

5. Букки-терапия особенно показана тем пациентам, которые могут не соблюдать длительный режим послеоперационных рекомендаций, а также больным с наличием рецидивирующего поражения.

Результаты исследования подтвердили, что повышению качества медико-социальной реабилитации способствует дифференцированное применение стандартизированных схем комплексного лечения в соответствии с рабочей классификацией, основанной на подразделении рубцовых поражений челюстно-лицевой области по разным описательным характеристикам и клиническим параметрам. Среди способов терапии несформированных патологических рубцов методика внутрирубцовых инъекций КС препарата представляется одной из наиболее эффективных и патогенетически обоснованных: положительный результат лечения отмечен у 73,5% больных и только у 11,3% в последующем требовалась хирургическая коррекция. При тщательном отборе пациентов, соблюдении правил и техники выполнения процедуры она может успешно применяться в качестве терапии первой линии и вспомогательного лечебного воздействия в раннем послеоперационном периоде с целью предупреждения рецидива поражения.

Полученные результаты лечения 1100 пациентов с рубцовыми поражениями кожи лица и шеи подтвердили, что повышению качества проведенной коррекции и медико-социальной реабилитации способствует дифференцированное применение стандартизированных схем комплексного лечения в соответствии с рабочей классификацией, основанной на подразделении рубцовых поражений челюстно-лицевой области по разным описательным характеристикам и клиническим параметрам.

На основании оценки результатов применения разработанных медицинских технологий мы считаем, что эффективность коррекции рубцовых поражений во многом зависит от выполнения двух условий: комплексности и системности при оказании лечебно-профилактической помощи на всех этапах медицинской реабилитации.

1. Белоусов А.Е. Очерки пластической хирургии. Т. 1. Рубцы и их коррекция. СПб.: Командор; 2005.
2. Дьякова С.В. Хирургическая реабилитация детей с дефектами, рубцами и рубцовыми массивами в челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1999.
3. Козлов В.А., Мушкова С.С., Коновальская С.Б. Келоидные рубцы. Трудности диагностики и лечения. Институт стоматологии. 2005; 1: 26—30.
4. Озерская О.С. Рубцы кожи. Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. 2004; 4: 50—7.
5. Шафранов В.В., Борхунова Е.Н., Таганов А.В., Короткий Н.Г., Виссарионов В.А., Стенько А.Г. Келоидные рубцы: этиология, клиническая, морфологическая, физикальная диагностика и лечение СВЧ-криогенным методом. М.: Деловая лига; 2003.
6. Arndt K.A., Dover J.S., Alam M. Scar revision. Procedures in cosmetic dermatology. China: Elsevier Saunders; 2006.
7. Dasgeb B., Phillips T. What are scars? In: Arndt K. A., Dover J.S., Alam M., eds. Scar revision. Procedures in Cosmetic Dermatology. China: Elsevier Saunders; 2006: 1—16.
8. Donofrio L.M. Evaluation and management of the aging face. In: Robinson J. K., Hanke C.W., Sengelmann R.D., Siegel D.M. Surgery of the skin. Procedural Dermatology. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005: 425—35.
9. Резникова А.Е. Клинико-морфологические особенности, лечение и профилактика рубцов лица и шеи у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 1999.
10. Nouri K., Jimenez G.P., Harrison-Balestra C., Elgart G.W. 585-nm pulsed dye laser in treatment of surgical scars starting on the suture removal day. Dermatol. Surg. 2003; 29(1): 65—73.
11. Berman B., Zell D. The medical treatment of scarring. In: Arndt K. A., Dover J.S., Alam M., eds. Scar revision. Procedures in Cosmetic Dermatology. China: Elsevier Saunders; 2006: 17—43.
12. Decker R.H., Wilson L.D. Effect of radiation on wound healing and the treatment of scarring. In: Arndt K. A., Dover J.S., Alam M., eds. Scar revision. Procedures in Cosmetic Dermatology. China: Elsevier Saunders; 2006: 89—103.
13. Mustoe T.A., Cooter R.D., Gold M.H., Hobbs F.D., Ramelet A.A., Shakespeare P.G., et al.; International Advisory Panel on Scar Management. International clinical recommendations on scar management. Plast. Reconstr. Surg. 2002; 110(6): 560—71.
14. Юденич В.В. Лечение ожогов и их последствий. М.: Медицина; 1980.
15. Коновальская С.Б. Клинико-морфологическая дифференциальная диагностика келоидных и гипертрофических рубцов и методы их лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2003.
16. Berman B., Bielewicz H.C. Keloids. J. Am. Acad. Dermatol. 1995; 33(Issue 1): 117—23.
17. Grossman K.L. Facial scars. Clin. Plast. Surg. 2000; 27(4): 627—42.
18. Nemeth A.J. Keloids and hypertrophic scars. J. Dermatol. Surg. Oncol. 1993; 19(8): 738—46.

Поступила 29.11.12

© О.А. МЕСНЯНИНА, В.В. ДУЙКО, 2013
УДК 616-002.73-08:614.2

Качество жизни и особенности ведения больных лепрой

О.А. Меснянкина, В.В. Дуйко

Лабораторно-экспериментальный и эпидемиологический отделы ФГБУ НИИ по изучению лепры (директор — В.В. Дуйко) Минздрава России, Астрахань

По степени влияния заболевания на качество жизни пациента лепра занимает особое место среди дерматозов. Рассмотрены медико-социальные и психологические аспекты данного показателя у больных лепрой. Обращено внимание на высокую значимость возрастного фактора для данной категории пациентов, а в связи с этим взвешенного, научно обоснованного подхода к их ведению. Показана необходимость использования методик по оценке качества жизни для повышения эффективности проводимых реабилитационных мероприятий у больных лепрой.

Ключевые слова: лепра, качество жизни, пожилой возраст, инвалидизирующие осложнения, реабилитационные мероприятия

QUALITY OF LIFE AND TREATMENT OF PATIENTS WITH LEPROSY

O.A.Mesnyankina, V.V.Duiko

Institute of Leprosy, Astrakhan

Leprosy occupies a special place among dermatoses by its effect on the patient's quality of life. Medico-social and psychological aspects of this parameter in patients with leprosy are discussed. The authors emphasize the significance of age for this category of patients and the relevant weighed scientifically based approach to the treatment of patients. They demonstrate the usefulness of methods for evaluating the quality of life for improving the efficiency of rehabilitation measures in leprosy patients.

Key words: leprosy, quality of life, elderly age, disabling complications, rehabilitation measures

По определению ВОЗ, здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов, поэтому главным направлением деятельности врача должно быть стремление к восстановлению или улучшению этих аспектов жизни человека. Объективные клинические критерии не позволяют в полной мере оценить степень тяжести заболевания и эффективность терапии, поскольку конечная оценка дается через призму субъективного мнения врача. Стандартизация и методологическая обоснованность такого понятия, как качество жизни, позволяют ввести субъективный фактор самого пациента — его переживания, ощущения и поведение, в оценку характера патологии и эффективности методов лечения [1].

ВОЗ определяет качество жизни как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте его культуры и систем ценностей с целями, планами, возможностями и степенью неустойчивости данного индивидуума. «Качество жизни» — понятие, которое можно рассматривать как способность человека функционировать в обществе соответственно своему положению. Под медицинскими аспектами подразумевают уровень благополучия и удовлетворенности теми сторонами жизни, на которые влияет болезнь [2, 3].

Качество жизни наряду с объективным обследованием и лабораторно-инструментальными данными дает возможность наиболее полно отразить течение патологического процесса и внутреннюю картину болезни пациента. Использование методик по изучению качества жизни в терапевтическом взаимодействии врача и пациента или группы пациентов позволяет приблизиться к главному принципу лечения: «Лечить не болезнь, а больного» [1].

На качество жизни оказывают влияние возраст, пол, социально-экономическое положение, характер трудовой деятельности, религиозные убеждения, культурный уровень. Данные о качестве жизни наряду с традиционным медицинским заключением позволяют составить полную и объективную картину болезни.

Возросший интерес к качеству жизни пациентов, страдающих каким-либо заболеванием, обуславливает рост количества исследований, про-

водимых в различных областях медицины, в том числе в дерматологии. В дерматологической практике велик удельный вес хронических заболеваний и, несмотря на то что большинство дерматозов не представляет непосредственной угрозы для жизни, хронический и неизлечимый характер многих из этих состояний оказывает негативное влияние на качество жизни [4].

Измерение параметров качества жизни у пациентов с хроническими дерматозами необходимо в ряде случаев, а именно: при стандартизации методов лечения, экспертизе методов лечения с использованием международных критериев, разработке прогностических моделей течения и исхода заболевания, проведении социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска, обеспечении динамического наблюдения за группами риска, оценке эффективности профилактических программ, экономическом обосновании методов лечения, а также для лучшего понимания психосоциальной нагрузки на пациента и проведения необходимых психотерапевтических мероприятий [5, 6].

Для изучения качества жизни пациентов с дерматозом разработаны специальные опросники. Часть из них переведена на русский язык и адаптирована к российским условиям. Несмотря на то что многие из этих опросников применимы для всех дерматологических больных, ряд нозологических форм требует индивидуального подхода. К таким заболеваниям относится лепра — хроническое инфекционное гранулематозное заболевание, вызываемое *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), характеризующееся длительным инкубационным периодом, полиорганными поражениями, затяжным течением, склонностью к периодическим обострениям, высокой частотой и тяжестью развивающихся инвалидизирующих последствий, медленным регрессом под влиянием специфической терапии.

С точки зрения влияния заболевания на физическое, психологическое и эмоциональное состояние человека лепра занимает особое положение: клинические проявления заболевания с частым развитием осложнений, нередкая тяжелая инвалидизация наряду с выраженным косметическим дефектом и, как следствие, социальная дезадаптация — затруднение

Сведения об авторах:

Меснянкина Ольга Александровна — канд. мед. наук, ст. науч. сотр. (niil@astmail.astranet.ru); Дуйко Виктор Васильевич — канд. мед. наук.

или полная неспособность осуществления профессиональных, а порой и повседневных бытовых обязанностей, ограничение общения даже с близкими родственниками, друзьями, чувство ущербности, подавленность.

На сегодняшний день заболеваемость лепрой в России носит спорадический характер, существует эффективное специфическое лечение, имеется достаточное количество профессионально подготовленной информации об этом заболевании в средствах массовой информации, проводятся обучающие семинары для медицинских работников, однако отношение населения к больным с данной патологией остается крайне неоднозначным.

Стресс, вызванный постановкой диагноза, тяжелые клинические проявления, длительное специфическое лечение и вместе с тем невозможность в ряде случаев полного восстановления физического и социального статуса, инвалидизация, вынужденное изменение образа жизни — факторы, оказывающие влияние на качество жизни больных лепрой. Вместе с тем ранняя диагностика, своевременное полноценное лечение, профилактика развития осложнений, комплексные реабилитационные мероприятия — неотъемлемые составляющие ведения больных лепрой на современном этапе, позволяющие обеспечить им достойный уровень качества жизни.

В настоящее время основной контингент больных лепрой в низко эндемичных странах, в том числе в России, представлен лицами пожилого и старческого возраста, организм которых на протяжении длительного периода, измеряющегося иногда десятками лет, подвержен воздействию тяжелой хронической микобактериальной инфекции [7].

В то же время для больных лепрой характерны общегеронтологические тенденции, подтвержденные результатами многочисленных клинико-эпидемиологических исследований, свидетельствуют о так называемом накоплении болезней: после 60 лет почти у каждого человека наблюдается 4—6 заболеваний, а с каждым последующим десятилетием их количество увеличивается [8, 9]. Снижение резервных и адаптационных возможностей организма пожилого человека объясняется постепенно нарастающими сдвигами в структуре тканей и функциях органов [10]. Важной клинической проблемой гериатрии являются трудности диагностики, одной из причин которых принято считать особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте: характерны малая выраженность и необычность клинических проявлений многих заболеваний, а также множественность патологии [11, 12].

Следует подчеркнуть, что полиморбидность является одной из особенностей данной категории пациентов, т. е. у большинства из них имеется, как уже говорилось выше, несколько заболеваний, для каждого из которых характерны свои специфические проявления, особенности течения, осложнения, различный прогноз и влияние на качество жизни, а в связи с этим соответствующая индивидуализированная терапия. Медикаментозная терапия в пожилом и старческом возрасте сталкивается с целым

рядом проблем: необходимостью назначения более одного лекарственного препарата в силу полиморбидности (вынужденная полипрагмазия); необходимостью длительного применения медикаментов в связи с хроническим течением многих заболеваний (сердечная недостаточность, заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА), артериальная гипертония и др.); нарушением фармакодинамики и фармакокинетики медикаментов на фоне возрастной инволюции органов и систем, а также имеющейся гериатрической патологии; нарушением комплайенса — недостаточным или неправильным выполнением предписанного режима медикаментозной терапии [13]. Высокий риск развития лекарственных осложнений, частота которых у пожилых пациентов в 2—3 раза превышает таковую у больных молодого и среднего возраста, обуславливает осторожный и взвешенный подход к назначению лекарственных препаратов с учетом предполагаемой пользы и возможного риска осложнений [14].

Таким образом, длительная комбинированная специфическая терапия, применяемая для лечения лепры, а также дополнительная медикаментозная нагрузка, обусловленная необходимостью адекватной терапии многообразной сопутствующей патологии, не могут не оказывать воздействия на метаболические возможности стареющего организма больных. А это, в свою очередь, в совокупности со сниженными резервными и адаптационными способностями последнего может изменять клиническую картину и течение заболевания, а также влиять на эффективность проводимой терапии, в итоге определяя качество жизни пациентов.

При ведении больных пожилого и старческого возраста, в том числе больных лепрой, врачу приходится решать не только чисто клинические, но и психологические, деонтологические, социальные и другие задачи [15]. Для больных пожилого и старческого возраста характерна социально-психологическая дезадаптация. Социальный статус пожилого с возрастом меняется, что связано прежде всего с выходом на пенсию, утратой близких и друзей в связи с их смертью, ограничением возможности общения с оставшимися в живых, трудностями самообслуживания (тяжелые инвалидизирующие заболевания, ухудшение экономического положения). Неспособность адаптироваться к постоянно меняющимся условиям и самостоятельно справляться с повседневными заботами приводит к зависимости от других, что вызывает у многих стариков чувство неполноценности, бессилия, покинутости. В результате нередко развиваются тревожные состояния, депрессия, ипохондрический синдром [16]. В связи с этим ведение данной категории пациентов требует от врача специальных навыков, индивидуального, взвешенного подхода к каждому пациенту, тем более что, как известно, различные соматические заболевания позднего возраста могут сопровождаться такими психопатологическими синдромами, как тревога, агитация, депрессия, нарушение когнитивных функций [15]. Рациональное ведение пожилого больного предполагает обязательное достижение взаимопонимания и согласия между ним

ЛИТЕРАТУРА

и врачом. Степень выполнения больным врачебных рекомендаций, назначений (медикаменты, режим, диета и др.) приобретает особое значение в геронтологической практике. Имеются данные о том, что около половины больных пожилого возраста неправильно выполняют назначения врача относительно приема медикаментов или не выполняют их вообще [17, 18]. Применительно к больным лепрой ситуация усугубляется значительными трудностями, а порой и невозможностью самообслуживания, в том числе и самостоятельного приема лекарственных препаратов в связи с наличием инвалидизирующих осложнений со стороны ОДА и прежде всего конечностей. По данным В.В. Анохиной и Н.Г. Урляповой [19, 20], на 01.01.08 более четверти (26,4%) больных лепрой в Астраханской области имели разнообразные инвалидизирующие последствия лепрозной невропатии. При этом в структуре инвалидности преобладают тяжелые деформации и поражения (80,8%), в значительной степени снижающие качество жизни больных лепрой, которые нуждаются в постоянном наблюдении, уходе, лечении и реабилитации. Так, удельный вес сочетанного поражения верхних и нижних конечностей, значительно затрудняющих социальную адаптацию больных лепрой (амиотрофии, контрактуры, мутилиации пальцев, трофические язвы стоп, остеомиелиты, ампутации конечностей), составляет 87,2%.

Лечение осложнений лепрозного процесса, физическая и социальная реабилитация больных являются целью периодических госпитализаций амбулаторных больных в противолепрозные учреждения. При этом пациенты с поражением ОДА составляют 80,6% от общего числа госпитализированных [21].

Следует особо подчеркнуть, что прогредиентный характер специфической полиневропатии обуславливает неизбежное прогрессирование и утяжеление инвалидизирующих осложнений со стороны ОДА, несмотря на адекватно проводимую противолепрозную терапию и отсутствие кожных проявлений заболевания.

Таким образом, в условиях спорадической заболеваемости наиболее актуальной задачей системы противолепрозных мероприятий является осуществление комплекса мер медико-социальной реабилитации больных [21, 22], направленных на предупреждение дальнейшего развития неблагоприятных последствий микобактериоза и длительного приема химиопрепаратов, конечной целью которых является повышение качества и продолжительности жизни больных лепрой.

Изучение показателей качества жизни имеет существенное значение при составлении медицинского заключения в любой возрастной группе пациентов. Однако возможность ориентироваться на данный показатель наиболее значима в отношении пациентов старшего возраста, поскольку она способствует решению не только медицинских, но и социальных задач, что имеет огромное значение в лепрологии. Изучение качества жизни больных лепрой необходимо для объективной оценки проводимых мероприятий медико-социальной реабилитации, своевременной их коррекции и оптимизации, что в свою очередь позволит повысить уровень этого показателя.

1. Адашкевич В.П., Пуртов А.В. Медицинские новости. 2004; 12: 52—7.
2. Голубев С.А., Милый М.Н. Актуальные методологические проблемы изучения качества жизни в клинике внутренних болезней. Медицинские новости. 2000; 2: 23—6.
3. Довжанский В.Н. Качество жизни — показатель состояния больных хроническими дерматозами. Вестник дерматологии и венерологии. 2001; 3: 12—3.
4. Цыганок С.С., Парахонский А.П. Оценка показателей качества жизни у больных дерматозом. Современные наукоемкие технологии. 2007; 11: 90—1.
5. Данилычева М.В., Ильина Н.И. Качество жизни у больных крапивницей и атопическим дерматитом. Consilium Medicum. 2001; 3: 217—24.
6. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби; 1999: 61—78.
7. Дуйко В.В. Противолепрозной службе России 85 лет. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 60-летию института и 85-летию противолепрозной службы России. Астрахань; 2008: 3—8.
8. Мелентьев А.С., Гасилин В.С., Гусев Е.И. и др. Гериатрические аспекты внутренних болезней. М.: Наука; 1995.
9. Чеботарев Д.Ф., Маньковский Н.Б., ред. Руководство по гериатрии. М.: Медицина; 1982.
10. Котельников Е.П., Яковлев О.Г., ред. Практическая гериатрия: Руководство для практических врачей. Самара; 1995.
11. Лазебник Л.Б. Семиотика и диагностика в гериатрии. Клиническая геронтология. 1995; 1: 44—7.
12. Михайлова Н.М. Пути совершенствования амбулаторной терапии психических нарушений у лиц пожилого и старческого возраста. Клиническая геронтология. 1996; 1: 3—7.
13. Дворецкий Л.И. Терапевтический архив. 1998; 3: 22—8.
14. Noban L., O'Malley K. Prescribing for the elderly. Part I: Sensitivity of the elderly to adverse drug reactions. J. Am. Geriatr. Soc. 1988; 36(2): 142—9.
15. Дворецкий Л.И., Кузнецова О.П. Трудности диагностики у лиц пожилого возраста. Терапевтический архив. 1995; 10: 35—9.
16. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Мамаев В.И., Рыбкина Т.Е., Зыкова А.А., Кузьмичев И.А. Результаты многоцентровых исследований по лечению артериальной гипертензии у больных пожилого и старческого возраста. Российский кардиологический журнал. 2000; 2: 25—38.
17. Barry P.P. Iatrogenic disorders in the elderly: preventive techniques. Geriatrics. 1986; 41(9): 42—7.
18. Morrow D., Leirer V., Sheikh J. Adherence and medication instructions. Review and recommendations. J. Am. Geriatr. Soc. 1988; 36(12): 1147—60.
19. Анохина В.В., Урляпова Н.Г. Инвалидизирующие последствия лепры. Тезисы научных работ IX Всероссийской конференции дерматовенерологов. Екатеринбург; 2006.
20. Анохина В.В., Урляпова Н.Г. Инвалидизирующие последствия у больных лепрой. Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 60-летию института и 85-летию противолепрозной службы России. Астрахань; 2008: 92—9.
21. Ющенко А.А., Дуйко В.В. Медико-социальная реабилитация больных лепрой. Первый Российский съезд геронтологов и гериатров: Сборник тезисов и статей. Самара; 1999: 635—6.
22. Ющенко А.А., Урляпова Н.Г., Дуйко В.В. Анализ и прогноз эпидемиологической ситуации по лепре в России (по материалам 1951—2000 гг.): Аналитический обзор. Астрахань; 2002.

Поступила 10.04.12