

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЛИЯНИЯ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

© Давыдов Алексей Трофимович, *Бутко Дмитрий Юрьевич, *Даниленко Лариса Андреевна, *Артамонова Марина Васильевна

Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта. Минтруда России, 195067, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д.50. E-mail: reabin@center-albreht.ru

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д.2. E-mail: coolmail@mail.ru

Ключевые слова: оценка, психические функции, детский церебральный паралич, качество жизни

Введение. Детский церебральный паралич (ДЦП) является тяжелым инвалидизирующим заболеванием. На долю детей с ДЦП приходится около 40% всех случаев заболеваемости, выявленных в возрасте до 17 лет. В 20–35% случаев ДЦП приводит к глубокой инвалидизации с неспособностью к передвижению, обучению, полной зависимости от других лиц. В значительной степени нарушаются психические функции, которые оказывают влияние на качество жизни.

Целью исследования явилась оценка степени влияния нарушения психических функций у детей с ДЦП на качество жизни.

Материал и методы. В общей структуре базового набора (БН) международной классификации функций (МКФ) специалистами были изучены психические функции у детей с ДЦП, оказывающих влияние на качество жизни с помощью клинического, динамического и катamnестического методов и Европейского опросника качества жизни (Euro Qol). В течение 6 месяцев было обследовано 120 детей с ДЦП и различными степенями нарушения психических функций. Оценку степени влияния нарушения психических функций у детей с ДЦП на качество жизни определяли по кодам БН МКФ. По Европейскому опроснику (Euro Qol) качество жизни (КЖ) по аналоговой (визуальной) шкале и по шкале профиля здоровья. По аналоговой шкале («Термометр здоровья») в графическом изображении наилучшее состояние здоровья соответствовало 100 баллам, наихудшее — 0. Испытуемых (или их родителей) на момент обследования просили отметить на графике уровень его здоровья. Во второй части опросника отражали профиль здоровья по пяти разделам: «Мобильность», «Самообслуживание», «Бытовая активность», «Боль и Диском-

форт», «Тревога и Депрессия». Для каждого раздела были предусмотрены три уровня (три вида ответов), например, для раздела «Мобильность»: — «У меня нет никаких проблем с передвижением»; — «У меня затруднения с передвижением»; — «Я прикован к постели». Эти разделы, а также ответы на вопросы были сгруппированы в различные варианты «состояния здоровья» и КЖ.

Результаты. По коду МКФ B117 преимущественно умеренное влияние степени нарушения интеллектуальных функций роста, интеллектуальной и умственной задержки, деменции на КЖ было выявлено у 33,3%, а тяжелое у 16,7% детей с ДЦП. По коду B126 (темперамент и личностные функции) было выявлено умеренное влияние степени нарушения функции экстраверсии, интроверсии, компромисса, добросовестности, психической и эмоциональной стабильности, открытости, оптимизма, поиска нового, уверенности и принципиальности у 33,3%, выраженном и незначительном влиянии у 16,7% детей с ДЦП, соответственно. Анализ по коду B130 (умственные функции, отвечающие за побуждение к действию; осознанное и неосознанное стремление) позволил оценить, что указанные функции не оказывали отрицательного влияния у 16,7% и в легкой степени влияли на КЖ у 8,3% детей с ДЦП. При этом умеренное и выраженное влияние они оказывали на КЖ у 41,7% и 16,7% детей с ДЦП, соответственно.

Исследование по коду B140 (функция внимания) по изучению функции поддержки внимания, смены внимания, разделения внимания, способности уделять внимание, концентрации, рассеянности позволило оценить, что оно не оказывало отрицательного влияния у 25% и в легкой степени влияло на КЖ у 8,3% детей с

ДЦП. При этом умеренное и выраженное влияние оно оказывало на КЖ у 25% детей с ДЦП, соответственно. По коду В152 (функции эмоций) исследование функции адекватности эмоций, регулирования и диапазона эмоций, наличия аффекта, печали, счастья, любви, страха, гнева, ненависти, напряженности, беспокойства, радости, горя, неустойчивости эмоций, сглаживание аффекта не выявлены у 25%, а умеренные и тяжелые психические нарушения, влиявших на КЖ были определены у 33,3% и у 25% детей с ДЦП. Оценка по коду В156 (функции восприятия, галлюцинации или иллюзии) не выявила психических нарушений, влияющих на КЖ у детей с ДЦП в 50% случаев. Легкое отрицательное влияние на КЖ оно оказывало у 16,7%, а умеренное и выраженное у 8,3% детей с ДЦП, соответственно. Исследование по коду В163 (базовые познавательные функции) в виде функции когнитивного развития представления, знания и рассуждения не

выявила психических нарушений, влияющих на КЖ у детей с ДЦП в 16,7% случаев, а в легкой степени только у 8,3% детей. Умеренные и тяжелые психические нарушения, влиявших на КЖ были определены у 50% и у 16,7% детей с ДЦП, соответственно.

Заключение. Использование оценки степени влияния нарушения психических функций у детей с ДЦП на качество жизни по БН МКФ позволяет комплексно подойти к оценке психических функций и структур организма для разработки дифференцированных комплексов реабилитационных мероприятий, а также мер по улучшению активности и качества жизнедеятельности ребенка. Для получения сопоставимых данных при оценке состояния здоровья, ограничений жизнедеятельности, а также разработки и анализа эффективности реабилитационных мероприятий у детей с ДЦП следует использовать БН МКФ, учитывающий все функции организма.