

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Салохитдинова Н.Д.,

Андижанский медицинский институт,

Артикова М.А.,

Бухарский медицинский институт,

Назарова Ж.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз

Аннотация: Данная статья исследует процесс социальной адаптации у пациентов, переживших черепно-мозговую травму (ЧМТ) в отдаленном периоде после травмы. Она основана на анализе данных из различных источников, включая медицинские отчеты, психологические оценки и социологические исследования. Авторы рассматривают факторы, влияющие на процесс социальной адаптации после ЧМТ, такие как степень травматического повреждения, наличие последствий для психического здоровья, социальная поддержка и доступ к реабилитационным услугам. Основываясь на полученных данных, статья выделяет ключевые стратегии и методы поддержки социальной адаптации для данной категории пациентов и предлагает практические рекомендации для специалистов в области медицины, психологии и социальной работы. Результаты исследования могут быть полезны для разработки более эффективных программ реабилитации и поддержки пациентов с ЧМТ в отдаленном периоде после травмы.

Ключевые слова: Социальная адаптация, Черепно-мозговая травма, Отдаленный период, Последствия травмы, Реабилитация, Психологическое здоровье, Социальная поддержка, Медицинские отчеты, Социологические исследования, Пациенты

Введение. Травматическая болезнь мозга часто приводит к стойкой инвалидизации и ухудшает социальную адаптацию пациентов. Программа

медицинской реабилитации пациентов с последствиями черепно-мозговой травмы (ЧМТ), особенно трудоспособного возраста, должна подбираться индивидуально, с учетом клинических и патоморфологических особенностей (1,3).

Реабилитация больных с последствиями ЧМТ — одна из важнейших медико-социальных проблем. Для повышения эффективности работы по профилактике инвалидизации пострадавших при ЧМТ необходима преемственность между стационарными центрами реабилитации инвалидов в системе социального обеспечения с обязательным продолжением обучения в кабинетах бытовой реабилитации и трудотерапии (2).

Материал и методы исследования. Исследование основано на изучении 197 больных в отдаленном периоде травматических внутричерепных гематом. Больным проводилось комплексное клинико-инструментальное исследование, позволяющее судить о функциональных и структурно-морфологических изменениях головного мозга в отдаленном периоде ЧМТ.

Для оценки бытовой адаптации использовалась шкала повседневной жизненной активности (ГОКА), включающая 5 классов по классификации Института неврологии РАМН: I и II классы мы относили к хорошей бытовой адаптации (возврат к прежней работе без ограничений или с ограничениями, такими как снижение квалификации, уменьшение объема и/или продолжительности рабочего времени, возврат к выполнению прежних домашних обязанностей, независимость от окружающих в повседневной жизни); III класс - к удовлетворительной бытовой адаптации (больные могут себя обслуживать, отмечается частичная зависимость в повседневной жизненной активности, невозвращение к прежней работе или к выполнению прежних домашних обязанностей); IV и V классы - к неудовлетворительной бытовой адаптации (затруднения в самообслуживании, резкая или полная зависимость от окружающих).

Результаты исследования. Бытовая адаптация пациентов с травматическими гематомами была оценена в зависимости от исходной тяжести состояния, пола, возраста, локализации гематом. При анализе зависимости бытовой адаптации от течения гематомы в остром периоде установлено, что при острых, подострых, хронических гематомах наиболее часто отсутствие должной социальной адаптации отмечается у пострадавших с тяжелыми первичными поражениями мозга. В группе больных, находившихся в остром периоде в фазе клинической субкомпенсации,

хорошая бытовая адаптация получена в 74 % случаев, удовлетворительная — в 20 %, неудовлетворительной бытовой адаптации не отмечено. В группе больных, находившихся в фазе умеренной декомпенсации, - 57 %, 26 % и 2% соответственно, в фазе грубой декомпенсации - 70 %, 23 % и 2 % соответственно, летальный исход был 5%,15% и 5% соответственно. Существует статистически достоверная зависимость между клинической фазой и числом наблюдений с хорошей и удовлетворительной бытовой адаптацией. В группе больных, находившихся в остром периоде в клинической фазе умеренной декомпенсации, в раннем послеоперационном периоде развились осложнения.

Анализ результатов бытовой адаптации показал, что в группе с хорошей адаптацией была статистически достоверной зависимость от пола, частота хороших результатов для женщин и для мужчин - 75 % и 66 % ($p < 0,05$).

Большинство пациентов - 91% (181 наблюдение) — находились в возрасте до 60 лет. В группе больных трудоспособного возраста хорошая и удовлетворительная бытовая адаптация отмечена в 92,6 % наблюдений. Неудовлетворительная бытовая адаптация у больных в группе до 40 лет, в остром периоде больные с неудовлетворительной бытовой адаптацией находились в длительном бессознательном состоянии, имели экстра- и интракраниальные осложнения. Статистический анализ выявил зависимость бытовой адаптации от возраста в группе больных до 50 лет.

Установлено, что с неудовлетворительной бытовой адаптацией гематомы были субдуральной и эпидуральной локализации, 0,9% и 2,5% соответственно. Лучшие исходы по бытовой адаптации в отдаленном периоде установлены в группе наблюдений с субдуральными гематомами ($p < 0,05$). При корреляционном анализе линейная связь между бытовой адаптацией в отдаленном периоде и локализацией гематом не выявлена.

Выводы. Хорошие и удовлетворительные результаты социальной адаптации получены у 92,6 % пациентов трудоспособного возраста, неудовлетворительные — у 1 % больных. Отмеченная у большинства больных хорошая, а зачастую и удовлетворительная степень социальной адаптации наших больных, является залогом хорошей трудовой перспективы.