

ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

УДК 616.1:613.98

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ВЕДУЩИМИ ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ

Литвинов А.Е.¹, Кривецкий В.В.²

¹Госпиталь для инвалидов войн, г. Белгород, Россия, e-mail: litv@mail.ru

²Медицинский центр «Поколение», г. Белгород, Россия, e-mail: rrvrtsky@mail.ru

В настоящее время качество жизни (КЖ) рассматривается как конечный интегральный показатель эффективности медицинской помощи, поскольку включает в себя не только показатели физической работоспособности, но и психического, социального благополучия. Особенно актуален этот подход в гериатрии, когда имеет место высокая степень зависимости пожилого человека от социальной среды, а эффективность взаимодействия пожилой пациент – среда определяется как его физическим, так и психическим состоянием. Цель исследования – научно обосновать роль стационарзамещающих технологий (дневной стационар) в обеспечении качества жизни пожилых больных с артериальной гипертензией (АГ). В результате нами было выявлено, что: АГ приводила к снижению функциональной активности пациентов, физической работоспособности, что приводило в конечном итоге к снижению КЖ у пожилых. Положительное воздействие стационарзамещающих технологий при ведении пожилых больных с АГ обусловлено положительным воздействием какого компонента технологий как мероприятия физической реабилитации. Ведение пациентов с АГ в дневном стационаре было более эффективно по сравнению с традиционным наблюдением участковым терапевтом, поскольку способствовало достоверному увеличению КЖ, а также таких параметров как физическая работоспособность, мобильность. В результате лечения и реабилитации в дневном стационаре наблюдалась положительная динамика уровня КЖ, при этом в случае с АГ происходило улучшение общего здоровья, ролевого функционирования RP, физического функционирования, жизнеспособности и социального функционирования, а также уменьшение степени и силы головных болей.

Ключевые слова: физическая реабилитация, сердечно-сосудистая система, артериальная гипертензия, пожилой возраст.

CLINICAL SOCIAL EFFECTS OF REHABILITATION OF PATIENTS WITH LEADING GERIATRIC SYNDROMES

Litvinov A.E.¹, Kriveckij V.V.²

¹Hospital for war invalids, Belgorod, Russia, e-mail: litv@mail.ru

²Medical Center "Generation", Belgorod, Russia, e-mail: e-mail: rrvrtsky@mail.ru

At present, the quality of life (QOL) is considered as the final integral indicator of the effectiveness of health care, because it includes not only indicators of physical health, but also mental and social well-being. This approach is especially important in geriatrics, where there is a high degree of dependence of the elderly person from the social environment, and the effectiveness of the interaction of an elderly patient - the environment is defined as its physical and mental state. The purpose of the study - a scientific foundation for the role of stationary ambulatory technology (outpatient) in ensuring the quality of life of elderly patients with arterial hypertension (AH). As a result, we have revealed that:- AG led to a decrease in the functional activity of the patients, physical performance, which led eventually to a decrease in quality of life in the elderly.- Positive impact of stationary ambulatory technologies in the management of elderly patients with hypertension due to the positive impact of technology as a component of physical rehabilitation activities.- The management of patients with hypertension in day care was more effective than the traditional district physician supervision, as promoted significant increase in quality of life, as well as parameters such as physical performance, mobility. As a result, treatment and rehabilitation in a day hospital there was a positive dynamics of the level of quality of life, while in the case of hypertension and improves the overall health, role functioning RP, physical functioning, vitality and social functioning, as well as the decrease in the degree and strength of headaches.

Key words: physical rehabilitation, cardiovascular system, hypertension, advanced age.

Введение. В настоящее время качество жизни (КЖ) рассматривается как конечный интегральный показатель эффективности медицинской помощи, поскольку включает в себя не только показатели физической работоспособности, но и психического, социального благополучия. Особенно актуален этот подход в гериатрии, когда имеет место высокая степень зависимости пожилого человека от социальной среды, а эффективность взаимодействия пожилой пациент – среда определяется как его физическим, так и психическим состоянием [3, 6].

Если брать спектр патологии, лечение и реабилитация в условиях дневного стационара и стационара на дому при которой особенно востребована в пожилом и старческом возрасте, то к ней следует отнести в первую очередь заболевания сердечно-сосудистой системы. У пожилых наибольшей медико-социальной значимостью обладают артериальные гипертензии (АГ) [11, 4]

Цель исследования – научно обосновать роль стационарзамещающих технологий (дневной стационар) в обеспечении качества жизни пожилых больных с АГ.

Материал и методы исследования. Проведено контролируемое исследование эффективности лечения и реабилитации в дневном стационаре 66 пожилых больных с АГ. Возраст пациентов составил от 60 до 74 лет (средний возраст - $65,8 \pm 3,7$ лет), в исследование вошло 30 мужчин и 36 женщин. Средняя продолжительность заболевания составила $15,2 \pm 2,6$ лет. Эти пациенты составили опытную группу.

В контрольную группу вошло 53 пожилых больных с АГ, которые получали терапию без госпитализации в дневной стационар у участковых терапевтов. Возраст пациентов составил от 60 до 74 лет (средний возраст - $63,2 \pm 3,9$ года), среди них 26 мужчин и 27 женщин. Средняя продолжительность заболевания составила $13,8 \pm 3,7$ лет. Эти пациенты составили опытную группу.

До начала мероприятий и после их окончания через 14 дней в обеих группах были определены показатели физической работоспособности (велоэргометрически). Проведено сравнение количества случаев и средней продолжительности одного случая ВН (для работающих пенсионеров) на протяжении 1 года до и после проведенных мероприятий.

Мероприятия в дневном стационаре, помимо традиционных антигипертензивных препаратов, включали в себя образовательные программы – занятия в "Школе больного артериальной гипертензией"; консультации психотерапевта и психолога; физическую реабилитацию, которая заключалась в занятиях на тредмиле, степпере, дозированной ходьбе.

Были рекомендованы велоэргометрические тренировки 3 раза в неделю по 30 минут в аэробном режиме с обучением выполнению в домашних условиях; проведена коррекция диеты с ограничением потребления соли, жидкости, увеличением потреблением продуктов, богатым калием.

Назначались также физиотерапевтические мероприятия – воздействие на область почек с целью активации депрессорных систем регуляции артериального давления, воротниковой зоны для улучшения церебрального кровотока, достижения прямого антигипертензивного эффекта.

Особенностью лечения в дневном стационаре было то, что пациентам давались рекомендации по ведению в домашних условиях: по проведению утренней гимнастики, упражнений в изометрическом режиме. Допускалась длительная интенсивная ходьба, продолжительность дистанции в среднем составляла 4,5 км, продолжительность ходьбы – 45 – 50 минут; бег трусцой – в среднем 1,5 км в течение 15 – 16 минут. Частота занятий составляла 4 – 5 раз в неделю. У всех пациентов для оценки КЖ проводили опрос по опроснику SF-36.

Результаты исследования и их обсуждение. Динамика состояния пожилых больных с АГ в опытной и контрольной группах представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика состояния пожилых больных с артериальной гипертензией при лечении в дневном стационаре

Показатель	Лечение у участкового терапевта		Лечение в дневном стационаре	
	до	после	до	После
Физическая работоспособность (кгм/мин)	651,2± 10,2	679,4± 9,7*	645,4± 13,4	710,6± 11,9*#
Количество случаев ВН	1,7±0,3	1,3±0,1*	1,6±0,2	0,7±0,1*#
Средняя продолжительность одного случая (дни)	9,3±1,1	9,4±1,7	9,1±1,2	5,9±1,3*#

* - $p < 0,05$ в динамике лечения;

- $p < 0,05$ между группами пациентов, лечившихся в дневном стационаре и у участкового терапевта.

Как видно из данных, представленных в табл. 1, в результате проводимых мероприятий, как в дневном стационаре, так и участковым терапевтом, имело место улучшение показателей ВН и физической работоспособности. Однако лечение в дневном стационаре способствовало достоверно большему приросту показателей физической работоспособности, а также улучшению медико-социальных показателей течения АГ в пожилом возрасте.

При АГ на фоне ухудшения течения заболевания до направления в дневной стационар имели место следующие закономерности динамики показателей КЖ (рис. 1).

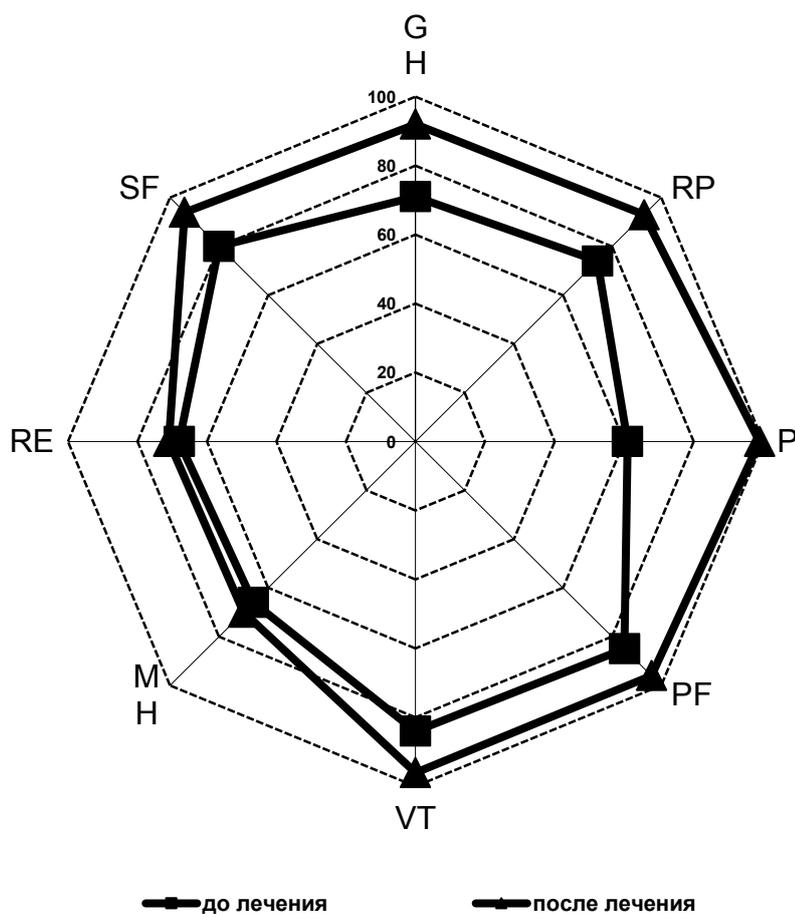


Рисунок 1. Динамика качества жизни пожилых больных с артериальной гипертензией при лечении в дневном стационаре.

Отмечено снижение показателей по шкалам GH (общего здоровья) на $29,3 \pm 2,9$ баллов, ролевого функционирования (RP) – на $26,5 \pm 4,2$ баллов, боли (P) – на $39,4 \pm 4,2$ баллов, физического функционирования (PF) – на $15,5 \pm 3,1$ баллов, жизнеспособности (VT) – на $16,9 \pm 4,5$ баллов, психологического здоровья (MH) – на $34,9 \pm 4,1$ баллов, ролевого эмоционального функционирования (RE) – на $32,1 \pm 3,5$ баллов и социального функционирования (SF) – на $20,9 \pm 2,3$ баллов.

После окончания лечения отмечалась стабилизация состояния, однако измененными оставались показатели по шкалам (MH) психологического здоровья и (RE) ролевого эмоционального функционирования. По остальным шкалам - GH (общего здоровья), ролевого функционирования (RP), боли (P), физического

функционирования (PF), жизнеспособности (VT) и социального функционирования (SF) – наблюдалось достоверное улучшение ($p < 0,05$).

Старение является противоречивым процессом, так как на фоне регрессивных процессов перестройки - атрофии, дегенерации и пр. - развиваются прогрессивные тенденции формирования новых компенсаторно-приспособительных механизмов, направленных на поддержание гомеостаза стареющего организма, - механизмы витаукта, что, однако, полностью не компенсирует нарастающих явлений дегенерации. Следует отметить, что адаптационные возможности стареющего организма снижены, вероятность развития различных заболеваний выше. В связи с этим, особенно важна в случае развития заболеваний у пожилых и старых пациентов роль саногенетических механизмов, их стимуляция и поддержание [1, 7, 8].

Большое значение в активации компенсаторно-приспособительных механизмов имеют мероприятия физической реабилитации. Мероприятия физической реабилитации ориентированы на процессы, протекающие параллельно с повреждением, носящие защитно-компенсаторный характер и получившие название саногенетических. В настоящее время саногенез рассматривается как динамичный комплекс защитно-приспособительных процессов, возникающих при воздействии на организм различных раздражителей, развивающийся на всем протяжении болезни (от состояния предболезни до выздоровления) и направленный на восстановление нарушенной саморегуляции организма. Учение о саногенезе является морфофункциональной основой медицинских мероприятий по профилактике инвалидности [2, 14].

Саногенез разделяется на первичный и вторичный. Первичный является адаптационным и характерен для здорового организма, который попадает в неблагоприятные условия, а также развивается при воздействии на него сильных повреждающих раздражителей (травма, инфекция) и направлен на восстановление гомеостаза. Вторичный саногенез характерен для больных с хронической патологией и инвалидов. Он направлен на локализацию патологического процесса и компенсацию нарушенных функций [5, 13].

Саногенез является многоуровневым и многоэтапным процессом. Он протекает на клеточном (например, апоптоз и регенерация клеточных популяций, замещение дефекта соединительной ткани), органном (викарные гипертрофии начальных стадий; формирование коллатерального кровообращения), организменном (перестройка

эндокринных процессов при парциальном их выпадении), системном (применение технических средств реабилитации) уровнях [9].

Эти изменения развиваются в три этапа. Первый – на ранних стадиях хронического заболевания или в период предболезни при острой патологии активируются неспецифический иммунитет, компенсаторные реакции, разворачиваются защитные силы организма.

Второй: в период выраженных проявлений острого заболевания, обострения хронического происходит разворачивание восстановительных и компенсаторных процессов.

Третий: во время стабилизации течения хронической патологии имеет место закрепление компенсации, активация регенерации, реституция ослабленных функций, а при острой патологии – полное или неполное выздоровление.

К основным механизмам саногенеза относят компенсацию как тип адаптационных реакций организма на повреждение, выражающихся в том, что органы и системы, непосредственно не пострадавшие от действия повреждающего агента, берут на себя функцию поврежденных структур путем заместительной гиперфункции или качественно новой функцией; реституцию и ее разновидность регенерацию – восстановление тех структур организма, которые были утрачены в результате патологического процесса; иммунитет [10, 12].

Таким образом, морфофункциональной основой воздействия на организм мероприятий физической реабилитации является саногенез. В этом заключается одно из их основных отличий от лечения, которое в основном направлено на этиопатогенез заболевания. Кроме того, лечение ориентировано преимущественно на организм пациента, взаимодействие микро- и макроорганизма, прерывание цепи патологических процессов. При профилактике подход более широкий. Он вытекает из учения о саногенезе. Для формирования функциональной системы, компенсирующей тот или иной дефект, в процессе реализации профилактических программ необходимо выполнение следующих принципов: сигнализация дефекта, мобилизация запасных компенсаторных механизмов, обратная афферентация, санкционирующая афферентация, формирование относительной неустойчивости скомпенсированной функции.

Выводы:

1. АГ приводила к снижению функциональной активности пациентов, физической работоспособности, что приводило в конечном итоге к снижению КЖ у пожилых.

2. Положительное воздействие стационарзамещающих технологий при ведении пожилых больных с АГ обусловлено положительным воздействием какого компонента технологий как мероприятия физической реабилитации.

3. Ведение пациентов с АГ в дневном стационаре было более эффективно по сравнению с традиционным наблюдением участковым терапевтом, поскольку способствовало достоверному увеличению КЖ, а также таких параметров как физическая работоспособность, мобильность. В результате лечения и реабилитации в дневном стационаре наблюдалась положительная динамика уровня КЖ, при этом в случае с АГ происходило улучшение общего здоровья, ролевого функционирования RP, физического функционирования, жизнеспособности и социального функционирования, а также уменьшение степени и силы головных болей.

Список литературы.

1. Григорьева В.Н. Методология оценки эффективности реабилитации неврологических больных / В.Н. Григорьева, А.Н. Белова, А.В. Густов // Журнал неврологии и психиатрии. – 1997. – № 12. – С. 95 – 99.
2. Чайковский В.М. Оптимизация деятельности поликлинических отделений реабилитации в условиях постарения населения Украины: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Киев, 1996.
3. Ades P.A. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction / P.A. Ades, F.J. Pashkow, J.R. Nestor // J.Cardiopulm. Rehabil. – 1997. - Vol. 4 – № 17. – P. 222 – 231.
4. Brennan A. Efficacy of cardiac rehabilitation. 1. A critique of the research / A. Brennan // Br. J. Nurs. – 1997. - Vol. 12 – № 6. – P. 697 – 702.
5. Brown M., Gordon W., Diler Z. Rehabilitation indicators / Functional assesement in rehabilitation; [eds. Halpern A., Furrer M]. – Baltimore: Brooks, 1984. – P. 205 – 221.
6. Carey R.G. Program evaluation of a physical medicine and rehabilitation unit: a new approach / R.G. Carey, E.I. Posavac // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1978. – № 59. – P. 330 – 337.

7. Chan M.L. The role of occupational therapy in rheumatoid arthritis management / M.L. Chan // *Ann.Acad.Med.Singapore*. – 1998. - Vol. 1, № 27. – P. 120 – 121.
8. Clark M.S. Factors contributing to patient satisfaction with rehabilitation following stroke / M.S. Clark, D.S. Smith // *Int.T.Rehabil.Res.* – 1998. - Vol. 2, № 21. – P. 143 – 154.
9. Clarke A.K. Effectiveness of rehabilitation in arthritis / A.K. Clarke // *Clin. Rehab.* – 1991. – № 1.– P. 51 – 62.
10. Rijken P.M. Clinical experience of rehabilitation therapists with chronic diseases: a quantitative approach / P.M. Rijken, J. Dekker // *Clin.Rehabil.* – 1998. - Vol. 2, № 12. – P. 143 – 150.
11. Torgensen H.S. Acute stroke care and rehabilitation: on analysis of the direct cost and its clinical and social determinants. The Copenhagen Stroke Study / H.S. Torgensen, H. Nakayama, H.O. Raaschoi [et al.]. // *Stroke*. – 1997. - Vol. 6, № 28. – P. 1138 – 1141.
12. Roseler S. Effektevaluation eines ambulanten nach-stationären Rehabilitationsprogramms / S. Roseler, F. Schwartz, M. Karoff // *Gesundheitswesen.* – 1997. - Vol. 4, № 59. – P. 236 – 241.
13. Rosomoff H.L. Quality outcomes in rehabilitation 12th World Congress IFPRM: book of abstracts. – Sydney, 1995. – 31 p.
14. Rukholm E. Measuring quality of life in cardiac rehabilitation clients / E. Rukholm, M. McGirr, T. Potts // *Int.J.Nurs.Stud.* – 1998. - Vol. 4, № 35. – P. 210 – 216.

References.

1. Grigor'eva V.N., Belova A.N., Gustov A.V *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*. 1997, no 12, pp. 95 – 99.
2. Chajkovskij V.M. Optimizacija dejatel'nosti poliklinicheskikh otdelenij reabilitacii v uslovijah postarenija naselenija Ukrainy: *Avtoref. diss. kand. med. nauk.* – Kiev, 1996.
3. Ades P.A., Pashkow F.J., Nestor J.R. *J.Cardiopulm. Rehabil.* 1997, Vol. 4, no 17, pp. 222 – 231.
4. Brennan A. *Br. J. Nurs.* 1997, Vol. 12 , no 6, pp. 697 – 702.
5. Brown M., Gordon W., Diler Z. *Rehabilitation indicators*. Baltimore: Brooks, 1984. 205 – 221 pp.
6. Carey R.G., Posavac E.I. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1978, no 59, pp. 330 – 337.
7. Chan M.L. *Ann.Acad.Med.Singapore*. 1998, Vol. 1, no 27, pp. 120 – 121.
8. Clark M.S., Smith D.S. *Int.T.Rehabil.Res.* 1998, Vol. 2, no 21, pp. 143 – 154.

9. Clarke A.K. *Clin. Rehab.* 1991, no 1, pp. 51 – 62.
10. Rijken P.M., Dekker J. *Clin.Rehabil.* 1998, Vol. 2, no 12, pp. 143 – 150.
11. Torgensen H.S., Nakayama H., Raaschoi H.O., Olsen T.S. *Stroke.* 1997, Vol. 6, no 28, pp. 1138 – 1141.
12. Roseler S., Schwartz F., Karoff M. *Gesundheitswesen.* 1997, Vol. 4, no 59, pp. 236 – 241.
13. Rosomoff H.L. Quality outcomes in rehabilitation 12th World Congress IFPRM: book of abstracts. Sydney, 1995. 31 p.
14. Rukholm E., McGirr M., Potts T. *Int.J.Nurs.Stud.* 1998, Vol. 4, no 35, pp 210 – 216