

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ГОСПИТАЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

УДК 615.838

¹Полиевский С.А.: профессор кафедры гигиены, экологии, спортсооружений, д.м.н.;

¹Стариков С.М.: доцент кафедры лечебной физической культуры, массажа и реабилитации, к.м.н.;

²Карпухин А.О.: врач-хирург.

¹ФГБОУ ВПО «Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодёжи и туризма», г. Москва, Россия

²ГБУ ДЗ города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн №3 ДЗ города Москвы», г. Москва, Россия

Введение

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава-высокотехнологичная операция, после которой требуется квалифицированная реабилитация.

После операции ЭТС физическая работоспособность существенно снижена.

На этом фоне в первый (послеоперационный госпитальный) реабилитационный период должны купироваться основные клинические проявления послеоперационного синдрома (симпато-адреналового воздействия), что влияет в конечном итоге на уровень качества жизни (КЖ) пациентов. Цель медицинской реабилитации (МР) больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС) – полноценное функциональное, социально-бытовое и профессиональное восстановление пациентов. Темпы восстановления КЖ зависят от организации реабилитационного процесса.

Материалы и методы

4-ое ортопедическое отделение Госпиталя ветеранов войн № 3 рассчитано на 60 штатных коек. Основным видом оперативной деятельности в отделении является тотальное замещение крупных суставов, в основном тазобедренного и коленного.

Основные показатели деятельности отделения определяются в основном характером декретированного контингента госпиталя, который составляют инвалиды и участники ВОВ и категории, к ним приравненные. Количество пролеченных инвалидов и ветеранов войн в последние годы растет. В течение 2010 года количество инвалидов и ветеранов ВОВ, а также категорий, к ним приравненных, составило 481 человека или 75%. (В 2009 году – 62,8%). Следует отметить в последние годы изменение возрастной структуры контингента (Табл. 1).

Из выше приведенных данных видно, что в последние годы сохраняется тенденция к увеличению доли старших возрастных групп в структуре оперированных больных, причем в 2010 году пик оперированных больных впервые переместился из группы 70–79 лет в группу 80–89 лет.

Таким образом, специфика контингента больных госпиталя ветеранов войн №3 заключается в пожилом и старческом возрасте (средний возраст старше 70 лет с соответствующими возрастными особенностями пси-

хики (тревожность и др.), обостренным чувством собственной значимости в связи с военными заслугами перед Родиной.

Как бы блестяще не была выполнена операция, значительная часть положительного результата зависит от правильного восстановительного режима, который должен определяться в тесной взаимосвязи лечащего врача-хирурга и врача-реабилитолога.

При отсутствии врача-реабилитолога именно лечащий врач должен быть основным координатором всех специалистов, участвующих в реабилитации больного, что требует определенных компетенций в этом направлении.

Разработка тактики совместного участия врача хирурга-ортопеда и врача-реабилитолога в восстановительном лечении и улучшении «качества жизни» спецконтингента больных пожилого возраста после тотального эндопротезирования тазобедренных суставов должна быть основана на определении их функционально-ролевых взаимосвязей.

Мало устранить измененный сустав, заменив его на искусственный. Врачу-хирургу и врачу ЛФК или реабилитологу важно учитывать не только послеоперационные «повреждения» и изменения биомеханики ходьбы, но и сдвиги в показателях качества жизни.

На практике лечебные мероприятия при остеоартрозе направлены в основном на снижение болевого синдрома, воспалительных изменений и восстановление опорной и двигательной функций сустава.

Нельзя отрицать важность понимания обоими специалистами патогенеза заболевания и послеоперационных изменений, которые возникают в «стандартном» большинстве случаев.

Также нужно учитывать нестандартные ситуации, некоторые технические особенности выполнения операции у конкретного больного. Иногда выявляется ряд анатомических особенностей, или патологических состояний кости и окружающих тканей, ранее не обнаруженных в период предоперационного обследования (степень выраженности остеопороза, состояние краев вертлужной впадины, изменения мышечно-связочного аппарата). Ряд интероперационных осложнений – продольное раскалывание кости, фрагментарные переломы большого вертела, пер-

Таблица 1. Структура оперированных больных по возрастам

	До 20 лет	21–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–89	90 и старше
2009 г.	-	1	3	6	16	41	62	14	-
2010 г.		2	8	8	14	17	31	50	5
2011 г.	-	3	1	11	14	32	69	55	5

форация костного кортикала, также требуют изменений в ходе операции или дополнительных вмешательств. Все это в значительной мере влияет на восстановительный процесс, на реабилитационный период, от степени их выраженности зависит тактика выбранного лечения. и в этой связи важно наибольшее взаимодействие оперирующего хирурга и врача-реабилитолога совместно определяющих восстановительный режим больного.

Учитывая специфику патологических и физиологических процессов у спецконтингента пожилых больных отделения, главной задачей реабилитации можно считать повышение тонуса организма, или жизненного тонуса / (vitality, vigour – Оксфордский словарь 2 издание, 1984) как обобщенной характеристики функционального состояния, что подразумевает общее самочувствие человека, его работоспособность, подвижность и активность/.

Ослабленный тонус организма больных пожилого возраста определил необходимость в общеукрепляющих средствах.

В систему средств восстановления физической работоспособности пожилых больных после ЭТС с учетом специфики контингента больных (11 пациентов опытной группы) вошли наряду с упражнениями ЛГ(12) тонизирующие упражнения и приемы мудр, РС-тренинга, массажиры Су Джок, физические упражнения на развитие памяти и упражнения системы здоровья Ниши, рекомендовались растительные сублиматы для поднятия уровня гемоглобина. Контрольная группа (14 больных) выполняла упражнения лечебной гимнастики в общепринятом объеме.

Выполнение некоторых рекомендаций в опытной группе носило добровольный характер и осуществлялось пациентами самостоятельно.

Каждый пациент хотел бы, чтобы при планировании и проведении его лечения врач учитывал не только диагноз заболевания, но и весь спектр его индивидуальных проблем в физиологической, психологической, эмоциональной и социальных сферах. К сожалению, так происходит не всегда.

Введение в клиническую практику понятия «качество жизни больного» многое должно изменить, так как с помощью исследования качества жизни пациента врач получает возможность оценить специфику изменений в физиологическом, психологическом, эмоциональном и социальном состоянии больного, вызванных болезнью, а также оценить успешность назначенного им лечения.

Качество жизни – это комплексная характеристика физического, психологического и социального состояния человека, основанная на его субъективном восприятии. Качество жизни отражает три основные составляющие жизнедеятельности человека – физическую, психологическую и социальную. Важным в определении является то, что все функции оценивают пациенты, и именно этот способ получения информации о состоянии больных делает эти данные чрезвычайно ценными.

В настоящее время существует большое количество методик для оценки качества жизни. Все они разделяются на общие, т.е. применяемые для оценки качества жизни при любых заболеваниях, и специфические, предназначенные для больных с определенным заболеванием [10]. Они отражают субъективные показатели в восприятии состояния здоровья и оценку выраженности симптомов самим человеком. Анкеты-вопросники заполняются либо непосредственно пациентом, либо врачом или специально обученным персоналом.

В настоящее время качество жизни становится самостоятельным критерием оценки эффективности ле-

чения, дополняющим результаты клинических и экономические данные [1–3].

Измерение показателей качества жизни пациента в клинической практике используют для оценки качества жизни до начала лечения; в процессе лечения; для оценки результатов курса лечения.

Оценка качества жизни широко применяется многими исследователями как критерий эффективности операций на сердце, в том числе и у пожилых пациентов, после ЧМТ [9, 11].

Улучшение общего качества жизни отмечено и после минимально инвазивного эндопротезирования у больных с последствиями травм и заболеваний тазобедренного сустава [6].

Общее заключение авторов, что улучшение качества жизни, является полноправным, самостоятельным критерием эффективности кардиохирургического вмешательства у пожилых.

Данные о качестве жизни, наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную картину болезни, осуществлять наблюдение за состоянием больного и комплексно оценивать эффективность лечения.

С целью определения качества жизни проводилось анкетирование.

Использовалась методика «Качество Жизни», по Айвазюну Т.А. и Зайцеву В.П. [1], позволяющая проводить количественную оценку качества жизни испытуемых как по суммарному баллу, так и по шкалам отдельно с помощью компьютерной техники [4]. Изучаемые параметры качества жизни: функциональное состояние, восприятие общего уровня здоровья, удовлетворенность жизнью. Опросник состоит из 17 вопросов заполняется самим больным или с помощью интервью. Время заполнения 5–7 мин. При этом оценивалось отношение испытуемых к изменениям в жизни в связи с болезнью.

В клинической практике широко применяется также Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН), в частности оценка уровня невротизации по Л. И. Вассерману (7).

Высокий уровень невротизации свидетельствует о выраженной эмоциональной возбудимости, в результате чего появляются негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность); о безынициативности, которая формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний; об эгоцентрической личностной направленности, что приводит к ипохондрической фиксации на соматических ощущениях и личностных недостатках; о трудностях в общении; о социальной робости и зависимости.

Низкий уровень невротизации свидетельствует: об эмоциональной устойчивости; о положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм); об инициативности; о чувстве собственного достоинства; независимости, социальной смелости; о легкости в общении.

На 11 больных опытной группы и 14 контроля до операции эндектомии тазобедренного сустава и перед выпиской со стационара после операции (13–15 день) проведено анкетирование с использованием анкет КЖ и Вассермана.

Проверка уровня невротизации по Вассерману показала, что количество положительных ответов, которое было до операции ($31,12 \pm 2,34$), перед выпиской со стационара изменилось в сторону снижения у опытной группы ($19,45 \pm 2,9$) при несущественных сдвигах у контрольной группы. При этом различия между показателями групп были достоверными ($p < 0,05$).

Это свидетельствует: о росте эмоциональной устойчивости и снижении уровня невротизации в процессе послеоперационной реабилитации; о более положительном фоне переживаний (спокойствие, оптимизм), наступившем под воздействием последствий успешной операции.

В то же время снизились негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность, гнев).

Таким образом, отмечено снижение уровня невротизации и рост эмоциональной устойчивости при более положительном фоне переживаний.

Как видно из табличных данных, больничный этап реабилитации не сказался на различиях в оценке качества жизни пациентов, однако в результате применения реабилитационных средств на втором – домашнем этапе реадaptации в основной группе отмечено достоверное улучшение интегрального показателя качества жизни при существенных различиях в этом показателе между группами испытуемых.

Мы считаем, что эти сдвиги стали возможными из-за эффективности примененных методов реабилитации, существенно улучшивших у больных самочувствие, повысивших их физическую работоспособность, что и является основой существенного улучшения качества жизни.

В результате проведения анкетных опросов, оценки интегрального критерия качества жизни и показателя кратковременной образной памяти подтвердилась эффективность, возможность и необходимость внедрения системы реабилитации больных с ЧМТ по двухзвенной схеме.

Реабилитационный период в домашних условиях способствует более быстрому и эффективному купированию основных клинических проявлений посттравматического синдрома (симпато-адреналового воздействия), что значительно повышает качество жизни.

Достоверное улучшение интегрального показателя качества жизни, указывающее на эффективность операционного вмешательства и реабилитационных мероприятий тонизирующей жизненной направленности при существенных различиях в этом показателе между группами испытуемых отражено в данных таблицы 2.

Мы считаем, что эти сдвиги стали возможными из-за эффективности операционного вмешательства и примененных нетрадиционных методов реабилитации, существенно улучшивших у больных самочувствие, повысивших их физическую работоспособность, что и является основой существенного улучшения качества жизни.

Заключение

Таким образом, предложенные мероприятия в рамках первого (послеоперационного) реабилитационного периода способствовали более быстрому и эффективному купированию основных клинических проявлений посттравматического синдрома (симпато-адреналового воздействия), на фоне улучшения жизненного тонуса и повышения качества жизни, подтвердились оздоровительные возможности разработанной системы и программы постоперационной реабилитации спецконтингента больных при методическом руководстве со стороны лечащего врача и инструктора ЛФК.

Таблица 2. Динамика показателей кардиоинтервалографии у лиц с расстройством вегетативной нервной системы

Параметры	Сроки, достоверность	Основная группа (n=11)	Контрольная группа (n=14)	P
Качество жизни	Перед операцией	-17,2±0,43	-16,34±0,64	>0,05
	При выписке со стационара	-11,65±0,51	-15,57±0,69	<0,05
	p	<0,01	>0,05	

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айвазян Т.А., Зайцев В.П. Качество жизни больных гипертонической болезнью // Ж. Кардиология. – 1989. – С. 43–46.
2. Гендлин Г.Е., Самонова Е.В., Бухало О.В. Методики исследования качества жизни у больных хронической недостаточностью кровообращения // СН, 2000, т. 1, №2, 74.
3. Гиляревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г. Современная методология оценки качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью. М., 2000.
4. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Остеохондроз. – 2-е изд. – М.: Медицина, 2004. – 271 с. 7.
5. Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. Качество жизни как критерий успешной терапии больных хронической сердечной недостаточностью // Русский медицинский журнал, ТОМ 7, № 2, 1999.
6. Метленко П.А. Особенности минимально инвазивного эндопротезирования у больных с последствиями травм и заболеваний тазобедренного сустава: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.00.22 / Метленко Павел Анатольевич. Санкт-Петербург, 2006. – 179 с.
7. Милютин Е.Л. Психотерапевтические рецепты на каждый день. — М.: Независимая фирма "Класс", 2001. – 384 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 92).
8. Недошвин А.О., Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю., Перепеч Н.Б. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью // СН, 2000 том 1, с. 148.
9. Никонов С.Ф., Олофинская И.Е., Багян Л.С. Исследование качества жизни у пожилых больных после операции на сердце // Качественная Клиническая Практика 2003; 1: 56–91.
10. Орлов В.А., Гиляревский С.Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине. М.: Союзмединформ, 1992.
11. Церябина В.В., Жулего П.И., Никитин М.В. Особенности восстановления физической работоспособности при дорожно-транспортных и уличных травмах в системе «скорая помощь – больница – домашние условия» / Теория и практика прикладных и экстремальных видов спорта. Научно-методический журнал / №1 (16) 2010 – С. 33–36.
12. Физическая реабилитация после эндопротезирования тазобедренного сустава: Учебно-методическое пособие / Полиевский С.А., Попов С.Н., Калинина О.В., Якушин А.А., Карпунин А.О., Иванов А.А., Церябина В.В. – М.: «Физическая культура», 2008. – 64 с.

Резюме

В статье приведены результаты изучения качества жизни и психосоматических реакций у больных пожилого возраста – ветеранов войн до и после операции эндопротезирования тазобедренного сустава. Выявлены существенные положительные сдвиги в состоянии тревожности и показателя качества жизни как результат операционного вмешательства и специальной реабилитационной программы с акцентом на повышение жизненного тонуса.

Ключевые слова: тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, физическая реабилитация, качество жизни, уровень невротизации.

Summary

In this study, quality of life and psychosomatic reactions in the elderly, war veterans before and after hip replacement surgery. Showed significant improvements in a state of anxiety and quality of life as a result of surgical intervention and special rehabilitation program with a focus on vitality.

Keywords: total hip arthroplasty, physical rehabilitation, quality of life, level of neuroticism.

Контакты:

Полиевский С.А. E-mail: sergei.polievskii@mail.ru

ВЛИЯНИЕ МАГНИТОТЕРАПИИ И НАФТАЛАНА НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

УДК 616.3; 616-03

Эфендиева М.Т., заместитель главного врача РК по научно-исследовательской работе, д.м.н.;

Бадалов Н.Г.: заведующий отделом медицинской курортологии, д.м.н.;

Голубева В.В.: врач отделения пульмонологии РК.

ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава РФ, г. Москва, Россия

Введение

Современные представления о гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) были сформулированы относительно недавно. В настоящее время ГЭРБ признана лидирующим по частоте заболеванием в гастроэнтерологии. На 4-ой Всемирной гастроэнтерологической неделе (Берлин, 1995) было дано наиболее полное определение этой болезни. ГЭРБ – это полисимптомное заболевание, обусловленное повреждением пищевода и смежных органов вследствие первичного нарушения двигательной функции пищевода, ослабления антирефлюксного барьера нижнего пищеводного сфинктера, снижения пищеводного клиренса и опорожнения желудка, которые ведут к длительному спонтанному контакту слизистой оболочки пищевода с кислым или щелочным желудочным содержимым [1, 4].

Симптомы ГЭРБ выявляются у 20–40% взрослого населения. Клиническая картина ГЭРБ является многоликой и может манифестировать и осложняться внепищеводными проявлениями [1, 5, 6]. Многочисленные исследования свидетельствуют о широком распространении бронхолегочной симптоматики у больных ГЭРБ. Так, по данным литературы, у 34–60% больных ГЭРБ наблюдается бронхолегочная патология, а у 69% больных с бронхиальной астмой (БА) диагностируется рефлюкс-эзофагит [8, 9]. Существуют различные точки зрения на причинно-следственную связь гастроэзофагеального рефлюкса и хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ). С одной стороны, имеется предположение, что патология в бронхолегочной системе приводит к изменению внутригрудного давления, вторичным дистрофическим изменениям диафрагмы и расширению его пищеводного отверстия. С другой стороны, снижение тонуса сфинктеров и микроаспирация желудочного содержимого из пищевода в бронхи рассматриваются как один из механизмов возникновения

или обострения хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) и БА.

Множество публикаций посвящено различным аспектам лечения ГЭРБ. При этом некоторые вопросы терапии ГЭРБ до сих пор остаются спорными. Разработаны различные схемы лечения заболевания, используемые в терапии ГЭРБ, обсуждается длительность поддерживающей терапии [1, 2, 3, 6].

В настоящее время принято положение о проведении длительной (постоянной) терапии ГЭРБ. Это связано с тем, что у подавляющего большинства больных как эрозивной, так и неэрозивной рефлюксной болезнью в течение года после курсового лечения возникает рецидив заболевания (4). Общеизвестно, что длительный прием медикаментов повышает риск различных осложнений и побочных эффектов, которые нередко носят неприемлемый характер для пациента, в связи с чем в настоящее время в комплексном лечении ГЭРБ все большее значение приобретает разработка немедикаментозных методов лечения.

В литературе имеются сведения об успешном применении природных и преформированных физических факторов при лечении больных ГЭРБ (6). Актуальным является исследование целесообразности и эффективности применения немедикаментозных технологий больным ГЭРБ с бронхолегочной симптоматикой.

Переменное магнитное поле низкой частоты (ПМПНЧ) является фактором, способным уменьшить патологическую симптоматику ГЭРБ. Основанием такого утверждения послужили данные, свидетельствующие о возможности ПМПНЧ оказывать корректирующее влияние на регуляторные системы организма, в частности на состояние вегетативной нервной системы, дисфункция которой являются одной из основных причин формирования ГЭРБ. Однако механизмы лечебного действия ПМПНЧ на патологический процесс при ГЭРБ не изучены. Одной из