

Оригинальная статья

Пациенты с перенесенной черепно-мозговой травмой об удовлетворенности реабилитацией

Анников Ю.Г., Кром И.Л., Еругина М.В.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия
Центр медико-социологических исследований, г. Саратов, Россия

Поступила в редакцию 20 января 2019 г., Принята в печать 03 февраля 2019 г.

© 2019, Анников Ю.Г., Кром И.Л., Еругина М.В.

© 2019, Психосоматические и интегративные исследования

Резюме:

Реабилитация пациентов, перенесших нейротравму, в современном контексте – мультидисциплинарная проблема, эффективность которой определяется координацией и решением медицинских, социальных, психологических и организационных задач.

В статье представлены результаты авторского исследования удовлетворенности реабилитацией пациентов трудоспособного возраста с последствиями ЧМТ.

Ключевые слова: нейрореабилитация, черепно-мозговая травма, медико-социальные последствия, предикторы инвалидности, междисциплинарный подход.

Библиографическая ссылка: Анников Ю.Г., Кром И.Л., Еругина М.В. Пациенты с перенесенной черепно-мозговой травмой об удовлетворенности реабилитацией. Психосоматические и интегративные исследования 2019; 5: 0102.

Original article

Patients with traumatic brain injury about satisfaction with rehabilitation

Annikov Yu.G., Krom I.L., Erugina M.V.

FSBEI of Higher Education, Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Saratov, Russia

Centre of Medical and Sociological Research, Saratov, Russia

Received on 20 January 2019, Accepted on 03 February 2019

© 2019, Annikov Yu.G., Krom I.L., Erugina M.V.

© 2019, Psychosomatic and Integrative Research

Summary:

Rehabilitation of patients undergoing neurotrauma in the modern context is a multidisciplinary problem, the effectiveness of which is determined by the coordination of medical, social, psychological and organizational problems, and solving these problems.

The article presents the results of the author's study of satisfaction with the rehabilitation of working-age patients with the consequences of TBI.

Keywords: neurorehabilitation, traumatic brain injury, medical and social consequences, predictors of disability, interdisciplinary approach.

Cite as Annikov Yu.G., Krom I.L., Erugina M.V. Patients with traumatic brain injury about satisfaction with rehabilitation. Psychosomatic and Integrative Research 2019; 5: 0102.

Введение

Лечение и нейрореабилитация больных с очаговым поражением головного мозга вследствие перенесенного инсульта и ЧМТ требует особой единой организационной структуры, которая включает междисциплинарные программы для осуществления лечебно-реабилитационного процесса, позволяющего достичь максимально возможного восстановления и активного социального функционирования [1].

Нейрореабилитация – сложный, патогенетически обоснованный процесс комплексного лечения с обязательным применением методов медицинского, медико-психологического, медико-педагогического и медико-социального воздействия, значение и интенсивность которых меняются в ситуациях болезни [2].

Разработанная программа нейрореабилитации в РФ предполагает:

1. Снижение в современном обществе социального бремени, возникающего в связи с большой распространенностью cerebrovascularных заболеваний и черепно-мозговой травмы и их последствий, а также иных поражений ЦНС в перинатальном периоде и других возрастных группах;
2. Формирование государственной политики признания нейрореабилитации больных с очаговым поражением головного мозга в результате инсульта, черепно-мозговой травмы и других заболеваний ЦНС одним из приоритетных направлений медицины и здравоохранения, занимающих первое место по смертности, тяжести последствий и инвалидности;
3. Качественное улучшение доступной, высококвалифицированной медицинской междисциплинарной помощи населению при очаговых и других поражениях центральной нервной системы;
4. Внедрение современных рекомендаций по диагностике, лечению, нейрореабилитации, ведению больных и организации специализированной нейрореабилитационной помощи в здравоохранении; интеграцию в практическое здравоохранение отечественного и международного опыта в области научных исследований лечения и нейрореабилитации больных [1].

Наиболее сложным направлением нейрореабилитации является реабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга, перспективы которой зависят от степени тяжести патологического процесса, возрастных, гендерных и социально-экономических характеристик больного.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – одно из часто встречающихся заболеваний, ее частота составляет в России 400 на 100 тыс. населения. Частота инвалидизации как исхода острой ЧМТ у взрослых при тяжелых травмах составляет 59,1%, травмах средней тяжести – 5,7%, легких травмах – 0,5% [3]. Чаще тяжелые ЧМТ возникают у лиц трудоспособного возраста – до 45 лет [4].

Актуальность проблемы медико-социальной реабилитации больных с очаговыми поражениями головного мозга в ситуациях болезни связана с высокой распространенностью данной патологии и развитием медицинских технологий, способствующих увеличению продолжительности жизни данной категории больных, которые ранее считались incurable [5].

По мнению ученых, тяжелая ЧМТ – заболевание, восстановление после которого полностью невозможно. M.P. Dijkers утверждает, что не имеет никакого смысла сравнивать человека, перенесшего ЧМТ, с тем человеком, каким он был до травмы, и исключает представление о реабилитации как только о восстановлении функций [6].

Последствия ЧМТ, даже при легкой ее степени, могут впервые проявляться спустя многие годы после перенесенной ЧМТ, будучи при этом не всегда адекватными тяжести течения острого периода ЧМТ и нередко имеющими прогрессирующее течение [7]. Суб- и декомпенсация могут наступить в отдаленные после ЧМТ сроки [8].

Несмотря на отсутствие неврологического дефицита, у большинства больных в отдаленном периоде ЧМТ легкой степени тяжести формируются стойкие психовегетативные расстройства, дезадаптирующие пострадавших в профессиональной, бытовой сферах, межличностных отношениях [9]. По данным ряда авторов спустя 5-10 лет после ЧМТ 17,9% пострадавших лишаются трудоспособности [3].

Однако, в отличие от тяжелой ЧМТ, после легкой и среднетяжелой травмы большинство отдаленных нарушений носит полностью или частично обратимый характер, что обуславливает актуальность скорейшей и полноценной медицинской, социальной и психологической реабилитации пациентов [10].

Больные с последствиями ЧМТ могут быть длительное время, а зачастую и пожизненно, социально не адаптированы, иметь серьезные неврологические и психологические дисфункции [11]. Эти последствия, сопровождающиеся когнитивными, эмоциональными и поведенческими расстройствами, не только нарушают «навыки социальной адаптации», но и в целом снижают трудоспособность и качество жизни пациента [12].

Однако, люди, перенесшие ЧМТ легкой степени или средней степени тяжести, получают услуги по реабилитации значительно реже, чем пациенты, перенесшие тяжелую ЧМТ. Таким образом, ограничивается их возможность восстановить прежнее качество жизни [13].

Многие пациенты, перенесшие ЧМТ, получают ограниченные стационарные услуги по реабилитации. Ещё меньше получают амбулаторную помощь спустя более 2-х или 3-х месяцев после травмы. Пациенты, перенесшие ЧМТ, и их семьи, как правило, либо не знают о доступных услугах по реабилитации, либо не имеют доступа к ним, в том числе из-за ограничений медицинской страховки [6].

Материалы и методы

В Центре медико-социологических исследований г. Саратова с 2016 года проводится исследование удовлетворенности медицинской помощью пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы. В исследование включены на основе случайной выборки 94 респондента трудоспособного возраста (94% мужчин). Черепно-мозговую травму легкой степени перенесли 26% респондентов, черепно-мозговую травму средней степени тяжести – 12%, черепно-мозговую травму тяжелой степени – 62% респондентов. 54% респондентов с последствиями ЧМТ перенесли травму от 1 года до 5 лет назад.

Результаты исследования

Большинство пациентов с последствиями ЧМТ, включенных в исследование, (60,56%) оценивают медицинскую помощь как хорошую, 22,54% - как очень хорошую, 14,08% - как удовлетворительную, и только 1,41% пациентов - как плохую.

Подавляющее большинство пациентов с последствиями ЧМТ в нашем исследовании удовлетворены отношением к ним лечащего врача (80,7%), однако 95,92% пациентов отмечают, что им и их родственникам не оказывалась психологическая поддержка в медицинских организациях.

Только 10,2% пациентов оказывалась помощь специалистом по социальной работе в оформлении документов для установления группы инвалидности, 4,08% пациентов - помощь в быту, 2,04% пациентов - помощь в приобретении лекарственных средств. Эти данные подчеркивают слабое взаимодействие мед. организаций, оказывающих помощь пациентам с последствиями ЧМТ, с органами и организациями системы социального обслуживания, слабое вовлечение в процесс реабилитации медицинских психологов. Очевидна излишняя медикализация реабилитации пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы.

Среди проблем, отмечаемых пациентами, встречающихся при оказании медицинской помощи больным с последствиями черепно-мозговой травмы наиболее частые: большие очереди на приём к врачу (данную проблему отмечают 89,8% пациентов), отсутствие социальной поддержки (77,55%), недостаточное оснащение медицинских организаций (69,39%) и высокая стоимость лекарств (61,22%). Из данной статистики видно, что большинство проблем связано не с квалификацией или отношением медицинского персонала и качеством медицинской помощи, а с организационными проблемами и, опять же, слабым взаимодействием с органами и организациями системы социального обеспечения.

Большинство пациентов (59,18%) в нашем исследовании отмечают, что медицинская помощь больным с последствиями черепно-мозговой травмы должна оказываться в специализированном центре медицинской реабилитации для пациентов с нарушением функции центральной нервной системы или в стационарном отделении медицинской реабилитации для пациентов с нарушением функций центральной нервной системы (42,86%).

Обсуждение результатов

Программы реабилитации людей, перенесших тяжелую ЧМТ, должны сосредотачиваться на развитии социальной поддержки. Она могла бы снизить частоту отрицательных психосоциальных последствий ЧМТ.

Неудовлетворенность пациентов реабилитационной помощью может указывать на недостаточный уровень ухода, не соответствующий потребностям пациента. Удовлетворение реабилитационной помощью зависит от качества ухода.

Удовлетворенность социальной поддержкой имеет тенденцию снижаться со временем. Это может отражать несоответствие социальной поддержки ожиданиям пациента или её малофункциональность [14].

В последние годы в России происходит модернизация системы лечения и нейрореабилитации больных с последствиями цереброваскулярных заболеваний и травмы: введены в клиническую практику нейрососудистые центры, первичные нейрососудистые отделения, нейрохирургические отделения, разработана программа маршрутизации больных [1].

Контент-анализ нормативно-правовых актов, определяющих организационно-методические основы реабилитации пациентов нейрохирургического профиля, показывает наличие правовой базы, позволяющей организовать в Российской Федерации этапное проведение реабилитации в различных условиях: круглосуточного стационара, дневного стационара, амбулаторно [15].

Заключение

Реабилитация пациентов, перенесших ЧМТ, в современном контексте – мультидисциплинарная проблема, эффективность которой определяется координацией и решением медицинских, социальных, психологических и организационных задач.

Список литературы

1. Shklovsky V.M. Neurorehabilitation of patients with consequences of stroke and traumatic brain injury: methodology, strategy, concept and organization of care (XXI century 2000-2014). <https://cprin.ru/wp-content/uploads/2018/02/Нейрореабилитация-больных-с-последствиями-инсульта-и-черепно-мозговой-травмы.pdf>. (6March 2019).
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. М.: Антидор 2002; с. 420–433.
3. Скоромец А.А., Пугачева Е.Л. Исследование эффективности комплексного препарата цитофлавин для коррекции последствий легкой черепно-мозговой травмы. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2010; 110 (3): 31–36.
4. Гургенидзе Н.Д. Клиника, диагностика и комплексное лечение множественных очагов размождения головного мозга: дис. ... докт. мед. наук. Санкт-Петербург, 1997; 10–32 с.
5. Shklovsky V.M. Help for discussion at the meeting of the Bureau of the Presidium of RAO 07.11.2012 «Interdisciplinary problems in neurorehabilitation system». <http://www.raop.ru/content/Presidium.2012.11.07.Spravka.doc> (6March 2019).
6. Dijkers M.P. Quality of Life After Traumatic Brain Injury: A Review of Research Approaches and Findings. Arch Phys Med Rehabil 2004; 85: 21–35.
7. Мордовцев А.Г. Медико-социальные риски черепно-мозгового травматизма и их профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Астрахань, 2007; 3–4 с.
8. Смычек В.Б., Пономарёва Е.Н. Современная классификация черепно-мозговой травмы. Медицинские новости 2012; (1): 21.
9. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: Издательский дом «Нева», Олма-Пресс Звездный мир 2002; с.320.
10. Литвинов Т.Р., Менделевич Е.Г., Менделевич В.Д. Клинические, психологические и медико-социальные детерминанты посткоммоционного синдрома. Психическое здоровье 2012; (9): 62.
11. Писчаскина Н.Ю. Особенности течения последствий легкой и среднетяжелой травмы у больных трудоспособного возраста (клинические и социальные аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2006; 3, 17–18 с.

12. Макаров А.Ю. Последствия черепно–мозговой травмы и их классификация. Неврологический журнал 2002; 6 (2): 38–41.
 13. Webb C.R., Wrigley M., Yoels W., et al. Explaining Quality of Life for Persons With Traumatic Brain Injuries 2 Years After Injury. Arch Phys Med Rehabil 1995; 76:1113–1119.
 14. Tomberg T., Toomela A., Pulver A., et al. Coping strategies, social support, life orientation and health-related quality of life following traumatic brain injury. Brain Inj. 2005; 19 (14):1181–1190.
 15. Еругина М.В., Кром И.Л., Анников Ю.Г. Нормативно-правовое обеспечение организации реабилитационной помощи пациентам нейрохирургического профиля. Современные проблемы науки и образования 2017; 2: 101.
-

Авторы:

Анников Ю.Г. – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Адрес: 410015, г. Саратов, ул. Б. Казачья 112, тел.: +7 9616518403, e-mail: yuri-annikov@yandex.ru.

Кром И.Л. – д.м.н., профессор, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России. Директор Центра медико-социологических исследований.

Еругина М.В. – д.м.н., доцент, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России.