

знание факта нередко встречающихся в практике здравоохранения различных неблагоприятных последствий лечения (НПЛ). Они могут развиваться и по не зависящим от медицинского персонала причинам, но значительно чаще — вследствие ошибок и нарушения стандартов лечения, обусловленных «человеческим фактором». Для оптимизации лечения и повышения качества жизни пациентов необходим их анализ и систематизация. В оценке результативности лечения больных, в первую очередь с нейроонкологической патологией особое внимание уделяют показателям качества жизни (КЖ). КЖ — показатель воздействия на человека внешней и внутренней среды, который зависит от возраста больного, пола, локализации опухолевого процесса, гистобиологической характеристики опухоли и выбранного на этом основании алгоритма лечения. В настоящее время наряду с понятием КЖ активно развивается эргономика, которая включает не только производственную деятельность (взаимодействие человека, науки и техники), но и понятие комфорта, безопасности, легкости в использовании, целесообразности проводимых медицинских манипуляций. В оптимизации лечебных мероприятий важное значение, приобретают данные клинических исследований в сопоставлении с анатомо-топографическими и патогистологическими данными. Представление о локализации процесса и его топографии (с учетом ФВЗ и поражения окружающих структур) важно для хирурга как на этапе планирования операции (выбор доступа) так и ее проведения (объем удаления). Обеспечение КЖ оперированных больных, прогнозируемый исход операции предполагает достижение факта регресса клинических проявлений заболевания, предупреждение возможного усугубления неврологического дефицита или появления новых очаговых симптомов на основании учета, топографии и гистобиологии новообразований и их микрохирургической анатомии (клинико-морфологических сопоставлений) в каждом конкретном случае. Таким образом, для улучшения КЖ больных с патологией головного мозга необходима комплексная морфологическая диагностика, позволяющая оптимизировать лечение и основывающаяся в первую очередь на биопсии. Это сложная медицинская услуга, прижизненное патологоанатомическое (гистологическое, и при соответствующем обеспечении: гистохимическое, иммуноморфологическое, молекулярно-биологическое, электронно-микроскопическое, морфометрическое) исследование тканей, независимо от их объема, метода получения или характера патологического процесса. Патологоанатомическое исследование — прижизненная и посмертная диагностика болезней на биопсийном и аутопсийном материале, является обязательным контролем за качеством лечебно-диагностической работы во всех лечебных и научно — лечебных учреждениях.

Улучшение КЖ нейрохирургических больных возможно лишь при условии учета и тщательной систематизации неблагоприятных последствий диагностики и лечения. С этой целью обязательно проведение в первую очередь клинико-морфологических сопоставлений, осуществляемых в тесном сотрудничестве клиницистов и морфологов, располагающих результатами всесторонних патогистологических методов исследования на основе данных биопсии (в том числе и пункционной) и цитологии. Эта методология должна быть широко внедрена в систему информа-

ции о проблеме в систему обучения и повышения квалификации врачей; развитие понятийной базы и таксономии; работа по возведению проблемы безопасности лечения в ранг глобальных приоритетов государства.

Вплив раннього застосування заходів експериментальної фізичної реабілітації на рівень володіння соціально-побутовими навичками осіб з нижньою параплегією в умовах стаціонару

Шевага В.М., Нетлюх А.М.*,
Кобелев С.Ю.***

**Національний медичний університет
у м. Львові ім. Данила Галицького,*

***Львівський державний інститут фізичної
культури, Львів, 79000, вул. Пекарська, 61,
тел. 597-235, romaivanova-mail@rambler.ru*

Мета. Покращення результатів лікування хворих з тяжкою ХСМТ. Обстежено за шкалами COVS та FIM 40 хворих з тяжкою ХСМТ, які перебували на стаціонарному лікуванні в II нейрохірургії КМКЛШМД м. Львова в 2002—2005 роках із нижньою параплегією (Frankel A) внаслідок переломів хребців від ThIII до LV. Всі обстежені були розділені на 2 групи по 20 хворих: контрольна, в якій заняття проводились за методикою лікувальної фізичної культури, та основну, де використовувалась експериментальна методика фізичної реабілітації. Тестування проводилось при поступленні пацієнта (перше тестування), через 2 тижні (друге тестування) та через місяць після травми або перед випискою (третє тестування). Проведено статистичну обробку отриманих даних за Стьюдентом.

Результати. При першому тестуванні показників соціально-побутових навичок за шкалою COVS та FIM у пацієнтів з нижньою параплегією статистичної різниці між контрольною та основною групами при виконанні усіх завдань виявлено не було. При другому, а, особливо, при третьому тестуванні ми спостерігали достовірну різницю у результатах між пацієнтами контрольної та основної груп. При третьому тестуванні за шкалою COVS загальний показник по усіх завданнях у пацієнтів контрольної групи збільшився і становив $31,4 \pm 1,24$ бала в той час як загальний сумарний бал пацієнтів основної групи після третього тестування за шкалою COVS склав $53,0 \pm 1,13$ бала, що вірогідно ($P < 0,05$) відрізняється від показників норми. Третє тестування за шкалою FIM показало, що сумарні показники пацієнтів контрольної групи склали $67,1 \pm 2,02$ бала, пацієнтів основної групи — $101,4 \pm 1,76$ бала.

Висновки: Отримані дані свідчать про перевагу раннього впровадження експериментальної методики фізичної реабілітації для осіб з нижньою параплегією, спричиненою тяжкою ХСМТ.