

ЛИТЕРАТУРА

1. Нуклеопластика как эффективный минимально инвазивный метод лечения протрузий межпозвоноковых дисков поясничного отдела / К. В. Тюликов [и др.] // Здоровье. Медицинская экология. Наука. — 2012. — № 1–2. — С. 121–122.
2. *Finnesson, B. E. Lumbar Disc Excision. Operative Neurosurgical Technoques: indications, methods, and results* / B. E. Finneson // Eds. H. H. Schmidek, W.H. Sweet. — 3rd edition. — P. 1905–1923.

УДК 616.8-008.6-071.1:[613.94+614.2]

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Линков М. В.¹, Усова Н. Н.², Зайцева Е. Ю.¹

¹Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»,

²Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), неврологическими нарушениями в мире страдают сотни миллионов человек, из них более 50 миллионов страдают эпилепсией, 47,5 миллионов — деменцией, чуть более 10 % населения нашей планеты страдает мигренью [1]. Среди неврологических заболеваний подавляющее большинство (например, вертеброгенная патология с хроническим болевым синдромом, последствия острых нарушений мозгового кровообращения с нарушениями функции передвижения и самообслуживания, хроническая ишемия мозга, приводящая к прогрессированию когнитивных нарушений, эпилепсия с генерализованными судорожными приступами и многие другие нозологии) являются хроническими, инвалидизирующими, значимо влияющими на качество жизни пациентов, что прежде всего отражается в субъективной оценке уровня собственного здоровья. Однако зачастую достоверно определить степень этого влияния не предоставляется возможным. Термин «здоровье», по данным ВОЗ, трактуется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов. Определение состояния здоровья пациента для оценки эффективности его терапии является важным аспектом в работе практикующего невролога, особенно учитывая тот факт, что субъективная оценка неврологическими пациентами состояния своего здоровья, получаемая во время сбора жалоб на неврологическом амбулаторном приеме, зачастую может быть объективно недостоверной.

Цель

Объективно оценить состояние здоровья амбулаторных пациентов с неврологической патологией при помощи опросника EQ-5D-3L.

Материалы и методы исследования

Одним из самых быстро выполнимых и наиболее точных методов оценки качества жизни, связанного с состоянием здоровья, является тестирование пациентов с помощью опросника EQ-5D-3L [2,3]. Он состоит из двух частей: в первой пациент оценивает социальные составляющие качества жизни на сегодняшний день (способность к передвижению, уходу за собой, повседневной активности, наличие болевого синдрома, тревоги или депрессии), при этом в качестве оценки используются баллы от 1 до 3, где максимальный балл присваивается более выраженной степени нарушения. Во второй части

опросника (EQ VAS) пациент при помощи визуальной аналоговой шкалы от 0 до 100 оценивает субъективное состояние своего здоровья также на день исследования.

С помощью опросника EQ-5D-3L обследованы 58 пациентов, средний возраст которых составил — $54,8 \pm 16$ лет, из них 22 мужчины, 36 женщин, обратившихся на амбулаторный неврологический прием в ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Оценка полученных результатов выполнена с помощью пакета прикладных программ Excel и «Statistica» 12.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Принимая во внимание тот факт, что по данным опросника EQ-5D-3L при отсутствии жалоб на состояние здоровья, социальный профиль здоровья пациента выглядит как «11111», что соответствует абсолютной норме, а при наличии выраженного нарушения — «33333», между которыми существует 243 возможные комбинации социальных профилей здоровья, нами была проведена суммация баллов по каждому из критериев качества социального здоровья и перевод полученных значений в процентный эквивалент социального здоровья, где за 100 % (абсолютная норма) была принята сумма баллов по опроснику равная 5, а за 0 % (абсолютная патология) — сумма баллов, равная 15.

Все пациенты, согласно их жалобам на амбулаторном приеме и клиническому диагнозу, были разделены на следующие группы: с дистальными диабетическими полиневропатиями — 14 человек, средний возраст — $58,2 \pm 15$ лет, из них 7 мужчин, 7 женщин; с неврологическими проявлениями дегенеративных заболеваний позвоночника — 52 человека, средний возраст — $55,9 \pm 17$ лет, из них 19 мужчин, 33 женщины; с хронической ишемией мозга и острыми нарушениями мозгового кровообращения в анамнезе — 15 человек, средний возраст — $69,2 \pm 15$ лет, из них 4 мужчины, 11 женщин; с мигренью — 2 пациента. С учетом коморбидности, часть пациентов (21 человек) вошли сразу в несколько нозологических групп.

В группе пациентов с неврологическими проявлениями дегенеративных заболеваний позвоночника показатели уровня здоровья по EQ VAS составили $56,8 \pm 19\%$ с хронической ишемией мозга и острыми нарушениями мозгового кровообращения в анамнезе — $44,7 \pm 15\%$, с дистальными диабетическими полиневропатиями — $43,9 \pm 18\%$, у пациентов с коморбидной патологией — $45,5 \pm 16\%$.

Уровень здоровья по EQ VAS у пациентов без депрессии или тревоги (1 балл) составил $73 \pm 10\%$, с умеренной депрессией или тревогой (2 балла) — $49,8 \pm 14\%$, с выраженной депрессией или тревогой (3 балла) — $35,5 \pm 12\%$.

Болевой синдром или дискомфорт в той или иной степени по данным опросника EQ-5D-3L испытывали абсолютно все обследуемые пациенты.

Среди всех опрошенных пациентов процентные индивидуальные показатели уровня здоровья по EQ VAS совпали с социальными с разницей в 10 % только у 34 человек (59 % респондентов). При этом 19 пациентами (33 % опрошенных) индивидуальные показатели уровня здоровья оценены более чем на 10 % ниже социальных, а уровень испытываемой тревоги или депрессии этими пациентами по данным опросника EQ-5D-3L составил $1,7 \pm 1$ балл.

Выводы

Наименьшие субъективные показатели уровня здоровья по данным EQ VAS продемонстрировали пациенты с диабетической полиневропатией, хронической ишемией мозга и коморбидной патологией. При этом, чем выше уровень депрессии или тревоги у пациента, тем ниже его субъективная оценка собственного здоровья.

По результатам нашего исследования, в каждом третьем случае субъективная оценка пациентами состояния своего здоровья была ниже, чем уровень здоровья по социальным показателям, что позволяет судить о необходимости применения в клинической практике

опросника EQ-5D-3L с целью определения эффективности проведенной терапии путем комплексной оценки качества уровня жизни пациента до и после лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Всемирная Организация Здравоохранения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.who.int/features/qa/55/ru/>. — Дата доступа: 23.09.2020.
2. EuroQol Research Foundation [Electronic resource]. — Mode of access: <https://euroqol.org/publications/user-guides/>. — Date of access: 25.09.2020.
3. Rabin, R. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group / R. Rabin, F. De Charro // Ann. Med. — 2001. — Vol. 33, № 5. — P. 337–343.

УДК 616.379-008.64:616.85-08-052

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ

Лобан Д. С., Бычик М. А., Усова Н. Н.

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

Введение

Диабетическая полинейропатия (ДПНП) — одно из самых распространенных осложнений сахарного диабета (СД). Бессимптомное течение ДПНП среди пациентов СД достигает 75 % случаев. В связи с этим все пациенты, страдающие СД, должны регулярно подвергаться клиническому неврологическому обследованию с целью выявления ранних симптомов поражения периферических и вегетативных нервов и проведения патогенетической терапии [1]. Особенности клинически различных форм и проявления полинейропатии (ПНП) в разном возрасте затрудняют их раннюю достоверную инструментальную доклиническую электродиагностику [2]. Поражения периферической нервной системы в форме ПНП занимают второе место в структуре заболеваний периферической нервной системы [3]. Распространенность СД, частота развития ДПНП и ее осложнений обуславливают необходимость дальнейшего изучения этой проблемы, разработки алгоритмов диагностики и ведения пациентов с данной патологией.

Цель

Изучить клинико-anamnestические особенности пациентов с диагнозом диабетическая полинейропатия нижних конечностей дистальная сенсомоторная форма в зависимости от значения нейропатического дисфункционального счета (НДС).

Материалы и методы исследования

Изучено 55 медицинских карт пациентов, с заключением врача-подотерапевта кабинета «Диабетическая стопа» в учреждении «Гомельский областной эндокринологический диспансер» с диагнозом диабетическая полинейропатия нижних конечностей дистальная сенсомоторная форма. Проведен анализ литературных данных, медицинской документации, заключений УЗИ сосудов нижних конечностей, биохимических показателей крови, количественной оценки выраженности симптомов нейропатии, оценки неврологического статуса нижних конечностей. Данные обработаны статистически. Так как распределение данных большинства изученных параметров не соответствовало нормальному закону, данные представлены в виде медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q_{25} и Q_{75}); среднего арифметического и ошибки среднего арифметического ($M \pm m$). Результаты статистически значимы при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты были разделены на три группы, в зависимости от выраженности шкалы НДС (Нейропатический Дисфункциональный Счет), отражающей степень клинических