

## КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

УДК 613.98:616.3

### МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ДЕБЮТОМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

**Жернакова Н.И.<sup>1</sup>, Зезюлин П.Н.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия, e-mail: zhernakova@bsu.edu.ru

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

---

Среди всех пациентов, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), доля лиц в возрасте старше 60 лет составляет не менее 15-25%. Несмотря на успехи в ее лечении, ЯБДК по-прежнему распространена в пожилом и старческом возрасте. Цель исследования - обосновать принципы и тактику применения методов медицинской реабилитации ЯБДК с дебютом в пожилом возрасте, изучить ее медико-социальную эффективность. Нами было изучено 234 случая оказания помощи работающим пенсионерам в возрасте 61-65 лет, страдающих ЯБДК, которая впервые диагностирована в пожилом возрасте. В результате нами было выяснено, что методы медицинской реабилитации обладают немаловажным значением в тактике ведения пожилых пациентов с ЯБДК. Содержание немедикаментозных программ при ЯБДК подчинены концепции этапности: в поликлинике проводятся перманентные в ходе долговременного динамического наблюдения базисные мероприятия (базисный этап); в стационаре немедикаментозные методы направлены на поддержание и восстановление достигнутого ранее уровня физической работоспособности и качества жизни (поддерживающий этап); в санатории осуществляется консолидация ремиссии и укрепление неспецифической резистентности организма (консолидирующий этап). Немедикаментозные мероприятия, проводимые по трехэтапной схеме, обладают большей медико-социальной эффективностью по сравнению с одноэтапными.

---

**Ключевые слова:** язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, медицинская реабилитация, этапное лечение.

### MEDICAL REHABILITATION OF DUODENAL ULCER WITH A DEBUT IN THE ELDERLY

**Zhernakova N.I.<sup>1</sup>, Zezyulin P.N.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>FGAOU VPO "Belgorod State University", Belgorod, Russia, e-mail: zhernakova@bsu.edu.ru

<sup>2</sup>Sankt-Petersburgky Institute of Bioregulation and Gerontology, St. Petersburg, Russia, e-mail: zezulin@inbox.ru

---

**Among all patients with duodenal ulcer (DU), the proportion of people aged over 60 years is not less than 15-25%. Despite advances in its treatment, DU is still common in the elderly and senile age. The purpose of research - to justify the principles and tactics of applying the methods of medical rehabilitation with the debut of DU in the elderly, study its medical and social efficiency. We studied 234 cases of assistance to working pensioners aged 61-65 years with DU, which was first diagnosed in the elderly. As a result, we have found that the methods of medical rehabilitation have important value in the tactics of elderly patients with PUD. The content of non-drug programs at DU are subject to phasing concept: in the clinic held at the permanent long-term dynamic monitoring the basic activities (basic stage); hospital non-drug methods aimed at maintaining and restoring previously achieved level of physical performance and quality of life (supporting stage); carried out in a sanatorium remission consolidation and strengthening of non-specific resistance (consolidating phase). Non-pharmacological activities carried out by a three-stage scheme, have more medical and social efficiency in comparison with the one-step.**

---

**Key words:** duodenal ulcer, medical rehabilitation, staged treatment.

**Введение.** Несмотря на успехи в лечении язвенной болезни, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) по-прежнему распространена в пожилом и старческом возрасте. Среди всех пациентов, страдающих ЯБДК, доля лиц в возрасте старше 60 лет составляет не менее 15-25% [4, 7]. К развитию заболевания именно в этом возрастном периоде предрасполагает ряд факторов, как локальных, так и общих, которые хорошо изучены и представлены в литературе [1, 5, 6]. В то же время, если проблема лекарственного ведения пациентов с ЯБДК широко обсуждается, то применение немедикаментозных методов, имеющих как местное, так и общесаногенное влияние, следует систематизировать, выработать принципы их назначения в поликлиниках, стационарах и санаториях.

**Цель исследования** - обосновать принципы и тактику применения методов медицинской реабилитации ЯБДК с дебютом в пожилом возрасте, изучить ее медико-социальную эффективность.

**Материал и методы.** Изучено 234 случая оказания помощи работающим пенсионерам в возрасте 61-65 лет (средний возраст 63,2 года), страдающих ЯБДК, которая впервые диагностирована в пожилом возрасте. Диагноз подтвержден инструментальными методами исследования. В 13,5% случаев это был рентгенологический метод, при этом выявлялся язвенный дефект слизистой оболочки. У 87,5% пациентов в программу диагностики включали эзофагогастродуоденоскопию; эндоскопическая картина в период обострения заключалась в наличии язвенного дефекта (средние размеры  $0,97 \pm 0,02$  см), выраженного инфильтративного вала на фоне воспаленной, гиперемированной слизистой оболочки с множественными мелкими

кровоизлияниями, рефлюкс-синдромом. В биоптатах отсутствовали признаки ракового перерождения, тест на наличие *Helicobacter pylori* был положительным. Все случаи были неосложненными.

Для оценки медико-социальной эффективности применения немедикаментозных методов по разработанному нами этапному принципу проведено сравнительное ретроспективное исследование, в процессе которого сформировано две группы работающих пенсионеров с ЯБДК. Первая группа (n=120) прошла реабилитационные мероприятия на поликлиническом этапе на протяжении 9 месяцев. Среднее количество курсов было  $2,4 \pm 0,2$ , в период между ними были рекомендованы немедикаментозные методы для выполнения их в домашних условиях (диетотерапия, элементы гидротерапии, кинезотерапевтические мероприятия и пр.). Второй группе (n=114) были рекомендованы немедикаментозные мероприятия по трехэтапной схеме согласно разработанных принципов. На протяжении 9 месяцев каждый из вошедших в группу пациентов получил  $1,8 \pm 0,4$  курса немедикаментозной терапии в поликлинике, 1 курс в санатории и стационаре. Группы больных сопоставимы по возрасту, социальному положению, клиническому состоянию, исходным медико-социальным показателям течения заболевания.

При обострении проводилось медикаментозное лечение ингибитором протонной помпы в стандартной дозе 2 раза в день+(кларитромицин 500 мг 2 раза в день+амоксциллин 1000 мг 2 раза в день) или+метронидазол 500 мг 2 раза в день. Пациенты применяли самостоятельно терапию по требованию, в случае неэффективности обращались к врачу.

При проведении исследования проводилось изучение структуры назначаемых немедикаментозных методов на этапах, методом экспертных оценок выявлены наиболее адекватные из них, разработаны оптимальные принципы их назначения в поликлинике-санатории-стационаре, проведено сравнение медико-социальных показателей течения заболевания до начала немедикаментозной терапии и после ее окончания на протяжении 1 года.

Математико-статистическая обработка данных выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Выявлено, что в плане назначения методов *кинезотерапии* в поликлинике на первый план выходит дозированная ходьба, которая является наиболее физиологичным видом лечебной физкультуры (ЛФК). Она

была рекомендована  $92,1 \pm 1,6\%$  пациентов. Лечебная гимнастика (ЛГ) занимает в структуре назначений вторые позиции, при этом ЛГ групповым методом была рекомендована  $84,3 \pm 2,1\%$  больных, а индивидуальные занятия проводились с  $21,5 \pm 2,7\%$  больных. Невысока интенсивность назначения тренировок с использованием тренажеров ( $12,1 \pm 2,9\%$ ), она могла бы быть выше при использовании специальных адаптированных препаратов. Следует констатировать, что такие виды ЛФК как механотерапия, тренировка профессионально-значимых функций (у работающих пенсионеров), плавание в бассейне на поликлиническом этапе не нашли широкого распространения-соответственно  $12,2 \pm 1,9\%$ ,  $15,2 \pm 2,1\%$  и  $15,0 \pm 2,0\%$ . На стационарном этапе распределение видов ЛФК имеет аналогичные тенденции. Здесь на первом месте находится ЛГ, назначаемая групповым ( $75,1 \pm 2,5\%$ ) и индивидуальными методами ( $52,2 \pm 2,9\%$ ), дозированная ходьба –  $47,3 \pm 2,9\%$ . Достоверно реже ( $p < 0,05$ ) по сравнению с поликлиническим этапом применялись механотерапия ( $1,2 \pm 0,6\%$ ), тренировка профессионально-значимых функций (у работающих пенсионеров) ( $7,0 \pm 1,5\%$ ), плавание в бассейне ( $7,1 \pm 1,5\%$ ). Терренкур был рекомендован, также как и на поликлиническом этапе, в  $2,2 \pm 0,8\%$  случаев. Особенностью санаторного этапа, и это также отличает его от поликлинического, является широкое вовлечение в реабилитационные программы таких видов кинезотерапии как терренкур ( $97,2 \pm 0,9\%$ ), плавание, в т.ч. в специально оборудованных для этой цели водоёмах ( $52,1 \pm 2,8\%$ ). Кроме того, в санатории достоверно чаще по сравнению с двумя другими этапами ( $p < 0,05$ ) были рекомендованы ЛГ групповым методом ( $91,4 \pm 1,6\%$ ), дозированная ходьба ( $97,2 \pm 0,9\%$ ). С другой стороны, частота назначения механотерапии, видов ЛФК с целью тренировки профессионально-значимых функций (у работающих пенсионеров) в санатории достоверно меньшая, соответственно,  $2,1 \pm 0,8\%$  и  $1,3 \pm 0,6\%$ ,  $p < 0,05$ . На всех этапах были рекомендованы упражнения, которые способствовали тренировке диафрагмального дыхания ( $87,9\%$  случаев), осуществлялось проведение динамичных дыхательных упражнений ( $95,5\%$ ), общеукрепляющих упражнений для всех мышечных групп без элементов напряжения. Патогенетический смысл назначения указанных методов кинезотерапии заключался в общих и местных, локальных эффектах. Общие эффекты были направлены на восстановление и нормализацию функций центральной нервной системы, оптимизацию вегетативного статуса, формированию адаптации к физическим нагрузкам в быту, улучшение их переносимости. Локальные воздействия

направлены на нормализацию трофических процессов в слизистой оболочке, а также моторной, секреторной функций, ликвидацию застойных явлений в брюшной полости.

К основным видам *психотерапии*, применяющимся на этапах поликлиника-стационар-санаторий, относят рациональную психотерапию, групповые методы психотерапевтического воздействия, гипноз, индивидуальную психотерапию, релаксирующие методики и пр. Следует подчеркнуть, что у больных пожилого и старческого возраста использование психотерапевтических методик имеет свои сложности и особенности. Это обусловлено тем, что возрастная адаптация протекает индивидуально. Мы изучили особенности применения психотерапевтических методов на отдельных этапах организации помощи. Так, на поликлиническом этапе 99,5±0,4% больным назначались методы рациональной психотерапии; релаксирующие методики – 23,4±2,4%; групповая психотерапия–17,3±2,2%. Интенсивность назначения других видов психотерапевтического воздействия была значительно меньшей. В санаторных условиях отмечалась аналогичная закономерность: рациональная психотерапия назначалась 99,3±0,5% больным и проводилась лечащими врачами; релаксирующие методики–21,4±2,3%, методы групповой психотерапии были рекомендованы в 24,1±2,4% случаев. Подобные тенденции наблюдались и на стационарном этапе: рациональная психотерапия присутствовала в 99,8±0,3% реабилитационных программах, релаксирующие методики имели место в 20,7±2,3% случаев; групповая психотерапия–18,4±2,2%. Достоверной разности в частоте назначения видов психотерапии на организационных этапах МР не выявлено,  $p > 0,05$ . Обсуждая значение психотерапии следует заметить, что в пожилом возрасте происходит обострение черт так называемой "язвенной личности" что является значимым для формирования психопатологических синдромов, таких как обсессивно-фобического (до 40% случаев), эмоционально-лабильного расстройства (25%), которые представляют собой мощные факторы развития обострения ЯБДК [4, 5].

Мероприятия *аппаратной физиотерапии* традиционно составляют немаловажную часть лечебных и реабилитационных программ. Вместе с тем надо заметить, что виды физиолечения, продолжительность и количество процедур имеют определенные отличия на этапах организации медицинской помощи. На поликлиническом этапе наибольшее распространение получили магнитотерапия (32,3±2,7%), гальванизация и лекарственный электрофорез (27,1±2,6%), светолечение (21,9±2,4%). Важными компонентами физиотерапевтических мероприятий являются

также массаж ( $19,2 \pm 2,3\%$ ), ультразвуковая терапия ( $17,4 \pm 2,2\%$ ), импульсные токи высокой частоты ( $15,1 \pm 2,1\%$ ). В стационаре магнитотерапия была назначена в  $32,2 \pm 2,7\%$  случаев, этот метод является одним из основных. Были назначены также мероприятия светолечения, что не имеет достоверных отличий от поликлинического этапа,  $p > 0,05$ . Так же как и в поликлинике ( $p > 0,05$ ) высока частота назначения гальванизации и лекарственного электрофореза ( $25,1 \pm 2,5\%$ ), ультразвуковой терапии ( $18,3 \pm 2,2\%$ ). Особенностью назначения видов физиолечения в санатории было достоверное преобладание назначения массажа по сравнению с другими этапами организации помощи ( $29,3 \pm 2,6\%$ ),  $p < 0,05$ . В связи с проведением гелиотерапии, климатотерапии в санатории значительно реже ( $12,4 \pm 1,9\%$  больных) были рекомендованы методы светолечения,  $p < 0,05$ . Высока интенсивность назначения импульсных токов высокой частоты ( $27,3 \pm 2,5\%$ ), гальванизации и лекарственного электрофореза ( $31,4 \pm 2,6\%$ ). Физиотерапевтическое вмешательство направлено на нормализацию деятельности центральной нервной системы (магнитотерапия области воротниковой зоны, электросон, франклинизация и пр.), нормализацию моторной и секреторной деятельности пищеварительного тракта (например, гальванизация и лекарственный электрофорез), стимуляцию трофических процессов в слизистой, формирование общей саногенетической реакции. Вместе с тем, необходимо отметить, что назначение аппаратной физиотерапии следует производить весьма аккуратно, поскольку нерациональные схемы могут привести к срыву адаптационных процессов, развитию обострения или затяжное его течение.

Саногенные и адаптивные эффекты *иглорефлексотерапии* (ИРТ) заключаются в том, что на местном, сегментарном и надсегментарном уровнях развиваются рефлекторные нейрогуморальные ответы, которые захватывают гипоталамо-гипофизарную систему, систему эндогенной регуляции боли. Происходит стимулирование образования эндокефалинов и других субстанций, обеспечивающих переход организма на более выгодные пути поддержания энергетического гомеостаза. Метод ИРТ назначался на этапах с приблизительно равной частотой – в поликлинике  $37,2 \pm 2,8\%$ , санатории –  $41,4 \pm 2,7\%$ , стационарных условиях  $35,3 \pm 2,7\%$  больных. Количество процедур ИРТ, также на всех трех этапах, колеблется то 5 до 10. Так, от 5 до 10 процедур в поликлинике было назначено  $95,1 \pm 1,2\%$  больных; в санатории  $92,3 \pm 1,5\%$  и на стационарном этапе –  $97,9 \pm 0,8\%$ , достоверной разности показателей не выявлено,  $p > 0,05$ . Незначительное количество пациентов получало ИРТ с меньшим

количеством процедур: в поликлинике до 5 процедур –  $2,0 \pm 0,8\%$ , санатории –  $3,4 \pm 1,0\%$  и в стационаре –  $1,9 \pm 0,8\%$ , без достоверной разности показателей,  $p > 0,05$ . Также небольшое количество реабилитируемых больных получало от 11 до 15 процедур: в поликлиническом отделении МР  $2,9 \pm 0,9\%$ , санаторном –  $4,3 \pm 1,2\%$  и стационарном  $0,2\%$ . Свыше 16 процедур ИРТ не назначалось ни на одном из этапов. Таким образом получается, что по интенсивности охвата методом и количеству рекомендуемых процедур поликлинический, стационарный и санаторный этапы МР не имеют достоверных различий между собой.

Важнейшее место в реабилитационных программах санатория занимает использование *природных факторов*, и прежде всего климатотерапия. Из видов климатотерапии активно назначается аэрофитотерапия – в  $87,5 \pm 2,9\%$  случаев, аэроионотерапия – в  $24,3 \pm 2,4\%$ , аэротерапия – в  $17,2 \pm 2,1\%$  случаев. Гелиотерапия рекомендована в  $87,7 \pm 1,9\%$  изученных технологий. Бальнеотерапия как метод восстановления нарушенных функций организма минеральными водами, как при наружном, так и при внутреннем их применении, была назначена в  $86,2 \pm 2,8\%$  изученных технологий на санаторном этапе. Грязелечение – применение с целью восстановления нарушенных функций лечебных грязей (пелоидов), назначалось в  $41,4 \pm 2,8\%$  случаев, в основном на санаторном этапе организации помощи. Назначение этих методов имеет важное общесаногенное и психотерапевтическое значение.

При изучении медико-социальной эффективности поэтапного применения немедикаментозных методов выявлено, что по окончании немедикаментозных реабилитационных мероприятий в обеих группах пациентов имеет место достоверная положительная динамика показателей, причем в группе трехэтапной реабилитации она по всем пяти показателям выражена в большей степени,  $p < 0,05$  (табл. 1).

Поликлинический этап является центральным в плане применения немедикаментозных методов при ЯБДК в пожилом возрасте, где проводятся "базисные" мероприятия. И действительно, согласно полученных нами данных по количеству видов ЛФК, он носит промежуточный характер между стационаром и санаторием. На стационарном этапе, где назначаются "поддерживающие" немедикаментозные методы, происходит восстановление достигнутого на поликлиническом и санаторном этапах уровня физической работоспособности и качества жизни. Соответственно, нагрузки здесь небольшие, носят щадящий характер, они наименьшие среди других этапов по продолжительности, разнообразию

применяемых методов, количеству процедур. Этот подход коренным образом отличается от методологии немедикаментозной терапии (реабилитации) при острой патологии, которая заключается в том, что стационарный этап является инициальным в цепочке немедикаментозных реабилитационных мероприятий, направлен на активацию пациента после перенесенного острого заболевания.

Таблица 1.

Динамика медико-социальных показателей течения ЯБДК под влиянием  
 одно - и трехэтапных немедикаментозных мероприятий

Медико-социальные показатели Течения заболеваний	До реабилитации		После реабилитации	
	Одноэтапная схема	Трехэтапная схема	Одноэтапная схема	Трехэтапная схема
Количество обострений	2,35 ±0,02	2,31 ±0,03	2,01 ±0,02*	1,83 ±0,01*,**
Количество госпитализаций	0,97 ±0,04	0,96 ±0,05	0,56 ±0,01*	0,44 ±0,01*,**
Количество обострений с временной нетрудоспособностью (ВН#)	1,66 ±0,2	1,67 ±0,3	1,29 ±0,02*	0,93 ±0,03*,**
Количество обращений в поликлинику	2,3 ±0,02	2,4 ±0,04	1,98* ±0,03	1,97* ±0,02
Средняя продолжительность 1 случая ВН#	12,3 ±0,28	12,4 ±0,25	10,2* ±0,24	9,9* ±0,17

Примечания:

# - показатели рассчитаны для работающих пенсионеров

\* -  $p < 0,05$  по сравнению с исходными показателями

\*\* -  $p < 0,05$  между группами

Диаметрально противоположными характеристиками обладает санаторный этап. Он направлен на поддержание ремиссии, укрепление неспецифической резистентности организма пожилого человека. Это достигается посредством достаточно интенсивных физических тренировок, которые по продолжительности, разнообразию используемых методов и количеству процедур превосходят поликлинический и стационарный этапы [3, 2].

**Заключение.** Методы медицинской реабилитации обладают немаловажным значением в тактике ведения пожилых пациентов с ЯБДК, характеризуются широким спектром мероприятий, влияющих на различные этапы патогенеза и саногенеза заболевания, а также сопутствующей патологии. Содержание немедикаментозных программ при ЯБДК подчинены концепции этапности: в поликлинике проводятся перманентные в ходе долговременного динамического наблюдения базисные мероприятия (базисный этап); в стационаре немедикаментозные методы направлены на поддержание и восстановление достигнутого ранее уровня физической работоспособности и качества жизни (поддерживающий этап); в санатории осуществляется консолидация ремиссии и укрепление неспецифической резистентности организма (консолидирующий этап). Немедикаментозные мероприятия, проводимые по трехэтапной схеме, обладают большей медико-социальной эффективностью по сравнению с одноэтапными.

#### Список литературы.

1. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии. М.: Медицина; 1997. 123 с.
2. Ильницкий А.Н. О этапности в медицинской реабилитации больных терапевтического профиля / А.Н. Ильницкий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. - № 2. – Р. 36 - 38.
3. Ильницкий А.Н. Медицинская реабилитация больных терапевтического профиля в местном санатории / А.Н. Ильницкий // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2003. - № 4. – Р. 41 - 43.
4. Коркушко О.В., Чеботарев Д.Ф., Калиновская Е.Г. Гериатрия в терапевтической практике. Киев: Здоровья; 1993. 48 с.
5. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т., т. 4; [под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева]. М: Медицина; 2003. 211 с.

6. Armstrong D. Practice audit in Gastroenterology program: a novel approach to continue professional development / D. Armstrong, R. Hollingworth, T. Gardiner // *Can. J. Gastr.* - 2006. – Vol. 20, № 6. – P. 405 – 410.
7. Sobhani I. Gastric and duodenal ulcers / I. Sobhani // *Gastritis Rev. Pract.* - 2006. – Vol. 56, № 7. – P. 795 – 801.

#### References.

1. Grigor'ev P.Ja., Jakovenko A.V. *Spravochnoe rukovodstvo po gastrojenterologii* [Reference Manual of Gastroenterology]. M.: Medicina, 1997. 123 p.
2. Il'nickij A.N. *Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny*. 2002, no. 2, pp. 36 - 38.
3. Il'nickij A.N. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoj fizicheskoj kul'tury*. 2003, no. 4, pp. 41 - 43.
4. Korkushko O.V., Chebotarev D.F., Kalinovskaja E.G. *Geriatrija v terapevticheskoj praktike* [Geriatrics in medical therapy]. Kiev: Zdorov'ja; 1993. 48 p.
5. Jarygina V.N., Melent'eva A.S. *Rukovodstvo po gerontologii i geriatrii: V 4 t., T. 4* [Guidelines for Gerontology and Geriatrics: In 4 t., V. 4]. M: Medicina; 2003. 211 p.
6. Armstrong D., Hollingworth R., Gardiner T. *Can. J. Gastr.* 2006, Vol. 20, no. 6, pp. 405 – 410.
7. Sobhani I. *Gastritis Rev. Pract.* 2006, Vol. 56, no. 7, pp. 795 – 801.