

Инновационные технологии в медицинской реабилитации больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

О.Н. Минушкин, Г.А. Елизаветина, Н.В. Анисимова, С.В. Ефремова
ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ

С современной позиции рассматриваются задачи каждого этапа (стационар – реабилитационный центр – санаторий – поликлиника) восстановительного лечения больных с хронической патологией органов пищеварения с помощью диетических, медикаментозных, физических мероприятий.

Подчеркивается роль природных и преформированных физических факторов в реабилитации гастроэнтерологических больных. С применением современного инструментального контроля дается оценка новых методов воздействия на организм больного в условиях санатория: магнитотерапии, лазерного излучения при дисфункциональных расстройствах билиарного тракта, общей воздушной криотерапии у больных с метаболическим синдромом.

Ключевые слова: реабилитация больных, болезни желудочно-кишечного тракта, диета, магнитотерапия, лазерная терапия, криотерапия.

The authors present a modern view at the goals of each stage (hospital – rehabilitation center – sanatorium – polyclinic) of the restorative treatment of patients with chronic pathologies of the abdominal organs. During this treatment patients were prescribed diet, pharmaceutical preparations and physical measures.

The role of natural and preformed physical factors in the rehabilitation of gastroenterological patients is underlined. A modern instrumental monitoring allows to assess effects of new technologies at the patient's organism during their sanatorium treatment: magnet therapy and laser therapy in patients with dysfunctional disorders of biliary tract, general air criotherapy in patients with metabolic syndrome.

Key words: rehabilitaiton, gastro-intestinal pathology, diet, magnet- and laser criotherapy.

Согласно определению ВОЗ, медицинская реабилитация – это восстановление здоровья пострадавшего в результате болезни или несчастного случая до возможного оптимума в физическом, духовном и профессиональном отношениях.

Реабилитация больных с хронической патологией органов пищеварения заключается в восстановлении утраченных функциональных и психологических способностей больного, развитии компенсаторных механизмов путем диетических, медикаментозных, физических и психотерапевтических мероприятий.

Реабилитационные мероприятия являются частью проводимой терапии и поэтому разграничение лечения и реабилитации патофизиологически не обосновано и методически неправильно, в связи с этим в гастроэнтерологии вместо «реабилитация» чаще применяется термин «восстановительное лечение».

В системе Главного медицинского управления восстановительное лечение осуществляется этапно: в стационаре, в реабилитационном центре, санатории и поликлинике. Эффективность восстановительного лечения должна обеспечиваться следующими условиями: ранним началом (с первого дня заболевания или обострения при хроническом течении), комплексностью и непрерывностью мероприятий, преемственностью, унифицированными методическими подходами в осуществлении реабилитационных программ на всех этапах.

Каждый этап реабилитации имеет свои конкретные задачи.

Медикаментозная терапия наиболее активно применяется на стационарном этапе, в реабилитационном центре она отходит на второй план, а в условиях санатория и поликлиники становится вспомогательной при проведении методов физической реабилитации.

Диетологи стационара – санатория – поликлиники помогают больному научиться правильно питаться. Постепенно расширяемые пищевые рационы обеспечивают тренирующий эффект.

Основными требованиями к диетотерапии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются:

- Контроль энергетической ценности рациона, количества и качественного состава белков, жиров, углеводов, пищевых волокон, содержания витаминов, макро- и микроэлементов, соответствующих индивидуальным потребностям больных с учетом нарушенных процессов пищеварения.
- На всех этапах лечения (стационарном, санаторном, амбулаторном) диетотерапия должна быть дифференцированной в зависимости от характера, тяжести течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующей патологии.
- Должна осуществляться индивидуализация диетотерапии с учетом энергетических и пластических потребностей организма, особенностей пищевого и метаболического статуса больных.
- Должны быть оптимизированы химический состав и энергетическая ценность диеты за

счет включения в рацион диетических пищевых продуктов, смесей для энтерального питания и биологически активных добавок к пище.

В соответствии с приказом Минздрава РФ №330 от 05.08.2003 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях РФ» была введена новая номенклатура диет, которая строится по метаболическому принципу и объединяет ранее применявшиеся 15 диет номерной системы.

В соответствии с этим приказом ранее применявшиеся диеты номерной системы (диеты №1-15) объединяются и включаются в систему стандартных диет, которые назначаются в зависимости от степени тяжести комплекса болезней или осложнений со стороны различных органов и систем. Это имеет прямое практическое значение, так как больной, как правило, страдает не одной болезнью. Наряду с основной стандартной диетой, применяющейся при заболеваниях ЖКТ в ремиссии, выделены еще 4 варианта диетического питания:

- вариант механически и химически щадящей диеты (при болезнях ЖКТ в фазе обострения);
- высококалорийный вариант диеты (с повышенным количеством белка) при синдроме нарушенного всасывания;
- вариант низкокалорийной диеты (применяется при болезнях ЖКТ у лиц с сопутствующей избыточной массой тела);
- специальные диеты (при глютеинчувствительной целиакии, сахарном диабете и др.).

Однако в целом ряде стационаров, санаториев по-прежнему сохраняется номерная система диет, что нарушает преемственность.

На всех этапах восстановительного лечения врачи ЛФК дают рекомендации по поддержке физической работоспособности больного. Физический аспект реабилитации предусматривает обоснованный выбор и применение индивидуального режима движения. Физические упражнения способствуют активации трофической функции вегетативной нервной системы, усилению кровообращения в органах брюшной полости, улучшают вентиляцию легких. Особенно важен двигательный режим у пожилых людей при сопутствующей ишемической болезни сердца. Пожилые люди, несмотря на обострение заболеваний ЖКТ, должны соблюдать относительно активный режим в период пребывания в стационаре, так как снижение физической активности в таком возрасте отрицательно сказывается на их общем состоянии.

Большую роль в реабилитации гастроэнтерологических больных отводят природным и преформированным физическим факторам. Рациональное сочетание медикаментозной терапии и

физических факторов повышает эффективность лечения.

Более высокая эффективность физических факторов достигается в санаториях, так как здесь организм больного подвергается комплексному воздействию (климат, ландшафт, отдых, отключение от обычной бытовой и производственной обстановки).

Задачами санаторного этапа реабилитации являются:

- продолжить преемственность со стационаром в восстановлении нарушенных функций органов пищеварения;
- стабилизировать клиническую ситуацию;
- уменьшить дозу получаемых лекарственных препаратов.

В наш век доказательной медицины одним из важных условий восстановительного лечения является применение методов инструментального контроля. Так как на санаторном этапе реабилитации появляются новые методы воздействия на организм больного, то наша задача заключается в том, чтобы оценить их эффективность при той или иной патологии органов пищеварения.

Так, в текущем году в санатории «Подмосковье» Н.В. Анисимова оценила клиническую эффективность и переносимость лазеро- и магнитотерапии у больных с функциональными расстройствами билиарной системы. В санатории «Подмосковье» билиарная патология (по отчетам за последние 3 года) составляет 30%. Основная цель лечения больных с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта состоит в восстановлении тонуса и нормального функционирования сфинктерной системы, в восстановлении нормального тока желчи и секрета поджелудочной железы по билиарным и панкреатическим протокам, что достигается:

- повышением сократительной функции желчного пузыря (при его недостаточности);
- снижением сократительной функции желчного пузыря (при его гиперфункции);
- восстановлением тонуса сфинктерной системы;
- восстановлением давления в двенадцатиперстной кишке (от этого зависит адекватный градиент давления в билиарном тракте).

Н.В. Анисимова наблюдала 44 пациента (8 мужчин и 36 женщин), средний возраст которых составил $52,57 \pm 16,7$ года. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от характера дисфункционального расстройства. В 1-ю группу вошли 34 пациента с гиперкинетическими расстройствами желчевыводящих путей, во 2-ю группу — 10 пациентов с гипокинетическими расстройствами желчевыводящих путей.

Обе группы были разделены на подгруппы (табл. 1) в зависимости от методики, применяе-

Таблица 1

Характеристика больных (возраст)

1 группа (гиперкинетические расстройства) n=34		2 группа (гипокинетические расстройства) n=10	
Воздействие – магнитотерапия на область правого подреберья n=19	Воздействие – лазеротерапия на область правого подреберья n=15	Воздействие – магнитотерапия на область правого подреберья n=5	Воздействие – лазеротерапия на область правого подреберья n=5
56,5 ± 15,5 лет	50,7 ± 16 лет	57,5 ± 17 лет	50,5 ± 15 лет

Таблица 2

Динамика коэффициента опорожнения желчного пузыря

№ группы	1 группа (гиперкинетические расстройства)		2 группа (гипокинетические расстройства)	
	Магнитотерапия	Лазеротерапия	Магнитотерапия	Лазеротерапия
Местная методика				
До лечения	71,23 ± 11,57	66,8 ± 10	31,9 ± 5	29,5 ± 13
После лечения	66,6 ± 11,18	*37,26 ± 29	78,3 ± 9,17	51,2 ± 8

*p<0,05.

мой на область внепеченочных желчных протоков (магнитотерапия или лазеротерапия).

Оценку эффективности терапии проводили на основании:

- динамики клинических симптомов в процессе лечения (тупые, тянущие боли в правом подреберье, симптомы диспепсии, расстройство стула по данным осмотров);
- оценки сократительной способности желчного пузыря и сфинктера Одди по данным УЗИ;
- оценки моторно-эвакуаторной функции кишечника по данным электромиографии до и после лечения;
- оценки переносимости физиотерапевтических процедур на основании регистрации побочных эффектов;
- биохимического анализа крови в динамике.

Динамика коэффициента опорожнения желчного пузыря и показателей моторно-эвакуаторной функции кишечника приведена в табл. 2.

Из табл. 2 видно, что коэффициент опорожнения (КО) значительно повышался у больных с гипомоторной дискинезией при использовании как магнитотерапии, так и лазеротерапии. При гиперкинетической дискинезии КО снижался и более значительно при использовании лазеротерапии.

Были сделаны выводы:

- Применение магнитотерапии и лазеротерапии на область внепеченочных желчных пу-

тей эффективно при гипомоторной дискинезии желчного пузыря в 100% случаев.

- Среди пациентов с гиперкинетической дискинезией при использовании магнитотерапии и лазеротерапии КО желчного пузыря снижался у 50% исследуемых ниже нормальных значений, нормализация показателя КО констатирована только в 16 % случаев.
- Короткие сроки пребывания в санатории диктуют необходимость дальнейшего наблюдения за пациентами и продления курса физиотерапии на амбулаторном этапе.

В санатории «Подмосковье» С.В. Ефремова изучила влияние общей воздушной криотерапии у 60 пациентов (женщин – 34, мужчин – 26) с метаболическим синдромом.

Курс лечения составил 16 дней. Пациенты были разделены на 2 группы. Пациенты основной группы получали базисное санаторное лечение: диетотерапию, физиотерапевтическую активацию, физио- и водолечение + общую воздушную криотерапию, 10 процедур. В контрольной группе назначали базисное санаторное лечение. Все пациенты получали метформин 850 мг/сут. Результаты обследования лечения представлены в табл. 3 и 4.

Констатировано достоверное (незначительное) снижение массы тела за счет уменьшения жировой ткани.

Сделано общее заключение об отсутствии существенного влияния на больных с метаболическим синдромом курса общей криотерапии.

Таблица 3

Биомпедансный анализ состава тела

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Общая масса жировой ткани	39	37,9	38,3	37,5
Масса жира абдоминальной области	19,9	19,7	20,5	20
Масса воды	46,4	46,6	44,1	43,6
Мышечная масса	33	32,7	31,7	31,4

Таблица 4

Результаты лечения

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Масса тела	102,5 кг	101,2 кг	97,1 кг	96 кг
Индекс массы тела	36	35,5	34,1	33,7
Окружность талии	114 см	112,5 см	110 см	109 см

В настоящее время санаторный этап в восстановительном лечении доступен далеко не всем. К тому же сроки пребывания в санатории резко сократились (до 7–10 дней), поэтому основная нагрузка в проведении восстановительного и профилактического лечения падает на поликлинику, где основной задачей является выявление компенсаторных возможностей организма и воздействие на них с целью более быстрого восстановления трудоспособности, предупреждения обострения и систематического воздействия на фактор риска. Особенно это касается тех больных,

которые перенесли обострение болезни и получили лечение в амбулаторных условиях. Главной задачей настоящего времени является активизация реабилитации в поликлинике с усилением взаимодействия врачей разных специальностей в работе с больным.