

УДК 616-003.96

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

^{1,2}Горелик С.Г., ²Савушкина Т.В., ²Бардакова А.В.

¹Белгородский государственный национальный исследовательский университет, 308015, г. Белгород, ул. Победы 85, Россия

²Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №1», 308000 г. Белгород, Белгородский пр., 99, Россия

В статье рассмотрены немедикаментозные методы стационарного этапа реабилитации у больных среднего, пожилого и старческого возраста, перенесших оперативные вмешательства. Данные исследования показали, что в стационаре имеется возможность применения широкого спектра методов и средств реабилитации, поэтому существующая система обладает потенциалом для реализации стационарного этапа реабилитационных программ. Показано, что в реализуемых направлениях реабилитационные мероприятия были достаточно интенсивными, регулярными, индивидуально подобранными и дозированными. При этом, особых подходов к реабилитации пациентов среднего, пожилого и старческого возраста не отмечено. Несмотря на высокую клиническую эффективность стационарного этапа медико-социальной реабилитации, выявлены проблемы оказания хирургической помощи больным старческого возраста.

Ключевые слова: хирургическое лечение, реабилитация больных, организация реабилитации.

NONPHARMACOLOGICAL METHODS OF REHABILITATION OF PATIENTS AFTER SURGICAL TREATMENT

^{1,2}Gorelik S.G., ²Savushkina T.V., ²Bardakova A.V.

¹National research university "Belgorod State University". 308015, Belgorod, Pobedy St, 85, 308015, Russia

²Municipal budgetary health-care institution «City clinical hospital №1» Belgorod city 99, Belgorod Pr., Belgorod, 308000, Russia

The article reviews non pharmacological methods of hospital stay rehabilitation with middle aged, aged and senile patients who have had surgeries. Survey data show that inpatient treatment provides a wide range of rehabilitation methods and facilities, consequently the existing system possesses potential to realize inpatient stage of rehabilitation programs. It is revealed that rehabilitation arrangements in implemented directions were intensive, regular, individually adjusted and dosed. Unique approaches to rehabilitation of middle aged, aged and senile patients were not registered. Despite high clinical effectiveness of hospital stay phase of medico-social rehabilitation problems of surgical care of senile patients are revealed.

Key words: surgical treatment, rehabilitation of patients, rehabilitation organization.

Отчетливая тенденция к постарению населения требует увеличения объема гериатрической помощи, в том числе и хирургической [1, 2, 3]. По данным Минздрава РФ,

в связи с полиморбидностью, 557340 людей геронтологического возраста нуждаются в хирургическом лечении. Успех лечения хирургических больных, особенно старческого возраста, во многом зависит от послеоперационного периода, который, в случае недостаточного к нему внимания, чреват негативными последствиями [4]. Выделяют три класса таких последствий: медико-биологические, заключающиеся в отклонениях от нормального морфофункционального статуса; снижение трудоспособности или работоспособности в широком смысле слова; социальная дезадаптация, т.е. нарушение связей с семьей и обществом [5]. Превенцией негативных последствий послеоперационного периода служит раннее начало реабилитационных мероприятий, их непрерывность, этапность и комплексность [6]. Принято различать следующие этапы реабилитации: госпитальный, амбулаторно-поликлинический и санаторно-курортный. Однако на этапе организации и проведения гериатрической медицинской реабилитации существуют проблемы. И одна из основных – как и когда больному приступить к реабилитационным мероприятиям и где и как их продолжить [7,8]. Поэтому, с целью улучшения результатов хирургического лечения больных, особенно старших возрастных групп, необходимо всестороннее изучение современных аспектов реабилитации больных на всех этапах реабилитационного процесса.

Материалы и методы.

Объектом исследования являются медицинские технологии, применяемые в процессе оказания хирургической помощи. Предмет исследования - контингент больных среднего, пожилого и старческого возраста, пролеченных в хирургических отделениях (х/о №1 и х/о №2) многопрофильных больниц (Городская клиническая больница №1 и Городская больница №2) г. Белгорода за 2012 год (Россия). Анализ был произведен в отношении 378 больных среднего возраста, 311 больных пожилого возраста и 811 больных старческого возраста.

Информация собрана путем выкопировки данных из медицинской документации. Использовались следующие документы, утвержденные Министерством здравоохранения РФ: «Медицинская карта стационарного больного» (форма № 003у); карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете) (форма № 044/у) и карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры (форма №042/у).

В х/о № 2 городской клинической больницы №1 дополнительно осуществлялось непосредственное динамическое наблюдение за реализацией медицинских технологий,

целью которых явилось выявление использования отдельных методов реабилитации, которые не были отражены в медицинской документации.

Статистическая обработка материала производилась при помощи программы «BIOSTAT 2009».

Результаты исследования.

Медико-социальная послеоперационная реабилитация в условиях хирургического отделения включала следующие немедикаментозные методы: диетотерапия, ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж, ранняя активация больных (кинезотерапия), физиолечение, обучение больного и родственников использованию компенсирующих устройств, обучение родственников специализированному уходу за больным, перенесшим оперативное лечение.

В раннем послеоперационном периоде, находясь в лечебном учреждении круглосуточного пребывания всем больным наряду с лечебными мероприятиями, направленным на поддержку витальных функций, коррекцию сопутствующей патологии в стадии декомпенсации и субкомпенсации, уменьшение количества раневых и общесоматических осложнений в послеоперационном периоде, стимуляцию репаративных процессов с целью быстрее заживления послеоперационной раны, назначали и реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление здоровья и трудоспособности.

Уже с 1 суток после оперативного лечения $94,9 \pm 0,4\%$ больным среднего, $81,6 \pm 0,6\%$ пожилого и $73,7 \pm 0,7\%$ старческого возраста назначался режим двигательной активности ($p < 0,05$). Однако, только $5,1 \pm 0,5\%$ хирургических больных среднего, $18,4 \pm 0,7\%$ пожилого и $26,3 \pm 0,3\%$ старческого возраста, в связи с тяжестью состояния, не могли получать в первые сутки после операции лечебную физкультуру ($p < 0,05$). Тем не менее, уже с первых дней после оперативного лечения всем (100%) больным проводился массаж грудной клетки и спины, поворот больного с боку на бок.

Ранняя двигательная активность больных (1-2 суток) применялась у $94,9 \pm 0,4\%$ пациентов среднего, у $73,6 \pm 0,4\%$ пожилого и у $65,3 \pm 0,7\%$ пациентов старческого возраста ($p < 0,05$) и являлась неотъемлемым фактором, без которого чрезвычайно трудно достичь лечебного эффекта. Ранняя двигательная активность больных являлась составной частью как психологической, так и социальной реабилитации пациента после операции. Особенно это актуально у пациентов после ампутаций нижних конечностей, так как возможность

передвижения (даже при использовании компенсирующих приспособлений) является позитивным фактором социальной адаптации пациентов (табл.1).

Таблица 1
Методы и средства реабилитации, применяемые у пациентов после оперативного лечения в учреждении круглосуточного пребывания

<i>Методы и средства реабилитации</i>		<i>Средний возраст</i>	<i>Пожилой возраст</i>	<i>Старческий возраст</i>
Режим двигательной активности		94,9±0,4	81,6±0,6*	73,7±0,7*,**
Ранняя двигательная активность (1-2 сутки)		94,9±0,4	73,6±0,4*	65,3±0,7*,**
Физиотерапевтические процедуры	всего	73,5±0,6	58,9±0,4*	43,4±0,4*,**
	на месте	13,8±0,4	21,7±0,3*	22,2±0,3

* p<0,5 по сравнению с пациентами среднего возраста; #p<0,5 по сравнению с пациентами пожилого возраста

Задачами ЛФК в раннем послеоперационном периоде (от момента окончания операции до 3-7 суток) являлась профилактика возможных ранних послеоперационных осложнений (гипостатической пневмонии, атонии кишечника, тромбозов и тромбоэмболий и т.д.), восстановление нарушенного механизма дыхания, улучшение общего и местного лимфо- и кровообращения, а также повышение психоэмоционального тонуса больного. При этом, для тяжелых больных со строгим постельным режимом упражнения производились в положении больного на спине и включали дыхательные движения статического характера с использованием приемов откашливания и, в обязательном порядке, динамические движения на дистальные отделы конечностей. При постельном режиме упражнения выполнялись в положении полусидя, сидя, лежа на боку. При этом, использовались упражнения для всех суставов и мышечных групп в сочетании с дыхательными упражнениями (статического и динамического характера).

В позднем послеоперационном периоде ЛФК применялось с целью восстановления жизненно-важных функций (кровообращение, дыхание, пищеварение, обмен веществ), стимуляция репаративных процессов в зоне оперативного вмешательства, укрепление мышц брюшного пресса (при операциях на органах брюшной полости), адаптация сердечно-сосудистой и дыхательной систем к возрастающей физической нагрузке. В данный период двигательная активность больного заключалась в перемещении в пределах палаты и отделения, при этом, больной должен был находиться в положении сидя до 50 % дня.

Использовались активные движения для всех суставов и мышечных групп в сочетании с дыхательными упражнениями (статического и динамического характера) и упражнения для мышц туловища. А также дозированные прогулки (например, на физиопроцедуры).

Немаловажным являлось использование физиотерапевтических процедур, которые были назначены у $73,5 \pm 0,6\%$ больных среднего, у $58,9 \pm 0,4\%$ пожилого и у $43,4 \pm 0,4\%$ больных старческого возраста, $p < 0,05$ (таблица 2).

Таблица 2
Распределение применяемых видов физиолечения в стационаре
после оперативного лечения (на 100 больных, М±m, %)

<i>Виды физиолечения</i>		<i>Средний возраст</i>	<i>Пожилой возраст</i>	<i>Старческий возраст</i>
Светолечение	Магнитолазерная терапия	$40,6 \pm 0,5$	$40,5 \pm 0,4$	$34,3 \pm 0,5^{*,**}$
	Ультрафиолетовое облучение	$10,9 \pm 0,4$	$13,7 \pm 0,2^*$	$28,4 \pm 0,4^{*,**}$
Магнитотерапия		$14,5 \pm 0,4$	$30,1 \pm 0,4^*$	$12,4 \pm 0,3^{*,**}$
Ультравысокочастотная терапия		$26,1 \pm 0,4$	$14,6 \pm 0,3^*$	$4,5 \pm 0,2^{*,**}$
Высокочастотная электротерапия	Дарсонвализация	$2,9 \pm 0,1$	$5,2 \pm 0,2^*$	$1,5 \pm 0,1^{*,**}$
Ингаляционная терапия	Щелочные ингаляции	$3,7 \pm 0,3$	$4,6 \pm 0,2^*$	$14,9 \pm 0,3^{*,**}$

* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Наиболее часто применялись следующие методы:

- светолечение: магнитолазерная терапия - МЛТ (у $40,6 \pm 0,5\%$ пациентов среднего, у $40,5 \pm 0,4\%$ пациентов пожилого и у $34,3 \pm 0,5\%$ пациентов старческого возраста, $p < 0,05$), ультрафиолетовое облучение - УФО (у $10,9 \pm 0,4\%$, $13,7 \pm 0,2\%$ и $28,4 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$);

- магнитотерапия: низкоинтенсивная импульсная магнитотерапия – МТ (у $14,5 \pm 0,4\%$, $30,1 \pm 0,4\%$ и $12,4 \pm 0,3\%$ соответственно, $p < 0,05$);

-ультравысокочастотная терапия - УВЧ (у $26,1 \pm 0,4\%$, $14,6 \pm 0,3\%$ и $4,5 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$);

-высокочастотная электротерапия: дарсонвальтерапия - ДВЛ (у $2,9 \pm 0,1\%$, $5,2 \pm 0,2\%$ и $1,5 \pm 0,1\%$ соответственно, $p < 0,05$).

Следует отметить, что в $3,7 \pm 0,3\%$, $4,6 \pm 0,2\%$ и $14,9 \pm 0,3\%$ случаях соответственно ($p < 0,05$) для профилактики легочных осложнений у тяжелых больных применялась ингаляционная терапия.

Количество процедур физиотерапии на одного пациента среднего возраста варьировало в зависимости от хирургического заболевания в среднем от $4,7 \pm 1,9$ до $7,7 \pm 1,8$; пожилого возраста - от $5,0 \pm 1,1$ до $8,2 \pm 0,3$ ($p < 0,05$); старческого – от $6,3 \pm 2,9$ до $8,6 \pm 0,7$. Также мы проанализировали место получения пациентами физиотерапевтических процедур. Обращает на себя внимание доля пациентов, которые вследствие тяжести состояния вынуждены были получать физиотерапевтические процедуры на месте – $13,8 \pm 0,4\%$ пациентов среднего, $21,7 \pm 0,3\%$ пожилого и $22,2 \pm 0,3\%$ старческого возраста. При этом достоверных данных отличия количества физиопроцедур на 1 пациента у лиц пожилого и старческого возраста не получено. Достоверно отмечено, что количество процедур, проводимых на месте у пациентов среднего возраста меньше, чем у пациентов пожилого и старческого возраста. Количество процедур на месте варьировало в среднем от $1,6 \pm 0,3$ до $4,2 \pm 0,8$; от $4,0 \pm 1,0$ до $8,3 \pm 2,4$ и от $6,0 \pm 1,2$ до $9,5 \pm 0,5$ соответственно, $p < 0,05$ (таблица 3).

Что касается психотерапевтических методов реабилитации в стационаре, обращает на себя внимание, что, несмотря на высокую потребность в данном методе реабилитационных мероприятий, применение специальных психотерапевтических методов не проводилось вследствие отсутствия психолога в штатном расписании многопрофильных больниц. Психотерапия проводилась лечащим врачом и была направлена на адаптацию больного к изменившимся, вследствие перенесенного оперативного лечения, условиям жизни, восстановление физических, социальных и психологических ресурсов. Целью психотерапии в послеоперационном периоде явилась социализация пациента и интеграция человека в общество.

Всем больным (100%) с колостомами уже в раннем послеоперационном периоде использовались технические средства реабилитации – калоприемники. Обучение уходу за колостомами и правильному использованию различных видов калоприемников, а также применению герметиков и адсорбирующих фильтров прошло в стационаре $99,3 \pm 0,4\%$ больных среднего, $97,7 \pm 0,6\%$ больных пожилого и $92,3 \pm 0,2\%$ больных старческого возраста, $p < 0,05$. Причиной неполного охвата пациентов обучению ухода за колостомами ($0,7 \pm 0,02\%$, $2,3 \pm 0,1\%$ и $7,7 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$) явилось или тяжелое состояние

больного (лежащие больные) или отказ пациента вследствие недостаточной мотивации к реабилитационным мероприятиям из-за изменений в психоэмоциональной сфере (психоэмоциональные кризы, депрессии, неврозы).

Таблица 3
Среднее количество физиотерапевтических процедур на 1 пациента, применяемых у больных пожилого и старческого возраста после оперативного лечения в стационаре (M±m).

<i>Нозология</i>	<i>Средний возраст</i>		<i>Пожилой возраст</i>		<i>Старческий возраст</i>	
	<i>всего</i>	<i>на месте</i>	<i>всего</i>	<i>на месте</i>	<i>всего</i>	<i>на месте</i>
Острый аппендицит	5,7±0,7	1,6±0,3*	5,0±1,1	4,0±1,0**	8,1±1,8**	6,0±1,2**
Грыжи различной локализации	5,8±1,3	3,2±1,3	6,1±1,8	6,7±1,2**	6,3±2,9	9,0±2,0**
Желчекаменная болезнь с острым холециститом	4,7±1,9	2,8±1,5	7,0±1,4	7,0±1,4**	7,4±1,3	7,4±1,3**
Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей	7,0±1,1	4,2±0,8*	8,0±2,3	8,1±1,6**	8,6±0,7	8,1±1,2**
Синдром диабетической стопы	7,7±1,8	3,8±1,6	8,2±1,3	8,3±2,4**	8,5±0,6	9,5±0,5**

*p<0,05 внутри группы, **p<0,05 по сравнению с пациентами среднего возраста

Особое значение уделялось выработке совместно с больным режима питания для регуляции дефекации. Разработка режима питания производилась со всеми пациентами (100%) или родственниками при выписке из стационара.

Эффективность хирургической помощи и медицинской реабилитации определялась по общепринятым критериям, оценивающим степень восстановления нарушенных функций организма, то есть изменение общего состояния больного во время динамического наблюдения в стационаре. Исход стационарного лечения определялся как «выздоровление», «улучшение», «без динамики», «ухудшение» и основывался на жалобах пациента при выписке и данных лабораторно-инструментального обследования. Из данных медицинской

карты стационарного больного установлено: по окончании курса стационарного этапа медико-социальной реабилитации полное выздоровление было у 5,7±1,2% пациентов среднего возраста, улучшение имело место у 91,7±1,6% пациентов среднего, 92,6±1,3% пациентов пожилого и у 86,6±0,9% пациентов старческого возраста ($p<0,05$), отсутствие динамики - у 2,4±0,9%, 5,3±0,9% и 5,8±0,7% пациентов соответственно ($p<0,05$), ухудшение – у 0,2±0,1%, 2,1±0,7% и 7,6±0,5% соответственно, $p<0,05$ (таблица 4).

Таблица 4

Исход стационарного этапа реабилитации пациентов (на 100 пациентов, М±m, %)

<i>Исход стационарного этапа реабилитации</i>	<i>Средний возраст</i>	<i>Пожилой возраст</i>	<i>Старческий возраст</i>
Выздоровление	5,7±1,2	-	-
Улучшение	88,2±1,6	86,8±1,3	79,8±0,9 ^{*,**}
Без динамики	2,4±0,9	5,3±0,9 [*]	9,8±0,7 ^{*,**}
Ухудшение	6,1±0,5	7,9±0,7 [*]	10,4±0,5 ^{*,**}

^{*} $p<0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ^{**} $p<0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Таким образом, процесс восстановления функционального статуса и резервов пациентов, перенесших оперативное лечение, носил не системный характер, был фрагментарным и решал некоторые частные вопросы. Тем не менее, в реализуемых направлениях реабилитационные мероприятия были достаточно интенсивными, регулярными, индивидуально подобранными и дозированными. Как видно из результатов проведенного анализа, объем и начало реабилитационных мероприятий у пациентов после оперативного лечения решали: лечащий врач-хирург, врач-физиотерапевт, врач - ЛФК.

При этом, особых подходов к реабилитации пациентов среднего, пожилого и старческого возраста не отмечено. Однако, у пациентов старческого возраста были достоверно ниже медико-социальные показатели исхода стационарного лечения.

Список литературы

1. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых. Клиническая геронтология; вып.4, 2008; 30-34.
2. Сафарова Г. Л. Демографические аспекты старения населения России. Журнал

«Отечественные записки». 2005; 3(24).

3. *Пассери М.* Обучение в области гериатрии. Проблема, которая интересует всю Европу. Гериатрия в лекциях. том.2.М.: «Ньюдиамед». 2005; 451-455.

4. *Прощаев К.И., Ильницкий А.Н.* Стресслимитирующие эффекты медицинской реабилитации пациентов с артериальной гипертензией. Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2002; 2: 23 – 25.

5. *Медведев А.С.* Основы медицинской реабилитации. Минск: Беларус. Навука, 2010.

6. *Епифанов В.А.*, ред. Медицинская реабилитация. Руководство для врачей. М.: МЕД пресс-информ; 2005.

7. *Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Зезюлин П.Н., Филиппов С.В., Лукьянов А.А., Жернакова Н.И.* Медико-социальные проблемы геронтологии и гериатрии: осведомленность населения и медицинских работников. Успехи геронтологии. 2008; Т. 21: 1: 160-164.

8. *Jimenez J.* Reabilitacion en Geriatria: Efectos y consecuencias de actividadfisica en lasfuncionesmotoras, aerobicas y cognitivas. An. Real. Acad. Farm. 1996; 62 (4): P. 677-715.

The list of references

1. *Briskin B.S., Lomidze O.V.* Impact of polimorbid pathology on diagnostics and outcome in abdominal surgery at elderly age. Klinicheskaja gerontologija; 4, 2008; 30-34 (in Russian).

2. *Safarova G. L.* Demographic aspects of aging of population Russia. «Otechestvennye zapiski». 2005; 3(24) (in Russian).

3. *Passeri M.* Education in area of geriatrics. Problem which is interesting by all Europe. Geriatrija v lekcijah.t.2. М.: «N'judiamed». 2005; 451-455 (in Russian).

4. *Proshhaev K.I., Il'nickij A.N.* Stress-limitative effects of medical rehabilitation of patients with arterial hypertension. Mediko-social'naja jekspertiza i reabilitacija. 2002; 2: 23 – 25(in Russian).

5. *Medvedev A.S.* Basics of Medical Rehabilitation. Minsk: Belarus. Navuka, 2010.

6. *Epifanov V.A.*, red. Medical rehabilitation. Rukovodstvo dlja vrachej. М.: MEDpress-inform; 2005 (in Russian).

7. *Proshhaev K.I., Il'nickij A.N., Zezjulin P.N., Filippov S.V., Luk'janov A.A., Zhernakova N.I.* Medical and social problems of gerontology and geriatrics: awareness of population and medical

professionals. Uspehi gerontologii. 2008; T. 21: 1: 160-164 (in Russian). Uspehi gerontologii. 2008; T. 21: 1: 160-164 (in Russian).

8. *Jimenez J.* Reabilitacion en Geriatria: Efectos y consecuencias de actividad fisica en las funciones motoras, aerobicas y cognitivas. An. Real. Acad. Farm. 1996; 62 (4): P. 677-715.