

ЧЛО, а процесс восстановления у большинства пациентов проходил на фоне различных осложнений (86,3%), в группе сравнения — только у половины (53,8%). В ряде случаев лечение указанных пациентов завершалось летальным исходом по сравнению с лечением не находящихся под воздействием рассмотренных факторов риска. Только 8,3% наблюдаемых пациентов стремились соблюдать относительно здоровый образ жизни.

При изучении сезонного характера госпитализации пациентов с травмой ЧЛО установлено, что в течение года среднемесячный уровень госпитализации различен. Максимум госпитализации пациентов с травмой ЧЛО приходится на летние месяцы ( $31,40 \pm 1,03\%$ ;  $p < 0,01$ ), постепенно снижается в осенние месяцы ( $24,50 \pm 1,04\%$ ;  $p < 0,01$ ) и достигает минимума в зимние месяцы ( $20,20 \pm 0,91\%$ ;  $p < 0,01$ ). С апреля начинается постепенный рост количества госпитализаций ( $23,91 \pm 1,02\%$ ;  $p < 0,01$ ).

В процессе исследования была изучена особенность получения пациентами травмы ЧЛО в зависимости от даты рождения в течение индивидуального годового жизненного цикла пациента. Максимум госпитализаций (73,6%) среди наблюдаемых пациентов приходился на 11-й и 12-й месяцы от даты дня рождения пациентов. Именно указанный период ежегодного годового цикла жизни каждого индивидуума является наиболее напряженным в плане развития критических ситуаций и различных нарушений здоровья. Полученные результаты подтверждают данные других исследователей [3, 9].

В процессе лечения и реабилитации пациентов с травмой ЧЛО с ними активно проводилась санитарно-просветительная работа по разъяснению основ здорового образа жизни, придерживание которых может способствовать более эффективному восстановлению здоровья и предупредить возникновение подобных нарушений в дальнейшем. По результатам повторного опроса пациентов на заключительном этапе реабилитации было установлено, что желание соблюдать здоровый образ жизни выразили уже в 2 раза больше пациентов (17,4%), чем при первичном анкетировании.

Таким образом, данные клинико-социального исследования свидетельствуют о том, что пациенты с травмой ЧЛО — это в основном мужчины в возрасте

около 40 лет, рабочие, состоящие в браке и проживающие в квартире общей площадью на одного человека до 15 м<sup>2</sup>. Материальная обеспеченность большинства пациентов относительно ограничена. На момент получения травмы большинство пациентов находились в состоянии алкогольного опьянения. Травмы чаще имели место в летнее время, в большинстве случаев носили бытовой характер. Основное количество травм возникло в наиболее напряженный период годового жизненного цикла пациентов.

В целях снижения травматизма населения, в частности обусловленного травмой ЧЛО, целесообразно шире пропагандировать основы здорового образа жизни и ориентировать население на сокращение использования алкогольных напитков.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бимбас Е. С. Системная реорганизация ортодонтической помощи взрослому населению крупного промышленного центра: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Екатеринбург; 2005.
2. Байриков И. М., Трунин Д. А. Совершенствование травматологической помощи больным с механическими повреждениями челюстно-лицевой области. В кн.: Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Тверь; 2008: 18—21.
3. Богатырева И. В. и др. Влияние естественных ритмов на возникновение тяжелых травм глаз, их течение и исходы. Медицина труда и промышленная экология. 2011; 11: 40—3.
4. Караян А. С. Одномоментное устранение посттравматических дефектов и деформаций скулоносоглазничного комплекса: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2008.
5. Копецкий И. С., Насибуллин А. М., Гончарова А. В. Огнестрельные ранения челюстно-лицевой области мирного времени. Вестник РГМУ. 2012; 1: 12—5.
6. Лимберг Ал. А., Муштакова Т. В., Данилевич М. О. и др. Специализированная помощь пострадавшим с сочетанной челюстно-лицевой травмой в Санкт-Петербурге: организация, алгоритмы лечения, исходы. В кн.: Международная конференция челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. СПб.; 2000: 80.
7. Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М.: МИА; 2010.
8. Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. — Всемирный банк. М.: Алекс; 2006.
9. Шапошникова В. И., Таймазов В. А. Хронобиология и спорт. М.: Советский спорт; 2005.

Поступила 14.01.13

© Е. В. КОСТЕНКО, Н. В. ПОЛУНИНА, 2013

УДК 614.2:617.546-08

Е. В. Костенко<sup>1,2</sup>, Н. В. Полунина<sup>2</sup>

### ФАКТОРНАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ И ЕЕ РОЛЬ В ПРОВЕДЕНИИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

<sup>1</sup>ГБУЗ поликлиника восстановительного лечения № 7, 105005, Москва; <sup>2</sup>кафедра общественного здоровья, здравоохранения и экономики здравоохранения ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова Минздрава России, 117997, Москва, Россия

Костенко Елена Владимировна (Kostenko Elena Vladimirovna)

Полунина Наталья Валентиновна (Polunina Natalya Valentinovna). E-mail: nvpol@rambler.ru

♦ Проанализированы особенности образа жизни пациентов, страдающих дорсопатиями, и выявлены факторы, оказывающие влияние на показатели здоровья в указанной группе. Показана ведущая роль медицинской активности в формировании благоприятных показателей здоровья обследованных пациентов. Полученные данные позволили разработать оздоровительные медико-социальные мероприятия, реализация которых в школе для пациентов с дорсопатиями позволила улучшить состояние здоровья больных с дорсопатиями.

Ключевые слова: пациенты, дорсопатии, образ жизни, медицинская активность, оздоровительные мероприятия

E.V. Kostenko, N.V. Polunina

THE FACTORIAL CONDITIONALITY OF HEALTH CONDITIONS OF PATIENTS WITH DORSOPATHIES AND ITS ROLE IN IMPLEMENTATION OF HEALTH PROMOTION ACTIVITIES

♦ The article analyzes the characteristics of life-style of patients with dorsopathies. The factors impacting the health indicators of the mentioned group of patients are explained. The priority role of medical activities in formation of benevolent health indicators of examined patients is demonstrated. The study results provided an opportunity to develop medical social health promotion activities implemented in the School of patients with dorsopathies to improve health conditions of this category of patients.

**Key words:** patient, dorsopathy, life-style, medical activity, health promotion activities

**В**осстановительное лечение и реабилитация пациентов, страдающих дорсопатиями, на протяжении многих лет остаются одной из приоритетных проблем отечественного здравоохранения, что во многом обусловлено значительным ростом заболеваемости, а также тяжестью медицинских, экономических и социальных последствий этого заболевания как для пациентов и их родственников, так и для общества в целом [1, 2, 4, 9].

В последние годы успешно решены многие сложные вопросы ранней диагностики и лечения пациентов с дорсопатиями, что позволило снизить инвалидность и смертность при этой патологии, однако по-прежнему нередки случаи, когда даже интенсивный курс терапии не дает ожидаемых результатов [4].

Имеющийся опыт свидетельствует о том, что возможности восстановления нарушенных функций у пациентов с дорсопатиями весьма вариабельны. Это обусловлено прежде всего особенностями течения болезни, а также тяжестью сопутствующих соматических заболеваний [3, 4]. Наряду с этим на окончательный результат медицинской реабилитации также в немалой степени оказывают влияние своевременность, адекватность и правильность выбора тактики проведения восстановительного лечения, координация и согласованность деятельности врачей разных специальностей, участвующих в лечебном процессе [10].

Дифференцированный подход к проведению лечебно-оздоровительных мероприятий среди пациентов должен учитывать факторную обусловленность здоровья, поскольку в задачи реабилитации входит нивелирование негативных факторов и стимулирование позитивных факторов [5, 6].

Целью исследования явились разработка и внедрение программы медико-социальной реабилитации пациентов с дорсопатиями на основе анализа роли социально-гигиенических факторов в формировании здоровья изучаемой группы.

На основании анализа медицинских карт амбулаторного больного и результатов анкетирования пациентов оценено состояние здоровья пациентов с дорсопатиями и выявлены особенности их образа жизни. Общее количество больных с дорсопатиями составило 770 человек: 346 (44,9%) мужчин и 424 (55,1%) женщин, средний возраст —  $42,5 \pm 7,3$  года; 78,3% больных были в возрасте от 30 до 50 лет со средней продолжительностью заболевания  $6,9 \pm 2,1$  года.

Использование методов корреляционного анализа и многофакторного дисперсионного анализа позволило рассчитать и оценить степень влияния факторов образа жизни на состояние здоровья взятых под наблюдение пациентов, а также определить долевое участие отдельных факторов образа жизни в формировании благоприятных показателей здоровья.

С учетом того что влияние изученных факторов образа жизни на показатели здоровья практически идентично у мужчин и женщин, страдающих дорсопатиями, анализ факторной обусловленности состояния здоровья рассматривается по всей выбранной статистической совокупности.

Изучение факторной обусловленности здоровья лиц, имеющих какие-либо заболевания, позволяет разработать целенаправленные оздоровительные мероприятия, позволяющие сформировать позитивное медицинское поведение, способствующее улучшению состояния здоровья изучаемой группы населения.

Для установления наиболее значимых для пациентов с дорсопатиями факторов образа жизни был применен дисперсионный анализ однофакторных комплексов для качественных признаков. Выявлено, что наибольшее долевое участие в формировании благоприятных показателей здоровья у пациентов с дорсопатиями имеют медицинская активность и благоприятный психологический климат (рис. 1), на долю которых приходится 70,3% рассматриваемых факторов.

Отмечено, что в целом здоровый образ жизни (ЗОЖ) в 2,1 раза чаще ведут лица, имеющие благоприятные показатели здоровья, по сравнению с пациентами, у которых состояние здоровья оценивается как неблагоприятное (21,6% против 10,1%,  $p < 0,001$ ). Коэффициент корреляции между оценкой состояния здоровья и характером образа жизни составляет:  $r = 0,639$ ,  $t = \pm 0,018$ ;  $p < 0,001$ .

С учетом того что наиболее значимым фактором в формировании здоровья является медицинская активность пациентов, были проанализированы ее составляющие. Медицинская активность — это комплекс различных критериев, характеризующих отношение респондентов к своему здоровью и к здоровью окружающих, в том числе степень медицинской грамотности пациентов, их медицинское поведение при возникновении заболевания, выполнение ими профилактических мероприятий, их отношение к рекомендациям врача, касающимся приема лекарств, соблюдения элементов ЗОЖ, например режима питания и сна, чередования отдыха и работы, достаточной двигательной активности, закалывающих процедур, устранения нездоровых привычек и т. д.

Установлено, что у пациентов, повышающих уровень своей медицинской грамотности, на первом месте находится чтение научно-популярной литературы, за-

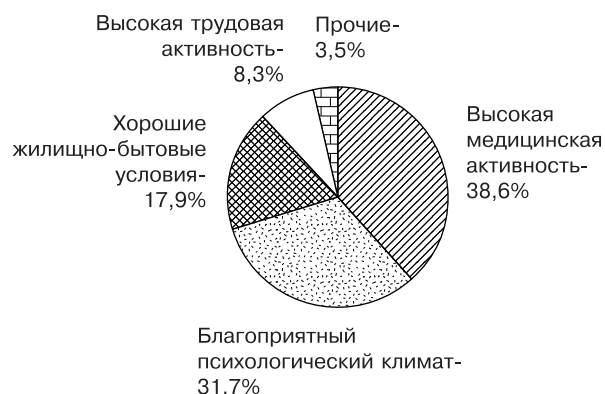


Рис. 1. Факторы образа жизни, формирующие благоприятные показатели здоровья у пациентов, страдающих дорсопатиями.

**Распределение пациентов по выраженности медицинской активности в зависимости от уровня медицинской грамотности (на 100 обследованных)**

Критерии	Медицинская грамотность		p
	высокая	низкая	
Своевременность прохождения профилактических осмотров	68,1	5,8	< 0,01
Своевременность обращения к врачу при заболевании	61,9	10,6	< 0,01
Выполнение назначений врача	75,4	48,3	< 0,05
Выполнение рекомендаций врача по ЗОЖ	81,4	21,7	< 0,001
Отсутствие злоупотребления алкоголем	89,9	73,7	< 0,05
Владение навыками снятия стресса	89,4	60,2	< 0,01
Здоровый полноценный сон	87,4	65,9	< 0,01
Отсутствие курения	79,3	34,9	< 0,01
Наличие контроля за массой тела	67,8	26,7	< 0,01
Отсутствие избыточной массы тела	54,7	27,9	< 0,05
Высокий уровень физической активности	46,8	15,6	< 0,05

тем следуют теле- и радиопередачи, индивидуальные беседы с врачом, изучение специальной медицинской литературы и лекции специалистов по наиболее актуальным проблемам медицины (рис. 2).

Перечисленные выше мероприятия не только дают возможность получить представление о здоровье, но и позволяют приобрести знания о факторах, способствующих сохранению и укреплению здоровья.

Полученные данные свидетельствуют о том, что среди лиц с благоприятными показателями здоровья только 32,7% стремятся получить подобную информацию. В то же время среди пациентов, имеющих неблагоприятные показатели здоровья, таковых достоверно, в 1,9 раза, больше ( $p < 0,01$ ). Обращает на себе внимание тот факт, что повышенный интерес к получению медицинских знаний у пациентов с неблагоприятными показателями здоровья обусловлен желанием узнать о причинах своего нездоровья и методах его улучшения. Именно эти пациенты стремятся больше читать литературу на медицинские темы (в 2,1 раза), чаще смотреть телевизионные передачи или слушать радиопередачи на медицинские темы (в 1,9 раза), обращаться за советом к врачам (в 1,78 раза).

В процессе исследования отмечено, что от уровня медицинской грамотности зависит степень выраженности других критериев, характеризующих медицинскую активность (табл. 1). Приведенные результаты свидетельствуют о достоверном повышении распространенности позитивных характеристик медицинской активности у пациентов с заболеваниями нервной системы, имеющих высокий уровень медицинской грамотности ( $r = -0,692$ ,  $m = \pm 0,0028$ ,  $p < 0,001$ ).

Важнейшим проявлением медицинского поведения являются отношение к посещению врача с лечебной и профилактической целью, готовность выполнять его советы и рекомендации. Результаты исследования показали, что наиболее частым поводом обращения к врачу является возникновение заболевания. Практически каждый второй респондент посещает врача для оформления медицинских документов, таких как справки, бесплатные рецепты, санаторно-курортные карты и т. д., каждый третий — для проверки своего здоровья (рис. 3). К сожалению, за советом обращаются к врачу лишь 12,3% пациентов.

Установлено, что даже в тех случаях, когда пациенты имели хроническое заболевание и состояли на диспансерном учете, только 64,3% из них посещали врача регулярно.

Изучение силы влияния основных критериев, характеризующих биосоциальную и физическую актив-

ность, медицинское поведение и медицинскую грамотность, представлены в табл. 2. На втором месте в формировании здоровья пациентов с дорсопатиями находится сложившийся психологический климат в семье, сила его влияния составляет  $\eta = 0,568$ ;  $m = \pm 0,0024$ ;  $p < 0,001$ .

Среди комплекса характеристик, отражающих морально-психологический микроклимат в семье и оказывающих влияние на возникновение и неблагоприятное течение хронической патологии, отмечены следующие: плохие взаимоотношения между членами семьи ( $\eta = 0,815$ ;  $m = \pm 0,0022$ ;  $p < 0,001$ ) и постоянные трудноразрешимые конфликты ( $\eta = 0,489$ ;  $m = \pm 0,0028$ ;  $p < 0,001$ ); отсутствие взаимопомощи и поддержки ( $\eta = 0,392$ ;  $m = \pm 0,0032$ ;  $p < 0,001$ ) и семейных традиций ( $\eta = 0,299$ ;  $m = \pm 0,0032$ ;  $p < 0,001$ ); неудовлетворенность отдыхом ( $\eta = 0,416$ ;  $m = \pm 0,0032$ ;  $p < 0,001$ ).

Третье место среди факторов, определяющих уровень здоровья исследуемой группы, занимает трудовая активность. Сила и достоверность влияния наиболее существенных характеристик трудовой актив-

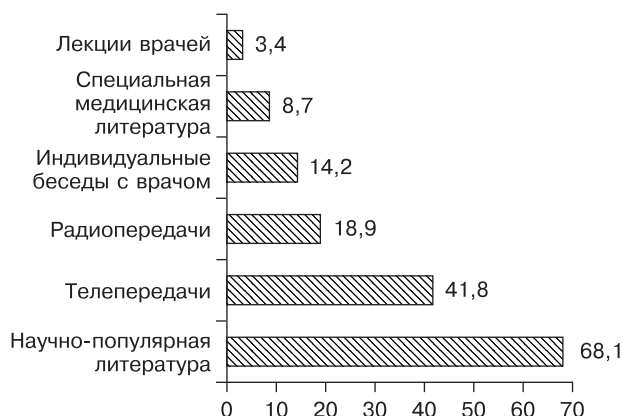


Рис. 2. Распределение обследованных пациентов, интересующихся медицинской информацией, по видам ее получения (на 100 обследованных пациентов).

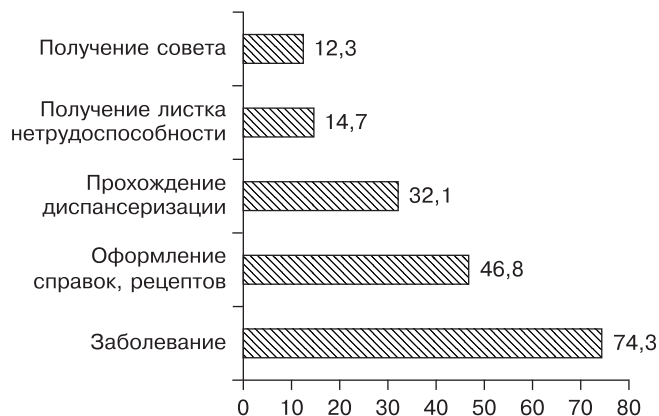


Рис. 3. Распределение пациентов по причинам обращений к врачу (на 100 обследованных пациентов).

Влияние отдельных критериев медицинской активности на здоровье обследованных пациентов

Характеристики медицинской активности	Сила влияния ( $\eta \pm m$ )	$p$
Высокий уровень медицинской грамотности:	0,537 $\pm$ 0,0028	< 0,001
наличие интереса к знаниям медицинского характера	0,394	< 0,001
прослушивание лекций, бесед врача, медицинских сестер	0,348	< 0,001
Высокий уровень медицинского поведения:	0,537 $\pm$ 0,0028	< 0,001
своевременность обращения к врачу при заболевании	0,477 $\pm$ 0,0032	< 0,001
своевременность прохождения профилактических осмотров	0,324	< 0,001
выполнение назначений врача	0,506	< 0,001
выполнение рекомендаций врача	0,488	< 0,001
Высокий уровень биосоциальной активности:	0,773 $\pm$ 0,0024	< 0,001
отсутствие курения	0,711	< 0,001
отсутствие злоупотребления алкоголем	0,636	< 0,001
отсутствие избыточной массы тела	0,427	< 0,001
наличие контроля массы тела	0,316	< 0,001
здоровый и полноценный ночной сон	0,409	< 0,001
Высокий уровень физической активности:	0,624 $\pm$ 0,0024	< 0,001
регулярные занятия гимнастикой	0,513	< 0,001
систематические прогулки	0,348	< 0,001

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев Е. И., Скворцова В. И., Крылов В. В. Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации. Неврологический вестник. 2007; 39 (1): 128—13.
2. Доютова М. В. Организационно-методические подходы к формированию муниципальной системы реадaptации лиц старшей возрастной группы: Дис. ... канд. мед. наук. Н. Новгород; 2005.
3. Корабельникова Е. А., Голубев В. Л. Психофизиологические особенности неврологических расстройств. Неврологический журнал. 2004; 104 (10): 69—73.
4. Лавинская Л. И. Комплексное изучение медико-социальных проблем здоровья женщин старше трудоспособного возраста: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2005.
5. Полунина Н. В., Нестеренко Е. И. Медико-социальные факторы риска и их профилактика. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001; 3: 10—6.
6. Свистунова Е. Г. Организационно-методические и социально-правовые аспекты медико-социальной реабилитации инвалидов: Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2004.
7. Скворцова В. И., Чазова И. Е., Стаховская Л. В., Пряникова Н. А. Первичная профилактика инсульта. Качество жизни. Медицина. 2006; 2 (13): 72—7.
8. Стаховская Л. В., Гудкова В. В., Колесников М. В., Евзельман М. А. Сравнительный анализ организации помощи больным с инсультом в России, Европе и США. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2004; 11 (Инсульт): 64—8.
9. Яхно Н. Н., Виленский Б. С. Инсульт как медико-социальная проблема. Российский медицинский журнал. 2005; 13 (2): 807—15.
10. Dombovy M. L. Neurorehabilitation for other neurologic disorders. Continuum (Minneapolis, Minn.). 2011; 17 (3: Neurorehabilitation): 606—16.

Поступила 14.01.13

сти определяется корреляционным отношением:  $\eta = 0,472$ ;  $m = \pm 0,0026$ ;  $p < 0,001$ . Среди факторов, составляющих трудовую активность, наиболее сильное влияние оказывают такие, как наличие или отсутствие профессиональных вредностей и несоблюдение техники безопасности ( $\eta = 0,716$ ;  $m = \pm 0,0018$ ;  $p < 0,001$ ), степень удовлетворенности сложившимся морально-психологическим климатом на работе ( $\eta = 0,513$ ;  $m = \pm 0,0022$ ;  $p < 0,001$ ), степень удовлетворенности условиями трудовой деятельности ( $\eta = 0,462$ ;  $m = \pm 0,0024$ ;  $p < 0,001$ ), степень соответствия занимаемой должности и места работы полученному уровню образования ( $\eta = 0,398$ ;  $m = \pm 0,0028$ ;  $p < 0,001$ ), степень удовлетворенности существующей организацией труда ( $\eta = 0,268$ ;  $m = \pm 0,0032$ ;  $p < 0,001$ ).

Таким образом, с помощью дисперсионного анализа однофакторных комплексов для качественных признаков были выявлены наиболее значимые факторы образа жизни, влияющие на формирование здоровья обследуемого контингента. С учетом того что более 70% от общего влияния приходится на управляемые факторы образа жизни, основной акцент при разработке оздоровительных мероприятий среди обследованных пациентов был сделан на оптимизацию этих факторов.

В группе рассмотренных факторов, характеризующих перечисленные выше виды деятельности, преобладают те, осуществление которых зависит только от желания и убежденности самих пациентов в необходимости сохранения своего здоровья. В связи с этим оздоровительная программа медико-социальной реабилитации включала в первую очередь мероприятия по повышению уровня медицинской активности, в том числе обучение пациентов навыкам здорового образа жизни. Для этой цели была организована школа для пациентов с дорсопатиями, занятия в которой проводили соответствующие специалисты, в том числе врачи-неврологи, врачи лечебной физкультуры. Это позволило увеличить удельный вес пациентов, выполняющих назначения и рекомендации врача, повысивших физическую активность, а также улучшить питание, изменить режим работы и чередовать вынужденное положение тела (сидение или стояние в неудобной позе) с отдыхом. Активное посещение школы дало возможность снять болевой синдром и уменьшить долю пациентов, испытывающих ограничения подвижности позвоночника.