

Проведена апробация современных измерительных устройств, пригодных для экспресс-анализа состояния больного с анкетированием врачей-хирургов по их прогностической ценности и пилотажными исследованиями.

Rehabilitation of patients of advanced age after operation on hemiarthroplastic hip replacement/
The instrumentation -methodical basis of monitoring of physical health

by patients of advanced age after hemiarthroplastic hip replacement for an

estimation of efficiency of a complex of rehabilitation actions, including medical physical training for use in system "a hospital- aftercare in house conditions " is fulfilled.

Approbation of modern measuring devices, suitable for the express train-the analysis of a condition of the patient with questioning doctors – surgeons on them forecasting values and flight researches is lead.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

НИЗАМОВА Э.И., ГИЛЬМУТДИНОВА Л.Т.

**Башкирский государственный медицинский университет,
НИИ восстановительной медицины и курортологии, г. Уфа**

АННОТАЦИЯ

Изучалась эффективность разработанных реабилитационных комплексов, проводимых у больных с язвенной болезнью, перенесших факторы боевого стресса. Установлена высокая эффективность санаторно-курортного лечения с применением кумыса, ЛФК, минеральной воды с дальнейшим обучением в гастротрошке, фитоаромат- и данстерапией на амбулаторно-поликлиническом этапе с достоверным уменьшением частоты рецидивов и осложнений заболевания.

Ключевые слова: ветераны боевых действий, данстерапия, коэффициент реабилитации, кумысолечение, реабилитационный комплекс, специализированная гастротрошка, факторы боевого стресса, фитоароматерапия.

ВВЕДЕНИЕ

Организация восстановительного лечения ветеранов боевых действий (ВБД) с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) является сложной клинической задачей, для решения которой необходимо учитывать психосоматическую природу язвенного процесса в гастродуоденальной зоне. Поэтому мероприятия комплекса восстановительных мероприятий обязательно должны включать в себя применение курортных факторов, кинезотерапевтические процедуры, психотерапевтическую коррекцию с дальнейшим долечиванием в условиях поликлиники.

Цель исследования. Оценить эффективность дифференцированных реабилитационных комплексов восстановительного лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, подвергшихся воздействию факторов боевого стресса [1,2,3].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В зависимости от проводимого восстановительного лечения больные были разделены на группы: 1-я группа больных состояла из 50 человек, из них 20 с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и 30 с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), из территориальных поликлиник. Эти больные принимали необходимое лечение нерегулярно, не являлись на диспансерные осмотры и далее обозначались в работе как группа сравнения. 2-я группа больных состояла из 50 пациентов (25 с ЯБЖ, 25 с ЯБДПК). Эта группа была вовлечена в комплекс

восстановительного лечения на санаторно-курортном этапе, который включал в себя кумысолечение, прием сульфатной кальциевой магниевой минеральной воды «Юматовская», ЛФК, фитоароматерапию с дальнейшим обучением в специализированной гастротрошке и данстерапией на поликлиническом этапе (реабилитационный комплекс № 2). Курс лечения в санатории составил 21 день с долечиванием в амбулаторно-поликлинических условиях в течение 2 недель. В 3-ю группу больных вошел 51 человек (22 больных с ЯБЖ, 29 с ЯБДПК). В комплекс восстановительного лечения этой группы были включены фитоароматерапия и обучение в гастротрошке на амбулаторно-поликлиническом этапе. Курс лечения составил 5 недель (реабилитационный комплекс № 3). В 4-й группе исследован 51 больной (22 с ЯБЖ, 29 с ЯБДПК). Эта группа в комплексе восстановительного лечения получала данстерапию с обучением в гастротрошке на амбулаторно-поликлиническом этапе. Курс лечения составил 5 недель (реабилитационный комплекс № 4).

На санаторно-курортном этапе назначался кумыс слабого вида по 100 мл за 10-15 минут до еды 3 раза в день ежедневно [4]. Аэрофитотерапию проводили с помощью аромалампы «Фитомед» с маслами лаванды французской. (Г.В. Лавренова, 2005) [5].

Пациенты обучались в специализированной гастротрошке для больных ЯБДПК, подвергшихся воздействию ФБС [6]. В основу планирования занятий легли основные концепции внедрения образовательных программ для пациентов с различной патологией внутренних органов. Занятия проводились 2-3 раза в неделю, в течение 5 недель. На курс лечения – 10-15 занятий.

Кинезотерапевтическая реабилитация представлена танцевальной терапией по доступным оздоровительным методикам американского хореографа и врача Л. Смита (2001) [7]. Комплекс состоял из вводного, основного и заключительного разделов. Подбор музыкального сопровождения определялся пожеланиями больных: современная инструментальная музыка, поп-музыка 80-х XX века. Занятия данстерапией проводили 3 раза в неделю в течение месяца в условиях поликлиники. Далее пациенты занимались самостоятельно и осуществляли контроль за состоянием здоровья 1-2 раза в неделю у инструктора ЛФК отделения восстановительного лечения поликлиники в течение 6-ти месяцев.

Эффективность проводимых реабилитационных мероприятий выявляли по методике балльной оценки - коэффициента реабилитации [8]. Клиническая эффективность восстановительного лечения в зависимости от выбора реабилитационного комплекса оценивалась по показателям частоты рецидивирования и осложнений ЯБЖДПК. Контроль динамики изучаемых параметров проводился до проведения лечения, после курса лечения и через 6 месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные исследования показали, что наиболее эффективным и результативным в плане снижения частоты рецидивирования ЯБЖДПК явился РК № 2 с применением кумысолечения на санаторно-курортном этапе и долечиванием на амбулаторно-поликлиническом этапе с данстерапией, фитоароматерапией, обучением в гастротроле. Группа сравнения характеризовалась самой низкой клинической эффективностью, где через 6 месяцев после наблюдения рецидив ЯБЖ возник у 31,1% больных, а при применении РК № 2 только у 10,4%. При применении РК № 3 с включением на амбулаторно-поликлиническом этапе фитоароматерапии с обучением в гастротроле рецидив болезни наблюдался у 25,4% больных через 6 месяцев после курса лечения. При применении РК № 4 с данстерапией и обучением в гастротроле рецидив заболевания наблюдался у 12,4% пациентов ЯБЖДПК через 6 месяцев после курса лечения. Представленные данные свидетельствуют о том, что РК № 3 и РК № 4 характеризовались невысокой клинической эффективностью ($p < 0,05$).

Что касается снижения частоты осложнений ЯБЖДПК у обследованных, то наименьшее их количество зарегистрировано при применении РК № 2. Число осложнений при РК № 2 уменьшилось на 14,2% при ЯБЖ и на 16,2% при ЯБДПК через 6 месяцев после лечения по сравнению с контролем ($p < 0,05$). При применении РК № 4 частота возникновения осложнений через 6 месяцев после лечения уменьшилась на 7,2% при ЯБЖ и на 8,6% при ЯБДПК ($p < 0,05$). В группе сравнения возник обратный отрицательный эффект. Частота осложнений ЯБЖДПК у этих пациентов после курса лечения и через 6 месяцев после лечения составила 16,2% и 14,2% соответственно ($p < 0,05$), что свидетельствует о необходимости обязательного назначения комплекса восстановительного лечения больным ЯБЖДПК, подвергшимся воздействию ФБС, и обязательного круглогодичного диспансерного наблюдения. При применении РК № 3 после курса лечения и через 6 месяцев после лечения снижение осложнений ЯБЖДПК составило соответственно 8,3 и 6,4% ($p < 0,05$) по сравнению с контролем.

Таким образом, реализация разработанных нами реабилитационных комплексов в ходе восстановительного лечения больных ЯБЖДПК выявила наиболее высокую клиническую эффективность РК № 2. Средняя клиническая эффективность наблюдалась при применении РК № 3 и РК № 4.

Анализ эффективности реабилитационных мероприятий по мониторингу коэффициента реабилитации выявил наиболее лучшую частоту выявления коэффициента «улучшение» при применении РК № 4 с данстерапией с обучением в гастротроле на амбулаторно-поликлиническом этапе (см. табл.). Положительная динамика коэффициента реабили-

тации «улучшение» составила увеличение его доли на 18,2% при ЯБЖ и 19,5% при ЯБДПК по сравнению с исходом ($p < 0,05$) после курса лечения. Применением РК № 4 у больных ЯБДПК через 6 месяцев после лечения полностью нормализовались вышеназванные параметры, а у больных ЯБЖ достиг субконтрольных значений ($p < 0,05$).

Таблица.

Динамика коэффициентов реабилитации больных ЯБЖДПК, перенесших факторы боевого стресса ($M \pm m$).

Коэффициент реабилитации	Контроль	Гр.	Исходные данные	После курса лечения	Через 6 мес. после лечения
ЯБЖ	Более 1,9 (улучшение)	1-я	26,82±0,31	28,21±0,34*	30,23±0,35**
		2-я	26,79±0,33	38,20±0,39*	64,19±0,52**
		3-я	26,80±0,32	32,12±0,34*	62,41±0,54**
		4-я	26,81±0,31	35,14±0,38*	66,18±0,51**
	1,0-1,9 (без перемен)	1-я	44,63±0,43	44,21±0,47*	40,19±0,45**
		2-я	44,59±0,45	39,68±0,42*	28,48±0,35**
		3-я	44,62±0,47	43,42±0,41*	34,21±0,35**
		4-я	44,61±0,42	42,31±0,45*	27,40±0,36**
	Менее 1,0 (ухудшение)	1-я	28,59±0,30	28,44±0,31*	25,61±0,28**
		2-я	28,60±0,31	15,39±0,31*	2,27±0,09**
		3-я	28,61±0,32	25,60±0,26*	2,15±0,10**
		4-я	28,62±0,31	24,23±0,24*	1,59±0,09**
ЯБДПК	Более 1,9 (улучшение)	1-я	21,23±0,32	21,14±0,30*	22,21±0,40**
		2-я	31,20±0,34	44,10±0,46*	46,20±0,68**
		3-я	31,21±0,35	46,39±0,40*	47,39±0,54**
		4-я	11,22±0,32	45,42±0,41*	50,30±0,66**
	1,0-1,9 (без перемен)	1-я	42,43±0,45	43,44±0,39*	44,59±0,40**
		2-я	42,39±0,45	39,76±0,39*	20,08±0,31**
		3-я	42,41±0,44	36,31±0,42*	33,42±0,46**
		4-я	42,40±0,45	35,18±0,41*	31,35±0,33**
	Менее 1,0 (ухудшение)	1-я	26,42±0,22	23,51±0,19*	20,19±0,24**
		2-я	26,41±0,23	5,81±0,09*	6,52±0,07**
		3-я	26,39±0,25	16,32±0,18*	8,62±0,10**
		4-я	26,40±0,26	14,43±0,12*	2,24±0,03**

Примечание 1 – группа сравнения (n=48), 2 – РК № 2 (n=50), 3 – РК № 3 (n=51), 4 – РК № 4 (n=51), * – значимость различий показателей в сравнении с контролем ($p < 0,05$), *⁰ – с исходными данными ($p < 0,05$), ** – с группой сравнения ($p < 0,05$).

Таким образом, восстановительное лечение больных ЯБЖДПК, подвергшихся воздействию ФБС, при лечении на санаторно-курортном этапе восстановительной терапии с последующей организацией амбулаторно-поликлинического наблюдения выявил самую высокую клиническую эффективность реабилитационных мероприятий (РК № 2), а применение данстерапии с обучением в гастротроле (РК № 4) выявил наилучшую динамику коэффициента реабилитации «улучшение».

ЛИТЕРАТУРА

1. Барановский А.Б. Реабилитация гастроэнтерологических больных в практике участкового и семейного врача / А.Б. Барановский – СПб, 2001 – 235 с.
2. Белинский А.В. Медико-психологическая реабилитация участников боевых действий в многопрофильном госпитале / А.В. Белин
3. Демченкова Г.З. Основные направления реабилитации воинов-интернационалистов / Г.З. Демченкова // Воен.-мед. журнал. – 1992. – № 8. – С. 4-9.
4. Ахмадуллин Р.В. Кумысолечение больных с органами пищеварения в условиях кумысолечебного санатория «Юматово» / Р.В. Ахмадуллин – Уфа, 1999 – 99 с.
5. Лавренова Г.Н. Основы фитоароматерапии / Г.Н. Лавренова – М., Астрель, 2005. – с. 154.
6. Низамутдинова Р.С. Организация и проведение обучающих школ по профилактике заболеваний внутренних органов среди населения / Р.С. Низамутдинова, Уфа, 2005. – 191 с.
7. Смит Л. Танцевальная терапия: начальный курс / Л.Смит-М., Астрель, 2004. – 204 с.
8. Бокша В.Г. Справочник по климатотерапии / В.Г. Бокша. – Киев: Здоровье, 1989-208 с.