

ГОМЕЛЬ 2016

**Министерство здравоохранения
Республики Беларусь
УО «Гомельский государственный
медицинский университет»**

**Материалы VI Международной
научно-практической конференции
«СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ПРОДВИЖЕНИЮ
ЗДОРОВЬЯ»**

**13 октября 2016 года
Гомель**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОДВИЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ

**Материалы VI Международной
научно-практической конференции
(Гомель, 13 октября 2016 года)**

Выпуск 6

**Гомель
ГомГМУ
2016**

После окончания обучения в данной «Школе здоровья» пациенты должны уметь:

- применять полученные знания для самоконтроля за состоянием здоровья;
- вести дневник пациента;
- проводить самооценку и контроль за уровнем артериального давления и основными факторами, влияющими на течение заболевания;
- следовать назначениям врача, не заниматься самолечением;
- применять средства доврачебной помощи и самопомощи;
- контролировать вес тела;
- контролировать основные факторы риска возможных осложнений АГ;
- для курящих пациентов — принять решение бросить курить, уменьшить вред курения на собственное здоровье и здоровье окружающих;
- контролировать уровень стресса, стрессовое поведение и отношение к нему;
- использовать все возможное и зависящее от самого пациента для повышения приверженности к лечению, соблюдению рекомендаций врача, оздоровлению.

Таким образом, проведение обучения пациентов с гипертонической болезнью в «Школах здоровья» позволяет не только информировать граждан об основных факторах риска развития и прогрессирования артериальной гипертонии, о современных медикаментозных и немедикаментозных методах лечения АГ, но и способствует повышению эффективности проводимой профилактики, снижению прогрессирования заболевания и уменьшает риск возникновения серьезных осложнений гипертонической болезни (инсульта, инфаркта миокарда и др.), которые могут привести к инвалидности пациентов и летальным исходам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник материалов XII Всероссийского конгресса «Артериальная гипертония 2016: итоги и перспективы» (РФ, г. Москва, 23–25 марта 2016 г.). — М., 2016. — 65 с.
2. Координация деятельности службы медицинской профилактики и Центров здоровья (опыт Московской области) / С. М. Крошнин [и др.] // Главный врач. — 2012. — № 5. — С. 38–41.
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
4. Школа здоровья. Артериальная гипертония: рук-во для врачей / под ред. Р. Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 192 с.

УДК 616.831-005.1-036.82-036.868

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

Ярош А. С., Степенкова Д. В., Голован С. А.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Мозговой инсульт продолжает оставаться второй по частоте встречаемости причиной смертности и наиболее распространенной причиной инвалидности. Несмотря на многолетние традиции реабилитации постинсультных пациентов и большое количество применяемых методов, по данным А. Я. Каплан уровень восстановления минимум одной трети пациентов, перенесших мозговой инсульт, нельзя считать достаточным [1].

Часто для оценки эффективности медицинской реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт, применяется лишь оценка регресса неврологического дефицита, при этом известно, что нередко субъективное восприятие пациентом собственного состояния существенно отличается от объективной картины, что связано с его психологическими установками, активностью, отношением к заболеванию, вовлеченностью в реабилитационный процесс.

Понятие качества жизни (КЖ), по данным разных авторов, включает: удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием; способность функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни в различных аспектах, также КЖ определяется тем, насколько болезнь не позволяет пациенту жить так, как он хотел бы [2].

Инсульт приводит к существенному изменению физического, психологического, социального и психоэмоционального состояния пациента, что негативно влияет на уровень многих показателей качества жизни [3]. Частое сочетание неврологической и кардиологической патологии обуславливает длительное пребыванием в стационаре, что способствует развитию ипохондрических и кардиофобических синдромов, что, в свою очередь, еще больше снижает качество жизни.

Объектом нашего исследования были 57 пациентов, прошедших курс медицинской реабилитации в УЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации». Пациенты были разделены на две группы: клиническую и контрольную

В клиническую группу входили 34 пациента, перенесшие полушарный инсульт, имеющие в анамнезе инфаркт миокарда, из них 26 мужчин и 8 женщин, их возраст — $61,1 \pm 5,9$ года. Комплексная реабилитационная программа для них включала фототерапию поляризованным полихроматическим светом на область глазниц, арт- и ароматерапию.

Контрольная группа представлена 23 пациентами, перенесшими полушарный инсульт, имеющими в анамнезе инфаркт миокарда, из них 18 мужчин и 5 женщин в возрасте $60,0 \pm 8,9$ года, которым проводились общепринятые реабилитационные мероприятия.

Нами был исследован уровень качества жизни у пациентов, перенесших мозговой инсульт, при помощи неспецифического опросника для оценки качества жизни «SF-36 Health Status Survey». Перевод на русский язык и валидизация опросника были проведены Санкт-Петербургским институтом клинико-фармакологических исследований.

Статистический анализ полученных данных проводился традиционными методами вариационной статистики при помощи пакета прикладных программ «Statistica», 6.0.

Нормальность распределения оценивалась с использованием критерия Шапиро-Уилка, после чего принималось решение о применении параметрических либо непараметрических методов статистической обработки данных. Описание количественных признаков в случае нормального распределения представлено в виде среднего арифметического и стандартной ошибки средней ($M \pm m$), в случае отклонения распределения от нормального при описании использовались медиана (Me) и границы интерквартильного отрезка с применением процентилей [25 %; 75 %].

Уровень достоверности при сравнении двух независимых групп с ненормальным распределением значений количественных признаков оценивали с применением непараметрического метода: критерия Манна-Уитни.

Уровень достоверности при сравнении двух зависимых групп с ненормальным распределением значений количественных признаков оценивали с применением метода вариационной непараметрической статистики с использованием Т-критерия Вилкоксона.

Различия между двумя выборками парных измерений считались достоверными при $p < 0,05$ [5].

На момент начала реабилитационного курса отмечалось значительное снижение показателей КЖ по всем субшкалам. Самые низкие показатели получены по субшкалам «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», что свидетельствует о значительной дезадаптации пациентов.

Динамика показателей качества жизни у пациентов контрольной группы представлена в таблице 1.

Повышение показателей отмечалось в обеих группах по всем субшкалам. Различия показателей были статистически достоверны также в обеих группах за исключением показателей субшкал «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием».

Таблица 1 — Динамика показателей качества жизни

Шкала опросника	Показатели качества жизни			
	контрольная группа		клиническая группа	
	до курса реабилитации	после курса реабилитации	до курса реабилитации	после курса реабилитации
Физическое функционирование (PF)	35,00 [25,99–50,00]	52,50 [43,75–62,50]*	35,00 [25,00–47,50]	60,00 [57,50–67,50]*
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	0,00 [0,00–0,00]	0,00 [0,00–50,00]	0,00 [0,00–0,00]	0,00 [0,00–0,00]
Интенсивность боли (BP)	51,50 [41,00–64,50]	57,00 [52,00–64,50]*	41,00 [21,50–53,00]	52,00 [31,00–62,00]*
Общее состояние здоровья (GH)	40,00 [33,75–43,25]	46,00 [42,00–50,50]*	45,00 [32,50–54,50]	52,00 [50,00–58,50]*
Физический компонент здоровья (PH)	34,74 [32,84–37,28]	38,10 [36,42–39,94]*	33,00 [29,85–34,10]	37,88 [34,53–40,77]*
Жизненная активность (VT)	37,50 [35,00–45,00]	45,00 [43,75–50,00]*	35,00 [30,00–37,50]	50,00 [42,50–55,00]*
Социальное функционирование (SF)	50,00 [37,50–62,50]	62,50 [59,38–65,63]*	37,50 [25,00–50,00]	62,50 [37,50–62,50]*
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	0,00 [0,00–0,00]	0,00 [0,00–33,33]	0,00 [0,00–0,00]	0,00 [0,00–66,67]
Психическое здоровье (MH)	38,00 [36,00–53,00]	52,00 [44,00–57,00]*	44,00 [42,00–52,00]	60,00 [56,00–68,00]*
Психологический компонент здоровья (MHI)	31,82 [30,17–34,36]	34,87 [33,46–40,60]*	31,35 [29,35–37,26]	39,01 [32,84–46,24]*

При сравнении данных двух независимых групп до курса реабилитации статистически значимого отличия выявлено не было ни по одной субшкале, что свидетельствует об однородности групп.

При сравнении результатов двух независимых групп после курса реабилитации выявлено статистически достоверное увеличение показателей субшкалы «психическое здоровье» у пациентов клинической группы по сравнению с контрольной группой. Психическое здоровье является одним из важнейших факторов, влияющих на реабилитационный процесс, так как от него зависит мотивация на выздоровление, отношение пациента к болезни.

Несмотря на то, что по остальным субшкалам статистически достоверного различия не обнаружено при сравнении между собой результатов клинической и контрольной групп после курса реабилитации, удалось выявить существенное увеличение данных некоторых субшкал в процентном отношении. Так, по субшкале «физическое функционирование» показатели после лечения у пациентов контрольной группы увеличились на 50 %, в то время как у пациентов клинической группы данный показатель составил 71,43 %. Выявлено улучшение по субшкале «жизненная активность» у пациентов клинической группы — 42,86 % против 14,29 % у пациентов контрольной группы. Показатели субшкалы «социальное функционирование» составили 25,00 и 66,67 % у пациентов контрольной и клинической групп соответственно. Также значительное отличие отмечалось по субшкале «интенсивность боли» — 10,68 % в контрольной группе и 26,83 % — в клинической.

Анализ вышеприведенных данных свидетельствует об эффективности включения таких методов, как фототерапия поляризованным светом, арт- и ароматерапия и благоприятном их влиянии на психоэмоциональный статус пациентов, перенесших мозговой инсульт, имеющих сопутствующую кардиологическую патологию, что представляется немаловажным фактором. Включение предложенных методов в систему комплексной реабилитации безопасно, не оказывает негативного влияния на уровень качества жизни, по ряду параметров отмечается более выраженная тенденция к улучшению показателей по сравнению с результатами общепринятых мероприятий. Применение предложенных методов повысит эффективность реабилитации данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

- Капкан, А. Я. Нейрофизиологические основания и практические реализации технологии мозг-машинных интерфейсов в неврологической реабилитации / А. Я. Капкан // Физиология человека. — 2016. — № 1. — С. 118–127.
- Сулаберидзе, Е. В. Проблемы реабилитации и качества жизни в современной жизни / Е. В. Сулаберидзе // Российский медицинский журнал. — 1996. — № 6. — С. 9–10.
- Ярош, А. С. Современное состояние проблемы острых нарушений мозгового кровообращения / А. С. Ярош, Л. А. Пирогова, Н. А. Филина // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. — 2014. — № 3(47). — С. 17–20.
- Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. М.: ОЛМА Медиа Групп, 2002. — 316 с.
- Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica / О. Ю. Реброва. — М.: Медиа Сфера, 2002. — 312 с.