открытым, поскольку общепринятые стандартные нормативы не менее состоятельны и эффективны.

Важным фактором является скорость физического развития, которая индивидуальна для каждого конкретного ребенка. Но эта индивидуальность должна укладываться в границы нормы, что однозначно определяется качеством жизни и деятельности ребенка. Любые отклонения от нормы в физическом развитии свидетельствуют об относительном неблагополучии в состоянии здоровья и должны четко контролироваться врачами-педиатрами. Это приобретает особую значимость у детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела. При выхаживании таких детей необходимо адекватное сочетание условий выхаживания и правильного вскармливания, что позволит улучшить показатели их физического развития.

1. Алямовская Г.А. Особенности физического развития на первом году жизни детей с массой при рождении менее 1500 г / Г.А. Алямовская, Е.С. Кешиняш // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. - №3. – С.20-28.
2. Алямовская Г.А. Особенности физического развития глубоконедоношенных новорожденных / Г.А. Алямовская, Е.С. Кешиняш, Е.С. Сахарова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2015. –Т.60, №4. – С.11-18.
3. Вельтищев Ю.Е. Объективные показатели нормального развития и состояния здоровья ребенка (нормативы детского возраста). М., 2002. С.163.
4. Галахова О.О. Опыт выхаживания недоношенных детей с экстремально низкой массой тела при рождении / О.О. Галахова, И.К. Садовская, Е.А. Панина // Мат-лы научно-практической конференции «Современные технологии в педиатрической практике», посвященная 45-летию юбилею ГБУЗ СО «Самарская городская детская клиническая больница №1 имени Н.Н. Ивановой». – 2015. – с.58-59.
5. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми. - Винница. - 2006.
6. Коннова О.В. Индивидуально-типологическая характеристика линейных и обхватных размеров нижней конечностей при их различных формах у девушек 17-19 лет / О.В. Коннова, В.Н. Николенко // Современные наукоемкие технологии. -2008. - №10. С.24-26.
7. Кильдиярова Р.Р. Оценка физического развития новорожденных и детей раннего возраста. Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2017. – 6. С.62-68.
8. Лебедева О.В. Особенности развития и состояния здоровья на первом году жизни глубоко недоношенных новорожденных / О.В. Лебедева, Г.О. Нефрюжина, О.В. Фролова // Известия высших учебных заведений. – 2011. - №4. – С.102-108.
9. Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. Учебник для студентов мед. вузов / А.В. Мазурин, И.М. Воронцов. СПб: Фолиант, 2001. 926с.
10. Руденко Н.Н., Мельникова И.Ю. Актуальность оценки физического развития детей. Практическая медицина. - 2009. - 7. С.31-34.
11. Шайдуллин И.М., Хамитова Н.Х., Мингазова Э.Н. Состояние физического развития сельских школьников. Современные проблемы науки и образования. - 2015. - №1 -1.
12. Ямпольская Ю.А. Региональное разнообразие и стандартизованная оценка физического развития детей и подростков. Педиатрия 2005; 6: 73-77.

Марцияш А.А., Колмыкова Е.В., Гуляева Е.Н.

Ранний восстановительный период реабилитации больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Качество жизни как критерий эффективности

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России
(Россия, Кемерово)*

doi 10.18411/scc-05-2018-09

idsp 000001:scc-05-2018-09

Abstract

Indicators of anxiety and life quality of patients with acute ischemic stroke in early recovery period were studied. Indicators of life quality reduction which

determine patients' functioning areas during the early recovery period were revealed. It was positive dynamics of the life quality of patients on the background of the comprehensive rehabilitation program.

Key words: acute ischemic stroke, life quality, anxiety disorders, rehabilitation.

Мозговой инсульт является важнейшей социально-экономической проблемой любого общества, оставаясь наряду с черепно-мозговой травмой одной из самых частых причин инвалидизации взрослого населения. У большинства пациентов с церебральным повреждением формируются нарушения, являющиеся инвалидизирующими факторами и определяющими функциональный дефицит нарушающий ежедневную жизнедеятельность. В настоящее время в комплексной реабилитации пациентов с поражениями головного мозга с успехом используется огромное количество разнообразных методик. Однако, целью лечения, да и реабилитации, как известно, является не только устранение симптомов заболевания и восстановление нарушенных функций [1, 2].

Для пациента не менее, а подчас, и более важно ощущение своего жизненного благополучия, как в физическом, так и в психологическом плане. Гуманистические позиции определяют цель врачебной деятельности не только в продлении и поддержании жизни, но и в том, чтобы сделать её по возможности более счастливой и продуктивной, во всяком случае, не омрачать её. Действительно, если поддержание жизни и её продление связано с длительными, частыми госпитализациями, тяжелыми лечебными и диагностическими мероприятиями, ограничениями физической активности, чувство удовлетворения жизнью зачастую отсутствует [3].

Вместе с тем, при оценке эффективности лечебно-профилактических мероприятий часто принимают во внимание преимущественно показатели физического состояния пациента. Во время проведения популяционных исследований сравнивают такие показатели, как продолжительность жизни, наличие осложнений, летальность в исследуемых группах, т. е. пристальное внимание уделяют "количеству" жизни. Несмотря на появление новых, часто дорогостоящих методов лечения и реабилитации, существенного увеличения продолжительности жизни людей не произошло. Возможно, это объясняется приближением возраста основного числа пациентов к возрасту, который принято считать естественным пределом продолжительности жизни человека. В связи с этим, естественно, возникает вопрос, если проводимое лечение не увеличивает продолжительность жизни, приводит ли оно к улучшению её качества? Для разрешения этого вопроса необходимо некое понятие, достаточно ёмкое, широкое, которое может оценить физическое и душевное здоровье человека, определить особенности конкретной личности во взаимосвязи с внешней средой. Таким понятием является "Качество жизни".

Понятие «качество жизни» появилось в Indexmedicus в 1977 году и в настоящее время широко используется в разных областях клинической медицины. В последние годы в международном медицинском сообществе получил распространение термин «оценки, данные пациентом» (ОДП). В англоязычной литературе этот термин обозначается акронимом PRO (patient-reported outcomes). Этот термин подразумевает любую информацию, полученную от пациента и представленную в стандартизированном виде. К оценкам, данным пациентом, относят качество жизни, субъективные симптомы и иные мнения больного. Ключевыми составляющими оценок, данных пациентом, являются качество жизни и симптомы. С помощью оценок, данных пациентом, можно провести анализ проблем больного (patient needs) и расширить объём информации об эффективности лечения с использованием критерия, получившего в международном сообществе название «patient benefits» [4].

Некоторые исследователи характеризуют КЖ как собирательное понятие, как переменную множества измерений по четырем большим категориям: физическое, социальное, интеллектуальное и эмоциональное состояние больного при субъективном его восприятии. "Качество жизни" в широком смысле слова - понятие, отражающее

многие стороны человеческой жизни, связанные не только с состоянием его здоровья, но и с условиями жизни, профессиональными способностями, работой, учебой, домашней обстановкой. Значение определения качества жизни связано с двумя основными обстоятельствами. Во - первых, прямая связь качества жизни с интенсивностью болезни существует не всегда, так как оно во многом определяется субъективными представлениями больного о тяжести своего заболевания, реальной или мнимой, а также о возможных её последствиях. При этом имеет значение необходимость снижения трудовой активности, угроза инвалидности, изменения жизненных привычек, например питания, отказ от курения. Во - вторых, нередко оценка эффективности лечения врачом и пациентом может не совпадать. На уровень качества жизни влияют многие факторы, так например, его нарушения могут быть следствием симптомов болезни, её диагноза («ярлычный эффект»), лечения и профилактики, наблюдения и контроля за проводимым лечением, а также воздействием факторов среды, которые определяют активность и участие пациента.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности комплексной реабилитации больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в условиях специализированного отделения.

Пациенты и методы:

В настоящее исследование включены 142 пациента (мужчин 48% и женщин 52%), перенесших ишемический инсульт и находящихся на втором этапе реабилитации. Средний возраст пациентов составил 58, $27 \pm 6,12$ лет. Все пациенты перенесли ишемический инсульт и были переведены из первичного сосудистого центра в специализированное отделение центра медицинской реабилитации (МБУЗ ГКБ №1 «Центр медицинской реабилитации» г. Кемерово). Пациенты, перенесшие инсульт, на момент исследования не имели тяжелых двигательных, когнитивных и речевых нарушений, которые бы затрудняли проведение обследования.

Для изучения показателей качества жизни были использованы методики: “Ноттингемский профиль здоровья” (“NottinghamHealthProfile”(NHP)) - в наибольшей степени оценивающий влияние симптомов заболевания на качество жизни пациента. Количественный показатель вопроса в каждом из шести разделов представляет собой взвешенную величину; сумма показателей вопросов в каждом разделе равна 100, что соответствует наихудшему уровню качества жизни, отраженному в данном разделе [3].

Медико-социологическая анкета разработана в лаборатории клинической психологии ВКНЦ АМН СССР (Гладков А.Г. и соавт., 1982). На основании данных анкеты можно судить о снижении качества жизни больного в целом (суммарный показатель КЖ), о причинах снижения КЖ и отношении пациента к имеющимся изменениям [5]. С целью оценки личностной и реактивной тревожности применялся опросник Спилбергера (Spilberger C. D.) в модификации Ю.Л. Ханина. Данная методика позволяет исследовать уровень тревожности в данный момент (реактивная или ситуационная тревожность (РТ)), а также тревожность, как устойчивую характеристику (личностная тревожность (ЛТ)). Низким уровнем тревожности считался показатель менее 30, от 31 до 45 - умеренная тревожность и более 46 - высокая тревожность [6]. Совместно с сотрудниками специализированного неврологического отделения проводилась оценка: клинического состояния пациентов (индекс Бартела, индекс мобильности Ривермид), удовлетворенности медицинской реабилитацией (цифровые визуально аналоговые шкалы), нейропсихологическое обследование (MMSE, тест «5 слов», «рисования часов»).

Оценку состояния пациентов проводили при поступлении в реабилитационное отделение, при выписке и через 6 месяцев.

Статистическую обработку выполняли при помощи программного пакета БИОСТАТ (Stanton A. Glantz, Ph.D.), были использованы методы описательной статистики (среднее значение, ошибка среднего), метод множественного сравнения с последующим применением критерия Ньюмена-Кейлса, корреляционный анализ

(применяют для поиска взаимосвязи и тенденций её изменения между изучаемыми признаками) [7].

Ведущее место во всех реабилитационных программах, помимо фармакологических средств, занимают лечебные физические факторы и физические упражнения. Лечебные физические факторы в зависимости от происхождения делят на две основные группы: искусственные факторы и природные. Использование физических факторов значительно расширяет диапазон методов воздействия, значительно сокращает сроки реабилитации и повышает её эффективность.

Физические упражнения, применяемые в МБУЗ ГKB №1 г. Кемерово (центр медицинской реабилитации), задействуют одну из важнейших эволюционно развитых биологических функций организма – движение, не просто движение, а специально подобранные, методически оформленные и должным образом организованные. Важнейшей формой осуществления реабилитационных мероприятий является реабилитационная программа, составленная на основе комплексной оценки состояния пациента и реализуемая мультидисциплинарной бригадой. Залогом успешной реализации программы является активное участие пациента во всём комплексе мероприятий и здесь необходимо подчеркнуть ведущую роль клинического психолога в мотивации пациента – быть активным участником процесса восстановления для достижения оптимального эффекта. Оптимальный эффект реабилитационных мероприятий заключается не только в восстановлении или компенсации нарушенных функций, не только в активности и социальном участии пациента, оптимальный эффект заключается в положительной динамике качества жизни.

Физические методы используются для восстановления реологических свойств крови (низкочастотная магнитотерапия), улучшения метаболизма нервной ткани (инфракрасная лазеротерапия), активации корковых функций (транскраниальная низкочастотная магнитотерапия), предупреждения прогрессирования двигательных нарушений (массаж головы, воротниковой зоны, паретичных конечностей).

Основными в программе реабилитации больных с последствиями ОНМК являются общетонизирующие упражнения и специальные упражнения лечебной гимнастики для снижения тонуса спастичных мышц. С целью профилактики патологического потока восходящей афферентной активности в кору и формирования в ней очага застойного возбуждения, способствующего гипертонусу мышц и контрактур суставов проводится лечение положением. Эрготерапия, лечебная ходьба, роботизированная механотерапия способствуют восстановлению двигательной активности, лучшей координации движений и самообслуживанию.

Результаты и обсуждение:

Результаты, полученные совместно сотрудниками специализированного отделения неврологии и кафедры медицинской реабилитации и физической культуры ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России свидетельствуют о том, что исходно по данным опросника «Ноттингемский профиль здоровья» (табл. 1), наиболее высокие баллы и, следовательно, «худшее» качество жизни отмечено по шкалам: сон, энергичность, социальная изоляция, физическая активность и болевые ощущения.

Таблица 1

Динамика показателей качества жизни (опросник «Ноттингемский профиль здоровья») у больных в ранний восстановительный период реабилитации после нарушения мозгового кровообращения

шкала	при поступлении	при выписке	через 6 месяцев
	n=142	n=142	n=128
среднее значение ± ошибка среднего			
энергичность	33,2±5,7	29,13*±2,92(p=0,051)	28,1*±6,21(p=0,05)
болевые ощущения	27,1±3,8	24,1*±4,1(p=0,045)	19,2*±4,7(p=0,054)
эмоциональные реакции	19,41±2,97	16,22*±3,33(p=0,051)	14,44*±5,1(p=0,05)
сон	41,2±5,31	37,2*±4,22(p=0,058)	30,33*±8,1(p=0,05)
социальная изоляция	32,8±9,37	25,1*±4,42(p=0,05)	24,3*±6,11(p=0,048)
физическая активность	27,5±5,58	13,4*±8,93(p=0,057)	10,71*±7,35(p=0,058)

Низкие показатели качества жизни отражают значительные ограничения в данных сферах жизнедеятельности. Целесообразно отметить, что изменения тех или иных сторон повседневной физической активности могут вести к определенному психологическому дискомфорту. Данное предположение подтверждается результатами теста Спилбергера-Ханина, указывающими на исходно умеренную РТ и ЛТ (табл. 2). В настоящем исследовании у пациентов при поступлении в отделение реабилитации выявлена тесная корреляционная связь между суммарным показателем КЖ по медико-социологической анкете и уровнем РТ по тесту Спилбергера-Ханина ($r=0,583$). Также выявлена корреляционная связь между суммарным показателем КЖ по медико-социологической анкете и шкалам опросника NHR: сон ($r=0,922$), энергичность ($r=0,840$), социальная изоляция ($r=0,837$), физическая активность ($r=0,712$) и болевые ощущения ($r=0,688$).

В оценке эффективности комплексных реабилитационных мероприятий проводили анкетирование по шкале РТ и ЛТ. Знание «внутренних условий личности», через которые преломляются не только психотравмирующие экзогенно-органические, но и реабилитационные факторы, позволяет оценить эффективность реабилитационного процесса и определенным образом влиять на его течение.

Данные, представленные в таблице 2, свидетельствуют об уменьшении уровня РТ после курса реабилитационных мероприятий на 18,5%, через 6 месяцев уменьшение данного показателя составило 25,3% от исходного уровня. Таким образом, больные, получавшие комплексные реабилитационные мероприятия, имели положительную динамику как после курса стационарной реабилитации, так и в отдаленный период, что свидетельствует о наступлении относительного психологического комфорта и достаточно высокой устойчивости полученного эффекта.

Таблица 2

Динамика суммарного показателя КЖ (медико-социологическая анкета) и уровня тревожности (тест Спилбергера-Ханина) у больных в ранний восстановительный период реабилитации после нарушения мозгового кровообращения

показатель	при поступлении	при выписке	через 6 месяцев
	n=142	n=142	n=128
	среднее значение $\pm$ ошибка среднего		
суммарный показатель КЖ	-18,2 $\pm$ 2,7	-13,9* $\pm$ 6,92(p=0,051)	-9,88* $\pm$ 3,1(p=0,05)
реактивная тревожность	34,1 $\pm$ 7,8	27,7* $\pm$ 8,91(p=0,055)	25,2* $\pm$ 3,7(p=0,054)
личностная тревожность	43,11 $\pm$ 9,97	44,21 $\pm$ 7,33	40,42 $\pm$ 6,1

Через 6 месяцев сохранялась тесная корреляционная связь между суммарным показателем КЖ по медико-социологической анкете и уровнем РТ. За время наблюдения статистически значимого изменения уровня личностной тревожности выявлено не было.

Детальный анализ КЖ проводили на основании данных опросника «Ноттингемский профиль здоровья». Параметры качества жизни в разные сроки реабилитационного процесса представлены в таблице 1. Как видно из таблицы, больные после комплексной реабилитации имели положительную динамику КЖ. Улучшение показателей КЖ наблюдалось по всем шкалам опросника. Различия между показателями до и после реабилитации были статистически значимы во всех случаях.

Таким образом, анализ показателей качества жизни пациентов с последствиями ишемического инсульта позволил достоверно установить, что применением комплекса реабилитационных мероприятий, силами мультидисциплинарной бригады улучшает состояние пациентов за счет снижения уровня реактивной тревожности, а также уменьшение влияния симптомов заболевания на физическое, психологическое и

социальное функционирование больного. Современные технологии оценки качества жизни и симптомов у пациентов с последствиями инсульта позволяют дать комплексную всестороннюю оценку результатов реабилитационного процесса этой сложной категории больных.

В результате проводимых реабилитационных мероприятий, качество жизни пациентов, после ОНМК, значительно улучшается по всем показателям. Через 6 месяцев мы наблюдали незначительный прогресс достигнутых в стационаре положительных результатов реабилитации. Пациенты замыкались на себе, происходило сужение круга общения, мало изменялись физические показатели, вероятно, это связано с тем, что дома мало кто продолжает выполнять предписания врача. Кроме того, после курса реабилитации, нами выявлено статистически значимое улучшение показателей нейропсихологического исследования (тест запоминание слов, тест на ориентацию, тест на речевую активность, тест рисования часов, отсроченное воспроизведение слов). Простота и высокая информативность теста «рисования часов», делает его одним из наиболее интересных инструментов для диагностики дементного синдрома. При поступлении в стационар пациенты из 10 баллов (норма) «набирали» 4-6 баллов (утрачена целостность часов, часть чисел отсутствуют или расположена вне круга, неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке, стрелки не выполняют свою функцию (например, время обведено кружком). Однако проведение комплексной реабилитации приводит к тому, что при выписке пациент «набирает» 6-9, а зачастую и 10 баллов, что свидетельствует о явной положительной динамике [8]. К сожалению, через шесть месяцев картина не такая радужная – иногда отмечается регресс достигнутых показателей, что объясняется низкой приверженностью пациентов к продолжению активных реабилитационных мероприятий. Удовлетворенность пациентов медицинской помощью, зависящая от ряда субъективных ощущений и объективных факторов, в последнее время тесно связывается с качеством ее оказания. Основными направлениями контроля удовлетворенности пациентов медицинской реабилитацией в нашем исследовании являлись:

Контроль основного процесса (собственно медицинская реабилитация);

Контроль вспомогательных процессов (размещение, питание, сервисные услуги);

Контроль удовлетворенности результатом медицинской реабилитации.

Интерес к удовлетворенности пациентов медицинской помощью тесно связан с определением качества медицинской помощи. Нами выявлена связь удовлетворенности медицинской помощью с уровнем образования и самооценкой здоровья. К числу пациентов, наименее удовлетворенных медицинской помощью, относятся лица с высшим и незаконченным высшим образованием, а также лица с низкой самооценкой здоровья. Прослеживается обратная связь между удовлетворением медицинской помощью и претензиями к медицинскому персоналу: чем меньше упоминается о негативных проявлениях со стороны медицинского персонала, тем больше удовлетворенность. Контакт с медицинским работником оказывает большое влияние на удовлетворенность пациента медицинской помощью.

Таким образом, только консолидированное участие всех членов мультидисциплинарной бригады способствует повышению качества оказания медицинской помощи и обеспечивает удовлетворенность пациентов медицинской помощью в целом.

1. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития. Consilium medicum. 2016; 18 (2.1): 9-13. / Ivanova G.E. Meditsinskaya reabilitatsiya v Rossii. Perspektivy razvitiya. Consilium medicum. 2016; 18 (2.1): 9-13. [in Russian]

2. Сковцова В.И., Поляев Б.А., Иванова Г.Е. и др. Основы ранней реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения. Учебно-методическое пособие по неврологии для студентов медицинских вузов. Под ред. В.И.Сковцовой. М.: Литтерра, 2006. / Skvortsova V.I., Poliaev B.A., Ivanova G.E. i dr. Osnovy rannei reabilitatsii bol'nykh s ostrym narusheniem mozgovogo krovoobrashcheniia. Uchebno-metodicheskoe posobie po nevrologii dlia studentov meditsinskikh vuzov. Pod red. V.I.Skvortsovoi. M.: Litterra, 2006. [in Russian]
3. Марцияш А.А. Качество жизни как критерий эффективности комплексной реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда. Вестник международного центра исследования качества жизни. 2010; 15-16: 118-121. / Martsiyash A.A. Kachestvo zhizni kak kriteriy effektivnosti kompleksnoy reabilitatsii bol'nykh, perenesshikh infarkt miokarda. Vestnik mezhnatsional'nogo tsentra issledovaniya kachestva zhizni. 2010; 15-16: 118-121. [in Russian]
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине (3-е изд., перераб. и доп.) / Под ред. академика РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: РАЕН, 2012; 528: ил. / Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine (3-e izd., pererab. i dop.) / Pod red. akademika RAMN Yu.L. Shevchenko. – М.: RAEN, 2012; 528: il. [in Russian]
5. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М. и др. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиология. 1982; 2: 100–103. / Gladkov A.G., Zaytsev V.P., Aronov D.M. i dr. Otsenka kachestva zhizni bol'nykh s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami. Kardiologiya. 1982; 2: 100–103. [in Russian]
6. Карелина А. Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Эксмо, 2007; 416 с. (с. 32-34). / Karelin A. Bol'shaya entsiklopediya psikhologicheskikh testov. – М.: Eksmo, 2007; 416 s. (s. 32-34). [in Russian]
7. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. — М., Практика, 1998; 459 с. / Glants S. Mediko-biologicheskaya statistika. Per. s angl. — М., Praktika, 1998; 459 s. [in Russian]
8. Ильина О.П., Дуда Е.Е., Марцияш А.А. Возможность коррекции когнитивных нарушений в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта. Избранные вопросы нейрореабилитации [Текст]: материалы VIII международного конгресса «Нейрореабилитация-2016» (Москва, 8-10 июня 2016 г.) / редкол: Г.Е. Иванова [и др.]. – М., 2016. – 470 с. (с. 154-157) / Il'ina O.P., Duda E.E., Martsiyash A.A. Vozmozhnost' korrektsii kognitivnykh narusheniy v rannem vosstanovitel'nom periode mozgovogo insul'ta. Izbrannye voprosy neyroreabilitatsii [Tekst]: materialy VIII mezhdunarodnogo kongressa «Neyroreabilitatsiya-2016» (Moskva, 8-10 iyunya 2016 g.) / redkol: G.E. Ivanova [i dr.]. – М., 2016. – 470 s. (s. 154-157). [in Russian]