Пицко, В. А. Ермоленко, Я. В. Цвирко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПСИХОТЕРАПИЯ, СЛОЖНОСТИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ, ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Введение

Психотерапия активно развивается, расширяются показания к применению данного вида помощи. Но, несмотря на активное развитие этого вида помощи, процесс оценки ее эффективности остается открытым.

В 1952 г. ярым противник психотерапии Г. Айзенк в своем мета-анализе сделал вывод об отсутствии эффекта от психотерапии. Однако, в этой же работе было установлено, что эффект после 15 сессий психотерапии приблизительно равен состоянию, возникающему через два года без лечения, автор назвал его «спонтанным выздоровлением» [1]. Таким образом, Г. Айзенком было показано, что использование психотерапии снижает время страдания, указывая, что психотерапевтические методы эффективны. Развитие данного научного вопроса привело к пониманию, что в современных условиях психотерапевту необходимо обладать навыками оценивания и исследования, поскольку, лишь оценивая и анализируя, можно прийти к правильному пониманию и совершенствованию своей практической работы [2].

К наиболее достоверным исследованиям в оценке эффективности терапии относят: рандомизированные исследования (оценка процесса терапии) и оценку случая.

Однако, «организация и осуществление хорошо контролируемых исследований психотерапии исключительно трудны» в том числе «из-за хрупкости и интимности психотерапевтической ситуации» [3].

По нашему мнению, одним из наиболее простых методов оценки эффективности психотерапевтической работы является «метод шкалирования достижения целей» [1]. Суть данного метода заключается в том, что 1) клиент и терапевт выделяют цели тера-