



УДК.616-053.9

## РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ В УЛУЧШЕНИИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

**М.М. БАТУКАЕВА**

*Республиканский клинический  
госпиталь ветеранов войн,  
г. Грозный*

*e-mail: prchr@mail.ru*

Представлены основные вопросы влияния медицинской активности среди больных, перенесших инсульт, в процессе восстановления, а также предложены организационные мероприятия по профилактике и реабилитации данного контингента больных.

Ключевые слова: инсульт, медицинская грамотность, медицинская активность, профилактика, реабилитация.

**Актуальность.** На состояние здоровья большое влияние оказывает медицинская активность. Наличие высокого уровня медицинской активности создает основу для успешной работы медицинских работников. И наоборот, медицинская пассивность или вообще негативизм отрицательно влияют на результаты лечения и оздоровления. В данном исследовании проводилось изучение информации по следующим показателям: активность в посещении неврологического диспансера, выполнение назначений врача, причины невыполнения и прекращения лечения, отказ от госпитализации [1, 2].

**Цель.** Установить основные факторы, определяющие сроки реабилитации больных, перенесших инсульт.

**Материал и методы:** социально-гигиенические, статистические.

**Результаты и их обсуждение.** Полученные данные свидетельствуют, что пациенты в основной массе регулярно выполняют назначения врачей – это 56,2% заболевших, почти треть (35,4%) практически регулярно выполняют назначения, и лишь 8,4% не считают нужным следовать советам и рекомендациям врачей. По негативному отношению к выполнению назначений врача более низкую активность имеют больные в трудоспособном возрасте. Наиболее часто отказываются от госпитализации больные женщины в сравнении с мужчинами, объясняя это необходимостью ведения домашнего хозяйства.

Известно, что в условиях современной терапии постинсультных состояний исход заболевания в значительной степени определяется отношением больного к лечению. Преждевременное прекращение лечения обуславливает его неэффективность и дальнейшее прогрессирование болезни. В ходе исследования были определены категории больных, в наибольшей степени предрасположенных к досрочному прерыванию лечения.

Среди обследованных больных, проходивших лечение в стационаре, только чуть больше половины прошли полный курс лечения (68,8%), 27,1% пациентов преждевременно прервали курс лечения в стационаре, продолжив его в амбулаторных условиях, а вот оставшиеся 4,1% больных были выписаны за нарушение режима во время пребывания в стационаре (употребление алкоголя, курение и самовольный выход на улицу вместо прохождения процедур).

Анализ исходов лечения у больных, перенесших инсульт, с различным социальным положением показал, что в группе социально-адаптированных пациентов прервали лечение четвертая часть больных – 26,2%. Основными причинами прерывания было беспокойство за оставленных дома детей и неудовлетворенность контингентом больных в стационаре. Среди социально-дезадаптированных – 58,0%, что достоверно ( $p < 0,001$ ) в 2,3 раза меньше, причем эти пациенты не смогли четко назвать причину своего негативного отношения к лечению.

Личностные особенности больных, перенесших инсульт, также существенно влияли на отношение к болезни. В наибольшей степени склонны к досрочному прерыванию лечения лица возбудимого типа (конфликтные, вспыльчивые), отрыв от лечения – 64,7%. Напротив, пациенты шизоидного типа (замкнутые, малообщительные) с трудом адаптировались к условиям стационара, что у 37,5% привело к досрочному прекращению лечения. Больные с последствиями органического поражения ЦНС в 36,0% случаев отрывались от лечения, что достоверно превышало число отрывов у пациентов с иными психологическими характеристиками ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, для оптимизации лечебного процесса необходимо учитывать не только соматические факторы, но и психологические черты характера больного, перенесшего инсульт.

Неблагоприятные стороны образа жизни не только могут быть фактором, утяжеляющим течение уже имеющейся патологии. Из всех видов активности наиболее существенное отрицатель-



ное влияние на тяжесть состояния больных оказывает производственно-трудовая деятельность, основными неблагоприятными характеристиками которой, по мнению самих пациентов, являются следующие: работа с высоким уровнем неблагоприятного внешнего воздействия пыли, химических агентов, холода или наоборот – повышенных температур, на которую указали до 35,0% респондентов; наличие ненормированного рабочего дня и сверхурочных работ отмечали около 30,0% опрошенных; общий трудовой стаж свыше 10 лет без возможности полностью отгулять отпуск, на что указали 19,0% обследуемых; неблагоприятный психологический климат в коллективе, частое действие нервно-психического фактора – у 16,0% респондентов.

Влияние социально-культурной активности на тяжесть состояния после перенесённого инсульта определяется в основном уровнем образования. Установлено, что чем ниже уровень образования человека, тем тяжелее протекает имеющаяся патология, корреляционное соотношение составляет ( $r=0,1$ ;  $m= \pm 0,003$ ;  $p<0,05$ ). И чем выше уровень образования, тем выше вероятность рационального использования медицинских услуг, а также развития здоровых жизненных привычек.

Среди социально-гигиенических характеристик активности пациентов, перенёвших инсульт, на тяжесть состояния здоровья существенное влияние оказывает поведение, прежде всего пристрастие к вредным привычкам (курение, злоупотребление алкоголем и наличие пассивного курения). Доля влияния его от возможного влияния всех факторов, действующих на тяжесть состояния, достоверно ( $p<0,001$ ) высока, корреляционное соотношение составляет ( $r=0,2$ ;  $m= \pm 0,003$ ). Было установлено, что не только наличие пристрастия к вредным привычкам, но и дальнейшее увеличение тяги к ним неблагоприятно сказывается на состоянии здоровья обследуемых пациентов. Немалое влияние по значимости вклада в формирование здорового образа жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья, оказывает деятельность человека в быту, характеризующаяся такими показателями, как состояние в браке, отсутствие утомления от ведения домашнего хозяйства, бесконфликтные отношения в семье. Обращает на себя внимания тот факт, что влияние доброжелательных, бесконфликтных отношений в семье на сохранение здоровья отмечали 40,5% опрошенных, т. е. в 2,3 раза достоверно больше ( $p<0,001$ ), чем фактора состояния в браке (его отметили лишь 17,6% обследуемых).

Однако необходимо рассматривать не только поведение и различные виды активности пациента, но и изменение в состоянии здоровья, его ухудшение, возникновение хронической патологии, которые способны существенно менять образ жизни больного.

Перенесённый инсульт и возникшее в связи с этим изменение в состоянии здоровья приводят к изменению производственно-трудовой активности, увеличивая интенсивность труда. В частности, возникновение заболевания приводит к нарушению режима трудовой деятельности, причем чем хуже состояние здоровья, тем более выражены эти нарушения.

Нарушение режима труда, как правило, связано с тем, что больные не справляются с обычной трудовой нагрузкой и вынуждены часто задерживаться на работе сверх положенного времени, на что обращали внимание 15,4% опрошенных. Изменения в состоянии здоровья у пациентов приводит к тому, что увеличивается время проезда до работы, особенно при утяжелении состояния, на эту ситуацию обратили внимание 13,0%.

Заболевание ведет не только к незначительным изменениям нервно-психического статуса пациентов после инсульта, но также способно вызвать и серьезные нарушения в психике больных, усиливая эмоциональную восприимчивость больного к происходящим жизненным событиям, вызывая у них чувство психологического дискомфорта. Так, пациентов с чувством психологического дискомфорта среди больных в 1,5 раза достоверно ( $p<0,01$ ) больше, чем среди здоровых (50,7% в сравнении с 33,8%). Это в свою очередь приводит к частым конфликтным ситуациям как на работе, так и в быту.

Установлено, что возникновение заболевания значительно изменяет деятельность человека в быту, приводя к увеличению загруженности в ведении домашнего хозяйства и, как следствие этого, к значительной утомляемости от домашней работы, это изменение отметили 23,0% пациентов, особенно среди женщин.

Возникновение заболевания вызывает нарушение сна (пациент трудно засыпает, чутко спит), причем чем тяжелее процесс восстановления, тем более грубые нарушения сна отмечаются у него (31,1% больных жаловались на плохой сон).

Давая характеристику медицинской активности пациентов, перенёвших инсульт, следует отметить, что в целом она остается на низком уровне, хотя при утяжелении течения заболевания и восстановления после перенесённого инсульта у пациентов наблюдается усиление некоторых компонентов медицинской активности. В частности, их медицинское поведение активизируется, каждый пятый (19,7%) избегавший общения с врачами при ухудшении самочувствия был вынужден прибегнуть к медицинской помощи, хотя регулярность посещения врачей остается на невысоком



уровне, однако ухудшение состояния самочувствия заставляет получать необходимые медицинские знания, что отмечалось у каждого шестого больного (15,1%).

В целом, следует отметить, что возникновение ухудшения в состоянии здоровья значительно изменяет поведение пациентов, однако ухудшение состояния здоровья не является обязательным условием адекватной заботы о нем. Используя полученные в результате исследования данные о медицинской активности больных, перенесших инсульт, предлагаем следующую программу профилактики, включающую в себя три основных направления:

– первичная профилактика (санитарно-просветительская работа, широкая воспитательная работа с населением, санитарно-гигиеническое воспитание и формирование установки на здоровый образ жизни, особенно у молодого населения);

– вторичная профилактика (медицинский блок, который связан с мероприятиями по раннему выявлению заболевания на ранних стадиях);

– реабилитация больных (разработка комплекса индивидуальной программы медико-социальной реабилитации).

Особенности и образ жизни групп социально незащищенного населения во многом определяет характер заболевания, отношение к лечению, исходы восстановительного процесса. Так как эти группы представляют наибольший риск по отрыву от лечения, особое внимание необходимо уделить проведению комплекса мероприятий, условно обозначенных в следующих категориях:

– медицинские: лечение под непосредственным наблюдением, интермиттирующие режимы лечения, контроль и своевременное устранение побочных эффектов, санпросветработа;

– административные: доступность медицинской помощи населению и бесплатная диагностика, приемлемые условия в стационаре, приближение места лечения к месту проживания больного, особенно для женщин, удобное время приема препаратов, организация лечения на дому;

– социально-психологические: введение в штат лечебно-профилактических учреждений и неврологических диспансеров социальных работников и психологов, установление партнерских отношений между персоналом и пациентами, психологическая коррекция, консультирование, разработка мероприятий по социальной поддержке больных и т.д.

**Выводы.** Таким образом, данную информацию необходимо использовать для усиления санитарно-просветительской работы с пациентами, перенесшими инсульт, для повышения медицинской активности и осуществления действенных мер, направленных на сохранение и улучшение здоровья самого больного и его окружения, и прежде всего на профилактику распространения неврологической патологии и предотвращение первичной инвалидности.

#### Литература

1. Галстян, А.Ш. Качество жизни и социальный статус в отдаленный период после аортокоронарного шунтирования / А.Ш. Галстян // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Прилож. XII. Ежегодная сессия научного Центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН со Всерос. конф. молодых ученых. – М., 2008. – Т. 9, №3. – С. 216.

2. Галстян, А.Ш. Третичная профилактика сердечно-сосудистой патологии / А.Ш. Галстян // Актуальные вопросы медицинской науки : сб. науч. работ студентов и молодых ученых Всерос. конф. с междунар. участием. – Ярославль, 2009. – С. 20.

## ROLE OF MEDICAL ACTIVITY IN IMPROVEMENT OF A STATE OF HEALTH OF PATIENTS AFTER A STROKE AND THE BASIC DIRECTIONS OF REHABILITATION AND PREVENTIVE WORK

**M.M. BATUKAEVA**

*Republican clinical hospital  
of war veterans, Groznyj*

*e-mail: przchr@mail.ru*

Among the patients who have had a stroke, the basic questions of influence of medical activity are presented to restoration process, and also organizational actions for preventive maintenance and rehabilitation of the given contingent of patients are offered.

Keywords: a stroke, medical literacy, medical activity, preventive maintenance, rehabilitation.