

УДК 616.37–002–036.12

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ПРИ СИМУЛЬТАННОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ И ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

<sup>1</sup>Дмитриева Т.В., <sup>2</sup>Гурко Г.И.

<sup>1</sup>Главное бюро медико-социальной экспертизы по Белгородской области, филиал № 10, 308015 Белгород, e-mail: tdmtrieva1@mail.ru;

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, Санкт-Петербург, e-mail: info@gerontology.ru

В статье обосновано положительное влияние реабилитации на качество жизни пожилых больных с гастроэнтерологической и дыхательной патологией. На примере 62 пациентов пожилого возраста показано, что при симультанной гастроэнтерологической и дыхательной патологии в пожилом возрасте при проведении реабилитации отмечаются более высокие показатели качества жизни по сравнению со стандартными терапевтическими мерами, что свидетельствует о важности применения данного метода в тактике ведения гериатрических больных. Наблюдается положительная динамика по таким показателям как общее здоровье, ролевое функционирование, боль, физическое функционирование, жизнеспособность, психологическое здоровье, ролевое эмоциональное функционирование и социальное функционирование.

**Ключевые слова:** пожилые люди, гастроэнтерологическая и дыхательная патология

## EFFECTIVENESS OF REHABILITATION PROGRAMS OF ELDERS WITH SIMULTANEOUS PATHOLOGY OF BREATHING AND GASTROENTEROLOGICAL ORGANS

<sup>1</sup>Dmitrieva T.V., <sup>2</sup>Gurco G.I.

<sup>1</sup>The general institute of medical social examination in Belgorod region, Belgorod, e-mail: tdmtrieva1@mail.ru;

<sup>2</sup>Institute of bioregulation and gerontology Russian Academy of Medical Sciences, St.-Petersburg, e-mail: info@gerontology.ru

In article a positive influence of rehabilitation on quality of life of patients with gastroenterological and breathing pathology. Besides that, 62 seniors with simultaneous gastroenterological and breathing pathology were included in this investigation. In these patients the criteria of quality of life after rehabilitation is more higher than in patients with standard treatment. Such criteria as general health, role functioning, pain, physical functioning, vital testing, mental testing, role emotional functioning and social functioning had good progressive dynamic.

**Keywords:** elders, gastroenterological and breathing pathology

В последние годы отечественная система здравоохранения в значительной степени стала ориентироваться на повышение качества оказания медицинской помощи пожилым людям. Это обусловлено увеличением доли пациентов гериатрического возраста в популяции, ростом патологической пораженности пожилых, когда один человек страдает не менее 6–7 заболеваниями [3]. На первый план в оказании лечебно-реабилитационных мероприятий выходят больные с симультанной патологией, которая характеризуется единичными патогенетическими звеньями. Так, наиболее частой формой такого сочетания является взаимное течение хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДПК). Такая симультанная патология обусловлена гипоксическим состоянием, активацией провоспалительных иммунных реакций и оксидативного стресса. Безусловно, наличие симультанной патологии диктует необходимость разработки высокоэффективных схем реабилитации, особенно в пожилом возрасте [1].

**Цель исследования** – изучить эффективность реабилитации пожилых больных с сочетанным течением ХОБЛ и ЯБЖДПК как симультанной патологии.

### Материал и методы исследования

Проведено проспективное сравнительное исследование, в процессе которого сформированы две группы больных – с симультанной патологией (ХОБЛ и ЯБЖДПК). В исследовании включены пациенты в возрасте от 61 до 65 лет, средний возраст испытуемых составил 63,2 ± 1,2 года.

Больные группы клинического наблюдения получали традиционное лечение и реабилитационные мероприятия в муниципальных поликлиниках по разработанной нами системе – кинезотерапия в виде групповых занятий, тренажерных тренировок по 40 минут в день, физиолечение – стимуляция дыхательной мускулатуры и миллиметровое воздействие на эпигастральную область, психотерапия и психологическое консультирование, терапевтическое обучение – сформированы небольшие группы пациентов до трех человек, занятия организованы с кратностью не менее 4–5 с применением печатных справочных материалов с изложением данных о возникновении, течении, лечении и реабилитации больных с указанными нозологическими формами. Продолжительность реабилитационных программ составила 3 недели.

Пациентам контрольной группы назначена стандартная терапия имеющихся у них заболеваний, при этом реабилитация не проводилась.

Проведена оценка эффективности реабилитационного вмешательства на качество жизни по традиционному опроснику SF-36.

Достоверность различий показателей качества жизни оценена по критерию t-Стьюдента, разность показателей достоверна при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

При наличии у пациентов симультанной патологии до начала вмешательства в группе клинического наблюдения отмечены следующие параметры качества жизни по данным опросника SF-36.

Показатели по шкалам GH (общего здоровья) соответствовали  $26,9 + 2,3$  баллам, ролевого функционирования (RP) –  $27,3 + 3,3$  баллам, боли (P) –  $14,3 + 1,9$  баллам, физического функционирования (PF) –  $25,8 + 2,4$  баллам, жизнеспособности (VT) –  $26,9 + 3,6$  баллам, психологического здоровья (MH) –  $22,6 + 1,8$  баллам, ролевого эмоционального функционирования (RE) –  $31,0 + 2,9$  баллам и социального функционирования (SF) –  $31,2 + 2,7$  баллам.

В контрольной группе имели место следующие параметры оценки качества жизни: по шкалам GH (общего здоровья) –  $25,8 + 2,1$  балла, ролевого функционирования (RP) –  $26,9 + 1,7$  балла, боли (P) –  $14,3 + 1,5$  баллов, физического функционирования (PF) –  $24,9 + 2,3$  балла, жизнеспособности (VT) –  $25,4 + 3,1$  балла, психологического здоровья (MH) –  $21,8 + 1,5$  балла,

ролевого эмоционального функционирования (RE) –  $30,5 + 2,6$  балла и социального функционирования (SF) –  $30,7 + 2,4$  балла. Достоверной разности показателей между показателями качества жизни в группе клинического наблюдения и контрольной не выявлено.

По окончании реабилитационных мероприятий в группе наблюдения имела место следующая динамика показателей качества жизни.

В группе клинического наблюдения показатели по шкалам GH (общего здоровья) соответствовали  $30,8 + 2,4$  баллам, ролевого функционирования (RP) –  $31,3 + 1,9$  баллам, боли (P) –  $10,1 + 1,3$  баллам, физического функционирования (PF) –  $31,4 + 2,1$  баллам, жизнеспособности (VT) –  $32,1 + 1,5$  баллам, психологического здоровья (MH) –  $26,7 + 1,4$  баллам, ролевого эмоционального функционирования (RE) –  $34,3 + 2,1$  баллам и социального функционирования (SF) –  $35,4 + 2,1$  баллам.

В контрольной группе выявлены следующие параметры качества жизни: по шкалам GH (общего здоровья) –  $26,5 + 1,5$  балла, ролевого функционирования (RP) –  $26,1 + 0,8$  балла, боли (P) –  $12,3 + 1,4$  балла, физического функционирования (PF) –  $25,1 + 1,5$  балла, жизнеспособности (VT) –  $27,3 + 1,7$  балла, психологического здоровья (MH) –  $22,1 + 1,0$  балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) –  $30,0 + 1,9$  балла и социального функционирования (SF) –  $31,3 + 1,5$  балла,  $p < 0,05$  (табл. 1).

Таблица 1

Динамика показателей качества жизни пожилых пациентов с симультанной патологией под влиянием реабилитации

Показатель качества жизни	До вмешательства		После вмешательства	
	группа клинического наблюдения (n = 62)	контрольная группа (n = 31)	группа клинического наблюдения (n = 62)	контрольная группа (n = 31)
Общее здоровье	26,9 + 2,3	25,8 + 2,1	30,8 + 2,4*, **	26,5 + 1,5
Ролевое функционирование	27,3 + 3,3	26,9 + 1,7	31,3 + 1,9*, **	26,1 + 0,8
Боль	14,3 + 1,9	14,3 + 1,5	10,1 + 1,3*, **	12,3 + 1,4
Физическое функционирование	25,8 + 2,4	24,9 + 2,3	31,4 + 2,1*, **	25,1 + 1,5
Жизнеспособность	26,9 + 3,6	25,4 + 3,1	32,1 + 1,5*, **	27,3 + 1,7
Психологическое здоровье	22,6 + 1,8	21,8 + 1,5	26,7 + 1,4*, **	22,1 + 1,0
Ролевое эмоциональное функционирование	31,0 + 2,9	30,5 + 2,6	34,3 + 2,1*, **	30,0 + 1,9
Социальное функционирование	31,2 + 2,7	30,7 + 2,4	35,4 + 2,1*, **	31,3 + 1,5

Примечание \* – достоверная динамика показателей внутри группы;

\*\* – достоверная разность показателей между группами,  $p < 0,05$ .

При проведении исследования нами выявлены особенности эффективности реабилитации у больных с изолированным течением патологии.

У пациентов с изолированным течением ХОБЛ и ЯБЖДПК до начала реабилитации в группе клинического наблюдения отмечены следующие усредненные параметры качества жизни.

Показатели по шкалам GH (общего здоровья) соответствовали 24,7 + 1,8 баллам, ролевого функционирования (RP) – 25,7 + 1,6 баллам, боли (P) – 14,1 + 1,4 баллам, физического функционирования (PF) – 24,6 + 1,7 баллам, жизнеспособности (VT) – 24,9 + 2,9 баллам, психологического здоровья (MH) – 20,7 + 1,4 баллам, ролевого эмоционального функционирования (RE) – 29,8 + 2,0 баллам и социального функционирования (SF) – 29,9 + 2,1 баллам.

В контрольной группе выявлены следующие параметры оценки качества жизни по шкалам: GH (общего здоровья) – 24,6 + 1,7 балла, ролевого функционирования (RP) – 24,8 + 1,5 балла, боли (P) – 14,2 + 1,6 балла, физического функционирования (PF) – 25,0 + 1,4 балла, жизнеспособности (VT) – 24,1 + 2,1 балла, психологического здоровья (MH) – 20,6 + 1,3 балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) – 29,7 + 1,9 балла и социального функционирования (SF) – 29,8 + 1,9 балла.

Достоверной разности показателей между показателями качества жизни в группе клинического наблюдения и контрольной нет.

По окончании реабилитации в группе наблюдения с включением в тактику ведения образовательных мероприятий имела место следующая динамика показателей качества жизни.

В группе клинического наблюдения показатели по шкалам GH (общего здоровья) соответствовали 31,5 + 1,3 баллам, ролевого функционирования (RP) – 30,7 + 1,2 баллам, боли (P) – 8,3 + 1,1 баллам, физического функционирования (PF) – 30,1 + 1,9 баллам, жизнеспособности (VT) – 31,4 + 1,8 баллам, психологического здоровья (MH) – 27,3 + 1,5 баллам, ролевого эмоционального функционирования (RE) – 35,9 + 1,3 баллам и социального функционирования (SF) – 36,1 + 1,4 баллам.

В контрольной группе выявлены следующие параметры качества жизни: по шкалам GH (общего здоровья) – 23,1 + 1,2 балла, ролевого функционирования (RP) – 24,4 + 1,5 балла, боли (P) – 10,1 + 1,4 балла, физического функционирования (PF) – 5,1 + 1,3 балла, жизнеспособности (VT) – 25,0 + 1,5 баллов, психологического здоровья (MH) – 23,8 + 1,4 балла, ролевого эмоционального функционирования (RE) – 30,4 + 1,1 балла и социального функционирования (SF) – 30,7 + 1,2 балла,  $p < 0,05$  (табл. 2).

**Таблица 2**

Динамика показателей качества жизни пожилых пациентов с изолированным течением дыхательной и гастроэнтерологической патологией под влиянием реабилитации

Показатель качества жизни	До вмешательства		После вмешательства	
	Группа клинического наблюдения (n = 61)	Контрольная группа (n = 32)	Группа клинического наблюдения (n = 61)	Контрольная группа (n = 32)
Общее здоровье	24,7 + 1,8	24,6 + 1,7	31,5 + 1,3*, **	23,1 + 1,2
Ролевое функционирование	25,7 + 1,6	24,8 + 1,5	30,7 + 1,2*, **	24,4 + 1,5
Боль	14,1 + 1,4	14,2 + 1,6	8,3 + 1,1*, **	10,1 + 1,4
Физическое функционирование	24,6 + 1,7	25,0 + 1,4	30,1 + 1,9*, **	25,1 + 1,3
Жизнеспособность	24,9 + 2,9	24,1 + 2,1	31,4 + 1,8*, **	25,0 + 1,5
Психологическое здоровье	20,7 + 1,4	20,6 + 1,3	27,3 + 1,5*, **	23,8 + 1,4
Ролевое эмоциональное функционирование	29,8 + 2,0	29,7 + 1,9	35,9 + 1,3*, **	30,4 + 1,1
Социальное функционирование	29,9 + 2,1	29,8 + 1,9	36,1 + 1,9*, **	30,7 + 1,2

Примечание \* – достоверная динамика показателей внутри группы; \*\* – достоверная разность показателей между группами,  $p < 0,05$ .

Таким образом, в настоящем исследовании нами показана значимость реабилитационных мероприятий в формировании качества жизни пожилых людей с симультанной патологией. Это имеет чрезвычай-

но важное значение с учетом современных подходов к организации медицинской помощи и профилактики инвалидности у пожилых людей [2]. При этом важнейшей задачей является обеспечение высокого ка-

чества жизни пожилого человека. При высоком качестве жизни, ассоциированном со здоровьем, имеет место более благоприятная ситуация с социальной адаптацией пожилого человека, что является конечной целью медицинского вмешательства в области гериатрии [4].

#### Выводы

1. При симультанной патологии в пожилом возрасте при проведении реабилитации отмечаются более высокие показатели качества жизни по сравнению со стандартными терапевтическими мерами, что свидетельствует о важности применения данного метода в тактике ведения гериатрических больных.

2. При изолированном течении дыхательной и гастроэнтерологической патологии в пожилом возрасте в случае применения реабилитационных программ отмечаются достоверно более высокие показатели качества жизни по сравнению с традиционной тактикой ведения.

3. Реабилитационные мероприятия необходимо включать в планы комплексной тактики ведения пожилых людей с сочетан-

ной дыхательной и гастроэнтерологической патологией.

#### Список литературы

1. Гришина Л.П., Андреева О.С., Храмов И.С. Стратегия развития системы комплексной реабилитации и социальной защиты пожилых и престарелых инвалидов // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – № 6 (7). – С. 33–39.
2. Ильницкий А.Н., Вальчук Э.Э. Организация этапной медицинской реабилитации больных терапевтического профиля. – Мн.: Белорусская наука, 2003. – 317 с.
3. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. – М.: Медицина, 2000. – 328 с.
4. Смычек В.Б. Основы реабилитации (курс лекций). – Минск, 2000. – 132 с.

#### Рецензенты:

Процаев К.И., д.м.н., профессор, профессор кафедры внутренних болезней №2 Белгородского государственного университета, г. Белгород;

Куликовский В.Ф., д.м.н., профессор, главный врач ГОУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», г. Белгород.

Работа поступила в редакцию 22.02.2011.