

УДК 616.831-005.1-036.82-036.868

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

Ярош А. С. (*a.s.yarosch@yandex.ru*)

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Цель: оценка влияния оригинальной комплексной системы реабилитации пациентов, перенёсших мозговую инсульт, имеющих кардиологическую патологию в анамнезе, на качество жизни данной категории пациентов.

Материал и методы. Исследование основано на наблюдениях за 77 пациентами с церебральным инсультом в раннем восстановительном периоде.

Выводы. Доказано, что разработанная комплексная система безопасна, не оказывает негативного влияния на уровень качества жизни, по ряду параметров отмечается более выраженная тенденция к улучшению ряда показателей по сравнению с общепринятыми ранее мероприятиями.

Ключевые слова: острые нарушения мозгового кровообращения, инсульт, качество жизни.

Введение

Мозговой инсульт (МИ) 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 Каплан А. Я., уровень восстановления минимум одной трети пациентов, перенесших мозговую инсульт, нельзя считать достаточным [1].

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

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

В настоящее время активно разрабатываются вопросы использования показателей качества жизни в следующих направлениях:

- для оценки степени тяжести состояния пациента;
- для оценки эффективности лечения;
- для использования в качестве дополнительного критерия при подборе индивидуализированной терапии;
- для возможного использования с целью экспертизы трудоспособности;
- для клинической оценки новых лекарственных препаратов.

В медицинской реабилитации показатели качества жизни могут быть особо востребова-

ны в случае, когда сравниваются разные методы, отрабатываются оптимальные подходы к реабилитации того или иного заболевания, а также для оценки эффективности медицинской реабилитации.

Инсульт приводит к существенному изменению физического, психологического, социального и психоэмоционального состояния пациента, что может негативно влиять на уровень многих показателей качества жизни [5]. Частое сочетание неврологической и кардиологической патологии обуславливает длительное пребывание в стационаре, что способствует развитию ипохондрических и кардиофобических синдромов, в свою очередь еще более снижает качество жизни.

Становится очевидным, что анализ качества жизни является определяющим критерием общей оценки состояния пациентов, перенесших МИ, а также компонентом индивидуального подхода, и в ряде случаев может иметь прогностическое значение.

Цель: повышение эффективности медицинской реабилитации пациентов, перенесших мозговую инсульт, посредством расширения видов реабилитационных методик.

Для достижения цели нами были поставлены следующие **задачи:**

- Исследование уровня качества жизни пациентов, перенесших мозговую инсульт.
- Разработка методики реабилитации.
- Оценка эффективности применения разработанной методики.

Материал и методы

Клиническим материалом явились 77 пациентов, прошедших курс медицинской реабилитации в УЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации». Пациенты были разделены на три группы сравнения, сопоставимые по полу и возрасту:

Группа I – 20 пациентов, перенесших МИ, не имевших в анамнезе кардиологической патологии, получавших общепринятые реабилитационные мероприятия.

Группа II – 23 пациента, перенесших МИ,

имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, получавших общепринятые реабилитационные мероприятия.

Группа III – 34 пациента, перенесших МИ, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, получавших предложенный нами план реабилитационных мероприятий, включающий следующие методы: фототерапия поляризованным полихроматическим светом, магнитофототерапия, гальванопунктура, озокеритовые аппликации на область кисти или (и) голеностопного сустава, массаж, специально разработанный комплекс лечебной гимнастики, лечение положением с использованием термоформуемого композита, занятия на тренажерах с обратной биологической связью, эрготерапия, «зеркальные тренировки», арт- и ароматерапия, занятия с логопедом, нейромышечная электрофонопедическая стимуляция.

Нами был исследован уровень качества жизни у пациентов, перенесших мозговой инсульт, при помощи неспецифического опросника для оценки качества жизни "SF-36 HealthStatusSurvey". Перевод на русский язык и валидизация опросника были проведены Санкт-Петербургским институтом клиничко-фармакологических исследований. К преимуществам данного опросника относится возможность применения для оценки качества жизни при разных заболеваниях, а также возможность комплексной оценки качества жизни пациентов, в том числе социальных и психологических нарушений. К недостаткам можно отнести достаточно длительное время заполнения шкалы пациентами (около 10-15 мин.), трудность перекодировки данных и подсчета шкал [4]. Для ликвидации последнего недостатка нами разработана автоматизированная система подсчета результатов с использованием программы Microsoft Excel 14.0.

SF-36 включает 36 вопросов, сгруппированных в восемь шкал: (более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ):

- физическое функционирование (PhysicalFunctioning– PF);
- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-PhysicalFunctioning– RP);
- интенсивность боли (Bodilypain– BP);
- общее состояние здоровья (GeneralHealth– GH);
- жизненная активность (Vitality– VT);
- социальное функционирование (SocialFunctioning– SF);
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional– RE);
- психическое здоровье (MentalHealth– MH).

Шкалы группируются в два показателя: РН («физический компонент здоровья») и МН («психологический компонент здоровья»).

1. Физический компонент здоровья (Physical health – PH) Составляющие шкалы:

- физическое функционирование;
- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием;

- интенсивность боли;
- общее состояние здоровья.

2. Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH) Составляющие шкалы:

- психическое здоровье;
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием;
- социальное функционирование;
- жизненная активность

Кроме того, учитывая, что на многие компоненты качества жизни существенно влияет моторика верхней конечности, а предложенный нами метод включает арт-терапию и MVF-тренировки, которые предположительно позитивно влияют на данный показатель, нами оценивалась динамика показателей кисти с применением модифицированной шкалы Клуба Моторики (Motor Club Assessment).

Оценка Клуба Моторики предусматривает подсчет баллов при выполнении заданных движений конечностью из разных исходных положений. Каждый показатель оценивался от 0 до 2 баллов (0 – нет движений, 1 – ограниченная амплитуда движений, 2 – полная амплитуда движений (в сравнении с противоположной стороной), координация может быть нарушена). По сумме баллов устанавливалась выраженность клинических проявлений заболевания: чем меньше число баллов, тем тяжелее клиническая картина.

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.

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 $p < 0,05$ [3].

Результаты и обсуждение

Результаты включения арт-терапии и MVF-тренировки в программу медицинской реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт, имеют вид, представленный на рисунке 1.

Как видно на рисунке 1, пациенты группы I до начала курса МР имели достоверно более высокие ($p < 0,05$) показатели моторики, чем пациенты с инфарктом миокарда в анамнезе, и, как следствие, пациенты этой группы были более независимы в повседневной жизни, что отразилось и на показателях качества жизни (таблица

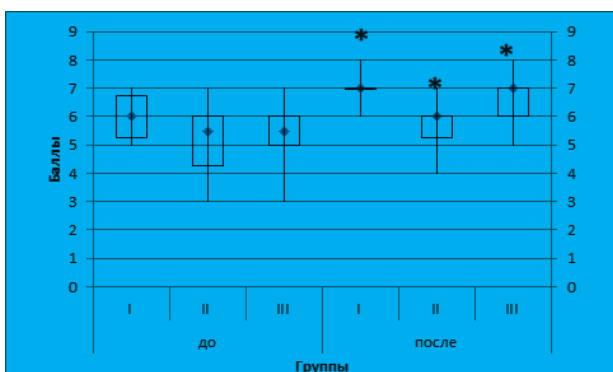


Рисунок 1. – Динамика показателей моторики у пациентов, перенесших мозговой инсульт (в раннем восстановительном периоде) до и после курса медицинской реабилитации

1). Показатели моторики у пациентов групп II и III не имели достоверного различия ($p > 0,05$) до начала курса МР.

После окончания курса МР наблюдался статистически достоверный прирост показателей моторики во всех группах.

При этом показатели моторики у пациентов групп I и III после курса МР не различались достоверно ($p > 0,05$), а при сравнении групп II и III выявлен статистически значимо больший прирост показателя моторики у пациентов группы III ($p < 0,05$).

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

Как следует из таблицы, на момент начала реабилитационного курса у респондентов всех групп отмечалось значительное снижение показателей КЖ по всем субшкалам. Самые низкие показатели получены по субшкалам «ролевое

функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP) и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE), что свидетельствует о значительной дезадаптации пациентов, перенесших мозговой инсульт. Однако при этом, если показатели групп II и III до начала курса МР не имели статистически достоверного различия (что свидетельствует об однородности групп), то в группе I показатели по всем субшкалам были достоверно выше ($p < 0,05$), а прирост показателей в абсолютных цифрах по всем субшкалам – больше, чем прирост соответствующих показателей в группе II, что позволяет сделать следующий вывод: сопутствующая кардиологическая патология существенно снижает КЖ у пациентов, перенесших мозговой инсульт, и негативно сказывается на его показателях в процессе МР при применении общепринятых методов.

После окончания курса МР повышение показателей отмечалось во всех группах по всем субшкалам. Различия показателей были статистически достоверны ($p < 0,05$) также во всех группах, за исключением показателей субшкал «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP), и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE), в группах II и III, что можно объяснить снижением толерантности к физической нагрузке, а также доказанным статистически достоверно более высоким уровнем тревоги и депрессивной реакции у пациентов, имеющих сопутствующую кардиологическую патологию [6].

При сравнении результатов в группах II и III после курса реабилитации выявлено статистически достоверное увеличение показателей субшкалы «психическое здоровье» у пациентов III группы по сравнению с группой II ($p < 0,05$).

Психическое здоровье является одним из важнейших факторов, влияющих на реабилитационный процесс, так как от него зависит мотивация на выздоровление, отношение пациента к болезни, вовлеченность его в процесс реабилитации.

Несмотря на то, что по остальным субшкалам статистически достоверного различия не обнаружено, при сравнении между собой результатов показателей в группах II и III после курса реабилитации удалось выявить существенное увеличение данных некоторых субшкал в абсолютных цифрах.

Прирост баллов по шкале «физический компонент здоровья» (PH) в группах отражен на рисунке 2.

Таблица 1. – Динамика показателей качества жизни до и после курса МР (Me [25%; 75%])

Шкала опросника	Группы					
	I		II		III	
	До	После	До	После	До	После
Физическое функционирование (PF)	45,0 [43,8-57,5]	70,0 [55,0-80,0]*	35,0 [25,0-50,0]	52,5 [43,8-62,5]*	35,0 [25,0-47,5]	60,0 [57,5-72,5]*
Рольевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	25,0 [0,0-50,0]	50,0 [18,8-56,3]*	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-50,0]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-0,0]
Интенсивность боли (BP)	62,0 [52,0-66,0]	73,0 [67,0-74,0]*	51,5 [41,0-64,5]	57,0 [52,0-64,5]*	41,0 [21,5-53,0]	52,0 [31,0-62,0]*
Общее состояние здоровья (GH)	45,0 [40,0-50,0]	66,0 [50,0-77,0]*	40,0 [33,8-43,3]	46,0 [42,0-50,5]*	45,0 [32,5-54,5]	52,0 [50,0-58,5]*
Физический компонент здоровья (PH)	38,1 [34,0-42,9]	44,5 [39,7-49,6]*	34,7 [32,8-37,3]	38,3 [36,4-40,2]*	33,0 [30,3-34,3]	37,9 [34,5-40,8]*
Жизненная активность (VT)	42,5 [35,0-45,0]	50,0 [45,0-51,3]*	35,0 [35,0-41,3]	40,0 [35,0-45,0]*	35,0 [27,5-37,5]	50,0 [45,0-55,0]*
Социальное функционирование (SF)	56,3 [50,0-65,6]	75,0 [62,5-75,0]*	50,0 [37,5-62,5]	62,5 [59,4-65,6]*	37,5 [25,0-50,0]	62,5 [37,5-62,5]*
Рольевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	33,3 [0,0-75,0]	33,3 [25,0-66,7]*	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-33,3]	0,0 [0,0-0,0]	0,0 [0,0-66,7]
Психическое здоровье (MH)	46,0 [40,0-64,0]	62,0 [56,0-68,0]*	38,0 [36,0-53,0]	52,0 [44,0-57,0]*	44,0 [42,0-48,0]	60,0 [56,0-68,0]*
Психологический компонент здоровья (MN)	39,8 [33,0-45,3]	43,2 [40,2-44,9]*	31,8 [30,2-34,4]	34,9 [33,5-40,6]*	31,8 [29,3-37,3]	39,0 [32,8-46,2]*

Примечание: * – $p < 0,05$

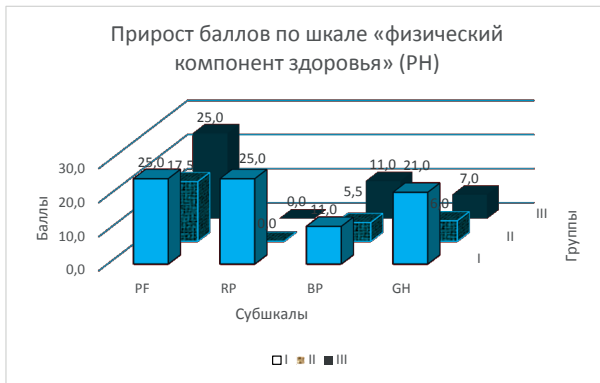


Рисунок 2. – Прирост баллов по шкале «физический компонент здоровья» (PH) у пациентов, перенесших мозговой инсульт (в раннем восстановительном периоде)

По субшкале «физическое функционирование» (PF) показатели после лечения у пациентов II группы увеличились в среднем на 17,5 баллов, в то время как у пациентов III группы данный показатель увеличился на 25 баллов. По субшкале «интенсивность боли» (BP) разница между показателями у пациентов групп II и III составила 5,5 баллов в пользу пациентов группы III.

Прирост баллов по шкале «психологический компонент здоровья» (MH) в группах отражен на рисунке 3.

По субшкале «жизненная активность» (VT) установлено улучшение у пациентов группы III, на 10 баллов превышающее аналогичный показатель у пациентов группы II. Показатели субшкалы «социальное функционирование» (SF) составили 12,5 и 25 баллов у пациентов II и III групп, соответственно.

Выводы

1. Инфаркт миокарда в анамнезе оказывает статистически значимое ($p < 0,05$) негативное влияние на качество жизни пациентов, перенесших мозговой инсульт, негативно сказывается на его показателях в процессе медицинской реабилитации при применении общепринятых методов.

Литература

- Каплан, А. Я. Нейрофизиологические основания и практические реализации технологии мозг-машинных интерфейсов в неврологической реабилитации / А. Я. Каплан // Физиология человека. – 2016. – № 1. – С. 118-127.
- Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – М. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 320 с.
- Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica / О. Ю. Реброва. – М. : Медиа Сфера, 2002. – 312 с.
- Сулаберидзе, Е. В. Проблемы реабилитации и качества жизни в современной медицине / Е. В. Сулаберидзе // Российский медицинский журнал. – 1996. – № 6. – С. 9-10.
- Ярош, А. С. Современное состояние проблемы острых нарушений мозгового кровообращения / А. С. Ярош,

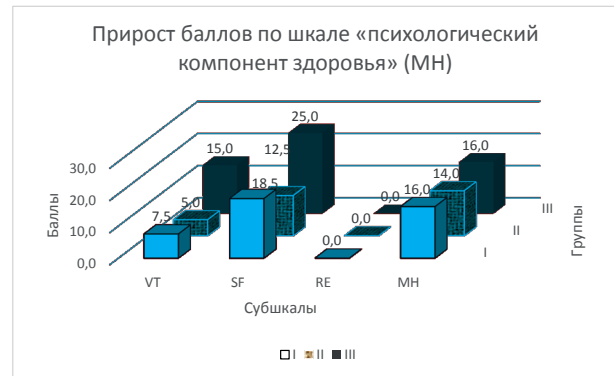


Рисунок 3. – Прирост баллов по шкале «психологический компонент здоровья» (MH) у пациентов, перенесших мозговой инсульт (в раннем восстановительном периоде)

2. Доказана статистически достоверная эффективность обоих применявшихся методов, однако предложенный нами метод более благоприятно сказывается на психоэмоциональном статусе пациентов, перенесших мозговой инсульт, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда. Это подтверждается статистически достоверным увеличением показателей по субшкале «психическое здоровье» (MH) ($p < 0,05$), что представляется немаловажным фактором.

3. Включение арт-терапии и MVF-тренировки в программу медицинской реабилитации пациентов, перенесших мозговой инсульт, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, статистически достоверно более эффективно ($p < 0,05$) при восстановлении моторики по сравнению с применением общепринятых методов, позволяет добиться результатов, сопоставимых с результатами у пациентов, не имеющих сопутствующей кардиологической патологии в анамнезе.

4. Предложенная система комплексной реабилитации безопасна, не оказывает негативного влияния на уровень качества жизни, по ряду параметров отмечается более выраженная тенденция к улучшению показателей по сравнению с общепринятыми ранее мероприятиями.

References

- Kaplan, A. Ja. Neirofiziologicheskie osnovanija i prakticheskie realizacii tehnologii mozg-mashinnyh interfejsov v nevrologicheskoj rehabilitacii / A. Ja. Kaplan // Fiziologija cheloveka. – 2016. – № 1. – S. 118-127.
- Novik, A. A. Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine / A. A. Novik, T. I. Ionova ; pod red. Ju. L. Shevchenko. – 2-e izd. – M. : OLMA Media Grupp, 2007. – 320 s.
- Rebrova, O. Ju. Statisticheskij analiz medicinskih dannyh. Primenenie paketa prikladnyh programm Statistica / O. Ju. Rebrova. – M. : Media Sfera, 2002. – 312 s.
- Sulaberidze, E. V. Problemy rehabilitacii i kachestva zhizni v sovremennoj medicine / E. V. Sulaberidze // Rossijskij medicinskij zhurnal. – 1996. – № 6. – S. 9-10.
- Jarosh, A. S. Sovremennoe sostojanie problemy ostryh narushenij mozgovogo krovoobrashhenija / A. S. Jarosh,

Л. А. Пирогова, Н. А. Филина // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2014. – № 3 (47). – С. 17-20.

6. Ярош, А. С. Влияние комплексного применения фото-, арт- и ароматерапии на уровень тревоги и депрессивной реакции у пациентов, перенесших мозговой инсульт / А. С. Ярош // Медицинские новости. – 2015. – № 6. – С. 58-61.

L. A. Pirogova, N. A. Filina // Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. – 2014. – № 3 (47). – S. 17-20.

6. Jarosh, A. S. Vlijanie kompleksnogo primenenija foto-, art- i aromaterapii na uroven' trevogi i depressivnoj reakcii u pacientov, perenessih mozgovoj insul't / A. S. Jarosh // Medicinskie novosti. – 2015. – № 6. – S. 58-61.

ASSESSMENT OF INFLUENCE OF A COMPLEX PROGRAMME OF MEDICAL REHABILITATION ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER CEREBRAL STROKE

Yarosh A. S.

Educational Establishment «Grodno State Medical University», Grodno, Belarus

Aim. The study is aimed at the assessment of the influence of the original complex system of rehabilitation of patients after cerebral stroke with a history of cardiac disorders on the quality of life of patients from this population.

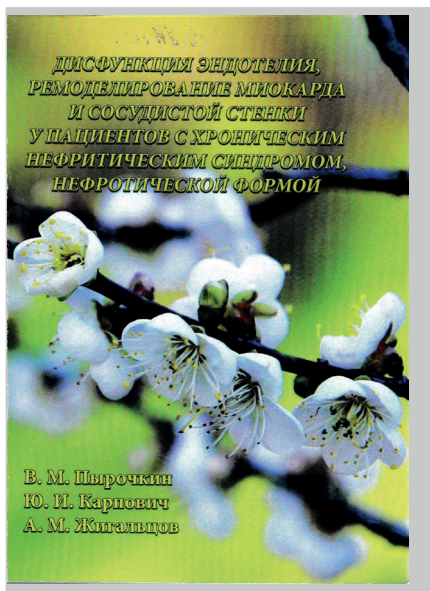
Material and methods. The study is based on observations of 77 patients with cerebral stroke in the early recovery phase.

Conclusions. It has been proved that the developed complex system is safe and has no negative effect on the quality of life level. By a few parameters, there has been observed a more pronounced tendency towards improvement of a number of values compared with previously used conventional measures.

Keywords: acute disorders of cerebral circulation, stroke, quality of life.

Поступила: 21.10.2016

Отрецензирована: 05.12.2016



Пырочкин, Владимир Михайлович. Дисфункция эндотелия, ремоделирование миокарда и сосудистой стенки у пациентов с хроническим нефритическим синдромом, нефротической формой : монография / В. М. Пырочкин, Ю. И. Карпович, А. М. Жигальцов. – Гродно : ГрГМУ, 2016. – 122 с. : табл., рис. – Библиогр.: с. 106-122. – ISBN 978-985-558-672-3.

В монографии представлены данные о дисфункции эндотелия и структурно-функциональных изменениях миокарда и сосудистой стенки у пациентов с хроническим нефритическим синдромом, нефротической формой. Издание будет полезно терапевтам, нефрологам, кардиологам, научным сотрудникам.