

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Институт повышения квалификации Федерального
медико-биологического агентства»

На правах рукописи

ГОРЕЛИК СВЕТЛАНА ГИРШЕВНА

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

14.01.30 – геронтология и гериатрия

диссертация на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Научный консультант:

доктор медицинских наук, доцент

Ильницкий Андрей Николаевич

Москва - 2015

СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	8
ВВЕДЕНИЕ	9
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	19
1.1. Особенности возрастного периода старости	19
1.1.1. Эпидемиология хирургической патологии у лиц старческого возраста	19
1.1.2. Особенности клинической картины хирургической патологии у лиц старческого возраста	21
1.1.3. Современные тенденции хирургической помощи	24
1.1.4. Особенности послеоперационного течения хирургической патологии у пациентов старческого возраста	30
1.2. Концепция старческой астении как основа реабилитации хирургии старческого возраста	34
1.2.1. Клинико-организационное обоснование реабилитационных мероприятий в системе здравоохранения Российской Федерации	34
1.2.2. Клинические проблемы реабилитации больных старших возрастных групп хирургического профиля. Организация реабилитационного процесса у больных старческого возраста хирургического профиля	39
1.2.3. Синдром старческой астении (FRAILTY) как объект реабилитационных мероприятий в старческом возрасте	44
Заключение к главе 1	48
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	49
2.1. Основная терминология	49
2.2. Этапы исследования	51
2.3. Характеристика баз исследования	52
2.4. Дизайн и материал исследования	55
2.4.1. Первый этап - клинико-эпидемиологический анализ распространенности хирургической патологии, структуры сопутствующей патологии, полиморбидности,	

индекса полиморбидности, клинических особенностей хирургической патологии у лиц разных возрастных групп.....	55
2.4.2. Второй этап - изучение медико-организационных аспектов хирургической помощи пациентам старческого возраста с оценкой существующих подходов к реабилитации лиц разных возрастных групп на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах и определение потребности в медицинской и социальной реабилитации лиц старческого возраста с хирургическими заболеваниями.....	56
2.4.3 Третий этап - изучение распространенности синдрома старческой астении и гериатрических синдромов в хирургической клинике среди пациентов старших возрастных групп.....	59
2.4.4 Четвертый этап – научное обоснование, разработка медико-социальной реабилитации больных старческого возраста с хирургической патологией	60
2.4.5 Пятый этап – изучение медицинской, социальной и экономической эффективности модели медико-социальной реабилитации больных старческого возраста после оперативного лечения.....	62
2.5. Оригинальная компьютерная программа «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра.....	62
2.6. Алгоритм проведения специализированного гериатрического осмотра с использованием оригинальной программы.....	63
2.7. Итоговая оценка состояния человека пожилого/старческого возраста.....	69
2.8. Апробация модели медико-социальной реабилитации гериатрических пациентов хирургического профиля с использованием бригадного метода	71
2.9. Статистическая обработка данных и компьютерное обеспечение исследования	76
Заключение к главе 2	77
ГЛАВА 3. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ. СТАЦИОНАРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	78
3.1. Возрастной анализ распространенности хирургической патологии в стационаре.....	78

3.2. Клиническая эпидемиология явления полиморбидности в разных возрастных группах	80
3.3. Индекс полиморбидности у пациентов хирургического профиля разного возраста.....	82
3.4. Клинические особенности хирургической патологии в возрастном аспекте	83
3.4.1. Операционно-анестезиологический риск у пациентов разного возраста	83
3.4.2. Возрастные особенности тактики хирургического лечения	84
3.4.3 Течение раннего послеоперационного периода у пациентов разного возраста.....	90
Заключение к главе 3.....	92
ГЛАВА 4. СОСТОЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	95
4.1. Медико-организационные аспекты реабилитационных мероприятий у пациентов старческого возраста.....	95
4.1.1 Существующие подходы к реабилитации в стационаре больных хирургического профиля	95
4.1.2. Характеристика проводимых реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе после хирургических вмешательств ..	102
4.2. Информированность пациентов о реабилитации в отдаленном послеоперационном периоде.....	105
4.3. Эффективность реабилитации у больных старческого возраста.....	108
4.3.1. Медико-социальные показатели эффективности реабилитации пациентов старческого возраста.....	108
4.3.2. Качество жизни пациентов старческого возраста после оперативного лечения	109
Заключение к главе 4	114
ГЛАВА 5. СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И ОСНОВНЫЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.....	116
5.1. Клиническая эпидемиология синдрома старческой астении у пациентов пожилого и старческого возраста хирургического профиля	116

5.2. Специализированный гериатрический осмотр.....	122
5.2.1. Параметры устойчивости.....	123
5.2.2. Параметры ходьбы (походки).....	129
5.2.3. Синдром мальнутриции	134
5.2.4. Когнитивные нарушения	141
5.2.5. Моральный статус пациентов.....	146
5.2.6. Независимость в повседневной жизни.....	150
Заключение к главе 5	153
ГЛАВА 6. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ	
РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С	
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	
6.1. Реабилитационная диагностика при хирургической патологии в старческом возрасте.....	157
6.1.1. Гериатрическая реабилитационная диагностика.....	157
6.1.2. Исследование мотивационной готовности пациентов к медико- социальной реабилитации	160
6.2. Реабилитационные мероприятия у пациентов старческого возраста после оперативного лечения	165
6.2.1. Медицинский аспект медико-социальной реабилитации	165
6.2.1.1. Реабилитационные мероприятия, использующиеся до оперативного вмешательства	165
6.2.1.2. Средства и методы медико-социальной реабилитации, применяемые у пациентов старческого возраста после хирургического лечения в стационаре	166
6.2.1.3. Медико-социальная реабилитация на амбулаторно-поликлиническом этапе.....	170
6.2.1.4. Медико-образовательные программы для пациентов старческого возраста - «Школа пациента» и обучение микроокружения (родственников)	179
6.2.2. Социальный аспект медико-социальной реабилитации	182

6.3. Модель медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения и оценка эффективности медико-социальной реабилитации	184
ГЛАВА 7. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	189
7.1. Медицинская и социальная эффективность внедрения предлагаемой модели медико-социальной реабилитации больных старческого возраста после оперативного лечения	189
7.1.1. Динамика показателей хирургического статуса пациентов старческого возраста после операции при использовании медико-социальной реабилитации	189
7.1.2. Динамика параметров гериатрического статуса пациентов старческого возраста после оперативного лечения с использованием медико-социальной реабилитации	189
7.1.2.1. Параметры устойчивости	189
7.1.2.2. Параметры ходьбы	191
7.1.2.3. Синдром мальнутриции	192
7.1.2.4. Когнитивные нарушения	194
7.1.2.5. Моральный статус пациентов	195
7.1.2.6. Независимость в повседневной жизни	195
7.1.3. Медико-социальные показатели течения хирургического заболевания	197
7.1.4. Сравнительный анализ качества жизни у пациентов основной и контрольной групп	198
7.2. Экономическая эффективность внедрения модели медико-социальной реабилитации больных старческого возраста	200
Заключение к главе 7	204
ВЫВОДЫ	206
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	207
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	209

<i>Приложение 1.</i> Программа для ЭВМ «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра.....	230
<i>Приложение 2.</i> Опросник «Удовлетворенность пациентов пожилого и старческого возраста реабилитационными мероприятиями».....	235
<i>Приложение 3.</i> Опросник «Изучение мотивационной готовности и возможности пациентов хирургического профиля в реабилитации после выписки из стационара».....	242
<i>Приложение 4.</i> Выделение главных компонент по показателям диагностики степени тяжести синдрома старческой астении легкой степени тяжести (пример)	247
<i>Приложение 5.</i> Примерная «Памятка пациенту и родственникам» после операции по поводу кишечной непроходимости с выведением колостомы.	252
<i>Приложение 6.</i> «Устройство для реабилитации».....	266

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ЛФК	–	лечебная физкультура
ИМТ	–	индекс массы тела
ЖКБ	–	желчекаменная болезнь
ВЛХЭ	–	видеолапароскопическая холецистэктомия
ХЭМД	–	холецистэктомия из мини доступа
ЧЧХС	–	чрескожная чреспеченочная холецистостомия
ИБС	–	ишемическая болезнь сердца
ЭПСТ	–	эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭРХПГ	–	эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
ПБА	–	поверхностная бедренная артерия
ПКА	–	подколенная артерия
ЗББА	–	задняя большеберцовая артерия
МЛТ	–	магнитолазерная терапия
УФО	–	ультрафиолетовое облучение
МТ	–	низкоинтенсивная импульсная магнитотерапия
УВЧ	–	ультравысокочастотная терапия
ДВЛ	–	дарсонвальтерапия
ПИГ	–	прогностического индекса гипотрофии
DALY	–	disability adjusted life years
QALY	–	quality adjusted life years
КЖ	–	качество жизни
СГО	–	специализированный гериатрический осмотр
ВОЗ	–	Всемирная Организация Здравоохранения

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы диссертации

Одним из проявлений трансформации возрастной структуры общества в процессе демографического перехода является постарение населения. Повышение удельного веса представителей старших возрастов — объективный процесс, наблюдающийся во всех странах. За последние 40 лет суммарный коэффициент рождаемости в Российской Федерации сократился более чем в два раза, а доля лиц старших возрастных групп выросла более чем в два раза [Шабалин В. Н., 1999; Бержадская М., 2011; Шляфер С. И., 2013; Артемьева Г. Б., 2013; Akner G., 2004]. Рост доли лиц пожилого и старческого возраста и высокий уровень заболеваемости у данной категории больных привел к увеличению объема гериатрической хирургической помощи [Брискин Б. С., Ломидзе О. В., 2008; Гехт И. А., Артемьева Г. Б., 2011; Story D. A., Leslie K., Myles P. S. et al., 2010].

Изменения, происходящие в стареющем организме человека, создают определенные трудности в постановке диагноза, лечении возникшего заболевания, снижают переносимость необходимых хирургических вмешательств. Возрастные инволютивные процессы самым неблагоприятным образом сказываются на проявлениях хирургического заболевания и предъявляют особые требования к выбору методов обезболивания, оперативного лечения и использования лекарственных средств [Лазебник Л. Б., 2002; Брискин Б. С., 2008; Бронштейн А. С., 2012; Story D. A., Leslie K., Myles P. S. et al., 2010]. Развитие, внедрение и расширение границ малоинвазивных методов хирургического лечения, а также проведение плановых операции после детального и всестороннего обследования пациента позволило улучшить результаты лечения пациентов и качество жизни пациентов старших возрастных групп. Тем не менее, отсутствие единого алгоритма оптимальной лечебной тактики оставляют многие вопросы тактики хирургического лечения больных данных возрастных групп открытыми [Лещенко И. Г., Александров И. К., Кречко Н. А., 2007; Judith S. P., Harari D., Dhesi J. K., 2012]. Не только оперативное лечение, но и послеоперационный период у пациентов пожилого и старческого возраста имеет свои особенности течения и ведения с целью предупреждения развития осложнений и уменьшения летальности [Гостищев В. К., 2007; Hubbard R. E., Story D. A., 2014]. Поэтому реабилитация больных старших возрастных групп является в

настоящее время одним из приоритетных направлений системы здравоохранения в РФ и занимает особое место среди прочих медицинских дисциплин, так как рассматривает не только состояние органов и систем организма, но и функциональные возможности человека в его повседневной жизни [Медведев А. С., 2010; Козлова Л. В. , Козлов С. А. , Семененко Л. А., Кабарухин Б. В. 2012]. Реабилитация пациентов старших возрастных групп после хирургического лечения должна включать не только лечебные мероприятия, направленные на восстановление функций организма, нарушенных вследствие хирургического заболевания и перенесенной операции. С целью социализации, ресоциализации и интеграции пациентов в общество, при разработке реабилитационных мероприятий для данной категории больных кроме традиционных методов, необходимо использование специфических для гериатрии методов оценки состояния, рекомендуемых Международной Ассоциацией Геронтологии и Гериатрии (IAGG). Крайним проявлением возрастных изменений, которые приводят к накоплению инволютивных изменений, поражению многих органов и систем на фоне полиморбидности является синдром старческой астении, который может выступать предиктором и независимым фактором риска неблагоприятного результата оперативного лечения пациентов, что подтверждает необходимость данного исследования.

Степень разработанности темы исследования. К настоящему времени накоплены данные о распространенности синдрома старческой астении, рассмотрена этиология, патогенез, основные проявления и меры профилактики данного синдрома у лиц старших возрастных групп [Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., 2013; Fried L. P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J. D., Anderson G., 2004; Rockwood K., Mitnitski A., 2007; Fedarko N., 2011; Judith S. P., Danielle H., Jugdeep K. D., 2012; Mcrae P. J., Mudge A. M., Peel N. M., Walker P. J., 2013]. Вместе с тем, как в зарубежных странах, так и в России нет исследований, посвященных исследованию влияния хирургической патологии и оперативного лечения на распространенность и степень тяжести синдрома старческой астении и гериатрических синдромов.

Таким образом, актуальной проблемой современной гериатрии является разработка алгоритма выявления синдрома старческой астении и общегериатрических синдромов, изучение влияния степени тяжести синдрома старческой астении на результаты хирургического лечения, а также разработка на этой основе индивидуальной программы

медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения, которая будет ориентирована не только на традиционные подходы к реабилитации, но и на компенсацию проявлений синдрома старческой астении. Все вышеизложенное определило цель и задачи исследования.

Цель исследования

Научно обосновать, разработать и внедрить модель медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения, основанной на специфических для гериатрии подходах.

Задачи исследования

1. Изучить клиническую эпидемиологию хирургической патологии у пациентов разных возрастов.

2. Выявить возрастные особенности ведения пациентов старческого возраста с хирургической патологией, перенесших оперативные вмешательства.

3. Определить распространенность синдрома старческой астении и основных гериатрических синдромов у пациентов старческого возраста с хирургической патологией, подвергшихся оперативному вмешательству.

4. Исследовать динамику гериатрического статуса у пациентов старческого возраста, перенесших оперативные вмешательства.

5. Разработать модель медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения.

6. Дать оценку медицинской, социальной и экономической эффективности внедрения модели медико-социальной реабилитации.

Научная новизна результатов исследования

Проведено комплексное многоаспектное медико-социальное и клинико-эпидемиологическое исследование, результатом которого стало научное обоснование путей повышения качества и эффективности медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного вмешательства, основанной на использовании специфических для современной гериатрии подходов.

Впервые получены данные о взаимосвязи распространенности синдрома старческой астении и гериатрических синдромов с хирургической патологией, помощь при которой оказывается оперативным путем. Выявлено, что после хирургического вмешательства у

пациентов старших возрастных групп происходит нарастание степени тяжести синдрома старческой астении за счет усугубления нарушения передвижения, баланса, недостаточности питания, ухудшения морального статуса, что в совокупности снижает уровень независимости в повседневной жизни.

Изучено состояние специфической гериатрической реабилитации, при этом показано, что существующие реабилитационные меры применяются разрозненно, не ориентированы на нивелирование гериатрических синдромов. Установлено, что на фоне ухудшения гериатрического статуса пациентам старших возрастных групп не оказывается должная помощь, носящая специфический гериатрический характер и направленная на повышение качества жизни.

Впервые на основе современных гериатрических подходов, ориентированных на оценку факторов риска развития синдрома старческой астении, обоснована модель медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения, основными блоками которой являются: динамическая оценка гериатрического статуса в дискретированные сроки на основе оригинальной компьютерной программы, комплекс мер преимущественно немедикаментозного характера, ориентированный на нивелирование гериатрических синдромов, комплекс мер по созданию терапевтической среды для гериатрического пациента, включающие работу с микроокружением и социальными службами.

Впервые обоснованы, разработаны и внедрены научно-обоснованные рекомендации по ведению пациентов старческого возраста в хирургическом стационаре и на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации.

Разработаны: программа для ЭВМ «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» (свидетельство о государственной регистрации № 2013660311), программа для ЭВМ «Специализированный гериатрический осмотр в хирургии» (свидетельство о государственной регистрации № 2015613438), база данных Методическое руководство «Специализированный гериатрический осмотр» (свидетельство о государственной регистрации № 2015620486).

Теоретическая и практическая значимость полученных результатов

Практическая значимость результатов исследования заключается в следующем. Разработаны, апробированы и внедрены компьютерные программы и база данных,

которые позволяют оптимизировать процесс диагностики на стационарном и амбулаторно-поликлинических этапах больных старческого возраста, перенесших оперативные вмешательства.

Проведена алгоритмизация процесса реабилитации пациентов старческого возраста, перенесших оперативные вмешательства, которая заключается в применении компьютерной программы в сроки: за 1-2 дня до выписки из стационара, через 3 месяца, через 6 месяцев после выписки; применении разработанных схем медикаментозных и немедикаментозных средств; алгоритмизации взаимодействий в системе пациент-родственник и пациент-сиделка; научно-обоснована роль и место социальных служб в реализации бригадного медико-социального ведения пациентов старческого возраста, перенесших хирургические вмешательства.

Предложено авторское устройство «Устройство для реабилитации» (Патент на полезную модель № 151400), которое позволяет оптимизировать реабилитационный процесс у пациентов после ампутаций нижних конечностей посредством возможности самостоятельной независимой подготовки культи к протезированию и увеличения мотивации пациента. Следствием оптимизации реабилитационного процесса при применении предлагаемого устройства является более раннее протезирование с формированием устойчивого результата, что позволяет улучшить качество жизни пациентов после ампутации конечности.

Медицинский эффект результатов исследования заключался в купировании/уменьшении степени выраженности у хирургических пациентов старческого возраста таких гериатрических синдромов как нарушение походки и устойчивости, недостаточности питания, морального состояния, когнитивных нарушений.

Социальный эффект заключался в повышении степени независимости пациентов от постоянной посторонней помощи и повышении качества жизни.

Экономическая эффективность, рассчитанная по стоимостно-утилитарному методу фармакоэкономического анализа, заключалась в уменьшении экономических затрат и количества лет «неполноценной жизни» или инвалидности.

Методология и методы исследования

Автором выполнен анализ отечественной и зарубежной литературы по теме диссертационного исследования, использованы клинические, инструментальные и лабораторные методы обследования пациентов, созданы электронная база данных и

компьютерные программы, полученные результаты систематизированы и статистически обработаны, написаны все главы диссертации, предложены цель и задачи исследования, сформулированы выводы и практические рекомендации.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Структура основной хирургической патологии, по поводу которой проводится оперативное лечение у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста в целом равнозначна, но при этом, по мере увеличения возраста наблюдается увеличение индекса полиморбидности, что влечет за собой формирование комплекса гериатрических синдромов.

2. У пациентов старших возрастных групп наблюдается высокая степень распространенности синдрома старческой астении, достигающая $26,5 \pm 0,2\%$ среди пациентов пожилого и $65,6 \pm 0,1\%$ среди пациентов старческого возраста, при этом после оперативного лечения имело место достоверное увеличение распространенности данного синдрома в пожилом возрасте до $51,0 \pm 0,8\%$, в старческом – до $79,8 \pm 0,9\%$ в раннем послеоперационном периоде, с достоверным увеличением распространенности синдрома старческой астении в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов старческого возраста – до $84,6 \pm 0,9\%$.

3. Существующая тактика ведения пациентов старших возрастных групп при хирургической патологии, требующая оперативного лечения, не носит возраст-ориентированного характера. Назначаемые методы реабилитации пациентам старших возрастных групп в недостаточной степени направлены на поддержание социальной независимости и нивелирование гериатрических синдромов.

4. Повышение качества гериатрической помощи пациентам старших возрастов, перенесших хирургическое вмешательство, возможно на основе комплексной модели медико-социальной реабилитации, включающей в себя основные блоки: динамическая оценка гериатрического статуса в дискретированные сроки на основе оригинальной компьютерной программы; комплекс мер преимущественно немедикаментозного характера, ориентированных на нивелирование гериатрических синдромов; комплекс мер по созданию терапевтической среды для гериатрического пациента, включающих работу с микроокружением и социальными службами.

5. Внедрение разработанной модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста способствует улучшению гериатрического статуса за счет

положительной динамики функции передвижения, морального состояния, степени нарушения питания, изменения когнитивных способностей.

6. Медико-социальная эффективность усовершенствования реабилитации способствует формированию бригадного принципа ведения пациентов старческого возраста со стороны медицинских, социальных служб и родственников пациента, что повышает степень функциональной независимости в повседневной жизни, улучшает качество жизни пациента и имеет выраженную экономическую эффективность, заключающуюся в доказанной рентабельности применения предлагаемой модели медико-социальной реабилитации с использованием бригадного метода за счет уменьшения экономических затрат и инвалидности.

Личный вклад соискателя

Автором разработана и апробирована модель медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста, перенесших оперативное лечение. Созданы оригинальные компьютерные программы: «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2013660311), «Специализированный гериатрический осмотр в хирургии» (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2015613438) и база данных Методическое руководство «Специализированный гериатрический осмотр» (Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2015620486). Разработано «Устройство для реабилитации» (Патент на полезную модель № 151400). Автором лично проведен сбор материала на основе: изучения применяемых медицинских технологий при оказании хирургической помощи у 1500 пациентов разных возрастов, изучения и наблюдения за реабилитационными программами у 1094 пациентов разных возрастов после оперативного лечения, изучения встречаемости синдрома старческой астении и основных гериатрических синдромов в динамике у 439 пациентов старших возрастных групп. Осуществлена экспертиза медицинских технологий, разработаны и применены опросники по изучению удовлетворенности пациентами реабилитационными мероприятиями и мотивационной готовности пациентов к реабилитационным мероприятиям, разработана, апробирована и научно доказана модель медико-социальной реабилитации, проведена статистическая обработка данных. Личный вклад автора оценивается в 95%.

Апробация результатов диссертации

Результаты исследований, включенных в диссертацию, доложены и обсуждены на следующих научных съездах, конференциях, симпозиумах, совещаниях: на VIII межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых, клинических ординаторов и интернов «Актуальные вопросы современной клинической медицины» (г. Белгород, 23 апреля 2010 г.), на международной научно-практической конференции «Современный взгляд на болезни внутренних органов и полиморбидность» (г. Белгород, 19-20 мая 2011 г.), на V Юбилейной Международной научно-практической конференции «Геронтологические чтения - 2012» (г. Белгород, 6-10 февраля 2012 г.); на международной научно-практической конференции «Современные проблемы социально-экономического развития России» (г. Белгород, 2 марта 2012 г.); на VI Брно - Братиславском Геронтологическом симпозиуме (г. Брно, Чехия, 14 марта 2012 г.); на международной научно-практической конференции для студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых «Актуальные проблемы развития инновационной экономики: национальный и региональный аспекты» (г. Белгород, 13 апреля 2012 г.); на российско-чешском семинаре «Медицинские, социальные и экономические проблемы в геронтологии» (г. Брно, Чехия, 10-15 мая 2012 г.); на Всеукраинской научно-практической конференции «Вклад молодых специалистов в развитие медицинской науки и практики» (г. Харьков, Украина, 17 мая 2012 г.); на Международной научно-практической конференции «Ускоренное старение: механизмы, диагностика, профилактика» (г. Киев, Украина, 4-5 октября 2012 г.); на Международной научно-практической конференции «Конкурентоспособность экономики в эпоху глобализации: российский и международный опыт» (г. Белгород, 9-10 октября, 2012 г.); на Третьем съезде геронтологов и гериатров России (г. Новосибирск, 24-26 октября 2012 г.); на Международной научно-практической конференции «Инновационные научные технологии: передовой мировой опыт» (г. Кировоград, Украина, 5 ноября 2012 г.); на Международной конференции «Актуальные вопросы современной медицины» (г. Харьков, Украина, 18-19 апреля 2013 г.); на Международной научно-практической конференции «Образование и наука: современное состояние и перспективы развития» (г. Тамбов, 28 февраля 2013 г.); на I Международной научно-практической конференции «Фармакология, фармацевтическая технология и фармакотерапия в обеспечении активного долголетия» (г. Киев, Украина, 4-5 апреля 2013 г.), на Международной научно-практической конференции «Здоровье и медицина

для всех возрастов» (г. Курск, 21-22 мая 2013 г.); на второй межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Геронтология в социальной доктрине Российской Федерации» (г. Москва, 2013 г.); на Первом съезде социальных работников (г. Белгород, 2013 г.); на IV Международной научно-практической конференции для студентов, магистрантов, аспирантов и молодых ученых «Актуальные проблемы развития национальной и региональной экономики» (г. Белгород, 24 апреля 2013 г.); на IX Конгрессе Европейского Общества Гериатрической Медицины (EUGMS) «Улучшение результатов в гериатрии» (г. Венеция, Италия, 2-4 октября 2013 г.); на российско-чешском семинаре «Основные гериатрические синдромы» (г. Брно, Чехия, 15-20 декабря 2013 г.); на международной научно-практической конференции «От стандартизированной к индивидуализированной терапии. Лечим не болезнь, а больного» (г. Курск, 18 марта 2014 г.), на Юбилейной межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицинской реабилитологии и рефлексотерапии» (г. Владикавказ, 16 мая 2014 г.), на XIX Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» (г. Москва, 6-7 ноября 2014 г.), на III всероссийской научно-практической конференции с международным участием и всероссийской школе «Социальный работник и пожилой человек» (г. Москва, 28-29 октября 2014 г.), на XXII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (г. Москва, 6-10 апреля 2015 г.), на международной научно-практической конференции «Геронтология XXI века» (г. Белгород, 28 мая 2015 г.).

Основные результаты диссертации были внедрены в деятельность многопрофильных больниц: МБУЗ ГКБ № 1, МБУЗ ГБ № 2 и поликлиник № 1, № 2 (г. Белгород), работников учреждений социальной защиты и социального обеспечения (г. Белгород), ОБУЗ «Курская городская клиническая больница №4» (г. Курск), филиала № 1 ФГБМУ «Лечебно-реабилитационного клинического центра Минобороны России» (г. Москва), ФГБУ «Всероссийский научно-методический геронтологический центр» (г. Москва), поликлиники № 45 г. Санкт-Петербурга, ОГБУЗ «Смоленский областной клинический госпиталь для ветеранов войн» (г. Смоленск), ГУ СО «Ярославский областной геронтологический центр» (г. Ярославль) и используются в учебно-педагогическом процессе Медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета (г. Белгород), Курского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения

Российской Федерации (г. Курск), Воронежской государственной медицинской академии им. Н. Н. Бурденко (г. Воронеж), в цикле краткосрочного повышения квалификации (72 часа) для работников системы социальной защиты и социального обеспечения «Основные гериатрические синдромы» ФГБОУ ДПО «ИПК ФМБА» России (г. Москва).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 61 работа, в том числе статей в научных журналах из перечня Минобрнауки РФ - 17, из них 5 единолично, статей в сборниках научных трудов - 25, тезисов докладов - 19; научно-методических разработок в виде учебного пособия (соавторство в главах) - 1, методического пособия для врачей -1, монографий (соавторство в главах) – 3.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из оглавления, общей характеристики работы, основной части, состоящей из 7 глав, заключения, списка использованных источников, приложений. Работа представлена на 229 страницах, содержит 69 таблиц, 35 рисунков, 6 формул, список используемой литературы, включающий 246 источников (в т.ч. 76 иностранных) и 6 приложений.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Особенности возрастного периода старости.

1.1.1. Эпидемиология хирургической патологии у лиц старческого возраста

Старение неизбежно развивается в результате нарастающего повреждающего действия экзогенных и эндогенных факторов и приводит к недостаточности физиологических функций организма. По мнению некоторых авторов [Бедный М. С., 1979; Горбунов В. К., 1986; Вишневский А. Г., 1994; Пирожков С. И., 1994; Шабалин В. Н., 1999; Холостова Е. И., 2003; Сафарова Г. Л., 2005; Kirk D., 1996; Eckholm E. P., 1977; Lafaille R., Fulder S., 1979], уже к 2000 г. доля лиц пожилого и старческого возраста в Российской Федерации достигла 20–26 %. Согласно регуляторно-адаптационной теории, старение организма тесно связано с компенсаторным механизмом возрастной адаптации, которая замедляет процесс старения и, тем самым, стабилизирует жизнеспособность и увеличивает продолжительность жизни [Фролькис В. В., 1990; Дворецкий Л. И., 1997; Чеботарев Д. Ф., 1998; Анисимов В. Н., 1999; Прощаев К. И., Ильницкий А. Н., Коновалов С. С., 2007; Хавинсон В. Х., Коновалов С. С., 2008; Akner G, 2004].

Весь процесс старения и связанные с ним функциональные и морфологические изменения органов и тканей – это проявление возрастной физиологии. Однако с возрастом постепенно эти изменения становятся патологическими, их кумулятивный эффект возрастает, при этом растет число различных заболеваний у одного субъекта, ухудшается качество жизни. Поэтому пациенты старшей возрастной группы страдают полиморбидностью, т.е. одновременно имеют несколько заболеваний в различных стадиях, что создает дополнительные трудности в диагностике, лечении, особенно хирургических заболеваний и ухудшает прогноз в отношении выздоровления [Аршавский И. ., 1967; Даценко Б. М., Ибишов Ш. Ф., 1991; Асфандиярова Н. С., 1996; Шабалин В. Н., 2001; Луговой В. Е., 2002; Воробьев В. А., 2005; Егоров В. В., 2007; Брискин Б. С., 2007; Дрангой М. Г., Краснова М. А., 2007; Baltes M. M., 1997; Margot J., Roy. J., 1997; Kennes B., 2001; Yao X., 2011; Fedarko N., 2011].

Как следствие увеличения средней продолжительности жизни населения, повышается абсолютное число больных, страдающих хирургическими заболеваниями.

Первое место в хирургическом стационаре среди заболеваний органов брюшной полости занимает острый аппендицит. Существовавшее мнение о редкости этого заболевания у лиц старших возрастных групп давно уже отвергнуто. Частота острого аппендицита у лиц старше шестидесяти лет составляет от 0,3% до 6% [Борисов А. Е., Федоров А. В., Земляной В. П., 2006; Брискин Б. С., Пузин С. Н., Костюченко Л. Н., 2006].

По данным статистических исследований, в Российской Федерации желчекаменной болезнью (ЖКБ) страдает примерно 25% людей пожилого возраста и 30% людей старческого возраста. С возрастом пациентов увеличивается количество осложненных форм болезни, одним из ведущих мест среди осложнений занимает холедохолитиаз, встречающийся, по данным разных авторов, в 3,2-22,3% случаев [Дедерер Ю. Г., Крылов И. П., Устинов Г. П., 1983; Лазебник Д. Б., 1999; Малиновский И. Н. с соавт., 1993].

С увеличением продолжительности жизни и глобальным постарением населения имеется тенденция к повышению встречаемости грыж передней брюшной стенки у лиц старших возрастных групп и составляет 60–65% от общего количества грыж [Черенько М. П., Фелештинский Я. П., 1990; Шулутко А. М., 2006]. Хирургическое лечение грыж у данной категории больных – одна из важнейших задач хирургии. Одной из особенностей хирургического лечения грыж у больных пожилого и старческого возраста является высокая частота рецидивов, которая достигает 30–45% [Черенько М. П., Фелештинский Я. П., 1990; Тоскин К. Д., 1990; Черенько М. П., 1995; Dunrsma S. A., Overstall P. W., 2003].

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте встречается реже, чем у молодых. Тем не менее, лица в возрасте старше 60 лет составляют от 10 до 25% всех больных страдающих язвенной болезнью [Валенкевич Л. Н., 1987; Харченко Н. В., Анохина Г. А., Опанасюк Н. Д., Родонежская О. В., Черненко В. В., 2004].

Среди всех панкреатитов у больных старших возрастных групп острые панкреатиты встречаются в 40% случаев, при этом смертность от острого панкреатита в данной возрастной группе может достигать 35%, но в среднем составляет 20-25%

[Шалимов С. А., 1990; Park J., 1986; Browder W., Patterson M. D., Thompson J. L. et al., 1993; Gullo L., Sipahi H., Pezzili R., 1994].

Одна из многочисленных групп больных пожилого и старческого возраста - это пациенты с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. В настоящее время встречаемость хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей у пациентов старших возрастных групп достигает 20%. Существующая тенденция к увеличению числа больных данным заболеванием может быть связана с увеличением средней продолжительности жизни и «омоложением» атеросклероза [Кузин М. И., 1984; Савельев В. С., Кошкин В. М., 1997].

Таким образом, рост доли лиц пожилого и старческого возраста и высокий уровень заболеваемости у данной категории больных привел к увеличению объема гериатрической хирургической помощи [Брискин Б. С.; Ломидзе О. В., 2008; Сафарова Г. Л., 2005; Пассери М., 2005].

1.1.2. Особенности клинической картины хирургической патологии у лиц старческого возраста

Многие хирургические заболевания, особенно острые у лиц старших возрастных групп могут протекать без четких клинических симптомов, т.е. скрыто. Поэтому нередко диагноз устанавливается только при развитии серьезных осложнений, что приводит к позднему началу лечения. Трудности диагностики во многом связаны с невозможностью самого больного провести границу между здоровьем и болезнью, воспринимая возникшее недомогание чисто «возрастными» причинами [Кузин М. И., Адамян А. А., 1984; Даценко Б. М., Ибишов Ш. Ф., 1991; Дворецкий Л. И., 1997; Галкин Р. А., 1999; Волкова Т. Н., 2005; Курбанов Ф. С., 2009; Carter R., Anderson S. R., 1994; De Manzoni G., 2002].

Острый аппендицит в пожилом и старческом возрасте протекает с некоторыми особенностями, которые объясняются, с одной стороны, пониженной реактивностью организма и, с другой стороны, быстротой развития воспалительных изменений в червеобразном отростке. Начало заболевания протекает со слабовыраженной болевой и температурной реакцией, с меньшей частотой диспепсических явлений. Боли в животе чаще носят постоянный и разлитой характер, а деструктивные формы аппендицита

встречаются в три раза чаще, чем у молодых. Это объясняется как нарушением обмена веществ, понижением сопротивляемости организма, так и возрастными изменениями стенок отростка (атрофия мышечного слоя, исчезновение лимфатического аппарата, склероз сосудов). Все это быстро приводит к расстройству кровообращения в отростке и деструкции его стенки, что может привести к формированию воспалительного инфильтрата, перитониту. Атипичность течения острого аппендицита в старческом возрасте является одной из важнейших причин диагностических ошибок и запоздалой доставки таких больных в стационар. Учитывая полиморбидность с явлениями недостаточности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, функции печени и почек, острый аппендицит представляет значительные трудности для диагностики даже для опытных хирургов, особенно при ретроцекальном расположении отростка. Все вышеизложенные причины показывают высокую летальность от острого аппендицита у лиц старших возрастных групп, которая составляет в среднем около 3%, у пациентов среднего возраста – 0,2% [Даценко Б. М., Ибишов Ш. Ф., 1991; Дуданов И. П., Соболев В. Е., Алонцева Н. Н., Расюкевич А. Л., 2004; Дроздов В. Н., 2009].

У больных преклонного возраста желчекаменная болезнь значительно чаще, чем у пациентов среднего и молодого возраста, осложняется острым деструктивным холециститом и характеризуется высокой частотой осложнений и летальности. Основными причинами летальных исходов у данной категории больных являются – сердечнососудистая недостаточность (30-35%), печеночно-почечная недостаточность (23-25%), тромбоэмболии (14-16%) [Дедерер Ю. Г., Крылов И. П., Устинов Г. П., 1983; Лазебник Д. Б., 1999; Малиновский И. Н. с соавт., 1993].

Процесс старения неизбежно влияет и на течение заболеваний поджелудочной железы, видоизменяет клиническую картину, что создает трудности для диагностики. Однако, воспалительные заболевания поджелудочной железы встречаются не так часто как у молодых, наиболее частой причиной острого панкреатита у пожилых и старых людей являются заболевания желчных путей. Возрастные изменения структуры секреторного аппарата железы, разрастание соединительной ткани и атрофия железы (к 75 годам количество функционирующей ткани снижается до 30—40%) являются одной из основных причин ослабления ее внешнесекреторной функции при старении. У людей пожилого и старческого возраста острый панкреатит чаще протекает с незначительно

выраженной и медленно прогрессирующей симптоматикой, бывают боли в сердце, имитирующие острую коронарную недостаточность. Поэтому пациенты данной возрастной группы поступают в стационар при развитии клинической картины деструктивного (гнойного или некротического) панкреатита и шока, являющихся непосредственной причиной смерти. В связи с атипичностью течения, острый панкреатит у людей старшего возраста своевременно диагностируется примерно в 25%. Среди всех летальных случаев больные пожилого и старческого возраста с деструктивным панкреатитом составляют 70% [Шалимов С. А., 1990; Park J., 1986; Browder W., Patterson M. D., Thompson J. L. et al., 1993; Gullo L., Sipahi H., Pezzili R., 1994; Gray D. P., 1994].

Язвенная болезнь у людей старших возрастных групп протекает более злокачественно и с большим количеством осложнений. Так, свыше 2/3 смертельных случаев, связанных с осложнениями язвы желудка, регистрируются именно у пожилых пациентов. Число осложнений увеличивается с 30% в возрасте 60 - 65 лет до 75 - 80% в возрасте 80 - 85 лет [Евсеев М. В., 2009; Исламова Е. А., 2009]. Ослабление цитопротективных свойств слизистой оболочки у лиц пожилого и старческого возраста гастродуоденальной зоны приводит к развитию или обострению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Осложненное и более тяжелое течение заболевания у лиц пожилого и старческого возраста, приводящее к ошибкам в диагностике и высокой смертности, в большей степени, связано с малосимптомностью и полиморфизмом клинической картины на фоне множественной сопутствующей патологии [Харченко Н. В., Анохина Г. А., Опанасюк Н. Д., Родонежская О. В., Черненко В. В., 2004; Минушкин О. Н., Володин Д. В., Зверков И. В. И соавт., 2007; Евсеев М. В., 2009; Исламова Е. А., 2009; Маев И. В. с соавт., 2011].

Учитывая, что вследствие возрастных изменений кишечной стенки для пациентов старших возрастных групп характерны запоры, приводящие к длительной задержке кала, формированию каловых камней, приводящих к развитию копростазов, боли имеют постоянный ноющий характер и не воспринимаются пациентами как признак кишечной непроходимости. Поэтому пациенты с кишечной непроходимостью поздно обращаются за медицинской помощью - только при появлении признаков интоксикации. При этом смертность достигает 30% [Дробни Ш., 1983; Кузин М. И., 1984; Ерюхин И. А.,

Петров В. П., Ханевич М. Д., 1999; Бронштейн А. С., Луцевич О. Э., Ривкин В. Л., Зеленин А. В, 2012].

Одним из осложнений сахарного диабета II типа является синдром диабетической стопы. У пациентов пожилого и старческого возраста наиболее часто встречается смешанная форма синдрома диабетической стопы, приводящая к развитию трофических осложнений. Трофические нарушения в виде язв являются самым распространенным осложнением не только синдрома диабетической стопы, но и облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. У лиц старших возрастных групп частота возникновения трофических язв возрастает примерно в 3 раза и более, достигая 3-6%. Развитие влажной гангрены конечностей с быстро нарастающим интоксикационным синдромом в 40% случаев приводит к летальному исходу [Кулешов Е. В., 2001; Бронштейн А. С., Луцевич О. Э., Ривкин В. Л., Зеленин А. В, 2012].

Таким образом, инволютивные изменения, происходящие в стареющем организме человека, самым неблагоприятным образом сказываются на проявлениях хирургического заболевания, создают определенные трудности в постановке диагноза, предъявляют особые требования к выбору методов обезболивания, оперативного лечения и послеоперационного ведения [Даценко Б. М., Ибишов Ш. Ф., 1991; Чеботарев Д. Ф., 1998; Лазебник Л. Б., 2002; Брискин Б. С., 2008].

1.1.3. Современные тенденции хирургической помощи

Хирургическое вмешательство – это фактор агрессии, поэтому всегда возникает проблема переносимости пациентом пожилого и старческого возраста не только хирургического вмешательства, но вероятное развитие осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде [Малиновский Н. Н., Леонтьева Н. С., Мешалкин И. Н. и др. 1973; Дрангой М. Г., Краснова М. А., 2007; Леванович В. В., 2007]. Как таковой возраст больного не является противопоказанием к хирургическому лечению, но ослабление иммунной системы, полиморбидность, психологические и эмоциональные особенности не позволяют выявить ряд симптомов и получить четкие анамнестические данные, что мешает правильной постановке хирургического диагноза. Ошибки в хирургии у пациентов старших возрастных групп наиболее заметны и влекут тяжелые последствия, так как трудности диагностики острой хирургической патологии

тесно связаны с необходимостью решения вопроса о проведении оперативного вмешательства. Встает проблема выбора хирургического доступа, рационального объема хирургического вмешательства и адекватного обезболивания. Все это заставляет рассматривать данную категорию больных как наиболее опасную в плане развития осложнений послеоперационного периода и летальности. Для предупреждения которых требуется адекватная предоперационная подготовка и привлечение к диагностическому процессу разных специалистов [Кузин М. И., Адамян А. А., 1984; Даценко Б. М., Ибишов Ш. Ф., 1991; Фролькис В. В., 1990,1991; Арцинович Н. Г., 1994; Дворецкий Л. И., 1997; Ветшев П. С. с соавт., 1998; Чеботарев Д. Ф.,1998; Дадвани С. А. с соавт, 2000; Лазебник Л. Б., 2002; Брискин Б. С., 2007; Леванович В. В., 2007; Дроздов В. Н., 2009; Yao X., 2011].

Состояние пациента, возраст, наличие сопутствующих заболеваний, а также характер, объем операции, вид и продолжительностью анестезии и самой операции определяют операционно-анестезиологический риск. Поэтому основными целями предоперационного обследования и подготовки пациента пожилого и старческого возраста к оперативному лечению являются определение риска развития сердечно-сосудистых, дыхательных и других грозных осложнений с определением краткосрочного и долгосрочного прогноза заболевания [Малиновский Н. Н., Леонтьева Н. С., Мешалкин И. Н. и др., 1973; Черенько М. П., Фелештинский Я. П., 1990; Прощаев К. И., Баллюзек М. Ф., 2004; Hubbard R. E., Story D. A., 2014].

Известно, что при хирургическом вмешательстве, особенно экстренном, у пациентов пожилого и старческого возраста значительной нагрузке подвергаются жизненно важные системы организма вследствие депрессии сократимости миокарда и дыхания, активности вегетативной нервной системы, изменения механики дыхания, артериального давления, объема циркулирующей крови. Осложнения анестезии и раннего послеоперационного периода, такие как тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда, кровотечение, нагноение, сердечная и дыхательная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения оказывают дополнительное неблагоприятное воздействие на функционирование организма даже у пациентов с компенсированным состоянием до операции вследствие увеличения требований в течении периоперационного периода [Малиновский Н. Н., Леонтьева Н. С.,

Мешалкин И. Н. и др., 1973; Прощаев К. И., Баллюзек М. Ф., 2004; Hubbard R. E., Story D. A., 2014].

Что касается пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих серьезными, присущими возрастному периоду функциональными нарушениями, например перенесших инфаркт миокарда, то обеспечение безопасности операционного и послеоперационного периода связано с наибольшими трудностями. Поэтому у лиц старческого возраста, имеется высокая и крайне высокая степень операционно-анестезиологического риска; повышенный риск развития осложнений раннего и позднего послеоперационного периода (40% и более), а послеоперационная летальность составляет 38-40% [Кузин М. И., 1984; Брискин Б. С., 2007; Hubbard R. E., Story D. A., 2014]. Следует отметить, что у лиц старческого возраста, с одной стороны необходимо полноценное обезболивание операции с целью профилактики болевого шока, с другой стороны, использование обезболивающих препаратов как во время операции так и в раннем послеоперационном периоде способно негативно влиять на деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной системы вследствие приобретенных возрастных изменений и заболеваний [Борисов А. Е., Федоров А. В., Земляной В. П., 2000; Дуданов И. П., Соболев В. Е., Алонцева Н. Н., Расюкевич А. Л., 2004; Брискин Б. С. и др., 2007].

Своевременное плановое хирургическое лечение больных старших возрастных групп путем выполнения плановых оперативных вмешательств является залогом удовлетворительных результатов лечения и методом профилактики осложнений.

Появление современных средств анестезиологического пособия и совершенствование, внедрение и распространение новых малоинвазивных методик хирургического лечения, общий смысл которых сводится к максимальному снижению хирургической травмы, расширило границы гериатрической хирургии, так как общая переносимость операции во многом определяется хирургическим доступом, а не самим внутриполостным вмешательством. Уменьшение травматичности самого вмешательства заметно ускоряет сроки заживления операционной раны. Это позволяет активизировать пациента в более ранние сроки после операции, имеет немалое значение в профилактике послеоперационных пневмоний и тромбоэмболических осложнений [Прудков М. И.,

1997; Дадвани С. А. и соавт., 2000; Кулешов Е. В., 2001; Саморуков Ю. Н. и др., 2006; Luo K., Li J. S., Li L. T. et al., 2003; Haque Z., Rahman M., Siddique M. A. et al., 2004].

На протяжении многих лет у больных с ЖКБ основным хирургическим методом оставалось традиционное хирургическое пособие. В современных условиях оно применяется при различных осложнениях, когда малоинвазивное пособие невозможно. В последнее время до 95% операций по поводу ЖКБ и ее осложнений выполняются при помощи видеолапароскопии или минилапаротомии. Операцией выбора признана видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ). Тем не менее, остаются еще вопросы, решение которых необходимо для дальнейшего внедрения и распространения данного вида операций. В первую очередь это касается категорий больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, к которым относятся пациенты пожилого и старческого возраста. Так как при ВЛХЭ напряженный пневмоперитонеум приводит к сдавлению диафрагмы, ведущему к уменьшению остаточной емкости легких и развитию гиперкапнии, нарушению сердечно-сосудистой деятельности, сдавлению венозных стволов забрюшинного пространства, сопровождающемуся нарушением циркуляции крови в нижних конечностях и увеличением вероятности тромбообразования. Эти и некоторые другие особенности видеолапароскопических операций ограничивают их применение в ряде клинических ситуаций, особенно urgentных [Гуревич М. А., 1996; Прудков М. И., 1997; Борисов А. Е., Федоров А. В., Земляной В. П., 2000; Шулутко А. М., Агаджанов В. Г., 2004; Дуданов И. П., Соболев В. Е., 2005; Лещенко И. Г., 2005; Мумладзе Р. Б., Чеченин Г. М., Баринов Ю. В., Лебедев С. С., 2008; Hoffmann A., Horbach, Hohenberger W., 1998].

Таким образом, складывается достаточно парадоксальная ситуация — у наиболее тяжелой категории больных хирургическое вмешательство осуществляется максимально травматичным способом, что неизбежно сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений и летальных исходов. Основными причинами неблагоприятных исходов являются: сердечно-сосудистая недостаточность (30-35%), печеночно-почечная недостаточность (23-25%), тромбоэмболии (14-16%). Дальнейшее совершенствование техники операций малых доступов в комбинации с холедохоскопией, внедрением литотрипсии позволило уменьшить эти показатели [Ветшев П. С., Шкроб О. С., Бельцевич Д. Г., 1998; Борисов А. Е., Федоров А. В.,

Земляной В. П., 2000; Брискин Б. С., 2006]. Поэтому операции из малых доступов, как эндоскопические, так и открытые с применением набора инструментов мини-ассистент, получили большое распространение в хирургии и практически вытеснили традиционные операции, что уменьшило число послеоперационных осложнений и снизило послеоперационную летальность [Прудков М. И., 1997; Карпов О. Э., 2005; Хамитов Ф. Ф., 2008].

С целью подготовки к радикальной операции больных пожилого и старческого возраста с множественными сопутствующими патологиями, нередко в состоянии декомпенсации, и высоким операционно-анестезиологическим риском, наиболее целесообразным, по данным некоторых авторов, является использование двухэтапных методов лечения. Применение чрескожного чреспеченочного дренирования желчного пузыря при остром холецистите (ЧЧХС) позволяет обеспечить декомпрессию пузыря и отложить холецистэктомию до того времени, когда будет ликвидирован эндотоксикоз и признаки декомпенсации жизненно важных функций. Эндоскопическая коррекция холедохолитиаза (путем выполнения ЭПСТ) с последующей малоинвазивной холецистэктомией также является одним из оптимальных решений при сочетании хронического калькулезного холецистита с холедохолитиазом у пациентов пожилого и старческого возраста [Дадвани С. А., Прудков М. И., Шулутко А. М., 2000; Гостищев В. К., Евсеев М. А., 2001; Popken F., Kuchle R., Heintz A., 1998].

Малоинвазивные хирургические вмешательства под контролем ультразвукового сканирования также позволяют дренировать как органические, так и внеорганные жидкостные образования, в том числе и абсцессы, без широкого рассечения тканей, выполнение которых существенно снизило послеоперационную летальность и уменьшило время пребывания пациента в стационаре [Дуданов И. П., Соболев В. Е., Алонцева Н. Н., Расюкевич А. Л., 2004; Брискин Б. С. и др., 2007].

В последнее время широкое распространение приобрели, особенно у пациентов старших возрастных групп, малоинвазивные видеоассистированные операции при осложненной язвенной болезни, при которых оперативное вмешательство начинается с видеолапароскопии для верификации диагноза и определения локализации язвы. При отсутствии перитонита, над местом локализации проводится минилапаротомный доступ для иссечения или ушивания язвенного дефекта [Михайлов А. П., Данилов А. М.,

Напалков А. Н., 2005; Баранов Е. А., Кузина О. А., 2006; Кузеев Р. Е., Станулис А. И., Гольдберг А. П., Кузина О. А., Баранов Е. А., Шмушкович Т. Б., 2007; Евсеев М. В., 2009].

В исследованиях многих хирургов, занимающихся герниологией [Тоскин К. Д., Жебровский В. В., 1990; Фелештинский Я. П., 2000; Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. Л., 2003; Мясников А. Д., Колесников С. А., 2005], подчёркивается, что при полноценной предоперационной подготовке и рациональной тактике хирурга как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде больные пожилого и старческого возраста удовлетворительно переносят операции при различных грыжах брюшной стенки большинства локализаций. Опасность развития интраоперационных и послеоперационных осложнений возрастает при сложных формах вентральных грыж: рецидивных, обширных и гигантских послеоперационных, пупочных с выраженным спаечным процессом в брюшной полости [Тимошин А. Д., 2003; Мясников А. Д., Колесников С. А., 2005].

В плановом порядке у гериатрических больных чаще используются безнатяжные способы лечения обширных вентральных грыж. Целесообразность планового лечения данной категории больных несомненна, потому что при ущемлении грыжи наиболее часто наблюдаются такие послеоперационные осложнения как перитонит, тромбоэмболия, послеоперационные пневмонии. Летальность при них достигает 45% и наступает не от перитонита, а от декомпенсации сопутствующей патологии [Тоскин К. Д., Жебровский В. В., 1990; Тимошин А. Д., 2003; Шулутко А. М., 2004; Мясников А. Д., Колесников С. А., 2005].

Одной из самых нерешенных проблем ангиологии является лечение критической ишемии нижних конечностей. Улучшить результаты лечения пациентов с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей позволило бурное развитие реконструктивной хирургии артериальных сосудов. Известно, что у пациентов старших возрастных групп при появлении некротических изменений в дистальных отделах конечностей проведение только «малых» ампутаций не устраняет главную причину развития гангрены - нарушение притока крови к дистальным отделам конечности и нередко приводят к «высоким» ампутациям. Поэтому в настоящее время алгоритм лечения данной категории больных заключается, в зависимости от результатов инструментальных методов исследования, в проведении сначала шунтирующих

операций, стентирования или гибридных операций с последующим проведением, при необходимости, «малых» ампутаций с сохранением опорной функции стопы [Покровский А. В., 1979; Кузин М. И., 1984; Савельев В. С., Кошкин В. М., 1997; Брискин Б. С., Пузин С. Н., Костюченко Л. Н., 2006].

Таким образом, у больных пожилого и старческого возраста проведение плановых операции после детального и всестороннего обследования пациента позволяет улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов. Тем не менее, отсутствие единого алгоритма оптимальной лечебной тактики оставляет многие вопросы тактики хирургического лечения больных старших возрастных групп открытыми [Кузин М. И., Адамян А. А., 1984; Галкин Р. А., Яковлев О. Г., Лещенко И. Г., 1999; Лещенко И. Г., Александров И. К., Кречко Н. А., 2007; Леванович В. В., 2007; Yoshimura M., Yoneda J., Yamauchi H., 1997]. Поэтому важнейшей задачей гериатрической хирургии в настоящее время является дальнейшая разработка современных методов диагностики, лечения и послеоперационного ведения хирургических заболеваний у людей пожилого и старческого возраста с использованием специфических методов, используемых в гериатрии, учитывающих не только особенности клинической картины хирургического заболевания на фоне множественной сопутствующей патологии, но и морфофункциональные изменения органов и тканей, характерных для лиц данной возрастной группы.

1.1.4. Особенности послеоперационного течения хирургической патологии у пациентов старческого возраста

За последние годы результаты лечения больных старческого возраста с хирургическими заболеваниями заметно улучшились. Тем не менее, несмотря на улучшение диагностики с учетом возрастных особенностей организма, а также усовершенствование и внедрение новых методов хирургического лечения и обезболивания, все же процент осложнений раннего и позднего послеоперационного периода и летальность в этой возрастной группе продолжает оставаться высокой [Брискин Б. С., Пузин С. Н., Костюченко Л. Н., 2006; Борисов А. Е., Федоров А. В., Земляной В. П., 2007; Бронштейн А. С., Луцевич О. Э., Ривкин В. Л., Зеленин А. В., 2012].

Известно, что течение послеоперационного периода у пациентов старших возрастных групп в определенной степени зависит от характера хирургического вмешательства и наличия сопутствующих заболеваний. Специфику ведения послеоперационного периода у данной категории пациентов определяют определенные биологические и физиологические изменения всех органов и систем. К таким особенностям относят: снижение функциональной активности систем, определяющих эндокринный и иммунный гомеостаз; снижение общей сопротивляемости и специфической иммунной реактивности; потеря эластичности легочной ткани и уплотнение легочных мембран с затруднением газообмена между альвеолярным воздухом и капиллярной кровью, что способствует почти в два раза снижению жизненной емкости легких и их максимальной вентиляции; снижение активности метаболических процессов и замедление выделения лекарственных препаратов; склеротические изменения сосудов сердечной мышцы; преобладание гиперкоагуляционных свойств крови над фибринолизом; снижение кинетики мочевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта. Такие возрастные особенности увеличивают риск развития в послеоперационном периоде различных осложнений, особенно тромбэмболических и гнойно-воспалительных [Асфандиярова Н. С., Шатров В. В., Гончаренко Л. В., 1996; Савельев В. С., 1999; Борисов А. Е., Федоров А. В., Земляной В. П., 2000; Вальчук Э. А., 2001; Дуданов И. П., Соболев В. Е., Алонцева Н. Н., Расюкевич А. Л., 2004; Дементьева Н. Ф., 2007; Брискин Б. С., Ломидзе О. В., 2008; Королев А. А., 2008; Yao X., 2011].

Приспособительная реакция человека пожилого и старческого возраста на операционную травму по сравнению с людьми более молодых возрастов значительно снижена. Вместе с тем у лиц старших возрастных групп чаще проявляется целый ряд заболеваний, вынуждающих к сложному и травматичному хирургическому вмешательству. Тактика предоперационного и послеоперационного ведения пожилого и старого больного определяется соматическим, психологическим состоянием пациента и состоянием его физиологических резервов. Адекватная клиническая оценка характерных для старших возрастных групп синдромов составляет важнейшее условие благополучного исхода оперативного вмешательства. Опираясь на представления о механизмах старения, можно выделить типичный для пожилых симптомокомплекс,

который включает признаки ферментной недостаточности, иммунодефицита и нейрогормональной дисфункции. При этом, коррекция дисфункции желудочно-кишечного тракта с помощью ферментов, пробиотиков и диеты составляет важнейшую часть послеоперационного ведения больного. К сожалению, предупредить осложнения полностью невозможно, но существенно снизить их вероятность - вполне посильная задача [Коротько Г. Ф., 1987; Валенкевич Л. Н., 1987; Воробьев Р. И., 1990; Галкин Р. А., 1999; Барановский А. Ю., 2001; Краснова О. В., 2003; Бронштейн А. С., Луцевич О. Э., Ривкин В. Л., Зеленин А. В., 2012].

Вследствие воздействия миорелаксантов и наркотических веществ во время общего обезболивания у больных старших возрастных групп процесс восстановления сознания и полноценного дыхания затягивается. Оперативные вмешательства резко ухудшают течение сердечно-сосудистых заболеваний, способствуют тромбообразованию, расстройству мозгового кровообращения, развитию инфаркта миокарда или тромбоэмболии легочной артерии. Поэтому в раннем послеоперационном периоде очень важно следить за свободной проходимость бронхиальных путей и нормальной легочной вентиляцией. Изменения, которые возникают в легких и грудной стенке (уменьшение эластичности легких, ригидность грудной стенки и легочных кровеносных сосудов), ограничивают вентиляцию, способствуя гипоксии, к которой больные очень чувствительны. При нарастании дыхательной недостаточности показана трахеотомия, которая позволяет систематически аспирировать содержимое трахеи и бронхов, уменьшать объем вредного пространства, эффективно осуществлять оксигенотерапию. Применение антикоагулянтов с первых дней после операции уменьшает вероятность развития сосудистых осложнений [Савельев В. С., 1999; Борисов А. Е., Федоров А. В., Земляной В. П., 2000; Брискин Б. С., 2007; Брискин Б. С., Ломидзе О. В., 2008; Боголюбов В. М., 2010].

На жизненно важные системы организма оказывает влияние не только «хирургический» стресс, но и послеоперационная боль. Уровень боли в раннем послеоперационном периоде во многом зависит от характера и метода оперативного лечения, но у пациентов пожилого и старческого возраста восприятие боли зависит от многих факторов: готовность и восприятие пациентом исхода оперативного лечения, возможность восстановления нарушенных функций. Страх больного может усилить

ощущение боли. Поэтому клиническое проявление боли в раннем послеоперационном периоде может носить разный характер - невозможность пациентом глубоко дышать и откашливать мокроту, сниженная двигательная активность, депрессивное состояние. Нарушение функции внешнего дыхания увеличивает процент и тяжесть легочных осложнений. Поэтому в гериатрической хирургии для интраоперационного и послеоперационного обезболивания все большее предпочтение отдается эпидуральной анестезии, так как применение опиоидных анальгетиков может привести к развитию побочных реакций: тошноты, рвоты, угнетению дыхания, галлюцинациям, парезу желудочно-кишечного тракта [Дроздов В. Н., 2009; Ferrante F. M., VadeBoncouer T. R., 1998].

Профилактика осложнений связана не только с правильным проведением предоперационной подготовки, но и совершенствованием послеоперационного ухода и объемом реабилитационных мероприятий. Особого внимания и предусмотрительности требует послеоперационный уход после экстренных вмешательств, когда предоперационная подготовка вынужденно отсутствует [Сосин И. Н., 1996; Савельев В. С., 1999; Клячкин Л. М., 2000; Журавлева К. И., 2003; Козлова Л. В., Козлов С. А., Семененко Л. А., 2012].

После операций для предупреждения гипостатических явлений, пневмоний, сердечно-сосудистых нарушений, пролежней необходимо стремиться к ранней активизации больного в послеоперационном периоде, регулировать обменные процессы, применять дыхательную гимнастику, уход за кожей, оксигенотерапию, сердечные средства [Клячкин Л. М., Щегольков А. М., 2000; Епифанов В. А., 2004, 2005; Попов С. Н., 2006; Пузин С. Н., Модестов А. А., Подкорытов А. В., 2007; Боголюбов В. М., 2010].

Ранняя двигательная активность пациентов является благотворным и неотъемлемым фактором раннего послеоперационного периода. Несмотря на проводимые меры по ранней активизации больных, люди пожилого и старческого возраста много времени проводят в постели, что может быть причиной возникновения у них различных легочных осложнений, пролежней [Клячкин Л. М., Щегольков А. М., 2000; Епифанов В. А., 2004, 2005; Попов С. Н., 2006; Пузин С. Н., Модестов А. А., Подкорытов А. В., 2007; Боголюбов В. М., 2010; Ferrante F. M., VadeBoncouer T. R.,

1998]. У пациентов пожилого и старческого возраста состояние может усугубляться расстройством мочеиспускания. Использование катетеризации мочевого пузыря для контроля диуреза может привести к развитию восходящего пиелонефрита. Поэтому задача медперсонала, ухаживающего за таким больным, состоит в адекватной профилактике пролежней и специализированном уходе [Алексеева В. М., Шамшурина Н. Г., Подлипенцева А. Н., 2006; Гостищев В. К., 2007].

На процессы регенерации и заживления операционной раны у пациентов старших возрастных групп отрицательно влияет выраженное снижение потенциала клеточного роста вследствие процесса старения, что продлевает сроки выздоровления и увеличивает продолжительность стационарного лечения [Фролькис В. В., 1991; Дворецкий Л. И., 1997; Дуданов И. П., Соболев В. Е., Алонцева Н. Н., Расюкевич А. Л., 2004; Гостищев В. К., 2007].

Таким образом, не только оперативное лечение, но и течение раннего послеоперационного периода у пациентов пожилого и старческого возраста имеет свои особенности течения и ведения, заключающиеся в предупреждения развития осложнений послеоперационного периода и уменьшения летальности. Увеличение индекса полиморбидности у пациентов старших возрастных групп способствует кумулятивному формированию гериатрических синдромов с формированием синдрома старческой астении. Поэтому реабилитационные мероприятия у пациентов старших возрастных групп, в большей степени должны быть направлены не только на восстановление утраченных вследствие хирургического заболевания и перенесенной операции функций организма, но и на продление продолжительности жизни и улучшения качества жизни.

1.2. Концепция старческой астении как основа реабилитации хирургии старческого возраста

1.2.1. Клинико-организационное обоснование реабилитационных мероприятий в системе здравоохранения Российской Федерации

Развитие технологических решений, расширяющих возможности повышения медицинской, социальной и экономической эффективности мер по сохранению и укреплению здоровья, поставили изучение организации реабилитационного процесса на

одно из ведущих мест в системах здравоохранения различных стран мира. Большая моральная и социально-экономическая значимость этого процесса в настоящее время ни у кого не вызывает сомнения [Дементьева Н. Ф., Рязанов Д. П., 2003; Карюхин Э. В., 2003; Горшунова Н. К., 2004; Коршунова Т. А., 2005; Какорина Е. П., Роговина А. Г., Чемякина С. Н., 2006; Мочкин И. А., 2006; Васильчиков В. М., 2007; Максимова Т. М., 2010; Медведев А. С., 2010].

В Российской Федерации понятие медицинской реабилитации впервые закреплено в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ¹ и приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации «О порядке организации медицинской реабилитации» от 29.12.2012 г. № 1705-н². Основной целью реабилитации является восстановление и укрепление здоровья населения Российской Федерации, для последующего ведения полноценной социальной, производственной и личной жизни. Некоторые эксперты определяют цель реабилитации как вторичную профилактику, т.е. предупреждение прогрессирования заболевания, развития осложнений и рецидивов, а также профилактику тяжелых функциональных нарушений [Сигида Е. А., Лукьянова И. Е., Суханов В. Г., 2011; Артемьева Г. Б., Гехт И. А., 2013].

Реабилитация занимает особое место среди медицинских дисциплин, так как основывается не только на состоянии органов и систем организма, но и учитывает функциональные возможности человека в его повседневной жизни [Вальчук Э. А., 2001; Вялков А. И., Разумов А. Н., Бобровницкий И. П., 2003; Журавлева К. И., 2003; Епифанов В. А., Кузбашева Т. Г., 2004; Попов С. Н., 2006; Пузин С. Н., Модестов А. А., Подкорытов А. В., 2007; Дементьева Н. Ф., 2007; Медведев А. С., 2010; Боголюбов В. М., 2011; Сигида Е. А., Лукьянова И. Е., Суханов В. Г., 2011; Еремушкин М. А., 2012].

По мнению профессора Козловой Л. В. (2012), лишь очень богатая страна может позволить себе безгранично увеличивать число инвалидов и социально зависимых лиц. Поэтому развитие реабилитации является одной из важных задач системы

¹Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон: от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ: в ред. от 25 июня 2012 г. // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

² О порядке организации медицинской реабилитации [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации: от 29 декабря 2012 г. № 1705-н // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

здравоохранения Российской Федерации [Разумов А. Н., Пономаренко В. А., Пискунов В. А., 1996; Яцемирская Р. С., 1999; Ветшев П. С., Крылов Н. Н., Шпаченко Ф. А., 2000; Величковский Б. Т., 2004; Ткаченко В. С., 2004; Дегаева Н. С., Сабитова Г. В., 2004; Коршунова Т. А., 2005; Куликова Н. Г., 2005; Апарин И. С., 2006; Бойко Ю. П., 2007; Белоконь О. В., 2008; Максимова Т. М., Лушкина Н. П., 2010].

Необходимость развития реабилитации в системе здравоохранения РФ обусловлена тем фактом, что болезнь и ее последствия, нарушающие необходимый баланс медико-психологических и социальных компонентов, ведут к изменению качества жизни человека, к его частичной или полной изоляции от общественной жизни, что способствует социальной дезинтеграции. Осуществление реабилитационных мероприятий больных улучшает качество их жизни, что включает оценку больными своего физического, психического и социального благополучия [Воробьев Р. И., 1990; Ветшев П. С., Крылов Н. Н., Шпаченко Ф. А., 2000; Русакова И. Ю., 2005; Прощаев К. И., Ильницкий А. Н., Зезюлин П. Н., Филиппов С. В., Лукьянов А. А., Жернакова Н. И., 2008; Подопригра Г. М., 2008; Donaldson L. J., Tagger C., 1984; Hoeman S. P., Glenn N. H., Stymacs A., 1990; Ray S., Yeatts D. E., List N., Folts W. E., 1994; Jimenez J., 1996; Dunrsmas S. A., 2003; Akner G., 2004].

С точки зрения организационно-методического подхода выделяют несколько этапов реабилитации в зависимости от типа медицинских (реабилитационных) учреждений, где она осуществляется. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) процесс реабилитации подразделяют на три этапа: больничный (стационарный), санаторный и амбулаторный. Долгое время реабилитация считалась прерогативой учреждений здравоохранения. Однако в настоящее время можно выделить дополнительно такие этапы как: реабилитация на дому и в социальных учреждениях (домах-интернатах) [Горшунова Н.К., 2004; Боголюбов В.М., 2010; Козлова Л. В., Козлов С. А., Семенов Л. А., 2012].

Стационарный этап реабилитации начинается до оперативного лечения, а в послеоперационном периоде продолжается в отделении реанимации или интенсивной терапии, потом в одном из профильных отделений больницы. Целью стационарного этапа является восстановление физического и психологического состояния пациента, достижение способности больного к самообслуживанию.

Цель амбулаторного этапа медицинской реабилитации заключается в поддержании достигнутого ранее уровня физической работоспособности, предотвращении прогрессирования заболевания [Котова Г. Н., 2001; Попов С. Н., 2006; Медведев А. С., 2010].

Оказание медицинских реабилитационных услуг определенным категориям граждан, а именно лицам старческого возраста, которые не в состоянии вести самостоятельный домашний образ жизни возможно в таких социальных учреждениях, как дома престарелых. Основные цели реабилитации на данном этапе совпадают с целями реабилитации на амбулаторном этапе, однако учитываются особенности больных, пользующихся такой реабилитацией. К задачам реабилитации на дому относят обучение самообслуживанию, овладение различными видами физических тренировок щадящего режима.

Эффективность всей системы реабилитации определяется тем, насколько успешно будут решены задачи каждого этапа реабилитации. Выбор учреждения (стационарное, амбулаторное), в большинстве случаев, определяется тяжестью состояния и мобильностью больного. Различия между этапами обусловлены возможностью предоставления оптимального объема проводимых восстановительных мероприятий и осуществления индивидуализации реабилитационных подходов.

До настоящего времени наиболее распространенной формой организации реабилитационного процесса, независимо от типа реабилитационного учреждения, по данным регионального бюро ВОЗ³ по европейским странам, остается бригадная форма проведения восстановительного лечения. Обычно в состав бригады кроме врача-терапевта (хирурга, невролога, травматолога) входят психолог или психотерапевт, специалист по лечебной гимнастике, физиотерапевт, специалист по профессиональной трудотерапии, медицинские сестры. Состав и количество работающих в команде может варьировать в зависимости от профиля заболеваний пациентов, задач, которые поставлены перед реабилитационным процессом, и наличия специалистов. На сегодняшний день в системе здравоохранения РФ на практике отсутствует стройная

³ Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] // Официальный сайт. – Режим доступа : <http://www.who.int/ru>.]

система бригадной организации реабилитационной помощи, как и не развита сама специальность «врача-реабилитолога» [Королев А. А. , 2008; Боголюбов В. М., 2010].

При этом практически во всех странах мира наблюдается тенденция к сокращению сроков реабилитации больных в условиях стационара и смещение акцента на амбулаторное и домашнее проведение реабилитационных мероприятий, что объясняется в первую очередь существенно более низкой стоимостью реабилитации в амбулаторных и домашних условиях в сравнении со стационарами.

Осуществление системы поэтапной реабилитации базируется на строгом соблюдении определенных принципов: ранее начало восстановительных мероприятий адекватных состоянию больного, во многом обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания; непрерывность и преемственность реабилитационных мероприятий, которые важны как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому; комплексный характер реабилитации заключается в совместной деятельности многих специалистов: терапевтов, хирургов, физиотерапевтов, врачей и инструкторов ЛФК, массажистов, психиатров и других специалистов; индивидуальная направленность - поскольку процесс болезни различен и индивидуален у каждого больного, то и процесс реабилитации носит строго индивидуальный характер; этапность – заключается в решении определенных задач, поставленных на каждом этапе и подборе в соответствии с ними средств и методов реабилитации. Некоторые эксперты добавляют еще к этому перечню, такие принципы: доступность реабилитационных мероприятий; гибкость, которая подразумевает, что реабилитационные мероприятия должны приспосабливаться к постоянно меняющемуся состоянию пациента [Горшунова Н. К., 2004; Попов С. Н. , 2006; Еремушкин М. А., 2012].

Таким образом, реабилитация больных является в настоящее время одним из приоритетных направлений системы здравоохранения в РФ и занимает особое место среди прочих медицинских дисциплин, так как рассматривает не только состояние органов и систем организма, но и функциональные возможности человека в его повседневной жизни.

1.2.2. Клинические проблемы реабилитации больных старших возрастных групп хирургического профиля. Организация реабилитационного процесса у больных старческого возраста хирургического профиля

Согласно мнению ряда авторов [Павленок П. Д., Шабалин В. Н., 1999; Пузин С. Н., Модестов А. А., Подкорытов А. В., 2007; Соколова В. Ф., Березцкая Е. А., 2012] полная компенсация при реабилитации больных старших возрастных групп недостижима, поэтому эффективным необходимо признать уже частичное их восстановление.

Тем не менее, успех лечения хирургических больных, особенно старческого возраста, во многом зависит от послеоперационного периода, который, в случае недостаточного к нему внимания, чреват негативными последствиями. Медико-биологические последствия заключаются в отклонениях от нормального морфофункционального статуса, снижении трудоспособности или работоспособности, социальной дезадаптации, т.е. нарушение связей с семьей и обществом [Медведев А. С., 2010; Козлова Л. В., Козлов С. А., Семененко Л. А., 2012].

Профилактикой негативных последствий послеоперационного периода у пациентов старших возрастных групп, как и у пациентов молодого возраста, служит раннее начало реабилитационных мероприятий, их непрерывность, этапность и комплексность. Практическая реализация этих принципов возможна в случае преемственности реабилитационных мероприятий между стационарным, амбулаторно-поликлиническим, домашним, санаторным этапами и интеграции их в единые технологии. Вместе с тем, сложившаяся практика и подходы к организации службы не позволяют добиться такой кооперации, что снижает качество и эффективность медицинских программ [Малиновский Н. Н., Решетников Е. А., 1990; Зеленкевич И. Б., Соколовская Л. А., Гиткина Л. С. и др., 1998; Прощаев К. И., Ильницкий А. Н., 2012; Hoeman S. P., Glenn N. H., Stymacs A., 1990].

Однако на этапе организации и проведения гериатрической медицинской реабилитации существуют и другие проблемы. И одна из основных – как и когда больному приступить к реабилитационным мероприятиям и как их продолжить [Donaldson L. J., Tagger C., 1984; Jimenez J., 1996].

Несмотря на определённый прогресс в развитии внегоспитальной помощи больным старших возрастных групп, приоритетность амбулаторно-поликлинической

службы остаётся низкой [Комаров Ф. И., Анисимов В. Н., Лихницкая И. И., 1996; Хальфин Р. А., 2003]. Это связано с тем, что нет четкого взаимодействия амбулаторно-поликлинической службы с другими звеньями оказания медицинской помощи. Потребность же в амбулаторно-поликлинической помощи у людей старших возрастных групп в 3 раза выше, чем у людей трудоспособного возраста [Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., 2005; Михайлова Г. Д., Фроленко Е. Н., 2008; Малиновский Н. Н., Решетников Е. А., 2010]. При этом до 80% людей старческого возраста нуждаются в медико-социальной помощи, из них у 39 % сохраняется низкий уровень качества жизни [Гиляревский С. Р., Орлов В. А., 1992; Ветшев П. С., Крылов Н. Н., Шпаченко Ф. А., 2000; Луговой В. Е., 2002; Карюхин Э. В., 2003; Куликова Н. Г., 2005; Галкин Р. А., Гехт И. А., Яковлев О. Г., 2005; Бойко Ю. П., 2007; Белоконь О. В., 2008; Подопригора Г. М., 2008; Голубева Е. Ю., Данилова Р. И., 2009; Малиновский Н. Н., Решетников Е. А., 2010; Бержадская М., 2011; Сигида Е. А., Лукьянова И. Е., Суханов В. Г., 2011].

Все дело в том, что ни амбулаторно-поликлиническая помощь, ни стационарные учреждения не в состоянии удовлетворить потребность населения пожилого и старческого возраста в медицинском обслуживании. Причиной этому является тесная сопряженность проблем чисто клинического характера с социальными вопросами, а также возрастными особенностями психологии – наличие чувства одиночества, отчужденности, присоединение психопатологических наслоений. Пациенты пожилого и старческого возраста нуждаются не просто в разовой консультации врача или проведении курсового лечения, а в постоянной медико-социальной и реабилитационной помощи [Комаров Ф. И., Анисимов В. Н., Лихницкая И. И., 1996; Лазебник Л. Б., 1999; Шабалин В. Н., 2001, 2005; Ray S. A., 1994].

В последнее время среди пациентов старших возрастов отмечено снижение числа посещений поликлиники и увеличение числа вызовов врача на дом. Этот факт отражает утяжеление соматического состояния больных, которое ограничивает их возможность передвижения и физическую досягаемость поликлиники. Тем не менее, сам факт снижения числа посещений не может быть показателем уменьшения потребностей пожилых в медицинской помощи как не соответствующий действительному положению вещей [Малиновский Н. Н., Решетников Е. А., 1990; Пузин С. Н., Модестов А. А.,

Подкорытов А. В., 2007]. К сожалению, исследования по данной проблеме немногочисленны и порой противоречивы, в большей степени поднимают проблему, чем способствуют ее разрешению.

Понятно, что выполнение реабилитационных мероприятий нужно начинать как можно раньше, поэтому для каждого больного старшего возраста необходимо составлять индивидуальную программу реабилитации, которая представляет собой перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей пациента к бытовой, социальной деятельности в соответствии с его потребностями, кругом интересов, с учетом прогнозируемого уровня его физического и психического состояния и выносливости [Вальчук Э. А., 2001; Попов С. Н., 2006; Боголюбов В. М., 2010; Медведев А. С., 2010; Еремушкин М. А., 2012].

Необходимо отметить, что, несмотря на огромные усилия, прилагаемые обществом в борьбе с болезнями, в целом общая заболеваемость населения неуклонно растет. Главной причиной неуклонного роста количества хронической патологии является неполное «излечение» болезней, то есть, низкая эффективность реабилитационных мероприятий. Это обстоятельство объясняется не столько слабостью организационно-финансовых механизмов системы здравоохранения в целом, сколько устаревшим методологическим подходом, к собственно, пониманию биологической сути болезни и выздоровления, отсутствием научно обоснованных принципов в создании общегосударственной системы медицинской реабилитации.

Медицинский аспект реабилитации является ведущим при составлении реабилитационной программы, поскольку в результате осуществления медико-реабилитационного воздействия восстанавливаются психофизиологические функции, на которых основываются социальные и другие присущие человеку виды деятельности. Медицинский аспект представляет собой комплекс лечебных, лечебно-диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на максимальное восстановление нарушенных физических функций организма [Клячкин Л. М., Щегольков А. М., 2000; Медведев А. С., 2001; Елифанов В. А., 2005; Боголюбов В. М., 2010; Сигида Е. А., Лукьянова И. Е., Суханов В. Г., 2011].

Социальный аспект охватывает вопросы влияния социальных факторов⁴ на развитие и течение болезни, консультирование по вопросам социально-бытовой и средовой адаптации, формирование и развитие у человека навыков самообслуживания, мероприятия по приспособлению внешней среды к возможностям больных, а также разработку соответствующей законодательной базы, стандартов, на основе которых должна осуществляться реабилитационная помощь [Журавлева К. И., 2003; Карюхин Э. В., 2003; Ткаченко В. С., 2004; Галкин Р. А., Гехт И. А., Яковлев О. Г., 2005; Русакова И. Ю., 2005; Коршунова Т. А., 2005; Апарин И. С., 2006; Какорина Е. П., Роговина А. Г., Чемякина С. Н., 2006; Дементьева Н. Ф., 2007; Бойко Ю. П., 2007; Васильчиков В. М., 2007; Подопригора Г. М., 2008; Прощаев К. И., Ильницкий А. Н., Зезюлин П. Н., Филиппов С. В., Лукьянов А. А., Жернакова Н. И., 2008; Бержадская М., 2011].

Психологический аспект – это реализация психологической адаптации больного к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации, профилактика и лечение развивающихся патологических психических изменений. Психологический аспект включает в себя такие мероприятия как: психологическое консультирование, психотерапию, социально-психологические тренинги, музыкотерапию, арт-терапию, трудотерапию и прочие [Демьянов Ю. Г., 1999; Краснова О. В., Лидерс А. Г., 2003; Волкова Т. Н., 2005].

Экономический аспект предусматривает изучение экономических затрат и ожидаемого не только экономического эффекта, но и связь экономических затрат с результатами медицинского и социального аспекта реабилитации в процессе восстановительного лечения. На основе экономического аспекта реабилитации осуществляется выбор оптимального способа оказания реабилитационной помощи для каждого пациента [Орлов В. А., Гиляревский С. Р., 1997; Решетников А. В., 2003; Золлнер Х., Штоддарт Г., Селби Смит К., 2003; Колосницына М. Г., Шейман И. М., Шишкин С. В., 2008; Вишняков Н. И., Миняева В. А., 2008; Вялков А. И., Кучеренко В. З., Райзберг Б. А., 2009; Еремушкин М. А., 2012].

⁴ О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 02.08.1995 № 122 //Интернет-версия справочно-правовой системы «Консультант-Плюс». – режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121898/

По мнению авторов Беловой А. Н. и Щепетовой О. Н. (1999) оптимальной формой проведения реабилитационных мероприятий является индивидуальная программа, которая должна быть составлена с учетом комплексной оценки состояния больного, позволяющей судить об эффективности реабилитационных мероприятий. Такая оценка состояния больного поможет определить его реабилитационный потенциал, выяснить характер и степень нарушения функций поврежденного органа или системы, определить возможность того или иного полного или частичного функционального восстановления [Белова А. Н., Щепетова О. Н., 1999]. Вместе с тем до настоящего времени термин «реабилитационный потенциал» не находит должного применения в практике реабилитации больных старших возрастных групп хирургического профиля. Так как у пациентов пожилого, и особенно старческого возраста, после оперативного лечения вследствие тяжести состояния на фоне множественной сопутствующей патологии определение реабилитационного потенциала затруднительно или даже невозможно. Это означает, что для данной категории больных необходим поиск параметров, присущих только пациентам старших возрастных групп и развивающихся вследствие накопления инволютивных процессов. Направление реабилитационных мероприятий к каждому конкретному больному, учитывая полученные данные, позволит подобрать наиболее эффективный и адекватный состоянию пациента комплекс реабилитационных средств. То есть, при разработке реабилитационных мероприятий для данной категории больных кроме традиционных методов, направленных на восстановление нарушенных вследствие хирургического заболевания и перенесенной операции функций организма, необходимо использование специфических для гериатрии методов оценки состояния [Разумов А. Н., Пономаренко В. А., Пискунов В. А., 1996; Вялков А. И., Разумов А. Н., Бобровницкий И. П., 2003].

Таким образом, научно обоснованная система реабилитационных мероприятий пациентов старших возрастных групп, основанная на определении специализированных параметров приложения и направления реабилитационных мероприятий позволит подобрать наиболее эффективный и адекватный состоянию пациента комплекс реабилитационных средств. Реализуемое в данной системе медицинское, психологическое и социальное сопровождение является важнейшим аспектом комплексной реабилитации, направленной на возвращение больного к продуктивной

деятельности, сохранение его для общества и семьи. При этом можно говорить о принципе целостного подхода к человеку, к его лечению и реабилитации. То есть, при создании индивидуальной программы реабилитации больных старческого возраста необходимо использовать холистический подход, при котором физические, психические и социальные факторы, воздействующие на пациента, учитываются в большей степени.

1.2.3. Синдром старческой астении (FRAILTY) как объект реабилитационных мероприятий в старческом возрасте

Современная гериатрия ориентирована на оказание медицинской и социальной помощи людям пожилого и старческого возраста, которые имеют не только хронические заболевания, но и так называемые общегериатрические синдромы [Ильницкий А. Н., Процаев К. И., 2013; Kalvach Z., Zadak Z., Jirak R., Zavazalova H., Holmerova I., Weber P., 2008]. Старческая астения как синдром встречается чаще у лиц старше 60 лет и является крайним проявлением возрастных изменений, которые приводят к накоплению инволютивных изменений, поражению многих органов и систем на фоне полиморбидности, что приводит к снижению резервных возможностей организма, постепенному падению параметров функционирования организма и наступлению инвалидности или смерти вследствие минимальных внутренних или внешних воздействий [Ильницкий А. Н., Процаев К. И., 2013; Baltes M. M., 1997; Walston J., Fried L. P., 1999; Fried L. P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J. D., Anderson G., 2004; Biein B., 2005; Rockwood K., Mitnitski A., 2007; Fedarko N., 2011]. Синдром старческой астении может возникать и в более раннем возрасте, что ассоциировано с рядом тяжелых заболеваний, приводящих к снижению качества жизни человека. Это необходимо подразумевать при проведении дифференциальной диагностики синдрома старческой астении с проявлениями тяжелой патологии внутренних органов или психической сферы. Распространенность синдрома старческой астении достаточно велика и, по мнению ряда авторов, колеблется от 6,9% до 73,4%. Одной из наиболее неблагоприятных стран в отношении частоты развития старческой астении является Россия, где данный синдром имеет место у 84% людей пожилого и старческого возраста [Ильницкий А. Н., Процаев К. И., 2013; Lehmann P., Mambour C., Minder C., 1990; Jessie J., 2000; Gurina N. A., Frolova E. V., Degryse J. M., 2011; Dunrsmas S. A.,

Overstall P. W., 2003; Baltes M. M., 1997; Akner G., 2004]. Данные закономерности легко объяснимы более низкой продолжительностью жизни и более высоким индексом полиморбидности тех пожилых людей, которые имеют различные заболевания, приводящие к дефициту функций [Шабалин В. Н., 2005; Campbell A. J., Buchner D. M., 1997; Fisher A. L., 2007; Story D. A., Leslie K., Myles P. S., Fink M., Poustie S. J., Forbes A., Yap S., Beavis V. and Kerridge R., 2010; Garcia-Garcia F. J., Zugasti J. L. L., Manas L. R., 2011].

К наиболее частым клиническим проявлениям синдрома старческой астении относят следующие состояния: нарушение передвижения за счет саркопении и когнитивных нарушений, что затрудняет выполнение человеком своих ежедневных обязанностей [Gray D.P., 1994; Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., 2001; Rockwood K., Hogan D.B., MacKnight C., 2001; Espinoza S., Walston J. D., 2005; Lovell M., 2006; Gobbens R., Van Assen M., Luijckx K., Wijnen-Sponselee M., Schols J., 2010]. Эти явления усугубляются апатией и сниженным фоном настроения, нарушениями памяти, дефицитом деятельности сенсорных систем. Присоединяются также снижение веса и другие проявления синдрома недостаточности питания, хронический болевой синдром, иммунодефицитное состояние со склонностью к развитию повторных инфекций. По мере усугубления явлений синдрома старческой астении развиваются полная обездвиженность, когда человек передвигается только в пределах постели, постоянное недержание мочи, повторные делириозные состояния, выраженные изменения статуса питания с метаболическим ацидозом, до минимального уровня снижаются социальные контакты [Nagappan R., Parkin G. , 2003; Tomasovic N., 2004; Lovell M., 2006; Rockwood K., 2011].

По сути, синдром старческой астении представляет собой междисциплинарный феномен и выступает прогностическим фактором и клинической проблемой, которые могут рассматриваться как мера оценки степени утраты самообслуживания и потребности в социальной помощи [Tomasovic N., 2004; Lovell M., 2006; Makary M. A., Segev D. L., Pronovost P. J., Syin D., Bandeen-Roche K., Patel P., Takenaga R., Devgan L., Holzmueller C. G., Fried L. P., 2010]. Поэтому синдром старческой астении в последние годы стал предметом особого интереса не только гериатров, но и хирургов, поскольку может являться основной точкой приложения лечебных, реабилитационных и

профилактических мероприятий в пожилом и старческом возрасте [Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., 2013; Lehmann P., Mambour C., Minder C., 1990; Gurina N. A., Frolova E. V., Degryse J. M., 2011; Dunrsma S. A., Overstall P. W., 2003; Baltes M. M., 1997; Akner G., 2004].

Гериатрические синдромы, определяющие степень тяжести синдрома старческой астении, являются общими для возрастных пациентов терапевтического и хирургического профиля. Особенностью течения синдрома старческой астении у пациентов хирургического профиля является усугубление и появление новых гериатрических синдромов вследствие перенесенного наркоза, оперативного лечения и необходимостью соблюдения в послеоперационном периоде постельного режима.

Поэтому синдром старческой астении в хирургии в большей степени ассоциируется с уходом за больными. Такая интерпретация синдрома старческой астении еще раз подчеркивает значимость социального компонента в оказании медико-социальной помощи пациенту пожилого и старческого возраста. Оказание медико-социальной помощи пациентам с синдромом старческой астенией включается в себя ряд моментов. На первом месте находится организация диспансерного наблюдения за такими пациентами, разработка плана диспансеризации с целью предупреждения прогрессирования и развития осложнений синдрома старческой астении, подключение к осуществлению ухода не только медицинского персонала, но и социальных работников [Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., 2013; Morley J. E., Kim M. J., Haren M. T., Kevorkian R., Banks W. A., 2001; Nagappan R., Parkin G., 2003; Mjelde-Mossey L., 2005; Shore W. S., DeLateur B. J., 2007].

По мнению ряда авторов, в отношении диагностики синдрома старческой астении наиболее важно проведение следующих мероприятий: оценка доступности пищи и состояния статуса питания; определение состояния двигательной функции и мышечной силы; оценка степени когнитивного дефицита и тревожно-депрессивного синдрома; применение опросников и шкал, позволяющих оценить состояние самообслуживания [Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., 2012; Machoney F., Barthel D., 1965; Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R., 1975; Lawton M. P., 1975; Tinetti M., 1986; Tinetti M., Ginter S., 1988; Lawton M. P., Kleban M. H., Rajagopal D. & Dean. J., 1992; Mark D. B., Simons T. A., 1999; Rubenstein L., Harker J., Salvà A., Guigoz Y & Vellas, 2001; Espinoza S., Walston J. D.,

2005; Forstmeier S., Uhrendorff H. und Maercker A., 2005; Vellas B, Villars H., Abellan G., et al., 2006; Guigoz Y., 2006; Fabre J. M., Ellis R. J., Kosma M., Wood R. H., 2010].

Синдром старческой астении, как финальный этап процессов старения организма человека, является ключевым понятием современной гериатрии. Основная цель которой – предупредить раннее наступление синдрома старческой астении, снизить степень выраженности проявлений, а при развитии синдрома – подключить все возможные меры медицинского и социального плана с целью максимально возможной социализации гериатрического пациента [Siu A. L., Moshita L., Blaustein J., 1994; Shore W. S., DeLateur B. J., 2007].

Что касается хирургических больных, то синдром старческой астении может выступать предиктором и независимым фактором риска неблагоприятного результата оперативного лечения пациентов. В большей степени это касается предоперационной компенсации проявлений синдрома старческой астении с целью улучшения результатов хирургического лечения. Несмотря на это, до сих пор не разработан алгоритм и подходы к диагностике синдрома старческой астении, не определены параметры функционального состояния, определяющие степень тяжести синдрома старческой астении [Siu A. L., Moshita L., Blaustein J., 1994; Judith S. P., Danielle H., Jugdeep K. D., 2012; Mcrae P. J., Mudge A. M., Peel N. M., Walker P. J., 2013].

Наблюдается недостаток исследований, показывающих реальное влияние синдрома старческой астении на хирургическое заболевание, течение послеоперационного периода, развитие осложнений, прогноз восстановления утраченных функций вследствие заболевания и перенесенного оперативного лечения, а, следовательно, на результаты хирургического лечения пациентов старших возрастных групп.

Поэтому изучение синдрома старческой астении у пациентов старческого возраста хирургического профиля с целью разработки оптимальных реабилитационных мероприятий, в соответствии с функциональным и психологическим состоянием пациента, является актуальной проблемой гериатрии и требуют проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Заключение к главе 1

Рост доли лиц пожилого и старческого возраста и высокий уровень заболеваемости у данной категории больных требуют увеличения объема гериатрической хирургической помощи.

Возрастные инволютивные процессы и множественная сопутствующая патология самым неблагоприятным образом сказываются на проявлениях хирургического заболевания, создают определенные трудности в постановке диагноза, лечении возникшего заболевания, снижении переносимости необходимых хирургических вмешательств и предъявляют особые требования к выбору методов обезболивания, оперативного лечения и ведения послеоперационного периода. Развитие, внедрение и расширение границ малоинвазивных методов хирургического лечения, а также проведение плановых операции после детального и всестороннего обследования пациента позволяет улучшить результаты лечения пациентов старших возрастных групп и качество жизни пациентов. Тем не менее, отсутствие единого алгоритма оптимальной лечебной тактики оставляет многие вопросы тактики хирургического лечения больных старших возрастных групп открытыми.

Поэтому важнейшей задачей гериатрической хирургии в настоящее время является дальнейшая разработка современных методов диагностики, лечения хирургических заболеваний и оптимальных реабилитационных мероприятий у людей пожилого и старческого возраста с использованием специфических методов, используемых в гериатрии, учитывающих не только особенности клинической картины хирургического заболевания на фоне множественной сопутствующей патологии, но и функциональное и психическое состояние пациента с учетом степени тяжести синдрома старческой астении.

Разработка научно-обоснованной системы реабилитационных мероприятий пациентов старших возрастных групп, цель которой - предупреждение прогрессирования и развития осложнений синдрома старческой астении, актуализирует вопрос изучения синдрома старческой астении у пациентов старших возрастных групп хирургического профиля и требует проведения дальнейших исследований в этом направлении.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Основная терминология

Синдром старческой астении (англ.- FRAILTY) является крайним проявлением возрастных изменений, которые приводят к накоплению инволютивных изменений и постепенному падению параметров функционирования организма [Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., 2013; Walston J., 1999; Rockwood K., 2011]. Синдром старческой астении является финальным этапом процессов старения организма, время проявления которого, так же как и развернутость проявлений, определяется генетически и тем патологическим фоном, который сопровождал человека на протяжении его жизни. Согласно Fried et al. (2001) синдром старческой астении включает: снижение скорости передвижения, значительное снижение физической активности, потеря веса вследствие саркопении, снижение силы кисти, выраженная слабость и повышенная утомляемость. Синдром старческой астении диагностируется при наличии не менее трех симптомов, в случае же присутствия одного или двух из них имеет место старческая преастения [Fried L. P., Tangen C. M., Walston J., Newman A. B., Hirsch C., Gottdiener J., 2001; Fried L. P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J. D., Anderson G., 2004]. Синдром старческой астении является ключевым понятием современной гериатрии, цель которой – предупредить ее раннее наступление, снизить степень выраженности проявлений, а при развитии синдрома - подключить все возможные меры медицинского и социального плана для максимально возможной социализации гериатрического пациента. В данной работе используется классификацию этапов развития синдрома старческой астении, предложенная рабочей группой, проводившая Канадское исследование здоровья и старения (CSHA, 2009):

Первый этап – пациенты с сохранным здоровьем, они активны, энергичны, имеют высокий уровень мотивации, не ограничены в физической активности.

Второй – пациенты с хорошим здоровьем, у которых имеются заболевания в неактивной фазе, которые несколько снижают функциональное состояние.

Третий – пациенты с хорошим здоровьем при наличии успешно леченных хронических заболеваний, т.е. у пациентов имеются отдельные симптомы хронических заболеваний, которые хорошо контролируются проводимой терапией, но в еще большей степени снижают функциональное состояние.

Четвертый или старческая преастения - пациенты с волнообразным течением заболеваний, т.е. имеются частые периоды обострения, декомпенсации патологии, что в значительной степени снижает функциональные возможности.

Пятый этап - синдром старческой астении легкой степени, при котором имеются незначительные ограничения активности.

Шестой этап - синдром старческой астении умеренной степени с формированием потребности в длительном по времени уходе.

Седьмой - выраженная старческая астения, при которой необходим постоянный, тщательный уход.

Восьмой период - терминальная стадия заболевания.

Такая интерпретация синдрома старческой астении подчеркивает значимость социального компонента в оказании медико-социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста, особенно перенесшим оперативное лечение.

Для определения степени старческой астении проводится *специализированный гериатрический осмотр (СГО)* пациента, направленный на выявление физикальных, функциональных и психосоциальных особенностей людей пожилого и старческого возраста. *Специализированный гериатрический осмотр* (comprehensive geriatric assessment) – совокупность диагностических мероприятий, которые ориентированы не столько на осуществление традиционной нозологической диагностики и выявление имеющихся у пациента заболеваний, но на изучение социального статуса и рисков снижения качества жизни и социальной деятельности с точки зрения соматического состояния, которые имеются у человека пожилого и, особенно, старческого возраста.

Основной целью СГО является выявление гериатрических синдромов, которые определяют развитие синдрома старческой астении [Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., 2012, 2013; Bandeen-Roche K., Xue Q. L., Ferrucci L., Walston J., Guralnik J. M., Chaves P., Zeger S. L., Fried L. P., 2006; Kalvach Z., Zadak Z., Jirak R., Zavazalova H., Holmerova I., Weber P., 2008; Fedarko N., 2011].

Гериатрические синдромы присоединяются по мере развития и накопления инволютивных изменений в организме человека и дефицита функций на фоне полиморбидности [Machoney F., Barthel D., 1965; Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R., 1975; Lawton M. P., 1975; Tinetti M., 1986; Tinetti M., Ginter S., 1988; Lawton M. P., Kleban M. H.,

Rajagopal D. & Dean J., 1992; Mark D. B., Simons T. A., 1999; Rubenstein L., Harker J., Salvà A., Guigoz Y. & Vellas, 2001; Espinoza S., Walston J. D., 2005; Forstmeier S., Uhlenborff H. und Maercker A., 2005; Vellas B., Villars H., Abellan G. et al., 2006; Guigoz Y., 2006; Fabre J. M., Ellis R. J., Kosma M., Wood R. H., 2010].

К наиболее часто встречающимся относятся: нарушения передвижения, синдром падения, синдром недостаточности питания (синдром мальнутриции), тревожно-депрессивный синдром, когнитивные нарушения, недержание мочи, кала, нарушение слуха, зрения, пролежни, синдром зависимости от посторонней помощи.

Медико-социальная реабилитация - это комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление санологических механизмов и общей работоспособности организма, устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью адаптации, возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса. *Медико-социальная реабилитация пациентов старческого возраста* - это процесс, целью которого является помощь пациентам в достижении физической, психической, социальной полноценности, на которую они способны в рамках существующего заболевания и включающий комплекс индивидуальных мер на дому, направленный на адаптацию пациентов к повседневной деятельности [Журавлева К. И., 2003; Коршунова Т. А., 2005; Апарин И. С., 2006; Пузин С. Н., Модестов А. А., Подкорытов А. В., 2007; Бержадская М., 2011; Соколова В. Ф., Березцкая Е. А., 2012].

Бригадный метод в здравоохранении - организационная форма поликлинического обслуживания населения, при которой группа врачей-специалистов закрепляется за определенным терапевтическим врачом участком. Сущность бригадного метода заключается в том, что бригады постоянного состава из 3-4 врачей оказывают квалифицированную помощь больному с момента его обращения в клинику [Королев А. А., 2008; Иванова Г. Е., Цыкунов М. Б., Дутикова Е. М., 2010].

2.2. Этапы исследования

Проведенное исследование включало в себя следующие блоки:

1. Клинико-эпидемиологический - изучение распространенности хирургической патологии, структуры сопутствующей патологии, полиморбидности, клинических

особенностей хирургической патологии среди пациентов среднего, пожилого и старческого возраста.

2. Изучение медико-организационных аспектов хирургической помощи пациентам старческого возраста и оценка существующих подходов к медико-социальной реабилитации лиц старческого возраста в сравнительном аспекте с пациентами среднего и пожилого возраста.

3. Клинико-эпидемиологическое исследование распространенности синдрома старческой астении и общегериатрических синдромов у хирургических больных старших возрастных групп.

4. Научное обоснование, разработка и внедрение модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения.

5. Оценка эффективности модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения.

2.3. Характеристика баз исследования

Базами для проведения настоящего исследования явились: многопрофильные больницы МБУЗ «Городская клиническая больница № 1» (МБУЗ ГКБ № 1) и МБУЗ «Городская больница № 2» (МБУЗ ГБ № 2) г. Белгорода. Выбор баз исследования был обусловлен следующим: МБУЗ ГКБ № 1 и МБУЗ ГБ № 2 являются типичными современными многопрофильными городскими организациями, оказывающими плановую и экстренную помощь больным хирургического профиля. МБУЗ ГКБ № 1 включает стационар на 735 коек (110 коек хирургических отделений), где ежегодно проходит лечение в среднем 23 тыс. пациентов, производится до 7,5 тыс. операций. В состав МБУЗ ГКБ № 1 входит МБУЗ поликлиника № 1 мощностью 750 посещений в смену по обслуживанию 51 538 чел. территориально закрепленного населения. МБУЗ ГБ № 2 включает в себя стационар на 591 койку (117 коек хирургических отделений), где ежегодно медицинскую помощь получают в среднем 22 тыс. пациентов, выполняется более 14 тыс. операций. В состав МБУЗ ГБ № 2 входит МБУЗ поликлиника № 7 мощностью 960 посещений в смену по обслуживанию 48 тыс. населения чел. территориально закрепленного населения.

Основные показатели работы хирургических отделений МБУЗ ГКБ № 1 и МБУЗ ГБ № 2 между собой и показывают возможность использования данных медицинских учреждений в качестве клинических баз исследования (табл. 1).

Таблица 1

Основные показатели работы отделений хирургического профиля
за 2009-2013 г.г. МБУЗ ГКБ № 1 и МБУЗ ГБ № 2 г. Белгорода

Показатели деятельности	МБУЗ ГКБ № 1					МБУЗ ГБ № 2				
	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г
Количество выбывших больных (чел.)	3438	3476	3532	3346	3439	4063	4023	3593	4009	4241
Количество оперативных вмешательств (абс.)	2461	2524	2559	2470	2521	2459	2490	2453	2808	2877
в т.ч.										
- экстренных (%)	77,2	75,5	72,9	69,1	75,5	73,2	75,2	66,3	70,6	68,9
- плановых (%)	22,8	24,5	27,1	30,9	24,5	26,8	24,8	33,7	29,4	31,1
Хирургическая активность (%)	72,5	72,3	72,5	73,8	73,3	60,6	64,4	68,3	70,0	67,6
Больничная летальность (%)	2,6	3,2	2,5	3,8	2,7	2,7	2,7	2,9	3,6	3,3
Послеоперационная летальность (%)	2,3	3,3	2,5	2,7	2,2	2,5	2,0	2,2	2,6	2,5
Удельный вес больных с послеоперационными осложнениями (%)	1,1	1,8	1,9	1,1	1,7	2,5	2,2	2,0	1,9	2,4

За один год в хирургических отделениях клинических баз исследования проходит лечение в среднем $7418,7 \pm 11,9$ пациентов, мужчин $52,2 \pm 0,2\%$, женщин - $47,8 \pm 0,2\%$. Возрастной состав пациентов (в расчете на 100 пациентов): молодой возраст (18-44 лет) - $36,5 \pm 0,1\%$, средний (45-59 лет) - $25,6 \pm 0,1\%$, пожилой (60-74 лет) - $24,2 \pm 0,1\%$, старческий (75-89 лет) - $13,7 \pm 0,1\%$.

Самой распространенной хирургической патологией брюшной полости является острый аппендицит $-14,7 \pm 0,4\%$. Распространенность желчекаменной болезни составила $13,7 \pm 0,4\%$, острый панкреатит встречался у $11,2 \pm 0,2\%$ больных, грыжи различных локализаций – у $9,1 \pm 0,9\%$, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки с кровотечением, перфорацией, стенозом – у $3,8 \pm 0,4\%$, острая непроходимость кишечника - у $2,6 \pm 0,5\%$. Среди других заболеваний наиболее часто встречались: облитерирующие заболевания нижних конечностей – у $6,5 \pm 0,1\%$, синдром диабетической стопы – у $3,6 \pm 0,1\%$ (табл. 2).

Структура наиболее распространенной хирургической патологией органов брюшной полости в хирургических отделениях стационара (абс., %)

Нозологии	Абс.	%
Острый аппендицит	1091,4 \pm 3,5	14,7 \pm 0,4
Желчекаменная болезнь с острым или хроническим холециститом	1019,2 \pm 3,4	13,7 \pm 0,4
Острый панкреатит	831,4 \pm 2,2	11,2 \pm 0,2
Грыжи различной локализации	678,2 \pm 2,6	9,1 \pm 0,9
Язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки с кровотечением, перфорацией, стенозом	287,4 \pm 1,6	3,8 \pm 0,4
Острая непроходимость кишечника	193,4 \pm 1,5	2,6 \pm 0,5

Осложнения раннего послеоперационного периода наблюдались у 1,9 \pm 0,01% пациентов. Общая летальность составила 3,1 \pm 0,02%, послеоперационная летальность – 2,5 \pm 0,01%. Наибольшая летальность наблюдается при синдроме диабетической стопы (4,6 \pm 0,1%). Летальность при острой непроходимости кишечника составляет 3,8 \pm 0,1%, язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки с кровотечением, перфорацией, стенозом - 3,2 \pm 0,1%, облитерирующих заболеваний нижних конечностей - 2,4 \pm 0,1% и острых панкреатитах - 2,1 \pm 0,1%. Наименьшая летальность отмечена при остром аппендиците (0,05 \pm 0,01%), ЖКБ с острым или хроническим холециститом (0,3 \pm 0,1%), грыжах различной локализации (0,6 \pm 0,1%). Летальность при наиболее часто встречаемой хирургической патологии представлена в табл. 3.

Таблица 3

Летальность при наиболее часто встречаемой хирургической патологии (M \pm m, абс., %)

Нозологии	Летальность	
	Абс.	%
Острый аппендицит	0,6 \pm 0,1	0,05 \pm 0,01
ЖКБ с острым или хроническим холециститом	6,1 \pm 0,1	0,3 \pm 0,1
Острый панкреатит	17,1 \pm 0,2	2,1 \pm 0,1
Грыжи различной локализации	3,8 \pm 0,2	0,6 \pm 0,1
Язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки с кровотечением, перфорацией, стенозом	9,2 \pm 0,2	3,2 \pm 0,1
Острая непроходимость кишечника	7,4 \pm 0,5	3,8 \pm 0,1
Синдром диабетической стопы	12,4 \pm 0,1	4,6 \pm 0,1
Облитерирующие заболевания нижних конечностей	11,6 \pm 0,2	2,4 \pm 0,1

Средний койко-день нахождения пациентов в стационаре составил $11,1 \pm 1,3$. При остром аппендиците, согласно медико-экономическому стандарту, средний койко-день составил $9,9 \pm 1,4$; при желчекаменной болезни – $10,9 \pm 0,8$; панкреатитах – $11,6 \pm 2,3$; грыжах различной локализации – $9,2 \pm 0,7$; язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки – $10,2 \pm 0,9$; непроходимости кишечника – $9,4 \pm 1,1$; облитерирующих заболеваниях нижних конечностей – $16,1 \pm 3,1$; синдроме диабетической стопы – $25,8 \pm 3,7$. При этом нами отмечено, что действовавшие медико-экономические стандарты предусматривают дифференциацию только по нозологии и не учитывают возрастной признак.

Таким образом, МБУЗ ГКБ №1 и МБУЗ ГБ №2 являются типичными учреждениями здравоохранения, поэтому полученные нами данные можно экстраполировать на аналогичные учреждения.

2.4. Дизайн и материал исследования

Проведенное исследование включало пять этапов: клинико-эпидемиологический; медико-организационный; изучение распространенности синдрома старческой астении у хирургических больных; научное обоснование, разработка, апробация и оценка эффективности модели медико-социальной реабилитации больных старческого возраста после оперативного лечения с применением бригадного метода. Рассмотрим содержание каждого из этапов.

2.4.1. Первый этап - клинико-эпидемиологический анализ распространенности хирургической патологии, структуры сопутствующей патологии, полиморбидности, индекса полиморбидности, клинических особенностей хирургической патологии у лиц разных возрастных групп

Цель данного этапа – выявить риск развития как ранних так и поздних послеоперационных осложнений, летальности у пациентов с полиморбидной патологией хирургического профиля с увеличением возраста. Эта часть работы представляла собой ретроспективное исследование, проведенное путем анализа медицинской документации. Сплошным методом сформировали выборку из 1500 пациентов, пролеченных в хирургических отделениях указанных клинических баз в возрасте от 45 до 89 лет (табл. 4). В исследование были включены пациенты после хирургического лечения и пациенты, у которых стабилизация состояния была достигнута консервативными методами.

Изучали распространенность хирургической патологии у пациентов в возрастных группах 45-59 лет (средний возраст), 60-74 года (пожилой возраст), 75-89 лет (старческий возраст). При этом анализ был произведен в отношении 378 больных среднего возраста, 311 больных пожилого возраста и 811 больных старческого возраста (табл. 4,5).

Таблица 4

Характеристика клинико-эпидемиологического исследования (абс.,%)

Возраст пациентов	Количество пациентов	
	Абс.	%
45-59	378	25,2
60-74	311	20,7
75-89	811	54,1
Всего	1500	100

Таблица 5

Характеристика пациентов клинико-эпидемиологического исследования (абс., %)

Параметры		Возраст пациентов					
		45-59 лет (n=378)		60-74 лет (n=311)		75-89 лет (n=811)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Средний возраст		52,4± 2,6 года		67,3± 2,9 года		80,6±4,4 лет	
Гендерный признак	Мужчины	180	47,6	138	44,4	259	31,9
	Женщины	198	52,4	173	55,6	552	68,1
Порядок поступления	Плановый	104	27,5	87	28,0	71	8,8
	Экстренный	274	72,5	224	72,0	740	91,2
Характер лечения	Оперативное	249	65,9	156	50,2	335	41,3
	Консервативное	129	34,1	155	49,8	476	58,7

2.4.2. Второй этап - изучение медико-организационных аспектов хирургической помощи пациентам старческого возраста с оценкой существующих подходов к реабилитации лиц разных возрастных групп на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах и определение потребности в медицинской и социальной реабилитации лиц старческого возраста с хирургическими заболеваниями

Цель - проанализировать и дать оценку существующих подходов к медико-социальной реабилитации лиц старческого возраста после оперативного лечения и определить потребность в медицинской и социальной реабилитации лиц старческого возраста с хирургическими заболеваниями в сравнительном аспекте с пациентами среднего и пожилого возрастов.

Учетные признаки были получены в результате выкопировки данных из медицинской документации, использования метода интервью и изучения организационно-распорядительной документации областного фонда обязательного медицинского страхования г.Белгорода с последующим применением метода экспертных оценок.

С этой целью выкопировки сведений из медицинской документации нами использовались утвержденные Минздравом РФ формы: «Медицинские карты стационарного больного» (Форма № 003/у), «Медицинские карты амбулаторного больного» (Форма № 025/У-87), «Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)» (Форма № 042/у) и «Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры» (Форма № 044/у).

В отношении пациентов старческого возраста после операции проведено медико-организационное исследование по изучению реабилитационных мероприятий на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах (табл. 6).

Таблица 6

Характеристика медико-организационного исследования (абс., %)

Возраст пациентов	Отобрано пациентов для исследования			
	Стационарный этап		Поликлинический этап	
	Абс.	%	Абс.	%
45-59	229	31,1	142	39,7
60-74	118	16,1	112	31,3
75-89	389	52,8	104	29,0
Всего	736	100	358	100

В настоящее время все большее внимание уделяется повышению качества оказания медицинской помощи, но это становится возможным только после изучения удовлетворенности пациентов оказанной помощью [Гиляревский С. Р., Орлов В. А., 1992; Котова Г. Н., 2001; Бойко Ю. П., 2007; Белоконь О. В., 2008; Светличная Т. Г., Цыганова О. А., 2011]. Однако изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью затруднительно из-за низкой осведомленности населения [Процаев К. И., Ильницкий А. Н., Зезюлин П. Н., Филиппов С. В., Лукьянов А. А., Жернакова Н. И., 2008; Сигида Е. А., Лукьянова И. Е., Суханов В. Г., 2011]. Поэтому проведено изучение уровня информированности о необходимых методах и средствах реабилитации в

отдаленном послеоперационном периоде и удовлетворенности реабилитацией у 57 пациентов пожилого и старческого возраста посредством разработанного нами опросника «Удовлетворенность пациентов пожилого и старческого возраста реабилитационными мероприятиями»⁵.

Основные медико-социальные показатели эффективности реабилитационных программ изучены у 142 пациентов среднего, 112 пациентов пожилого и 104 пациентов старческого возраста хирургического профиля.

С целью исследования потребности пациентов старческого возраста с хирургическими заболеваниями в медицинской и социальной реабилитации проведено изучение качества жизни у 129 пациентов старческого возраста в ближайшем послеоперационном периоде и реконвалесцентов в отдаленном периоде (1 год после операции).

В контрольную группу были включены лица среднего ($n = 88$ человек) и пожилого ($n = 80$ человек) возраста. Всего произведено анкетирование 297 человек с использованием инструментов для изучения качества жизни - опросника SF-36 ("SF-36 Health Status Survey"). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья».

Все респонденты были распределены на 3 группы (табл. 7).

1 группа (пациенты среднего возраста) – 56 респондентов, опрошенные в раннем послеоперационном периоде; 32 респондента, опрошенные в отдаленном послеоперационном периоде (через 1 год).

2 группа (пациенты пожилого возраста) – 32 респондента, опрошенные в раннем послеоперационном периоде и 48 респондентов, опрошенные в отдаленном послеоперационном периоде (через 1 год).

3 группа (пациенты старческого возраста) – 31 респондент, опрошенные в раннем послеоперационном периоде; 98 респондентов, опрошенные в отдаленном послеоперационном периоде (через 1 год).

⁵ См. Приложение 2

Изучение качества жизни пациентов (абс.)

Возраст пациентов	Ранний послеоперационный период (абс.)	Отдаленный послеоперационный период (абс.)	Всего
Средний возраст	56	32	88
Пожилой возраст	32	48	80
Старческий возраст	31	98	129
Всего	119	178	297

2.4.3. Третий этап представлял собой изучение распространенности синдрома старческой астении и гериатрических синдромов в хирургической клинике среди пациентов старших возрастных групп

С целью разработки оптимальных методов и объема реабилитационных мероприятий больным старческого возраста после оперативного лечения проведено изучение распространенности гериатрических синдромов и определение степени старческой астении с оценкой риска развития отдельных синдромов, влияющих на течение реабилитационного этапа и качество жизни пациентов, в сравнительном аспекте у 439 больных старших возрастных групп (табл. 8).

Таблица 8

Характеристика пациентов, включенных в третий этап исследования (абс.)

Сроки исследования	Пожилой возраст (n=274)		Старческий возраст (n=165)		Всего
	муж.	жен.	муж.	жен.	
До оперативного лечения	10	24	19	14	67
После оперативного лечения (за 1-2 дня до выписки)	62	83	35	54	234
Через 1 год после операции	38	57	22	21	138
Всего	110	164	76	89	439

Исследование проведено с помощью оригинальных компьютерных программ «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра (Свидетельство о государственной регистрации № 2013660311) и «Специализированный гериатрический осмотр в хирургии» (Свидетельство о государственной регистрации № 2015613438).

Критерии включения в исследование: возраст пациентов от 60 лет до 89 лет, наличие хирургической патологии как основного заболевания. Критерии исключения: возраст менее 60 лет и старше 89 лет, выраженный когнитивный дефицит, тяжелое и крайне тяжелое состояние.

2.4.4. Четвертый этап – научное обоснование, разработка медико-социальной реабилитации больных старческого возраста с хирургической патологией

Цель – обоснование, разработка и внедрение модели медико-социальной реабилитации с применением бригадного метода пациентам старческого возраста после оперативного лечения в г. Белгороде.

Для разработки оптимальных методов и средств медико-социальной реабилитации произведена реабилитационная диагностика, состоящая из гериатрической реабилитационной диагностики и определения готовности больных к реабилитации. Гериатрическая реабилитационная диагностика заключалась в установлении показателей специализированного гериатрического осмотра, определяющих степень тяжести синдрома старческой астении и, следовательно, требующих первоочередного внимания и коррекции. Применен метод главных компонент, который предполагал использование факторного анализа с целью изучения соотношений между всеми изучаемыми параметрами, выявления характерных взаимосвязей между ними (табл. 9), выделения наиболее значимых признаков, расчета влияния факторов с оценкой каждого из них в изменении резульативного показателя при диагностике степени тяжести синдрома старческой астении и определение факторов, требующих первоочередного внимания.

Таблица 9

Обозначения параметров показателей

Var 1	Характеристика параметров устойчивости
Var 2	Характеристика параметров ходьбы
Var 3	Оценка развития синдрома мальнутриции I
Var 4	Оценка развития синдрома мальнутриции II
Var 5	Оценка когнитивных способностей
Var 6	Оценка морального состояния
Var 7	Анализ уровня независимости в повседневной жизни

В основе метода выделения главных компонент с использованием факторного анализа лежала следующая гипотеза: наблюдаемые или измеряемые параметры специализированного гериатрического осмотра являются лишь косвенными характеристиками изучаемого объекта или явления, на самом же деле существуют внутренние (скрытые, не наблюдаемые непосредственно) параметры или свойства, число которых мало и которые определяют значения наблюдаемых параметров. Использование данного метода по показателям диагностики синдрома старческой астении, позволило несколько «сжать» информацию, содержащуюся в корреляционной матрице.

Для исследования готовности больных к реабилитации в послеоперационном периоде использовался метод сплошного опроса с применением разработанного нами опросника «Изучение мотивационной готовности и возможности пациентов хирургического профиля в реабилитации после выписки из стационара»⁶. Респондентами выступили лица старческого возраста, прооперированные в хирургических отделениях клинических баз города Белгорода и готовящиеся к выписке (n = 84 человек).

На основании полученных данных нами была разработана модель медико-социальной реабилитации больных старческого возраста после оперативного лечения с применением бригадного метода. В состав бригады входит: участковый терапевт, хирург, диетолог, реабилитолог, медицинская сестра, физиотерапевт, врач лечебной физкультуры (ЛФК), социальный работник, психолог-клиницист. При необходимости в состав бригады вводится невролог.

Для получения объективной оценки применяемых мероприятий медико-социальной реабилитации, способных реализовать достижение максимально возможного качества жизни посредством воздействия на выявленные биологические и психосоциальные детерминанты, был применен метод экспертных оценок. При этом были реализованы следующие принципы: высокая квалификация экспертов, независимость экспертизы, коллегиальность при решении экспертных вопросов.

Была создана специальная экспертная группа, состоящая из сотрудников кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России» (г. Москва) в составе 4 человек, из них докторов

⁶ См. Приложение 3

медицинских наук – 1, кандидатов медицинских наук - 3. К проведению экспертизы медицинских технологий были привлечены специалисты в области гериатрии, реабилитологии, восстановительного лечения и организации здравоохранения. Все члены экспертной группы имели шифр научной специальности 14.01.30- геронтология и гериатрия.

2.4.5. Пятый этап – изучение медицинской, социальной и экономической эффективности модели медико-социальной реабилитации больных старческого возраста после оперативного лечения

По окончании периода наблюдения был произведен сравнительный анализ эффективности реабилитационных мероприятий у пациентов старческого возраста при использовании модели медико-социальной реабилитации с использованием бригадного метода и при прохождении стандартной реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях.

2.5. Оригинальная компьютерная программа «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра⁷

Для изучения распространенности синдрома старческой астении у больных старших возрастных групп, общего уровня распространенности гериатрических синдромов и определения риска развития отдельных синдромов, определяющих степень тяжести синдрома старческой астении, и разработки адекватных методов реабилитации и ухода за больными в клинической практике нами разработана оригинальная компьютерная программа «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра.

Основываясь на данные ряда авторов [Ильницкий А. Н., Прощаев К. И., 2012, 2013; Walston J., 1999; Fried L. P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J. D., Anderson G., 2004; Bandeen-Roche K., Xue Q. L., Ferrucci L., Walston J., Guralnik J. M., Chaves P, Zeger S. L., Fried L. P., 2006; Rockwood K., 2011; Fedarko N., 2011], при разработке программы мы определили

⁷ См. Приложение 1

несколько синдромов, являющихся наиболее важными для реализации реабилитационных мероприятий пациентам старших возрастных групп. Предлагаемая программа состоит из 5 частей: выявление степени способности к передвижению, выявление степени нарушения питания (синдрома мальнутриции), оценка когнитивных расстройств, оценка морального состояния пациента, оценка степени независимости в повседневной жизни (рис. 1).



Рис. 1. Специализированный гериатрический осмотр

2.6. Алгоритм проведения специализированного гериатрического осмотра с использованием оригинальной программы⁸

1 часть - Выявление степени способности к передвижению. При выявлении степени способности к передвижению мы применяли шкалу «Оценка двигательной активности у пожилых» - *Functional mobility assessment in elderly patients* [Tinetti M., 1986; Tinetti M., Ginter S., 1988], состоящую из 2 частей: определение общей устойчивости и параметров ходьбы. Применение данной шкалы позволило дать объективную оценку путем непосредственного измерения тех параметров двигательной активности, которые в наибольшей степени изменяются с возрастом, а именно общая устойчивость и изменения походки. Кроме того, эти параметры изменяются и под влиянием ряда заболеваний, в

⁸ База данных Методическое руководство «Специализированный гериатрический осмотр» (Свидетельство о государственной регистрации № 2015620486)

том числе включенных в наше исследование. Таким образом, применение данной шкалы дало возможность выявить то, каким образом нервно-психическая патология и заболевания опорно-двигательного аппарата влияли на данные параметры двигательной активности совместно с инволютивными изменениями опорно-двигательного аппарата и контролирующей его нервной системы. Определение двигательной активности больного очень важно, т.к. от этого показателя во многом зависит способность человека к самообслуживанию, осуществлению ухода за собой, выполнению различных действий, необходимых для нормальной жизнедеятельности, а также для независимости в повседневной жизни.

Состояние *общей устойчивости* по данной шкале оценивается по следующим позициям: сидя, при попытке встать, устойчивость сразу после вставания в течение 5 секунд, длительность стояния в течение 1 минуты, вставание из положения лежа, устойчивость при толчке в грудь, стояние с закрытыми глазами, поворот на 360 градусов (переступания, устойчивость), стояние на одной ноге в течение 5 секунд (правой, левой), наклоны назад, дотягивания вверх, наклон вниз, присаживания на стул.

Каждой позиции соответствует от 0 до 2 баллов, при этом 0 балл свидетельствовал о грубом нарушении, 1- умеренном, 2 балла - норма; степень нарушения устойчивости определялась по сумме баллов. *Диапазон от 0 до 10 баллов соответствует о значительной степени нарушений, от 11 до 21 балла – умеренной, от 21 до 22 – легкой и 23 – 24 балла – нормальной устойчивости.*

Состояние *походки* оценивается следующим образом: начало движения, симметричность шага, непрерывность ходьбы, длина шага (левая нога, правая нога), отклонение от линии движения, устойчивость при ходьбе, степень покачивания туловища, повороты, произвольное увеличение скорости ходьбы, высота шага (правая нога, левая нога).

Каждой позиции соответствовало от 0 до 2 баллов, при этом 0 балл свидетельствовал о грубом нарушении, 1- умеренном, 2 балла - норма; степень нарушения устойчивости определялась по сумме баллов. *Степень нарушения походки оценивалась: 0 – 10 баллов – значительная степень, 11 – 13 баллов – умеренная, 14 – 15 баллов – легкая, 16 баллов – норма.*

По окончании опроса суммируются баллы, полученные по двум субшкалам, при этом *общий суммарный балл может быть в диапазоне от 0 до 40, где 0 – 20 баллов – значительная степень нарушения общей двигательной активности, 21 – 33 балла – умеренная, 34 – 38 баллов – легкая, 39 – 40 баллов – норма.*

2 часть - Выявление степени нарушения питания (синдрома мальнутриции).

При выявлении степени нарушения питания (синдрома мальнутриции) мы применяли опросник *Mini nutritional assessment (MNA)*, состоящий из двух частей [Rubenstein L., Harker J., Salvà A., Guigoz Y & Vellas B., 2001; Guigoz Y., 2006; Vellas B., Villars H., Abellan G. et al., 2006]. Первая часть позволило получить информацию о физикальных данных, изменяющихся при синдроме мальнутриции или ему сопутствующим заболеваниям: чувство аппетита на протяжении последних трех месяцев; снижение массы тела на протяжении месяца, предшествующего опросу, состояние мобильности, наличие психологических стрессов на протяжении последних трех месяцев, наличие нейропсихических проблем (деменции), индекс массы тела (ИМТ).

Часть первая вопросы: имеется ли у Вас снижение аппетита? (0 – выраженное снижение, 1 – умеренное снижение, 2 – нет снижения); отмечалось ли в Вас снижение массы тела на протяжении последнего месяца? (0 – более 2 кг, 1 – не знаю, 2 – в пределах 1 – 2 кг, 3 – стабильная масса тела); степень мобильности (0 – прикован к постели, 1 – передвижения в пределах квартиры, 2 – нет ограничений); наличие психологического стресса в течение последних трех месяцев (0 – наличие стресса, 1 – отсутствие стресса); наличие психологических проблем (0 – тяжелая депрессия, деменция, 1 – умеренная депрессия, 2 – отсутствие проблем); величина индекса массы тела⁹ (0 баллов – меньше 19, 1 балл – 19 – 21, 2 балла – 21 – 23, 3 балла – больше 23).

При интерпретации данной части опросника учитывается, что *риск развития синдрома мальнутриции имеет место при суммарной величине баллов менее 11, нормальный показатель статуса питания соответствует 12 баллам и более, максимально возможное количество баллов – 14.*

Вторая часть позволила дать оценку регулярности и качеству питания, факторам, которые могут влиять на пищевое поведение: условия проживания, употребление

⁹ Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле: ИМТ = масса тела в килограммах делится на удвоенный рост в метрах.

медикаментов и их количество, количество ежедневно употребляемых блюд, ориентировочное количество белковой пищи в рационе, употребление овощей, зелени, жидкости, степень самостоятельности при приеме пищи, объем живота и бедер.

Часть вторая вопросы: проживание дома (0 – нет, 1 – да); прием свыше трех препаратов ежедневно (0 – да, 1 – нет); наличие пролежней (0 – да, 1 – нет); количество основных блюд в течение дня (0 – 1 блюдо, 1 – 2 блюда, 2 – 3 блюда); прием белков (0 – до одного раза в день, 0,5 балла – два раза в день, 1 балл – 3 раза в день, прием овощей и фруктов в течение дня (0 – нет, 1 – да); прием жидкости (0 – менее трех стаканов; 0,5 баллов – 3 – 5 стакана, 1 – более 5 стаканов); степень независимости при приеме пищи (0 – с посторонней помощью, 1 – самостоятельно, но с трудом, 2 – полностью самостоятельно); собственная оценка статуса питания (0 – имеются проблемы, 1 – недостаточный, 2 – нет проблем питания); собственная оценка состояния здоровья (0 – плохое, 0,5 балла – не знаю, 1 – хорошее, 2 – отличное); средний диаметр живота (0 – менее 21 см, 0,5 балла – 21 – 22 см, 1 – больше 22 см)¹⁰; средний диаметр бедер (0 – менее 31 см, 1 – 31 см и выше).

При оценке результатов второй части опросника принимается во внимание, что *максимальное значение соответствует 16 баллам.*

Оценка результатов опроса и осмотра пациентов по двум частям опросника: *максимальное количество баллов – 30, норма – 24 балла и больше, наличие риска развития синдрома мальнотриции – 17 – 23,5 балла, наличие синдрома мальнотриции – меньше 17 баллов.*

3 часть - Оценка когнитивных способностей. Когнитивные способности исследуемых были оценены при помощи опросника «Мини-исследование умственного состояния» (тест мини-ментал или *Mini-mental state examination* [Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R., 1975; Захаров В. В., Яхно Н. Н., 2005], являющегося широко распространенной методикой для скрининга и оценки тяжести деменции.

Данный опросник включает в себя оценку следующих показателей: ориентация (требуется назвать дату, местонахождение) – до 5 баллов; восприятие (запоминание трех слов и их воспроизведение) – до 3 баллов; внимание и счет (вычесть из 100 число 7, затем из остатка вычесть 7 и так пять раз) – до 5 баллов; память (припомнить три слова из

¹⁰ Диаметр живота вычислялся по формуле: длина окружности талии разделить на 2π.

задания № 2) – до 3 баллов; речь, чтение и письмо (назвать два предмета, повторить «никаких если, но или нет»), выполнение трехэтапной моторной команды) – до 3 баллов; прочесть и выполнить написанное на бумаге задание «закройте глаза» - 1 балл; написать предложение – 1 балл; срисовать рисунок – 1 балл.

Оценка результатов: *максимальное количество баллов – 33, норма – 25 балла и больше, легкие нарушения когнитивной сферы – 21-24 балла, умеренные - 10-20, тяжелые - 9 и менее.*

4 часть - Оценка морального состояния пациента. Оценка морального статуса проводилась по опроснику «*Philadelphia geriatric morale scale*» [Lawton M. P., 1975; Lawton M. P., Kleban M. H., Rajagopal D. & Dean J., 1992], позволяющего определить наличие у пожилых и старых людей удовлетворения собой, чувства, что они достигли чего-то в этой жизни, что они нужны, а также субъективного соответствия между личными потребностями и их удовлетворением со стороны внешнего мира, внутреннего примирения с неизбежным, как, например, с тем фактом, что они состарились.

Шкала включает в себя 17 позиций: в течение года у меня значительно ухудшилось состояние; не могу спать; у меня есть боязнь многих вещей; приходится расставаться со многими привычными вещами; у меня возникает много проблем; я с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности; мне становится все хуже по мере увеличения возраста; у меня постоянное чувство одиночества; человеку все сложнее приспособливаться к жизни по мере увеличения его возраста; Вы удовлетворены своим нынешним состоянием?; по мере увеличения возраста мое состояние становится хуже чем то, что я ожидал(а); я менее счастлив(а) по сравнению с молодыми годами; чувствуете ли Вы себя одиноким?; я могу встречаться с большим числом друзей и родственников; иногда меня посещает мысль, что с такой жизнью как у меня незачем жить; жить мне становится все тяжелее и тяжелее; у меня много причин для плохого настроения.

Оценка позиций опросника осуществлялась по пятибалльной системе, при этом более высокий балл соответствовал более плохому моральному состоянию испытуемого. Оценка результатов: максимальное количество баллов – 85, хорошее моральное состояние - менее 50 баллов, удовлетворительное – 51-67, плохое – 68 и более.

5 часть - Оценка степени независимости в повседневной жизни. Для оценки степени независимости больного от посторонней помощи в повседневной жизни мы применяли шкалу Бартела [Machoney F., Barthel D., 1965] для оценки уровня бытовой активности. Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для поведения мониторинга в целях определения эффективности реабилитации при адаптации пациента в социуме, оценки его качества жизни, необходимости ухода. Она включает в себя следующие вопросы:

А. Прием пищи: не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами (10); частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи (5); полностью зависим от окружающих, например, необходимо кормление с посторонней помощью (0).

Б. Персональный туалет: умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье (10); не нуждаюсь в помощи (5); нуждаюсь в помощи (0).

В. Одевание: не нуждаюсь в посторонней помощи (10); частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д. (5); полностью нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Г. Прием ванны: принимаю ванну без посторонней помощи (5); нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Д. Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация): не нуждаюсь в помощи (20); частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера) (10); постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций (0).

Е. Посещение туалета: не нуждаюсь в помощи (10); частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.) (5); нуждаюсь в использовании судна, утки (0).

Ж. Вставание с постели: не нуждаюсь в помощи (15); нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке (10); могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка (5); не способен встать с постели даже с посторонней помощью (0).

З. Передвижение: могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 500 м (15); могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м (10); могу передвигаться с помощью инвалидной коляски (5); не способен к передвижению (0).

И. Подъем по лестнице: не нуждаюсь в помощи (10); нуждаюсь в наблюдении или поддержке (5); не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой (0).

Степень выполняемости больным ежедневных функций самоухода оценивается в баллах и колеблется от 0 до 20. Суммарная оценка варьирует от 0 до 100 баллов.

Суммарный балл от 0 до 20 соответствует полной зависимости больного, от 21 до 60 - выраженной зависимости, от 61 до 90 - умеренной зависимости, от 91 до 99 - легкой зависимости, 100 баллов - полной независимости в повседневной деятельности.

2.7. Итоговая оценка состояния человека пожилого/старческого возраста

Для определения старческой астении у больных мы использовали классификацию этапов развития или стадий старческой астении, сформулированную рабочей группой, проводившей Канадское исследование здоровья и старения (CSHA, 2009). С точки зрения состояния функций организма выделяют следующие типы старения, которые могут как следовать один за другим, так и наступать изолированно сразу после окончания зрелого возраста.

1. *Идеальное старение*, которое характеризуется высокой степенью сохранности функциональных резервов организма вплоть до последних дней жизни. В отношении данного контингента людей пожилого и старческого возраста важно организовать адекватное динамическое наблюдение и проводить меры геропрофилактики, основанные на немедикаментозных и поведенческих методах. Специализированные программы медико-социальной реабилитации не требуются.

2. *Сохранное старение*, при котором имеет место постепенно угасающее, но все же сохранное состояние двигательной и трудовой активности. При данном типе старения важно обеспечить своевременное выявление обострения/декомпенсации имеющейся патологии, а также новых заболеваний и проведение мер геропрофилактики. Специализированные программы медико-социальной реабилитации не требуются.

3. *Независимое старение (преастения)*, когда имеет место значительное снижение степени функционирования организма, ограничение функциональной активности человека пожилого и старческого возраста, но при этом он способен осуществлять уход за собой и сохранять независимость от посторонней помощи. В данном случае необходимо

проведение комплексного гериатрического осмотра с выявлением гериатрических синдромов, разработкой программ медико-социальной реабилитации.

4. Имеется легкая степень нарушений по данным не более двух шкал из пяти: старение с формированием астении – характеризуется лабильностью состояния здоровья и социальной активности; у таких людей имеется значительное количество хронических заболеваний, которые протекают с частыми обострениями и декомпенсациями. На этом этапе старения формируется значительная зависимость от посторонней помощи, имеется высокая потребность в проведении мероприятий медицинской и социальной реабилитации. При данном типе старение необходимо обеспечить выявление гериатрических синдромов, а также своевременное их купирование.

5. Имеется умеренная степень нарушений по данным не более четырех шкал из пяти: старение с формированием частичной зависимости от посторонней помощи, при котором имеет место низкий потенциал здоровья, значительная часть времени жизни пожилого человека проходит в обстановке зависимости от посторонней помощи, сохраняется лишь небольшой ареал занятий и активности, которые человек способен выполнять самостоятельно.

В данном случае возрастает роль социальных служб в поддержании нормальной жизнедеятельности, важно обеспечить также выявление гериатрических синдромов, обеспечить реабилитацию человека пожилого и старческого возраста с учетом его функционального статуса.

6. Имеется умеренная степень нарушений по данным всех шкал, либо по данным не более двух шкал – тяжелые нарушения: старение с формированием полной и постоянной зависимости – наблюдается полная постоянная зависимость от посторонней помощи, человек пожилого и старческого возраста полностью прикован к постели, имеет место развитие тяжелых инвалидизирующих заболеваний, например, деменции. При осуществлении ухода за такими людьми на первое место выходят мероприятия социального плана, сестринского ухода, которые направлены на поддержание достойных условий существования.

7. Имеется тяжелая степень нарушения функций по данным не менее чем четырех изучаемых параметров: период умирания, когда необходима организация адекватной

паллиативной помощи. Проведение специализированного гериатрического осмотра проблематично.

2.8. Апробация модели медико-социальной реабилитации гериатрических пациентов хирургического профиля с использованием бригадного метода

С целью апробации модели медико-социальной реабилитации с использованием бригадного метода пациентов старческого возраста было сформировано 2 группы пациентов старческого возраста после оперативного лечения: контрольная группа - 35 пациентов, основная - 36.

Возраст пациентов составил от 75 до 89 лет, средний возраст в основной группе - $82,3 \pm 3,2$ года, в контрольной – $81,7 \pm 3,4$ года. В основной группе мужчин - 11 (30,6%), женщин – 25 (69,4%); в контрольной – 12 (34,3%) и 13 (65,7%) соответственно. Группы были полностью сопоставимы по возрасту и клиническому состоянию.

Критерии отбора пациентов: возраст пациентов от 75 до 89 лет; наличие хирургической патологии как основного заболевания, по поводу которого пациенты перенесли оперативное лечение; наличие синдрома старческой астении по результатам специализированного гериатрического осмотра.

Критерии исключения: возраст менее 60 лет и старше 89 лет, выраженный когнитивный дефицит, тяжелое и крайне тяжелое состояние, отсутствие синдрома старческой астении по результатам специализированного гериатрического осмотра или наличие терминальной степени тяжести синдрома старческой астении.

Исключение пациентов с выраженным когнитивным дефицитом обусловлено тем, что пациенты этой группы не в состоянии выполнять рекомендации врачей. Характеристика пациентов основной и контрольной групп представлена в табл. 10.

У больных с желчекаменной болезнью (ЖКБ) с острым холециститом проводились: видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ), холецистэктомия из мини доступа (ХЭМД), чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХС). У пациентов с осложненной язвенной болезнью проводились: лапаротомия, ушивание прободной язвы.

При острой кишечной непроходимости проводилась лапаротомия, устранение кишечной непроходимости, у 2 пациентов операция закончена выведением стомы. У 3

пациентов с ущемленными грыжами произведены лапаротомии, выведение стомы. При сахарном диабете II типа с синдромом диабетической стопы и облитерирующем атеросклерозе нижних конечностей с гангреной нижних конечностей произведены ампутации нижних конечностей на разных уровнях.

Таблица 10

Сравнительный анализ распределения пациентов основной и контрольной группы по нозологическому признаку (абс., %)

Нозологии	Контрольная группа (n=35)		Основная группа (n=36)	
	Абс.	%	Абс.	%
Желчекаменная болезнь с острым холециститом	14	40,0	12	33,4
Острый аппендицит	2	5,7	3	8,3
Острая кишечная непроходимость	5	14,3	5	13,9
Грыжи различных локализаций (паховые, пупочные)	6	17,1	4	11,1
Прободная язва желудка или 12-перстной кишки	1	2,9	1	2,8
Синдром диабетической стопы	5	14,3	8	22,2
Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей	2	5,7	3	8,3

Характеристика модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста.

В условиях учреждения круглосуточного пребывания у больных проводился лечебный этап реабилитационных мероприятий, все больные и контрольной и основной группы проходили «Школу пациента».

За 1-2 суток до выписки всем больным проводился специализированный гериатрический осмотр для определения степени тяжести синдрома старческой астении при помощи оригинальной компьютерной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении».

Пациенты контрольной группы проходили стандартные реабилитационные мероприятия в амбулаторно-поликлинических условиях, пациентам основной группы разрабатывалась индивидуальная программа реабилитации в зависимости от полученных результатов и в соответствии с предложенной моделью медико-социальной реабилитации

с применением бригадного метода. У пациентов старческого возраста для подготовки культуры к протезированию применяли «Устройство для реабилитации».

На основе предложенной и апробированной модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста проведены исследования по изучению медицинской, социальной и экономической эффективности предложенных схем реабилитационных мероприятий.

Медицинская эффективность - степень достижения планируемого медицинского результата. В отношении одного конкретного больного - это улучшение гериатрического статуса пациента старческого возраста после оперативного лечения.

Социальная эффективность - повышение степени независимости пациентов от постоянной посторонней помощи и улучшение качества жизни.

Экономическая эффективность внедрения модели медико-социальной реабилитации больных старческого возраста проводилась одним из методов фармакоэкономического анализа - стоимостно-утилитарным методом, или анализа эффективности затрат в утилитарных единицах (*cost utility analysis*), при котором экономическая эффективность медицинской услуги основывается на данных о качестве жизни и ее продолжительности [Гиляревский С. Р., 1992, 1997; Троицкая Н. Л., 2009; Эфрос Л. А., 2014; Doubilet P., Weinstein M. C., McNeil B. J., 1986; O'Brien B. A., 1995; Gold M. R., Siegel J. E., Russel L. B., Weinstein M. C., 1996; Rees J., 1997; Jacobson T. A., Schein J. R., Williamson A., Ballantyne C. M., 1998; Brown G. C., Sharma S., Brown M. M., Garretl S. J., 1999; Rich M. W., Nease R. F., 1999; Mark D. B., Simons T. A., 1999; Muennig P., 2002; Dunrsma S., Overstall P., 2005]. По мнению некоторых авторов [Орлов В. А., Гиляревский С. Р., 1997; Ростовцев В. Н., Ломать Л. Н., Рябкова О. И., Марченкова И. Б., Кузьменко В. Е., 2008; Предко Н. М., 2012; Эфрос Л. А., 2013], реабилитационные мероприятия у пациентов старческого возраста после оперативного лечения не приводят к выигрышу в продолжительности жизни, а могут уменьшить общую болезненность (инвалидизацию) пациентов.

Поэтому в нашем исследовании мы сначала использовали в сравнительном аспекте параметр DALY (*disability adjusted life years*) в основной и контрольной группе, показывающий количество лет «неполноценной жизни». С этой целью была использована базовая математическая модель расчета индекса DALY (формула 1).

$$ИД = - \left[\frac{DCe^{\beta\alpha}}{(\beta + r)^2} \left[e^{-(\beta+r)(L)} (1 + (\beta + r)(L + \alpha)) - (1 + (\beta + r)\alpha) \right] \right], \quad (1)$$

где: D - степень тяжести состояния;

α - продолжительность состояния (диагностика, лечение, реабилитация);

C и β - константы, определяющие статистический вес возраста;

r - ставка дисконта;

L - число лет жизни, которые осталось прожить человеку, от возраста начала заболевания.

Коэффициент тяжести состояния пациентов, согласно экспертной оценке, рассчитан в зависимости от степени тяжести синдрома старческой астении (табл. 11).

Таблица 11

Данные экспертной оценки степени тяжести состояния пациентов (балл)

Степень тяжести синдрома старческой астении	Коэффициент тяжести (КТ)
Преастения	0,021
Синдром старческой астении легкой степени	0,158
Синдром старческой астении умеренной степени тяжести	0,347
Синдром старческой астении выраженной степени тяжести	0,512
Синдром старческой астении терминальной степени тяжести	0,865

Степень тяжести состояния (D) рассчитывалась по формуле 2.

$$D = \frac{КТ * Ч_{np} + КТ * Ч_{ла} + КТ * Ч_{ya} + КТ * Ч_{ва} + КТ * Ч_{ma}}{5}, \quad (2)$$

где: $Ч_{np}$ – частота встречаемости преастении;

$Ч_{ла}$ - частота встречаемости синдрома старческой астении легкой степени тяжести;

$Ч_{ya}$ - частота встречаемости синдрома старческой астении умеренной степени тяжести;

$Ч_{ва}$ - частота встречаемости синдрома старческой астении выраженной степени тяжести;

$Ч_{ma}$ - частота встречаемости синдрома старческой астении терминальной степени тяжести.

$C - \text{const} = 0,16243$ (согласно методике ВОЗ); $\beta - \text{const} = 0,04$; $\alpha - 1$ год лечения и реабилитации; r - ставка дисконтирования = 10% [Ростовцев В. Н., Ломать Л. Н., Рябкова О. И., Марченкова И. Б., Кузьменко В. Е., 2008; Эфрос Л. А., 2013].

Число лет жизни (L), которые осталось прожить человеку рассчитывались по формуле 3.

$$L = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^{i=kl} d_i t_i, \quad (3)$$

где: d_i - число случаев, зафиксированных для i -го возрастного периода;

t_i - средняя длительность состояния для i -го возрастного периода.

N - число всех учтенных случаев (формула 4).

$$N = \sum_{i=1}^{i=kl} d_i, \quad (4)$$

где: kl - количество возрастных интервалов;

i - номер возрастного интервала.

Расчет средней стоимости диагностики, лечения и реабилитации пациентов старческого возраста произведен согласно Генерального тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Белгородской области за 2014 год¹¹.

Утилитарный метод оценки качества жизни с экономической оценкой эффективности лечения проведен с помощью стоимостно-утилитарного анализа [Brown G. C., Sharma S., Brown M. M., Garretl S., 1999; Muennig P., 2002]. Для определения отношения приращения стоимости-эффективности на 1 пациента в год был использован коэффициент полезности (формула 5).

$$КП = \frac{OC_{oc} - OC_{кз}}{QALY_{oc} - QALY_{кз}}, \quad (5)$$

где: $КП$ – коэффициент полезности;

OC_{oc} – общая стоимость (основная группа);

$OC_{кз}$ – общая стоимость (контрольная группа);

$QALY_{oc}$ - основной группы;

$QALY_{кз}$ - контрольная группа.

¹¹ Генеральное тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Белгородской области на 2014 год [Электронный ресурс] // Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Белгородской области. – Режим доступа: <http://belfoms.ru/gts.htm>.

QALY (показатель продолжительности жизни, соотнесенный с его качеством – quality adjusted life years) определяли по формуле 6.

$$QALY = KЖСЗ * КЛ, \quad (6)$$

где: *КЖСЗ* - качество жизни (среднее значение) - прогностический показатель состояния здоровья;

КЛ (количество лет) - временной интервал, для которого проводится расчет.

2.9. Статистическая обработка данных и компьютерное обеспечение исследования

При статистическом анализе материала выполняли расчет интенсивных и экстенсивных показателей средних величин; для оценки значимости различий двух совокупностей мы применяли критерий t-Стьюдента; при проведении экспертной оценки применяли метод χ^2 -критерия Пирсона, позволяющий определить принадлежность определенного параметра программы обучения к высокому ее качеству и разработать оптимальные методы медико-социальной реабилитации пациентов.

При проведении статистической обработки данных, они были внесены в электронные таблицы «Excel», математико-статистическая обработка выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

Корреляционный анализ проводили с использованием компьютерной программы SPSS 15.0, результаты представлялись в процентном соотношении и в виде индексов (И), рассчитанных по следующей схеме: из суммы вариантов ответа «да» и «скорее, да» вычиталась сумма вариантов ответа «нет» и «скорее нет».

Статистическая обработка данных инструментов для изучения качества жизни у пожилых пациентов и пациентов старческого возраста (опросника SF-36) проводилась при помощи программы для анализа данных, специализированная под нужды специалистов, работающих в области медицины BioStat 2009.

Для определения показателей, определяющих степень тяжести синдрома старческой астении и, следовательно, требующих первоочередного внимания и коррекции, проведена математико-статистическая обработка результатов исследования с использованием методов главных компонент программы «Statsoft Statistica v10 EN».

Заключение к главе 2

Проведенное исследование по разработке, внедрению медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения с применением бригадного метода включало в себя пять этапов: клинико-эпидемиологический; медико-организационный; изучение распространенности синдрома старческой астении у хирургических больных; научное обоснование, разработка, апробация и оценка эффективности модели медико-социальной реабилитации больных старческого возраста после оперативного лечения с применением бригадного метода.

Базами исследования явились типичные современные многопрофильные городские организации, оказывающие плановую и экстренную помощь больным хирургического профиля, поэтому полученные данные можно применить к другим многопрофильным учреждениям. Предметом исследования явился контингент больных, пролеченных в хирургических отделениях клинических баз.

При проведении исследования был использован набор клинических, медико-организационных, медико-социальных, математико-статистических методов и методик, направленных на клинико-эпидемиологическое исследование хирургической патологии, влияние полиморбидности на течение, диагностику, тактику лечения больных старших возрастных групп; изучение медико-организационных аспектов помощи пациентам хирургического профиля, объема и качества реабилитационной помощи; изучение распространенности и влияния степени тяжести синдрома старческой астении на течение восстановительного периода у пациентов старших возрастных групп после оперативного лечения, разработку и внедрение индивидуальных реабилитационных программ медико-социальной реабилитации на основании данных специализированного гериатрического осмотра с применением бригадного метода для больных старческого возраста после оперативного лечения с оценкой эффективности модели.

При определении степени тяжести синдрома старческой астении использованы современные подходы исследования (IAGG) при помощи оригинальных компьютерных программ «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» и «Специализированный гериатрический осмотр в хирургии».

ГЛАВА 3. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ. СТАЦИОНАРНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

3.1. Возрастной анализ распространенности хирургической патологии в стационаре

Наиболее распространенной хирургической патологией у пациентов исследуемых возрастов достоверно является ЖКБ с острым или хроническим холециститом. Следует отметить, что при ЖКБ мы достоверно наблюдали увеличение частоты развития заболевания: с $26,5 \pm 0,5\%$ в среднем возрасте до $30,2 \pm 0,5\%$ в пожилом и $30,9 \pm 0,3\%$ в старческом возрасте, $p < 0,05$.

При остром аппендиците мы достоверно наблюдали возраст-зависимое снижение частоты развития заболевания. В среднем возрасте острый аппендицит диагностирован у $6,3 \pm 0,5\%$, в пожилом возрасте – у $2,7 \pm 0,6\%$, в старческом возрасте – у $1,8 \pm 0,4\%$, $p < 0,05$. Такая же тенденция наблюдалась и при грыжах различной локализации ($20,1 \pm 0,5\%$, $7,1 \pm 0,4\%$ и $5,0 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$).

Частота встречаемости облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей достоверно увеличилась в пожилом возрасте (с $4,6 \pm 0,5\%$ в среднем возрасте до $19,6 \pm 0,5\%$ в пожилом возрасте, $p < 0,05$) и уменьшилась в старческом возрасте до $11,3 \pm 0,3\%$ ($p < 0,05$). Такая же тенденция наблюдалась при сахарном диабете II типа с синдромом диабетической стопы ($2,9 \pm 0,5\%$, $7,7 \pm 0,4\%$, $6,5 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$). Вероятнее всего это связано с увеличением летальности пациентов пожилого возраста с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей и синдромом диабетической стопы [Кулешов Е. В., 2001; Брискин Б. С., Пузин С. Н., Костюченко Л. Н., 2006; Бронштейн А. С., Луцевич О. Э., Ривкин В. Л., Зеленин А. В., 2012].

Распространенность острого панкреатита наоборот достоверно уменьшалась с $6,9 \pm 0,4\%$ в среднем возрасте до $4,2 \pm 0,6\%$ в пожилом возрасте и увеличивалась до $7,8 \pm 0,4\%$ в старческом возрасте, $p < 0,05$.

При осложненной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз) частота развития неотложного состояния не зависела от возраста и наблюдалась у $5,5 \pm 0,5\%$ пациентов среднего возраста, у $4,9 \pm 0,6\%$ пожилого возраста и у $5,4 \pm 0,3\%$ старческого возраста.

Сравнительный анализ распространенности наиболее часто встречающейся хирургической патологии у пациентов среднего, пожилого и старческого возрастов в стационаре представлен в табл. 12.

Таблица 12

Сравнительный анализ наиболее часто встречающейся хирургической патологии у пациентов клинических баз (на 100 пациентов, %)

Хирургическая патология	Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
Острый аппендицит	6,3±0,5	2,7±0,6*	1,8±0,4*
Желчекаменная болезнь с холециститом	26,5±0,5	30,2±0,5*	30,9±0,3*
Острый панкреатит	6,9±0,4	4,2±0,6*	7,8±0,4**
Грыжи различной локализации	20,1±0,5	7,1±0,4*	5,0±0,4*,**
Язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, осложненная кровотечением или перфорацией	5,5±0,5	4,9±0,6	5,4±0,3
Острая кишечная непроходимость	2,3±0,5	4,6±0,6*	6,3±0,3*,**
Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей	4,6±0,5	19,6±0,5*	11,3±0,3*,**
Синдром диабетической стопы	2,9±0,5	7,7±0,4*	6,5±0,4*,**

*p<0,05 по сравнению с пациентами среднего возраста, **p<0,05 по сравнению с пациентами пожилого возраста

Таким образом, структура хирургической патологии у пациентов как среднего, так пожилого и старческого возраста одинакова, то есть, нет особых форм заболеваний, характерных только для пациентов старческого возраста.

Однако отмечается возраст-зависимое уменьшение встречаемости острого аппендицита, грыж различной локализации и возраст-зависимое увеличение встречаемости острой кишечной непроходимости. Встречаемость ЖКБ достоверно увеличивается в пожилом и старческом возрасте, однако достоверной разницы встречаемости данного заболевания между пациентами пожилого и старческого возраста не выявлено.

Встречаемость таких заболеваний как синдром диабетической стопы и облитерирующих заболеваний нижних конечностей достоверно увеличивается в пожилом возрасте и уменьшается к старческому возрасту.

3.2. Клиническая эпидемиология явления полиморбидности в разных возрастных группах

С возрастом пациентов достоверно отмечено увеличение встречаемости заболеваний сердечно-сосудистой системы (встречаемость ишемической болезни сердца увеличилась с $23,1 \pm 0,3\%$ у пациентов среднего до $71,2 \pm 0,3\%$ у пациентов пожилого и $72,2 \pm 0,1\%$ старческого возраста, $p < 0,05$), дыхательной системы (с $13,2 \pm 0,2\%$ до $22,7 \pm 0,3\%$ и $26,8 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$), нервной системы (с $6,4 \pm 0,1\%$ до $16,9 \pm 0,3\%$ и $27,9 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$). Встречаемость таких заболеваний сердечно-сосудистой системы как артериальная гипертензия, достоверно увеличивалась с $67,1 \pm 0,3\%$ в среднем возрасте до $70,0 \pm 0,3\%$ в пожилом возрасте и уменьшалась в старческом возрасте до $48,9 \pm 0,1\%$, $p < 0,05$. Такая же тенденция отмечается и при таком заболевании эндокринной системы как сахарный диабет II типа ($8,1 \pm 0,2\%$, $12,6 \pm 0,2\%$, $8,1 \pm 0,1\%$ соответственно, $p < 0,05$) (табл. 13).

Таблица 13

Сравнительный анализ встречаемости сопутствующей патологии у больных исследуемых групп (на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

Сопутствующая патология	Возраст пациентов ($M \pm m$, %)		
	средний	пожилой	старческий
Ишемическая болезнь сердца	$23,1 \pm 0,3$	$71,2 \pm 0,3^*$	$72,2 \pm 0,1^*$
Артериальная гипертензия	$67,1 \pm 0,3$	$70,0 \pm 0,3^*$	$48,9 \pm 0,1^{***}$
Хроническая обструктивная болезнь легких	$13,2 \pm 0,2$	$22,7 \pm 0,3^*$	$26,8 \pm 0,2^{***}$
Дисциркуляторная энцефалопатия	$6,4 \pm 0,1$	$16,9 \pm 0,3^*$	$27,9 \pm 0,2^{***}$
Сахарный диабет II типа	$8,1 \pm 0,2$	$12,6 \pm 0,2^*$	$8,1 \pm 0,1^{**}$
Ожирение	$9,4 \pm 0,2$	$2,6 \pm 0,1^*$	$2,6 \pm 0,1^*$
Хронический гастрит, язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки	$12,4 \pm 0,2$	$6,1 \pm 0,1^*$	$3,4 \pm 0,1^{***}$
Хронический панкреатит	$1,7 \pm 0,1$	$1,3 \pm 0,1$	$1,4 \pm 0,1$
Остеартроз суставов нижних конечностей	$1,6 \pm 0,1$	$3,1 \pm 0,1^*$	$3,2 \pm 0,1^*$

* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Достоверно уменьшилась встречаемость таких заболеваний: обмена веществ (ожирение - с $9,4 \pm 0,2\%$ в среднем возрасте до $2,6 \pm 0,1\%$ в пожилом и старческом возрасте, $p < 0,05$) и заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки - с $12,4 \pm 0,2\%$ в среднем возрасте до

6,1±0,1% в пожилом и 3,4±0,1% в старческом возрасте, $p < 0,05$). Встречаемость остеоартроза суставов нижних конечностей составила в среднем возрасте - 1,6±0,1%, и незначительно увеличивалась в пожилом и старческом возрасте (3,1±0,1% и 3,2±0,1% соответственно).

Следует отметить, что диагностике остеоартроза нижних конечностей в реальной практике хирургического стационара не уделяется должного внимания, так как зарегистрированные значения не соответствуют данным литературы [Малиновский Н. Н., Решетников Е. А., 1990; Котова Г. Н., 2001; Брискин Б. С., Пузин С. Н., Костюченко Л. Н., 2006; Бронштейн А. С., Луцевич О. Э., Ривкин В. Л., Зеленин А. В., 2012] и собственным данным, взятым из анализа заболеваемости поликлиник, что может влиять на течение послеоперационного периода. Наши данные анализа структуры хирургической патологии пациентов, наблюдающихся у хирурга поликлиники показали, что у 13,6±0,7% пациентов среднего, 26,9±0,9% пожилого и 28,4±1,4% старческого возраста диагностирован остеоартроз нижних конечностей.

Нами отмечено, что существуют отличия в распространенности сопутствующей патологии между пациентами среднего и пожилого возраста, и между пациентами пожилого и старческого возраста. С одной стороны, достоверно увеличивается встречаемость заболеваний сердечно-сосудистой системы (ИБС), дыхательной и нервной систем.

Однако достоверной разницы встречаемости ИБС у пациентов пожилого и старческого возраста не выявлено. С другой стороны, в старческом возрасте по сравнению с пожилым возрастом уменьшается встречаемость артериальной гипертензии, сахарного диабета II типа. Отмечено возраст-зависимое уменьшение встречаемости заболеваний обмена веществ (ожирение) и заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки).

Также выявлен ряд патологий, способных повлиять на качество жизни пациентов, особенно старческого возраста, которые не учитываются в хирургическом стационаре, например остеоартроз суставов нижних конечностей.

3.3. Индекс полиморбидности у пациентов хирургического профиля разного возраста

Сравнительный анализ полиморбидности у пациентов разных возрастных групп показал достоверное увеличение с возрастом пациента количества сопутствующей патологии (табл. 14, рис.2). Так, встречаемость одной сопутствующей патологии уменьшилась с $42,3 \pm 0,3\%$ в среднем возрасте до $30,0 \pm 0,3\%$ в пожилом возрасте ($p < 0,05$). Встречаемость двух сопутствующих патологий достоверно уменьшилась с $39,3 \pm 0,3\%$ в среднем возрасте до $18,3 \pm 0,3\%$ в пожилом возрасте и увеличилась до $22,4 \pm 0,2\%$ в старческом возрасте, $p < 0,05$. Встречаемость трех сопутствующих патологий достоверно уменьшилась с $8,9 \pm 0,2\%$ в среднем возрасте до $42,6 \pm 0,4\%$ в пожилом возрасте с уменьшением до $29,7 \pm 0,2\%$ в старческом возрасте ($p < 0,05$). Встречаемость четырех сопутствующих патологий достоверно увеличилась с $3,9 \pm 0,1\%$ в среднем возрасте до $6,9 \pm 0,1\%$ в пожилом и $36,7 \pm 0,2\%$ старческом возрасте ($p < 0,05$). Встречаемость пяти и более сопутствующих патологий достоверно увеличилась с $1,7 \pm 0,1\%$ до $2,2 \pm 0,1\%$ и $11,2 \pm 0,1\%$ соответственно, $p < 0,05$.

Таблица 14

Сравнительный анализ полиморбидности у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста (на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

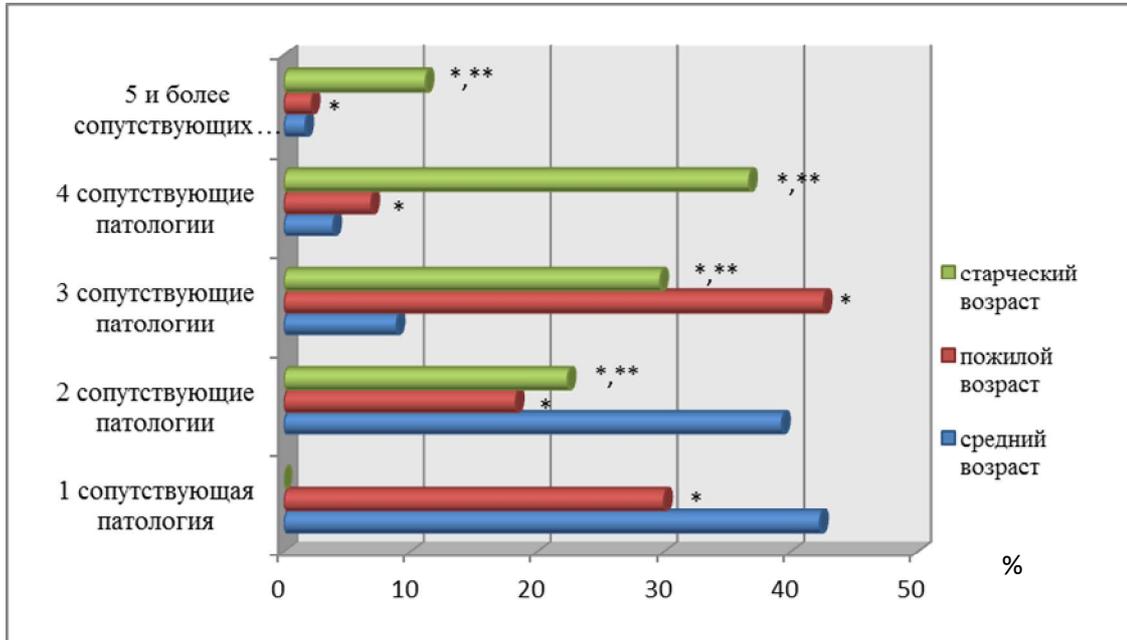
Сочетание сопутствующей патологии	Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
1 сопутствующая патология	$42,3 \pm 0,3$	$30,0 \pm 0,3^*$	-
2 сопутствующие патологии	$39,3 \pm 0,3$	$18,3 \pm 0,3^*$	$22,4 \pm 0,2^{***}$
3 сопутствующие патологии	$8,9 \pm 0,2$	$42,6 \pm 0,4^*$	$29,7 \pm 0,2^{***}$
4 сопутствующие патологии	$3,9 \pm 0,1$	$6,9 \pm 0,1^*$	$36,7 \pm 0,2^{***}$
5 и более сопутствующих патологий	$1,7 \pm 0,1$	$2,2 \pm 0,1^*$	$11,2 \pm 0,1^{***}$

* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Индекс полиморбидности у пациентов среднего возраста составил $1,8 \pm 0,1$; пожилого возраста - $2,4 \pm 0,1$; старческого - $3,7 \pm 0,1$.

Таким образом, сравнительный анализ полиморбидности у пациентов разных возрастных групп показал достоверное увеличение с возрастом пациента количества сопутствующей патологии и нарастание индекса полиморбидности. Сопутствующая патология и индекс полиморбидности обуславливают не только сложность диагностики

и лечения хирургического заболевания, но и влияют на течение послеоперационного периода, необходимость специализированного ухода. А использование синдромального подхода оценки функционального состояния пациента с учетом полиморбидного фона позволит подобрать наиболее эффективный и адекватный состоянию пациента комплекс реабилитационных средств в послеоперационном периоде.



* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Рис. 2. Сравнительный анализ полиморбидности у пациентов разных возрастных групп

3.4. Клинические особенности хирургической патологии в возрастном аспекте

3.4.1. Операционно-анестезиологический риск у пациентов разного возраста

Подверглось оперативному лечению $65,9 \pm 0,3\%$ пациентов среднего возраста, $50,2 \pm 0,1\%$ пациентов пожилого возраста и $41,3 \pm 0,3\%$ пациентов старческого возраста. Из них, $67,2\%$ пациентов среднего, $51,7\%$ пожилого и $44,7\%$ старческого возраста проведено оперативное лечение под общим обезболиванием.

Наличие и выраженность сопутствующих заболеваний, характер и необходимый объем оперативного лечения определяли операционно-анестезиологический риск, в связи с чем, только у $0,8 \pm 0,01\%$ больных среднего, у $19,7 \pm 0,2\%$ пожилого и $19,3 \pm 0,2\%$ старческого возраста хирургическая операция под общим обезболиванием была выполнена по жизненным показаниям.

При этом, среди больных, прооперированных под общим обезболиванием достоверно отмечено возраст-зависимое уменьшение количества пациентов, у которых

операционно-анестезиологический риск, определяемый согласно рекомендациям Московского научного общества анестезиологов – реаниматологов (МНОАР) для практического применения, составил 3 балла (с $67,9 \pm 0,4\%$ у пациентов среднего возраста до $52,4 \pm 0,6\%$ у пациентов пожилого и $22,1 \pm 0,3\%$ пациентов старческого возраста, $p < 0,05$) и увеличение пациентов с 4 баллами по МНОАР ($3,8 \pm 0,2\%$, $27,9 \pm 0,5\%$, $57,2 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$) и 5 баллами по МНОАР ($0,8 \pm 0,1\%$, $19,7 \pm 0,5\%$, $20,7 \pm 0,3\%$ соответственно, $p < 0,05$) (табл. 15).

Таблица 15

Операционно-анестезиологический риск у больных разных возрастов, перенесших оперативные вмешательства под общим обезболиванием (на 100 больных, $M \pm m$, %)

Степень операционно-анестезиологического риска	Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
II	$27,5 \pm 0,4$	-	-
III	$67,9 \pm 0,4$	$52,4 \pm 0,6^*$	$22,1 \pm 0,3^{***}$
IV	$3,8 \pm 0,2$	$27,9 \pm 0,5^*$	$57,2 \pm 0,4^{***}$
V	$0,8 \pm 0,1$	$19,7 \pm 0,5^*$	$20,7 \pm 0,3^*$

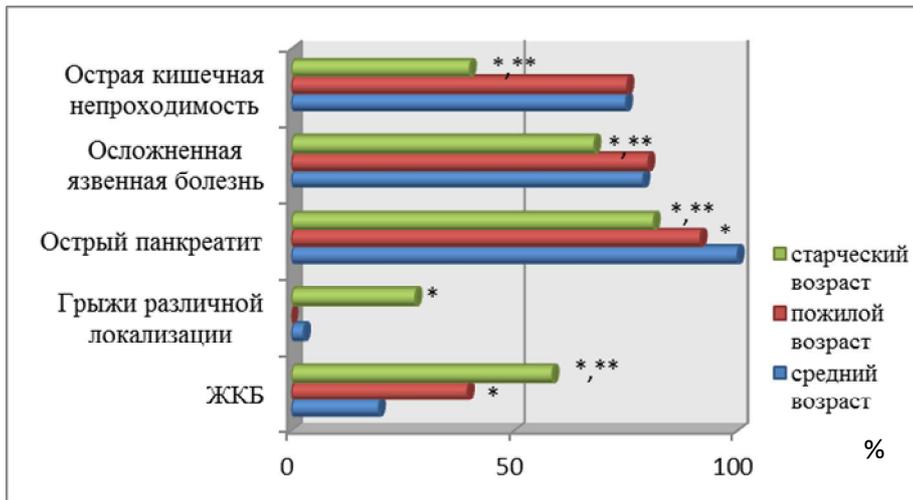
* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Таким образом, не только тяжесть хирургической патологии, но и наличие и выраженность сопутствующих заболеваний определяют возрастание операционно-анестезиологического риска пропорционально возрасту пациентов.

3.4.2. Возрастные особенности тактики хирургического лечения

Среди пациентов среднего возраста с заболеваниями желудочно-кишечного тракта прооперировано $70,9 \pm 0,3\%$, пожилого возраста – $48,7 \pm 0,4\%$, старческого – $45,5 \pm 0,2\%$.

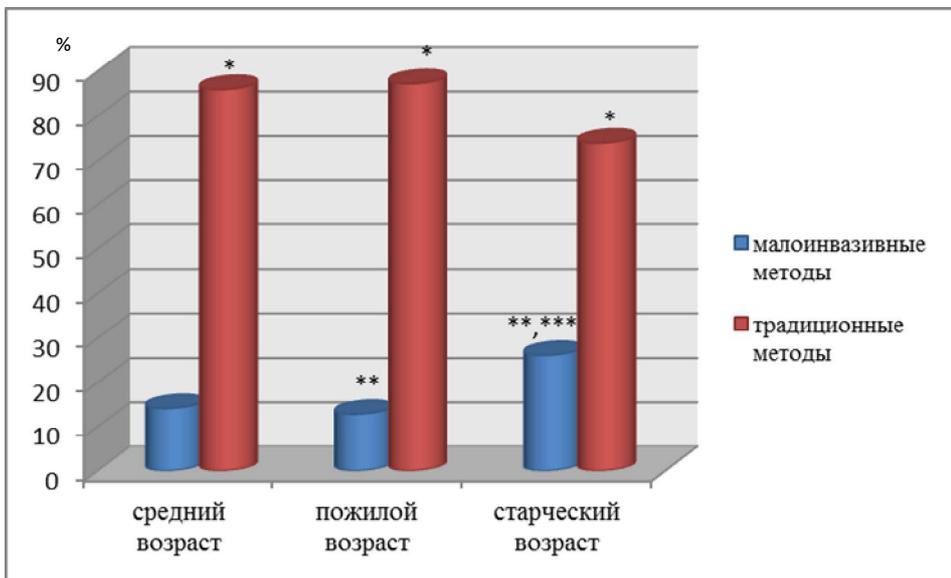
Сравнительный анализ тактики лечения больных показал следующее. Достоверно отмечается возраст-зависимое увеличение количества пациентов, у которых острую хирургическую патологию стараются купировать консервативными методами (табл. 16, рис.3). С ЖКБ воздержались от оперативного лечения $19,6 \pm 0,1\%$ пациентов среднего возраста, консервативно пролечено $39,5 \pm 0,5\%$ пациентов пожилого и $58,5 \pm 0,3\%$ старческого возраста ($p < 0,05$).



* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Рис. 3. Использование консервативных методов лечения у пациентов разных возрастных групп

При оперативном лечении ЖКБ достоверно было отмечено возраст-зависимое увеличение использования малоинвазивных методов лечения (с $14,1 \pm 0,3\%$ у пациентов среднего возраста и с $12,8 \pm 0,3\%$ у пациентов пожилого возраста до $26,1 \pm 0,3\%$ у пациентов старческого возраста) (рис.4).



* $p < 0,05$ по сравнению с малоинвазивными методами оперативного лечения внутри групп, ** $p < 0,05$ по сравнению с малоинвазивными методами оперативного лечения пациентов среднего возраста, *** $p < 0,05$ по сравнению с малоинвазивными методами оперативного лечения пациентов пожилого возраста

Рис. 4. Методы оперативного лечения, применяемые у пациентов с ЖКБ

Тактика лечения больных разных возрастов с хирургическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта
(на 100 больных с данной хирургической патологией, M±m, %)

Хирургическая патология	Средний возраст			Пожилой возраст			Старческий возраст		
	Консервативное лечение	Оперативное лечение		Консервативное лечение	Оперативное лечение		Консервативное лечение	Оперативное лечение	
		Малоинвазивные методы	Традиционные методы		Малоинвазивные методы	Традиционные методы		Малоинвазивные методы	Традиционные методы
Острый аппендицит	-	95,2±0,7	4,8±0,1 _{*#}	-	100 _{##}	-	-	33,3±0,1 _{##,###}	66,7±0,1 _#
Желчекаменная болезнь	19,6±0,1	14,1±0,3 _*	66,3±0,5 _{*#}	39,5±0,5 ^{**}	12,8±0,3 _{*,##}	47,7±0,5 _{*#}	58,5±0,3 _{**,***}	26,1±0,3 _{*,##,###}	15,4±0,2 _{*#}
Острый панкреатит	100	-	-	91,7±0,8 ^{**}	8,3±0,7 _*	-	81,2±0,5 _{**,***}	11,6±0,4 _{*,###}	7,2±0,3 _{*#}
Грыжи различных локализаций	2,8±0,2	74,3±0,5 [*]	22,9±0,5 _{*#}	-	33,3±0,4 _{###}	66,7±0,4 _#	27,8±0,6 _{**}	40,7±0,7 _{*,##,###}	31,5±0,6 _{*#}
Осложненная язвенная болезнь	78,9±0,9	-	21,1±0,9 _*	80,0±0,1	-	20,0±0,1 _*	67,9±0,6 _{**,***}	8,9±0,4 _*	23,2±0,5 _{*#}
Острая кишечная непроходимость	75,0±0,1	-	25,0±0,1 _*	75,3±0,4	-	24,7±0,2	40,0±0,7 _{*,***}	-	60,0±0,7 _*

*p<0,05 по сравнению с консервативным лечением внутри группы

**p<0,05 по сравнению с консервативным лечением пациентов среднего возраста

*** p<0,05 по сравнению с консервативным лечением пациентов пожилого возраста

#p<0,05 по сравнению с малоинвазивными методами оперативного лечения внутри групп

##p<0,05 по сравнению с малоинвазивными методами оперативного лечения пациентов среднего возраста

###p<0,05 по сравнению с малоинвазивными методами оперативного лечения пациентов пожилого возраста

Среди малоинвазивных методов лечения при ЖКБ применялись: у $8,7 \pm 0,3\%$ пациентов среднего, у $9,3 \pm 0,3\%$ пожилого и у $14,6 \pm 0,2\%$ пациентов старческого возраста - чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХС); у $5,4 \pm 0,3\%$ и $3,5 \pm 0,3\%$ и $6,7 \pm 0,2\%$ соответственно - эндоскопическая папиллосфинктеротомия с эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией (ЭПСТ + ЭРХПГ); у $4,8 \pm 0,2\%$ пациентов старческого возраста папиллотомия, стентирование холедоха.

Видеолапароскопическая холецистэктомия произведена: у $53,2 \pm 0,5\%$, $25,6 \pm 0,5\%$ и $10,1 \pm 0,2\%$ пациентов соответственно, $p < 0,05$. Холецистэктомия из мини-доступа: у $10,4 \pm 0,4\%$, $16,3 \pm 0,5\%$, $2,5 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$. У $2,7 \pm 0,2\%$, $5,8 \pm 0,3\%$ и $2,8 \pm 0,1\%$ соответственно ($p < 0,05$), у которых острый холецистит осложнился развитием разлитого перитонита, применялась традиционная холецистэктомия из широкого лапаротомного доступа.

При лечении грыж различной локализаций консервативные методы применены у $2,8 \pm 0,2\%$ больных среднего возраста и $27,8 \pm 0,6\%$ старческого возраста ($p < 0,05$).

Отмечено, что при некоторых заболеваниях отмечается возраст-зависимое уменьшение количества пациентов, у которых острую хирургическую патологию, вследствие тяжести состояния, не удается купировать консервативными методами. Например, при остром панкреатите компенсировать острое состояние удалось у всех пациентов среднего возраста, у $91,7 \pm 0,8\%$ пациентов пожилого возраста и $81,2 \pm 0,5\%$ старческого возраста ($p < 0,05$); при осложненной язвенной болезни ($78,9 \pm 0,9\%$, $80,0 \pm 0,1\%$ и $67,9 \pm 0,6\%$ соответственно, $p < 0,05$).

При острой кишечной непроходимости также достоверно отмечено уменьшение больных пролеченных консервативно ($75,0 \pm 0,1\%$, $75,3 \pm 0,4\%$ и $40,0 \pm 0,7\%$ соответственно, $p < 0,05$).

При остром аппендиците прооперированы все пациенты. Однако, достоверно отмечается увеличение количества пациентов, у которых на фоне атипичного течения патологии и развития общего перитонита, аппендэктомия произведена из срединного лапаротомного доступа (у $4,8 \pm 0,1\%$ пациентов среднего и у $66,7 \pm 0,1\%$ у пациентов старческого возраста).

При остром панкреатите достоверно отмечено увеличение использования малоинвазивных методов лечения с $8,3 \pm 0,7\%$ у пациентов пожилого возраста до

11,6±0,4% у пациентов старческого возраста, $p < 0,05$. Применялись: у пациентов пожилого возраста - лапароскопия с дренированием брюшной полости; у пациентов старческого возраста - ЭПСТ+ЭРХПГ, лапароскопия с дренированием брюшной полости и пункционное дренирование абсцесса у больных с нагноившейся кистой поджелудочной железы. У пациентов старческого возраста прибегнуть к лапаротомии, санации, дренированию брюшной полости пришлось у 5,8±0,3% больных; дренирование абсцесса брюшной полости + дренирование абсцесса сальниковой сумки у 1,4±0,3% больных с острым тотальным смешанным панкреонекрозом, осложнившимся гнойным оментобуситом, межпетельным абсцессом.

Большинство больных с грыжами передней брюшной стенки (54,3%) имели паховые грыжи. Для закрытия грыжевых ворот неущемленных паховых грыж у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста применялись: пластика по Лихтенштейну, Кукуджанову, Шоулдайсу, Постемпскому. Для пластики грыжевых ворот неущемленных пупочных грыж использовались: аллопластика, пластика по Мейо. Для пластики грыжевых ворот неущемленных бедренных грыж применялся способ Бассини. Для закрытия дефекта при послеоперационных грыжах использовалась аллопластика.

У 22,9±0,5% пациентов среднего, 66,7±0,4% пожилого и 17,7±0,6% старческого возраста с ущемленными грыжами различной локализации с некрозом участка тонкого кишечника произведена лапаротомия с резекцией участка тонкой кишки с наложением анастомоза. У 13,8±0,6% пациентов старческого возраста произведена лапаротомия, резекция сигмовидной кишки, наложение сигмостомы.

Среди прооперированных больных с осложненной язвенной болезнью обращает на себя внимание, что у 8,9±0,4% пациентов старческого возраста на фоне общего тяжелого состояния, с диагностической целью произведена лапароскопия.

Среди пациентов среднего возраста: у 10,5±0,7% произведено ушивание перфоративной язвы, у 5,3±0,6% - иссечение перфоративной язвы и пилороантрального отдела желудка и у 5,3±0,6% - резекция желудка по Бильрот-II (по поводу хронической язвы луковицы 12-перстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом). Среди пациентов пожилого возраста: у 10,0±0,1% произведена резекция желудка с гастроэнтероанастомозом по Ру и у 10,0±0,1% мостовидная дуоденопластика. Среди

пациентов старческого возраста: у $19,6 \pm 0,5\%$ выполнено ушивание перфоративной язвы, у $1,8 \pm 0,01\%$ - резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру и у $1,8 \pm 0,01\%$ - произведена экстратерриторизация язвы больших размеров.

Среди пациентов, страдающих облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей достоверно отмечается возраст-зависимое увеличение количества оперативных вмешательств, проводимых в экстренном порядке: с $0,9 \pm 0,4\%$ у пациентов среднего возраста до $2,5 \pm 0,5\%$ пожилого и $3,5 \pm 0,3\%$ старческого возраста, $p < 0,05$. У $0,6 \pm 0,01\%$ пациентов среднего возраста, у $0,7 \pm 0,4\%$ пожилого возраста произведены тромбэктомии из поверхностной бедренной артерии (ПБА), подколенной артерии (ПКА), задней большеберцовой артерии (ЗББА). У $0,3 \pm 0,01\%$ пациентов среднего, $1,8 \pm 0,5\%$ пожилого и $2,5 \pm 0,3\%$ старческого возраста произведены ампутации нижних конечностей на уровне бедра по поводу гангрены. У $0,8 \pm 0,01\%$ пациентов старческого возраста произведены экзартикуляции пальцев стоп с некрэктомией, у $0,2 \pm 0,01\%$ - реампутация культи бедра. Следует отметить, что у $0,4 \pm 0,01\%$ пациентов старческого возраста была культя другой нижней конечности на разных уровнях.

Среди пациентов, страдающих синдромом диабетической стопы отмечается достоверное возраст-зависимое увеличение количества оперативных вмешательств, проводимых в экстренном порядке: с $1,5 \pm 0,4\%$ у пациентов среднего до $2,1 \pm 0,3\%$ у пациентов пожилого и $3,1 \pm 0,3\%$ старческого возраста, $p < 0,05$. У $0,6 \pm 0,02\%$ пациентов среднего, $1,4 \pm 0,3\%$ пожилого и $1,4 \pm 0,3\%$ старческого возраста произведены ампутации нижних конечностей на разных уровнях вследствие развившейся влажной гангрены. У $0,9 \pm 0,01\%$ пациентов среднего, $0,7 \pm 0,02\%$ пожилого и $0,6 \pm 0,3\%$ старческого возраста - некрэктомия с экзартикуляцией пальцев стопы, вскрытие флегмоны стопы. У $0,6 \pm 0,3\%$ пациентов старческого возраста произведена экзартикуляция стоп по Шопару, у $0,5 \pm 0,3\%$ - секвестрэктомия ногтевых фаланг.

Таким образом, возрастание операционно-анестезиологического риска пропорционально возрасту пациентов приводит к увеличению количества пациентов, у которых острую хирургическую абдоминальную патологию предпочитают купировать консервативными методами, а из методов хирургического лечения предпочтение отдается малоинвазивным методам. У пациентов с облитерирующими заболеваниями

артерий нижних конечностей и синдромом диабетической стопы отмечается достоверное возраст-зависимое увеличение количества ампутаций нижних конечностей.

3.4.3. Течение раннего послеоперационного периода у пациентов разного возраста

Наше исследование показало достоверное возраст-зависимое увеличение количества осложнений раннего послеоперационного периода. Общесоматические осложнения при заболеваниях желудочно-кишечного тракта были у $0,8 \pm 0,02\%$ пациентов среднего возраста, у $3,9 \pm 0,3\%$ пожилого и у $7,9 \pm 0,2\%$ пациентов старческого возраста ($p < 0,05$). Такая же тенденция отмечается при синдроме диабетической стопы ($20,1 \pm 0,2\%$, $50,4 \pm 0,2\%$ и $81,8 \pm 0,5\%$ соответственно, $p < 0,05$) и облитерирующем атеросклерозе артерий нижних конечностей ($14,3 \pm 0,1\%$ и $21,4 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$) (табл. 17).

Также достоверно отмечено увеличение количества осложнений со стороны раны: при заболеваниях желудочно-кишечного тракта ($2,4 \pm 0,1\%$, $3,9 \pm 0,3\%$ и $5,1 \pm 0,1\%$ соответственно, $p < 0,05$); у пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей ($6,3 \pm 0,1\%$, $28,6 \pm 0,2\%$ и $29,2 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$). При синдроме диабетической стопы осложнения со стороны раны имелись только у $18,2 \pm 0,5\%$ пациентов старческого возраста.

С возрастом пациента отмечено достоверное увеличение летальности. У пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта летальность увеличилась с $1,6 \pm 0,1\%$ до $3,8 \pm 0,3\%$ и $8,1 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$. Среди пациентов страдающих облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей - $6,3 \pm 0,1\%$, $6,4 \pm 0,1\%$ и $7,6 \pm 0,3\%$ соответственно, $p < 0,05$. У пациентов с синдромом диабетической стопы летальность составила $10,1 \pm 0,1\%$, $13,6 \pm 0,1\%$ и $15,6 \pm 0,5\%$ соответственно, $p < 0,05$.

При анализе структуры летальности у пациентов среднего возраста с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, во всех случаях причиной смерти было хирургическое заболевание. У пациентов пожилого возраста с хирургическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта в $50,0\%$ случаев причиной смерти было не хирургическое заболевание, по поводу которого больному была произведена операция. Причинами смерти были: тромбоэмболия легочной артерии, застойная пневмония, острый инфаркт миокарда.

Частота ранних послеоперационных осложнений и летальность у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста (M±m, %)

Нозология	Средний возраст			Пожилой возраст			Старческий возраст		
	осложнения		летальность	осложнения		летальность	осложнения		летальность
	общесоматические	местные		общесоматические	местные		общесоматические	местные	
Заболевания желудочно-кишечного тракта	0,8±0,02	2,4±0,1*	1,6±0,1	3,9±0,3*	3,9±0,3**	3,8±0,3***	7,9±0,2* [#]	5,1±0,1** ^{###}	8,1±0,2*** ^{####}
Облитерирующий атеросклероз	-	6,3±0,1	6,3±0,1	14,3±0,1	28,6±0,2**	6,4±0,1	21,4±0,4 [#]	29,2±0,4**	7,6±0,3*** ^{####}
Синдром диабетической стопы	20,1±0,2	-	10,1±0,1	50,4±0,2* [#]	-	13,6±0,1***	81,8±0,5* [#]	18,2±0,5	15,6±0,5*** ^{####} _#

*p<0,05 по сравнению с общесоматическими осложнениями пациентов среднего возраста

**p<0,05 по сравнению с осложнениями со стороны раны пациентов среднего возраста

*** p<0,05 по сравнению с летальностью пациентов среднего возраста

[#]p<0,05 по сравнению с общесоматическими осложнениями пациентов пожилого возраста

^{###}p<0,05 по сравнению с осложнениями со стороны раны пациентов пожилого возраста

^{####}p<0,05 по сравнению с летальностью пациентов пожилого возраста

При анализе структуры летальности у пациентов старческого возраста отмечено: в 79,1% случаях причиной смерти было не хирургическое заболевание, а декомпенсация сопутствующей патологии. Основными причинами смерти были: острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС, атеросклеротического кардиосклероза; тромбоэмболия легочной артерии, застойная пневмония на фоне хронической обструктивной болезни легких, ишемический инфаркт в бассейне левой средней мозговой артерии.

Среди пациентов с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в 100% случаев у пациентов среднего возраста, в 89,1% случаях у пациентов пожилого и в 46,8% случаях у пациентов старческого возраста ($p < 0,05$) причиной смерти стала полиорганная недостаточность на фоне основного заболевания. В 10,9% случаях у пациентов пожилого и в 53,2% случаях у пациентов старческого возраста причиной смерти явилась сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС, постинфарктного кардиосклероза, тромбоэмболия легочной артерии ($p < 0,05$).

Что касается пациентов с синдромом диабетической стопы, то в 100%, 66,9% и 23,7% случаях соответственно ($p < 0,05$) причиной смерти стала полиорганная недостаточность на фоне основного заболевания. В 33,1% случаях у пациентов пожилого и в 76,3% - у пациентов старческого возраста причиной смерти явилась сердечно-сосудистая недостаточность на фоне ИБС, постинфарктного кардиосклероза ($p < 0,05$).

Таким образом, доля пациентов, у которых диагностируются осложнения раннего послеоперационного периода, увеличивается пропорционально возрасту пациента. Однако, если у пациентов среднего и пожилого возраста преобладают осложнения со стороны раны, то у пациентов старческого возраста – общесоматические. При этом, у пациентов старческого возраста причиной летальности в большинстве случаев явилась декомпенсация сопутствующей патологии, а не хирургическое заболевание.

Заключение к главе 3

Таким образом, полученные при проведении исследования данные показали, что структура хирургической патологии у пациентов как среднего, так пожилого и старческого возраста одинакова, то есть, нет особых форм заболеваний, характерных только для пациентов старческого возраста. Однако отмечается возраст-зависимое

уменьшение встречаемости острого аппендицита, грыж различной локализации и возраст-зависимое увеличение встречаемости острой кишечной непроходимости. Встречаемость ЖКБ достоверно увеличивается в пожилом и старческом возрасте, однако достоверной разницы встречаемости данного заболевания между пациентами пожилого и старческого возраста не выявлено. Встречаемость таких заболеваний как синдром диабетической стопы и облитерирующие заболевания нижних конечностей достоверно увеличивается в пожилом возрасте и уменьшается к старческому возрасту, что вероятнее всего, доказывает увеличение летальности пациентов пожилого возраста с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей и синдромом диабетической стопы.

Нами отмечено, что существуют отличия в распространенности сопутствующей патологии между пациентами среднего и пожилого возраста, и между пациентами пожилого и старческого возраста. С одной стороны, с возрастом пациентов нарастает индекс полиморбидности. Достоверно увеличивается встречаемость заболеваний сердечно-сосудистой системы (в частности, ИБС), дыхательной и нервной систем. Однако достоверной разницы встречаемости ИБС у пациентов пожилого и старческого возраста не выявлено. С другой стороны, в старческом возрасте по сравнению с пожилым возрастом уменьшается встречаемость артериальной гипертензии, сахарного диабета II типа. Также отмечено возраст-зависимое уменьшение встречаемости заболеваний обмена веществ (ожирение) и заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки). Также выявлен ряд патологий, способных влиять на качество жизни пациентов, особенно старческого возраста, которые не учитываются в хирургическом стационаре, например остеоартроз суставов нижних конечностей.

В нашем исследовании достоверно отмечено возрастание операционно-анестезиологического риска пропорционально возрасту пациентов и связанное с этим увеличение количества пациентов, у которых острую хирургическую патологию стараются купировать консервативными методами, а из методов хирургического лечения при абдоминальной патологии предпочтение отдается малоинвазивным методам. У пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей и

синдромом диабетической стопы отмечается достоверное возраст-зависимое увеличение количества ампутаций нижних конечностей.

Доля пациентов, у которых диагностируются осложнения раннего послеоперационного периода, увеличивается пропорционально возрасту пациента. Однако, если у пациентов среднего и пожилого возраста преобладают осложнения со стороны раны, то у пациентов старческого возраста – общесоматические. При этом, у пациентов старческого возраста причиной летальности в большинстве случаев явилась декомпенсация сопутствующей патологии, а не хирургическое заболевание.

Полученные нами данные, показывают, хирургическая помощь пациентам старческого возраста имеет возрастные особенности, связанные не только с хирургическим заболеванием, но и с общим индексом полиморбидности. Что требует разработки особых адекватных состоянию пациента старческого возраста подходов как к лечению, так и к последующей медико-социальной реабилитации.

ГЛАВА 4. СОСТОЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

4.1. Медико-организационные аспекты реабилитационных мероприятий у пациентов старческого возраста

4.1.1. Существующие подходы к реабилитации в стационаре больных хирургического профиля

В ходе исследования было установлено, что медико-социальная реабилитация у 98,4±0,4% пациентов среднего, у 92,6±0,5% пациентов пожилого, у 81,5±0,3% пациентов старческого возраста начиналась до оперативного лечения ($p < 0,05$). Предоперационная подготовка хирургических больных заключалась не только в дообследовании больного с целью диагностики основного заболевания и сопутствующей патологии, а также и в психологической подготовке к операции, которая заключалась в разъяснении больным и родственникам возможного объема оперативного лечения и особенностей послеоперационного периода, исходам и осложнениям заболевания, а также в подготовке больного к необходимой адаптации или реадaptации в послеоперационном периоде. То есть медицинская реабилитация в большинстве случаев начиналась с момента обращения больного к врачу-хирургу, поэтому психологическая подготовка пострадавшего находилась в компетенции только лечащего врача [Белова А. Н., Щепетова О. Н., 1998; Клячкин Л. М., Щегольков А. М., 2000; Медведев А. С., 2001; Елифанов В. А., 2005; Боголюбов В. М., 2010; Сигида Е. А., Лукьянова И. Е., Суханов В. Г., 2011].

Всем пациентам в раннем послеоперационном периоде наряду с лечебными мероприятиями, направленными на поддержку витальных функций, коррекцию сопутствующей патологии в стадии декомпенсации и субкомпенсации, уменьшение количества местных и общесоматических осложнений в послеоперационном периоде, стимуляцию репаративных процессов, с целью быстрее заживления послеоперационной раны, были назначены реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление здоровья и трудоспособности.

Уже с 1 суток после оперативного лечения 94,9±0,4% больным среднего, 81,6±0,6% пожилого и 73,7±0,7% старческого возраста назначался режим двигательной активности

($p < 0,05$). Однако, только $5,1 \pm 0,5\%$ хирургических больных среднего, $18,4 \pm 0,7\%$ пожилого и $26,3 \pm 0,3\%$ старческого возраста, в связи с тяжестью состояния, не могли получать в первые сутки после операции лечебную физкультуру ($p < 0,05$). Тем не менее, уже с первых дней после оперативного лечения всем (100%) больным проводился массаж грудной клетки и спины, поворот больного с боку на бок.

Ранняя двигательная активность больных (1-2 суток) применялась у $94,9 \pm 0,4\%$ пациентов среднего, у $73,6 \pm 0,4\%$ пожилого и у $65,3 \pm 0,7\%$ пациентов старческого возраста ($p < 0,05$) и являлась неотъемлемым фактором, без которого чрезвычайно трудно достичь лечебного эффекта (табл.18). Ранняя двигательная активность больных являлась составной частью как психологической, так и социальной реабилитации пациента после операции. Особенно это актуально у пациентов после ампутаций нижних конечностей, так как возможность передвижения (даже при использовании компенсирующих приспособлений) является позитивным фактором социальной адаптации пациентов. Ранняя активизация больных, перенесших ампутацию конечностей, а также зеркальная терапия, фантомная гимнастика способствовали снижению фантомных болей, формированию остаточной конечности, предупреждению атрофии мышц культи и увеличению мышечной силы, что содействовало подготовке культи к протезированию [Добровольский В. К., 1974].

Таблица 18

Методы и средства реабилитации, применяемые у пациентов после оперативного лечения в учреждении круглосуточного пребывания

Методы и средства реабилитации		Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
Режим двигательной активности		$94,9 \pm 0,4$	$81,6 \pm 0,6^*$	$73,7 \pm 0,7^{***}$
Ранняя двигательная активность (1-2 сутки)		$94,9 \pm 0,4$	$73,6 \pm 0,4^*$	$65,3 \pm 0,7^{***}$
Физиотерапевтические процедуры	всего	$73,5 \pm 0,6$	$58,9 \pm 0,4^*$	$43,4 \pm 0,4^{***}$
	на месте	$13,8 \pm 0,4$	$21,7 \pm 0,3^*$	$22,2 \pm 0,3^*$

* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста; ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Задачами ЛФК в раннем послеоперационном периоде (от момента окончания операции до 3-7 суток) являлась профилактика возможных ранних послеоперационных осложнений (гипостатической пневмонии, атонии кишечника, тромбозов и тромбоэмболий и т.д.), восстановление нарушенного механизма дыхания, улучшение

общего и местного лимфо- и кровообращения, а также повышение психоэмоционального тонуса больного. При этом, для тяжелых больных со строгим постельным режимом упражнения производились в положении больного на спине и включали дыхательные движения статического характера с использованием приемов откашливания и, в обязательном порядке, динамические движения на дистальные отделы конечностей. При постельном режиме упражнения выполнялись в положении полусидя, сидя, лежа на боку. При этом, использовались упражнения для всех суставов и мышечных групп в сочетании с дыхательными упражнениями (статического и динамического характера) [Добровольский В. К., 1974; Белова А. Н., Щепетова О. Н., 1998; Медведев А. С., 2010; Епифанов В. А., 2005].

Медико-социальная послеоперационная реабилитация в условиях хирургического отделения включала в себя медикаментозные и немедикаментозные методы: диетотерапия, медикаментозная терапия, ЛФК, дыхательная гимнастика, массаж, ранняя активация больных (кинезотерапия), физиолечение, применение психотерапевтических методов, обучение больного и родственников использованию компенсирующих устройств, обучение родственников специализированному уходу за больным старческого возраста, перенесшим оперативное лечение [Белова А. Н., Щепетова О. Н., 1998; Епифанов В. А., 2005].

В позднем послеоперационном периоде ЛФК применялось с целью восстановления жизненно-важных функций (кровообращение, дыхание, пищеварение, обмен веществ), стимуляция репаративных процессов в зоне оперативного вмешательства, укрепление мышц брюшного пресса (при операциях на органах брюшной полости), адаптация сердечно-сосудистой и дыхательной систем к возрастающей физической нагрузке. В данный период двигательная активность больного заключалась в перемещении в пределах палаты и отделения, при этом, больной должен был находиться в положении сидя до 50 % дня. Использовались активные движения для всех суставов и мышечных групп в сочетании с дыхательными упражнениями (статического и динамического характера) и упражнения для мышц туловища. А также дозированные прогулки (например, на физиопроцедуры) [Добровольский В. К., 1974; Белова А. Н., Щепетова О. Н., 1998; Медведев А. С., 2010].

Немаловажным являлось использование физиотерапевтических процедур, которые были назначены у $73,5 \pm 0,6\%$ больных среднего, у $58,9 \pm 0,4\%$ пожилого и у $43,4 \pm 0,4\%$ больных старческого возраста ($p < 0,05$) [Сосин И. Н., 1996; Елифанов В. А., Кузбашева Т. Г., 2004] (табл. 19).

Таблица 19

Распределение применяемых видов физиолечения в стационаре после оперативного лечения (на 100 больных, $M \pm m$, %)

Виды физиолечения		Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
Светолечение	Магнитолазерная терапия	$40,6 \pm 0,5$	$40,5 \pm 0,4$	$34,3 \pm 0,5^{*,**}$
	Ультрафиолетовое облучение	$10,9 \pm 0,4$	$13,7 \pm 0,2^*$	$28,4 \pm 0,4^{*,**}$
Магнитотерапия		$14,5 \pm 0,4$	$30,1 \pm 0,4^*$	$12,4 \pm 0,3^{*,**}$
Ультравысокочастотная терапия		$26,1 \pm 0,4$	$14,6 \pm 0,3^*$	$4,5 \pm 0,2^{*,**}$
Высокочастотная электротерапия	Дарсонвализация	$2,9 \pm 0,1$	$5,2 \pm 0,2^*$	$1,5 \pm 0,1^{*,**}$
Ингаляционная терапия	Щелочные ингаляции	$3,7 \pm 0,3$	$4,6 \pm 0,2^*$	$14,9 \pm 0,3^{*,**}$

* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Наиболее часто применялись следующие методы:

- светолечение: магнитолазерная терапия - МЛТ (у $40,6 \pm 0,5\%$ пациентов среднего, у $40,5 \pm 0,4\%$ пациентов пожилого и у $34,3 \pm 0,5\%$ пациентов старческого возраста, $p < 0,05$), ультрафиолетовое облучение - УФО (у $10,9 \pm 0,4\%$, $13,7 \pm 0,2\%$ и $28,4 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$).
- магнитотерапия: низкоинтенсивная импульсная магнитотерапия – МТ (у $14,5 \pm 0,4\%$, $30,1 \pm 0,4\%$ и $12,4 \pm 0,3\%$ соответственно, $p < 0,05$).
- ультравысокочастотная терапия - УВЧ (у $26,1 \pm 0,4\%$, $14,6 \pm 0,3\%$ и $4,5 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$).
- высокочастотная электротерапия: дарсонвальтерапия - ДВЛ (у $2,9 \pm 0,1\%$, $5,2 \pm 0,2\%$ и $1,5 \pm 0,1\%$ соответственно, $p < 0,05$).

Следует отметить, что в $3,7 \pm 0,3\%$, $4,6 \pm 0,2\%$ и $14,9 \pm 0,3\%$ случаях соответственно ($p < 0,05$) для профилактики легочных осложнений у тяжелых больных применялась ингаляционная терапия.

Количество процедур физиотерапии на одного пациента среднего возраста варьировало в зависимости от хирургического заболевания в среднем от $4,7 \pm 1,9$ до $7,7 \pm 1,8$; пожилого возраста - от $5,0 \pm 1,1$ до $8,2 \pm 0,3$ ($p < 0,05$); старческого – от $6,3 \pm 2,9$ до $8,6 \pm 0,7$. Также мы проанализировали место получения пациентами физиотерапевтических процедур. Обращает на себя внимание доля пациентов, которые вследствие тяжести состояния вынуждены были получать физиотерапевтические процедуры на месте – $13,8 \pm 0,4\%$ пациентов среднего, $21,7 \pm 0,3\%$ пожилого и $22,2 \pm 0,3\%$ старческого возраста. При этом достоверных данных отличия количества физиопроцедур на 1 пациента у лиц пожилого и старческого возраста не получено. Достоверно отмечено, что количество процедур, проводимых на месте у пациентов среднего возраста меньше, чем у пациентов пожилого и старческого возраста. Количество процедур на месте варьировало в среднем от $1,6 \pm 0,3$ до $4,2 \pm 0,8$; от $4,0 \pm 1,0$ до $8,3 \pm 2,4$ и от $6,0 \pm 1,2$ до $9,5 \pm 0,5$ соответственно, $p < 0,05$ (табл. 20).

Таблица 20

Среднее количество физиотерапевтических процедур на 1 пациента, применяемых у больных пожилого и старческого возраста после оперативного лечения в стационаре ($M \pm m$)

Нозология	Средний возраст		Пожилой возраст		Старческий возраст	
	всего	на месте	всего	на месте	всего	на месте
Острый аппендицит	$5,7 \pm 0,7$	$1,6 \pm 0,3^*$	$5,0 \pm 1,1$	$4,0 \pm 1,0^{**}$	$8,1 \pm 1,8^{**}$	$6,0 \pm 1,2^{**}$
Грыжи различной локализации	$5,8 \pm 1,3$	$3,2 \pm 1,3$	$6,1 \pm 1,8$	$6,7 \pm 1,2^{**}$	$6,3 \pm 2,9$	$9,0 \pm 2,0^{**}$
Желчекаменная болезнь с острым холециститом	$4,7 \pm 1,9$	$2,8 \pm 1,5$	$7,0 \pm 1,4$	$7,0 \pm 1,4^{**}$	$7,4 \pm 1,3$	$7,4 \pm 1,3^{**}$
Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей	$7,0 \pm 1,1$	$4,2 \pm 0,8^*$	$8,0 \pm 2,3$	$8,1 \pm 1,6^{**}$	$8,6 \pm 0,7$	$8,1 \pm 1,2^{**}$
Синдром диабетической стопы	$7,7 \pm 1,8$	$3,8 \pm 1,6$	$8,2 \pm 1,3$	$8,3 \pm 2,4^{**}$	$8,5 \pm 0,6$	$9,5 \pm 0,5^{**}$

* $p < 0,05$ внутри группы, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста

Что касается психотерапевтических методов реабилитации в стационаре, обращает на себя внимание, что, несмотря на высокую потребность в данном методе реабилитационных мероприятий, применение специальных психотерапевтических

методов не проводилось вследствие отсутствия психолога в штатном расписании многопрофильных больниц. Тем не менее, на наш взгляд и данные некоторых авторов [Демьянов Ю. Г., 1999; Краснова О. В., Лидерс А. Г., 2003; Волкова Т. Н., 2005] психотерапия является активным и эффективным инструментом вовлечения в процесс реабилитации самого пациента, активное участие которого необходимо для формирования механизмов самореабилитации как в медицинском, так и в социальном плане. Психотерапия проводилась лечащим врачом и была направлена на адаптацию больного к изменившимся, вследствие перенесенного оперативного лечения, условиям жизни, восстановлению физических, социальных и психологических ресурсов. Целью психотерапии в послеоперационном периоде явилась социализация пациента и интеграция человека в общество.

Всем больным (100%) с колостомами уже в раннем послеоперационном периоде использовались технические средства реабилитации – калоприемники. Обучение уходу за колостомами и правильному использованию различных видов калоприемников, а также применению герметиков и адсорбирующих фильтров прошло в стационаре $99,3 \pm 0,4\%$ больных среднего, $97,7 \pm 0,6\%$ больных пожилого и $92,3 \pm 0,2\%$ больных старческого возраста, $p < 0,05$. Причиной неполного охвата пациентов обучению ухода за колостомами ($0,7 \pm 0,02\%$, $2,3 \pm 0,1\%$ и $7,7 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$) явилось или тяжелое состояние больного (лежащие больные) или отказ пациента вследствие недостаточной мотивации к реабилитационным мероприятиям из-за изменений в психоэмоциональной сфере (психоэмоциональные кризы, депрессии, неврозы).

Целью использования технических средств реабилитации являлось частичное восстановление социально-бытового благополучия, техническая компенсация ограничения жизнедеятельности [Белова А. Н., Щепетова О. Н., 1998; Елифанов В. А., 2005; Медведев А. С., 2010].

Особое значение уделялось выработке совместно с больным режима питания для регуляции дефекации. Разработка режима питания производилась со всеми пациентами (100%) или родственниками при выписке из стационара.

Эффективность хирургической помощи и медицинской реабилитации определялась по общепринятым критериям, оценивающим степень восстановления нарушенных функций организма, то есть изменение общего состояния больного во

время динамического наблюдения в стационаре. Исход стационарного лечения определялся как «выздоровление», «улучшение», «без динамики», «ухудшение» и основывался на жалобах пациента при выписке и данных лабораторно-инструментального обследования. Из данных медицинской карты стационарного больного установлено: по окончании курса стационарного этапа медико-социальной реабилитации полное выздоровление было у $5,7 \pm 1,2\%$ пациентов среднего возраста, улучшение имело место у $91,7 \pm 1,6\%$ пациентов среднего, $92,6 \pm 1,3\%$ пациентов пожилого и у $86,6 \pm 0,9\%$ пациентов старческого возраста ($p < 0,05$), отсутствие динамики - у $2,4 \pm 0,9\%$, $5,3 \pm 0,9\%$ и $5,8 \pm 0,7\%$ пациентов соответственно ($p < 0,05$), ухудшение – у $0,2 \pm 0,1\%$, $2,1 \pm 0,7\%$ и $7,6 \pm 0,5\%$ соответственно, $p < 0,05$ (табл. 21).

Таблица 21

Исход стационарного этапа реабилитации пациентов (на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

Исход стационарного этапа реабилитации	Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
Выздоровление	$5,7 \pm 1,2$	-	-
Улучшение	$88,2 \pm 1,6$	$86,8 \pm 1,3$	$79,8 \pm 0,9^{*,**}$
Без динамики	$2,4 \pm 0,9$	$5,3 \pm 0,9^*$	$9,8 \pm 0,7^{*,**}$
Ухудшение	$6,1 \pm 0,5$	$7,9 \pm 0,7^*$	$10,4 \pm 0,5^{*,**}$

* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Таким образом, процесс восстановления функционального статуса и резервов пациентов, перенесших оперативное лечение, носил не системный характер, был фрагментарным и решал некоторые частные вопросы. Тем не менее, в реализуемых направлениях реабилитационные мероприятия были достаточно интенсивными, регулярными, индивидуально подобранными и дозированными. Как видно из результатов проведенного анализа, объем и начало реабилитационных мероприятий у пациентов после оперативного лечения решали: лечащий врач-хирург, врач-физиотерапевт, врач - ЛФК.

При этом, особых подходов к реабилитации пациентов среднего, пожилого и старческого возраста не отмечено. Однако, у пациентов старческого возраста были достоверно ниже медико-социальные показатели исхода стационарного лечения.

4.1.2. Характеристика проводимых реабилитационных мероприятий на амбулаторно-поликлиническом этапе после хирургических вмешательств

Наши данные показали, что после выписки из стационара 89,2±0,8% пациентов среднего, 76,1±0,7% пациентов пожилого и только 61,4±0,2% больных старческого возраста ($p<0,05$) после оперативного лечения наблюдались у участкового терапевта (врача общей практики) в поликлинике по месту жительства. Больные осматривались участковым терапевтом 1,3±0,2 раза. При этом, все пациенты среднего, 65,7±0,7% пациентов пожилого возраста и 34,9±0,3% старческого возраста посещали участкового терапевта самостоятельно ($p<0,05$), а 10,4±0,3% пациентов пожилого и 26,5±0,3% пациентов старческого возраста ($p<0,05$) участковый терапевт посещал на дому. 44,4±0,5% пациентов пожилого и 26,7±0,3% пациентов старческого возраста посещали поликлинику 1 раз в месяц ($p<0,05$). Большинство пациентов среднего возраста (67,2±0,7%), 9,3±0,3% пациентов пожилого и 5,7±0,2% пациентов старческого возраста посещали поликлинику несколько раз в месяц, $p<0,05$ (табл. 22).

Таблица 22

Медико-социальные реабилитационные мероприятия у пациентов после выписки
(на 100 пациентов, $M\pm m$, %)

Параметр		Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
Наблюдение у участкового терапевта	всего	89,2±0,8	76,1±0,7*	61,4±0,2***
	самостоятельное посещение врача	89,2±0,8	65,7±0,7*	34,9±0,3***
	посещение на дому	-	10,4±0,3	26,5±0,3***
Наблюдение у хирурга	всего	76,2±0,7	57,1±0,6*	43,2±0,3***
	самостоятельное посещение	76,2±0,7	42,8±0,5*	12,8±0,2***
Нуждаемость в перевязках		7,5±0,4	29,7±1,7*	35,1±0,7***
Осмотр другими специалистами		17,3±0,6	38,7±0,5*	42,9±0,3***

* $p<0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, *** $p<0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Таким образом, среди пациентов среднего возраста после оперативного лечения, 76,2±0,7% осмотрены хирургом поликлиники, среди пациентов пожилого возраста - 57,1±0,6%, старческого возраста - 43,2±0,3% ($p<0,05$). При этом, все пациенты среднего возраста, 42,8±0,5% пациентов пожилого и 12,8±0,2% старческого возраста самостоятельно посещали хирурга в поликлинике ($p<0,05$). В перевязках после выписки из стационара нуждались 7,5±0,4%, 29,7±1,7% и 35,1±0,7% опрошенных соответственно,

$p < 0,05$. При этом, все пациенты среднего, $28,1 \pm 0,6\%$ пациентов пожилого и $9,7 \pm 0,1\%$ пациентов старческого возраста посещали для этого в поликлинику, $p < 0,05$. А $1,6 \pm 0,1\%$ пациентов пожилого и $25,4 \pm 0,3\%$ пациентов старческого возраста ($p < 0,05$) не могли из-за тяжести состояния посещать поликлинику, поэтому перевязки им делали родственники.

У хирурга наблюдались несколько раз за год $36,7 \pm 0,6\%$, $43,9 \pm 0,4\%$ и $23,4 \pm 0,2\%$ пациентов соответственно ($p < 0,05$), что является косвенным признаком утяжеления соматического состояния больных, ограничивающего возможность передвижения пациентов и физическую досягаемость поликлиники [Малиновский Н. Н., Решетников Е. А., 1990; Пузин С. Н., Модестов А. А., Подкорытов А. В., 2007].

Другими специалистами (неврологом, эндокринологом, гастроэнтерологом) было осмотрено $17,3 \pm 0,6\%$, $38,7 \pm 0,5\%$ и $42,9 \pm 0,3\%$ больных соответственно, $p < 0,05$.

На амбулаторно-поликлиническом этапе у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста после оперативного лечения применялись различные методы медикаментозного и немедикаментозного воздействия. К основным средствам медико-социальной реабилитации на поликлиническом этапе относят: лечебную физическую культуру, физиотерапию, массаж [Белова А. Н., Щепетова О. Н., 1998; Котова Г. Н., 2001; Медведев А. С., 2010].

Из активных реабилитационных мероприятий наиболее часто назначалась ЛФК – $89,2 \pm 0,8\%$, $64,2 \pm 0,7\%$ и $25,6 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$. Физиолечение применялось у $78,9 \pm 0,8\%$, $43,2 \pm 0,6\%$ и $15,8 \pm 0,3\%$ больных соответственно, $p < 0,05$. Лечебный массаж осуществляли $82,3 \pm 0,7\%$, $35,9 \pm 0,6\%$ и $10,5 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$ (табл. 23).

Таблица 23

Использование основных средств медико-социальной реабилитации на поликлиническом этапе (на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

Основные средства медико-социальной реабилитации	Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
Лечебная физкультура	$89,2 \pm 0,8$	$64,2 \pm 0,7^*$	$25,6 \pm 0,4^{*,**}$
Физиотерапевтические процедуры	$78,9 \pm 0,8$	$43,2 \pm 0,6^*$	$15,8 \pm 0,3^{*,**}$
Лечебный массаж	$82,3 \pm 0,7$	$35,9 \pm 0,6^*$	$10,5 \pm 0,2^{*,**}$

* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Несмотря на то, что в медицинской реабилитации больных старших возрастных групп предпочтительно использование немедикаментозных видов восстановительного

лечения, наше исследование показало, что частота применения медикаментозных средств у больных как пожилого так и старческого возраста после оперативного лечения составила 100%, при этом в 89,1% и 93,4% соответственно ($p < 0,05$) медикаментозная терапия была направлена на компенсацию сопутствующей терапии.

У большей части больных назначалось два-три метода медикаментозного и немедикаментозного воздействия ($86,1 \pm 0,8\%$, $66,9 \pm 1,7\%$ и $37,9 \pm 1,4\%$ соответственно, $p < 0,05$). У $3,1 \pm 0,4\%$, $9,2 \pm 1,3\%$ и $23,5 \pm 2,1\%$ больных соответственно применено три-четыре метода ($p < 0,05$).

С целью контроля динамики реабилитационного процесса пациентам проводились различные лабораторные и инструментальные методы обследования. Лабораторные исследования использованы со следующей частотой: биохимическое исследование крови – у $17,3 \pm 0,4\%$, $48,3 \pm 0,6\%$ и $16,7 \pm 0,4\%$ соответственно ($p < 0,05$), общеклинические исследования – $29,7 \pm 0,7\%$, $62,6 \pm 0,6\%$ и $34,3 \pm 0,5\%$ соответственно, $p < 0,05$. Инструментальные методы использовались редко - только у $14,3 \pm 0,9\%$, $34,2 \pm 0,6\%$ и $9,3 \pm 1,3\%$ пациентов соответственно ($p < 0,05$), из них ультразвуковое исследование органов брюшной полости – у $2,1 \pm 0,3\%$, $5,7 \pm 0,4\%$ и $3,2 \pm 0,2\%$ соответственно ($p < 0,05$), рентгенография органов грудной клетки - у $45,2 \pm 0,9\%$, $28,5 \pm 0,6\%$ и $6,1 \pm 0,5\%$ соответственно, $p < 0,05$ (табл. 24).

Психотерапевтические мероприятия в условиях амбулаторно-поликлинического этапа не проводились вследствие отсутствия штатной единицы психолога в поликлинике.

Таблица 24

Использование лабораторных и инструментальных методов обследования
(на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

Основные методы обследования		Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
Лабораторные исследования	Общий анализ крови, мочи	$29,7 \pm 0,7$	$62,6 \pm 0,6^*$	$34,3 \pm 0,5^{*,**}$
	Биохимический анализ крови	$17,3 \pm 0,4$	$48,3 \pm 0,6^*$	$16,7 \pm 0,4^{**}$
Инструментальные методы	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	$2,1 \pm 0,3$	$5,7 \pm 0,4^*$	$3,2 \pm 0,2^{*,**}$
	Рентгенография органов грудной клетки	$45,2 \pm 0,9$	$28,5 \pm 0,6^*$	$6,1 \pm 0,5^{*,**}$

* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Разработка индивидуальных реабилитационных программ, а также проведение консультации с пациентами и их родственниками по осуществлению медико-социальной реабилитации и использованию и обучению различных подручных средств и приспособлений у пациентов после оперативного лечения не применялись.

Следует отметить, что среди пациентов, нуждающихся в протезировании, 24,3% протезировано в первый год после операции, 37,8% - на второй год. Среди пациентов, нуждающихся в ношении ортопедической обуви, только 47,3% рекомендовано ношение. Однако, использование данной обуви отмечено только у 9,6%.

Таким образом, пациенты после оперативного лечения в большинстве случаев ($89,2 \pm 0,8\%$, $76,1 \pm 0,7\%$ и $61,4 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$) проходят мероприятия медико-социальной реабилитации у участкового терапевта или врача общей практики с редкими консультациями хирурга. Довольно большое количество пациентов ($23,9 \pm 0,8\%$ пациентов пожилого и $38,6 \pm 0,2\%$ пациентов старческого возраста соответственно, $p < 0,05$) после выписки из стационара были предоставлены сами себе, родственникам, соседям, социальным работникам.

Таким образом, что у пациентов старческого возраста объем реабилитационных мероприятий в позднем послеоперационном периоде на амбулаторно-поликлиническом этапе был достоверно меньше, чем у пациентов среднего и пожилого возраста. Следовательно, частота и объем применения основных методов реабилитационной направленности в амбулаторно-поликлиническом звене у пациентов старческого возраста недостаточны. Нерегулярность посещения участкового врача и хирурга с целью коррекции лечения требует дальнейшего изучения и показывает необходимость применения особых методов и средств реабилитации у больных именно старческого возраста.

4.2. Информированность пациентов о реабилитации в отдаленном послеоперационном периоде

Среди опрошенных, одиноко проживающих пациентов было $12,3 \pm 0,4\%$, остальные респонденты проживали: с супругом (супругой) - $70,2 \pm 0,6\%$; с детьми, внуками - $14,0 \pm 0,4\%$; с другими родственниками - $3,5 \pm 0,3\%$. После выписки из стационара, $75,4 \pm 0,5\%$ опрошенных отметили, что им помогали только родные и

близкие, а $8,8\pm 0,3\%$ обслуживали себя сами. В помощи социального работника однозначно нуждались, по их мнению, $8,5\pm 0,3\%$.

Среди тех пациентов, которые знали, что надо наблюдаться после выписки из стационара, $71,9\pm 0,6\%$ респондентов наблюдались у участкового терапевта по поводу хирургического заболевания. При этом среди тех, кто наблюдался у участкового терапевта, более всего посещавших поликлинику несколько раз в полугодие ($41,1\pm 0,5\%$), раз в год - $8,8\pm 0,4\%$, раз в месяц - $5,3\pm 0,4\%$. По поводу сопутствующей патологии наблюдались у терапевта $56,1\%$ опрошенных.

О том, что им необходимо после выписки из стационара наблюдаться у хирурга по месту жительства знали $66,7\pm 0,5\%$. При этом $54,4\pm 0,5\%$ посещали хирурга поликлиники самостоятельно. Основная часть опрошенных ($43,9\pm 0,6\%$) сообщила, что наблюдалась у хирурга всего лишь несколько раз в год, $12,3\pm 0,3\%$ - 1 раз в год, и только $10,5\pm 0,3\%$ - 1 раз в месяц.

В перевязках после выписки из стационара нуждались $35,1\pm 0,6\%$ опрошенных. При этом, $28,1\pm 0,4\%$ пациентов ходили для этого в поликлинику, а $5,3\pm 0,3\%$ перевязки делали родственники и только $1,7\pm 0,2\%$ - медицинские работники на дому.

К услугам психолога в послеоперационном периоде не обращался ни один пациент, что, обусловлено, вероятнее всего, отсутствием штатной единицы психолога в поликлинике.

Знали о том, что надо заниматься лечебной физкультурой, только $45,6\pm 0,6\%$ пациентов. При этом регулярно ЛФК занимались $31,6\pm 0,3\%$ пациентов; занимались продолжительно, но не регулярно - $8,8\pm 0,3\%$; начал заниматься и бросил - $5,3\pm 0,3\%$ (табл. 25).

Таблица 25

Позиция пациентов в отношении занятий лечебной физкультурой после выписки из стационара (на 100 больных, $M\pm m$, %)

Позиция пациентов в отношении занятий лечебной физкультурой	$M\pm m$ (%)
Занимался лечебной физкультурой регулярно	$31,6\pm 0,4$
Начал заниматься лечебной физкультурой и бросил	$5,3\pm 0,3$
Занимался продолжительно лечебной физкультурой, но не регулярно	$8,8\pm 0,3$
Не занимался	$54,4\pm 0,6$

О том, что им необходимы физиотерапевтические процедуры, знали $15,8 \pm 0,5\%$; о необходимости лечебного массажа - $10,5 \pm 0,3\%$.

В ходе опросе пациентов об удовлетворенности предложенными им мероприятиями медико-социальной реабилитации отмечено: $31,6 \pm 0,6\%$ по их оценкам, однозначно нуждались в предложенных им реабилитационных мероприятиях, $57,9 \pm 0,6\%$ считали, что не нуждались, а $10,5 \pm 0,3\%$ отметили, что скорее нуждались, чем не нуждались. При этом, индекс удовлетворенности реабилитацией был отрицательным и равнялся $-21,1 \pm 0,2$ балла (табл. 26).

Таблица 26

Оценка респондентами удовлетворенности реабилитационными мероприятиями в позднем послеоперационном периоде (на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

Позиция пациента в отношении удовлетворенности реабилитационными мероприятиями	$M \pm m$ (%)
Нуждался однозначно	$31,6 \pm 0,6$
Не нуждался	$57,9 \pm 0,6$
Скорее нуждался, чем не нуждался	$10,5 \pm 0,3$
Индекс ориентации на реабилитацию	$-21,1 \pm 0,2$

Проводя изучение удовлетворенности пациентов реабилитационной помощью мы столкнулись с низкой степенью осведомленности населения о методах и средствах реабилитации. То есть при опросе респондентов оказалось, что ни один пациент не знает, что такое реабилитация и какие методы реабилитации необходимы были после выписки из стационара. На этом этапе анализа можно отметить недооценку пациентами необходимости медицинского наблюдения и лечения после выписки из стационара, а, следовательно, низкий уровень притязаний в отношении необходимых мероприятий восстановительного лечения. Это подтверждается и является следствием отрицательного индекса ориентации на реабилитацию в позднем послеоперационном периоде.

Таким образом, результаты нашего социологического опроса показали отрицательный индекс и низкую мотивацию на реабилитацию пациентов из-за недостаточной информированности о возможных и необходимых методах не только медицинской, но и социальной и психологической реабилитации. Это подтверждается небольшим объемом реабилитационных мероприятий и низкой посещаемостью пациентами участкового терапевта и хирурга после выписки из стационара.

4.3. Эффективность реабилитации у больных старческого возраста

4.3.1. Медико-социальные показатели эффективности реабилитации пациентов старческого возраста

Осложнения позднего послеоперационного периода диагностированы у $0,2 \pm 0,01\%$ пациентов среднего, $3,8 \pm 0,1\%$ пожилого и у $8,6 \pm 0,2\%$ старческого возраста (табл. 27). Нагноение послеоперационной раны достоверно отмечено у $0,2 \pm 0,1\%$, $1,1 \pm 0,1\%$ и $1,5 \pm 0,1\%$ соответственно ($p < 0,05$), рецидив заболевания – у $0,03 \pm 0,01\%$, $0,3 \pm 0,01\%$ и $2,3 \pm 0,1\%$ соответственно ($p < 0,05$), появление послеоперационных грыж - у $1,2 \pm 0,1\%$ пациентов пожилого и $1,8 \pm 0,1\%$ старческого возраста ($p < 0,05$), летальность составила - $1,6 \pm 0,1\%$ пациентов пожилого и $4,8 \pm 0,2\%$ старческого возраста ($p < 0,05$).

Таблица 27

Осложнения позднего послеоперационного периода
(на 100 прооперированных больных, $M \pm m$, %)

Осложнения	Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
Нагноение раны	$0,2 \pm 0,1$	$1,1 \pm 0,1^*$	$1,5 \pm 0,1^{***}$
Рецидив заболевания	$0,03 \pm 0,01$	$0,3 \pm 0,01^*$	$2,3 \pm 0,1^{***}$
Послеоперационные грыжи	-	$1,2 \pm 0,1$	$1,8 \pm 0,1^{**}$
Летальность	-	$1,6 \pm 0,1$	$4,8 \pm 0,2^{**}$

* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

Основные медико-социальные показатели течения хирургического заболевания: обращаемость на станцию скорой помощи у лиц среднего возраста составила $0,7 \pm 0,2$, пожилого возраста $2,7 \pm 0,1$, старческого возраста - $6,1 \pm 0,2$ ($p < 0,05$); количество посещений поликлиники ($2,1 \pm 0,2$; $2,3 \pm 0,1$ и $1,4 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$) и вызова врача на дом по поводу ухудшения состояния ($0,6 \pm 0,1$; $1,3 \pm 0,1$ и $5,3 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$), количество госпитализаций - $0,4 \pm 0,1$; $1,1 \pm 0,1$ и $2,7 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$ (табл. 28).

Таким образом, встречаемость осложнений позднего послеоперационного периода больше у пациентов старческого возраста, чем у пациентов пожилого и среднего возраста. Основные медико-социальные показатели течения хирургического заболевания также достоверно хуже у пациентов старческого возраста.

Основные медико-социальные показатели ($M \pm m$, за год на 1 пациента)

Медико-социальный показатель	Средний возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
Обращаемость на станцию скорой помощи	0,7 \pm 0,2	2,7 \pm 0,1*	6,1 \pm 0,2 ^{*,**}
Посещаемость поликлиники по поводу ухудшения состояния	2,1 \pm 0,2	2,3 \pm 0,1	1,4 \pm 0,2 ^{*,**}
Вызов врача на дом по поводу ухудшения состояния	0,6 \pm 0,1	1,3 \pm 0,1*	5,3 \pm 0,2 ^{*,**}
Количество экстренных госпитализаций	0,4 \pm 0,1	1,1 \pm 0,1*	2,7 \pm 0,2 ^{*,**}

* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами среднего возраста, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами пожилого возраста

4.3.2. Качество жизни пациентов старческого возраста после оперативного лечения

При сравнении результатов опроса респондентов в раннем послеоперационном периоде достоверно отмечено, что практически все показатели физического и психического компонента здоровья ниже у пациентов старческого возраста: общее здоровье у пациентов среднего возраста после операции равно 56,9 \pm 2,2, у пациентов пожилого возраста - 52,1 \pm 2,3, у пациентов старческого возраста - 33,1 \pm 1,6 ($p < 0,05$); физическое функционирование - 64,8 \pm 3,1; 63,7 \pm 3,6 и 23,4 \pm 1,4 соответственно ($p < 0,05$); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием - 45,5 \pm 3,4, 51,2 \pm 2,8 и 2,6 \pm 0,7 соответственно ($p < 0,05$); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием - 57,3 \pm 3,1; 47,3 \pm 1,3 и 10,7 \pm 1,7 соответственно ($p < 0,05$); социальное функционирование - 56,6 \pm 1,6; 51,5 \pm 2,8 и 46,4 \pm 2,4 соответственно ($p < 0,05$); интенсивность боли - 55,8 \pm 2,7; 28,4 \pm 2,4 и 26,3 \pm 1,6 соответственно ($p < 0,05$); жизненная активность - 54,6 \pm 2,1; 53,8 \pm 3,1 и 28,7 \pm 1,7 соответственно ($p < 0,05$); ментальное здоровье - 65,1 \pm 2,8; 59,4 \pm 3,2 и 35,6 \pm 2,4 соответственно, $p < 0,05$ (табл. 29).

Следует отметить, что у пациентов среднего и пожилого возраста по таким параметрам, как общее здоровье (56,9 \pm 2,2 и 52,1 \pm 2,3 соответственно), физическое функционирование (64,8 \pm 3,1 и 63,7 \pm 3,6 соответственно), социальное функционирование (56,6 \pm 1,6 и 51,5 \pm 2,8 соответственно), жизненная активность (54,6 \pm 2,1 и 53,8 \pm 3,1 соответственно) ментальное здоровье (65,1 \pm 2,8 и 59,4 \pm 3,2 соответственно) достоверных отличий не отмечено. У пациентов пожилого и старческого возраста по таким параметрам,

как социальное функционирование (51,5±2,8 и 46,4±2,4, соответственно), боль (28,4±2,4 и 26,3±1,6 соответственно) достоверных отличий не отмечено (табл. 29, рис. 5).

Таблица 29

Сравнение средних показателей качества жизни пациентов по группам
(M±m, в баллах)

Шкалы SF-36	Средний возраст		Пожилой возраст		Старческий возраст	
	после операции (n=56)	через 1 год (n=32)	после операции (n=32)	через 1 год (n=48)	после операции (n=31)	через 1 год (n=98)
Общее здоровье (GH)	56,9±2,2	67,1±2,9*	52,1±2,3	54,2±2,5***	33,1±1,6**,#	37,9±1,6*,***,##
Физическое функционирование (PF)	64,8±3,1	80,9±2,6*	63,7±3,6	71,1±3,2*,***	23,4±1,4**,#	26,3±1,9***,##
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	45,5±3,4	73,9±3,2*	51,2±2,8**	73,4±1,6*	2,6±0,7**,#	43,9±1,6*,***,##
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	57,3±3,1	73,1±3,1*	47,3±2,3**	58,9±2,1*,***	10,7±1,7**,#	47,7±2,6*,***,##
Социальное функционирование (SF)	56,6±1,6	65,5±2,5*	51,5±2,8	53,6±2,3***	46,4±2,4**	49,8±1,5***
Боль (BP)	55,8±2,7	71,9±3,1*	28,4±2,4**	67,3±3,2*	26,3±1,6**	46,2±2,3*,***,##
Жизненная активность (VT)	54,6±2,1	59,8±3,2	53,8±3,1	57,6±3,6	28,7±1,7**,#	37,6±1,8*,***,##
Ментальное здоровье (MH)	65,1±2,8	65,3±3,9	59,4±3,2	65,8±3,1	35,6±2,4**,#	47,4±1,6*,***,##

*p<0,05 внутри группы, **p<0,05 по сравнению с пациентами среднего возраста после операции, ***p<0,05 по сравнению с пациентами среднего возраста через 1 год после операции, # p<0,05 по сравнению с пациентами пожилого возраста после операции, ## p<0,05 по сравнению с пациентами пожилого возраста через 1 год после операции

Через 1 год после оперативного лечения у пациентов среднего возраста достоверно отмечено улучшение параметров физического компонента здоровья: общего здоровья - с 56,9±2,2 до 67,1±2,9 (p<0,05), физического функционирования – с 64,8±3,1 до 80,9±2,6 (p<0,05), ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием – с 45,5±3,4 до 73,9±3,2 (p<0,05), интенсивность боли – с 55,8±2,7 до 71,9±3,1 (p<0,05) и таких показателей психического здоровья: ролевое функционирование, обусловленное

эмоциональным состоянием – с $57,3 \pm 3,1$ до $73,1 \pm 3,1$ ($p < 0,05$), социальное функционирование – с $56,6 \pm 1,6$ до $65,5 \pm 2,5$ ($p < 0,05$).

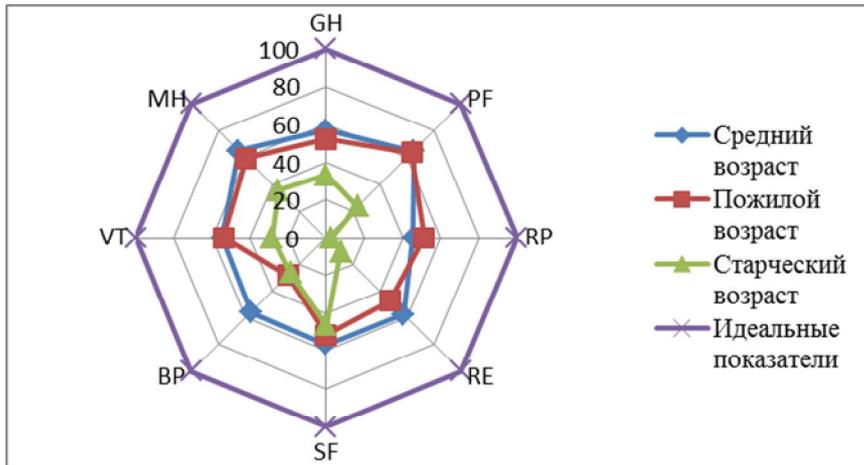


Рис. 5. Сравнительная диаграмма средних значений показателей качества жизни у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста после операции

По таким показателям как жизненная активность и ментальное здоровье достоверной разницы не отмечено (табл. 29, рис. 6). У пациентов пожилого возраста через 1 год после операции достоверно отмечено улучшение таких показателей физического компонента здоровья как физическое функционирование (с $63,7 \pm 3,6$ до $71,1 \pm 3,2$, $p < 0,05$), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (с $51,2 \pm 2,8$ до $73,4 \pm 1,6$, $p < 0,05$), интенсивность боли (с $28,4 \pm 2,4$ до $67,3 \pm 3,2$, $p < 0,05$) и психического компонента здоровья - ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (с $47,3 \pm 2,3$ до $58,9 \pm 2,1$, $p < 0,05$).

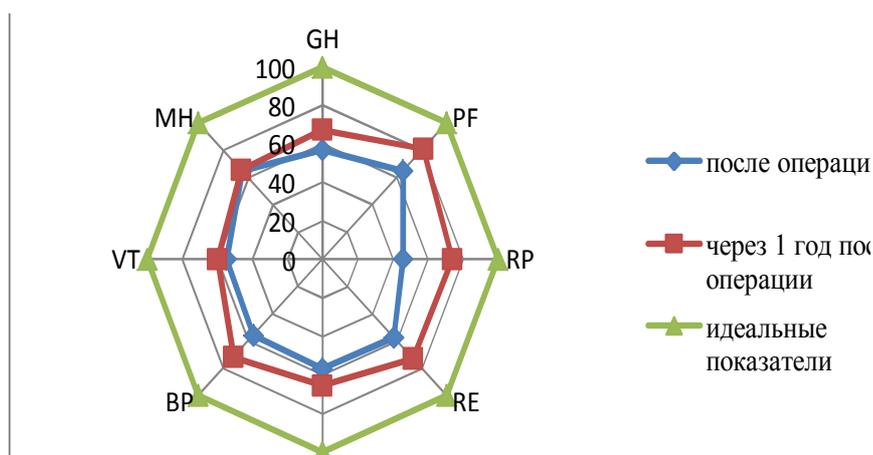


Рис. 6. Изменение показателей качества жизни у пациентов среднего возраста в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции

По таким параметрам как общее здоровье, социальное функционирование, жизненная активность и ментальное здоровье достоверной разницы не получено (табл. 29, рис. 7).

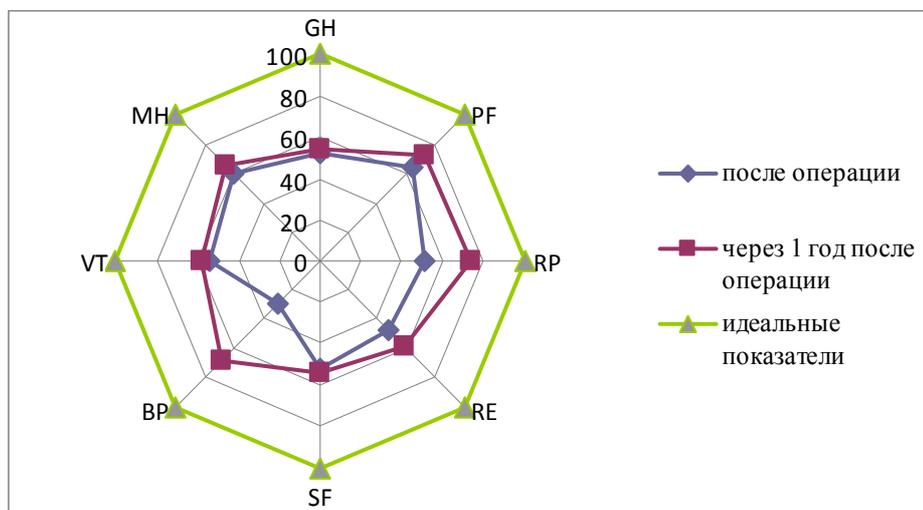


Рис. 7. Изменение показателей качества жизни у пациентов пожилого возраста в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции

У пациентов старческого возраста через 1 год после операции достоверно отмечено улучшение таких показателей физического компонента здоровья как общее здоровье (с $33,1 \pm 1,6$ до $37,9 \pm 1,6$, $p < 0,05$), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (с $2,6 \pm 0,7$ до $43,9 \pm 1,6$, $p < 0,05$), интенсивность боли (с $26,3 \pm 1,6$ до $46,2 \pm 2,3$, $p < 0,05$) и психического компонента здоровья : ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (с $10,7 \pm 1,7$ до $47,7 \pm 2,6$, $p < 0,05$), жизненная активность (с $28,7 \pm 1,7$ до $37,6 \pm 1,8$, $p < 0,05$), ментальное здоровье (с $35,6 \pm 2,4$ до $47,4 \pm 1,6$, $p < 0,05$). По таким показателям как физическое функционирование и социальное функционирование достоверной разницы не отмечено (табл. 29, рис. 8).

При сравнении результатов опроса респондентов среднего, пожилого и старческого возраста через 1 год после оперативного лечения достоверно отмечено, что у пациентов старческого возраста ниже практически все показатели физического и психического компонента здоровья: общее здоровье у пациентов среднего возраста равен $67,1 \pm 2,9$, у пациентов пожилого возраста - $54,2 \pm 2,5$, у пациентов старческого возраста - $37,9 \pm 2,6$ ($p < 0,05$); физическое функционирование - $80,9 \pm 2,6$, $71,1 \pm 3,2$ и $26,3 \pm 1,9$ соответственно ($p < 0,05$); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием - $73,9 \pm 3,2$, $73,4 \pm 1,6$ и $43,9 \pm 1,6$ соответственно ($p < 0,05$); интенсивность боли - $71,9 \pm 3,1$, $67,3 \pm 3,2$ и

46,2±2,3 соответственно ($p<0,05$); жизненная активность - 59,8±3,2, 57,6±3,6 и 37,6±1,8 соответственно ($p<0,05$); ментальное здоровье - 65,3±3,9, 65,8±3,1 и 47,4±1,6 соответственно ($p<0,05$).

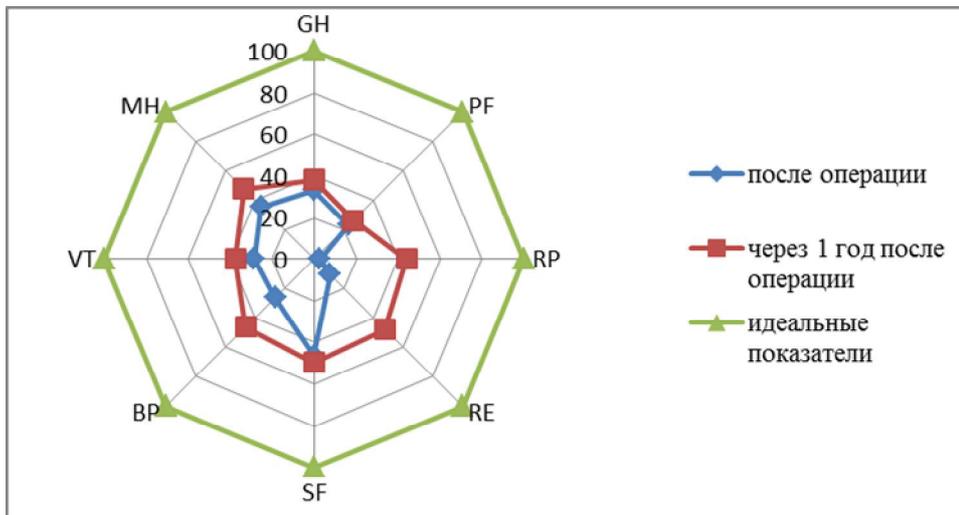


Рис. 8. Изменение показателей качества жизни у пациентов старческого возраста в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции

Следует отметить, что у пациентов среднего и пожилого возраста по таким параметрам как ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (73,9±3,2 и 73,4±1,6 соответственно), интенсивность боли (71,9±3,1 и 67,3±3,2 соответственно), жизненная активность (59,8±3,2 и 57,6±3,6 соответственно), ментальное здоровье (65,3±3,9 и 65,8±3,1 соответственно) и у пациентов пожилого и старческого возраста по таким параметрам как социальное функционирование (53,6±2,3 и 49,8±1,5 соответственно) достоверных отличий не выявлено (рис. 9).

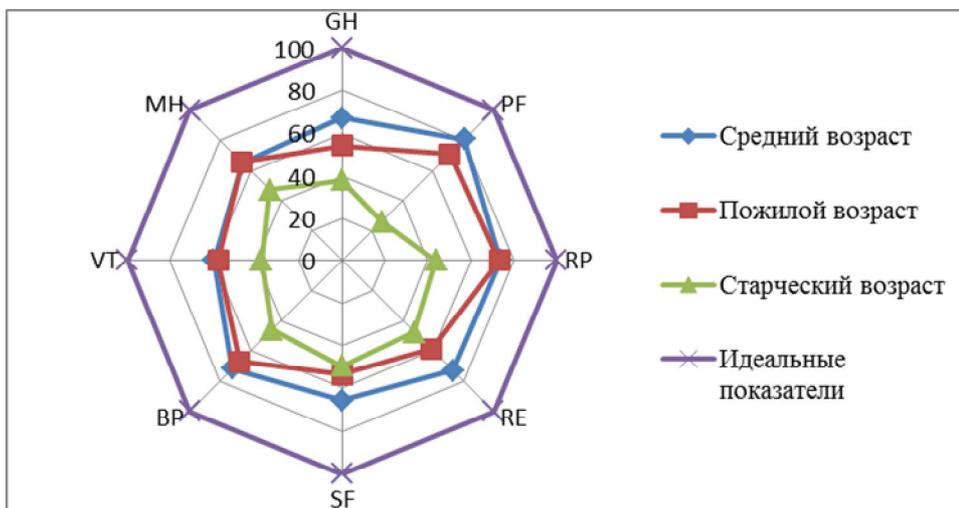


Рис. 9. Сравнительная диаграмма средних значений показателей качества жизни у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста через 1 год после операции

Таким образом, качество жизни пациентов среднего, пожилого и старческого возраста, перенесших оперативное лечение, через 1 год после операции достоверно улучшилось. При этом, у пациентов среднего и пожилого возраста, как в раннем послеоперационном периоде, так и через 1 год после операции достоверной разницы по многим показателям физического и психического здоровья не было отмечено. Качество жизни пациентов старческого возраста в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции достоверно было ниже показателей качества жизни лиц среднего и пожилого возраста.

Заключение к главе 4

Процесс восстановления функционального статуса и резервов пациентов, перенесших оперативное лечение, в условиях стационара был достаточно интенсивным, регулярным, но носил не системный характер, был фрагментарным и решал некоторые частные вопросы. Реабилитационные мероприятия были индивидуально подобранными и дозированными. При этом объем и начало реабилитационных мероприятий у пациентов после оперативного лечения решали: лечащий врач-хирург, врач-физиотерапевт, врач лечебной физкультуры. Особых подходов к реабилитации пациентов среднего, пожилого и старческого возраста в условиях стационара не отмечено. Однако, у пациентов старческого возраста отмечены достоверно более низкие медико-социальные показатели исхода стационарного лечения.

Целью проведения реабилитационных мероприятий у больных после оперативного лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе являлось предотвращение осложнений позднего послеоперационного периода, возникновение рецидива заболевания, предупреждение прогрессирования сопутствующей патологии, нормализация физического состояния, а также помощь в социализации пациента.

Тем не менее, существующие современные подходы к реабилитации ориентированы на нозологические формы без учета возраста пациента и состояний, характерных для пациентов старческого возраста (старческая астения, гериатрические синдромы, специфика полиморбидности). Объем реабилитационных мероприятий у пациентов среднего возраста достоверно больше, чем у пациентов пожилого и старческого возраста. Внестационарные программы реабилитационных мероприятий у пациентов старческого возраста после оперативного лечения осуществляются не в

полном объеме, при этом, у людей пожилого и особенно старческого возраста отмечается высокая потребность не только в медицинской, но и в социальной и психологической реабилитации. Во многом это может быть связано с нарушением преемственности, этапности и непрерывности реабилитационных мероприятий и недостаточной методической проработкой вопроса. Например, нет четкой схемы определения возможности компенсации утраченных функций и объема необходимого реабилитационного вмешательства и т.д. А использование небольшого объема реабилитационных мероприятий у пациентов старческого возраста на амбулаторно-поликлиническом этапе показывает, что существующие программы не учитывают медико-социальные особенности пациентов, особенно старческого возраста, а направлены преимущественно на улучшение клинической симптоматики и решение некоторых частных вопросов, как, например, уход за колостомой. Доступность же предлагаемых реабилитационных мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях для пациентов старческого возраста тоже проблематична в связи с трудностью ежедневного посещения поликлиники для прохождения реабилитации. Также при реализации существующих программ в отечественной клинической практике не используются специфические для гериатрии методы оценки состояния больных (например, «оценка двигательной активности», «исследование психического состояния», «оценка морального состояния», наличие «синдрома мальнутриции», анализ «уровня независимости в повседневной жизни» и т.д.).

Существующие подходы не позволяют выявить конкретные для каждого пациента цели и задачи реабилитации. При оценке эффективности реабилитационных программ не используются современные критерии оценки качества жизни пациентов, связанных со здоровьем, шкала адаптации людей старческого возраста и прочий гериатрический методический инструментарий. В связи с этим судить в полной мере о достижении медико-социальных и социальных целей реабилитации не представляется возможным.

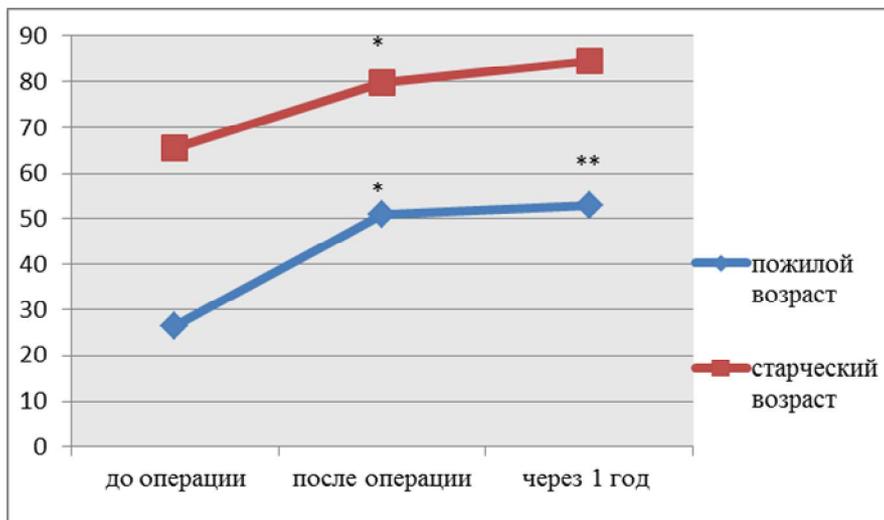
Таким образом, на сегодняшний день процесс реабилитации больных старческого возраста после оперативного лечения является недостаточно методически разработанным с учетом возрастных особенностей пациентов, и поэтому на практике реализуется не в полном объеме. Это определило последующие этапы нашего исследования.

ГЛАВА 5. СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И ОСНОВНЫЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

5.1. Клиническая эпидемиология синдрома старческой астении у пациентов пожилого и старческого возраста хирургического профиля

Сравнительный анализ распространенности синдрома старческой астении у пациентов с хирургической патологией показал следующее. Среди пациентов пожилого возраста встречаемость синдрома старческой астении до оперативного лечения составила $26,5 \pm 0,2\%$ на 100 пациентов, среди пациентов старческого - $65,6 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$).

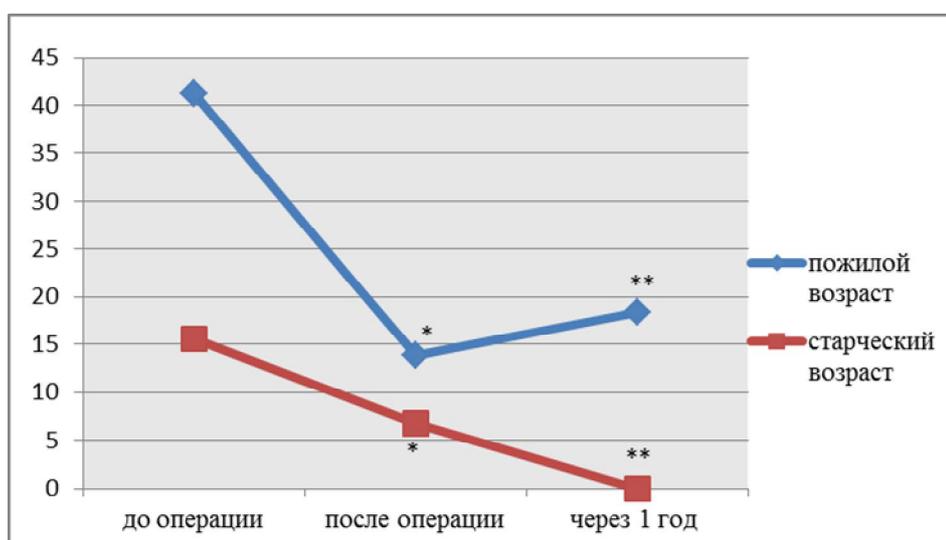
После оперативного лечения достоверно отмечено увеличение распространенности синдрома старческой астении у пациентов пожилого возраста с $26,5 \pm 0,2\%$ до $51,0 \pm 0,8\%$ ($p < 0,05$), достоверного увеличения синдрома старческой астении через 1 год после оперативного лечения не выявлено ($52,9 \pm 0,6\%$). Среди пациентов старческого возраста после оперативного лечения достоверно отмечено увеличение распространенности синдрома старческой астении с $65,6 \pm 0,1\%$ (до операции) до $79,8 \pm 0,9\%$ после оперативного лечения и до $84,6 \pm 0,9\%$ через 1 год после оперативного лечения ($p < 0,05$) (рис. 10).



* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами до операции внутри группы, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами после операции внутри группы

Рис. 10. Распространенность синдрома старческой астении у пациентов пожилого и старческого возраста хирургического профиля до операции, после операции (за 1-2 дня до выписки) и через 1 год после операции

Достоверно было отмечено уменьшение количества пациентов пожилого возраста с хорошим здоровьем с $41,2 \pm 0,2\%$ до оперативного лечения до $13,8 \pm 0,3\%$ после операции и увеличение до $18,4 \pm 0,4\%$ через 1 год после операции ($p < 0,05$). Среди пациентов старческого возраста также после оперативного лечения было достоверно отмечено уменьшение лиц с хорошим здоровьем с $15,6 \pm 0,3\%$ (до операции) до $6,7 \pm 0,3\%$ после оперативного лечения, $p < 0,05$ (рис. 11).



* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами до операции внутри группы ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами после операции внутри группы

Рис. 11. Частота встречаемости пациентов пожилого и старческого возраста хирургического профиля с хорошим здоровьем до операции, после операции (за 1-2 дня до выписки) и через 1 год после операции

У пациентов пожилого возраста было достоверно отмечено увеличение встречаемости преастении с $32,4 \pm 0,2\%$ до операции до $35,2 \pm 0,4\%$ после операции и уменьшение до $28,7 \pm 0,5\%$ через 1 год после операции ($p < 0,05$). У пациентов старческого возраста наоборот достоверно отмечено уменьшение встречаемости преастении с $18,8 \pm 0,3\%$ до $13,5 \pm 0,4\%$ соответственно и увеличение через 1 год после операции до $15,4 \pm 0,6\%$, $p < 0,05$ (табл. 30, рис. 12).

При этом, среди пациентов пожилого возраста отмечено было достоверное увеличение встречаемости синдрома старческой астении легкой степени: до операции частота составляла $17,7 \pm 0,3\%$, после операции $26,2 \pm 0,4\%$, через год после оперативного лечения - $27,6 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$).

Частота встречаемости старческой астении у больных старших возрастных групп до операции, в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции (в расчете на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

Состояние здоровья пациентов	Пожилой возраст			Старческий возраст		
	до операции N=34	после операции N=145	через 1 год после операции N=95	до операции N=33	после операции N=89	через 1 год после операции N=43
Хорошее здоровье	41,2 \pm 0,2	13,8 \pm 0,3*	18,4 \pm 0,4 ^{***}	15,6 \pm 0,3*	6,7 \pm 0,3 ^{**,#}	-
Преастения	32,4 \pm 0,2	35,2 \pm 0,4*	28,7 \pm 0,5 ^{***}	18,8 \pm 0,3*	13,5 \pm 0,4 ^{**,#}	15,4 \pm 0,6 ^{**,***,##}
Синдром старческой астении легкой степени	17,7 \pm 0,3	26,2 \pm 0,4*	27,6 \pm 0,5 ^{***}	15,6 \pm 0,3*	26,9 \pm 0,5 [#]	17,9 \pm 0,6 ^{**,***,##}
Синдром старческой астении умеренной степени	2,9 \pm 0,3	13,1 \pm 0,3*	14,9 \pm 0,4 ^{***}	18,8 \pm 0,3*	12,4 \pm 0,4 [#]	17,9 \pm 0,6 ^{**,***,##}
Синдром старческой астении выраженной степени	2,9 \pm 0,3	4,8 \pm 0,2*	8,1 \pm 0,3 ^{***}	21,9 \pm 0,2*	15,7 \pm 0,4 ^{**,#}	33,3 \pm 0,7 ^{**,***,##}
Синдром старческой астении терминальной степени	2,9 \pm 0,3	6,9 \pm 0,2*	2,3 \pm 0,2 [*]	9,3 \pm 0,3*	24,7 \pm 0,5 ^{**,#}	15,4 \pm 0,6 ^{**,***,##}

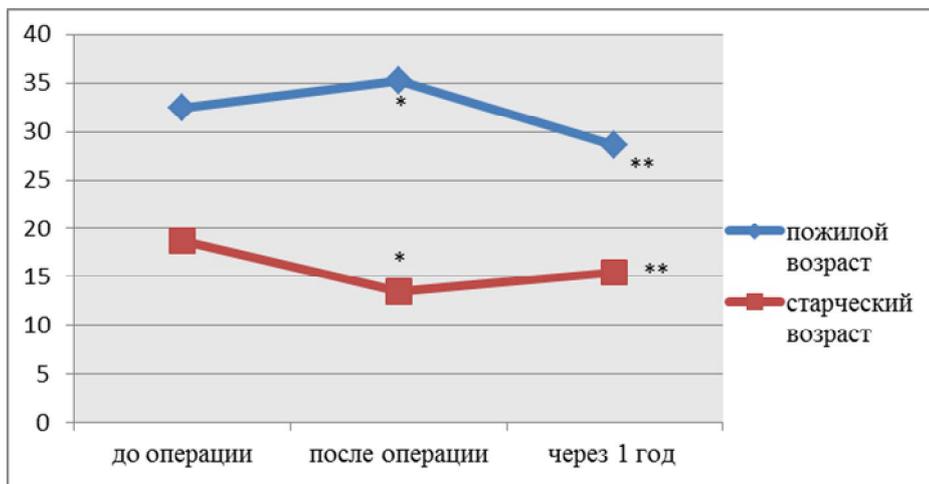
* $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции

** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста после операции

*** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции

$p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции

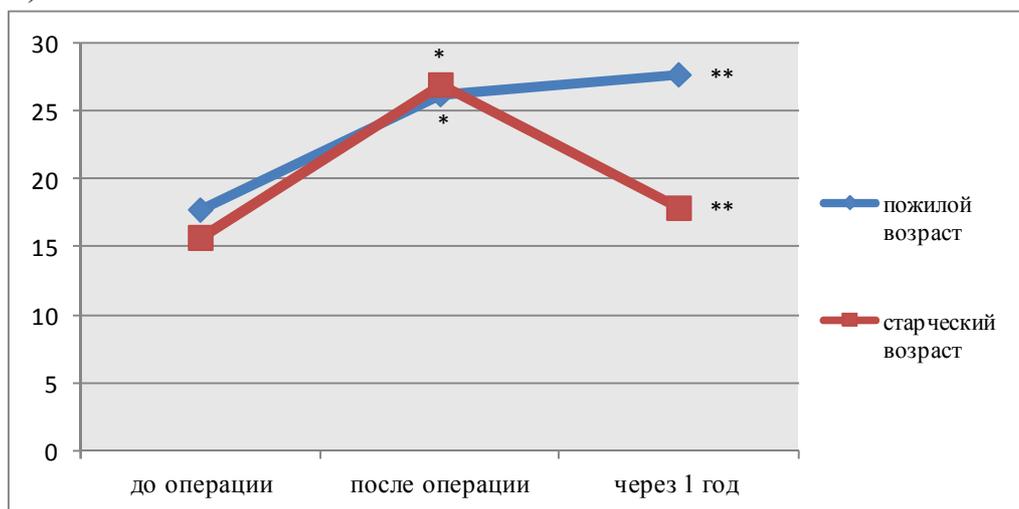
$p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста после операции



* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами до операции внутри группы, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами после операции внутри группы

Рис. 12. Частота встречаемости пациентов пожилого и старческого возраста хирургического профиля с преастенией до операции, после операции (за 1-2 дня до выписки) и через 1 год после операции

Среди пациентов старческого возраста также было отмечено достоверное увеличение встречаемости синдрома старческой астении легкой степени: до операции частота составляла $15,6 \pm 0,3\%$, после операции $26,9 \pm 0,5\%$. Однако через 1 год после оперативного лечения частота встречаемости синдрома старческой астении легкой степени у пациентов старческого возраста достоверно уменьшилась до $17,9 \pm 0,6\%$, $p < 0,05$ (рис. 13).

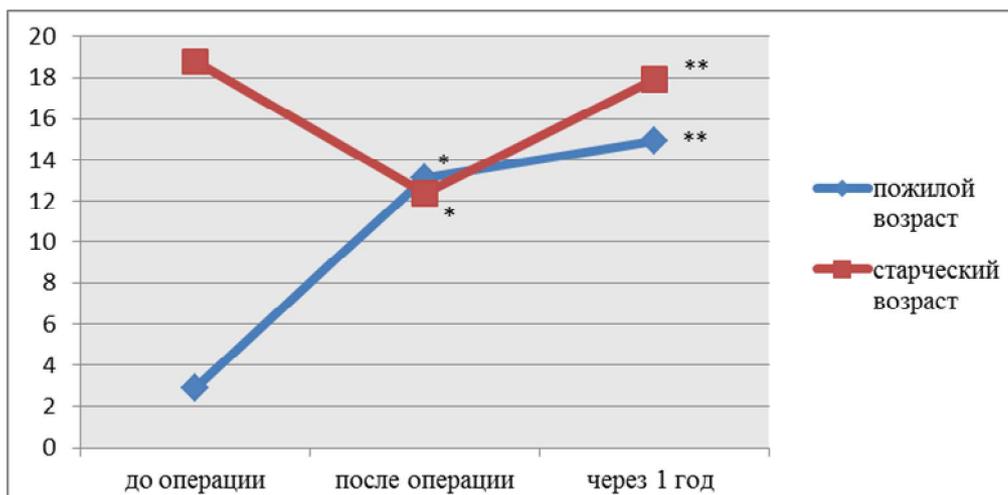


* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами до операции внутри группы, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами после операции внутри группы

Рис. 13. Встречаемость синдрома старческой астении легкой степени тяжести у пациентов пожилого и старческого возраста до операции, после операции (за 1-2 дня до выписки) и через 1 год после операции

Достоверное увеличение синдрома старческой астении умеренной степени было диагностировано: среди пациентов пожилого возраста – с $2,9 \pm 0,3\%$ до оперативного лечения до $13,1 \pm 0,3\%$ после оперативного лечения и $14,9 \pm 0,4\%$ через 1 год после оперативного лечения ($p < 0,05$). Среди пациентов старческого возраста достоверно отмечено уменьшение распространенности синдрома старческой астении умеренной степени тяжести с $18,8 \pm 0,3\%$ (до операции) до $12,4 \pm 0,4\%$ после операции ($p < 0,05$). Однако через 1 год после операции распространенность синдрома старческой астении умеренной степени тяжести достоверно увеличивается до $17,9 \pm 0,6\%$, $p < 0,05$ (рис. 14).

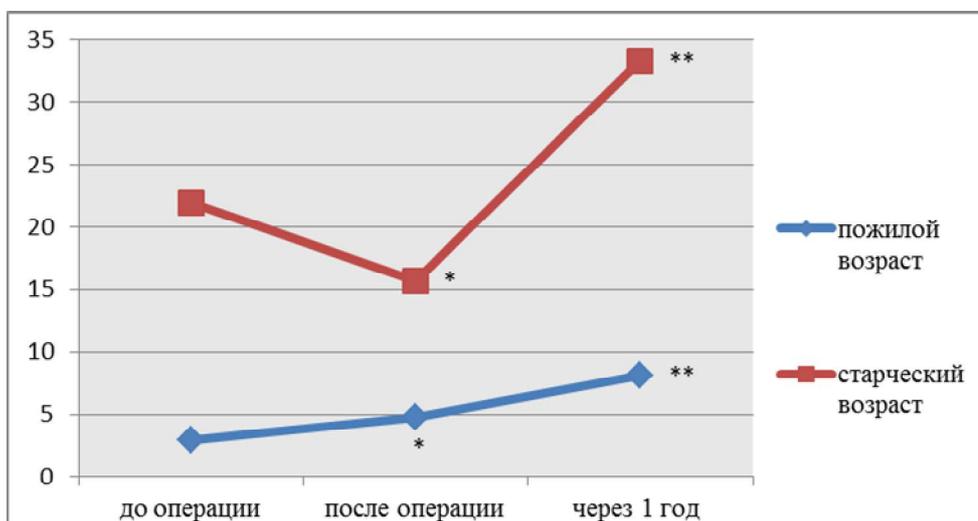
Увеличение частоты встречаемости синдрома старческой астении выраженной степени достоверно отмечено среди пациентов пожилого возраста (с $2,9 \pm 0,3\%$ (до операции) до $4,8 \pm 0,2\%$ (в раннем послеоперационном периоде) и $8,1 \pm 0,3\%$ (через 1 год после оперативного лечения), $p < 0,05$).



* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами до операции внутри группы, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами после операции внутри группы

Рис. 14. Встречаемость синдрома старческой астении умеренной степени тяжести у пациентов пожилого и старческого возраста до операции, после операции (за 1-2 дня до выписки) и через 1 год после операции

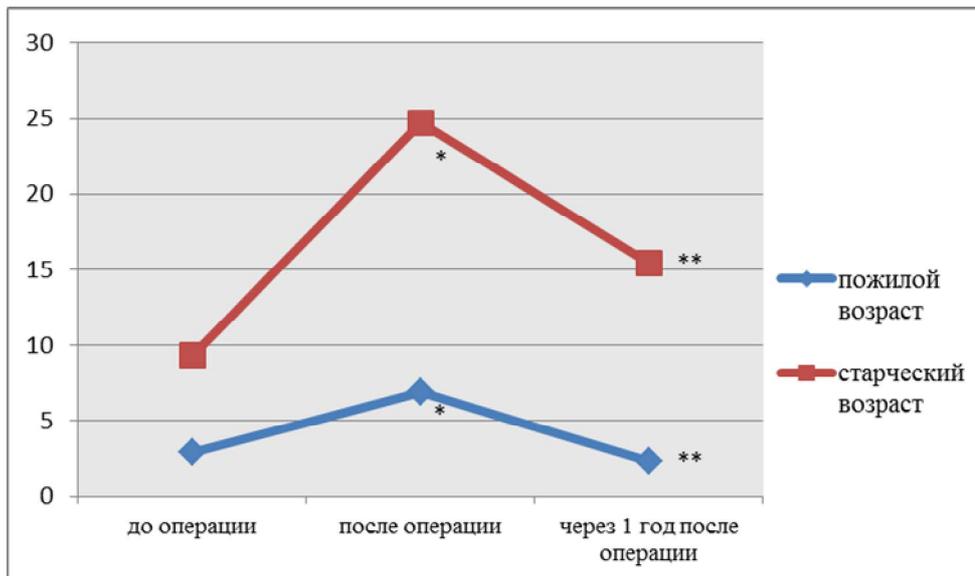
Среди пациентов старческого возраста достоверно отмечается уменьшение встречаемости синдрома старческой астении выраженной степени с $21,9 \pm 0,2\%$ (до операции) до $15,7 \pm 0,4\%$ после оперативного лечения и увеличение до $33,3 \pm 0,7\%$ через 1 год после операции, $p < 0,05$ (рис. 15).



* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами до операции внутри группы, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами после операции внутри группы

Рис. 15. Встречаемость синдрома старческой астении выраженной степени тяжести у пациентов пожилого и старческого возраста до операции, после операции (за 1-2 дня до выписки) и через 1 год после операции

Следует отметить достоверное увеличение распространенности синдрома старческой астении терминальной степени тяжести среди пациентов пожилого возраста (с $2,9 \pm 0,3\%$ до оперативного лечения до $6,9 \pm 0,2\%$ в раннем послеоперационном периоде, $p < 0,05$) и уменьшением до $2,3 \pm 0,2\%$ через 1 год после операции ($p < 0,05$). Такая же тенденция отмечена и у пациентов старческого возраста (с $9,3 \pm 0,3\%$ до $24,7 \pm 0,5\%$ и $15,4 \pm 0,6\%$ соответственно, $p < 0,05$ (рис. 16).



* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами до операции внутри группы, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами после операции внутри группы

Рис. 16. Встречаемость синдрома старческой астении терминальной степени тяжести у пациентов пожилого и старческого возраста до операции, после операции (за 1-2 дня до выписки) и через 1 год после операции

Таким образом, в ходе нашего исследования было отмечено уменьшение встречаемости пациентов пожилого возраста хирургического профиля с хорошим здоровьем и увеличение встречаемости пациентов с преастенией после оперативного лечения. Через 1 год после операции достоверно было отмечено увеличение встречаемости пациентов пожилого возраста с хорошим здоровьем и уменьшение с преастенией. Распространенность синдрома старческой астении у пациентов пожилого возраста достоверно увеличилось после оперативного лечения. При этом, после операции было достоверно отмечено увеличение встречаемости синдрома старческой астении легкой, умеренной, выраженной и терминальной степени. Через 1 год после оперативного лечения у пациентов пожилого возраста было достоверно отмечено увеличение распространенности синдрома старческой астении легкой, умеренной и

выраженной степени тяжести и уменьшение синдрома старческой астении терминальной степени тяжести.

Среди пациентов старческого возраста достоверно было отмечено уменьшение встречаемости лиц с хорошим здоровьем и преастенией после оперативного лечения и еще большее уменьшение пациентов с хорошим здоровьем через 1 год после операции. Распространенность синдрома старческой астении у пациентов старческого возраста также достоверно увеличивается после оперативного лечения и еще больше увеличивается через год после оперативного лечения.

При этом, было достоверно отмечено увеличение встречаемости легкой и терминальной степени тяжести синдрома старческой астении и уменьшение встречаемости умеренной и выраженной степени тяжести синдрома старческой астении. Через 1 год после операции достоверно отмечено уменьшение встречаемости легкой и терминальной степени тяжести синдрома старческой астении и увеличение умеренной и выраженной степени тяжести синдрома старческой астении.

Увеличение распространенности синдрома старческой астении и вариабельность степени тяжести синдрома старческой астении у пациентов пожилого и особенно старческого возраста после оперативного лечения, вероятнее всего связано с функциональными изменениями органов и тканей вследствие хирургического заболевания, полиморбидности и перенесенного оперативного лечения. Некоторое улучшение степени тяжести синдрома старческой астении у пациентов пожилого возраста и ухудшение степени тяжести синдрома старческой астении у пациентов старческого возраста через 1 год после операции может служить показателем адекватности и достаточности восстановительного лечения после выписки из стационара.

5.2. Специализированный гериатрический осмотр

При проведении исследования нами были изучены в сравнительном аспекте параметры устойчивости и походки, риск развития синдрома мальнутриции, нарушение когнитивных способностей, удовлетворенность жизнью, анализ уровня независимости в повседневной жизни у пациентов пожилого и старческого возраста до оперативного

лечения, в раннем послеоперационном периоде (за 1-2 дня до выписки из стационара) и через 1 год после оперативного лечения.

5.2.1. Параметры устойчивости

При изучении параметров устойчивости у пациентов старших возрастных групп получены следующие результаты. До оперативного лечения нарушение устойчивости у пациентов старших возрастных групп было достоверно отмечено у $50,7 \pm 0,6\%$ больных (среди пациентов пожилого возраста – $26,5 \pm 0,7\%$, старческого – $66,7 \pm 0,8\%$), после оперативного лечения – у $57,7 \pm 0,3\%$ ($49,7 \pm 0,4\%$ и $70,8 \pm 0,5\%$ соответственно ($p < 0,05$), через 1 год после оперативного лечения - у $63,3 \pm 0,4\%$ больных ($52,9 \pm 0,5\%$ и $85,4 \pm 0,5\%$ соответственно, $p < 0,05$) (табл. 31).

У пациентов пожилого возраста с преастенией было достоверно отмечено уменьшение распространенности легкого нарушения параметров устойчивости с $5,9 \pm 0,2\%$ (до оперативного лечения) до $2,8 \pm 0,1\%$ (в раннем послеоперационном периоде) и увеличение до $6,9 \pm 0,3\%$ (через 1 год после операции) ($p < 0,05$) и увеличение распространенности умеренного нарушения параметров устойчивости с $2,9 \pm 0,3\%$ (до оперативного лечения) до $5,7 \pm 0,3\%$ через 1 год после операции.

У пациентов старческого возраста с преастенией было достоверно отмечено уменьшение распространенности легкого нарушения устойчивости с $6,0 \pm 0,4\%$ до $1,1 \pm 0,1\%$ и умеренного нарушения устойчивости с $3,0 \pm 0,3\%$ (до операции) до $2,2 \pm 0,2\%$ (после оперативного лечения) и увеличение умеренного нарушения устойчивости до $2,6 \pm 0,3\%$ через 1 год после оперативного лечения ($p < 0,05$).

При синдроме старческой астении легкой степени у пациентов пожилого возраста было достоверно отмечено увеличение распространенности параметров легкого нарушения устойчивости с $2,9 \pm 0,1\%$ (до оперативного лечения) до $3,4 \pm 0,2\%$ (через 1 год после операции) и умеренного нарушения - с $5,9 \pm 0,2\%$ (до оперативного лечения) до $16,6 \pm 0,3\%$ (в раннем после операционном периоде) с последующим уменьшением распространенности до $12,6 \pm 0,4\%$ (через 1 год после операции) ($p < 0,05$).

Распространенность синдрома нарушения устойчивости у больных старших возрастных групп
(в расчете на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

Состояние здоровья пациентов		Пожилой возраст			Старческий возраст		
		до операции	после операции	через 1 год после операции	до операции	после операции	через 1 год после операции
Преастиения	легкое нарушение	5,9 \pm 0,2	2,8 \pm 0,1*	6,9 \pm 0,3**	6,0 \pm 0,4	1,1 \pm 0,1**,#	-
	умеренное нарушение	2,9 \pm 0,3	3,4 \pm 0,2	5,7 \pm 0,3*,**	3,0 \pm 0,3	2,2 \pm 0,2**,#	2,6 \pm 0,3***
Синдром старческой астении легкой степени	легкое нарушение	2,9 \pm 0,3	2,8 \pm 0,1	3,4 \pm 0,2*,**	3,0 \pm 0,3	2,2 \pm 0,1**,#	-
	умеренное нарушение	5,9 \pm 0,2	16,6 \pm 0,3*	12,6 \pm 0,4*,**	9,1 \pm 0,5*	12,4 \pm 0,3**,#	12,8 \pm 0,5#
	значительное нарушение	-	1,4 \pm 0,9	-	-	-	-
Синдром старческой астении умеренной степени	умеренное нарушение	2,9 \pm 0,3	8,9 \pm 0,2*	12,6 \pm 0,4*,**	18,2 \pm 0,7*	11,2 \pm 0,3**,#	12,8 \pm 0,5#,#
	значительное нарушение	-	4,1 \pm 0,2	-	-	1,1 \pm 0,1**	7,7 \pm 0,4###
Синдром старческой астении выраженной степени	умеренное нарушение	2,9 \pm 0,3	1,4 \pm 0,1*	4,6 \pm 0,2*,**	9,1 \pm 0,5*	3,4 \pm 0,2**,#	7,7 \pm 0,4***, #,#
	значительное нарушение	2,9 \pm 0,3	3,4 \pm 0,1*	3,4 \pm 0,2*	9,1 \pm 0,5*	12,4 \pm 0,3**,#	25,6 \pm 0,7***, #,#
Синдром старческой астении терминальной степени	значительное нарушение	-	6,9 \pm 0,1	2,3 \pm 0,2**	9,1 \pm 0,5	24,7 \pm 0,4**,#	15,4 \pm 0,6***, #,#
Всего		26,5 \pm 0,7	49,7 \pm 0,4*	52,9 \pm 0,5*,**	66,7 \pm 0,8*	70,8 \pm 0,5**,#	85,4 \pm 0,5***, #,#

* $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста после операции,

*** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции,

$p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции,

$p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста после операции

У пациентов старческого возраста при синдроме старческой астении легкой степени было достоверно отмечено уменьшение распространенности легкого нарушения устойчивости с $3,0 \pm 0,3\%$ (до оперативного лечения) до $2,2 \pm 0,1$ (в раннем послеоперационном периоде) и умеренного нарушения с $9,1 \pm 0,5\%$ до $12,4 \pm 0,3\%$ и $12,8 \pm 0,5\%$ соответственно ($p < 0,05$).

При синдроме старческой астении умеренной степени у пациентов пожилого возраста было достоверно доказано увеличение умеренного нарушения устойчивости с $2,9 \pm 0,3\%$ до $8,9 \pm 0,2\%$ и $12,6 \pm 0,4\%$ соответственно ($p < 0,05$). У пациентов старческого возраста было достоверно отмечено уменьшение распространенности умеренного нарушения устойчивости с $18,2 \pm 0,7\%$ до $11,2 \pm 0,3\%$ соответственно с последующим увеличением распространенности до $12,8 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$) и увеличение распространенности значительного нарушения - с $1,1 \pm 0,1\%$ после оперативного лечения до $7,7 \pm 0,4\%$ через 1 год после операции ($p < 0,05$).

При синдроме старческой астении выраженной степени у пациентов пожилого возраста было достоверно отмечено уменьшение распространенности умеренных нарушений параметров устойчивости с $2,9 \pm 0,3\%$ (до оперативного лечения) до $1,4 \pm 0,1\%$ (после оперативного лечения) с последующим увеличением до $4,6 \pm 0,2\%$ (через 1 год после оперативного лечения) и увеличение распространенности значительных нарушений устойчивости с $2,9 \pm 0,3\%$ до $3,4 \pm 0,1\%$ и $3,4 \pm 0,2\%$ соответственно ($p < 0,05$).

При синдроме старческой астении выраженной степени у пациентов старческого возраста было достоверно отмечено уменьшение распространенности умеренных нарушений устойчивости с $9,1 \pm 0,5\%$ (до операции) до $3,4 \pm 0,2\%$ после операции) с последующим увеличением до $7,7 \pm 0,4\%$ (через 1 год после операции). Достоверно увеличивалась распространенность значительных нарушений устойчивости с $9,1 \pm 0,5\%$ до $12,4 \pm 0,3\%$ и $25,6 \pm 0,7\%$ соответственно ($p < 0,05$).

При синдроме старческой астении терминальной степени у пациентов пожилого возраста было достоверно отмечено уменьшение распространенности значительного нарушения параметров устойчивости с $6,9 \pm 0,1\%$ до $2,3 \pm 0,2\%$ ($p < 0,05$). У пациентов старческого возраста было достоверно отмечено увеличение распространенности значительных нарушений устойчивости с $9,1 \pm 0,5\%$ (до операции) до $24,7 \pm 0,4\%$ (после операции) с последующим уменьшением до $15,4 \pm 0,6\%$ ($p < 0,05$).

Суммарный балл динамики параметров устойчивости¹² у пациентов пожилого возраста был до операции равен $26,85 \pm 0,6$, в раннем послеоперационном периоде - $26,01 \pm 0,5$, через 1 год после операции $20,89 \pm 0,4$ ($p < 0,05$), у пациентов старческого возраста до операции равен $23,92 \pm 0,5$, в раннем послеоперационном периоде - $21,83 \pm 0,6$, через 1 год после операции - $13,11 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) (табл. 32).

Общая устойчивость у пациентов пожилого возраста до операции была оценена в $1,81 \pm 0,03$ балла, в раннем послеоперационном периоде - в $1,78 \pm 0,02$ балла, через 1 год после оперативного лечения - в $1,61 \pm 0,02$ ($p < 0,05$); у пациентов старческого возраста – в $1,64 \pm 0,02$, $1,54 \pm 0,02$ и $1,13 \pm 0,02$ баллов соответственно ($p < 0,05$). Устойчивость при попытке встать была оценена у пациентов пожилого возраста – в $1,85 \pm 0,02$, $1,72 \pm 0,02$ и $1,46 \pm 0,02$ баллов соответственно, у пациентов старческого возраста - в $1,69 \pm 0,02$, $1,54 \pm 0,02$ и $0,84 \pm 0,01$ соответственно ($p < 0,05$). Устойчивость после вставания: у пациентов пожилого возраста была оценена в $1,81 \pm 0,02$, $1,71 \pm 0,02$ и $1,57 \pm 0,02$ баллов соответственно ($p < 0,05$), старческого – в $1,79 \pm 0,02$, $1,69 \pm 0,02$ и $0,87 \pm 0,01$ соответственно ($p < 0,05$).

Устойчивость при длительном стоянии у лиц пожилого возраста была $1,86 \pm 0,03$ балла до операции, $1,82 \pm 0,03$ в раннем послеоперационном периоде и $1,62 \pm 0,02$ через 1 год после оперативного лечения ($p < 0,05$); старческого - $1,86 \pm 0,03$, $1,80 \pm 0,03$ и $1,16 \pm 0,02$ соответственно ($p < 0,05$). Устойчивость при вставании из положения лежа была оценена у лиц пожилого возраста в $1,78 \pm 0,02$, $1,71 \pm 0,02$ и $1,31 \pm 0,01$ балла соответственно ($p < 0,05$), у лиц старческого - $1,56 \pm 0,02$, $1,46 \pm 0,02$ и $0,74 \pm 0,01$ баллов соответственно ($p < 0,05$); При толчке в грудь – у пациентов пожилого возраста в $1,76 \pm 0,02$, $1,75 \pm 0,02$ и $1,25 \pm 0,01$ балла соответственно ($p < 0,05$), старческого – в $1,57 \pm 0,02$, $1,37 \pm 0,02$ и $0,68 \pm 0,01$ балла соответственно ($p < 0,05$); при стоянии с закрытыми глазами устойчивость у пациентов пожилого возраста оценена в $1,81 \pm 0,03$, $1,80 \pm 0,02$ и $1,32 \pm 0,01$ баллов соответственно ($p < 0,05$), старческого - в $1,67 \pm 0,02$, $1,51 \pm 0,02$ и $0,87 \pm 0,01$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

Устойчивость при переступании при перевороте у пациентов пожилого возраста оценена в $1,79 \pm 0,03$, $1,68 \pm 0,02$ и $1,44 \pm 0,02$ баллов соответственно ($p < 0,05$), старческого возраста – в $1,67 \pm 0,02$, $1,52 \pm 0,02$ и $0,91 \pm 0,01$ соответственно ($p < 0,05$).

¹² Чем больше балл, тем лучше параметры устойчивости

Сравнительная характеристика динамики параметров устойчивости у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших оперативное лечение (M±m, в баллах)

Определяемый параметр устойчивости	Пожилой возраст			Старческий возраст		
	до операции	после операции	через 1 год после операции	до операции	после операции	через 1 год после операции
Общая устойчивость	1,81±0,03	1,78±0,02*	1,61±0,02***	1,64±0,02*	1,54±0,02**,#	1,13±0,02***,#,##
При попытке встать	1,85±0,02	1,72±0,02*	1,46±0,02***	1,69±0,02*	1,54±0,02**,#	0,84±0,01***,#,##
После вставания	1,81±0,02	1,71±0,02*	1,57±0,02***	1,79±0,02	1,69±0,02#	0,87±0,01***,#,##
Длительность стояния	1,86±0,03	1,82±0,03*	1,62±0,02***	1,86±0,03	1,80±0,03#	1,16±0,02***,#,##
При вставании из положения лежа	1,78±0,02	1,71±0,02*	1,31±0,01***	1,56±0,02*	1,46±0,02**,#	0,74±0,01***,#,##
При толчке в грудь	1,76±0,02	1,75±0,02	1,25±0,01***	1,57±0,02*	1,37±0,02**,#	0,68±0,01***,#,##
При стоянии с закрытыми глазами	1,81±0,03	1,80±0,02	1,32±0,01**	1,67±0,02*	1,51±0,02**,#	0,87±0,01***,#,##
Переступание при повороте	1,79±0,03	1,68±0,02*	1,44±0,02***	1,67±0,02*	1,52±0,02**,#	0,91±0,01***,#,##
Устойчивость при повороте	1,76±0,02	1,63±0,01*	1,42±0,02***	1,65±0,02*	1,37±0,02**,#	0,97±0,01***,#,##
При стоянии на правой ноге	1,69±0,02	1,66±0,02	1,35±0,02***	1,37±0,02*	1,17±0,01**,#	0,74±0,01***,#,##
При стоянии на левой ноге	1,68±0,02	1,63±0,01*	1,33±0,02***	1,37±0,02*	1,20±0,01**,#	0,74±0,01***,#,##
При наклонах назад	1,69±0,02	1,66±0,02	1,12±0,01***	1,23±0,02*	1,11±0,01**,#	0,68±0,01***,#,##
При дотягивании вверх	1,86±0,03	1,84±0,03	1,37±0,02***	1,59±0,02*	1,49±0,02**,#	0,94±0,01***,#,##
При наклонах вниз	1,79±0,02	1,77±0,02	1,25±0,01***	1,48±0,02*	1,37±0,02**,#	0,61±0,01***,#,##
При присаживании на стул	1,91±0,03	1,85±0,03	1,47±0,02***	1,78±0,02*	1,69±0,02**,#	1,23±0,02***,#,##
Суммарный балл	26,85±0,6	26,01±0,5	20,89±0,4***	23,92±0,5*	21,83±0,6**,#	13,11±0,5***,#,##

*p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста до операции

** p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста после операции

*** p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции

p<0,05 по сравнению с людьми старческого возраста до операции

p<0,05 по сравнению с людьми старческого возраста после операции

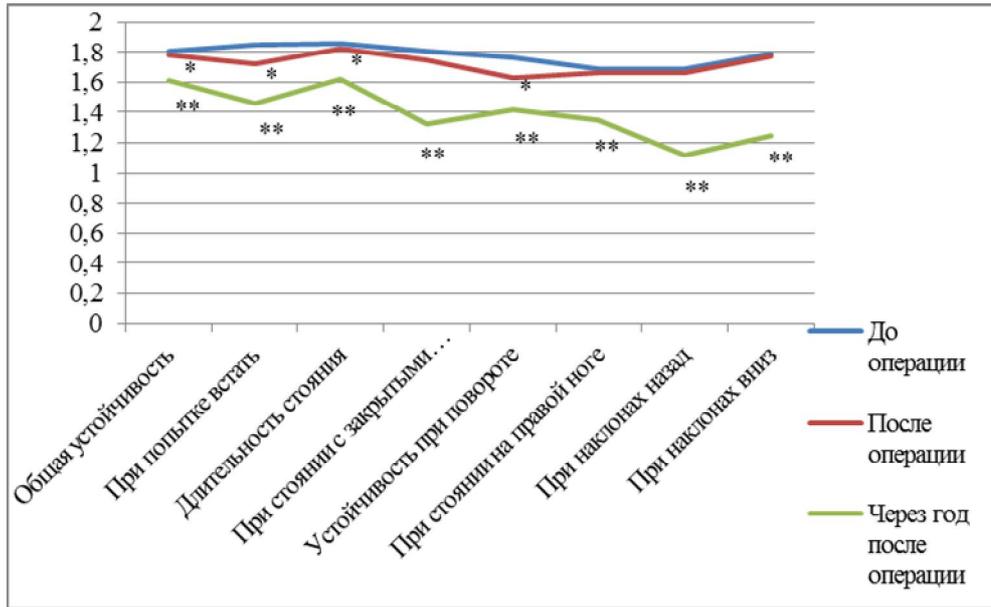
При стоянии на правой ноге устойчивость у пациентов пожилого возраста до операции была оценена в $1,69+0,02$, в раннем послеоперационном периоде - в $1,66+0,02$ балла, через 1 год после операции - в $1,35+0,02$ балла ($p<0,05$), у пациентов старческого возраста – в $1,37+0,02$, $1,17+0,01$ и $0,74+0,01$ баллов соответственно ($p<0,05$). При стоянии на левой ноге – у лиц пожилого возраста в $1,68+0,02$, $1,63+0,01$ и $1,33+0,02$ баллов соответственно ($p<0,05$), старческого возраста - $1,37+0,02$, $1,20+0,01$ и $0,74+0,01$ баллов соответственно ($p<0,05$). Устойчивость пациентов пожилого возраста при наклонах назад до операции была оценена в $1,69+0,02$ балла, в раннем послеоперационном периоде - в $1,66+0,02$ балла, через 1 год после операции – в $1,12+0,01$ балла ($p<0,05$); у лиц старческого возраста – в $1,23+0,02$, $1,11+0,01$ и $0,68+0,01$ баллов соответственно ($p<0,05$).

При дотягивании вверх устойчивость пациентов пожилого возраста была оценена в $1,86+0,03$, $1,84+0,03$ и $1,37+0,02$ баллов соответственно ($p<0,05$); старческого возраста – в $1,59+0,02$, $1,49+0,02$ и $0,94+0,01$ баллов соответственно ($p<0,05$). При наклонах вниз: у лиц пожилого возраста устойчивость оценена в $1,79+0,02$, $1,77+0,02$ и $1,25+0,01$ баллов соответственно ($p<0,05$), у лиц старческого возраста – в $1,48+0,02$, $1,37+0,02$ и $0,61+0,01$ баллов соответственно ($p<0,05$). При присаживании на стул устойчивость у пациентов пожилого возраста была определена в $1,91+0,03$, $1,85+0,03$ и $1,47+0,02$ баллов соответственно ($p<0,05$), у пациентов старческого возраста - $1,78+0,02$, $1,69+0,02$ и $1,23+0,02$ баллов соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, у пациентов, как пожилого, так и старческого возраста после оперативного лечения было достоверно отмечено увеличение нарушений параметров устойчивости после операции, усугубляющиеся через 1 год после оперативного лечения. При этом, достоверно доказано увеличение легкого и умеренного нарушения параметров устойчивости у пациентов пожилого возраста, и умеренного и значительного - у пациентов старческого возраста.

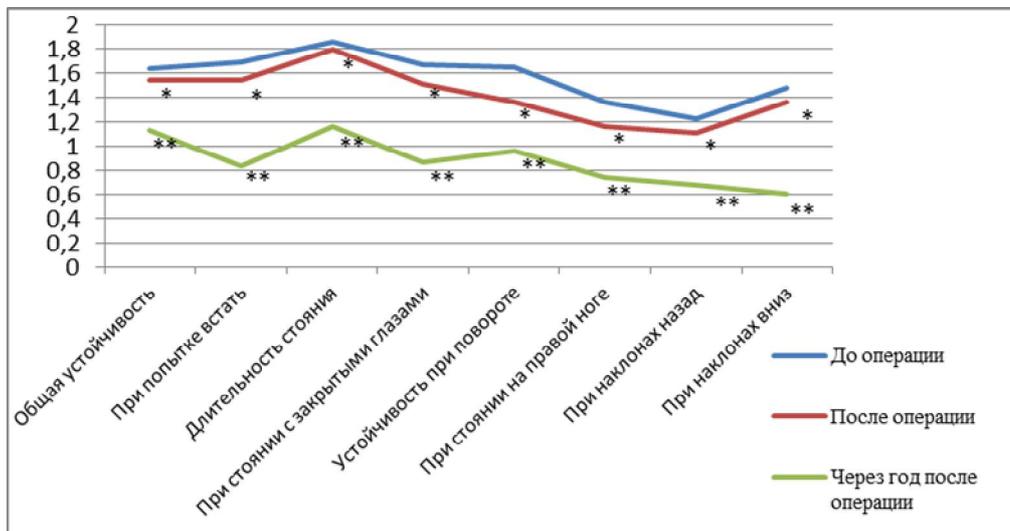
При этом, параметры устойчивости у пациентов старческого возраста значительно меньше таких же параметров у пациентов пожилого возраста, как до операции, так и в раннем послеоперационном периоде и через год после операции. Следует отметить, что параметры устойчивости и у пациентов пожилого и у пациентов старческого возраста

через год после операции меньше показателей параметров устойчивости этих же пациентов до операции и после операции (рис. 17, 18).



* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами после операции

Рис. 17. Динамика параметров устойчивости у пациентов пожилого возраста до оперативного лечения, в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции



* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами после операции

Рис. 18. Динамика параметров устойчивости у пациентов старческого возраста до оперативного лечения, в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции

5.2.2. Параметры ходьбы (походки)

Нарушение параметров ходьбы (походки) до операции было достоверно отмечено у $20,9 \pm 0,5\%$ пациентов (среди пациентов пожилого возраста – у $5,9 \pm 0,4\%$, старческого –

36,4±0,7%, $p<0,05$), в раннем послеоперационном периоде - у 43,7±0,3% (38,6±0,4% и 61,9±0,5%, соответственно, $p<0,05$), через 1 год после операции – у 39,1±0,4% пациентов (22,9±0,4% и 73,2±0,7% соответственно, $p<0,05$) (табл. 33).

У пациентов пожилого возраста было достоверно отмечено уменьшение распространенности легкого нарушения параметров ходьбы: при синдроме старческой астении легкой степени с 5,5±0,2% после операции до 4,6±0,2% через 1 год после операции ($p<0,05$), умеренной степени с 3,4±0,1% до 5,7±0,3% соответственно ($p<0,05$); умеренного нарушения параметров ходьбы – с 6,9±0,2% до 1,2±0,1% и с 3,4±0,1 до 2,3±0,1 соответственно ($p<0,05$); значительного нарушения параметров ходьбы при синдроме старческой астении терминальной степени с 6,9±0,2% до 2,3±0,2% ($p<0,05$).

У пациентов старческого возраста было достоверно диагностировано увеличение легкого нарушения параметров ходьбы с 1,1±0,1% до 7,7±0,4% при синдроме старческой астении легкой степени и с 1,1±0,1% до 2,6±0,2% при синдроме старческой астении выраженной степени ($p<0,05$); уменьшение - при синдроме старческой астении умеренной степени с 6,7±0,3% до 2,6±0,3% ($p<0,05$).

Увеличение умеренного нарушения параметров ходьбы с 1,1±0,1% до 2,6±0,3% было достоверно отмечено при синдроме старческой астении легкой степени и с 3,4±0,2% до 5,1±0,3% при синдроме старческой астении выраженной степени ($p<0,05$). Увеличение встречаемости значительного нарушения параметров ходьбы с 1,1±0,1% до 10,3±0,5% при синдроме старческой астении умеренной степени, с 11,2±0,3% до 25,7±0,7% при синдроме старческой астении выраженной степени и с 24,7±0,5% до 15,4±0,6% при синдроме старческой астении терминальной степени ($p<0,05$).

Суммарный балл динамики параметров ходьбы (походки)¹³ у пациентов пожилого возраста до операции достоверно был равен 19,63±0,5, в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции - 17,49±0,4 17,40±0,4 соответственно ($p<0,05$), у пациентов старческого возраста - 14,21±0,4, 13,20±0,6 и 10,64±0,5 соответственно, $p<0,05$ (табл. 34).

¹³ Чем больше балл, тем лучше параметры ходьбы (походки)

Сравнительный анализ нарушения ходьбы (походки) у больных старших возрастных групп
(в расчете на 100 пациентов, М±m, %)

Состояние здоровья пациентов		Пожилой возраст			Старческий возраст		
		до операции	после операции	через 1 год	до операции	после операции	через 1 год
Преастения	легкое нарушение	-	2,1±0,1	-	-	1,1±0,1	-
	умеренное нарушение	-	-	-	-	1,1±0,1	-
Синдром старческой астении легкой степени	легкое нарушение	-	5,5±0,2	4,6±0,2**	-	1,1±0,1**	7,7±0,4***,###
	умеренное нарушение	-	6,9±0,2	1,2±0,1**	3,0±0,3	1,1±0,1**,#	2,6±0,3***,###
	значительное нарушение	-	1,4±0,1	-	-	-	-
Синдром старческой астении умеренной степени	легкое нарушение	-	3,4±0,1	5,7±0,3**	3,0±0,3	6,7±0,3**,#	2,6±0,3***,###
	умеренное нарушение	-	3,4±0,1	2,3±0,1**	3,0±0,3	3,4±0,2	-
	значительное нарушение	-	4,1±0,3	-	-	1,1±0,1**	10,3±0,5###
Синдром старческой астении выраженной степени	легкое нарушение	2,9±0,3	-	3,4±0,2	3,0±0,3	1,1±0,1#	2,6±0,2***,###
	умеренное нарушение	-	1,4±0,1	1,2±0,1	6,1±0,4	3,4±0,2**,#	5,1±0,3***,###
	значительное нарушение	2,9±0,3	3,4±0,1	3,4±0,2	9,1±0,5*	11,2±0,3**,#	25,7±0,7***,###
Синдром старческой астении терминальной степени	значительное нарушение	-	6,9±0,2	2,3±0,2**	9,1±0,5	24,7±0,5**,#	15,4±0,6***,###
Всего		5,9±0,4	38,6±0,4*	22,9±0,4*,**	36,4±0,7*	61,9±0,5**,#	73,2±0,7***,###

*p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста до операции

** p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста после операции

*** p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции

p<0,05 по сравнению с людьми старческого возраста до операции

p<0,05 по сравнению с людьми старческого возраста после операции

Сравнительная характеристика динамики параметров ходьбы у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших оперативное лечение (M±m, в баллах)

Определяемый параметр	Пожилой возраст			Старческий возраст		
	до операции	после операции	через 1 год	до операции	после операции	через 1 год
Начало движения	1,71±0,03	1,65±0,02*	1,67±0,02 ^{*,**}	1,33±0,03*	1,31±0,02 ^{**,#}	1,15±0,01 ^{***,#,##}
Симметричность шага	1,79±0,03	1,48±0,01*	1,62±0,02 ^{*,**}	1,18±0,02*	1,06±0,01 ^{**,#}	1,12±0,01 ^{***,#,##}
Непрерывность ходьбы	1,71±0,03	1,47±0,01*	1,57±0,02 ^{*,**}	1,15±0,02*	1,14±0,01 ^{**}	0,91±0,01 ^{***,#,##}
Длина шага (левая нога)	1,85±0,04	1,63±0,02*	1,59±0,02 ^{*,**}	1,36±0,03*	1,20±0,02 ^{**,#}	0,88±0,01 ^{***,#,##}
Длина шага (правая нога)	1,85±0,04	1,62±0,02*	1,61±0,02*	1,30±0,03*	1,23±0,02 ^{**,#}	0,91±0,01 ^{***,#,##}
Отклонение от линии движения	1,79±0,03	1,46±0,01*	1,58±0,02 ^{*,**}	1,33±0,03*	1,14±0,01 ^{**,#}	0,97±0,01 ^{***,#,##}
Степень покачивания туловища	1,79±0,03	1,46±0,01*	1,51±0,01 ^{*,**}	1,24±0,02*	1,11±0,01 ^{**,#}	1,12±0,01 ^{***,#}
Повороты при ходьбе	1,79±0,03	1,69±0,02*	1,60±0,02 ^{*,**}	1,27±0,02*	1,26±0,02 ^{**}	1,03±0,01 ^{***,##}
Произвольное увеличение скорости	1,71±0,03	1,65±0,02*	1,62±0,02*	1,33±0,03*	1,20±0,02 ^{**,#}	0,94±0,01 ^{***,#,##}
Высота шага (правая нога)	1,82±0,04	1,69±0,02*	1,48±0,01 ^{*,**}	1,36±0,03*	1,29±0,02 ^{**,#}	0,82±0,01 ^{***,#,##}
Высота шага (левая нога)	1,82±0,04	1,69±0,02*	1,55±0,02 ^{*,**}	1,36±0,03*	1,26±0,02 ^{**,#}	0,79±0,01 ^{***,#,##}
Суммарный балл	19,63±0,5	17,49±0,4*	17,40±0,4*	14,21±0,4*	13,20±0,6 ^{**,#}	10,64±0,5 ^{***,#,##}

*p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста после операции, *** p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции, # p<0,05 по сравнению с людьми старческого возраста до операции, ## p<0,05 по сравнению с людьми старческого возраста после операции

При определении параметров ходьбы (походки), начало движения у пациентов пожилого возраста до операции было определено в $1,71 \pm 0,03$ балла, в раннем послеоперационном периоде - $1,65 \pm 0,02$ балла, через 1 год после оперативного лечения - в $1,67 \pm 0,02$ ($p < 0,05$); у пациентов старческого возраста – в $1,33 \pm 0,03$, $1,31 \pm 0,02$ и $1,15 \pm 0,01$ баллов соответственно ($p < 0,05$). Симметричность шага у пациентов пожилого возраста была оценена - в $1,79 \pm 0,03$, $1,48 \pm 0,01$ и $1,62 \pm 0,02$ балла соответственно ($p < 0,05$), у пациентов старческого возраста - в $1,18 \pm 0,02$, $1,06 \pm 0,01$ и $1,12 \pm 0,01$ соответственно ($p < 0,05$).

Непрерывность ходьбы у пациентов пожилого возраста была $1,71 \pm 0,03$, $1,47 \pm 0,01$ и $1,57 \pm 0,02$ баллов соответственно ($p < 0,05$), старческого – $1,15 \pm 0,02$, $1,14 \pm 0,01$ и $0,91 \pm 0,01$ соответственно ($p < 0,05$). Длина шага (левая нога) была у лиц пожилого возраста $1,85 \pm 0,04$ балла (до операции), $1,63 \pm 0,02$ (в раннем послеоперационном периоде) и $1,59 \pm 0,02$ (через 1 год после оперативного лечения, $p < 0,05$), старческого - $1,36 \pm 0,03$, $1,20 \pm 0,02$ и $0,88 \pm 0,01$ соответственно ($p < 0,05$). Длина шага (правая нога) – у лиц пожилого возраста $1,85 \pm 0,04$, $1,62 \pm 0,02$ и $1,61 \pm 0,02$ соответственно ($p < 0,05$), у лиц старческого возраста - $1,30 \pm 0,03$, $1,23 \pm 0,02$ и $0,91 \pm 0,01$ соответственно ($p < 0,05$). Отклонение от линии движения при определении параметров походки у лиц пожилого возраста было оценено в $1,79 \pm 0,03$ балла до операции, $1,46 \pm 0,01$ - в раннем послеоперационном периоде и $1,58 \pm 0,02$ - через 1 год после операции, у лиц старческого возраста – в $1,33 \pm 0,03$, $1,14 \pm 0,01$ и $0,97 \pm 0,01$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

Степень покачивания туловища во время ходьбы у пациентов пожилого возраста до операции было определено в $1,79 \pm 0,03$ балла, после операции – в $1,46 \pm 0,01$ балла и $1,51 \pm 0,01$ баллов через 1 год после операции; у пациентов старческого возраста – в $1,24 \pm 0,02$, $1,11 \pm 0,01$ и $1,12 \pm 0,01$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

Повороты при ходьбе: у лиц пожилого возраста - $1,79 \pm 0,03$, $1,69 \pm 0,02$ и $1,60 \pm 0,02$ баллов соответственно ($p < 0,05$), у лиц старческого возраста - $1,27 \pm 0,02$, $1,26 \pm 0,02$ и $1,03 \pm 0,01$ баллов соответственно ($p < 0,05$). Возможность произвольного увеличения скорости: у пациентов пожилого возраста была оценена в $1,71 \pm 0,03$, $1,65 \pm 0,02$ и $1,62 \pm 0,02$ балла соответственно ($p < 0,05$), у пациентов старческого возраста – в $1,33 \pm 0,03$, $1,20 \pm 0,02$ и $0,94 \pm 0,01$ баллов соответственно ($p < 0,05$). Высота шага (правая нога): у пациентов пожилого возраста была оценена в $1,82 \pm 0,04$ балла до операции, $1,69 \pm 0,02$

балла в раннем послеоперационном периоде и в $1,48 \pm 0,01$ через 1 год после операции ($p < 0,05$), у пациентов старческого возраста - $1,36 \pm 0,03$, $1,29 \pm 0,02$ и $0,82 \pm 0,01$ баллов соответственно ($p < 0,05$). Высота шага (левая нога): у пациентов пожилого возраста была оценена в $1,82 \pm 0,04$ до операции, $1,69 \pm 0,02$ балла в раннем послеоперационном периоде и в $1,55 \pm 0,02$ через 1 год после операции ($p < 0,05$), у пациентов старческого возраста - $1,36 \pm 0,03$, $1,26 \pm 0,02$ и $0,79 \pm 0,01$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

Таким образом, наши данные показывают, что параметры ходьбы (походки) у пациентов старческого возраста достоверно ниже, чем у пациентов пожилого возраста, как до операции, так в раннем послеоперационном периоде и через год после операции. Следует отметить, что параметры ходьбы у пациентов старческого возраста через год после операции были достоверно ниже показателей параметров ходьбы этих же пациентов до операции и непосредственно после операции.

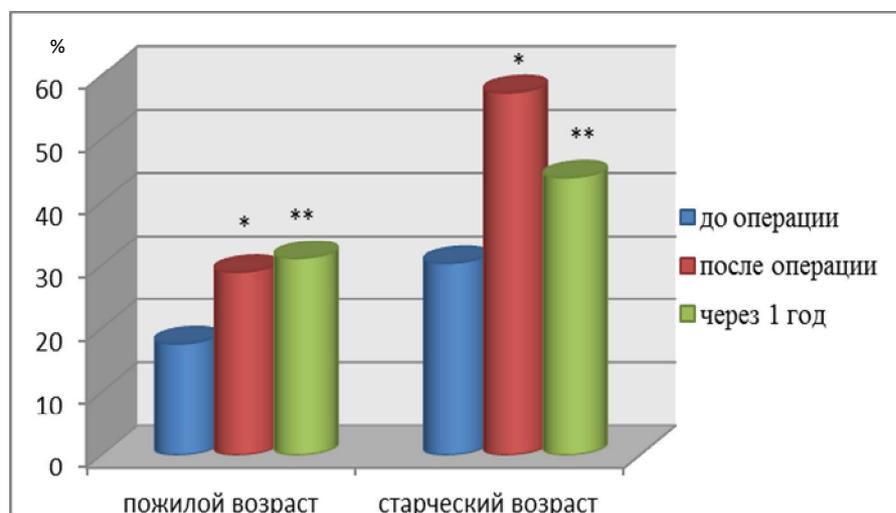
Следует отметить, что нарушение общей двигательной активности до операции достоверно наблюдалось у $17,9 \pm 0,5\%$ больных (среди пациентов пожилого возраста у $5,9 \pm 0,4\%$, среди пациентов старческого возраста у $30,3 \pm 0,8\%$), после оперативного лечения - у $21,9 \pm 0,4\%$ ($4,6 \pm 0,2\%$ и $58,5 \pm 0,7\%$ соответственно ($p < 0,05$)).

Легкая степень нарушения до операции была диагностирована у $2,9 \pm 0,3\%$ пациентов, после операции - у $2,4 \pm 0,2\%$ больных. Умеренная степень нарушения общей двигательной активности была достоверно отмечена до операции у $11,9 \pm 0,4\%$ (у $2,9 \pm 0,3\%$ пациентов пожилого возраста и $21,2 \pm 0,7\%$ пациентов старческого возраста, $p < 0,05$). После операции умеренная степень нарушения общей двигательной активности отмечена у $14,1 \pm 0,3\%$ больных ($4,6 \pm 0,2\%$ и $34,1 \pm 0,7\%$ соответственно, $p < 0,05$). Значительная степень нарушения до операции встречалась в $4,5 \pm 0,2\%$ случаях только у лиц старческого возраста; после операции – у $17,1 \pm 0,6\%$ также у пациентов старческого возраста ($p < 0,05$).

5.2.3. Синдром мальнутриции

Обращает на себя внимание большое распространение среди пациентов как пожилого так и старческого возраста синдрома недостаточности питания или синдрома мальнутриции. До оперативного лечения нарушение питания с недостаточностью питания имелось у $77,6 \pm 0,5\%$, при этом синдром мальнутриции был достоверно диагностирован у $23,9 \pm 0,5\%$ (у $17,6 \pm 0,7\%$ пожилого и $30,3 \pm 0,7\%$ старческого возраста,

$p < 0,05$). После оперативного лечения нарушение питания с недостаточностью питания имелось у $83,8 \pm 0,2$ % больных. При этом, синдром мальнутриции был достоверно диагностирован у $39,7 \pm 0,3$ % пациентов (у $28,9 \pm 0,4$ % и $57,3 \pm 0,5$ % соответственно, $p < 0,05$) (рис.19). Риск развития синдрома мальнутриции после операции был достоверно отмечен в $44,1 \pm 0,3$ % случаев на 100 больных (у $52,4 \pm 0,5$ % и $30,3 \pm 0,5$ % соответственно, $p < 0,05$). Через 1 год после операции нарушение питания с недостаточностью питания имелось у $82,0 \pm 0,4$ % пациентов. При этом, синдром мальнутриции был достоверно диагностирован у $35,2 \pm 0,4$ % больных (у $31,1 \pm 0,5$ % и $43,9 \pm 0,7$ % соответственно, $p < 0,05$). Риск развития синдрома мальнутриции был достоверно отмечен у $46,9 \pm 0,4$ % пациентов (у $50,6 \pm 0,5$ % и $39,1 \pm 0,7$ % соответственно, $p < 0,05$).



* $p < 0,05$ по сравнению с пациентами до операции внутри группы, ** $p < 0,05$ по сравнению с пациентами после операции внутри группы

Рис. 19. Распространенность синдрома мальнутриции у пациентов пожилого и старческого возраста

У пациентов пожилого возраста с преастенией распространенность риска развития синдрома мальнутриции уменьшилась: с $26,5 \pm 0,7$ % (до операции) до $25,5 \pm 0,4$ % (после операции) и $8,4 \pm 0,4$ % (через 1 год после операции), $p < 0,05$; у лиц старческого возраста риск развития синдрома мальнутриции уменьшился с $15,2 \pm 0,6$ % (до оперативного лечения) до $6,7 \pm 0,3$ % (после операции) с последующим увеличением до $12,8 \pm 0,5$ % (через 1 год после оперативного лечения), $p < 0,05$. Увеличение распространенности синдрома мальнутриции было достоверно отмечено у пациентов пожилого возраста с $2,9 \pm 0,3$ % до $4,8 \pm 0,2$ % и $9,2 \pm 0,3$ % соответственно, $p < 0,05$ (табл. 35).

Распространенность синдрома мальнутриции у больных старших возрастных групп
(в расчете на 100 пациентов, M±m, %)

Состояние здоровья пациентов		Пожилой возраст			Старческий возраст		
		до операции	после операции	через 1 год	до операции	после операции	через 1 год
Хорошее здоровье	риск развития синдрома мальнутриции	29,4±0,1	6,9±0,2*	6,9±0,3*	9,1±0,5	-	-
	есть синдром мальнутриции	-	-	-	6,1±0,4	-	-
Преастения	риск развития синдрома мальнутриции	26,5±0,7	25,5±0,4	8,4±0,4*	15,2±0,6*	6,7±0,3**,#	12,8±0,5***,#,##
	есть синдром мальнутриции	2,9±0,3	4,8±0,2*	9,2±0,3*,**	3,0±0,3	3,4±0,1	-
Синдром старческой астении легкой степени	риск развития синдрома мальнутриции	8,8±0,4	13,8±0,3*	14,9±0,4*,**	9,1±0,5	15,7±0,4**,#	7,7±0,4***,#,##
	есть синдром мальнутриции	8,8±0,4	7,6±0,2*	8,1±0,3	-	10,1±0,3**	5,1±0,3***,#,##
Синдром старческой астении умеренной степени	риск развития синдрома мальнутриции	-	5,5±0,1	9,2±0,3**	6,1±0,4	5,6±0,2	2,6±0,3***,#,##
	есть синдром мальнутриции	2,9±0,3	6,2±0,2*	4,6±0,2*,**	12,1±0,5*	6,7±0,3***,#	10,3±0,4***,#,##
Синдром старческой астении выраженной степени	риск развития синдрома мальнутриции	2,9±0,3	0,7±0,1*	1,1±0,1*,**	3,0±0,3	1,1±0,1**,#	12,8±0,4***,#,##
	есть синдром мальнутриции	2,9±0,3	3,4±0,1	6,9±0,3*,**	3,0±0,3	3,5±0,4	17,9±0,6***,#,##
Синдром старческой астении терминальной степени	есть синдром мальнутриции	-	6,9±0,2	2,3±0,2**	12,1±0,5	24,7±0,6**,#	15,4±0,6**,#,##

*p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста после операции, *** p<0,05 по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции, # p<0,05 по сравнению с людьми старческого возраста до операции, ## p<0,05 по сравнению с людьми старческого возраста после операции

При синдроме старческой астении легкой степени было достоверно отмечено увеличение распространенности риска развития синдрома мальнутриции у пациентов пожилого возраста с $8,8 \pm 0,4\%$ (до операции) до $13,8 \pm 0,3\%$ (после оперативного лечения) и $14,9 \pm 0,4\%$ (через 1 год после операции), $p < 0,05$; у пациентов старческого возраста с $9,1 \pm 0,5\%$ (до операции) до $15,7 \pm 0,4\%$ (после оперативного лечения), с последующим уменьшением до $7,7 \pm 0,4\%$, $p < 0,05$.

Распространенность синдрома мальнутриции при синдроме старческой астении легкой степени у пациентов пожилого возраста достоверно уменьшилась с $8,8 \pm 0,4\%$ (до операции) до $7,6 \pm 0,2\%$ (после оперативного лечения); у пациентов старческого возраста - с $10,1 \pm 0,3\%$ (после операции) до $5,1 \pm 0,3\%$ (через 1 год после оперативного лечения), $p < 0,05$.

При синдроме старческой астении умеренной степени было достоверно отмечено увеличение распространенности риска развития синдрома мальнутриции у пациентов пожилого возраста с $5,5 \pm 0,1\%$ (после операции) до $9,2 \pm 0,3\%$ (через 1 год после оперативного лечения), $p < 0,05$. Уменьшение распространенности риска развития синдрома мальнутриции было достоверно отмечено у пациентов старческого возраста с $6,1 \pm 0,4\%$ (до операции) до $2,6 \pm 0,3\%$ (через 1 год после операции), $p < 0,05$.

Увеличение распространенности синдрома мальнутриции было достоверно отмечено у пациентов пожилого возраста с $2,9 \pm 0,3\%$ (до операции) до $6,2 \pm 0,2\%$ (после оперативного лечения) с последующим снижением через 1 год после операции до $4,6 \pm 0,2\%$, $p < 0,05$. У пациентов старческого возраста было достоверно уменьшение распространенности синдрома мальнутриции с $12,1 \pm 0,5\%$ до $6,7 \pm 0,3\%$ соответственно, с последующим увеличением до $10,3 \pm 0,4\%$ ($p < 0,05$).

При синдроме старческой астении выраженной степени и у пациентов пожилого и у пациентов старческого возраста было достоверно отмечено увеличение распространенности синдрома мальнутриции (с $2,9 \pm 0,3\%$ до $3,4 \pm 0,1\%$ и $6,9 \pm 0,3\%$ и с $3,0 \pm 0,3$ до $3,5 \pm 0,4\%$ и $17,9 \pm 0,6\%$ соответственно, $p < 0,05$). Уменьшение распространенности риска синдрома мальнутриции было достоверно отмечено и у пациентов пожилого возраста (с $2,9 \pm 0,3\%$ до $0,7 \pm 0,1\%$, $p < 0,05$) и у пациентов старческого возраста (с $3,0 \pm 0,3\%$ до $1,1 \pm 0,1\%$, $p < 0,05$) с последующим увеличением до $1,1 \pm 0,1\%$ и $12,8 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$.

При синдроме старческой астении терминальной степени было достоверно отмечено уменьшение распространенности синдрома мальнутриции у пациентов пожилого возраста (с $6,9 \pm 0,2\%$ после операции до $2,3 \pm 0,2\%$ через 1 год после операции, $p < 0,05$). У пациентов старческого возраста распространенность синдрома мальнутриции увеличилась с $12,1 \pm 0,5\%$ до операции до $24,7 \pm 0,6\%$ после операции, с последующим уменьшением до $15,4 \pm 0,6\%$ через 1 год ($p < 0,05$).

Суммарный балл риска развития синдрома мальнутриции¹⁴ у пациентов пожилого возраста до операции был равен $20,5 \pm 0,7$, в раннем послеоперационном периоде - $15,9 \pm 0,4$, через 1 год после операции - $15,3 \pm 0,6$; у пациентов старческого - $15,8 \pm 0,6$, $14,4 \pm 0,5$ и $13,9 \pm 0,6$ соответственно ($p < 0,05$) (табл. 36, 37).

Таблица 36

Сравнительная характеристика риска развития синдрома мальнутриции
(по результатам опроса) - I часть (M \pm m, в баллах)

Определяемый параметр	Пожилой возраст			Старческий возраст		
	до операции	после операции	через 1 год	до операции	после операции	через 1 год
Наличие утраты аппетита	$1,7 \pm 0,04$	$1,7 \pm 0,02$	$1,6 \pm 0,02$ *,**	$1,5 \pm 0,02$ *	$1,4 \pm 0,02$ **,#	$1,3 \pm 0,01$ ***,###
Наличие снижения массы тела	$2,4 \pm 0,04$	$1,9 \pm 0,02$ *	$1,9 \pm 0,02$ *	$2,0 \pm 0,02$ *	$2,0 \pm 0,02$ **	$1,6 \pm 0,02$ ***,###
Мобильность	$1,9 \pm 0,04$	$1,7 \pm 0,02$ *	$1,8 \pm 0,02$ *,**	$1,5 \pm 0,02$ *	$1,5 \pm 0,02$ **	$1,4 \pm 0,02$ ***,###
Психологические стрессы	$0,5 \pm 0,02$	$0,5 \pm 0,01$	$0,6 \pm 0,01$ *,**	$0,4 \pm 0,01$ *	$0,5 \pm 0,01$ #	$0,7 \pm 0,01$ ***,###
Психологические проблемы	$1,6 \pm 0,03$	$1,5 \pm 0,02$ *	$1,4 \pm 0,02$ *,**	$1,4 \pm 0,01$ *	$1,4 \pm 0,02$ **	$1,5 \pm 0,02$ ***,###
ИМТ ¹⁵	$3,3 \pm 0,04$	$2,9 \pm 0,02$ *	$2,3 \pm 0,02$ *,**	$2,0 \pm 0,02$ *	$2,6 \pm 0,02$ **,#	$2,4 \pm 0,02$ ***,###
Суммарный балл	$11,4 \pm 0,5$	$10,2 \pm 0,4$	$9,6 \pm 0,3$ *	$8,8 \pm 0,5$ *	$9,4 \pm 0,3$	$8,9 \pm 0,3$

* $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста после операции, *** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции, # $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции, ### $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста после операции

Наличие снижения аппетита пациенты пожилого возраста оценили: до операции и в раннем послеоперационном периоде в $1,7 \pm 0,04$ и $1,7 \pm 0,02$ балла соответственно, через 1 год после операции - $1,6 \pm 0,02$ баллов ($p < 0,05$), в старческом - в $1,5 \pm 0,02$, $1,4 \pm 0,02$ и

¹⁴ Чем больше балл, тем меньше риск развития синдрома мальнутриции

¹⁵ Рассчитан по формуле: масса тела в килограммах делится на удвоенный рост в метрах

1,3±0,01 соответственно ($p<0,05$). Снижение массы тела за последние 3 месяца в пределах 2 килограмм достоверно было отмечено у пациентов пожилого возраста (до операции больные оценили в 2,4±0,04 балла, в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции - в 1,9±0,02 баллов) и старческого возраста: до операции и в раннем послеоперационном периоде больные оценили в 2,0±0,02 балла, через год после операции – в 1,6±0,02 балла. Степень мобильности: пациенты пожилого возраста до операции оценили в 1,9±0,04 баллов, в раннем послеоперационном периоде в 1,7±0,02, через 1 год после операции – в 1,8±0,02 ($p<0,05$); пациенты старческого возраста – в 1,5±0,02 и 1,4±0,02 соответственно ($p<0,05$).

Психологические стрессы: пациенты пожилого возраста до операции и в раннем послеоперационном периоде оценили в 0,5±0,02 и 0,5±0,01 соответственно и 0,6±0,01 балла через 1 год после операции; пациенты старческого возраста - в 0,4±0,01, 0,5±0,01 и в 0,7±0,01 балла соответственно ($p<0,05$). Психологические проблемы до операции, в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции оценили: пациенты пожилого возраста – в 1,6±0,03, 1,5±0,02 и 1,4±0,02 балла соответственно ($p<0,05$), старческого – в 1,4±0,01, 1,4±0,02 и 1,5±0,02 балла соответственно ($p<0,05$).

При анализе второй части опросника, позволяющей дать оценку регулярности и качеству питания, а также факторам, влияющим на пищевое поведение, было отмечено следующее. Только 27,7±0,5% лиц пожилого и 24,3±0,6% старческого возраста во время приема пищи употребляли 3 основных блюда ($p<0,05$). При этом, белковую пищу употребляли до одного раза в день 27,7±0,5% и 35,1±0,8% соответственно ($p<0,05$), а овощи и фрукты - 80,7±0,4% лиц пожилого и 75,7±0,7% старческого возраста. Менее трех стаканов в день выпивали 32,5±0,5% и 27,0±0,8% соответственно, а более пяти стаканов – 9,6±0,3% и 5,4±0,3% соответственно, $p<0,05$.

При сравнении данных второй части опросника в баллах получены следующие результаты. Прием свыше трех лекарственных препаратов в сутки пациенты пожилого возраста оценили: до операции в 1,00±0,03 балла, в раннем послеоперационном периоде в 0,49±0,01 и через 1 год после операции – в 0,54±0,01 балла ($p<0,05$); пациенты старческого возраста – в 0,70±0,08, 0,49±0,01 и 0,59±0,01 баллов соответственно ($p<0,05$).

Количество основных блюд: больные пожилого возраста оценили в 1,17±0,03, 1,08±0,01 и 1,08±0,01 соответственно; старческого – в 1,79±0,02, 0,96±0,01 и

1,03±0,01 соответственно, $p<0,05$. Потребление белков: больные пожилого возраста оценили в 0,59±0,01, 0,43±0,01 и 0,37±0,01 соответственно, $p<0,05$; старческого – в 0,53±0,09, 0,38±0,01 и 0,33±0,01 соответственно, $p<0,05$. Потребление овощей и фруктов пациенты пожилого возраста оценили в 1,76±0,04, 0,95±0,01 и 0,79±0,01 соответственно, $p<0,05$; старческого- в 1,00±0,01, 0,78±0,01 и 0,78±0,02 соответственно. Прием жидкости: пациенты пожилого возраста оценили в 1,88±0,04, 0,71±0,01 и 0,39±0,01 баллов соответственно ($p<0,05$), старческого- в 0,62±0,08, 0,59±0,01 и 0,45±0,01 соответственно ($p<0,05$). Собственную оценку питания пациенты пожилого возраста оценили в 1,88±0,04, 1,68±0,2 и 1,88±0,2 соответственно ($p<0,05$), старческого – в 1,82±0,02, 1,44±0,2 и 1,31±0,2 соответственно ($p<0,05$). Собственную оценку здоровья: пожилые больные – в 0,82±0,03, 0,45±0,01 и 0,69±0,01 баллов соответственно ($p<0,05$), старческого возраста – в 0,55±0,09, 0,37±0,01 и 0,59±0,01 соответственно, $p<0,05$ (табл. 37).

Таблица 37

Сравнительная характеристика риска развития синдрома мальнутриции – II часть

(в баллах)¹⁶

Определяемый параметр	Пожилой возраст			Старческий возраст		
	до операции	после операции	через 1 год	до операции	после операции	через 1 год
Прием свыше трех лекарственных препаратов	1,00±0,03	0,49±0,01*	0,54±0,01 *,**	0,70±0,08*	0,49±0,01#	0,59±0,01 ***,##,###
Количество основных блюд	1,17±0,03	1,08±0,01*	1,08±0,01*	1,79±0,02*	0,96±0,01 **,#	1,03±0,01 #,###
Потребление белков	0,59±0,01	0,43±0,01*	0,37±0,01 *,**	0,53±0,09	0,38±0,01 **,#	0,33±0,01 #,###
Потребление овощей и фруктов	1,76±0,04	0,95±0,01*	0,79±0,01 *,**	1,00±0,01*	0,78±0,01 **,#	0,78±0,02#
Прием жидкости	1,88±0,04	0,71±0,01*	0,39±0,01 *,**	0,62±0,08*	0,59±0,01**	0,45±0,01 ***,###
Собственная оценка питания	1,88±0,04	1,68±0,2*	1,88±0,2**	1,82±0,02	1,44±0,2 **,#	1,31±0,2 ***,##,###
Собственная оценка здоровья	0,82±0,03	0,45±0,01*	0,69±0,01 *,**	0,55±0,09*	0,37±0,01 **,#	0,59±0,01 ***,##
Суммарный балл	9,10±0,5	5,79±0,3*	5,74±0,3*	7,01±0,4*	5,01±0,3#	5,08±0,4#

* $p<0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** $p<0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста после операции, *** $p<0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции, # $p<0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции, ## $p<0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста после операции

¹⁶ Чем больше балл, тем меньше риск развития синдрома мальнутриции

Таким образом, наше исследование доказало, что у пациентов старческого возраста до оперативного лечения, а также и в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции достоверно имелся повышенный риск развития синдрома мальнутриции, особенно с увеличением степени тяжести синдрома старческой астении.

5.2.4. Когнитивные нарушения

В нашем исследовании достоверно было выявлено более выраженное снижение когнитивных способностей у пациентов старческого возраста, особенно при увеличении степени старческой астении. Так, при преастении у лиц пожилого возраста было достоверно отмечено увеличение распространенности легких когнитивных нарушений с $2,9 \pm 0,3\%$ (до операции) до $6,2 \pm 0,2\%$ (после операции) с последующим уменьшением до $3,4 \pm 0,2\%$ (через 1 год после операции), $p < 0,05$ и уменьшении распространенности умеренных когнитивных нарушений с $2,1 \pm 0,1\%$ (после операции) до $1,1 \pm 0,1\%$ (через 1 год после операции), $p < 0,05$. У лиц старческого возраста было достоверно отмечено уменьшение распространенности легких когнитивных нарушений с $3,4 \pm 0,2\%$ (после операции) до $2,4 \pm 0,3\%$ (через 1 год после операции) и увеличение распространенности умеренных когнитивных нарушений с $1,1 \pm 0,1\%$ до $2,4 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$.

При синдроме старческой астении легкой степени тяжести у пациентов пожилого возраста было достоверно отмечено увеличение распространенности легких когнитивных нарушений с $2,9 \pm 0,3\%$ (до операции) до $5,5 \pm 0,2\%$ (после операции) и $5,7 \pm 0,3\%$ (через 1 год после операции) и уменьшение умеренных когнитивных нарушений с $2,9 \pm 0,3\%$ (до операции) и $3,4 \pm 0,1\%$ (после операции) до $1,1 \pm 0,1\%$ (через 1 год после операции), $p < 0,05$. У пациентов старческого возраста - увеличение умеренных когнитивных нарушений с $3,1 \pm 0,3\%$ (до операции) до $8,9 \pm 0,3\%$ (после операции) и уменьшение распространенности умеренных нарушений до $2,4 \pm 0,2\%$ (через 1 год после операции), $p < 0,05$ (табл. 38).

При синдроме старческой астении умеренной степени у лиц пожилого возраста было достоверно отмечено увеличение распространенности легких когнитивных нарушений с $3,4 \pm 0,1\%$ (после операции) до $4,6 \pm 0,2\%$ (через 1 год после операции) и умеренных когнитивных нарушений – с $2,1 \pm 0,1\%$ до $3,4 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$.

Сравнительный анализ нарушений когнитивных способностей у больных старших возрастных групп
(в расчете на 100 пациентов, $M \pm m$, %)

Состояние здоровья пациентов		Пожилой возраст			Старческий возраст		
		до операции	после операции	через 1 год	до операции	после операции	через 1 год
Хорошее здоровье	легкие нарушения	-	1,4 \pm 0,1	-	-	-	-
	умеренные нарушения	-	-	-	-	2,2 \pm 0,1	-
Преастения	легкие нарушения	2,9 \pm 0,3	6,2 \pm 0,2 [*]	3,4 \pm 0,2 ^{**}	-	3,4 \pm 0,2 ^{**}	2,4 \pm 0,3 ^{**##}
	умеренные нарушения	-	2,1 \pm 0,1	1,1 \pm 0,1 ^{**}	-	1,1 \pm 0,1 ^{**}	2,4 \pm 0,2 ^{**##}
Синдром старческой астении легкой степени	легкие нарушения	2,9 \pm 0,3	5,5 \pm 0,2 [*]	5,7 \pm 0,3 [*]	-	4,5 \pm 0,2 ^{**}	4,9 \pm 0,3
	умеренные нарушения	2,9 \pm 0,3	3,4 \pm 0,1	1,1 \pm 0,1 ^{*,**}	3,1 \pm 0,3	8,9 \pm 0,3 ^{*,#}	2,4 \pm 0,2 ^{***,##}
	тяжелые	-	-	-	-	-	2,4 \pm 0,2
Синдром старческой астении умеренной степени	легкие нарушения	-	3,4 \pm 0,1	4,6 \pm 0,2 ^{**}	3,1 \pm 0,3	2,2 \pm 0,1 ^{**,#}	4,9 \pm 0,3 ^{#,##}
	умеренные нарушения	-	2,1 \pm 0,1	3,4 \pm 0,2 ^{**}	9,1 \pm 0,5	6,7 \pm 0,3 ^{**,#}	7,3 \pm 0,4 ^{***,#}
Синдром старческой астении выраженной степени	легкие нарушения	-	1,4 \pm 0,1	3,4 \pm 0,2 ^{**}	3,1 \pm 0,3	5,6 \pm 0,3 ^{**,##}	7,3 \pm 0,4 ^{**,##,###}
	умеренные нарушения	2,9 \pm 0,3	2,8 \pm 0,1	2,3 \pm 0,2 ^{*,**}	12,1 \pm 0,6 [*]	6,7 \pm 0,3 ^{**,#}	17,1 \pm 0,6 ^{***,#,###}
	тяжелые	-	-	1,1 \pm 0,1	-	-	-
Синдром старческой астении терминальной степени	легкие нарушения	-	0,7 \pm 0,1	1,1 \pm 0,1 ^{**}	-	1,1 \pm 0,1 ^{**}	2,4 \pm 0,2 ^{***,##}
	умеренные нарушения	-	4,1 \pm 0,2	1,1 \pm 0,1 ^{**}	6,1 \pm 0,4	16,9 \pm 0,4 ^{**,#}	7,3 \pm 0,4 ^{**,##,###}
	тяжелые нарушения	-	2,1 \pm 0,1	-	-	5,6 \pm 0,3 ^{**}	-

* $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста после операции, *** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции, # $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции, ## $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста после операции

У пациентов старческого возраста было достоверно отмечено уменьшение легких когнитивных нарушений с $3,1 \pm 0,3\%$ (до операции) до $2,2 \pm 0,1\%$ (после операции) с последующим увеличением до $4,9 \pm 0,3\%$ (через 1 год после операции) и умеренных когнитивных нарушений ($9,1 \pm 0,5\%$, $6,7 \pm 0,3\%$ и $7,3 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$).

При синдроме старческой астении умеренной степени у лиц пожилого возраста было достоверно отмечено увеличение распространенности легких когнитивных нарушений с $3,4 \pm 0,1\%$ (после операции) до $4,6 \pm 0,2\%$ (через 1 год после операции) и умеренных когнитивных нарушений – с $2,1 \pm 0,1\%$ до $3,4 \pm 0,2\%$ соответственно, $p < 0,05$. У пациентов старческого возраста было достоверно отмечено уменьшение легких когнитивных нарушений с $3,1 \pm 0,3\%$ (до операции) до $2,2 \pm 0,1\%$ (после операции) с последующим увеличением до $4,9 \pm 0,3\%$ (через 1 год после операции) и умеренных когнитивных нарушений ($9,1 \pm 0,5\%$, $6,7 \pm 0,3\%$ и $7,3 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$).

При синдроме старческой астении выраженной степени у пациентов пожилого возраста было достоверно отмечено увеличение легких когнитивных нарушений с $1,4 \pm 0,1\%$ (после операции) до $3,4 \pm 0,2\%$ (через 1 год после операции) и уменьшение распространенности умеренных когнитивных нарушений с $2,9 \pm 0,3\%$ (до операции), $2,8 \pm 0,1\%$ (после операции) до $2,3 \pm 0,2\%$ (через 1 год после операции), $p < 0,05$.

У пациентов старческого возраста при синдроме старческой астении выраженной степени было достоверно отмечено увеличение легких когнитивных нарушений (с $3,1 \pm 0,3\%$ до $5,6 \pm 0,3\%$ и $7,3 \pm 0,4\%$ соответственно, $p < 0,05$) и уменьшение умеренных когнитивных нарушений с $12,1 \pm 0,6\%$ (до операции) до $6,7 \pm 0,3\%$ (после операции), с последующим увеличением до $17,1 \pm 0,6\%$ через 1 год после операции, $p < 0,05$.

При синдроме старческой астении терминальной степени у пациентов пожилого возраста было достоверно отмечено уменьшение распространенности легких когнитивных нарушений (с $0,7 \pm 0,1\%$ после операции до $1,1 \pm 0,1\%$ через 1 год после операции, $p < 0,05$) и умеренных когнитивных нарушений (с $4,1 \pm 0,2\%$ до $1,1 \pm 0,1\%$ соответственно, $p < 0,05$).

У пациентов старческого возраста было достоверно отмечено увеличение легких когнитивных нарушений с $1,1 \pm 0,1\%$ после операции до $2,4 \pm 0,2\%$ через 1 год после операции ($p < 0,05$) и умеренных когнитивных нарушений с $6,1 \pm 0,4\%$ (до операции) до $16,9 \pm 0,4\%$ (после операции), с последующим уменьшением до $7,3 \pm 0,4\%$ через 1 год

после операции, $p < 0,05$. Суммарный балл оценки когнитивных нарушений¹⁷ у пациентов пожилого возраста до операции был равен $29,3 \pm 0,7$, в раннем послеоперационном периоде - $26,0 \pm 0,5$ и через 1 год после операции - $26,7 \pm 0,5$ ($p < 0,05$). Суммарный балл у пациентов старческого возраста до операции был равен $25,0 \pm 0,7$, в раннем послеоперационном периоде - $21,1 \pm 0,6$ и через 1 год после операции - $22,0 \pm 0,6$ ($p < 0,05$) (табл. 39).

Таблица 39

Оценка когнитивных способностей у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших оперативное лечение (M \pm m, в баллах)

Определяемый параметр	Пожилой возраст			Старческий возраст		
	до операции	после операции	через 1 год	до операции	после операции	через 1 год
Ориентация (время)	4,5 \pm 0,4	4,6 \pm 0,3	4,1 \pm 0,3	4,0 \pm 0,3	3,6 \pm 0,4**	3,3 \pm 0,4
Ориентация (место)	4,7 \pm 0,4	4,8 \pm 0,3	4,2 \pm 0,3	4,2 \pm 0,3	4,2 \pm 0,4	3,7 \pm 0,4
Восприятие	2,8 \pm 0,3	2,7 \pm 0,2	2,5 \pm 0,2	2,5 \pm 0,2	2,5 \pm 0,2	2,2 \pm 0,2
Внимание и счет	4,1 \pm 0,3	2,2 \pm 0,2*	3,8 \pm 0,2**	3,6 \pm 0,3	1,5 \pm 0,2**,#	2,9 \pm 0,2***,##
Память	2,3 \pm 0,3	1,3 \pm 0,2*	2,4 \pm 0,2**	1,7 \pm 0,2	1,2 \pm 0,1	1,8 \pm 0,1***,##
Назвать два предмета	2,9 \pm 0,3	2,9 \pm 0,2	2,5 \pm 0,2	2,5 \pm 0,2	2,5 \pm 0,2	2,1 \pm 0,2
Повторить выражение	2,7 \pm 0,3	2,6 \pm 0,2	2,4 \pm 0,2	2,4 \pm 0,2	2,1 \pm 0,2	2,1 \pm 0,2
Трехэтапная команда	2,7 \pm 0,3	2,5 \pm 0,2	2,2 \pm 0,2	2,2 \pm 0,2	2,1 \pm 0,2	1,7 \pm 0,1***,#
Прочсть и выполнить задание	0,9 \pm 0,1	0,9 \pm 0,1	0,9 \pm 0,1	0,7 \pm 0,1	0,5 \pm 0,1	0,7 \pm 0,1
Написать предложение	0,9 \pm 0,1	0,8 \pm 0,1	0,9 \pm 0,1	0,7 \pm 0,1	0,5 \pm 0,1**	0,8 \pm 0,1###
Срисовать рисунок	0,8 \pm 0,2	0,7 \pm 0,1	0,8 \pm 0,1	0,5 \pm 0,1	0,4 \pm 0,1**	0,7 \pm 0,1###
Суммарный балл	29,3 \pm 0,7	26,0 \pm 0,5*	26,7 \pm 0,5*	25,0 \pm 0,7*	21,1 \pm 0,6**,#	22,0 \pm 0,6***,##

* $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста после операции, *** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции, # $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции, ## $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста после операции

По таким показателям когнитивной сферы как «ориентация (место)», «восприятие», «назвать два предмета», «повторить выражение» и «прочсть и выполнить задание» достоверных отличий между пациентами пожилого и старческого возраста, как в раннем послеоперационном периоде, так и через 1 год после операции не было выявлено.

По таким параметрам как «ориентация (время)», «написать предложение», «срисовать рисунок» достоверных отличий у пациентов пожилого возраста не было выявлено.

¹⁷ Чем выше балл, тем лучше когнитивные способности.

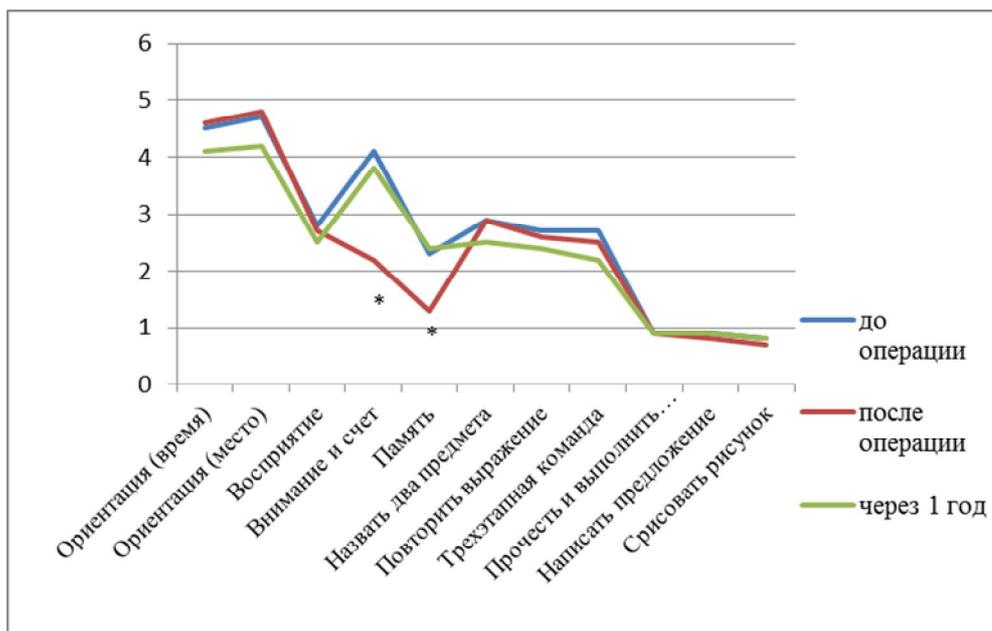
Ориентация во времени пациентов старческого возраста до операции соответствовала $4,0 \pm 0,3$ баллам, в раннем послеоперационном периоде - $3,6 \pm 0,4$ баллам, через 1 год после операции - $3,3 \pm 0,4$ баллам ($p < 0,05$). Выполнение теста на внимание и счет у лиц пожилого возраста до операции соответствовало $4,1 \pm 0,3$ баллам, в раннем послеоперационном периоде - $2,2 \pm 0,2$ баллам, через 1 год после операции - $3,8 \pm 0,2$ баллам ($p < 0,05$); у лиц старческого возраста - $3,6 \pm 0,3$, $1,5 \pm 0,2$ и $2,9 \pm 0,2$ баллам соответственно ($p < 0,05$).

При выполнении задания по изучению памяти балл составил: у лиц пожилого возраста - $2,3 \pm 0,3$, $1,3 \pm 0,2$ и $2,4 \pm 0,2$ баллам соответственно ($p < 0,05$); у лиц старческого возраста - $1,7 \pm 0,2$, $1,2 \pm 0,1$ и $1,8 \pm 0,1$ соответственно ($p < 0,05$).

Выполнение «трехэтапной команды» у лиц пожилого возраста было оценено в $2,7 \pm 0,3$, $2,5 \pm 0,2$ и $2,2 \pm 0,2$ балла соответственно, у лиц старческого возраста – в $2,2 \pm 0,2$, $2,1 \pm 0,2$ и $1,7 \pm 0,1$ балла соответственно ($p < 0,05$); «написать предложение» было определено у лиц старческого возраста - в $0,7 \pm 0,1$, $0,5 \pm 0,1$ и $0,8 \pm 0,1$ баллов соответственно ($p < 0,05$), «срисовать рисунок» было оценено у пациентов старческого возраста – в $0,5 \pm 0,1$, $0,4 \pm 0,1$ и $0,7 \pm 0,1$ баллов соответственно ($p < 0,05$).

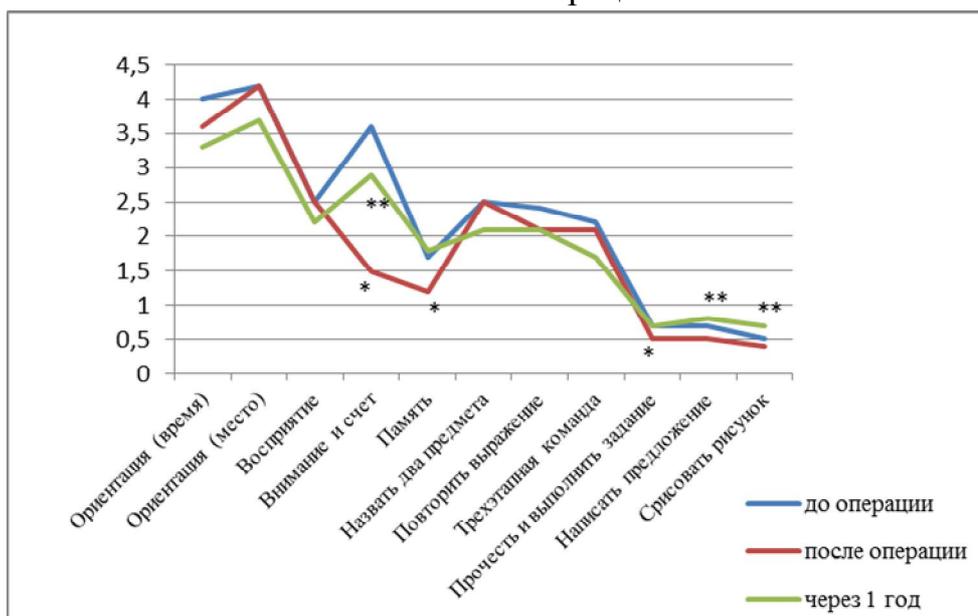
Таким образом, в нашем исследовании показано, что у пациентов как пожилого, так и старческого возраста было достоверно отмечено ухудшение таких показателей когнитивной сферы как «внимание, счет» и «память» после оперативного лечения и незначительное улучшение данных показателей через 1 год после оперативного лечения.

У пациентов старческого возраста также было достоверно отмечено ухудшение после оперативного лечения таких показателей как «трехэтапная команда», «написать предложение» и «срисовать рисунок». При этом, когнитивные способности пациентов старческого возраста как после оперативного лечения, так и через 1 год после операции хуже показателей пациентов пожилого возраста (рис. 20, 21).



* $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции

Рис. 20. Динамика нарушений когнитивных способностей у пациентов пожилого возраста до операции, в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции



* $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции

Рис. 21. Динамика нарушений когнитивных способностей у пациентов старческого возраста до операции, в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции

5.2.5. Моральный статус пациентов

Достоверно большей распространенностью лиц с низкими показателями психологического здоровья было отмечено среди пациентов старческого возраста, особенно при увеличении степени старческой астении. Удовлетворенность жизнью до

оперативного лечения была достоверно отмечена у $85,3\pm 0,5\%$ пожилого и $51,6\pm 0,9\%$ старческого возраста, неудовлетворенность у $3,0\pm 0,3\%$ пациентов старческого возраста, у остальных пациентов при оценке морального состояния получены удовлетворительные результаты. После оперативного лечения: удовлетворенность - у $68,3\pm 0,3\%$ и $51,7\pm 0,5\%$ соответственно ($p<0,05$), неудовлетворенность - у $4,8\pm 0,2\%$ больных пожилого и $17,9\pm 0,4\%$ старческого возраста. Через 1 год после оперативного лечения: удовлетворенность - у $66,5\pm 0,4\%$ пожилого и $65,8\pm 0,5\%$ старческого возраста, неудовлетворенность - $3,4\pm 0,1\%$ и $7,2\pm 0,2\%$ соответственно, $p<0,05$ (табл. 40).

У $19,5\pm 0,4\%$ пациентов пожилого возраста и у $26,8\pm 0,7\%$ старческого возраста были жалобы на бессонницу ($p<0,05$). В $45,9\pm 0,5\%$ и $39,1\pm 0,8\%$ случаях соответственно пациенты ответили, что имеют возможность встречаться с большим числом друзей и родственников ($p<0,05$). Тем не менее, $25,3\pm 0,5\%$ и $34,1\pm 0,7\%$ пациентов соответственно испытывали постоянное чувство одиночества ($p<0,05$). При этом, всего $18,4\pm 0,4\%$ и $19,6\pm 0,6\%$ пациентов соответственно считали, что у них много причин для плохого настроения, а $19,5\pm 0,4\%$ и $19,6\pm 0,6\%$ пациентов соответственно отметили, что с увеличением возраста жить им становится все тяжелее и тяжелее.

Суммарный балл¹⁸ у пациентов пожилого возраста до операции был $37,1\pm 0,8$, после операции - $34,1\pm 0,5$, через 1 год после операции - $40,6\pm 0,5$ ($p<0,05$); у пациентов старческого возраста - $47,4\pm 0,8$, $39,5\pm 0,7$ и $40,8\pm 0,8$ баллов соответственно, $p<0,05$ (табл. 41).

Достоверное отличие было определено у пациентов пожилого возраста по таким параметрам как: «не могу спать» - $1,8\pm 0,2$ балла в раннем послеоперационном периоде и $2,5\pm 0,2$ балла через 1 год после операции ($p<0,05$); «у меня есть боязнь многих вещей» - $1,7\pm 0,2$ и $2,5\pm 0,2$ балла соответственно ($p<0,05$); «иногда меня посещает мысль, что с такой жизнью как у меня не стоит жить» - $1,5\pm 0,2$ и $2,3\pm 0,2$ балла соответственно ($p<0,05$); «чувствуете ли вы себя одиноким?» - $1,7\pm 0,2$ и $2,4\pm 0,2$ балла соответственно ($p<0,05$); «человеку все сложнее приспосабливаться к жизни по мере увеличения возраста» - $1,6\pm 0,2$ и $2,4\pm 0,2$ балла соответственно ($p<0,05$), «я с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности» - $1,9\pm 0,2$ и $2,5\pm 0,2$ баллов соответственно ($p<0,05$).

¹⁸ Чем больше балл, тем хуже моральное состояние пациентов

Удовлетворенность жизнью и оценка морального состояния у пациентов пожилого и старческого возраста
(на 100 больных, $M \pm m$, %)

Состояние здоровья пациента		Пожилой возраст			Старческий возраст		
		до операции	после операции	через 1 год	до операции	после операции	через 1 год
Хорошее здоровье	хорошее	47,1±0,8	-	17,2±0,4*	15,2±0,6	-	-
	удовлетворительное	-	-	2,3±0,2	3,0±0,3	-	-
Преастения	хорошее	26,5±0,7	32,4±0,4*	24,1±0,4 ^{*,**}	21,2±0,7	12,4±0,3 ^{*,#}	14,6±0,5 ^{***,#,##}
	удовлетворительное	-	2,8±0,1	5,7±0,3 ^{**}	-	1,1±0,3 ^{**}	2,4±0,2 ^{***,##}
Синдром старческой астении легкой степени	хорошее	8,8±0,5	23,4±0,4*	17,2±0,4 ^{*,**}	6,1±0,4*	22,5±0,4 [#]	12,2±0,4 ^{***,#,##}
	удовлетворительное	8,8±0,5	2,8±0,1*	6,9±0,3 ^{*,**}	9,1±0,5	4,5±0,2 ^{*,#}	4,9±0,3 ^{***,#}
	плохое	-	-	1,1±0,1	-	-	2,4±0,2 ^{***}
Синдром старческой астении умеренной степени	хорошее	-	9,7±0,2	5,7±0,3 ^{**}	9,1±0,5	8,9±0,3 ^{**}	14,6±0,5 ^{***,#,##}
	удовлетворительное	2,9±0,3	3,4±0,1	6,9±0,3 ^{*,**}	9,1±0,5*	3,4±0,2 [#]	4,9±0,3 ^{***,#,##}
	плохое	-	-	2,3±0,2	-	-	-
Синдром старческой астении выраженной степени	хорошее	2,9±0,3	2,8±0,1	2,3±0,2 ^{**}	-	7,9±0,3 ^{**}	24,4±0,7 ^{***,##}
	удовлетворительное	2,9±0,3	2,1±0,1*	5,7±0,3 ^{*,**}	18,2±0,7*	5,6±0,3 ^{*,#}	7,3±0,4 ^{***,#,##}
	плохое	-	-	-	3,0±0,3	2,2±0,1 [#]	2,4±0,2 [#]
Синдром старческой астении терминальной степени	удовлетворительное	-	2,1±0,1	2,3±0,2	9,1±0,5	6,7±0,3 ^{*,#}	2,2±0,5 ^{*,##}
	плохое	-	4,8±0,2	-	-	17,9±0,4 ^{**}	2,4±0,2 ^{##}

* $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста после операции, *** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции, # $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции, ## $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста после операции

Оценка морального состояния у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших оперативное лечение (в баллах, $M \pm m$)

Определяемый параметр	Пожилой возраст			Старческий возраст		
	до операции	после операции	через 1 год	до операции	после операции	через 1 год
В течение года у меня ухудшилось состояние	2,1 \pm 0,2	2,6 \pm 0,2	2,5 \pm 0,2	3,0 \pm 0,3*	3,1 \pm 0,3**	2,8 \pm 0,3
Не могу спать	2,1 \pm 0,2	1,8 \pm 0,2	2,5 \pm 0,2**	2,7 \pm 0,3	2,1 \pm 0,2	2,4 \pm 0,3
У меня есть боязнь многих вещей	1,7 \pm 0,2	1,7 \pm 0,2	2,5 \pm 0,2***	2,6 \pm 0,3*	1,8 \pm 0,2 [#]	2,3 \pm 0,3
Приходится расставаться со многими привычными вещами	1,9 \pm 0,2	1,4 \pm 0,1	2,1 \pm 0,2**	2,7 \pm 0,3*	1,5 \pm 0,2 [#]	2,1 \pm 0,2
У меня возникает много проблем	2,2 \pm 0,2	2,1 \pm 0,2	2,4 \pm 0,2	2,9 \pm 0,3	2,3 \pm 0,2	2,2 \pm 0,3
Я с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности	2,1 \pm 0,2	1,9 \pm 0,2	2,5 \pm 0,2**	2,6 \pm 0,3	1,9 \pm 0,2 [#]	2,1 \pm 0,2
Мне становится все хуже по мере увеличения возраста	2,4 \pm 0,2	2,6 \pm 0,2	2,3 \pm 0,2	3,0 \pm 0,3	2,9 \pm 0,3	2,6 \pm 0,3
У меня постоянное чувство одиночества	2,3 \pm 0,2	1,9 \pm 0,2	2,4 \pm 0,2	2,6 \pm 0,3	1,7 \pm 0,2 [#]	2,3 \pm 0,3
Человеку все сложнее приспособливаться к жизни по мере увеличения возраста	2,6 \pm 0,3	1,6 \pm 0,2*	2,4 \pm 0,2**	2,8 \pm 0,3	2,7 \pm 0,3**	2,8 \pm 0,3
Вы удовлетворены своим нынешним состоянием?	2,3 \pm 0,2	2,3 \pm 0,2	2,4 \pm 0,2	3,0 \pm 0,3*	2,9 \pm 0,3	2,6 \pm 0,3
По мере увеличения возраста мое состояние становится хуже	1,8 \pm 0,2	2,4 \pm 0,2*	2,2 \pm 0,2	2,8 \pm 0,3*	2,8 \pm 0,3	2,8 \pm 0,3
Я менее счастлив(а) по сравнению с молодыми годами	2,5 \pm 0,3	2,7 \pm 0,3	2,6 \pm 0,2	3,2 \pm 0,3	3,3 \pm 0,3	2,4 \pm 0,3 ^{###}
Чувствуете ли вы себя одиноким?	2,3 \pm 0,2	1,7 \pm 0,2*	2,4 \pm 0,2**	2,5 \pm 0,3	1,7 \pm 0,2 [#]	2,4 \pm 0,3
Я могу встречаться с большим количеством друзей и родственников	2,1 \pm 0,2	1,9 \pm 0,2	2,4 \pm 0,2	2,9 \pm 0,3*	2,2 \pm 0,2	2,6 \pm 0,3
Иногда меня посещает мысль, что с такой жизнью как у меня не стоит жить	2,1 \pm 0,2	1,5 \pm 0,2*	2,3 \pm 0,2**	2,5 \pm 0,3	1,7 \pm 0,2 [#]	2,3 \pm 0,3
Мне становится все тяжелее и тяжелее	2,4 \pm 0,2	2,1 \pm 0,2	2,4 \pm 0,2	2,8 \pm 0,3	2,5 \pm 0,2	2,5 \pm 0,3
У меня много причин для плохого настроения	2,2 \pm 0,2	1,9 \pm 0,2	2,3 \pm 0,2	2,8 \pm 0,3	2,4 \pm 0,2	2,4 \pm 0,3
Суммарный балл	37,1 \pm 0,8	34,1 \pm 0,5*	40,6 \pm 0,5 [*]	47,4 \pm 0,8*	39,5 \pm 0,7 ^{**#}	40,8 \pm 0,8 [#]

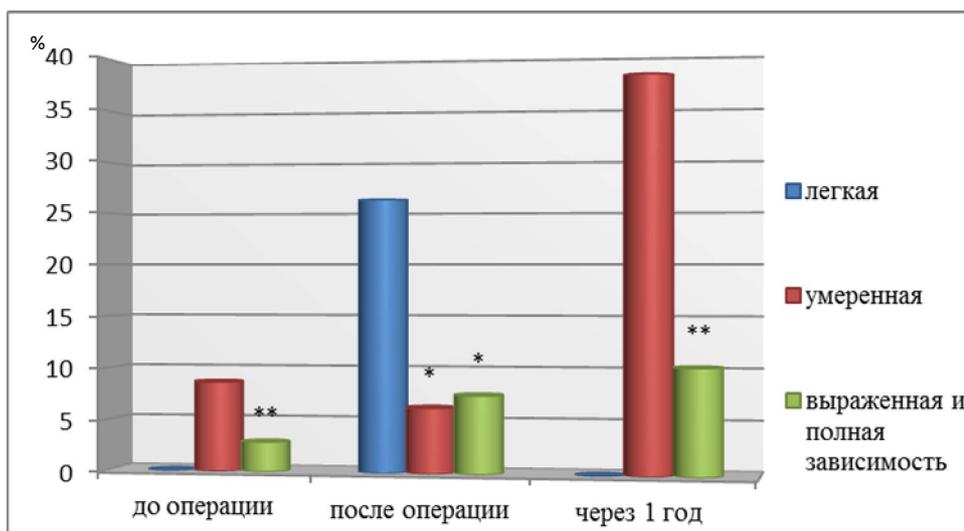
* $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста после операции, *** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции, [#] $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции, ^{###} $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста после операции

Таким образом, нами выяснено, что у пациентов старческого возраста моральное состояние после операции характеризовалось более высокими показателями по

сравнению с пациентами пожилого возраста, показывающими наименьшую удовлетворенность жизнью. Через 1 год после оперативного вмешательства параметры удовлетворенности жизни еще ухудшаются, но достоверной разницы между пациентами пожилого и старческого возраста не выявлено.

5.2.6. Независимость в повседневной жизни

При оценке уровня независимости в повседневной жизни было достоверно отмечено следующее. До оперативного лечения $8,7 \pm 0,5\%$ пациентов пожилого и $45,5 \pm 0,4\%$ старческого возраста достоверно нуждались в умеренной помощи в повседневной жизни, а $2,9 \pm 0,3\%$ и $12,1 \pm 0,3\%$ соответственно в выраженной и полной зависимости от посторонней помощи. После выписки из стационара $26,2 \pm 0,4\%$ пациентов пожилого и $22,4 \pm 0,5\%$ старческого возраста достоверно нуждались в легкой помощи в повседневной жизни, $6,3 \pm 0,1\%$ и $14,5 \pm 0,3\%$ соответственно – в умеренной помощи ($p < 0,05$). А $7,5 \pm 0,3\%$ и $25,8 \pm 0,5\%$ пациентов соответственно полностью зависели от посторонней помощи ($p < 0,05$). Через 1 год после операции $37,9 \pm 0,5\%$ пациентов пожилого и $53,7 \pm 0,8\%$ старческого возраста достоверно нуждались в умеренной помощи в повседневной жизни ($p < 0,05$), а $10,3 \pm 0,3\%$ и $36,6 \pm 0,8\%$ соответственно полностью зависели от посторонней помощи, $p < 0,05$ (табл. 42, рис. 22, 23).



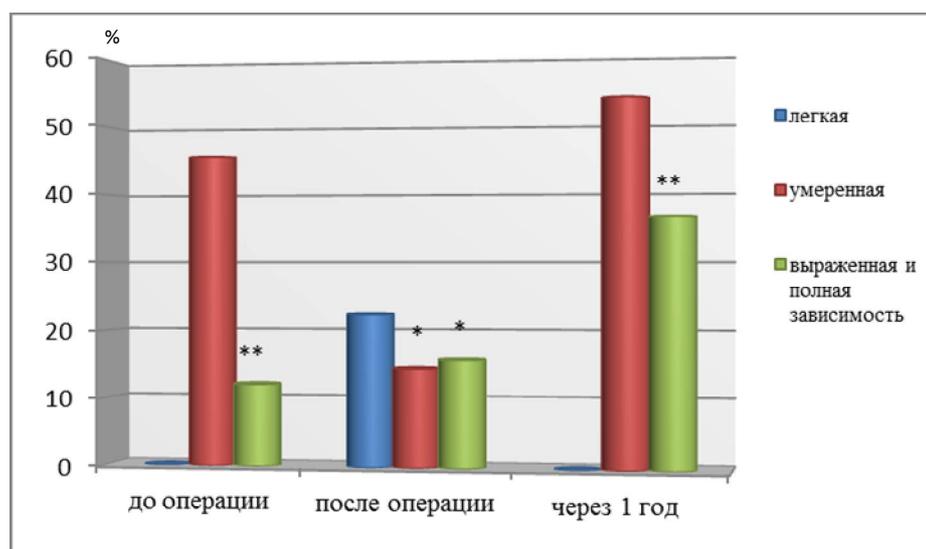
* $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста после операции

Рис. 22. Уровень независимости в повседневной жизни пациентов пожилого возраста

Сравнительный анализ уровня независимости в повседневной жизни пациентов старших возрастных групп
(на 100 больных, $M \pm m$, %)

Состояние здоровья пациентов		Пожилой возраст			Старческий возраст		
		до операции	после операции	через 1 год	до операции	после операции	через 1 год
Преастения	легкая зависимость	-	6,9 \pm 0,2	-		3,4 \pm 0,2**	-
	умеренная зависимость	-	-	3,4 \pm 0,2			4,9 \pm 0,3***
Синдром старческой астении легкой степени	легкая зависимость	-	11,7 \pm 0,2	-		13,5 \pm 0,3**	-
	умеренная зависимость	2,9 \pm 0,3	1,4 \pm 0,1*	19,5 \pm 0,4***	9,1 \pm 0,5*	1,1 \pm 0,01#	14,6 \pm 0,5***,##
	выраженная и полная зависимость	-	-	1,1 \pm 0,1	-	-	2,4 \pm 0,2***
Синдром старческой астении умеренной степени	легкая зависимость	-	7,6 \pm 0,2	-	-	5,5 \pm 0,3**	-
	умеренная зависимость	2,9 \pm 0,3	1,4 \pm 0,1*	9,2 \pm 0,3***	15,2 \pm 0,6*	1,1 \pm 0,1*#	12,2 \pm 0,5*,##
	выраженная и полная зависимость	-	-	4,6 \pm 0,2	3,0 \pm 0,3	-	7,3 \pm 0,4***
Синдром старческой астении выраженной степени	умеренная зависимость	2,9 \pm 0,3	0,7 \pm 0,1*	4,6 \pm 0,2***	18,2 \pm 0,6*	8,9 \pm 0,3**,#	17,1 \pm 0,6***,##
	выраженная и полная зависимость	2,9 \pm 0,3	3,4 \pm 0,1	3,4 \pm 0,2	3,0 \pm 0,3	4,5 \pm 0,2**	17,1 \pm 0,6***,##
Синдром старческой астении терминальной степени	умеренная зависимость	-	2,8 \pm 0,1	1,1 \pm 0,1**	3,0 \pm 0,3	3,4 \pm 0,2**	4,9 \pm 0,3***,#
	выраженная и полная зависимость	-	4,1 \pm 0,2	1,1 \pm 0,1**	6,1 \pm 0,4	21,3 \pm 0,4**,#	9,8 \pm 0,5***,##

* $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста после операции, *** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции, # $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции, ## $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста после операции



* $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста после операции

Рис. 23. Уровень независимости в повседневной жизни пациентов старческого возраста

Шкала Бартела показала большую зависимость в повседневной жизни у пациентов старческого возраста особенно через 1 год после операции. До операции суммарный балл¹⁹ зависимости в повседневной жизни от посторонних людей пациенты пожилого возраста оценили в $90,5 \pm 0,5$ балла, старческого - в $86,2 \pm 0,5$ баллов.

После операции - в $88,3 \pm 0,5$ и $84,4 \pm 0,6$ баллов соответственно ($p < 0,05$); через 1 год после операции - в $83,3 \pm 0,4$ и в $62,5 \pm 0,6$ баллов соответственно ($p < 0,05$) (табл. 43).

При этом, у пациентов старческого возраста достоверно была определена необходимость посторонней помощи при: «приеме пищи» (до операции и в раннем послеоперационном периоде балл был равен $9,6 \pm 0,5$, через 1 год после операции - $6,6 \pm 0,4$, $p < 0,05$), «персональном туалете» ($9,4 \pm 0,5$, $8,8 \pm 0,5$ и $6,7 \pm 0,4$ баллов соответственно, $p < 0,05$), «одевании» ($9,2 \pm 0,5$, $9,1 \pm 0,5$ и $5,6 \pm 0,4$ баллов соответственно, $p < 0,05$), «приеме ванны» ($4,3 \pm 0,4$, $4,1 \pm 0,3$ и $2,8 \pm 0,3$ баллов соответственно, $p < 0,05$), «передвижении» ($13,9 \pm 0,6$, $13,6 \pm 0,5$ и $10,8 \pm 0,5$ баллов соответственно, $p < 0,05$), «подъеме по лестнице» ($7,1 \pm 0,4$, $6,9 \pm 0,4$ и $4,8 \pm 0,3$ баллов соответственно, $p < 0,05$).

Достоверно была доказана необходимость помощи при «вставании с постели»: пациентам пожилого возраста (до операции балл составил $14,4 \pm 0,6$, в раннем послеоперационном периоде - $14,1 \pm 0,4$, через 1 год после операции - $12,9 \pm 0,4$ балла,

¹⁹ Чем больше балл, тем меньше зависимость в повседневной жизни

$p < 0,05$), пациентам старческого возраста ($13,8 \pm 0,5$, $13,8 \pm 0,5$ и $10,5 \pm 0,5$ баллов соответственно, $p < 0,05$). По остальным параметрам у пациентов пожилого возраста достоверных данных не выявлено.

Таблица 43

Сравнительный анализ уровня независимости в повседневной жизни от посторонней помощи у лиц старших возрастных групп, перенесших оперативное лечение (M±m, в баллах)

Определяемый параметр	Пожилой возраст			Старческий возраст		
	до операции	после операции	через 1 год	до операции	после операции	через 1 год
Прием пищи	9,8±0,5	9,8±0,4	8,9±0,3	9,6±0,5	9,6±0,5	6,6±0,4 ^{***,#,###}
Персональный туалет	9,5±0,5	9,5±0,4	8,8±0,3	9,4±0,5	8,8±0,5	6,7±0,4 ^{***,#,###}
Одевание	9,7±0,5	9,6±0,4	9,9±0,3	9,2±0,5	9,1±0,5	5,6±0,4 ^{***,#,###}
Контроль тазовых функций	19,5±0,7	19,1±0,5	17,2±0,4 ^{*,**}	18,8±0,7	18,5±0,6	14,7±0,6 ^{***,#,###}
Прием ванны	4,7±0,4	4,5±0,2	4,3±0,2	4,3±0,4	4,1±0,3	2,8±0,3 ^{***,#,###}
Вставание с постели	14,4±0,6	14,1±0,4	12,9±0,4 ^{*,**}	13,9±0,6	13,8±0,5	10,5±0,5 ^{***,#,###}
Передвижение	13,8±0,6	13,6±0,4	13,3±0,4	13,9±0,6	13,6±0,5	10,8±0,5 ^{***,#,###}
Подъем по лестнице	9,1±0,5	8,1±0,3	8,0±0,3	7,1±0,4 [*]	6,9±0,4 ^{**}	4,8±0,3 ^{***,#,###}
Суммарный балл	90,5±0,5	88,3±0,5 [*]	83,3±0,4 ^{*,**}	86,2±0,5 [*]	84,4±0,6 ^{**,#}	62,5±0,6 ^{***,#,###}

* $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста до операции, ** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста после операции, *** $p < 0,05$ по сравнению с людьми пожилого возраста через 1 год после операции, # $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста до операции, ### $p < 0,05$ по сравнению с людьми старческого возраста после операции

Таким образом, пациенты старческого возраста после оперативного лечения достоверно больше нуждались в посторонней помощи в повседневной жизни. Следует отметить, что через 1 год после операции зависимость в повседневной жизни у лиц старческого возраста еще больше увеличилась, что показывает, вероятнее всего, на потребность пациентов именно старческого возраста не только в медицинской, но и в социальной помощи, и, следовательно, требует особого пристального внимания.

Заключение к главе 5

Синдром старческой астении в большей степени представляет собой характеристику состояния здоровья пациента пожилого и старческого возраста, особенно перенесших оперативное лечение, отражающий, в большей степени, потребность в уходе. Таким образом, синдром старческой астении, являясь междисциплинарным феноменом, может,

по сути, выступать прогностическим фактором результатов хирургического лечения пациентов и клинической проблемой, которые могут рассматриваться как мера оценки степени утраты самообслуживания и потребности пациентов не только в медицинской, но и в социальной помощи, и, следовательно, требует особого пристального внимания.

Среди пациентов пожилого возраста хирургического профиля было отмечено уменьшение встречаемости пациентов с хорошим здоровьем и увеличение встречаемости пациентов с преастенией после оперативного лечения. Через 1 год после операции достоверно было отмечено увеличение встречаемости пациентов пожилого возраста с хорошим здоровьем и уменьшение с преастенией. Распространенность синдрома старческой астении у пациентов пожилого возраста достоверно увеличивается после оперативного лечения. При этом, после операции было достоверно отмечено увеличение встречаемости синдрома старческой астении легкой, умеренной, выраженной и терминальной степени тяжести синдрома старческой астении. Через 1 год после оперативного лечения у пациентов пожилого возраста было достоверно отмечено увеличение распространенности синдрома старческой астении легкой, умеренной и выраженной степени тяжести и уменьшение синдрома старческой астении терминальной степени тяжести.

Среди пациентов старческого возраста достоверно было отмечено уменьшение встречаемости лиц с хорошим здоровьем и преастенией после оперативного лечения и еще большее уменьшение пациентов с хорошим здоровьем через 1 год после операции. Распространенность синдрома старческой астении у пациентов старческого возраста также достоверно увеличивается после оперативного лечения и еще больше увеличивается через год после оперативного лечения. При этом, было достоверно отмечено увеличение встречаемости легкой и терминальной степени тяжести синдрома старческой астении после оперативного лечения. Через 1 год после операции достоверно отмечено уменьшение встречаемости легкой и терминальной степени тяжести синдрома старческой астении и увеличение умеренной и выраженной степени тяжести синдрома старческой астении.

Увеличение распространенности синдрома старческой астении и вариабельность степени тяжести синдрома старческой астении у пациентов пожилого и особенно старческого возраста после оперативного лечения, вероятнее всего связано с

функциональными изменениями органов и тканей вследствие хирургического заболевания, полиморбидности и перенесенного оперативного лечения. Некоторое улучшение степени тяжести синдрома старческой астении у пациентов пожилого возраста и ухудшение степени тяжести синдрома старческой астении у пациентов старческого возраста через 1 год после операции может служить показателем адекватности и достаточности восстановительного лечения после выписки из стационара.

Таким образом, у пациентов как пожилого, так и старческого возраста после оперативного лечения было достоверно отмечено увеличение нарушений параметров устойчивости после операции, усугубляющиеся через 1 год после оперативного лечения. При этом, достоверно доказано увеличение легкого и умеренного нарушения параметров устойчивости у пациентов пожилого возраста, и умеренного и значительного - у пациентов старческого возраста.

Параметры устойчивости у пациентов старческого возраста значительно меньше таких же параметров у пациентов пожилого возраста, как до операции, так и в раннем послеоперационном периоде и через год после операции. Следует отметить, что параметры устойчивости и у пациентов пожилого и у пациентов старческого возраста через год после операции меньше показателей параметров устойчивости этих же пациентов до операции и после операции. Параметры ходьбы (походки) у пациентов старческого возраста достоверно ниже, чем у пациентов пожилого возраста, как до операции, так в раннем послеоперационном периоде и через год после операции. При этом, параметры ходьбы у пациентов старческого возраста через год после операции были достоверно ниже показателей параметров ходьбы этих же пациентов до операции и непосредственно после операции. Наше исследование доказало, что у пациентов старческого возраста до оперативного лечения, а также и в раннем послеоперационном периоде и через 1 год после операции достоверно имелся повышенный риск развития синдрома мальнутриции, особенно с увеличением степени тяжести синдрома старческой астении. Отмечено, что у пациентов как пожилого, так и старческого возраста было достоверно отмечено ухудшение таких показателей когнитивной сферы как «внимание, счет» и «память» после оперативного лечения и незначительное улучшение данных показателей через 1 год после оперативного лечения. У пациентов старческого возраста также было достоверно отмечено ухудшение после оперативного лечения таких

показателей как «трехэтапная команда», «написать предложение» и «срисовать рисунок». При этом, когнитивные способности пациентов старческого возраста как после оперативного лечения, так и через 1 год после операции хуже показателей пациентов пожилого возраста.

У пациентов старческого возраста по сравнению с пациентами пожилого возраста моральное состояние после операции характеризовалось более высокими показателями, показывающими наименьшую удовлетворенность жизнью. Через 1 год после оперативного вмешательства параметры удовлетворенности жизни еще ухудшаются, но достоверной разницы между пациентами пожилого и старческого возраста не выявлено.

Пациенты старческого возраста после оперативного лечения достоверно больше нуждались в посторонней помощи в повседневной жизни. Через 1 год после операции зависимость в повседневной жизни у лиц старческого возраста еще больше увеличилась, что показывает, вероятнее всего, на потребность пациентов именно старческого возраста не только в медицинской, но и в социальной помощи, и, следовательно, требует особого пристального внимания.

Поэтому использование в разработке реабилитационных программ специфических для гериатрии методов оценки состояния больных пожилого и, особенно, старческого возраста с определением степени тяжести синдрома старческой астении, позволит улучшить медико-социальные результаты хирургического лечения больных и индивидуализировать и персонифицировать программы медико-социальной реабилитации.

ГЛАВА 6. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

6.1. Реабилитационная диагностика при хирургической патологии в старческом возрасте

6.1.1. Гериатрическая реабилитационная диагностика²⁰

На основе метода главных компонент были сформированы две группы независимых факторов, которые в большей степени определяли факторную нагрузку показателей диагностики синдрома старческой астении легкой степени тяжести (табл. 44).

Таблица 44

Факторная нагрузка по показателям диагностики синдрома старческой астении
легкой степени тяжести

Параметры	F1	F2
Характеристика параметров устойчивости	0,896	0,059
Характеристика параметров ходьбы	0,835	0,053
Оценка развития синдрома мальнутриции I	0,215	0,776
Оценка развития синдрома мальнутриции II	0,624	0,427
Оценка когнитивных способностей	0,484	0,299
Оценка морального состояния	0,268	0,609
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	0,462	0,252

Определение факторной нагрузки по показателям диагностики синдрома старческой астении легкой степени тяжести показало: для первого фактора (F1) наивысшие нагрузки имели характеристики параметров устойчивости и ходьбы. Для второго фактора (F2) имеются наивысшие нагрузки для переменных, связанных с оценкой развития синдрома мальнутриции I.

То есть синдром старческой астении легкой степени тяжести был обусловлен в большей степени характеристиками параметров устойчивости и ходьбы (F1) и риском развития синдрома мальнутриции (F2), что показало необходимость в первую очередь коррекции данных параметров при назначении реабилитационных мероприятий.

Выделение главных компонент по показателям диагностики синдрома старческой астении умеренной степени тяжести представлено в табл. 45.

²⁰ См. Приложение 4

Факторная нагрузка по показателям диагностики синдрома старческой астении умеренной степени тяжести

Параметры	F1	F2
Характеристика параметров устойчивости	0,816	0,053
Характеристика параметров ходьбы	0,622	0,170
Оценка развития синдрома мальнутриции I	0,715	0,079
Оценка развития синдрома мальнутриции II	0,739	0,052
Оценка когнитивных способностей	0,510	0,228
Оценка морального состояния	0,068	0,699
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	0,081	0,899

Первый фактор имел наивысшие нагрузки для переменных, относящихся к характеристикам параметров устойчивости и синдрому мальнутриции (II). Фактор 2 имел наивысшие нагрузки для переменных, связанных с анализом независимости в повседневной жизни. Таким образом, синдром старческой астении умеренной степени тяжести был обусловлен в большей степени характеристиками параметров устойчивости и риском развития синдрома мальнутриции (F1), а также независимостью пациента в повседневной жизни (F2).

Выделение главных компонент по показателям диагностики синдрома старческой астении выраженной степени тяжести представлено в табл. 46. Первый фактор имел наивысшие нагрузки для переменных, относящихся к характеристикам параметров устойчивости и ходьбы. Фактор 2 - для переменных, связанных с анализом уровня независимости в повседневной жизни.

Таблица 46

Факторная нагрузка по показателям диагностики синдрома старческой астении выраженной степени тяжести

Параметры	F1	F2
Характеристика параметров устойчивости	0,877	0,025
Характеристика параметров ходьбы	0,935	0,235
Оценка развития синдрома мальнутриции I	0,489	0,459
Оценка развития синдрома мальнутриции II	0,544	0,563
Оценка когнитивных способностей	0,077	0,417
Оценка морального состояния	0,009	0,661
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	0,167	0,937

Следовательно, синдром старческой астении выраженной степени тяжести был обусловлен в большей степени характеристиками параметров устойчивости и ходьбы (F1) и независимостью пациента в повседневной жизни (F2), что показало необходимость в первую очередь коррекции данных параметров.

Выделение главных компонент по показателям диагностики синдрома старческой астении терминальной степени тяжести представлено в табл. 47. Первый фактор имел наивысшие нагрузки для переменных, относящихся к характеристикам параметров устойчивости и ходьбы, анализа уровня независимости в повседневной жизни, а также оценке синдрома мальнутриции. Фактор 2 - для переменных, связанных с анализом морального состояния.

Таблица 47

Факторная нагрузка по показателям диагностики синдрома старческой астении терминальной степени тяжести

Параметры	F1	F2
Характеристика параметров устойчивости	0,921	0,001
Характеристика параметров ходьбы	0,947	0,016
Оценка развития синдрома мальнутриции I	0,863	0,379
Оценка развития синдрома мальнутриции II	0,726	0,206
Оценка когнитивных способностей	0,105	0,426
Оценка морального состояния	0,098	0,934
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	0,943	0,129

Таким образом, два фактора лучше идентифицировать как зависимость синдрома старческой астении терминальной степени параметров устойчивости и ходьбы, анализ уровня независимости в повседневной жизни, а также риске развития синдрома мальнутриции (F1) и параметров морального состояния (F2). Предлагаемая модель показала, что практически все выбранные показатели влияли на диагностику синдрома старческой астении терминальной степени тяжести.

Таким образом, обобщение полученных результатов показало, что при проведении реабилитационной диагностики у пациентов старческого возраста после оперативного лечения необходимо опираться на следующие параметры:

При помощи разработанной нами оригинальной компьютерной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на

основании проведения специализированного гериатрического осмотра у больных старших возрастных групп сначала целесообразно выявлять степень тяжести синдрома старческой астении, общий уровень распространенности гериатрических синдромов и определить риск развития отдельных синдромов.

Для определения оптимальных методов и средств амбулаторно-поликлинического этапа медико-социальной реабилитации больных старческого возраста после оперативного лечения учитывают полученные нами данные факторного анализа. В частности, для пациентов, у которых при специализированном гериатрическом осмотре диагностирован синдром старческой астении легкой степени необходимо назначение средств и методов, направленных на улучшение параметров устойчивости и уменьшении риска синдрома мальнутриции. Для больных, у которых диагностирован синдром старческой астении умеренной степени тяжести - назначение средств и методов, направленных на улучшение параметров устойчивости, уменьшении риска развития синдрома мальнутриции и восстановления адаптации в повседневной жизни с использованием программ обучения самообслуживанию. Для больных, у которых диагностирован синдром старческой астении выраженной степени тяжести - назначение средств и методов, направленных на улучшение параметров устойчивости, ходьбы и восстановления адаптации в повседневной жизни. Больным с синдромом старческой астении терминальной степени тяжести необходим тщательный специализированный уход как важнейшее средство лечения, направленное на улучшение качества жизни пациентов после оперативного лечения.

6.1.2. Исследование мотивационной готовности пациентов к медико-социальной реабилитации

К числу типичных факторов, отрицательно влияющих на эффективность реабилитации больных старших возрастных групп, относится снижение мотивации пациента в осуществлении реабилитационных мероприятий [Павленок П. Д., Шабалин В. Н., 1999; Ткаченко В. С., 2004; Журавлева К. И., 2003; Апарин И. С., 2006; Прощаев К. И., Ильницкий А. Н., Зезюлин П. Н., Филиппов С. В., Лукьянов А. А., Жернакова Н. И., 2008].

Исходя из представленных данных и с целью определения основных проблемных вопросов, конкретных точек приложения реабилитационных мероприятий и реализации предлагаемой модели реабилитации проведено социологическое исследование пациентов перед выпиской из стационара и метод экспертных оценок.

Согласно данным проведенного нами социологического опроса, подавляющее большинство респондентов 51 (60,7%) однозначно согласились с тем, что после выписки из стационара будут нуждаться в помощи каких-либо специалистов, и еще 19 (22,6%) - скорее согласны. В разной мере не согласных с этим, в сумме, 7(8,4%). Индекс установки на послеоперационную реабилитацию, показал, что уровень готовности выше среднего ($74,9 \pm 0,3$) (табл. 48).

Таблица 48

Мнение пациентов о необходимости наблюдения после операции (абс., %)

Мнение пациентов	Кол-во пациентов	
	Абс.	%
Нуждаюсь в наблюдении	51	60,7
Скорее нуждаюсь в наблюдении	19	22,6
Скорее не нуждаюсь в наблюдении	3	3,6
Не нуждаюсь в наблюдении	4	4,8
Затрудняюсь ответить	7	8,3
Индекс установки на реабилитацию	74,9 \pm 0,3	

Тревожил вопрос выписки из стационара в той или иной мере 56 (66,7%) респондентов. Индекс тревоги равен $39,3 \pm 0,2$ балла. Беспокойство относительно выписки из стационара была связано, в первую очередь, с необходимостью перевязок (о чем сообщило 38 респондентов (45,2%), во вторую - с невозможностью работать на приусадебном участке и третью – с трудностями передвижения в общественном транспорте (31(36,9%) и 27(32,1%), соответственно).

Кроме того, 21 (25,0%) пациент отметил, что после выписки из стационара им будет необходим постоянный уход и помощь в самообслуживании. Необходимость в контроле показателей крови отметили 18 (21,4%) и боязнь трудности использования компенсирующих приспособлений – 13 (15,5%) (табл. 49).

Следовательно, на первом месте у пациентов после выписки из стационара стояла проблема необходимости перевязок и невозможность или трудность их самостоятельно

выполнения, а также, трудность передвижения в общественном транспорте для посещения медицинского учреждения и использования компенсирующих устройств. По количественным характеристикам ответов можно судить о том, что для пациентов старческого возраста реабилитационный период выглядит проблематичным.

Таблица 49

Мнение пациентов старческого возраста о проблемах после выписки из больницы? (абс., %)

Мнение пациентов	Кол-во пациентов	
	Абс.	%
Необходимость перевязок и невозможность самостоятельно производить перевязку	38	45,2
Трудность передвижения в общественном транспорте в медучреждение, посещении магазинов	31	36,9
Невозможность работать на приусадебном участке	27	32,1
Необходимость постоянного ухода и помощи в самообслуживании	21	25,0
Необходимость контроля показателей крови	18	21,4
Трудность использования компенсирующих приспособлений	13	15,5
Психологические проблемы	7	8,3
Невозможность общения с друзьями, соседями	5	6,0

Суммируя значения ответов по каждому из видов услуг, мы получили следующие результаты: 1 пациент нуждался в 1,7 медицинской услуге, в 0,7 социальной услуге, в 0,1 психологической помощи (рис. 24).

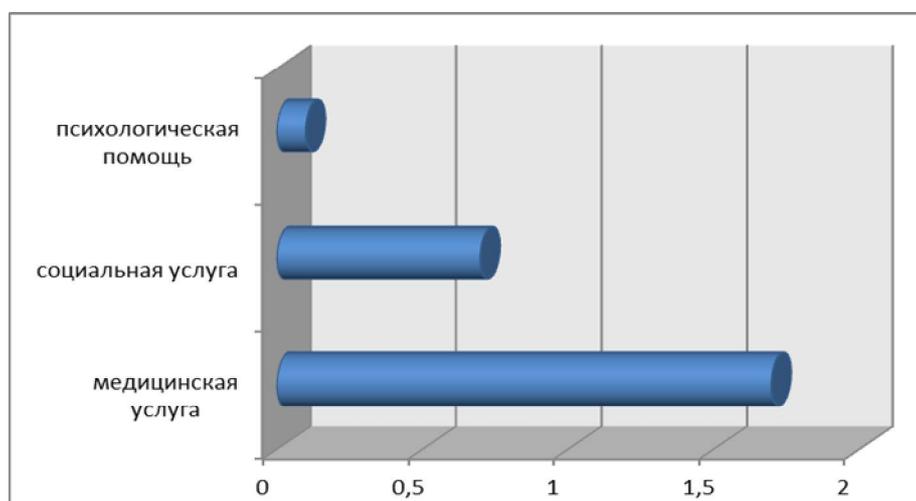


Рис. 24. Количество услуг медико-социальной реабилитации (в расчете на 1 пациента)

Мнение пациентов старческого возраста об этапе проведения послеоперационной медико-социальной реабилитации показало: 36 (42,9%) пациентов отдали предпочтение реабилитации на дому, менее трети 23 (27,4%) пациентов хотели бы продолжить лечение в круглосуточном стационаре. Значения остальных вариантов ответа относительно выбора способа медико-социальной реабилитации (дневной стационар при поликлинике, при больнице, с посещением поликлиники, в других учреждениях, в т.ч. социальных) набрали 9 (25,0%) (табл. 50).

Таблица 50

Позиция пациентов старческого возраста об этапе проведения послеоперационной медико-социальной реабилитации

Позиция пациента	Кол-во пациентов	
	Абс.	%
В домашних условиях без посещения поликлиники	36	42,9
В стационаре (в больнице)	23	27,4
С посещением поликлиники (амбулаторно)	8	9,5
Дневной стационар при больнице	7	8,3
Дневной стационар при поликлинике	4	4,8
В других учреждениях, в том числе социальных	2	2,4

В сумме большинство опрошенных (69,1%) в той или иной мере считали для себя возможным после выписки из больницы посещать медицинские учреждения с целью лечения и восстановления. Индекс готовности посещения медицинских учреждений равен $45,2 \pm 0,2$.

Желаемая кратность посещения медицинских учреждений для коррекции лечения: 1 раз в месяц – 48 (57,1%); еженедельно – 27 (32,1%); 2-3 раза в неделю – 8 (9,8%); ежедневно – 2 (2,4%). Отмечено, что пациентам старческого возраста после оперативного лечения затруднительно посещать ежедневно поликлинику для прохождения реабилитации.

Среди больных, которые ответили, что не готовы или не могут посещать медицинские учреждения после выписки, 27 (32,1%) респондентов связывали это с отсутствием времени, 24 (28,6 %) - с состоянием здоровья, 6 (7,1%) - с отсутствием транспорта в месте проживания, 4 (4,8 %) - с отсутствием соответствующих специалистов и 4 (4,8 %) - с отсутствием необходимых учреждений (табл. 51).

Мнение пациентов старческого возраста после оперативного лечения о причинах невозможности посещения медучреждений после выписки из стационара (абс., %)

Мнение пациентов	Кол-во пациентов	
	Абс.	%
С отсутствием времени	27	32,1
С состоянием здоровья	24	28,6
С отсутствием транспорта	6	7,1
Отсутствием необходимых учреждений в месте проживания	4	4,8
Отсутствие соответствующих специалистов	4	4,8

Таким образом, большая часть пациентов старческого возраста после оперативного лечения, по их мнению, нуждалась в медико-социальной реабилитации. При этом, пациенты отметили, что медико-социальная реабилитация им нужна в связи: с невозможностью самостоятельно производить перевязку; трудностями передвижения в общественном транспорте в медучреждение, посещения магазинов; невозможностью работать на приусадебном участке и для возможности самообслуживания и обслуживании в быту.

То есть в числе основных причин преобладали (за исключением перевязок) вопросы бытового, то есть социального, а не медицинского характера, что позволило судить о приоритетах пациентов и иерархии мотивов, объясняющих невысокие значения мотивационной готовности.

Отказ пациентов старческого возраста после оперативного лечения от медико-социальной реабилитации вероятнее всего был связан с тем, что при разработке стандартных реабилитационных схем не учитывались реальные потребности пациентов.

Поэтому при разработке индивидуальной программы медико-социальной реабилитации для пациентов старческого возраста после оперативного лечения необходимо определять не только гериатрическую медицинскую составляющую реабилитации, но и учитывать потребности и возможности самих пациентов.

Следовательно, такая комплексная реабилитационная диагностика должна быть направлена не только на решение частных медицинских проблем пациента старческого возраста после оперативного лечения, но и на улучшение социального статуса пациента.

6.2. Реабилитационные мероприятия у пациентов старческого возраста после оперативного лечения

Мероприятия медико-социальной реабилитации у пациентов старческого возраста после оперативного лечения целесообразно разделить на три этапа: 1 этап – реабилитационные мероприятия, использующиеся до хирургического лечения, 2 этап – средства и методы медико-социальной реабилитации, применяемые у пациентов старческого возраста после хирургического лечения в стационаре, 3 этап – медико-социальная реабилитация на амбулаторно-поликлиническом этапе.

6.2.1. Медицинский аспект медико-социальной реабилитации

6.2.1.1. Реабилитационные мероприятия, использующиеся до оперативного вмешательства

Согласно экспертной оценке, у пациентов старческого возраста реабилитационные мероприятия, использующиеся до оперативного вмешательства не имеют никаких особенностей ($\chi^2=0,835$, $p<0,05$). У пациентов, готовящихся к плановому оперативному лечению, реабилитационные мероприятия начинаются в амбулаторно-поликлинических условиях ($\chi^2=0,896$, $p<0,05$). У больных, поступивших в стационар в экстренном порядке – при поступлении в стационар ($\chi^2=0,817$, $p<0,05$). В предоперационном периоде реабилитационные мероприятия направлены на дообследование пациента (диагностика основного заболевания и сопутствующей патологии), стабилизацию состояния, компенсацию сопутствующей патологии и подготовку к оперативному лечению, которые проводятся по общеклиническим протоколам введения пациента с учетом тяжести состояния больного, хирургического заболевания и сопутствующей патологии ($\chi^2=0,842$, $p<0,05$). Немаловажным является психологическая подготовка пациента ($\chi^2=0,905$, $p<0,05$), заключающаяся в разъяснении больным и родственникам возможного объема оперативного лечения и особенностей послеоперационного периода, исходам и осложнениям заболевания, а также в подготовке больного к необходимой адаптации или реадaptации в послеоперационном периоде. Перед оперативным лечением обязательным является определение «прогностического индекса гипотрофии» (ПИГ) - нутриционной оценки и прогноза возможных осложнений ($\chi^2=0,812$, $p<0,05$), который рассчитывается по следующей формуле: $ПИГ (\%) = 140 - 1,5 (A) - 1 (OP) - 0,5 (KЖСТ) - 20 (Л)$, где А –

альбумин в сыворотке крови (г/л); ОП – окружность плеча (см); КЖСТ – кожно-жировая складка над трицепсом (мм); Л – число лимфоцитов в крови (тысяч в 1 мкл). Преимуществом ПИГ является комплексная оценка всех компонентов нутриционного статуса – висцерального белка (альбумин), соматического белка (окружность плеча), жировых депо (складка над трицепсом), иммунного статуса (число лимфоцитов). Значения этого индекса от 0 до 20 % соответствуют нормальному статусу питания, от 20 до 30 % – белково-энергетической недостаточности легкой степени, от 30 до 50 % – среднетяжелой и выше 50 % – тяжелой. При среднетяжелой недостаточности питания возрастает риск послеоперационных осложнений, а при белково-энергетической недостаточности тяжелой степени – и летальность больных. Следовательно, таким больным показана обязательная нутриционная поддержка в послеоперационном периоде [Саввин Ю.Н., Луфт В.М., Майдан В.А., Сызранцев Ю.К., Хорошилов И.Е., 1998; Барановский А.Ю., 2006].

6.2.1.2. Средства и методы медико-социальной реабилитации, применяемые у пациентов старческого возраста после хирургического лечения в стационаре

Согласно данным экспертной оценки у пациентов старческого возраста после оперативного лечения с целью восстановления утраченных вследствие хирургического заболевания функций, целесообразно применять следующие методы медико-социальной реабилитации:

1. С первых суток пациентам старческого возраста назначается режим двигательной активности, заключающийся в повороте больного с боку на бок с постепенным расширением активности больного ($\chi^2=0,924$, $p<0,05$).

2. Массаж грудной клетки и спины ($\chi^2=0,857$, $p<0,05$), дыхательная гимнастика ($\chi^2=0,832$, $p<0,05$) назначается также с первых суток послеоперационного периода с целью профилактики легочных осложнений.

3. Объем лечебной физкультуры зависит от характера оперативного вмешательства (например, полостная операция, ампутация конечностей) и тяжести состояния пациента ($\chi^2=0,869$, $p<0,05$). ЛФК в раннем послеоперационном периоде (от момента окончания операции до 3-7 суток) проводится с целью профилактики возможных ранних послеоперационных осложнений (гипостатической пневмонии, атонии кишечника, тромбозов и тромбоземболий и т.д.), восстановления нарушенного механизма дыхания,

улучшение общего и местного лимфо- и кровообращения, а также повышение психоэмоционального тонуса больного ($\chi^2=0,817$, $p<0,05$).

Для тяжелых больных со строгим постельным режимом упражнения производятся в положении больного на спине и включают дыхательные движения статического характера с использованием приемов откашливания и, в обязательном порядке, динамические движения на дистальные отделы конечностей ($\chi^2=0,883$, $p<0,05$). При постельном режиме упражнения выполняются в положении полусидя, сидя, лежа на боку. Используются упражнения для всех суставов и мышечных групп в сочетании с дыхательными упражнениями (статического и динамического характера). ЛФК в системе реабилитации больных старших возрастных групп всегда характеризуется ранней и последовательно нарастающей активизацией двигательного режима, преемственностью на ее этапах, применением широкого диапазона средств физической тренировки, сочетанием с другими лечебными физическими факторами ($\chi^2=0,917$, $p<0,05$). Сначала больного обучают переходу из положения лежа в положение сидя, вставанию с кровати. Как только больной научится вставать, начинается обучение правильному рисунку ходьбы с использованием компенсирующих устройств (ходунков) для профилактики синдрома падения ($\chi^2=0,891$, $p<0,05$).

Задачами ЛФК у больных после ампутации нижних конечностей в этом периоде являются: профилактика послеоперационных осложнений (застойная пневмония, атония кишечника, тромбозы, эмболии); улучшение кровообращения в культе; предупреждение атрофии мышц культы; стимуляция процессов регенерации; формирование остаточной конечности, увеличение мышечной массы, восстановление чувства контроля ($\chi^2=0,878$, $p<0,05$).

У больных после ампутации конечностей с первых дней после операции кроме дыхательных и общетонизирующих упражнений включают упражнения для суставов и мышц здоровой конечности, изометрическое напряжение мышц (для сохранившихся сегментов конечности), движения культей в облегченных условиях (отведение, приведение) ($\chi^2=0,843$, $p<0,05$). На 3-й день после операции проводится коррекция культы положением. С 3-4-го дня при удовлетворительном общем самочувствии больного переводят в вертикальное положение. С 5-6-го дня применяют фантомную гимнастику (мысленное выполнение движений в отсутствующем суставе), которая очень важна для

профилактики контрактуры и атрофии мышц культи ($\chi^2=0,907$, $p<0,05$). В занятиях широко используют общеразвивающие упражнения, а также направленные на улучшение равновесия и координации движений. При односторонней ампутации больных обучают передвижению с помощью ходунков, при двусторонней - самостоятельному переходу в коляску и передвижению в ней ($\chi^2=0,862$, $p<0,05$).

4. Лечебное питание назначается в зависимости от тяжести состояния больного, хирургического заболевания, по поводу которого больной перенес оперативное лечение, расхода энергии, наличия дефицита массы тела и прибавление к этой сумме 10% ($\chi^2=0,931$, $p<0,05$). Для этого метода, как и для всей системы медико-социальной реабилитации, свойственна этапность проведения [Ильницкий А. Н., 2001].

Наиболее удобным и используемым в ЛПУ²¹ методом подсчета метаболических потребностей является расчет базальных энергетических показателей по формуле Харриса – Бенедикта [Барановский А. Ю., 2006]. Уровень основного обмена (УОО) по Харрису – Бенедикту (1919 г) рассчитывается следующим образом: УОО (мужчины) = $66,5 + (13,7 \times \text{масса тела, кг}) + (5 \times \text{рост, см}) - (6,8 \times \text{возраст, г})$; УОО (женщины) = $66,5 + (9,5 \times \text{масса тела, кг}) + (1,8 \times \text{рост, см}) - (4,7 \times \text{возраст, г})$. Расход энергии (РЭ) = УОО x ФА x ФП x ТФ или Расход энергии (РЭ) = УОО x ФА x ФП x ТФ x ДМТ (табл. 52).

Таблица 52

Факторы, определяющие расход метаболических потребностей

ФА-фактор активности (двигательный режим)		ФП - фактор повреждения		ТФ-температурный фактор		ДМТ - дефицит массы тела	
Постельный режим	1,1	Небольшие операции	1,1	38 ⁰ С	1,1	10-20%	1,1
Палатный режим	1,2	Большие операции	1,3	39 ⁰ С	1,2	20-30%	1,2
Общий режим	1,3	Перитонит	1,4	40 ⁰ С	1,3	>30%	1,3
		Сепсис	1,5				

Учитывая, что хирургические диеты (0,1а,1б) характеризуются крайне низкой пластической и энергетической ценностью (от 5 до 40 г белка и от 750 до 1500 ккал/сут),

²¹ О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации: от 5 августа 2003 г. N 330 // Справочная правовая система «Консультант Плюс». Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

поэтому обязательно дополнение их средствами энтерального питания, особенно у пациентов с недостаточностью питания ($\chi^2=0,942$, $p<0,05$) Ориентировочные сроки начала энтерального питания после хирургических вмешательств у пациентов старческого возраста представлены в табл. 53.

Таблица 53

Сроки начала и темпы увеличения объема энтерального питания у пациентов старческого возраста после операций, в том числе и на органах пищеварительного тракта

Сутки	Доза за 1 час (мл)	Количество в сутки (мл)	Интервал между кормлениями (час)
1	100	500	3
2	125	1000	2
3	150	1250	2
4	200	1500	2
5	250	2000	2

5. Наиболее предпочтительными физиотерапевтическими методами являются: магнитолазерная терапия ($\chi^2=0,927$, $p<0,05$), ультрафиолетовое облучение ($\chi^2= 0,912$, $p<0,05$), ингаляционная терапия ($\chi^2=0,878$, $p<0,05$).

6. Из методов психотерапии рекомендовано применение рациональной («малой») психотерапии малыми группами ($\chi^2=0,915$, $p<0,05$). Психотерапия направлена на адаптацию больного к изменившимся, вследствие перенесенного оперативного лечения, условиям жизни и восстановление физических, социальных и психологических ресурсов пациента. То есть, целью психотерапии в послеоперационном периоде является социализация пациента и интеграция человека в общество [Белова А. Н., Щепетова О. Н., 1998; Краснова О. В., Лидерс А. Г. 2003; Медведев А. С., 2010].

7. Всем пациентам с целью повышения мотивации к реабилитационным мероприятиям, обучения использованию компенсирующих средств, обучение самообслуживанию и т.д. необходимо посещать «Школу пациента» ($\chi^2=0,857$, $p<0,05$).

8. Перед выпиской пациента из стационара (за 1-2 дня) с целью решения вопроса о дальнейшей тактике медико-социальной реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе проводят специализированный гериатрический осмотр с определением степени тяжести старческой астении ($\chi^2=0,892$, $p<0,05$).

6.2.1.3. Медико-социальная реабилитация на амбулаторно-поликлиническом этапе

При диагностике у пациента по данным гериатрического осмотра хорошего здоровья или старческой преастении пациент направляется для продолжения реабилитации в амбулаторно-поликлинические условия с применением стандартных немедикаментозных и медикаментозных методов и средств медико-социальной реабилитации ($\chi^2=0,854$, $p<0,05$).

При синдроме старческой астении легкой, умеренной, выраженной степени тяжести определяют основные причины, определяющие степень тяжести синдрома старческой астении, применяют немедикаментозные и медикаментозные методы и средства реабилитации, направленные на коррекцию ведущих гериатрических синдромов в домашних условиях с применением бригадного метода ($\chi^2=0,879$, $p<0,05$). В состав бригады входят: участковый терапевт, хирург, диетолог, реабилитолог, медицинская сестра, физиотерапевт, врач лечебной физкультуры, социальный работник, психолог-клиницист. При необходимости в состав бригады вводится невролог ($\chi^2=0,803$, $p<0,05$).

При терминальной степени старческой астении пациенту проводится специализированный уход на дому с целью поддержания базисных функций. При осуществлении ухода необходимо использование совместных усилий родственников, знакомых пациента, а также медицинских и социальных работников ($\chi^2=0,853$, $p<0,05$).

Особенностью модели медико-социальной реабилитации является динамическая оптимизация медицинской, социальной и психологической реабилитации. Коррекция лечения и контроль эффективности проводится один раз в 3 месяца по результатам специализированного гериатрического осмотра участковым терапевтом. Кратность осмотра другими членами бригады определяется потребностью в их консультативной помощи. При отсутствии эффекта от проводимого лечения через 6 месяцев, пациентам проходящим медико-социальную реабилитацию в домашних условиях с использованием бригадного метода предлагается реабилитация в условиях стационара ($\chi^2=0,931$, $p<0,05$).

Методом экспертных оценок также определили наиболее эффективные в отношении повышения эффективности основных средств и методов медико-социальной реабилитации у пациентов старческого возраста после оперативного лечения на амбулаторно-поликлиническом этапе по параметрам «диетотерапия», «кинезотерапия и

лечебная физкультура», «физиотерапия», «массаж», «психотерапия», «трудотерапия», «консультативная помощь», «подготовка к протезированию».

1. Использование диетотерапии является обязательным у всех пациентов старческого возраста с учетом основного хирургического заболевания, особенно у пациентов с синдромом мальнутриции или риском развития синдрома мальнутриции ($\chi^2=0,828$, $p<0,05$). При этом необходимо соблюдать основные принципы рационального питания у пациентов старческого возраста:

- Учитывая, что пациенты старческого возраста обладают определенными структурно-функциональными особенностями желудочно-кишечного тракта, а вследствие полиморбидности и полипрагмазии, у них нарушается всасывание и обмен питательных веществ, в том числе витаминов и минералов, после операции диетотерапия продолжается 1-1,5 года ($\chi^2=0,869$, $p<0,05$).

- У пациентов с дефицитом массы тела, с синдромом мальнутриции или риском развития синдрома мальнутриции прием нутритивных смесей продолжается и после выписки из стационара ($\chi^2=0,906$, $p<0,05$).

- Для формирования оптимального сбалансированного рациона для пациентов старших возрастных групп необходимо формирование правильного режима питания и «правильных» пищевых привычек, соблюдение оптимального соотношения в суточном рационе белков, жиров и углеводов (у лиц старших возрастных групп это соотношение составляет 1:0,9:3,5), дополнительный прием витаминов и минеральных элементов ($\chi^2=0,942$, $p<0,05$):

- рекомендован 5-6 разовый режим питания ($\chi^2=0,829$, $p<0,05$);
- в сутки больным рекомендуется употреблять 3-5 видов овощей, 3-4 вида фруктов (примерно 400 грамм в сутки);
- в рационе должно быть не более 20% белковой пищи (курица, рыба, мясо, бобовые и т.д.) ($\chi^2=0,891$, $p<0,05$). Необходимо вводить в рацион до 30% белков за счет молочных, чаще кисломолочных продуктов ($\chi^2=0,924$, $p<0,05$);
- при отсутствии противопоказаний (хроническая сердечная недостаточность, почечная патология) количество выпиваемой в сутки жидкости в рационе должно соответствовать физиологической потребности 1,5-2 литра, ($\chi^2=0,806$, $p<0,05$).

2. Ведущая роль в реабилитации больных старческого возраста принадлежит *кинезотерапии и лечебной физкультуре* ($\chi^2=0,895$, $p<0,05$). При этом объем ЛФК зависит от характера оперативного лечения и подразделяется на общую и специальную ($\chi^2=0,937$, $p<0,05$). Роль кинезотерапии заключается как в коррекции частных нарушений моторики, так и в уменьшении неблагоприятных последствий гиподинамии в целом. Механизм лечебного действия физических упражнений связан с многообразием сложных психических, физиологических и психических процессов, протекающих в организме при занятиях лечебной физкультурой. Влияние кинезотерапии на психику характеризуется повышением настроения, отвлечением мыслей от болезней, что тоже немаловажно и положительно влияет на бытовую и социальную реадaptацию.

Основные требования проведения лечебной физкультуры:

- системность воздействия, заключающаяся в адекватном подборе комплекса необходимых упражнений ($\chi^2=0,926$, $p<0,05$).

- индивидуализация нагрузок с учетом физикального статуса пациента и его функциональных возможностей ($\chi^2=0,834$, $p<0,05$).

- основным средством ЛФК являются физические упражнения, а именно дозированная физическая нагрузка, связанная с произвольным чередованием напряжений и расслаблений мышечного аппарата больного ($\chi^2=0,815$, $p<0,05$). Дозированные физические нагрузки обладают также общетонизирующим действием.

- преемственность нагрузок, характеризующаяся в ранней и последовательно нарастающей активизации двигательного режима, преемственностью на ее этапах, применением широкого диапазона средств физической тренировки, сочетанием с другими лечебными физическими факторами. Например, как только больной научится вставать, начинается обучение правильному рисунку ходьбы, при необходимости, с использованием компенсирующих устройств (ходунки) ($\chi^2=0,871$, $p<0,05$).

- регулярность и систематичность выполнения физических нагрузок ($\chi^2=0,139$, $p<0,05$). Толерантность к физическим нагрузкам, сила и выносливость мышц с возрастом существенно снижается, однако снижение функциональных возможностей у больных старших возрастных групп связано не только с процессом старения, но во многом – и с недостаточной активностью пациентов. Поэтому необходима постоянная тренировка

опорно-двигательного аппарата во избежание быстрого угасания функциональных возможностей костно-мышечной системы.

- постепенное нарастание физической нагрузки ($\chi^2=0,823$, $p<0,05$):

- занятия сначала проводятся 1-2 раза в день, с постепенным увеличением до 4-5 раз в день.
- для пациентов старческого возраста сначала используются нагрузки малой интенсивности, включающие движения небольших групп мышц (движения в дистальных отделах конечностей, дыхательные упражнения). Потом, по мере стабилизации состояния, пациенту назначаются упражнения умеренной интенсивности (упражнения для туловища, рук и ног, ходьба). Следует отметить, что недостаточные по интенсивности физические упражнения просто не будут оказывать должного лечебного действия, то физические перегрузки могут привести к значительным отрицательным последствиям.

- использование упражнений, направленных на выполнение туалета и личной гигиены, обучение одеванию, самостоятельному приему пищи ($\chi^2=0,882$, $p<0,05$). Так как поддержание самостоятельности в повседневной жизни также во многом зависит от подвижности пациентов, которая в свою очередь, определяется работоспособностью мышц, костей, суставов.

- лечебная физкультура и различные виды массажа назначаются практически при всех заболеваниях в раннем периоде восстановительного лечения для достижения более быстрого лечебного эффекта. Противопоказания в большинстве случаев носят временный характер ($\chi^2=0,864$, $p<0,05$).

- при назначении лечебной физкультуры в старческом возрасте учитываются некоторые особенности ($\chi^2=0,812$, $p<0,05$):

- дозировка нагрузки должна быть ниже, чем у пациентов среднего и молодого возраста;
- применяются упражнения малой и средней интенсивности, с достаточно широкой амплитудой движения, выполняют их плавно;
- обращают внимание на выработку и постановку правильного дыхания;
- строго соблюдается принцип постепенности, увеличиваются паузы для отдыха;

- исключаются упражнения с резкими поворотами и вращениями головы, элементами натуживания и задержкой дыхания, запрокидывание головы и наклоном корпуса вниз головой;
- исключают или ограничивают упражнения на силу, быстроту, ловкость; при первых признаках утомления физическую нагрузку сразу прекращают;
- подбор, объем и методика применения упражнений должны быть такими, чтобы вызывать у пациентов чувство удовлетворения, желание продолжать занятия.

• специальная лечебная физкультура (направленного действия) применяется у пациентов с такими заболеваниями как остеоартроз суставов нижних конечностей, а также у пациентов после ампутации конечностей (с целью подготовки культи к протезированию), у пациентов после операций на органах брюшной полости (с целью профилактики спаечной болезни) ($\chi^2=0,894, p<0,05$).

• для пациентов с остеоартрозом нижних конечностей, проведение кинезотерапии и лечебной физкультуры, хоть и является обязательным методом медико-социальной реабилитации, является затруднительным, так как люди, страдающие остеоартрозом, постоянно ощущают боль, у них снижается мышечная сила, появляется ограничение движений в суставах. 80% больных остеоартрозом имеют определенные ограничения в движении, а 25% не могут выполнять даже повседневные жизненные функции.

Поэтому главными принципами лечебной физкультуры у пациентов с остеоартрозом являются:

- частое повторение упражнений в течение дня по несколько минут. При этом, они выполняются, медленно, плавно, с постепенным увеличением амплитуды; энергичные движения через боль противопоказаны.
- для максимального снижения нагрузки на суставы лечебной физкультурой необходимо заниматься сидя или лежа.
- нельзя делать упражнения через боль, поэтому интенсивность и частота повторений определяются болевым синдромом.
- необходимым условием является выполнение упражнений регулярно.
- одним из методов уменьшения нагрузки на суставы является использование ортопедической обуви (или обуви на низком каблуке с мягкой эластичной

подошвой), что позволяет гасить удар при соприкосновении пятки с поверхностью, при этом уменьшается боль.

– использование компенсирующих устройств (ходунки, костыли, трость и т.д.) позволяет снизить нагрузку на суставы, а значит, уменьшить выраженность болевого синдрома при выполнении упражнений.

- у больных после операции на органах брюшной полости с целью профилактики спаечной болезни подбираются упражнения, сопровождающиеся сокращениями мышц живота и значительными перепадами внутрибрюшного давления - упражнения лежа, волевые сокращения мышц брюшного пресса с глубоким брюшно-диафрагмальным дыханием ($\chi^2=0,863$, $p<0,05$). Следует отметить, что упражнения выполняются в бандаже на протяжении 4-6 месяцев. При возможности назначают гимнастические упражнения с целью укрепления брюшного пресса, поднятия тонуса мускулатуры полых внутрибрюшных органов и улучшения в них микроциркуляции. К комплексу гимнастических упражнений добавляют массаж брюшной стенки. Данный комплекс упражнений противопоказан у стомированных больных.

- у пациентов после ампутаций нижних конечностей к тренировке опорной функции культы приступают на 2-3-й день после снятия швов: вначале проводят легкие массажные похлопывания и поглаживания культы, затем больной в исходном положении сидя на кровати имитирует осевую нагрузку на плоскость кровати, выполняет имитацию ходьбы, проводит самомассаж культы (ее опорной поверхности).

Основная задача лечебной физкультуры у больных после ампутаций – создать у перенесшего ампутацию новые двигательные навыки, наиболее полно реализующие функциональные возможности, заложенные в той или иной конструкции искусственной конечности.

Поэтому после ампутации конечности большое внимание уделяется формированию культы. Культя должна быть правильной формы, безболезненной, опороспособной, сильной и выносливой к нагрузке. Поэтому, подготовка культы к протезированию - это длительный, с постоянно увеличивающейся нагрузкой, реабилитационный процесс, суть которого сводится к увеличению опороспособности и мышечной массы культы, восстановление чувства контроля, развитие мышечно-суставного чувства и координации движений ($\chi^2=0,931$, $p<0,05$).

Тренировка культи на опорность вначале заключается в надавливании ее концом на мягкую накладку, а затем — на накладки различной плотности (мягкой, средней жесткости, жесткой). Смена накладки на более жесткую производится после достижения устойчивого результата, т.е. отсутствие болевых ощущений при опоре на культю и отсутствие трофических нарушений в области наибольшей нагрузки. Начинают такую тренировку с 2-х минут и доводят до 15 минут и более. Непосредственно перед протезированием с целью тренировки стояния и ходьбы больной обучается стоянию с равномерной опорой на обе конечности, переносу массы тела во фронтальной плоскости с опорой культи при помощи «Устройства для реабилитации» (патент на полезную модель № 151400). Предложенное «Устройство для реабилитации» позволяет оптимизировать реабилитационный процесс у пациентов после ампутаций нижних конечностей посредством увеличения мотивации пациента и возможности самостоятельной независимой подготовке культи к протезированию. Следствием оптимизации реабилитационного процесса при применении «Устройства для реабилитации» является более раннее протезирование с формированием устойчивого результата, что позволяет улучшить качество жизни пациентов после ампутации конечности²².

Большое внимание в период подготовки к протезированию уделяется упражнениям, направленным на увеличение силы и выносливости мышц верхнего плечевого пояса и общеукрепляющим, так как при ходьбе на ходунках основная нагрузка падает на руки. Перегрузка оставшейся ноги ведет к развитию плоскостопия, в связи, с чем необходимо использовать упражнения, направленные на укрепление мышечного и связочного аппарата стоп ($\chi^2=0,845$, $p<0,05$).

Одним из методов активной кинезотерапии и методом восстановления и компенсации нарушенных функций организма является *трудотерапия* ($\chi^2=0,923$, $p<0,05$). Благоприятное влияние труда в системе реабилитационных мероприятий является клинически установленным фактом. При трудотерапии сам процесс функционирования пораженной системы выступает в качестве лечебно-восстановительного фактора. Трудовые движения стимулируют физиологические процессы, укрепляют волю пациента, улучшают концентрацию внимание, повышают настроение. То есть, цель трудотерапии у

²² См. Приложение 6

пациентов старческого возраста в большей степени психотерапевтическая ($\chi^2=0,879$, $p<0,05$).

3. В реабилитации пациентов старческого возраста с целью нормализации функции применяется только *лечебный массаж* ($\chi^2=0,841$, $p<0,05$). Из всех видов массажа преимущество в реабилитации лиц старческого возраста принадлежит ручному классическому массажу, в методике проведения которого предпочтение отдают малой и средней силе воздействия рук массажиста.

4. *Физиотерапия* у больных старших возрастных групп в амбулаторно-поликлинических условиях обычно назначается не часто, назначаются лишь крайне необходимые процедуры при отсутствии противопоказаний к их назначению ($\chi^2=0,834$, $p<0,05$). Наиболее предпочтительными методами являются: УФО ($\chi^2=0,913$, $p<0,05$), магнитолазерная терапия ($\chi^2=0,947$, $p<0,05$).

5. Одним из основных методов медико-социальной реабилитации является *психологическая коррекция и психологическая помощь* ($\chi^2=0,843$, $p<0,05$). Особенности психологического статуса пациентов старческого возраста, перенесших оперативное лечение, являются безразличие, пессимизм, снижение интереса к событиям, которые происходят за пределами дома, постоянное чувство одиночества ($\chi^2=0,835$, $p<0,05$).

Поэтому целью психотерапии больных старших возрастных групп явилась реадaptация их к условиям окружающей действительности, повышение самооценки, усиление независимости, восстановление стимулов к жизни.

Основными задачами психологической службы: оценка существующих психологических проблем, коррекция психологических проблем на всех этапах ведения больного. Проведение психологической реабилитации пациентов в условиях стационара недостаточно, поэтому после выписки из стационара психологическая коррекция осуществляется выездными консультантами (в составе бригады) на дому ($\chi^2=0,839$, $p<0,05$).

Медицинский аспект модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения представлен на рис. 25.

6. Так как одной из основных задач современной медицинской реабилитации является наиболее полная интеграция больных в общество, а реабилитация в семье рассматривается как один из наиболее важных шагов в процессе возвращения больных

старческого возраста к адекватной жизни в обществе, согласно экспертной оценке, необходимо проведение консультации с родственниками больных по осуществлению медико-социальной реабилитации ($\chi^2=0,913$, $p<0,05$).



Рис. 25. Медицинский аспект медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения

6.2.1.4. Медико-образовательные программы для пациентов старческого возраста - «Школа пациента» и обучение микроокружения (родственников)

Неотъемлемой частью разработанной нами медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения являются медико-образовательные программы, отличающиеся от имеющихся наличием конкретных точек приложения для достижения определенных задач (повышение мотивации пациентов к реабилитационным мероприятиям, умение пользоваться компенсирующими устройствами, разъяснение правилам питания, обучение созданию терапевтической среды и т.д.).

Методом экспертных оценок определили наиболее эффективные в отношении повышения медицинской грамотности пациентов старческого возраста по параметрам «количество занятий», «формы обучения», «вспомогательные материалы». По данным экспертных оценок рекомендовано: оптимальное количество занятий от 3 до 4 ($\chi^2=0,894$, $p<0,05$), предпочтение следует отдавать групповой форме обучения (2-3 человека), что в большей степени повышает активизацию больных ($\chi^2=0,917$, $p<0,05$); для достижения эффективности программ наибольшее значение имеет использование «Памятки пациенту» ($\chi^2=0,894$, $p<0,05$) (табл. 54).

Таблица 54

Особенности применения программ медико-образовательного обучения пациентов старческого возраста после оперативного лечения в стационаре

Параметры		Критерий Пирсона (χ^2)	Достоверность разности (p)
Количество занятий	1-2	0,867	<0,05
	3-4	0,894	<0,05
	5-6	0,852	<0,05
Форма проведения обучения	Индивидуальные занятия	0,892	<0,05
	Групповая форма 2 – 3 чел.	0,917	<0,05
	Групповая форма 4 – 5 чел.	0,864	<0,05
Вспомогательные материалы	Видеоматериалы	0,852	<0,05
	Памятки	0,894	<0,05
	Книги	0,874	<0,05

Медико-образовательные программы для пациентов старческого возраста и родственников были апробированы на базе хирургических отделений МБУЗ ГКБ № 1.

Обучено 36 больных и их микроокружение (родственники). Привлечение родственников в образовательный процесс обусловлено тем, что благополучие пациентов старческого возраста после перенесенного оперативного лечения, особенно социальное, лежит главным образом на семье.

Реализация медико-образовательных программ осуществлялась в «Школах пациентов» (рис. 26). В программу обучения входило:

1. Понятие о хирургическом заболевании, основных возможных осложнениях, разъяснение принципов самопомощи в неотложных ситуациях.

2. Разъяснение правилам питания.

3. Обучение использованию компенсирующих устройств: ходунками, костылями, мочеприемниками, калоприемниками, холецистостомами.

4. Обучение уходу за дренажами, за кожей вокруг дренажей, перевязкам.

5. Обучение самообслуживанию.

6. Создание правильной внутренней картины болезни (коррекция психоэмоциональных расстройств). Учитывая, что лечение депрессивных состояний у больных старших возрастных групп предпочтительно проводить не путем назначения антидепрессантов, нами в «Школе пациента» использованы методы поведенческой психотерапии, трудотерапии.

7. Повышение мотивации больного к реабилитации является один из видов психотерапевтического воздействия, при возможности использовались методы рациональной «малой» психотерапии, групповой психотерапии. При этом, проведение занятий в групповой, а не в индивидуальной форме, повышало в большей степени активизацию больных. При этом они активно вовлекались в обсуждение целей и программы восстановительного лечения. Одним из методов повышения мотивации пациентов к реабилитационным мероприятиям явилось составление плана процедур таким образом, чтобы не вызывать у больных физического переутомления.

8. Подготовка к протезированию.

9. Обучение созданию терапевтической среды для пациентов.

Так как вследствие когнитивных расстройств людям старческого возраста требуются для понимания более наглядные меры воздействия, и, учитывая результаты метода

экспертных оценок, при выписке из стационара всем пациентам были даны специально разработанные «Памятки пациенту и родственникам»²³.



Рис. 26. Содержание занятий в «Школе пациента»

Критерии эффективности обучения в «Школе пациента» нами подразделены на прямые и косвенные. Прямые критерии включали изучение динамики индексов: мотивации к реабилитации, тревоги выписки из стационара, готовности посещения медицинских учреждений после выписки из стационара для коррекции лечения (табл. 55). Косвенные - улучшение медико-социальных показателей эффективности реабилитационных программ у пациентов старческого возраста.

Таблица 55

Динамика показателей готовности к реабилитационным мероприятиям после прохождения пациентами «Школы пациента» (в баллах, $M \pm m$)

Показатели	до прохождения	после прохождения
Индекс мотивации к реабилитации	74,9 \pm 0,3	91,4 \pm 0,3
Индекс тревоги выписки из стационара	39,3 \pm 0,2	18,7 \pm 0,1
Индекс готовности посещения медицинских учреждений	45,2 \pm 0,2	46,4 \pm 0,2

²³ См. Приложение 6

Таким образом, в результате обучения в «Школе пациента» произошло увеличение индекса мотивации пациентов к реабилитации (с $74,9 \pm 0,3$ до $97,4 \pm 0,3$ балла), индекс тревоги наоборот уменьшился с $39,3 \pm 0,2$ до $18,7 \pm 0,1$ баллов, индекс готовности посещения медицинских учреждений поменялся не существенно (с $45,2 \pm 0,2$ до $46,4 \pm 0,2$ баллов).

6.2.2. Социальный аспект медико-социальной реабилитации

С целью выполнения предложенной модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста, и учитывая то, что, во многом, качество специализированной помощи пациентам старческого возраста с синдромом старческой астении определяется уровнем подготовки всех специалистов, участвующих в реабилитации, а также для повышения уровня знаний в области геронтологии и гериатрии социальных работников разработана программа «Основные гериатрические синдромы».

Целью обучения явилось понимание и усвоение принципов организации и проведения медико-социальной помощи при основных гериатрических синдромах, участие в составлении и реализации бригадного плана медико-социальной помощи пациентам старческого возраста.

Пилотное внедрение в практику циклов тематического усовершенствования работников учреждений социальной защиты и социального обеспечения «Основные гериатрические синдромы» проведено на базе «Управления социальной защиты населения Белгородской области»²⁴. Сотрудниками кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России» прочтено 214 работников системы социального обслуживания пациентов. Лекций проведены на базе «Управления социальной защиты населения Белгородской области» (26 часов), практические занятия (46 часов) проведены в терапевтических и хирургических отделениях МБУЗ ГКБ № 1. Обучение специализированному уходу за больными с пролежнями, дренажами, стомами проведено в отделении гнойной хирургии непосредственно «у постели больного».

В программу обучения основных гериатрических синдромов в деятельности социального работника включено:

²⁴ Работа с пожилыми гражданами [Электронный ресурс] // Управление социальной защиты населения администрации Белгородского района. – Режим доступа: <http://beluszn.ru>. – 19.08.2014

1. Понятие об основных гериатрических синдромах.
2. Соматические синдромы: синдром мальнутриции, пролежни, недержание мочи и кала, падения и нарушения ходьбы, головокружение и атаксия, болевой синдром, нарушения слуха и зрения.
3. Психические синдромы: деменция, депрессия, делирий, нарушения поведения и адаптации.
4. Социальные синдромы: утрата самообслуживания, зависимость от помощи других, социальная изоляция, подверженность насилию, нарушение семейных связей.
5. Методы оценки и выявления синдромов, тактика ведения.
6. Основы общего и специализированного ухода за пациентами пожилого и старческого возраста после оперативного лечения.

Критерии эффективности курсов повышения квалификации «Основные гериатрические синдромы» подразделены нами на прямые и косвенные. Прямые критерии включали изучение динамики знаний до и после прохождения курсов (табл. 56).

Таблица 56

Динамика знаний социальных работников до и после курсов повышения квалификации (%)

Критерии		Уровень знаний	
		до курсов	после курсов
Знания в области терминологии		28,6±0,3	84,7±0,4*
Знания в области физиологии и патофизиологии		25,4±0,3	85,6±0,4*
Знания в области первой медицинской помощи	Целевые значения артериального давления	7,4±0,1	68,1±0,3*
	Гипертонический криз	55,5±0,4	93,3±0,4*
	Инфаркт миокарда	55,2±0,4	96,3±0,4*
	Клиническая смерть	40,7±0,3	96,3±0,4*
Знания в области хирургических проблем пациентов старших возрастных групп		28,3±0,3	85,8±0,4*
Знания в области образа жизни	Питание	32,6±0,3	97,3±0,4*
	Психология	20,2±0,3	86,4±0,4*
Знания в области создания терапевтической среды для обитания пожилых людей		44,3±0,3	95,6±0,4*

* $p < 0,05$ по сравнению с показателями до курсов

Косвенные критерии - улучшение медико-социальных показателей эффективности реабилитационных программ у пациентов старческого возраста.

Таким образом, обучение социальных работников на курсах повышения квалификации «Основные гериатрические синдромы» позволило создать бригадный принцип работы с пациентами старческого возраста после оперативного лечения.

Слушатели при прохождении курсов повышения приобрели следующие профессиональные компетенции (рис. 27).



Рис. 27. Приобретенные профессиональные компетенции слушателей при прохождении курсов повышения квалификации «Основные гериатрические синдромы»

Инновационный опыт доложен и обсужден на Третьем съезде геронтологов и гериатров России (Новосибирск, 2012 г.), на Первом съезде социальных работников (Белгород, 2013 г.), на всероссийской школе «Социальный работник и пожилой человек» (Москва, 2014 г.), на международной научно-практической конференции «Геронтология XXI века» (Белгород, 2015 г.).

6.3. Модель медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения и оценка эффективности медико-социальной реабилитации

Медико-социальная реабилитация пациентов старческого возраста начинается до оперативного лечения: в поликлинике - у пациентов, поступающих на плановое оперативное лечение, в стационаре - у пациентов, поступающих в экстренном порядке. После оперативного лечения реабилитационные мероприятия продолжаются по общепринятым протоколам ведения больных, учитывая тяжесть состояния пациента. Отличием данного этапа предлагаемой системы медико-социальной реабилитации у пациентов старческого возраста является обязательное посещение пациентами «Школы

пациента» и обучение родственников специализированному уходу за пациентами. Для разработки индивидуальной программы амбулаторно-поликлинического этапа медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения за 1-2 дня до выписки проводится реабилитационная гериатрическая диагностика при помощи оригинальной компьютерной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра. Определяют степень тяжести синдрома старческой астении, риск развития отдельных гериатрических синдромов. Обобщая полученные данные, разрабатываются адекватные методы медико-социальной реабилитации и ухода за больными.

Методом экспертных оценок определены основные сроки оценки эффективности реабилитационных мероприятий на основании результатов специализированного гериатрического осмотра. Согласно экспертной оценке у больных с хорошим здоровьем или преастенией, проходящих реабилитацию в амбулаторно-поликлинических условиях эффективность реабилитации определяют через 6 месяцев ($\chi^2=0,936$, $p<0,05$). У пациентов с легкой, умеренной, выраженной степенью тяжести старческой астении – каждые 3 месяца ($\chi^2=0,819$, $p<0,05$), при неэффективности реабилитации через 6 месяцев рекомендовано продолжение реабилитации в стационаре ($\chi^2=0,857$, $p<0,05$). Пациенты с терминальной степенью тяжести синдрома старческой астении требуют только специализированного ухода на дому с целью поддержания базисных функций ($\chi^2=0,872$, $p<0,05$).

Основными параметрами медицинской и социальной эффективности внедрения предлагаемой модели медико-социальной реабилитации больных старческого возраста после оперативного лечения являются: положительная динамика показателей хирургического ($\chi^2=0,946$, $p<0,05$) и гериатрического статуса ($\chi^2=0,931$, $p<0,05$). пациентов старческого возраста, улучшение качества жизни пациентов ($\chi^2=0,852$, $p<0,05$) и медико-социальных показателей течения заболевания ($\chi^2=0,873$, $p<0,05$).

На основании полученных нами данных и для улучшения медико-социальных результатов хирургического лечения пациентов старческого возраста применен метод моделирования. Предложенная нами модель медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста состоит из медицинского и социального аспектов (рис.28).



Рис. 28. Модель медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста

Заключение к главе 6

Подытоживая вышесказанное необходимо выделить, что процесс реабилитации больных старческого возраста направлен на сохранение, поддержание, восстановление функций организма, достижения определенной их независимости, улучшения качества жизни и эмоционального благополучия.

Предложенная нами модель медико-социальной реабилитации регламентирует принципиальный подход к медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения, основанный на использовании в разработке реабилитационных программ специфических для гериатрии методов оценки состояния больных старческого возраста с определением степени тяжести синдрома старческой астении. Нами обоснованы подходы к реабилитационной гериатрической диагностике у пациентов старческого возраста после оперативного лечения, основанные на параметрах специализированного гериатрического осмотра и данных факторного анализа. Для больных, у которых при специализированном гериатрическом осмотре диагностирован синдром старческой астении легкой степени необходимо назначение средств и методов, направленных на улучшение параметров устойчивости и ходьбы и уменьшении риска

развития синдрома мальнутриции. Для больных с синдромом старческой астении умеренной степени тяжести - назначение средств и методов, направленных на улучшение параметров устойчивости, уменьшении риска развития синдрома мальнутриции и восстановления адаптации в повседневной жизни с использованием программ обучения самообслуживанию. Для больных с синдромом старческой астении выраженной степени тяжести - назначение средств и методов, направленных на улучшение параметров устойчивости и восстановления адаптации в повседневной жизни.

Больным с синдромом старческой астении терминальной степени тяжести необходим тщательный специализированный уход как важнейшее средство лечения, направленное на улучшение качества жизни пациентов после оперативного лечения.

При этом, использование бригадного метода в реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения регулирует медицинский и социальный аспекты реабилитации.

Предлагаемая нами медико-социальная модель реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения состоит из двух аспектов: медицинского и социального.

Медицинский аспект состоит:

1) Из трех принципиальных позиций:

-реабилитационные мероприятия, используемые до оперативного лечения (включаются в дообследовании больного, стабилизации состояния, компенсации сопутствующей патологии, подготовке к оперативному лечению);

-средства и методы медико-социальной реабилитации, применяемые у пациентов старческого возраста после хирургического лечения в стационаре (использование массажа грудной клетки и спины, дыхательной гимнастики, ЛФК и кинезотерапии, использование компенсирующих средств, лечебного питания с нутритивной поддержкой, физиолечения, психотерапии, обучение самообслуживанию);

- медико-социальная реабилитация на амбулаторно-поликлиническом этапе (применение предлагаемой модели медико-социальной реабилитации и использование определенных методов и средств реабилитации в зависимости от степени тяжести синдрома старческой астении и наличия у пациента гериатрических синдромов);

2) Медико-образовательных программ для пациентов старческого возраста - «Школа пациента» и обучение микроокружения (родственников).

Социальный аспект заключается в повышении уровня знаний в области геронтологии и гериатрии социальных работников при помощи программы повышения квалификации «Основные гериатрические синдромы». Целью обучения явилось понимание и усвоение принципов организации и проведения медико-социальной помощи при основных гериатрических синдромах, участие в составлении и реализации бригадного плана медико-социальной помощи пациентам старческого возраста после оперативного лечения. В результате прохождения курсов повышения квалификации социальные работники приобрели следующие профессиональные компетенции: возможность планирования, организации и контроля собственной деятельности при оказании помощи пациентам старческого возраста; возможность использовать в собственной работе принципов, способов и средств оказания социальной и первой медицинской помощи в разрезе диагностики, лечения и профилактики основных гериатрических синдромов; возможность внедрять и пропагандировать гуманные методы и принципы геронтологии в общественной жизни

В итоге, использование предложенной нами модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста позволяет улучшить результаты лечения больных, перенесших оперативное лечение, так как при разработке данной модели учитывалось не только хирургическое заболевание, по поводу которого пациент перенес оперативное лечение и множественная сопутствующая патология в состоянии де-, субкомпенсации, но и показатели здоровья, характерные для пациентов старших возрастных групп.

ГЛАВА 7. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

7.1. Медицинская и социальная эффективность внедрения предлагаемой модели медико-социальной реабилитации больных старческого возраста после оперативного лечения

7.1.1. Динамика показателей хирургического статуса пациентов старческого возраста после операции при использовании медико-социальной реабилитации

При внедрении медико-социальной модели реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения с использованием бригадного метода и повышении мотивации пациентов к реабилитационным мероприятиям, отмечается положительная динамика хирургического статуса пациентов старческого возраста (табл. 57).

Таблица 57

Осложнения позднего послеоперационного периода в основной и контрольной группе (%)

Осложнения	Контрольная группа (n=35)	Основная группа (n=36)
Нагноение раны	8,6±0,02	-
Рецидив заболевания	2,8±0,01	2,7±0,01
Послеоперационные грыжи	2,8±0,01	-
Летальность	5,7±0,02	-

Такие осложнения позднего послеоперационного периода (через 6 месяцев) как нагноение послеоперационной раны, появление послеоперационных грыжевых выпячиваний и летальность диагностированы только у пациентов контрольной группы (8,6±0,02%, 2,8±0,01%, 5,7±0,02% соответственно). Достоверной разницы встречаемости рецидива заболевания у пациентов контрольной и основной группы не отмечено (2,8±0,01% и 2,7±0,01% соответственно).

7.1.2. Динамика параметров гериатрического статуса пациентов старческого возраста после оперативного лечения с использованием медико-социальной реабилитации

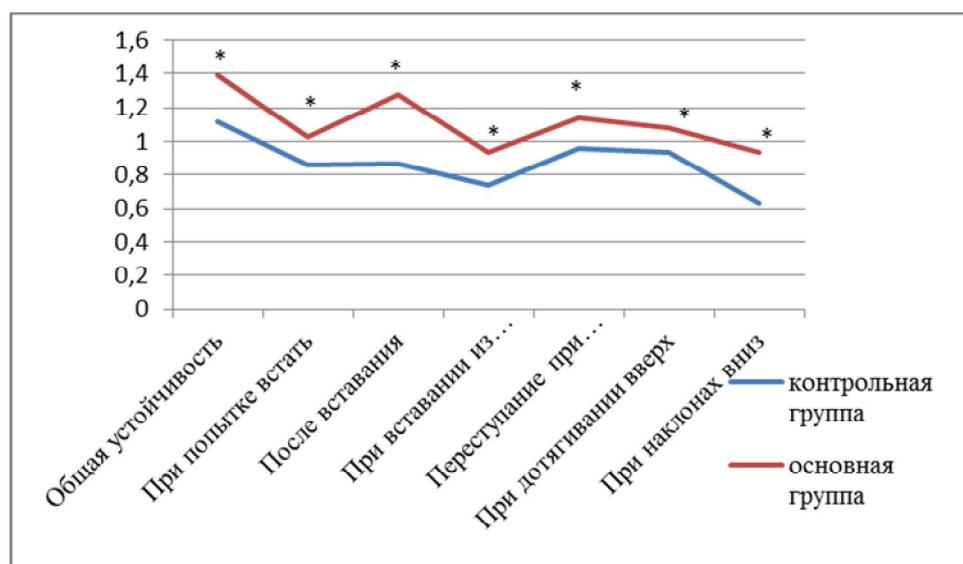
7.1.2.1. Параметры устойчивости

Достоверно отмечено улучшение показателей параметров устойчивости у пациентов и контрольной и основной группы через 6 месяцев после операции (табл. 58, рис. 29).

Динамика параметров устойчивости у пациентов основной и контрольной групп
($M \pm m$, в баллах)

Определяемый параметр	Контрольная группа (n=35)		Основная группа (n=36)	
	после операции	через 6 мес.	после операции	через 6 мес.
Общая устойчивость	0,97±0,03	1,12±0,04*	0,95±0,04	1,39±0,05***
При попытке встать	0,65±0,07	0,86±0,06*	0,67±0,07	1,03±0,05***
После вставания	0,93±0,04	0,87±0,06	0,92±0,04	1,28±0,05***
Длительность стояния	1,01±0,05	1,04±0,04	0,97±0,04	1,11±0,04*
При вставании из положения лежа	0,62±0,07	0,74±0,06	0,58±0,08	0,94±0,04***
При толчке в грудь	0,55±0,08	0,68±0,07	0,56±0,08	0,89±0,04***
При стоянии с закрытыми глазами	0,71±0,07	0,83±0,05	0,72±0,06	1,28±0,05***
Переступание при повороте	0,85±0,05	0,96±0,04	0,83±0,05	1,14±0,04***
Устойчивость при повороте	0,78±0,07	0,97±0,04*	0,78±0,06	0,97±0,04*
При стоянии на правой ноге	0,62±0,08	0,74±0,06	0,53±0,08	0,94±0,04***
При стоянии на левой ноге	0,56±0,08	0,74±0,06	0,53±0,08	0,86±0,04*
При наклонах назад	0,71±0,07	0,78±0,04	0,69±0,06	0,83±0,04
При дотягивании вверх	0,84±0,07	0,94±0,04	0,81±0,05	1,08±0,04***
При наклонах вниз	0,61±0,08	0,63±0,08	0,64±0,06	0,94±0,04***
При присаживании на стул	0,98±0,04	1,23±0,05*	1,08±0,02	1,36±0,05*
Суммарный балл	11,39±0,5	13,13±0,6*	11,26±0,5	16,04±0,6***

* $p < 0,05$ внутри группы, ** $p < 0,05$ между группами



* $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой

Рис. 29. Сравнительный анализ параметров устойчивости у пациентов основной и контрольной групп через 6 месяцев после операции

Сравнительный анализ показателей специализированного гериатрического осмотра у пациентов контрольной и основной групп показал следующее.

У пациентов основной группы через 6 месяцев после операции суммарный балл параметров устойчивости достоверно был более высоким чем у пациентов контрольной группы (суммарный балл показателей устойчивости у пациентов контрольной группы после операции был - $11,39 \pm 0,5$, у пациентов основной - $11,26 \pm 0,5$; через 6 месяцев - $13,13 \pm 0,6$ и $16,04 \pm 0,6$ соответственно, $p < 0,05$). Таким образом, у пациентов старческого возраста после оперативного лечения при прохождении медико-социальной реабилитации достоверно лучше параметры устойчивости.

7.1.2.2. Параметры ходьбы

Улучшение показателей параметров ходьбы достоверно отмечено у пациентов и контрольной и основной группы через 6 месяцев после операции (табл. 59).

Таблица 59

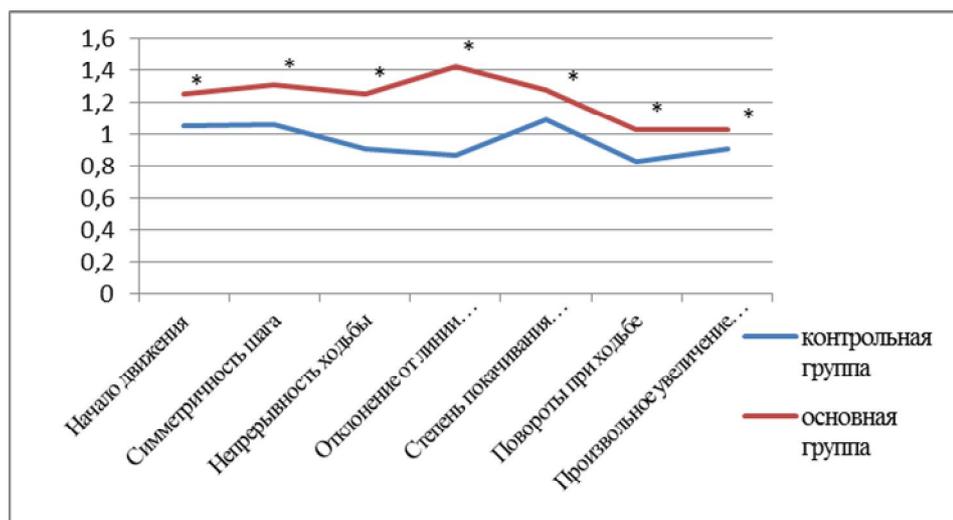
Динамика параметров ходьбы у пациентов основной и контрольной групп ($M \pm m$, в баллах)

Определяемый параметр	Контрольная группа (n=35)		Основная группа (n=36)	
	после операции	через 6 мес.	после операции	через 6 мес.
Начало движения	$1,03 \pm 0,03$	$1,05 \pm 0,03$	$1,01 \pm 0,02$	$1,25 \pm 0,02^{***}$
Симметричность шага	$1,03 \pm 0,03$	$1,06 \pm 0,03$	$1,01 \pm 0,02$	$1,31 \pm 0,02^{***}$
Непрерывность ходьбы	$0,89 \pm 0,05$	$0,91 \pm 0,07$	$0,92 \pm 0,04$	$1,25 \pm 0,02^{***}$
Длина шага (левая нога)	$0,91 \pm 0,07$	$0,92 \pm 0,07$	$0,89 \pm 0,04$	$1,06 \pm 0,02^*$
Длина шага (правая нога)	$0,91 \pm 0,07$	$0,92 \pm 0,07$	$0,89 \pm 0,04$	$1,11 \pm 0,02^{***}$
Отклонение от линии движения	$0,72 \pm 0,07$	$0,87 \pm 0,05$	$0,69 \pm 0,06$	$1,42 \pm 0,02^{***}$
Степень покачивания туловища	$0,79 \pm 0,07$	$1,09 \pm 0,03^*$	$0,81 \pm 0,04$	$1,28 \pm 0,02^{***}$
Повороты при ходьбе	$0,63 \pm 0,07$	$0,83 \pm 0,05^*$	$0,62 \pm 0,06$	$1,03 \pm 0,02^{***}$
Произвольное увеличение скорости	$0,88 \pm 0,05$	$0,91 \pm 0,05$	$0,89 \pm 0,04$	$1,03 \pm 0,02^{***}$
Высота шага (правая нога)	$0,67 \pm 0,07$	$0,82 \pm 0,05$	$0,64 \pm 0,06$	$0,94 \pm 0,02^{***}$
Высота шага (левая нога)	$0,67 \pm 0,07$	$0,79 \pm 0,07$	$0,64 \pm 0,06$	$0,94 \pm 0,02^{***}$
Суммарный балл	$9,12 \pm 0,5$	$9,25 \pm 0,5$	$9,01 \pm 0,5$	$12,62 \pm 0,6^{***}$

* $p < 0,05$ внутри группы, ** $p < 0,05$ между группами

При этом, суммарный балл параметров ходьбы через 6 месяцев после операции достоверно выше у пациентов основной группы ($9,25 \pm 0,5$ и $12,62 \pm 0,6$ соответственно, $p < 0,05$) (рис. 30). Таким образом, у пациентов основной группы через 6 месяцев после

операции при прохождении медико-социальной реабилитации достоверно выше показатели параметров ходьбы, чем у пациентов контрольной группы.



* $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой

Рис. 30. Сравнительный анализ параметров ходьбы у пациентов основной и контрольной групп через 6 месяцев после операции

7.1.2.3. Синдром мальнотриции

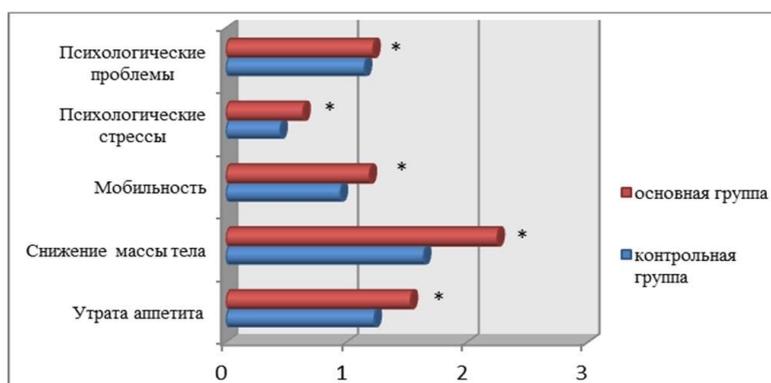
Улучшение показателей синдрома мальнотриции достоверно отмечено у пациентов и контрольной и основной группы. Суммарный балл риска развития синдрома мальнотриции через 6 месяцев после операции у пациентов контрольной группы балл был равен $12,63 \pm 0,4$, у пациентов основной группы - $14,80 \pm 0,5$ соответственно, $p < 0,05$ (табл. 60, 61, рис. 31, 32).

Таблица 60

Сравнительная характеристика риска развития синдрома мальнотриции- I часть
($M \pm m$, в баллах)

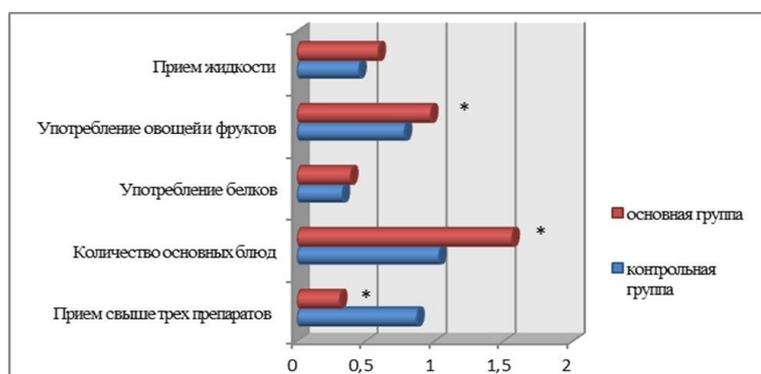
Определяемый параметр	Контрольная группа		Основная группа	
	после операции	через 6 мес.	после операции	через 6 мес.
Наличие утраты аппетита	$1,14 \pm 0,02$	$1,23 \pm 0,02^*$	$1,16 \pm 0,02$	$1,53 \pm 0,02^{***}$
Наличие снижения массы тела	$1,51 \pm 0,02$	$1,64 \pm 0,02^*$	$1,50 \pm 0,02$	$2,25 \pm 0,02^{***}$
Мобильность	$0,87 \pm 0,03$	$0,95 \pm 0,03^*$	$0,88 \pm 0,04$	$1,19 \pm 0,02^{***}$
Психологические стрессы	$0,11 \pm 0,05$	$0,45 \pm 0,05^*$	$0,13 \pm 0,06$	$0,64 \pm 0,08^{***}$
Психологические проблемы	$1,04 \pm 0,02$	$1,15 \pm 0,02^*$	$1,05 \pm 0,02$	$1,22 \pm 0,02^{***}$
ИМТ	$1,77 \pm 0,02$	$1,83 \pm 0,02^*$	$1,75 \pm 0,02$	$1,89 \pm 0,02^{***}$
Суммарный балл	$6,14 \pm 0,4$	$7,25 \pm 0,4^*$	$6,47 \pm 0,4$	$8,72 \pm 0,5^{***}$

* $p < 0,05$ внутри группы, ** $p < 0,05$ между группами



* $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой

Рис. 31. Сравнительная анализ риска развития синдрома мальнутриции (I часть) у пациентов контрольной и основной групп через 6 месяцев после операции



* $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой

Рис. 32. Сравнительная анализ риска развития синдрома мальнутриции (II часть) у пациентов контрольной и основной групп через 6 месяцев после операции

Таблица 61

Сравнительная характеристика риска развития синдрома мальнутриции – II часть
($M \pm m$, в баллах)²⁵

Определяемый параметр	Контрольная группа (n=35)		Основная группа (n=36)	
	после операции	через 6 мес.	после операции	через 6 мес.
Прием свыше трех препаратов	0,82±0,05	0,87±0,05	0,80±0,07	0,31±0,05 ^{*,**}
Количество основных блюд	0,86±0,05	1,03±0,02 [*]	0,80±0,07	1,56±0,02 ^{*,**}
Употребление белков	0,18±0,06	0,33±0,04 [*]	0,20±0,05	0,39±0,05 [*]
Употребление овощей и фруктов	0,89±0,05	0,78±0,05	0,92±0,07	0,97±0,07 ^{**}
Прием жидкости	0,29±0,05	0,45±0,05 [*]	0,33±0,05	0,59±0,08 [*]
Собственная оценка питания	1,44±0,02	1,53±0,02 [*]	1,44±0,02	1,83±0,02 ^{*,**}
Собственная оценка здоровья	0,17±0,06	0,39±0,05 [*]	0,15±0,05	0,43±0,05 [*]
Суммарный балл	4,65±0,4	5,38±0,4 [*]	4,64±0,4	6,08±0,4 [*]

* $p < 0,05$ внутри группы, ** $p < 0,05$ между группами

²⁵ Чем больше балл, тем меньше риск развития синдрома мальнутриции

Таким образом, медико-социальная реабилитация пациентов старческого возраста достоверно уменьшает риск развития синдрома мальнутриции и улучшает показатели синдрома мальнутриции.

7.1.2.4. Когнитивные нарушения

Достоверного улучшения когнитивных способностей у пациентов старческого возраста контрольной группы через 6 месяцев после операции не отмечено (табл. 62). По таким параметрам как «ориентация (время)», «внимание и счет», «память» достоверно отмечено улучшение показателей когнитивной сферы у пациентов основной группы. После операции балл параметра «ориентация (время)» был $3,92 \pm 0,2$, через 6 месяцев - $4,67 \pm 0,2$ ($p < 0,05$); «внимания и счета» - $2,56 \pm 0,3$ и $3,61 \pm 0,3$ соответственно, $p < 0,05$; «памяти» - $1,31 \pm 0,2$ и $2,22 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$.

Таблица 62

Оценка когнитивных способностей у пациентов основной и контрольной групп (M±m, в баллах)

Определяемый параметр	Контрольная группа (n=35)		Основная группа (n=36)	
	после операции	через 6 мес.	после операции	через 6 мес.
Ориентация (время)	$3,96 \pm 0,3$	$4,12 \pm 0,3$	$3,92 \pm 0,2$	$4,67 \pm 0,2^*$
Ориентация (место)	$4,02 \pm 0,3$	$4,61 \pm 0,3$	$4,06 \pm 0,3$	$4,86 \pm 0,3$
Восприятие	$2,65 \pm 0,3$	$2,74 \pm 0,3$	$2,69 \pm 0,3$	$2,94 \pm 0,3$
Внимание и счет	$2,51 \pm 0,3$	$2,97 \pm 0,3$	$2,56 \pm 0,3$	$3,61 \pm 0,3^*$
Память	$1,29 \pm 0,2$	$1,83 \pm 0,3$	$1,31 \pm 0,2$	$2,22 \pm 0,2^*$
Назвать два предмета	$2,79 \pm 0,3$	$2,91 \pm 0,3$	$2,81 \pm 0,3$	$2,75 \pm 0,3$
Повторить выражение	$2,88 \pm 0,3$	$2,81 \pm 0,3$	$2,86 \pm 0,3$	$2,83 \pm 0,3$
Трехэтапная команда	$2,71 \pm 0,3$	$2,69 \pm 0,3$	$2,69 \pm 0,3$	$2,69 \pm 0,3$
Прочсть и выполнить задание	$0,84 \pm 0,6$	$0,87 \pm 0,6$	$0,81 \pm 0,7$	$0,89 \pm 0,7$
Написать предложение	$0,85 \pm 0,6$	$0,83 \pm 0,6$	$0,81 \pm 0,7$	$0,89 \pm 0,7$
Срисовать рисунок	$0,14 \pm 0,7$	$0,27 \pm 0,7$	$0,17 \pm 0,6$	$0,67 \pm 0,8$
Суммарный балл	$24,64 \pm 0,7$	$26,65 \pm 0,8$	$24,69 \pm 0,7$	$29,02 \pm 0,8^{***}$

* $p < 0,05$ внутри группы, ** $p < 0,05$ между группами

Суммарный балл оценки когнитивных нарушений у пациентов контрольной группы после операции был $24,64 \pm 0,7$, основной- $24,69 \pm 0,7$; через 6 месяцев после операции - $26,65 \pm 0,8$ и $29,02 \pm 0,8$ соответственно, $p < 0,05$. Таким образом, при использовании медико-

социальной реабилитации у пациентов старческого возраста отмечается достоверное улучшение показателей когнитивной сферы.

7.1.2.5. Моральный статус пациентов

Достоверно большей распространенностью лиц с низкими показателями психологического здоровья через 6 месяцев после операции отмечено среди пациентов контрольной группы. Через 6 месяцев после операции у пациентов контрольной группы имеется достоверно улучшение таких показателей психологического здоровья как «я с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности» (после операции балл был равен $2,97 \pm 0,2$, через 6 месяцев - $2,23 \pm 0,2$, $p < 0,05$), «иногда меня посещает мысль, что с такой жизнью как у меня не стоит жить» ($3,27 \pm 0,2$ и $2,19 \pm 0,3$ соответственно, $p < 0,05$). У пациентов основной группы достоверно улучшились такие показатели психического здоровья как «в течение года у меня ухудшилось состояние» ($3,58 \pm 0,3$ и $2,72 \pm 0,3$ соответственно, $p < 0,05$), «я с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности» ($3,22 \pm 0,3$ и $2,28 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$), «иногда меня посещает мысль, что с такой жизнью как у меня не стоит жить» ($3,22 \pm 0,3$ и $2,14 \pm 0,2$ соответственно, $p < 0,05$)

Суммарный балл у пациентов контрольной и основной групп после операции примерно одинаков ($55,01 \pm 0,8$ и $55,13 \pm 0,8$, соответственно), через 6 месяцев после операции - $48,39 \pm 0,8$ и $47,44 \pm 0,8$ соответственно, $p < 0,05$ (табл. 63).

Таким образом, при прохождении пациентами медико-социальной реабилитации с применением бригадного метода отмечается достоверное улучшение показателей психического статуса пациентов.

7.1.2.6. Независимость в повседневной жизни

Через 6 месяцев после операции у пациентов как контрольной так и основной группы достоверно улучшаются показатели независимости в повседневной жизни. Шкала Бартела показала меньшую зависимость в повседневной жизни через 6 месяцев после операции пациентов основной группы по сравнению с контрольной группой (табл. 64).

Суммарный балл уровня независимости в повседневной жизни от посторонней помощи у пациентов старческого возраста после операции был равен $54,09 \pm 0,8$ и $54,12 \pm 0,8$ соответственно, через 6 месяцев - $65,79 \pm 0,8$ и $72,92 \pm 0,8$ соответственно, $p < 0,05$.

Оценка морального состояния у пациентов основной и контрольной групп (M±m, в баллах)

Определяемый параметр	Контрольная группа (n=35)		Основная группа (n=36)	
	после операции	через 6 мес.	после операции	через 6 мес.
В течение года у меня ухудшилось состояние	3,47±0,3	2,84±0,3	3,58±0,3	2,72±0,3*
Не могу спать	3,21±0,2	2,74±0,3	3,28±0,3	2,75±0,3
У меня есть боязнь многих вещей	2,67±0,2	2,35±0,3	2,61±0,3	2,33±0,2
Приходится расставаться со многими привычными вещами	2,86±0,2	2,48±0,2	2,89±0,3	2,50±0,3
У меня возникает много проблем	3,31±0,2	3,15±0,3	3,19±0,3	3,03±0,3
Я с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности	2,97±0,2	2,23±0,2*	3,22±0,3	2,28±0,2*
Мне становится все хуже по мере увеличения возраста	3,59±0,3	3,31±0,3	3,64±0,3	3,22±0,3
У меня постоянное чувство одиночества	2,57±0,2	2,39±0,3	2,58±0,3	2,39±0,2
Человеку все сложнее приспосабливаться к жизни по мере увеличения возраста	3,32±0,3	3,18±0,3	3,28±0,3	3,11±0,3
Вы удовлетворены своим нынешним состоянием?	3,89±0,3	3,36±0,3	3,86±0,3	3,22±0,3
По мере увеличения возраста мое состояние становится хуже	3,81±0,3	3,18±0,3	3,75±0,3	3,17±0,3
Я менее счастлив(а) по сравнению с молодыми годами	3,28±0,3	3,84±0,3	3,36±0,3	3,78±0,3
Чувствуете ли вы себя одиноким?	2,57±0,2	2,41±0,3	2,58±0,3	2,36±0,2
Я могу встречаться с большим количеством друзей и родственников	3,32±0,2	2,77±0,3	3,31±0,3	2,69±0,3
Иногда меня посещает мысль, что с такой жизнью как у меня не стоит жить	3,27±0,2	2,19±0,3*	3,22±0,3	2,14±0,2*
Мне становится все тяжелее и тяжелее	3,45±0,2	3,23±0,3	3,36±0,3	3,14±0,3
У меня много причин для плохого настроения	3,45±0,2	2,74±0,3	3,42±0,3	2,61±0,3
Суммарный балл	55,01±0,8	48,39±0,8*	55,13±0,8	47,44±0,8**

*p<0,05 внутри группы, **p<0,05 между группами

Сравнительный анализ уровня независимости в повседневной жизни от посторонней помощи у лиц основной и контрольной групп ($M \pm m$, в баллах)

Определяемый параметр	Контрольная группа (n=35)		Основная группа (n=36)	
	после операции	через 6 мес.	после операции	через 6 мес.
Прием пищи	9,46 \pm 0,5	9,49 \pm 0,5	9,44 \pm 0,5	9,58 \pm 0,5
Персональный туалет	6,68 \pm 0,5	6,79 \pm 0,5	6,39 \pm 0,4	8,75 \pm 0,5 ^{***}
Одевание	5,19 \pm 0,5	6,64 \pm 0,5 [*]	5,14 \pm 0,4	8,19 \pm 0,5 ^{***}
Контроль тазовых функций	11,58 \pm 0,5	14,71 \pm 0,6 [*]	11,91 \pm 0,5	15,28 \pm 0,6 [*]
Прием ванны	0,85 \pm 0,6	2,89 \pm 0,5 [*]	0,83 \pm 0,6	3,61 \pm 0,4 [*]
Вставание с постели	8,38 \pm 0,5	10,54 \pm 0,5 [*]	8,33 \pm 0,5	11,67 \pm 0,5 [*]
Передвижение	8,86 \pm 0,5	9,85 \pm 0,5	8,89 \pm 0,5	10,56 \pm 0,5 [*]
Подъем по лестнице	3,09 \pm 0,4	4,88 \pm 0,5 [*]	3,19 \pm 0,4	5,28 \pm 0,4 [*]
Суммарный балл	54,09 \pm 0,8	65,79 \pm 0,8 [*]	54,12 \pm 0,8	72,92 \pm 0,8 ^{***}

* $p < 0,05$ внутри группы, ** $p < 0,05$ между группами

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста на независимость в повседневной жизни от посторонней помощи.

7.1.3. Медико-социальные показатели течения хирургического заболевания

При применении модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста с использованием бригадного метода достоверно способствует снижению таких медико-социальных показателей течения хирургического заболевания как обращаемость на скорую помощь (в контрольной группе обращаемость равна 3,1 \pm 0,01, в основной - 1,2 \pm 0,01, $p < 0,05$), количество посещений поликлиники по поводу ухудшения состояния (2,4 \pm 0,01 и 1,6 \pm 0,01 соответственно, $p < 0,05$), вызов врача на дом по поводу ухудшения состояния (3,3 \pm 0,02 и 2,1 \pm 0,01 соответственно, $p < 0,05$). Количество госпитализаций у пациентов контрольной группы составило 1,8 \pm 0,01, пациенты основной группы при прохождении предлагаемой медико-социальной реабилитации не госпитализировались (табл. 65, рис. 33).

Следует отметить, что все пациенты основной группы, перенесшие ампутации нижних конечностей и применявшие для самостоятельной независимой подготовки

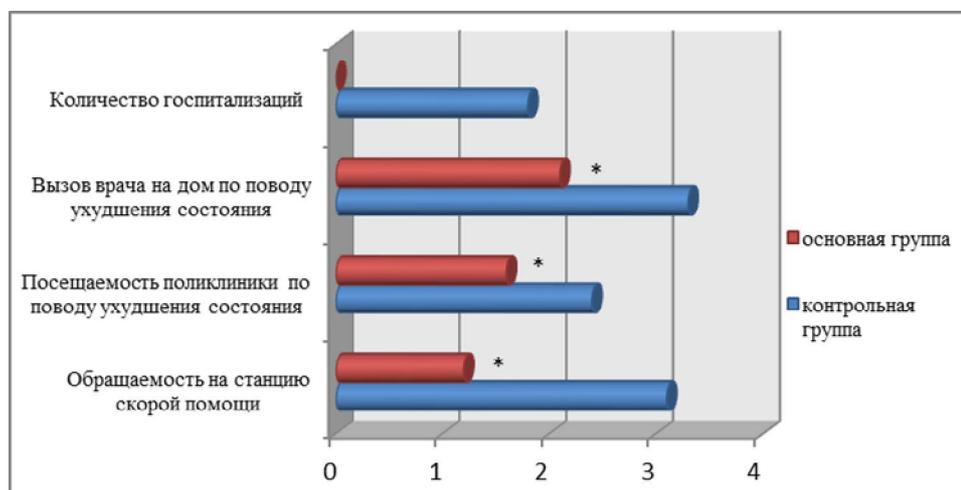
культы к протезированию «Устройство для реабилитации», протезированы в течение 6 месяцев после операции, что позволило улучшить качество жизни данных пациентов.

Таблица 65

Основные медико-социальные показатели течения хирургической патологии при внедрении медико-социальной реабилитации пациентов в основной и контрольной группах (кратность)

Медико-социальный показатель	Контрольная группа (n=35)	Основная группа (n=36)
Обращаемость на станцию скорой помощи	3,1±0,01	1,2±0,01*
Посещаемость поликлиники по поводу ухудшения состояния	2,4±0,01	1,6±0,01*
Вызов врача на дом по поводу ухудшения состояния	3,3±0,02	2,1±0,01*
Количество госпитализаций	1,8±0,01	-

*p<0,05 по сравнению с контрольной группой



* p<0,05 по сравнению с контрольной группой

Рис. 33. Основные медико-социальные показатели течения хирургического заболевания при внедрении модели реабилитации пациентов старческого возраста

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста на основные медико-социальные показатели течения хирургической патологии.

7.1.4. Сравнительный анализ качества жизни у пациентов основной и контрольной групп

При изучении качества жизни пациентов старческого возраста через 6 месяцев после оперативного лечения отмечается достоверное улучшение качества жизни у пациентов и контрольной и основной группы (рис. 34).

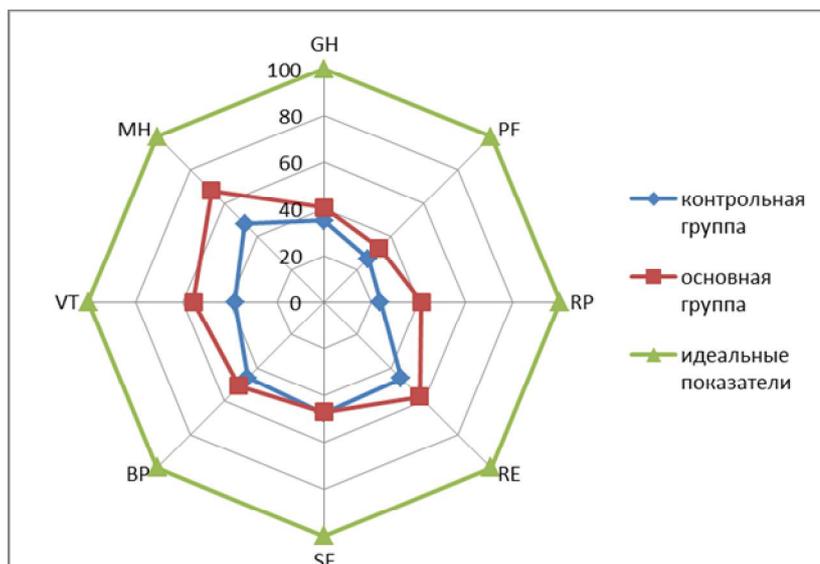


Рис. 34. Сравнительный анализ качества жизни пациентов старческого возраста через 6 месяцев после операции в контрольной и основной группе

Тем не менее, после выписки из хирургического стационара и применении у пациентов старческого возраста модели медико-социальной реабилитации пациентов с использованием бригадного метода через шесть месяцев достоверно отмечались более высокие показатели физического и психологического компонентов качества жизни по сравнению с пациентами контрольной группы.

Общее здоровье у пациентов контрольной группы через 6 месяцев было $34,9 \pm 1,9$, у пациентов основной группы - $40,6 \pm 1,4$ ($p < 0,05$); физическое функционирование - $26,3 \pm 1,9$ и $32,9 \pm 1,7$ соответственно ($p < 0,05$); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием - $23,9 \pm 1,6$ и $41,2 \pm 1,1$ соответственно ($p < 0,05$); ролевое эмоциональное функционирование - $46,2 \pm 1,9$ и $57,3 \pm 1,2$ соответственно ($p < 0,05$); социальное функционирование - $47,4 \pm 1,5$ и $47,1 \pm 1,3$ соответственно; показатель интенсивности боли - $45,7 \pm 1,3$ и $50,9 \pm 1,5$ соответственно ($p < 0,05$); жизненная активность - $37,6 \pm 1,6$ и $55,4 \pm 1,5$ соответственно ($p < 0,05$); психологическое здоровье - $47,4 \pm 1,9$ и $67,6 \pm 1,6$ соответственно ($p < 0,05$) (табл. 66).

Таким образом, применение медико-социальной реабилитации с использованием бригадного метода у пациентов старческого возраста способствует улучшению качества жизни пациентов старческого возраста после оперативного лечения.

Сравнение средних показателей качества жизни пациентов
в основной и контрольной группе (M±m, в баллах).

Шкалы SF-36	Контрольная группа (n=35)		Основная группа (n=36)	
	после операции	через 6 мес.	после операции	через 6 мес.
Общее здоровье (GH)	33,7±2,1	34,9±1,9	33,1±1,8	40,6±1,4 ^{*,**}
Физическое функционирование(PF)	3,4±1,4	26,3±1,9	22,4±1,1	32,9±1,7 ^{*,**}
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	3,9±0,7	3,9±1,6*	3,4±0,6	41,2±1,1 ^{*,**}
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	11,3±1,7	46,2±1,9*	10,7±1,1	57,3±1,2 ^{*,**}
Социальное функционирование(SF)	46,4±1,4	47,4±1,5	46,2±1,5	47,1±1,3
Боль (BP)	26,3±1,6	45,7±1,3*	26,7±1,4	50,9±1,5 ^{*,**}
Жизненная активность (VT)	26,7±1,7	37,6±1,6*	25,3±0,8	55,4±1,5 ^{*,**}
Ментальное здоровье (MH)	35,8±1,4	47,4±1,9*	35,6±1,7	67,6±1,6 ^{*,**}

*p<0,05 внутри группы, **p<0,05 между группами

7.2. Экономическая эффективность внедрения модели медико-социальной реабилитации больных старческого возраста

По мнению некоторых авторов [Гиляревский С. Р., 1992, 1997; Орлов В. А., Гиляревский С. Р., 1997; Ростовцев В. Н., Ломать Л. Н., Рябкова О. И., Марченкова И. Б., Кузьменко В. Е., 2008; Предко Н. М., 2012; Эфрос Л. А., 2013] реабилитационные мероприятия у пациентов старческого возраста после оперативного лечения не приводят к выигрышу в продолжительности жизни, а могут уменьшить общую болезненность (инвалидизацию) пациентов.

Мы поддерживаем эту точку зрения, поэтому в нашем исследовании мы сначала использовали в сравнительном аспекте параметр DALY (disability adjusted life years) в основной и контрольной группе, показывающий количество лет «неполноценной жизни».

Результаты расчета DALY (года жизни, откорректированные на инвалидность) у пациентов при прохождении стандартных методов реабилитации и медико-социальной реабилитации представлены в табл. 67 и на рис. 35.

Показатели DALY у пациентов контрольной и основной группы
(количество лет «неполноценной жизни»)

Возраст (лет)	DALY (стандартная реабилитация)	DALY (медико-социальная реабилитация)	Предотвращенные потери здоровья или приращение DALY
75-79	2,36	1,51	0,86
80-84	0,68	0,35	0,34
85 и более	1,10	0,79	0,31

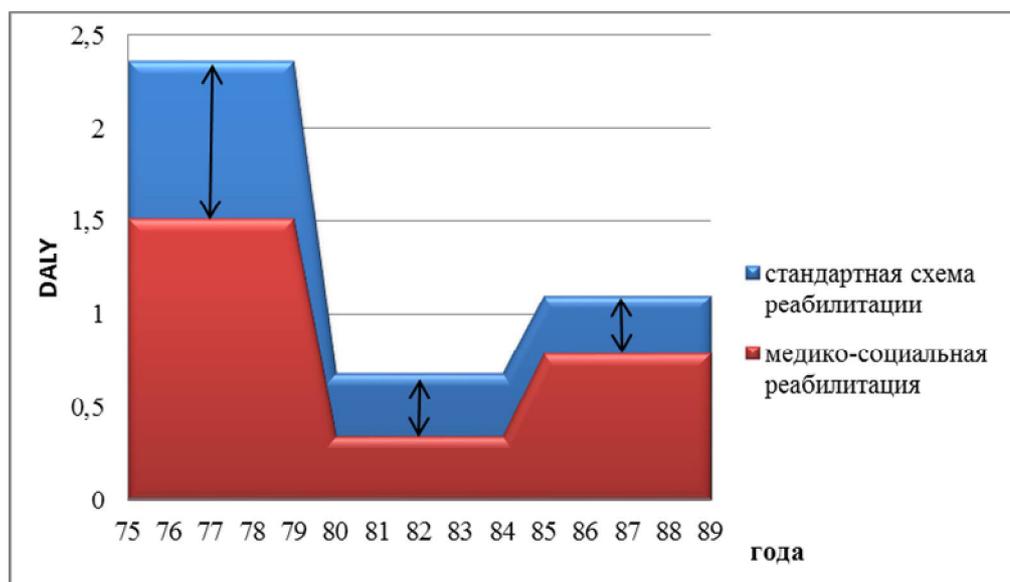


Рис. 35. Выигрыш в QALY - общее количество предотвращенных DALY («потерянного здоровья» или инвалидизации)

На рис. 35 выигрыш в QALY равняется разности площади между площадью синей заштрихованной области и площадью красной заштрихованной областью.

Таким образом, при прохождении пациентами медико-социальной реабилитации происходит приращение DALY или предотвращение потерь здоровья. При этом, наши данные показали, что наиболее эффективным является применение медико-социальной реабилитации у пациентов 75-79 лет.

Для сравнения затратной эффективности традиционной и медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после операции была рассчитана средняя стоимость прямых затрат на один случай медицинской услуги (диагностика, лечение, реабилитация) у пациентов контрольной и основной групп за 1 год согласно Генерального тарифного соглашения в системе обязательного медицинского

страхования Белгородской области за 2014 год с учетом медико-социальных результатов²⁶ реабилитационных мероприятий (табл. 68).

Таблица 68

Расчет прямых затрат на диагностику, лечение и реабилитацию одного пациента в контрольной и основной группах (за 1 год, руб.)

Параметр	Контрольная группа	Основная группа
Стоимость лечения в стационаре	22867,26*1,8	22867,26
Стоимость стандартной реабилитации в поликлинике	18056,8	-
Стоимость реабилитации на дому с использованием бригадного метода	-	9012,85*4
Стоимость вызова врача на дом по поводу ухудшения состояния	379,1*3,3	379,1*1,6
Стоимость обращения на станцию скорой помощи по поводу ухудшения состояния	1419,5*3,1	1419,5*1,2
Стоимость посещения врача в поликлинике по поводу ухудшения состояния	332,3*2,4	332,3*1,6
Общая стоимость	65666,9	61760,3

Таким образом, стоимость диагностики, лечения, реабилитации пациентов старческого возраста в контрольной и основной группе в стационаре, по нашим данным (табл. 68), одинакова. Наиболее затратным в структуре оказания хирургической помощи является реабилитация пациентов контрольной группы в амбулаторно-поликлинических условиях.

На следующем этапе анализа был совмещен утилитарный метод оценки качества жизни с экономической оценкой эффективности лечения с помощью стоимостно-утилитарного анализа [Brown G. C., Sharma S., Brown M. M., Garretl S., 1999; Muennig P., 2002].

Учитывая возраст пациентов, был рассчитан показатель QALY на 1 год продленной жизни. В нашем случае QALY у пациентов контрольной группы был равен 0,39 и у пациентов основной группы - 0,49 (табл. 69). Разница QALY основной и контрольной групп показывает приращение эффективности по показателю QALY.

Получив приращение эффективности по показателю QALY для сравнения эффективности традиционной реабилитации и предложенной нами модели медико-

²⁶ См. таблицу 64.

социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения, на следующем этапе анализа был совмещен утилитарный метод оценки КЖ с экономической оценкой эффективности лечения с помощью стоимостно-утилитарного анализа²⁷ [Muennig P., 2002].

Таблица 69

Приращение стоимости и эффективности между пациентами контрольной и основной группы (на 1 пациента)

Группа пациентов	Общая стоимость	QALY (КЖ)	Приращение расходов (руб.)	Приращение эффективности по QALY (КЖ, балл)	Отношение приращения стоимости-эффективности (руб.)
Контрольная	65666,9	0,39	(3906,6)	0,1	(39066,0) экономия
Основная	61760,3	0,49			

Данные нашего исследования показали, что за 1 год в хирургических отделениях баз исследования лечится в среднем $7418,7 \pm 11,9$ больных, из них $13,7 \pm 0,1\%$ старческого возраста ($1016,6 \pm 6,3$ пациента). Прооперировано $419,8 \pm 5,1$ ($41,3 \pm 0,6\%$) пациентов старческого возраста, из них $79,8 \pm 0,5\%$ ($334,9 \pm 2,2$) с синдромом старческой астении. У $24,7 \pm 0,6\%$ ($82,7 \pm 1,4$) пациентов старческого возраста после операции диагностирован синдром старческой астении терминальной степени тяжести (данная категория больных получала паллиативную помощь на дому). То есть $252,2 \pm 2,1$ ($75,3 \pm 0,6\%$) пациента старческого возраста после оперативного лечения могут получать медико-социальную реабилитацию в домашних условиях с использованием бригадного метода.

На основе проведенного нами исследования можно предложить, что прогноз предполагаемого общего приращения стоимости-эффективности при внедрении медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста на перспективу в г. Белгороде за 1 год может составить $252,2 * 39066,0 = 9852445,2$ (рублей в год) или 9,852 млн. руб. в год.

Таким образом, коэффициент полезности 1 года продленной жизни с улучшением качества жизни и уменьшением количества лет «неполноценной жизни» или инвалидности у 1 пациента старческого возраста после оперативного лечения равен 39066,0 рублей (экономия).

²⁷ Формула 5, 6

Следовательно, при сопоставлении клинической эффективности и расходов на один год сохраненной жизни внедрение медико-социальной реабилитации с использованием бригадного метода является рентабельным.

Заключение к главе 7

Полученные нами данные показывают, что полная компенсация утраченных функции при реабилитации больных старческого возраста недостижима, поэтому эффективным необходимо признать уже частичное их восстановление. Только комплексный подход к реабилитации, учитывающий необходимость не только в медицинской, но и в социальной и психологической реабилитации пациентов старческого возраста может дать положительный эффект. Медицинское, социальное и психологическое сопровождение реабилитации является важнейшим компонентом в системе реабилитационных мероприятий, так как изменение социальной ситуации развития человека, связанной с перенесенным оперативным лечением, приводит к специфическим изменениям его личности, что сказывается на всех сферах жизнедеятельности человека.

В сравнительном изучении разработанной и внедренной нами модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения показано преимущество использования специфических для гериатрии методов оценки состояния больных старческого возраста с определением степени тяжести синдрома старческой астении на результаты хирургического, гериатрического статуса, медико-социальных показателей хирургического заболевания и качества жизни больных. В этом и заключается выявленное нами важное преимущество предлагаемой медико-социальной реабилитации с применением бригадного метода перед традиционной реабилитационной тактикой.

При этом, предложенная нами научно обоснованная модель медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста с применением бригадного метода может послужить практически полному или частичному возврату данной категории лиц к привычному образу и ритму жизни. Основным механизмом осуществления медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста является индивидуальная программа реабилитации - комплекс оптимальных для пациента старческого возраста

реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, социальных и психологических мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма. При этом можно говорить о принципе целостного подхода к пациенту старческого возраста, к его лечению и реабилитации, то есть при создании индивидуальной программы реабилитации больных старческого возраста использовался холистический подход.

Использование «Устройства для реабилитации» позволяет оптимизировать реабилитационный процесс у пациентов после ампутаций нижних конечностей посредством возможности самостоятельной независимой подготовке культы к протезированию и увеличения мотивации пациента.

Таким образом, применение предложенной нами модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения с использованием бригадного метода, основанной на результатах специализированного гериатрического осмотра, достоверно способствует большей эффективностью медико-социальных показателей хирургического заболевания по сравнению с традиционной тактикой реабилитационного процесса. Изучение ближайших и отдаленных результатов реабилитационных мероприятий позволяет планомерно и эффективно вести весь процесс реабилитации, определяя основные задачи на каждом из этапов путем подбора комплекса адекватных и эффективных средств реабилитационного процесса. Результаты стоимостно-утилитарного анализа экономической эффективности показали рентабельность внедрения медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения с использованием бригадного метода.

ВЫВОДЫ

1. В среднем, пожилom и старческом возрасте к наиболее распространенной патологии, по поводу которой проводится оперативное лечение относятся: желчекаменная болезнь с острым или хроническим холециститом ($26,5 \pm 0,5\%$ в среднем возрасте, $30,2 \pm 0,5\%$ в пожилом и $30,9 \pm 0,3\%$ в старческом возрасте), грыжи различной локализации ($20,1 \pm 0,5\%$, $7,1 \pm 0,4\%$ и $5,0 \pm 0,4\%$ соответственно), облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей ($4,6 \pm 0,5\%$, $19,6 \pm 0,5\%$, $11,3 \pm 0,3\%$ соответственно) при достоверном увеличении индекса полиморбидности с $1,8 \pm 0,1$ в среднем возрасте до $2,4 \pm 0,1$ в пожилом возрасте и до $3,7 \pm 0,1$ в старческом возрасте, что способствует кумулятивному формированию гериатрических синдромов.

2. В настоящее время после хирургических операций отсутствует статистически достоверные отличия в ведении пациентов среднего, пожилого и старческого возраста, при этом в старческом возрасте превалируют малоинвазивные методы оперативного лечения (до $40,7\%$), а частота назначения немедикаментозных методов составляет $21-25\%$, социальная поддержка имеет место в $8,3\%$, реализация бригадного принципа отсутствует.

3. У пациентов старших возрастных групп наблюдается высокая степень распространенности синдрома старческой астении, достигающая $26,5 \pm 0,2\%$ среди пациентов пожилого и $65,6 \pm 0,1\%$ пациентов старческого возраста, с достоверным увеличением распространенности данного синдрома после оперативного лечения в пожилом возрасте до $51,0 \pm 0,8\%$, в старческом – до $79,8 \pm 0,9\%$ (в раннем послеоперационном периоде), с достоверным увеличением распространенности синдрома старческой астении в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов старческого возраста - до $84,6 \pm 0,9\%$.

4. В настоящее время на фоне недостаточной системы мер по медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после хирургического вмешательства наблюдается отрицательная динамика гериатрического статуса, заключающаяся в нарастании нарушений устойчивости (на $45,2\%$), походки (на $25,4\%$), когнитивной сферы (на $12,1\%$), недостаточности питания (на $12,2\%$), ухудшении морального статуса (на $13,9\%$) и увеличении зависимости в повседневной жизни от посторонних лиц (на $27,5\%$).

5. На основе применения экспертной оценки и факторного анализа применяемых реабилитационных технологий разработана оригинальная модель медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста, перенесших оперативное вмешательство, которая алгоритмизирует возраст-ориентированную тактику ведения пациента старческого возраста в раннем, позднем и отдаленном послеоперационном периоде.

6. Внедрение разработанной модели медико-социальной реабилитации способствует положительной динамике гериатрического статуса: нарушение передвижения (на 27,2%), нарушение походки (на 38,8%), когнитивных нарушений (на 9,3%), недостаточности питания (на 16,1%), улучшение морального статуса (на 1,9 %).

7. Оптимизация ведения пациентов старческого возраста после оперативного лечения способствует улучшению независимости от посторонней помощи на 13,1% и качества жизни на 24,3%, что выражается в снижении экономических затрат.

Перспективы дальнейшей разработки темы диссертационного исследования включают в себя следующие научно-исследовательские направления, имеющие важное практическое значение: разработка организационно-экономических аспектов внедрения модели медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения, а также выявление синдрома старческой астении и гериатрических синдромов и их коррекция во время подготовки пациента к оперативному лечению.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для оценки гериатрического статуса пациентов старческого возраста с хирургической патологией, по поводу которой требуется оперативное лечение целесообразно применять специализированный гериатрический осмотр на основе компьютерной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра, состоящей из пяти частей: выявление степени способности к передвижению, степени нарушения питания (синдром мальнутриции), оценка когнитивных способностей, морального состояния пациента, уровня независимости в повседневной жизни.

2. Динамическое наблюдение за пациентами старческого возраста после оперативного лечения должно осуществляться за 1-2 дня до выписки из стационара,

через 3, 6 месяцев после выписки с выявлением таких гериатрических синдромов, как степень способности к передвижению, степень нарушения питания, оценка когнитивных способностей, морального состояния пациента, уровень независимости в повседневной жизни.

3. При назначении реабилитации пациентов старческого возраста целесообразно применять возраст-ориентированные подходы, которые заключаются в применении в основном немедикаментозных методов: использование компенсирующих средств, обучение самообслуживанию, ЛФК, трудотерапии, коррекции диеты, малой психотерапии, создание терапевтической среды, обучение самообслуживанию..

4. В связи с высокой частотой ампутаций конечностей и низким качеством подготовки людей старческого возраста к протезированию предложено «Устройство для реабилитации» для возможности самостоятельной подготовки культи к протезированию.

5. Для реализации бригадного принципа ведения пациента целесообразна организация обучения социальных работников вопросам гериатрии в следующем объеме: понятие об основных гериатрических синдромах; соматические синдромы (синдром мальнутриции, пролежни, недержание мочи и кала, падения и нарушения ходьбы, головокружение и атаксия, болевой синдром, нарушения слуха и зрения); психические синдромы (деменция, депрессия, делирий, нарушения поведения и адаптации); социальные синдромы (утрата самообслуживания, зависимость от помощи других, социальная изоляция, подверженность насилию, нарушение семейных связей); методы оценки и выявления синдромов, тактика ведения; основы общего и специализированного ухода за пациентами пожилого и старческого возраста после оперативного лечения.

6. Оценку эффективности реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения целесообразно проводить на основе анализа гериатрического статуса (динамика синдрома старческой астении), социального статуса (уровень независимости в повседневной жизни от посторонней помощи и качество жизни) и экономического анализа (снижении экономических затрат и инвалидизации) с использованием стоимостно-утилитарного метода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.

1. О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов : Федеральный закон от 2 августа 1995 № 122 // КонсультантПлюс : интернет-версия : справочно-правовой системы [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121898/

2. О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации (с изменениями и дополнениями): приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации: от 5 августа 2003 г. № 330 // КонсультантПлюс : интернет-версия : справочно-правовой системы [Электронный ресурс]. – Разд. «Законодательство». Информ. банк «Версия Проф».

3. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ // КонсультантПлюс : интернет-версия : справочная правовая система [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=165870>

4. О порядке организации медицинской реабилитации : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705-н // КонсультантПлюс : интернет-версия : справочная правовая система [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc>

5. Алексеева, В. М. Создание отделения сестринского ухода на базе многопрофильной больницы [Текст] / В. М. Алексеева, Н. Г. Шамшурина, А. Н. Подлипенцева // Ремедиум. – 2006. – № 8. – С. 34–36.

6. Анисимов, В. Н. Эволюция концепций в геронтологии [Текст] / В. Н. Анисимов, М. В. Соловьев. – Санкт-Петербург : Эскулап, 1999. – 130 с.

7. Апарин, И. С. О проблемах медико-социальной помощи пожилым [Текст] / И. С. Апарин // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 1. – С. 81–83.

8. Артемьева, Г. Б. Постарение населения и некоторые вопросы организации первичной медицинской помощи в системе ОМС [Текст] / Г. Б. Артемьева, И. А. Гехт // Главврач. – 2013. – № 1. – С. 21–26.

9. Арцинович, Н. Г. Синдром хронической усталости [Текст] / Н. Г. Арцинович // Журнал неврология и психиатрия. – 1994. – № 5. – С. 47–50.

10. Аршавский, И. А. Очерки по возрастной физиологии [Текст] / И. А. Аршавский. – Москва : Медицина, 1967. – 476 с.
11. Асфандиярова, Н. С. Система иммунитета у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / Н. С. Асфандиярова, В. В. Шатров, Л. В. Гончаренко // Клиническая геронтология. – 1996. – № 4. – С. 25–28.
12. Баранов, Е. А. Лечение язвенных кровотечений у больных пожилой и старческой возрастными группами [Текст] / Е. А. Баранов, О. А. Кузина // Сборник трудов XXVIII итоговой конференции Общества молодых ученых МГМСУ (Москва, 22–31 марта 2006 г.). – Москва, 2006. – С. 29–30.
13. Барановский, А. Ю. Реабилитация гастроэнтерологических больных [Текст] : в работе терапевта и семейного врача / А. Ю. Барановский. – Санкт-Петербург : Фолиант, 2001. – 416 с.
14. Бедный, М. С. Медико-демографическое изучение населения [Текст] / М. С. Бедный. – Москва : Статистика, 2003. – 233 с.
15. Белоконь, О. В. Приоритеты проблем пожилых [Текст] : мнение экспертов и населения (по результатам опросов 2002–2006 гг.) / О. В. Белоконь // Клиническая геронтология. – 2008. – № 5. – С. 11–20.
16. Бержадская, М. Медико-социальные проблемы ухода за больным [Текст] / М. Бержадская // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 4. – С. 79–82.
17. Бойко, Ю. П. Проблемы пожилых людей с позиций их социального статуса [Текст] / Ю. П. Бойко // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3. – С. 45–49.
18. Борисов, А. Е. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости [Текст] / А. Е. Борисов, А. В. Федоров, В. П. Земляной. – Санкт-Петербург : Эфа, 2000. – 164 с.
19. Брискин, Б. С. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых [Текст] / Б. С. Брискин, О. В. Ломидзе // Клиническая геронтология. – 2008. – Вып.4. – С. 30–34.
20. Брискин, Б. С. Полиморбидность пожилых и хирургические проблемы [Текст] / Б. С. Брискин // Клиническая геронтология. – 2007. – Т. 13, № 5. – С. 3–7.
21. Брискин, Б. С. Хирургические болезни в гериатрии [Текст] : избранные лекции / Б. С. Брискин, С. Н. Пузин, Л. Н. Костюченко. – Москва : БИНОМ Пресс, 2006. – 286 с.

22. Валенкевич, Л. Н. Гастроэнтерология в гериатрии [Текст] / Л. Н. Валенкевич. – Москва : Медицина, 1987. – 238 с.
23. Вальчук, Э. А. Основы организации медицинской реабилитации [Текст] / Э. А. Вальчук // Здоровоохранение Республики Беларусь. – 2001. – № 2. – С. 46–50.
24. Васильчиков, В. М. Идеолого-правовые и организационные аспекты деятельности государственной системы социально-медицинского обслуживания пожилых людей [Текст] / В. М. Васильчиков // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3. – С. 11–21.
25. Величковский, Б. Т. Патогенетическое обоснование медицинских и социальных приоритетов улучшения здоровья населения России [Текст] / Б. Т. Величковский // Успехи современной биологии. – 2004. – Т. 124, № 4. – С. 337–347.
26. Ветшев, П. С. Желчнокаменная болезнь [Текст] / П. С. Ветшев, О. С. Шкроб, Д. Г. Бельцевич. – Москва, 1998. – 137 с.
27. Ветшев, П. С. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения [Текст] / П. С. Ветшев, Н. Н. Крылов, Ф. А. Шпаченко // Хирургия. – 2000. – № 1. – С. 64–66.
28. Вишневский, А. Г. Тип воспроизводства населения [Текст] / А. Г. Вишневский // Народонаселение : энциклопедический словарь. – Москва 1994. – С. 525–526.
29. Возраст и эрадикационное лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) [Текст] / О. Н. Минушкин [и др.] // Терапевтический архив. – 2007. – № 2. – С. 22–26.
30. Волкова, Т. Н. Социальные и психологические проблемы старости [Текст] / Т. Н. Волкова // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С. 118–126.
31. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] : официальный сайт. – Режим доступа : <http://www.who.int/ru>.
32. Вялков, А. И. Восстановительная медицина как новое направление в науке и практике здравоохранения [Текст] / А. И. Вялков, А. Н. Разумов, И. П. Бобровницкий // Диагностические и оздоровительные технологии восстановительной медицины : справочник. – Москва, 2003. – Т. 1, Ч. 1. – С. 16–22.
33. Галкин, Р. А. Одинокая старость : медицинские и социальные проблемы / Р. А. Галкин, И. А. Гехт, О. Г. Яковлев. – Самара : Перспектива, 2005. – 307 с.

34. Галкин, Р. А. Хирургические болезни пожилых [Текст] / Р. А. Галкин, О. Г. Яковлев, И. Г. Лещенко. – Самара : Перспектива, 1999. – 187 с.
35. Генеральное тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Белгородской области на 2014 год [Электронный ресурс] // Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Белгородской области. – Режим доступа : <http://belfoms.ru/gts.htm>.
36. Гериатрия в лекциях [Текст] : архив журнала «Клиническая геронтология» 2001–2004 гг. / под ред. В. А. Воробьева. – Москва : Ньюдиамед, 2005. – 469 с.
37. Геронтология и гериатрия [Текст] : альманах. Вып. 1 / под ред. В. Н. Шабалина. – Москва : РНИИ геронтологии МЗ РФ, 2001. – 326 с.
38. Гехт, И. А. Постарение населения и программы модернизации здравоохранения [Текст] / И. А. Гехт, Г. Б. Артемьева // Клиническая геронтология. – 2011. – № 11. – С. 51–52.
39. Гиляревский, С. Р. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине [Текст] / С. Р. Гиляревский, В. А. Орлов. – Москва : Союзмединформ, 1992. – 65 с.
40. Гиляровский, С. Р. Использование анализа эффективности лечения для принятия клинического решения в кардиологии [Текст] / С. Р. Гиляровский, В. А. Орлов // Кардиология – 1997. – № 37. – С. 70–80.
41. Голубева, Е. Ю. Оценка потребности в уходе/обслуживании как ключевая составляющая в планировании услуг для лиц пожилого возраста [Текст] / Е. Ю. Голубева, Р. И. Данилова // Клиническая геронтология. – 2009. – № 12. – С. 23–27.
42. Горбунов, В. К. Демографический переход в условиях индустриализации [Текст] / В. К. Горбунов // Демографические процессы и их закономерности. – Москва, 1986. – С. 5–10.
43. Горшунова, Н. К. Комплексная реабилитация в геронтологии и гериатрии [Текст] / Н. К. Горшунова // Современные наукоемкие технологии. – 2004. – № 3 – С. 55–58.
44. Гостищев, В. К. Инфекции в хирургии [Текст] : руководство / В. К. Гостищев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 768 с.

45. Гостищев, В. К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста [Текст] / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев // Хирургия. – 2001. – № 9. – С. 30–34.
46. Гуревич, М. А. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с повышенным операционным риском [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. А. Гуревич. – Витебск, 1996. – С. 6–16.
47. Дадвани, С. А. Желчнокаменная болезнь [Текст] / С. А. Дадвани, М. И. Прудков, А. М. Шулушко. – Москва, 2000. – С. 5–25.
48. Даценко, Б. М. Комплексная диагностика в неотложной абдоминальной хирургии [Текст] / Б. М. Даценко, Ш. Ф. Ибишов. – Киев : Здоровье, 1991. – 264 с.
49. Дворецкий, Л. И. Пожилой пациент в современном обществе [Текст] / Л. И. Дворецкий // Медицинский вестник. – 1997. – 16–30 сент. (№ 18). – С. 12.
50. Дворецкий, Л. И. Проблемы геронтологии и гериатрии в современном обществе [Текст] / Л. И. Дворецкий // Медицинская помощь. – 1997. – № 1. – С. 18–20.
51. Дедерер, Ю. Г. Желчнокаменная болезнь [Текст] / Ю. Г. Дедерер, И. П. Крылов, Г. П. Устинов. – Москва : Медицина, 1983. – 176 с.
52. Дементьева, Н. Ф. К проблеме взаимодействия органов социальной защиты и здравоохранения в обслуживании пожилых людей на дому [Текст] / Н. Ф. Дементьева, Д. П. Рязанов // Государство и общество : проблемы социальной ответственности : материалы IX научных чтений МГСУ. – Москва, 2003. – С. 207–209.
53. Дементьева, Н. Ф. Методологические аспекты реабилитации [Текст] / Н. Ф. Дементьева // Социально-реабилитационная инноватика: теория, технология, практика. Материалы научных годовичных чтений факультета (27 января 2007) – М., 2007. – С. 4–5.
54. Демьянов, Ю. Г. Основы психопрофилактики и психотерапии [Текст] : пособие-практикум / Ю. Г. Демьянов. – Санкт-Петербург : Паритет. – 1999. – 224 с.
55. Диетология [Текст]: полный справочник / под ред. А. Ю. Барановского. – Санкт-Петербург, Питер, 2006. – 894 с.
56. Дрангой, М. Г. Возрастные болезни [Текст] / М. Г. Дрангой, М. А. Краснова. – Москва : Эксмо, 2007. – 738 с.

57. Дробни, Ш. Хирургия кишечника [Текст] / Ш. Дробни. – Бухарест : Изд-во академии наук Венгрии, 1983. – 592 с.
58. Дроздов, В. Н. Болевой синдром у пожилых : лечение [Текст] / В. Н. Дроздов // Клиническая геронтология. – 2009. – № 1. – С. 52–58.
59. Дуданов, И. П. Лапароскопия в раннем послеоперационном периоде у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / И. П. Дуданов, В. Е. Соболев // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 45–48.
60. Евсеев, М. В. Оперативные вмешательства при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии у больных старших возрастных групп [Текст] : необходимость и возможность / М. А. Евсеев, Т. С. Погосян // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – № 1. – С. 34–38.
61. Егоров, В. В. Гериатрическая служба России : основные тенденции развития [Текст] / В. В. Егоров // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3. – С. 67–72.
62. Елифанов, В. А. Роль и место лечебной физкультуры в медицинской реабилитации [Текст] / В. А. Елифанов, Т. Г. Кузбашева // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2004. – № 6. – С. 3–5.
63. Еремушкин, М. А. Основы реабилитации [Текст] : учеб. пособие / М. А. Еремушкин. – 2-е изд. – Москва : Академия, 2012. – 208 с.
64. Ерюхин, И. А. Кишечная непроходимость [Текст] : руководство для врачей / И. А. Ерюхин, В. П. Петров, М. Д. Ханевич. – 2-е изд., перераб. и доп. – Санкт-Петербург : Питер, 1999. – 448 с.
65. Захаров, В. В. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте [Текст] : (методическое пособие для врачей) / В. В. Захаров, Н. Н. Яхно. – Москва, 2005. – 71 с.
66. Иванова, Г. Е. Организация реабилитационного процесса // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга [Текст] / Под общ. ред. Г. Е. Ивановой, В. В. Крылова, М. Б. Цыкунова, Б. А. Поляева. - М.: ОАО «Московские учебники и Картолитография», 2010. - 640 с.
67. Ильницкий, А. Н. Специализированный гериатрический осмотр [Текст] / А. Н. Ильницкий, К. И. Прощаев // Геронтологический журнал им. В. Ф. Купревича. – 2012. – № 4-5. – С. 66–84.

68. Ильницкий, А. Н. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии [Текст] / А. Н. Ильницкий, К. И. Процаев // Геронтология. – 2013. – Т. 1, № 1. – С. 408–412.
69. Ильницкий, А. Н. Стационарная и амбулаторно-поликлиническая помощь как звенья этапной реабилитации больных терапевтического профиля [Текст] / А. Н. Ильницкий // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – № 3. – С. 11–13.
70. Исламова, Е. А. Особенности диагностики и лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у пожилых людей [Текст] / Е. А. Исламова // Успехи современного естествознания. – 2009. – № 7. – С. 61–63.
71. Ільницькій, А. М. Завчасне старіння як громадська проблема [Текст] / А. М. Ільницькій, К. І. Процаев // Вестник Полоцкого гос. ун-та. – 2005. – № 11. – С. 98–101.
72. К вопросу о хирургической тактике при остром деструктивном холецистите, осложненном гнойным холангитом, у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / Ю. Н. Саморуков [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2006. – № 6. – С. 65–66.
73. К концепции медицинской реабилитации [Текст] / И. Б. Зеленкевич [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 1998. – № 1. – С. 21–28.
74. Какорина, Е. П. Проблемы медицинского обслуживания пожилых в России [Текст] / Е. П. Какорина, А. Г. Роговина, С. Н. Чемякина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 2. – С. 32–37.
75. Карпов, О. Э. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого возраста [Текст] / О. Э. Карпов // Клиническая геронтология. – 2005. – № 4. – С. 66–71.
76. Карюхин, Э. В. Потребности пожилых людей в медико-социальной помощи [Текст] / Э. В. Карюхин // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты : сб. трудов. – Москва, 2003. – С. 25–29.
77. Клиническая гастроэнтерология [Текст] / Н. В. Харченко [и др.]. – Киев : Здоров'я. – 2004. – 448 с.
78. Клиническая физиотерапия [Текст] : справ. пособие для практ. врача / ред. И. Н. Сосин. – Киев : Здоров'я, 1996. – 276 с.

79. Клячкин, Л. М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов [Текст] : руководство для врачей / Л. М. Клячкин, А. М. Щегольков. – Москва : Медицина, 2000. – 175 с.

80. Козлова, Л. В. Основы реабилитации для медицинских колледжей [Текст] : учеб. пособие: / Л. В. Козлова, С. А. Козлов, Л. А. Семененко ; под общей ред. Б. В. Кабарухина. – 7-е изд. – Ростов на Дону : Феникс, 2012. – 475 с.

81. Комаров, Ф. И. Геронтология и гериатрия в России [Текст] : состояние и перспективы / Ф. И. Комаров, В. Н. Анисимов, И. И. Лихницкая // Клиническая геронтология. – 1996. – № 4. – С. 3–8.

82. Королев, А. А. Организация работы мультидисциплинарной бригады в процессе проведения восстановительного лечения [Электронный ресурс] / А. А. Королев // Современные проблемы науки и образования. – 2008. – № 6. – Режим доступа : <http://online.rae.ru/pdf/343>.

83. Коротько, Г. Ф. Особенности пищеварения в пожилом и старческом возрасте [Текст] / Г. Ф. Коротько // Введение в физиологию желудочно-кишечного тракта / Г. Ф. Коротько. – Ташкент. – 1987. – С. 176–180.

84. Коршунова, Т. А. Опыт организации работы специализированных отделений медико-социальной помощи, обслуживающих граждан пожилого и старческого возраста [Текст] / Т. А. Коршунова // Главная медицинская сестра. – 2005. – № 1. – С. 55–60.

85. Котова, Г. Н. Потребность городского населения в амбулаторно-поликлинической помощи [Текст] / Г. Н. Котова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2001. – № 6. – С. 11–13.

86. Краснова, О. В. Психология старости и старения : хрестоматия для студ. психолог. фак. высш. учеб. зав. / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – Москва : Академия, 2003. – 419 с.

87. Кузин, М. И. Проблемы хирургии в гериатрии [Текст] / М. И. Кузин, А. А. Адамян // Клиническая медицина. – 1984. – № 12. – С. 3–8.

88. Кулешов, Е. В. Принципы лечения хирургических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих сахарным диабетом [Текст] / Е. В. Кулешов // Хирургия. – 2001. – № 7. – С. 35–38.

89. Куликова, Н. Г. Качество жизни населения в старших возрастных группах [Текст] / Н. Г. Куликова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 1. – С. 12–13.

90. Курбанов, Ф. С. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / Ф. С. Курбанов, Х. М. Авад, Д. А. Балогланов // Анналы хирургии. – 2009. – № 3. – С. 37–41.

91. Лазебник, Л. Б. Необходимость создания гериатрической службы в структуре органов здравоохранения [Текст] / Л. Б. Лазебник // Клиническая геронтология. – 1999. – № 1. – С. 3–7.

92. Лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / И. П. Дуданов [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2004. – № 4. – С. 49–52.

93. Лещенко, И. Г. Выбор тактики лечения больных с хроническим калькулезным холециститом в пожилом и старческом возрасте [Текст] / И. Г. Лещенко, И. К. Александров, Б. И. Каплан // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2005. – № 4. – С. 25–27.

94. Лещенко, И. Г. Новая проблема гериатрической хирургии – плановые сочетанные операции [Текст] / И. Г. Лещенко, И. К. Александров, Н. А. Кречко // Хирургия. – 2007. – № 4. – С. 28–31.

95. Луговой, В. Е. Здоровье населения пожилого возраста [Текст] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2002. – № 3. – С. 27–28.

96. Маев, И. В. Возможности ингибиторов протонной помпы в терапии гастропатии, индуцированной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов, у лиц пожилого возраста [Текст] / И. В. Маев, Е. Г. Лебедева // Consilium Medicum. – 2011. – № 1. – С. 16–21.

97. Максимова, Т. М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения [Текст] / Н. Н. Малиновский, Е. А. Решетников // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010. – № 3. – С. 3–7.

98. Малиновский, Н. Н. Диспансеризация больных хирургического профиля (общехирургических, травматологических, ортопедических, онкологических) [Текст] / Н. Н. Малиновский, Е. А. Решетников. – Москва : Медицина, 1990. – 256 с.

99. Малиновский, И. Н. Клиника и лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / И. Н. Малиновский, Е. А. Решетников, С. И. Копоненко // Хирургия. – 1993. – № 6 – С.7–14.
100. Медведев, А. С. Медицинская реабилитология [Текст] / А. С. Медведев. – Новосибирск, 2001. – 320 с.
101. Медведев, А. С. Основы медицинской реабилитологии [Текст] / А. С. Медведев. – Минск : Беларус. навука, 2010. – 435 с.
102. Медико-социальные проблемы геронтологии и гериатрии: осведомленность населения и медицинских работников [Текст] / К. И. Прощаев [и др.] // Успехи геронтологии. – 2008. – Т. 21. – С. 160–164.
103. Медико-социальные проблемы реабилитации здоровья [Текст] // Организация и эффективность реабилитации в медицинских учреждениях : материалы науч.-практ. конф. / под. ред. К. И. Журавлевой. – Ленинград, 1980. – С. 3–12.
104. Медицинская реабилитация [Текст] : учеб. пособие / под ред. В. А. Елифанова. – Москва : МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.
105. Медицинская реабилитация [Текст]. Кн. I / под ред. В. М. Боголюбова. – Изд. 3-е, испр. и доп. – Москва : БИНОМ, 2010. – 416 с.
106. Методика комплексной оценки потерь здоровья в результате заболеваемости и смертности [Текст] : инструкция по применению / В. Н. Ростовцев [и др.] ; Белорусский центр медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения. – Минск, 2008. – 27 с.
107. Мини-инвазивные технологии хирургического лечения острого холецистита и механической желтухи у больных пожилого и старческого возраста / Р. Б. Мумлазде [и др.] // Клиническая геронтология. – 2008. – № 4. – С. 17–31.
108. Михайлова, Г. Д. Подготовка специалистов-медиков среднего звена в области социально-медицинской реабилитации пожилых людей [Текст] / Г. Д. Михайлова, Е. Н. Фроленко // Медицинская сестра. – 2008. – № 10. – С. 21–22.
109. Мочкин, И. А. Организация медицинской помощи лицам пожилого возраста [Текст] / И. А. Мочкин // Главврач. – 2006. – № 12. – С. 46–48.
110. Мясников, А. Д. Герниология для врачей общехирургических стационаров [Текст] / А. Д. Мясников, С. А. Колесников. – Белгород : Белг. обл. тип., 2005. – 348 с.

111. Неотложная хирургия органов брюшной полости [Текст] : учеб. пособие / под ред. В. В. Левановича. – Москва : ГЭОТАР Медиа, 2007. – 288 с.
112. Орлов, В. А. Экономическая оценки эффективности лечения [Текст] / В. А. Орлов, С. Р. Гиляревский // Здоровоохранение Российской Федерации. – 1997. – № 2. – С. 13–16.
113. Основы экономики здравоохранения [Текст] : учеб. пособие / под ред. Н. И. Вишнякова, В. А. Миняева. – Москва : МЕДпресс-информ, 2008. – 144 с.
114. Особенности лечения язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / Р. Е. Кузеев [и др.] // Материалы научно-практической конференции хирургов, посвящённые 70-летию кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ. – Москва, 2007. – С. 262–264.
115. Особенности хирургической тактики при язвенных гастродуоденальных кровотечениях у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / А. П. Михайлов [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2005. – № 6. – С. 74–77.
116. Пассери, М. Обучение в области гериатрии : проблема, которая интересует всю Европу [Текст] / М. Пассери // Гериатрия в лекциях : архив журнала «Клиническая геронтология» 2001–2004 гг./ ред. П. А. Воробьев. – Москва, 2005. – Т. 2 – С. 451–455.
117. Пирожков, С. И. Демографическое старение [Текст] / С. И. Пирожков // Народонаселение : энциклопедический словарь. – Москва, 1994. – С. 112–113.
118. Подопригора, Г. М. Качество жизни пожилых людей и организация их медико-социального обслуживания [Текст] / Г. М. Подопригора // Медицинская сестра. – 2008. – № 5. – С. 15–16.
119. Пожилой хирургический больной [Текст] : руководство для врачей / под ред. А. С. Бронштейна [и др.]. – Москва : ГЕОТАР-медиа, 2012. – 272 с.
120. Пожилые люди: развитие социальных услуг [Текст] : сборник / М-во здравоохранения и соц. развития РФ ; сост. Н. С. Дягоев [и др.]. – Москва : Гос. науч.-исслед. ин-т семьи и воспитания, 2004. – 189 с.
121. Показания, выбор метода и принципы проведения искусственного питания [Текст] / Ю. Н. Саввин [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 1998. – № 9. – С. 34–38
122. Покровский, А. В. Клиническая ангиология [Текст] / А. В. Покровский. – Москва : Медицина, 1979. – 368 с.

123. Практическая гериатрия : избранные клинические и организационные аспекты [Текст] / под ред. Л. Б. Лазебник ; РАМН, Межведом. науч. совет по геронтологии и гериатрии при РАМН и МЗ РФ. – Москва : Боргес, 2002. – 555 с.
124. Предко, Н. М. Медико-социальная и экономическая оценка остеопороза у женского населения г. Минска [Текст] / Н. М. Предко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – № 1. – С. 57–63.
125. Проблемы геронтологии в современной России [Текст] : материалы науч.-практ. конф. / отв. ред. П. Д. Павленок, В. Н. Шабалин. – Москва, 1999. – 252 с.
126. Прогнозирование течения хирургических инфекций у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / Б. С. Брискин [и др.] // Хирургия. – 2007. – № 6. – С. 40–46.
127. Проццаев, К. И. Артериальная гипертензия и операционный стресс у пожилых [Текст] / К. И. Проццаев, М. Ф. Баллюзек. – Санкт-Петербург : Система, 2004. – 156 с.
128. Проццаев, К. И. Избранные лекции по гериатрии [Текст] / К. И. Проццаев, А. Н. Ильницкий, С. С. Коновалов. – Санкт-Петербург : Прайм-Еврознак, 2007. – 778 с.
129. Проццаев, К. И. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов [Текст] : учеб.-метод. пособие / под ред. К. И. Проццаева [и др.]. – Москва ; Белгород : Белгор. обл. тип., 2012. – 172 с.
130. Прудков, М. И. Минилапаротомия и «открытые» лапароскопические операции в лечении больных ЖКБ [Текст] / М. И. Прудков // Хирургия. – 1997. – № 1. – С. 32–35.
131. Пузин, С. Н. Медико-социальная реабилитация лиц пожилого и старческого возраста [Текст] : учеб. пособие / С. Н. Пузин, А. А. Модестов, А. В. Подкорытов. – Москва : Медицина, 2007. – 232 с.
132. Работа с пожилыми гражданами [Электронный ресурс] // Управление социальной защиты населения администрации Белгородского района. – Режим доступа : <http://beluszn.ru>. – 19.08.2014
133. Разумов, А. Н. Здоровье человека : основы восстановительной терапии [Текст] / А. Н. Разумов, В. А. Пономаренко, В. А. Пискунов. – Москва : Медицина, 1996. – 409 с.
134. Руководство по геронтологии [Текст] / под ред. В. Н. Шабалина. – Москва : Цитадель-Трейд, 2005. – 796 с.

135. Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями [Текст] : учеб. пособие. Т. I / под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. – Москва : Антидор, 1999. – 224 с.
136. Русакова, И. Ю. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста [Текст] / И. Ю. Русакова // Сестринское дело. – 2005. – № 7. – С. 22–23.
137. Савельев, В. С. Послеоперационные венозные тромбозы и тромбоэмболические осложнения [Текст] : фатальная неизбежность или контролируемая опасность? / В. С. Савельев // Хирургия. – 1999. – № 6. – С. 60–63.
138. Савельев, В. С. Критическая ишемия нижних конечностей [Текст] / В. С. Савельев, В. М. Кошкин. – Москва : Медицина, 1997. – 160 с.
139. Сафарова Г. Л. Демографические аспекты старения населения России [Текст] / Г. Л. Сафарова // Отечественные записки, 2005. – № 3 – С. 110–123.
140. Светличная, Т. Г. Медико-социологический подход к анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг [Текст] / Т. Г. Светличная, О. А. Цыганова // Социальные аспекты здоровья : электронный научный журнал. – 2011. – № 3. – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/304/30/>. – 19.08.2014.
141. Сигида, Е. А. Проблемы реабилитации: социальный и медицинский аспекты [Текст] / Е. А. Сигида, И. Е. Лукьянова, В. Г. Суханов // Теория и технологии социальной работы. – 2011. – № 3. – С. 17–21.
142. Соколова, В. Ф. Теория и практика реабилитации граждан пожилого возраста [Текст] : учеб. пособие / В. Ф. Соколова, Е. А. Березцкая. – Москва : ФЛИНТА : НОУ ВПО «МПСи», 2012. – 200 с.
143. Степень операционного риска [Текст] : методика клинического определения, практическое значение / Н. Н. Малиновский [и др.] // Хирургия. – 1973. – № 1. – С. 32–35.
144. Тимошин, А. Д. Хирургическое лечение паховых и после операционных грыж брюшной стенки [Текст] / А. Д. Тимошин, А. В. Юрасов, А. Л. Шестаков. – Москва : Триада-Х, 2003. – 144 с.
145. Ткаченко, В. С. Основы социальной медицины [Текст] : учеб. пособие / В. С. Ткаченко. – Москва : Инфра-М, 2004. – 195 с.
146. Тоскин, К. Д. Грыжи брюшной стенки [Текст] / К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский. – Москва : Медицина, 1990. – 272 с.

147. Троицкая, Н. Л. Социально-экономическая модель здравоохранения современной России [Текст] / Н. Л. Троицкая // Вестник Томского гос. ун-та. – 2009. – № 327 – С. 171–174.

148. Управление и экономика здравоохранения [Текст] : учеб. пособие / под ред. А. И. Вялкова [и др.]. – 3-е изд., доп. – Москва : ГЭОТАР-МЕдиа, 2009. – 664 с.

149. Учебник инструктора по лечебной физической культуре : учебник для ин-тов физической культуры / под ред. В. К. Добровольского. – Москва : Физкультура и спорт, 1974. – 480 с.

150. Учимся жить с экономикой здравоохранения [Текст] : учеб. пособие / под ред. Х. Золлнера, Г. Штоддарта, К. Селби Смит ; Всемирная организация здравоохранения, Региональный европейский офис. – Копенгаген, 2003. – 282 с.

151. Фелештинский, Я. П. Патогенез, хирургическое лечение и профилактика рецидивов грыж брюшной стенки у пациентов пожилого и старческого возраста [Текст] : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Я. П. Фелештинский. – Киев, 2000. – 24 с.

152. Физическая реабилитация [Текст] : учеб. пособие для студ. высш. учеб. зав. / под общ. ред. С. Н. Попова. – 4-е изд. – Ростов на Дону : Феникс, 2006. – 257 с.

153. Фролькис, В. В. Синдромы старения [Текст] / В. В. Фролькис // Вестник АМН СССР. – 1990. – № 1. – С. 8–13.

154. Фролькис, В. В. Стресс возраст-синдром [Текст] / В. В. Фролькис // Физиологический журнал. – 1991. – Т. 37. – № 3. – С. 3–11.

155. Хавинсон, В. Х. Избранные лекции по геронтологии [Текст] / В. Х. Хавинсон, С. С. Коновалов. – Санкт-Петербург : Прайм-Еврознак, 2008. – 890 с.

156. Хальфин, Р. А. О развитии геронтологии в Российской Федерации [Текст] / Р. А. Хальфин // Клиническая геронтология. – 2003. – № 12. – С. 3–9.

157. Хамитов, Ф. Ф. Симультанная хирургия брюшного отдела аорты и желчного пузыря из малых доступов [Текст] / Ф. Ф. Хамитов // Клиническая геронтология. – 2008. – Т. 14, № 4. – С. 3–4.

158. Холостова, Е. И. Социальная реабилитация [Текст] : учеб. пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – Москва : Дашков и К, 2003. – 253 с.

159. Чеботарев, Д. Ф. Руководство по гериатрии [Текст] / Д. Ф. Чеботарев. – Москва : Медицина, 1998. – 382 с.

160. Черенько, М. П. Брюшные грыжи [Текст] / М. П. Черенько. – Киев : Здоров'я, 1995. – 262 с.
161. Черенько, М. П. Клинико-функциональная оценка эффективности предоперационной подготовки больных с послеоперационными грыжами живота [Текст] / М. П. Черенько, Я. П. Фелештинский // Клиническая хирургия. – 1990. – № 2. – С. 4–6.
162. Шабалин, В. Н. Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации [Текст] / В. Н. Шабалин // Успехи геронтологии. – 2009. – Т. 22, № 1. – С. 186–195.
163. Шалимов, С. А. Острый панкреатит и его осложнения [Текст] / С. А. Шалимов, А. П. Радзиховский, М. Е. Ничитайло. – Киев : Наук. думка, 1990. – 272 с.
164. Шляфер, С. И. Современная демографическая ситуация по старению населения России [Текст] / С. И. Шляфер // Главврач. – 2013. – № 1. – С. 39–46.
165. Шулутко, А. М. «Открытая» лапароскопия: пути улучшения хирургического лечения калькулезного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста [Текст] / А. М. Шулутко, В. Г. Агаджанов // Клиническая геронтология. – 2004. – № 2. – С. 39–42.
166. Шулутко, А. М. Некоторые геронтологические аспекты хирургического лечения паховых и пупочных грыж [Текст] / А. М. Шулутко // Клиническая геронтология. – 2006. – № 6. – С. 3–6.
167. Экономика здравоохранения [Текст] : учеб. пособие / под науч. ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. – Москва : ГУ ВШЭ, 2008. – 479 с.
168. Экономика здравоохранения [Текст] : учеб. пособие для студ. мед. вузов / под общ. ред. А. В. Решетникова. – Москва : ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 271 с.
169. Эфрос, Л. А. Анализ эффективности медицинской помощи у больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования (на основе подхода «затраты-полезность») [Текст] / Л. А. Эфрос // Вестник ЮУрГУ. Сер. Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2014. – Т. 13, № 1. – 115–120.
170. Яцемирская, Р. С. Социальная геронтология [Текст] / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. – Москва : Владос, 1999. – 202 с.

171. Akner, G. Geriatric medicine in Sweden: a study of the organisation, staffing and care production in 2000-2001 [Text] / G. Akner // *Age and Ageing*. – 2004. – Vol. 33, № 4. – P. 338–341.
172. Baltes, M. M. Coping with age / M. M. Baltes // *World Health*. – 1997. – Vol. 4. – P. 10–11.
173. Bandeen-Roche, K. Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies [Text] / K. Bandeen-Roche, Q. L. Xue, L. Ferrucci [et al.] // *J. of Gerontology. Ser. A-Biological Sciences and Medical Sciences*. – 2006. – Vol. 61. – P. 262–266.
174. Biein, B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach [Text] / B. Biein // *Rocz. Akad. Med. Białymst.* – 2005. – Vol. 50. – P. 189–192.
175. Browder, W. Iters Acute pancreatitis of unknown etiology in the etiology in the elderly [Text] / W. Browder, M. D. Patterson, J. L. Thompson [et al.] // *Ann. surgery*. – 1993. – Vol. 217, № 5. – P. 469–475.
176. Campbell, A. J. Unstable disability and the fluctuations of frailty [Text] / A. J. Campbell, D. M. Buchner // *Age and Ageing*. – 1997. – Vol. 26. – P. 315–318.
177. Carter, R. Randomized trial of adrenalin injection and laser photocoagulation in the control of haemorrhage from peptic ulcer [Text] / R. Carter, S. R. Anderson // *Brit. J. Surg.* – 1994. – Vol. 81, № 6. – P. 869–971.
178. Complications and mortality in older surgical patients in Australia and New Zealand (the REASON study): a multicentre, prospective, observational study [Text] / D. A. Story, K. Leslie, P. S. Myles [et al.] // *Anaesthesia*. – 2010. – Vol. 65. – P. 1022–1030.
179. Cost-effectiveness in health and medicine [Text] / M. R. Gold, J. E. Siegel, L. B. Russel, M. C. Weinstein. – New York : Oxford University Press; 1996. – 456 p.
180. Donaldson, L. J. Outcome of admissions of elderly people to hospitals and homes: a survey and follow-up [Text] / L. J. Donaldson, C. Tagger // *Publ. Health*. – 1984. – Vol. 98, № 5. – P. 270–276.
181. Doubilet, P. Use and misuse of the term "Cost effective" in medicine [Text] / P. Doubilet, M. C. Weinstein, B. J. McNeil // *N. Eng. J. Med.* – 1986. – Vol. 314, № 4. – P. 253–255.
182. Dunrsma, S. Quality control and geriatric medicine in the European Union [Text] / S. Dunrsma, P. Overstall // *Age and Ageing*. – 2005. – Vol. 34, № 2. – P. 104–106.

183. Dunrsma, S. A. Geriatric medicine in the European Union: future scenarios [Text] / S. A. Dunrsma, P. W. Overstall // *Z. Gerontol. und Geriatr.* – 2003. – № 3. – P. 204–215.
184. Eckholm, E. P. The picture of Health. Environmental disease [Text] / E. P. Eckholm. – New York, 1977. – 256 p.
185. Espinoza, S. Frailty in older adults: insights and interventions [Text] / S. Espinoza, J. D. Walston // *Clev. Clinic. J. of Medic.* – 2005. – Vol 72, № 12. – P. 1105–1112.
186. Evidence-based medicine and cost-effectiveness [Text] / G. C. Brown, S. Sharma, M. M. Brown, S. J. Garretl // *Health Care Finance.* – 1999. – Vol. 26, № 2. – P. 14–23.
187. Falls Risk Factors and a Compendium of Falls Risk Screening Instruments [Text] / J. M. Fabre, R. J. Ellis, M. Kosma, R. H. Wood // *Geriatr. Phys. Ther.* – 2010. – Vol. 33. – P. 184–197.
188. Fedarko, N. The biology of aging and frailty [Text] / N. Fedarko // *Clin. Geriatr. Med.* – 2011. – Vol. 27, № 1. – P. 27–37.
189. Ferrante, F. M. Postoperative Pain Management. Послеоперационная боль [Text] / F. M. Ferrante, T. R. Adeboucouer. – Москва : Медицина, 1998. – 640 с.
190. Fisher, A. L. Just what defines frailty [Text] / A. L. Fisher // *J. Americ. Geriatric. Society.* – 2007. – Vol. 53, № 12. – P. 2229–2230.
191. Folstein, M. F. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician [Text] / M. F. Folstein, S. E. Folstein, P. R. McHugh // *J. of psychiatric research* – 1975. – Vol. 12, № 3. – P. 189–98.
192. Forstmeier, S., Uhlenorff H., Maercker A. Diagnostik von Ressourcen im Alter [Text] / S. Forstmeier, H. Uhlenorff, A. Maercker // *Z. Gerontol. und Geriatr.* – 2005. – Vol. 18, № 4. – P. 227–257.
193. Frailty and the aging male [Text] / J. E. Morley, M. J. Kim, M. T. Haren [et al] // *Aging Male.* – 2001. – Vol. 8, № 3-4. – P. 135–140.
194. Frailty as a Predictor of Surgical Outcomes in Older Patients [Text] / M. A. Makary, D L. Segev, P. J. Pronovost, [et al] // *J. Am. Coll. Surg.* – 2010. – Vol. 210, № 6. – P. 901–908.
195. Frailty in Older Adults: evidence for a Phenotype [Text] / L. P. Fried, C. M. Tangen, J. Walston [et al.] // *J. of Gerontology. Ser. A-Biological Sciences and Medical Sciences.* – 2001. – Vol. 56, № 3. – P. 146–157.

196. Garcia-Garcia, F. J. Frailty: a phenotype under review [Text] / Garcia- F. J. Garcia, J. L. Zugasti, L. R. Manas // *Gac. Sanit.* – 2011. – Vol. 25. – P. 51–58.
197. Geriatric syndromes in older surgical patients: a literature review [Text] / P. J. Mcrae, A. M. Mudge, N. M. Peel [et al] // *J. of Frailty and Aging.* – 2013. – Vol 2, № 4. – P. 205–210.
198. Geriatricke syndromy a geriatricky pacient [Text] / Z. Kalvach, Z. Zadak, R. Jirak [et al.]. – Praga : Grada, 2008. – 336 p.
199. Gobbens, R. Determinants of frailty [Text] / R. Gobbens, M. Van Assen, K. Luijkx [et al.] // *JAMDA.* – 2010. – Vol. 5. – P. 356–364.
200. Gray, D. P. Health in old age [Text] / D. P. Gray // *J. Royal Soc. Med.* – 1994. – Vol. 87, № 8. – P. 474–476.
201. Guigoz, Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA) [Text] : review of the Literature / Y. Guigoz // *J. Nutr. Health Aging.* – 2006. – Vol. 10. – P. 466–487.
202. Gullo L. Pancreatitis in the elderly [Text] / L. Gullo, H. Sipahi, R. Pezzili // *J. Clin. Gastroenterol.* – 1994. – Vol. 19, № 1. – P. 64–68.
203. Gurina, N. A. A roadmap of aging in Russia: the prevalence of frailty in community-dwelling older adults in the St. Petersburg district-the «Crystal» : study [Text] / N. A. Gurina, E. V. Frolova, J. M. Degryse // *J. Americ. Geriatric. Society.* – 2011. – Vol. 59, № 6. – P. 980 – 988.
204. Hoeman, S. P. Rehabilitación [Text] / S. P. Hoeman, N. H. Glenn, A. Stymacs // *Restorative Care in the Community.* – Louis : The C.V. Mosby Company, 1990. – P. 1–4.
205. Hoffmann, A. Die acute Cholezystitis in der chirurgischen Intensivtherapie [Text] / A. Hoffmann, A. Horbach, W. Hohenberger // *Chir. Praxis.* – 1998. – Vol. 53. – P. 411–419.
206. Hubbard, R. E. Patient frailty: the elephant in the operating room [Text] / R. E. Hubbard, D. A. Story // *Anaesthesia.* – 2014. – Vol. 69, № 1. – P. 26–34.
207. Jessie, J. Assessments for older adults [Text] / J. Jessie // *IDEA Health Fitness Source.* – 2000. – Vol. 1. – P. 8–13.
208. Jimenez, J. Reabilitacion en Geriatria: efectos y consecuencias de actividad fisica en las funciones motoras, aerobicas y cognitivas [Text] / J. Jimenez // *An. Real Acad. Farm.* – 1996. – Vol. 62, № 4 – P. 677–715.
209. Judith, S. P. Frailty in the older surgical patient: a review [Text] / S. P. Judith, D. Harari, J. K. Dhesi // *Age and Ageing.* – 2012. – Vol. 41. – P. 142–147.

210. Kennes, B. La doubleur chronique en gériatrie [Text] / B. Kennes // Rev. med. Bruxelles. – 2001. – Vol. 22, № 3. – P. 152–160.
211. Kirk, D. Demographic transition theory [Text] / D. Kirk // Population Studies. – 1996. – Vol. 50. – P. 361–387.
212. Lafaille, R. Towards a new science of health [Text] / R. Lafaille, S. Fulder // Ethics in science and med. – 1979. – Vol. 6, № 1. – P. 38.
213. Landry, A. La Révolution Démographique [Text] / A. Landry. – Paris, 1934. – 227 p.
214. Lawton, M. P. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision [Text] / M. P. Lawton // J. of Gerontol. – 1975. – Vol. 30. – P. 85–89.
215. Lawton, M. P. Dimensions of affective experience in three age groups [Text] / M. P. Lawton, M. H. Kleban, D. Rajagopal, J. Dean // Psychology and Aging. – 1992. – Vol. 7. – P. 171–184.
216. Le ulcere gastroduodenalis anguanti nel paziente anziano [Text] / De G. Manzoni, F. Catalano, M. Festini [et al.] // Minerva med. – 2002. – Vol. 93, № 3. – P. 211–217.
217. Lehmann, P. Health and social inequities in Switzerland [Text] / P. Lehmann, C. Mambour, C. Minder // Soc. Sci. Med. – 1990. – Vol. 31, № 3. – P. 369–386.
218. Lovell, M. Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes [Text] // J. Vasc. Nurs. – 2006. – Vol. 24, № 1. – P. 22–26.
219. Machoney, F. Functional evaluation: the Barthel Index [Text] / F. Machoney, D. Barthel // Md. State Med. J. – 1965. – Vol. 14. – P. 61–65.
220. Margot, J. Geriatricians: past, present and future [Text] / J. Margot, J. Roy // Soc. Med. – 1997. – Vol. 90, № 32. – P. 2–4.
221. Mark, D. B. Fundamentals of economic analysis [Text] / D. B. Mark, T. A. Simons // Am. Heart J. – 1999. Vol. 137, № 5. – P. 38–40.
222. Maximizing the Cost-effectiveness of Lipid-Lowering Therapy [Text] / T. A. Jacobson, J. R. Schein, A. Williamson, C. M. Ballantyne // Arch. Intern. Med. – 1998. – Vol. 158. – P. 1977–1989.
223. Metabolic and stress responses of the body to trauma: produced by the laparoscopic and open cholecystectomy [Text] / Z. Haque, M. Rahman, M. A. Siddique [et al.] // Mymensingh. Med. J. – 2004. – Vol. 13, № 1. – P. 48–52.

224. Mjelde-Mossey, L. A. Social work's partnership in community-based stroke prevention for older adults: a collaborative model [Text] / L. A. Mjelde-Mossey // Soc. Work Health Care. – 2005. – Vol. 42, № 2. – P. 57–71.
225. Muennig, P. Designing and Conducting Cost-Effectiveness Analysis in Medicine and Health Care [Text] / P. Muennig. – San Francisco : Jossey-Bass, 2002. – 384 p.
226. Nagappan, R. Geriatric critical care [Text] / R. Nagappan, G. Parkin // Crit. Care Clin. – 2003. – Vol. 19, № 2. – P. 253–270.
227. O'Brien, B. Principles of economic evaluation for health care programs [Text] / B. O'Brien // J. Rheumatol – 1995. – Vol.22, № 7. – P. 1399–1402.
228. Operative stress response and energy metabolism after laparoscopic cholecystectomy compared to open surgery [Text] / K. Luo, J. S. Li, L. T. Li [et al] // World J. Gastroenterol. – 2003. – Vol. 9, № 4. – P. 847–850.
229. Overview of the MNA - Its History and Challenges [Text] / B. Vellas, H. Villars, G. Abellan [et al.] // J. Nutr. Health Aging. – 2006. – Vol. 10. – P. 456–465.
230. Park, J. Acute pancreatitis in elderly patients. Pathogenesis and outcome [Text] / J. Park // Am. J. Surg – 1986. – Vol. 152, № 6. – P. 638–642.
231. Popken, F. Die Cholezystektomie beim Hochrisikopatienten [Text] / F. Popken, R. Kuchle, A. Heintz // Chirurg. – 1998. – P.61–65.
232. Rees, J. Investigating Health and Health Services – Research Methods in Health [Text] / J. Rees. – Buckingham ; Philadelphia : Open University Press, 1997. – 718 p.
233. Rich, M. W. Cost-effectiveness Analysis in Clinical Practice: the Case of Heart Failure [Text] / M. W. Rich, R. F. Nease // Arch. Intern. Med. – 1999. – Vol. 159. – P. 1690–1700.
234. Rockwood, K. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty [Text] / K. Rockwood // Clin. Geriatr. Med. – 2011. – Vol. 27, № 1. – P. 7–26.
235. Rockwood, K. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people [Text] / K. Rockwood, D. B. Hogan, C. MacKnight // Drugs and Aging. – 2001. – Vol. 17, №4. – P. 295–302.
236. Rockwood, K. Frailty in relation to the accumulation of deficits [Text] / K. Rockwood, A. Mitnitski // J. of Gerontology. Ser. A-Biological Sciences and Medical Sciences. – 2007. – Vol. 62. – P. 722–727.

237. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF) [Text] / L. Rubenstein, J. Harker, A. Salvà // *J. of Gerontology. Ser. A-Biological Sciences and Medical Sciences.* – 2001. – Vol. 56. – P. 366–372.
238. Shore, W. S. Prevention and treatment of frailty in post-menopausal women [Text] / W. S. Shore, B. J. DeLateur // *Phys. Med. Rehabil. Clin. N. Am.* – 2007. – Vol. 18, № 3. – P. 609–621.
239. Siu, A. L. Comprehensive geriatric assessment in a day hospital [Text] / A. L. Siu, L. Moshita, J. Blaustein // *J. Americ. Geriatric. Society.* – 1994. – Vol. 42. – P. 1094–1099.
240. Tinetti, M. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients [Text] / M. Tinetti, S. Ginter // *JAMA.* – 1988. – Vol. 259. – P. 1058.
241. Tinetti, M. Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients [Text] / M. Tinetti // *J. Americ. Geriatric. Society.* – 1986. – Vol. 34. – P. 119–126.
242. Tomasovic, N. Geriatric-palliative care units model for improvement of elderly care [Text] / N. Tomasovic // *Coll. Antropol.* – 2004. – Vol. 29, № 1. – P. 277–282.
243. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care [Text] / L. P. Fried, L. Ferrucci, J. Darer, J.D. [et al.] // *J. of Gerontology. Ser. A-Biological Sciences and Medical Sciences.* – 2004. – Vol. 59, № (3). – P. 255–263.
244. Walston, J. Frailty and the older man [Text] / J. Walston, L. P. Fried // *Med. Clinics of North America.* – 1999. – Vol. 83. – P. 1173–1194.
245. Yao, X. Inflammation and immune system alterations in frailty [Text] / X. Yao // *Clin. Geriatr. Med.* – 2011. – Vol. 27, № 1. – P. 79–87.
246. Yoshimura, M. Факторы, связанные с уровнем удовлетворенности жизнью у старых людей [Text] / M. Yoshimura, J. Yoneda, H. Yamauchi // *Yamaguchi Med. J.* – 1997. – Vol. 46, № 5. – P. 301–308.

Программа для ЭВМ «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра

1. Введение нового пациента

Прогнозирование степени старческой астении
общее число пациентов: 1

ФИО пациента	Возраст	Дата обследования	Диагноз	Операция	Лечение
123	75	26.08.2014			

Новый пациент

Поиск пациента:

1. Выберите тест

Тест

3. Выберите вариант ответа

Результат

4. Анализ

2. Характеристика параметров устойчивости.

Прогнозирование степени старческой астении
общее число пациентов: 1

ФИО пациента	Возраст	Дата обследования	Диагноз	Операция	Лечение
123	75	26.08.2014			

Новый пациент

Удалить пациента

Поиск пациента:

1. Выберите тест

Тест

- Характеристика параметров устойчивости
- Характеристика параметров ходьбы
- Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть I
- Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть II
- Оценка когнитивных способностей
- Оценка морального состояния
- Анализ уровня независимости в повседневной жизни

3. Выберите вариант ответа

0 - Грубое нарушение

0 - Грубое нарушение

1 - Умеренное нарушение

2 - Норма

2. Выберите вопрос

Вопрос	Ответ
<input checked="" type="checkbox"/> Общая устойчивость	0
<input type="checkbox"/> При попытке встать	0
<input type="checkbox"/> После вставания	0
<input type="checkbox"/> Длительность стояния	0
<input type="checkbox"/> При вставании из положения лежа	0
<input type="checkbox"/> При толчке в грудь	0
<input type="checkbox"/> При стоянии с закрытыми глазами	0
<input type="checkbox"/> Переступание при повороте	0
<input type="checkbox"/> Устойчивость при повороте	0
<input type="checkbox"/> При стоянии на правой ноге	0
<input type="checkbox"/> При стоянии на левой ноге	0
<input type="checkbox"/> При наклоне назад	0
<input type="checkbox"/> При дотягивании вверх	0

4. Анализ

3. Характеристика параметров ходьбы.

Прогнозирование степени старческой астении

общее число пациентов: 1

ФИО пациента	Возраст	Дата обследования
123	75	26.08.2014

Новый пациент Удалить пациента

Поиск пациента:

1. Выберите тест

Тест
Характеристика параметров устойчивости
Характеристика параметров ходьбы
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть I
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть II
Оценка когнитивных способностей
Оценка морального состояния
Анализ уровня независимости в повседневной жизни

2. Выберите вопрос

Вопрос	Ответ
Начало движения	0
Симметричность шага	0
Непрерывность ходьбы	0
Длина шага (левая нога)	0
Длина шага (правая нога)	0
Отклонение от линии движения	0
Степень покачивания туловища	0
Повороты при ходьбе	0
Произвольное увеличение скорости	0
Высота шага (правая нога)	0
Высота шага (левая нога)	0

3. Выберите вариант ответа

0 - Грубое нарушение
1 - Умеренное нарушение
2 - Норма

4. Анализ

4. Оценка риска развития синдрома мальнутриции (часть I).

Прогнозирование степени старческой астении

общее число пациентов: 1

ФИО пациента	Возраст	Дата обследования
123	75	26.08.2014

Новый пациент Удалить пациента

Поиск пациента:

1. Выберите тест

Тест
Характеристика параметров устойчивости
Характеристика параметров ходьбы
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть I
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть II
Оценка когнитивных способностей
Оценка морального состояния
Анализ уровня независимости в повседневной жизни

2. Выберите вопрос

Вопрос	Ответ
Утрата аппетита	0
Снижение массы тела	0
Мобильность	0
Психологические стрессы	0
Психологические проблемы	0
Индекс массы тела	0

3. Выберите вариант ответа

0 - выраженное снижение
1 - умеренное снижение
2 - нет снижения

4. Анализ

5. Оценка риска развития синдрома мальнутриции (часть II).

Прогнозирование степени старческой астении

общее число пациентов: 1

ФИО пациента	Возраст	Дата обследования
123	75	26.08.2014

Новый пациент Удалить пациента

Поиск пациента:

1. Выберите тест

Тест
Характеристика параметров устойчивости
Характеристика параметров ходьбы
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть I
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть II
Оценка когнитивных способностей
Оценка морального состояния
Анализ уровня независимости в повседневной жизни

2. Выберите вопрос

Вопрос	Ответ
Проживание дома	0
прием свыше трех препаратов ежедневно	0
Наличие пролежней	0
Количество основных блюд	0
Употребление белков	0
Употребление овощей и фруктов	0
Прием жидкости	0
Самостоятельность при приеме пищи	0
Собственная оценка питания	0
Собственная оценка здоровья	0
Средний диаметр живота	0
Средний диаметр бедра	0

3. Выберите вариант ответа

0 – нет
1 – да

4. Анализ

6. Оценка когнитивных способностей

Прогнозирование степени старческой астении

общее число пациентов: 1

ФИО пациента	Возраст	Дата обследования
123	75	26.08.2014

Новый пациент Удалить пациента

Поиск пациента:

1. Выберите тест

Тест
Характеристика параметров устойчивости
Характеристика параметров ходьбы
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть I
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть II
Оценка когнитивных способностей
Оценка морального состояния
Анализ уровня независимости в повседневной жизни

2. Выберите вопрос

Вопрос	Ответ
Ориентация (время)	0
Ориентация (место)	0
Восприятие	0
Внимание и счет	0
Память	0
Назвать два предмета	0
Повторить выражение	0
Трехэтапная команда	0
Прочсть и выполнить задание	0
Написать предложение	0
Срисовать рисунок	0

3. Выберите вариант ответа

0
1
2
3
4
5

4. Анализ

7. Оценка морального состояния

Прогнозирование степени старческой астении

общее число пациентов: 1

ФИО пациента	Возраст	Дата обследования
▶ 123	75	26.08.2014

Новый пациент Удалить пациента

Поиск пациента:

1. Выберите тест

Тест
Характеристика параметров устойчивости
Характеристика параметров ходьбы
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть I
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть II
Оценка когнитивных способностей
▶ Оценка морального состояния
Анализ уровня независимости в повседневной жизни

2. Выберите вопрос

Вопрос	Ответ
▶ В течение года у меня значительно ухудшилось состояние	0
Не могу спать	0
У меня есть боязнь многих вещей	0
Приходится расставаться со многими привычными вещами	0
У меня возникает много проблем	0
Я с трудом достигаю состояния моральной уравновешенно	0
Мне становится все хуже по мере увеличения возраста	0
У меня постоянное чувство одиночества	0
Человеку все сложнее приспосабливаться к жизни по мере	0
Вы удовлетворены своим нынешним состоянием?	0
По мере увеличения возраста мое состояние становится ху	0
Я менее счастлив(а) по сравнению с молодыми годами	0
Чувствуете ли Вы себя одиноким?	0

3. Выберите вариант ответа

1
2
3
4
5

4. Анализ

8. Анализ уровня независимости в повседневной жизни

Прогнозирование степени старческой астении

общее число пациентов: 1

ФИО пациента	Возраст	Дата обследования
▶ 123	75	26.08.2014

Новый пациент Удалить пациента

Поиск пациента:

1. Выберите тест

Тест
Характеристика параметров устойчивости
Характеристика параметров ходьбы
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть I
Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть II
Оценка когнитивных способностей
Оценка морального состояния
▶ Анализ уровня независимости в повседневной жизни

2. Выберите вопрос

Вопрос	Ответ
▶ Прием пищи	0
Персональный туалет: умывание лица, причёсывание, чис	0
Одевание	0
Контроль тазовых функций	0
Прием ванны	0
Вставание с постели	0
Передвижение	0
Подъем по лестнице	0

3. Выберите вариант ответа

10 - способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами
5 - частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи
0 - полностью зависю от окружающих

4. Анализ

9. Анализ по всем показателям с определением степени тяжести синдрома старческой астении

Прогнозирование степени старческой астении

общее число пациентов: 1

ФИО пациента	Возраст	Дата обследования
123	75	26.08.2014

Новый пациент Удалить пациента

Поиск пациента:

1. Выберите тест

Тест
<input checked="" type="checkbox"/> Характеристика параметров устойчивости
<input type="checkbox"/> Характеристика параметров ходьбы
<input type="checkbox"/> Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть I
<input type="checkbox"/> Оценка риска развития синдрома мальнутриции: часть II
<input type="checkbox"/> Оценка когнитивных способностей
<input type="checkbox"/> Оценка морального состояния
<input type="checkbox"/> Анализ уровня независимости в повседневной жизни

3. Выберите вариант ответа

Результат

Значительное нарушение устойчивости;
 Значительное нарушение походки;
 Значительная степень нарушения общей двигательной активности;
 Наличие синдрома мальнутриции;
 Тяжелые нарушения когнитивных функций(0 из 33 баллов)
 Хорошее моральное состояние пациента(0 из 85 баллов(85-наихудшее))
 Полная зависимость больного в повседневной деятельности;
 Итог: терминальная стадия развития астении

2. Выберите вопрос

Вопрос	Ответ
<input checked="" type="checkbox"/> Общая устойчивость	0
<input type="checkbox"/> При попытке встать	0
<input type="checkbox"/> После вставания	0
<input type="checkbox"/> Длительность стояния	0
<input type="checkbox"/> При вставании из положения лежа	0
<input type="checkbox"/> При толчке в грудь	0
<input type="checkbox"/> При стоянии с закрытыми глазами	0
<input type="checkbox"/> Переступание при повороте	0
<input type="checkbox"/> Устойчивость при повороте	0
<input type="checkbox"/> При стоянии на правой ноге	0
<input type="checkbox"/> При стоянии на левой ноге	0
<input type="checkbox"/> При наклонах назад	0
<input type="checkbox"/> При дотягивании вверх	0

4. Анализ

Опросник**«УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
РЕАБИЛИТАЦИОННЫМИ МЕРОПРИЯТИЯМИ»**

Кафедра общей хирургии БелГУ проводит исследование по проблеме качества медицинского и социального обслуживания. Просим Вас принять в нем участие и ответить на вопросы данной анкеты. Для этого необходимо обвести или подчеркнуть номер того варианта ответа, который соответствует Вашему мнению. Если у Вас имеются другие суждения, то впишите их в соответствующих пунктах анкеты. Анкета является анонимной, фамилию писать не надо.

1. По Вашему мнению, после выписки и стационара нуждались ли Вы в продолжении медицинского обслуживания (в процедурах, консультациях, наблюдении медработника)

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1. Нуждался однозначно | 2. Не нуждался |
| 3. Скорее нуждался, чем не нуждался | 4. Затрудняюсь ответить |

2. Приходилось ли Вам в послеоперационном периоде вызывать скорую помощь? Если да, то как часто?

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Раз в неделю или чаще. | 2. Несколько раз в месяц | 3. Несколько раз в 2—3 месяца. |
| 4. Раз в пол года. | 5. Несколько раз в год | 6. Не приходилось. |

3. После выписки из стационара наблюдались ли Вы у терапевта по поводу перенесенного хирургического заболевания? Если да, то каким образом это происходило?

1. Да, терапевт приходил ко мне на дом.
2. Да, я приходил в поликлинику.
3. Да. Иногда я приходил в поликлинику, иногда терапевт приходил ко мне на дом.
4. Я проходил послеоперационное лечение в стационаре, где наблюдался у терапевта.
5. Не наблюдался. (Если Вы выбрали этот вариант ответа, то далее переходите к вопросу №5)

4. Как часто в послеоперационном периоде Вы наблюдались у терапевта?

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|-------------------------|
| 1. Раз в неделю или чаще. | 3. Раз в месяц. | 5. Несколько раз в год |
| 2. Несколько раз в месяц. | 4. Несколько раз в полугодие | 6. Затрудняюсь ответить |

5. После выписки из стационара, наблюдались ли Вы у хирурга?**Если - да, то каким образом это происходило?**

1. Наблюдался, хирург приходил ко мне на дом.
2. Наблюдался, я приходил в поликлинику.
3. Наблюдался. Иногда я приходил в поликлинику, иногда хирург приходил ко мне на дом.
4. После выписки из хирургического отделения я лечился (проходил послеоперационную реабилитацию) в стационаре и там наблюдался у хирурга.
5. Не наблюдался. (Если не наблюдались, то переходите к вопросу №7.)

6. Как часто Вы наблюдались хирурга?

- | | | |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. Раз в неделю или чаще. | 3. Раз в месяц. | 5. Несколько раз в год |
| 2. Несколько раз в месяц. | 4. 2-3 раза в полугодие | 6. Затрудняюсь ответить |

7. После выписки из стационара, наблюдались ли Вы у терапевта по поводу проблем, не связанных напрямую с перенесенным хирургическим вмешательством?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить.

8. Занимались ли Вы в послеоперационном периоде лечебной физкультурой?**Если да, то как часто?**

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Занимался регулярно | 2. Начал заниматься и бросил |
| 3. Занимался продолжительно, но не регулярно | 4. Не занимался |

9. Принимали ли Вы в послеоперационном периоде физиопроцедуры?**Если да, то как часто?**

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. Да, регулярно | 2. Начал принимать и бросил |
| 3. Да, эпизодически, от случая к случаю | 4. Не принимал |
| 5. Затрудняюсь ответить | |

10. Нуждались ли Вы в послеоперационном периоде в перевязках? Если да, то кто их Вам делал?

- | | |
|--|--|
| 1. Нуждался, обращался для этого в медучреждение | 4. Нуждался, мне их делали родственники (соседи, знакомые) |
| 2. Нуждался, медработник их делал мне на | 5. Нуждался, я делал их себе сам |

дому.

самостоятельно.

3. Нуждался, но мне их ни кто не делал.

6. Не нуждался в перевязках.

11. Делали ли Вы в послеоперационном периоде лечебный массаж, осуществляемый медработниками?

1. Делал. 2. Не делал.

12. В послеоперационном периоде работал ли с Вами психолог?

1. Да. 2. Нет. 3. Затруднились ответить.

13. Как бы Вы оценили отношение к Вам со стороны хирургов?

1. Хорошее.

4. Бывало по-разному.

2. Среднее

5. Затрудняюсь ответить

3. Плохое.

14. Как бы Вы оценили отношение к Вам со стороны участкового терапевта?

1. Хорошее.

4. Бывало по-разному.

2. Среднее

5. Затрудняюсь ответить

3. Плохое.

15. Как бы Вы оценили отношение к Вам со стороны среднего медперсонала, осуществляющего физпроцедуры, перевязки и т.д.?

1. Хорошее.

4. Бывало по-разному.

2. Среднее

5. Затрудняюсь ответить

3. Плохое.

16. Что, по Вашему мнению, было недостаточно хорошо организовано и нуждается в улучшении с точки зрения успешности лечения и реабилитации?

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. Взаимодействия с терапевтом | 5. Взаимодействие с психологом |
| 2. Взаимодействие с хирургом. | 6. Взаимодействие с социальным работником. |
| 3. Физпроцедуры | 7. Другое. |
| 4. Массаж | 8. Все было организовано хорошо |

17. Нуждаетесь ли Вы в помощи соцработника для успешного восстановления вашего здоровья в послеоперационный период?

1. Да, однозначно.
2. Да, помощь была бы желательна, но могу обойтись и без нее.
3. Не нуждаюсь.
4. Затрудняюсь ответить.

18. Приходит ли к Вам соцработник?

1. Да.
2. Нет. (Если вы выбрали этот вариант ответа, переходите к вопросу № 19)

19. Если Вы пользуетесь помощью соцработника, в какой мере считаете Вы ее достаточной?

1. В полной мере
2. Не в полной мере.
3. Не достаточной.

20. Кто помогал Вам в послеоперационный период:

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1. Родственники. | 5. Психолог. |
| 2. Знакомые, соседи. | 6. Ни кто. |
| 3. Соцработники | 7. Другое. |
| 4. Медработники. | |

21. В какой мере Вы удовлетворены наблюдением в послеоперационный период со стороны терапевта?

1. В полной
2. Отчасти
3. Не удовлетворен
4. Затрудняюсь ответить
5. Не наблюдался.

22. В какой мере Вы удовлетворены наблюдением в послеоперационный период со стороны хирурга?

1. В полной
2. Отчасти
3. Не удовлетворен
4. Затрудняюсь ответить
5. Не наблюдался.

23. В какой мере вы удовлетворены медперсоналом, осуществляющим физиопроцедуры, массаж терапевта?

1. В полной.
2. Отчасти.
3. Не удовлетворен.
4. Затрудняюсь ответить.
5. Не получал физиопроцедуры, массаж.

24. В какой мере Вы удовлетворены наблюдением в послеоперационный период со стороны психолога?

1. В полной
2. Отчасти
3. Не удовлетворен.
4. Затрудняюсь ответить.
5. Не наблюдался

25. В какой мере Вы удовлетворены помощью соцработника в послеоперационный период?

1. В полной
2. Отчасти
3. Не удовлетворен.
4. Затрудняюсь ответить.
5. Не пользовался его услугой

26. Приходилось ли Вам при обращении к врачу когда-либо сталкиваться с пренебрежительным отношением к себе из-за Вашего возраста или статуса пенсионера, и если да, то как часто?

1. Приходилось сталкиваться, но редко.
2. Сталкиваюсь с этим регулярно.
3. Не сталкивался.
4. Затрудняюсь ответить.

27. Приходилось ли Вам при общении с соцработниками сталкиваться ли Вы с пренебрежительным отношением к себе из-за Вашего возраста и, если да, то как часто?

1. Приходилось сталкиваться, но редко.
2. Сталкиваюсь с этим регулярно.
3. Не сталкивался.
4. Затрудняюсь ответить.

28. Если медицинские и социальные работники Вас обслуживали недостаточно качественно, то, на Ваш взгляд, связано ли это с их пренебрежительным отношением к пожилым людям, или же это отражает их отношение к работе в целом?

1. Скорее это пренебрежительное отношение к работе в целом.
2. Скорее это связано с пренебрежительным отношением к пожилым людям.
3. Затрудняюсь ответить.

29. Как Вы считаете, медицинские работники в большинстве своем к пожилым людям относятся так же, как к другим возрастным категориям, лучше или хуже?

1. Так же.
2. Лучше.
3. Хуже.
4. Затрудняюсь ответить.

30. Как Вы считаете, социальные работники в большинстве своем к пожилым людям относятся так же, как к другим возрастным категориям, лучше или хуже?

1. Так же.
2. Лучше.
3. Хуже.
4. Затрудняюсь ответить.

31. С кем Вы проживаете?

1. Один.
2. С супругом (супругой)
3. С детьми, внуками.
4. С другими родственниками.
5. Другое.

32. Если в процессе медицинского и социального обслуживания вы сталкивались с пренебрежительным отношением к Вам, то в чем это проявлялось (напишите)

ФИО, проводившего опрос.

Телефон или адрес опрошенного.

Опросник**Изучение мотивационной готовности и возможности пациентов хирургического профиля в реабилитации после выписки из стационара.**

Белгородскими больницами совместно с Белгородским государственным университетом проводится исследование, посвященное проблемам организации послеоперационного периода больных. Просим вас принять участие в этом исследовании. Для этого необходимо ответить на вопросы анкеты и отметить тот вариант ответа, который Вам кажется правильным. В случае необходимости в специальной графе Вы можете самостоятельно дописать информацию, которую считаете необходимой. Анкета анонимна.

1. Как Вы считаете, после выписки из стационара, будете ли Вы нуждаться в помощи каких-либо специалистов?

-Да

-Скорее, да

-Скорее, нет

-Нет

-Затрудняюсь ответить.

2. Считаете ли Вы для себя необходимым посещение после выписки из стационара медицинских или реабилитационных (восстановительных) учреждений?

-Да

-Скорее, да, чем нет

-Скорее нет, чем да

-Нет

-Затрудняюсь ответить

3. Тревожит ли Вас вопрос выписки из стационара в плане самостоятельного продолжения лечения?

-Да

-Скорее да, чем нет

-Скорее нет, чем да

-Нет

-Затрудняюсь ответить

4. Если вы считаете, что после выписки из больницы Вы будете нуждаться в специальной помощи, то в какой, в первую очередь? (отметьте любое количество вариантов ответов)

- измерение артериального давления
- сдача различных анализов
- массаж
- лечебная физкультура
- физиопроцедуры
- фитотерапия
- покупка и обучение использованию компенсирующих приспособлений (костыли, трость, инвалидная коляска, ходунки, протезы)
- перевязки
- покупка продуктов питания, лекарств
- уборка квартиры (дома)
- постоянный уход или помощь в самообслуживании
- психологическая поддержка для максимально комфортного приспособления к тем или трудностям, возникшим после оперативного лечения
- социальная поддержка (возможность общения с соседями, друзьями, родственниками, социальными работниками, посещение кинотеатров, театров и т.д.)

5. Каким образом Вы предпочли бы продолжить лечение (реабилитацию) в послеоперационном периоде?

- в стационаре (в больнице)
- дневной стационар при больнице
- дневной стационар при поликлинике
- на дому
- с посещением поликлиники (амбулаторно)
- в других учреждениях, в том числе социальных

6. С какими проблемами вы столкнулись в послеоперационном периоде, находясь в больнице? _____

7. Если вы считаете наиболее приемлемым пройти лечение (реабилитацию) в санатории, то какой стоимостью должна быть путевка, чтобы вы смогли ее оплатить?

- До 5 тысяч рублей
- 6-10 тысяч рублей
- 11-15 тысяч рублей
- 16-20 тысяч рублей
- Более 20 тысяч рублей
- Не готов оплатить путевку

8. С какими проблемами, Вы ожидаете столкнуться после выписки из больницы?

- необходимость перевязок и невозможность самостоятельно производить перевязку
- необходимость контроля показателей крови (например, сахар крови, билирубин и т.д.)
- необходимость постоянного ухода и помощи в самообслуживании
- трудность использования компенсирующих приспособлений (костыли, трость, инвалидное кресло, ходунки, протезы)
- трудность передвижения в общественном транспорте, посещения магазинов
- невозможность работать на приусадебном участке
- невозможность общения с друзьями, соседями
- психологическая (невозможность передвижения из-за боязни падения, боязнь зависимости от других лиц)
- другое (перечислить) _____

9. Можете ли вы после выписки из больницы рассчитывать на помощь родственников, друзей, соседей:

Вид помощи	да	скорее да	нет	скорее нет	затрудняюсь ответить
финансовая					
бытовая (помощь по дому)					
постоянный уход или					

ПОМОЩЬ В самообслуживании					
------------------------------	--	--	--	--	--

10. Считаете ли вы для себя возможным после выписки из больницы посещать медицинские учреждения с целью лечения и восстановления?

- Да
- Скорее да, чем нет
- Скорее нет, чем да
- Нет
- Затрудняюсь ответить

11. Если считаете возможным, то как часто:

- ежедневно
- 2-3 раза в неделю
- еженедельно
- несколько раз в месяц
- реже, чем раз в месяц
- не считаю возможным.

12. Если Вы считаете для себя невозможным посещение медучреждений после выписки из стационара, то с чем это связано?

- с отсутствием времени
- отсутствием необходимых учреждений в месте проживания
- отсутствие соответствующих специалистов
- с состоянием здоровья
- с отсутствием транспорта

13. Вы ожидаете, после выписки из стационара, нарушение:

- способности к передвижению
- способности к общению (с соседями, друзьями, родственниками)
- способности к самообслуживанию
- способности к ведению домашнего хозяйства

14. Ваш пол Жен. Муж.

15. С кем Вы проживаете?

- один (одна)
- с супругом (супругой)
- с детьми

- другое (уточнить)

16. Ваш возраст _____

17. Место проживания: город поселок городского типа село

18. Диагноз (заполняется анкетером) _____

19. Вид операции (заполняется анкетером) _____

Спасибо за участие!

Выделение главных компонент по показателям диагностики степени тяжести синдрома старческой астении легкой степени тяжести (пример)

Для выявления значимости влияния различных факторов на степень тяжести синдрома старческой астении на основе выбранных показателей для анализа сначала необходимо изучить их основные характеристики. С этой целью использовался графический анализ – построение графиков Box&Whisker Plot (рис. 1), позволяющий показать срединные значения и значения разброса в выборке.

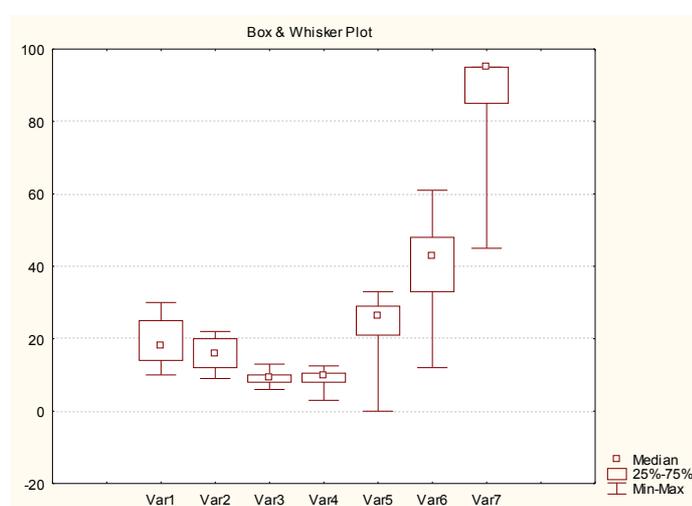


Рис. 1. Основные статистики факторных признаков по показателям диагностики синдрома старческой астении легкой степени тяжести

Из рис. 1 видно, что для параметра устойчивости (Var 1) характерен диапазон колеблемости признака [от 10 до 30 баллов], при этом медиана значений несколько смещена относительно центра влево, а верхний и нижний квартили характеризуют равномерность распределения признака.

Для параметра ходьбы (походки) (Var 2) и параметра оценки синдрома мальнутриции I (Var 3) характерны колеблемости диапазона признаков [от 9 до 20 баллов и от 7 до 13 баллов соответственно], при этом медиана значений для обоих параметров находится практически в центре, а верхний и нижний квартили характеризуют равномерность распределения признака.

Для параметра синдрома мальнутриции II (Var 4) характерно смещение верхнего и нижнего квартиля, при этом большая часть признаков имеет минимальные значения, при этом медиана значений смещена вправо относительно центра, наблюдается колеблемость диапазона признаков [от 3,5 до 12,5].

При изучении параметра Var 5 (оценка когнитивных способностей) получены следующие данные: характерна колеблемость диапазона признаков [от 0 до 33 баллов], медиана значений смещена относительно центра вправо, значения квартилей не характеризует равномерность распределения признака, большая часть наблюдаемых признаков имеет максимальные значения диапазона колеблемости.

Для признака Var 6 (оценка морального состояния) также характерна колеблемость признаков [от 16 и до 58 баллов], медиана значений несколько смещена вправо относительно центра, а верхний и нижний квартили характеризуют практически равномерность распределения признака.

При анализе признака Var 7 (анализ уровня независимости в повседневной жизни) получены следующие результаты: характерен диапазон колеблемости признака [от 55 до 95 баллов], при этом медиана значений смещена относительно центра резко вправо, а верхний и нижний квартили не только характеризуют неравномерность распределения признака, но и показывают, что большая часть наблюдаемых признаков находится на максимальных значениях диапазона.

Таким образом, близкими к нормальному распределению были такие признаки: Var 1, Var 2, Var 3, Var 6.

Учитывая тот факт, что наиболее правдоподобным и приемлемым числом факторов, способных определить большую часть дисперсии, но при этом имеющих разумную интерпретацию и воспроизводящих корреляционную матрицу с умеренными отклонениями (остаточными корреляциями) являются два фактора, нами далее на основе метода главных компонент и на основе рассматриваемых признаков, сформированы две группы независимых факторов, вариация которых обуславливается факторной нагрузкой показателей (табл.2, табл.3)

Из таблицы 1 можно увидеть, что для первого фактора (Ф1) наивысшие нагрузки имеют характеристики параметров ходьбы и походки, наименьшую нагрузку имеет

параметр оценки развития синдрома мальнутриции I. Другие признаки имеют промежуточные значения нагрузок для этого фактора.

Таблица 2

Факторная нагрузка показателей первого фактора

Параметры показателей	Обозначения	Факторная нагрузка
Характеристика параметров устойчивости	Var 1	0,896
Характеристика параметров ходьбы	Var 2	0,835
Оценка развития синдрома мальнутриции II	Var 4	0,624
Оценка когнитивных способностей	Var 5	0,484
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	Var 7	0,462
Оценка морального состояния	Var 6	0,268
Оценка развития синдрома мальнутриции I	Var 3	0,215

Таблица 3

Факторная нагрузка показателей второго фактора

Параметры показателей	Обозначения	Факторная нагрузка
Оценка развития синдрома мальнутриции I	Var 3	0,776
Оценка морального состояния	Var 6	0,609
Оценка развития синдрома мальнутриции II	Var 4	0,427
Оценка когнитивных способностей	Var 5	0,299
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	Var 7	0,252
Характеристика параметров устойчивости	Var 1	0,059
Характеристика параметров ходьбы	Var 2	0,053

Таблица 2 показала, что второго фактора (Ф2) имеются наивысшие нагрузки для переменных, связанных с оценкой развития синдрома мальнутриции I, низшие – с характеристиками параметров устойчивости и ходьбы.

При этом, факторный анализ показал, что собственное значение для первого фактора в общей вариации признаков, т.е. доля дисперсии, объясненная первым фактором равно 35,1%. Второй фактор включает в себя 18,8%. Таким образом, их совместное слияние определяет более половины (53,9%) вариации признаков.

Для наглядного представления независимости выделенных факторов построен график, основанный на вращении двух факторов и показывающий две нагрузки для каждой переменной и хорошо иллюстрирующий два независимых фактора с перекрестными нагрузками (рис.2).

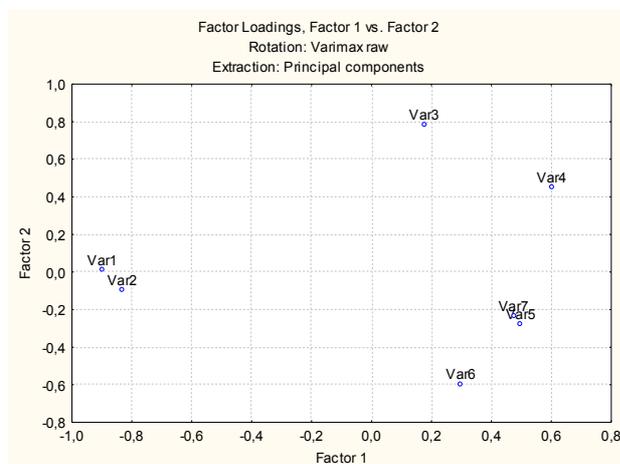


Рис. 2. Двумерный график нагрузок по выделенным факторам

Таким образом, два фактора лучше идентифицировать как зависимость синдрома старческой астении легкой степени тяжести от характеристик параметров устойчивости и ходьбы (Ф1) и оценке развития синдрома мальнутриции (Ф2). Предлагаемая модель показала, что характеристики параметров устойчивости, ходьбы и синдром мальнутриции могут быть независимыми друг о друга, но способны влиять на другие показатели.

Заключение.

В основе метода выделения главных компонент с использованием факторного анализа лежала следующая гипотеза: наблюдаемые или измеряемые параметры являются лишь косвенными характеристиками изучаемого объекта или явления, на самом же деле существуют внутренние (скрытые, не наблюдаемые непосредственно) параметры или свойства, число которых мало и которые определяют значения наблюдаемых параметров. Использование данного метода по показателям диагностики синдрома старческой астении, позволило несколько «сжать» информацию, содержащуюся в корреляционной матрице. Задачами факторного анализа явилось представление наблюдаемых параметров в виде линейных комбинаций факторов и, может быть, некоторых дополнительных, «не существенных» величин – «помех».

Таким образом, при использовании данного метода статистической обработки параметров, определяющих степени тяжести синдрома старческой астении получены следующие результаты. При определении методов и средств реабилитации для больных старческого возраста после оперативного лечения надо учитывать полученные нами данные факторного анализа. Например, для больных, у которых при специализированном гериатрическом осмотре диагностирован синдром старческой астении легкой степени необходимо назначение средств и методов, направленных на улучшение параметров устойчивости и ходьбы и уменьшении риска синдрома мальнутриции.

**Примерная «Памятка пациенту и родственникам» после операции по поводу
кишечной непроходимости с выведением колостомы.**



Почему не стоит бояться старости?

Кто считается пожилым, а кто - старым? Согласно классификации геронтологов, возраст от 60 до 74 лет считается пожилым, от 75 до 89 - старческим, от 90 и выше - возрастом долгожителей. Ну а с чем ассоциируется старость? С ворчанием и глухотой, с шаркающей походкой, со специфическими болезнями: атеросклерозом, ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, гипертонией, онкологическими заболеваниями.

Старость - это тоже время жизни, и у нее есть свои радости.

Мудрый человек знает, что жизнь - это вереница отчаяний, если позволить себе ощущать только отчаяние. Но жизнь - это вереница удовольствий, если человек преисполнен решимости ощущать удовольствия. Верно кто-то сказал: «Не так уж плохо стареть, особенно если помнишь про альтернативу...»

Ученым удалось доказать, что в организме человека, наряду с процессом старения, идет и процесс антистарения, направленный на компенсацию, ликвидацию последствий старения. Как стареть и как воспринимать старость - зависит от нас. Коллективное сознание говорит, что старость - это плохо. Молодые от грядущей старости ожидают болезней, беспомощности, утраты ясности и логики мышления, ухудшения зрения и слуха и прочих неприятностей. И неприятности случаются - потому что их ожидают...

Каждый возраст обладает своей прелестью и очарованием. Преимущество старости прежде всего в том, что у многих - впервые в жизни - появляется счастливая возможность читать хорошую литературу, общаться, много гулять. Достойная старость

достается лишь тем, кто готовится к ней. Обширное, но очень точное определение. Это касается физической формы. Ведь трудно рассчитывать на хорошее здоровье в старости, не занимаясь физкультурой в молодости, не следя за своим питанием и злоупотребляя алкоголем.

Физическая активность, потребление пищи, богатой витаминами (особенно овощей и фруктов), оптимизм и жизнелюбие - вот залог красивой и здоровой старости.



Что такое кишечная непроходимость?

Кишечная непроходимость — состояние, при котором серьезно нарушается или полностью прекращается продвижение пищи по кишечнику. Кишечная непроходимость чаще всего встречается у пожилых людей, а также у тех, кто перенес операции на желудке или кишечнике.

Причины

В норме продвижение пищи по кишечнику обеспечивается сокращениями стенки кишки (перистальтика кишечника). Нарушение перистальтики кишечника может быть связано как с полным расслаблением мышечного слоя (паралитическая кишечная непроходимость), так и наоборот — с длительным спазмом (спастическая кишечная непроходимость). Обе эти формы относятся к так называемой **динамической кишечной непроходимости**. Как правило, динамическая кишечная непроходимость развивается: после операций на органах брюшной полости; осложняет течение аппендицита, острого холецистита, острого панкреатита и т.д.; при приеме некоторых лекарств (средства для наркоза, опиаты и т.д.)

Другая разновидность кишечной непроходимости — **механическая кишечная непроходимость** — возникает при наличии препятствия в том или ином месте кишечника. Она может быть связана с заворотом, узлообразованием, защемлением кишки, например, при длительном голодании и обильном приеме пищи (так называемая странгуляционная кишечная непроходимость), а также с механической закупоркой просвета кишечника (обтурационная кишечная непроходимость) при спайках, опухолях кишечника и соседних органов (опухоль сдавливает кишечник снаружи), инородных тела, грыжах, желчных камнях, формировании комка пищи, богатого пищевыми волокнами.

Как распознать?

Кишечная непроходимость может осложнять течение различных заболеваний или же развиваться внезапно на фоне нормального самочувствия. Первой возникает сильная боль в животе. Сначала она ощущается только в очаге заболевания, а затем начинает болеть весь живот. Человек ощущает бурные сокращения кишечника («бурлит» в животе). Через некоторое время может появиться рвота. Один из важнейших признаков кишечной непроходимости — задержка стула и газов (попытки человека освободить кишечник — безуспешны). В очень редких случаях наблюдается понос с кровью. При появлении подобных симптомов нужно немедленно вызвать «Скорую помощь» и везти человека в больницу.

Рекомендации по питанию после выписки из стационара

Пища должна быть здоровой и вкусной, а ее прием должен доставлять удовольствие. Однако следует придерживаться некоторых правил правильного питания:

- диетотерапия продолжается 1-1,5 года
- при дефиците массы тела, с синдромом мальнутриции или риском развития синдрома мальнутриции: 1 прием пищи заменяется приемом нутритивных смесей в течение 3-4 недель.
- принимайте пищу 5-6 раз в день, в одно и то же время.
- питание должно быть сбалансированным, пища должна содержать углеводы, белки, жиры, витамины и минеральные соли. В повседневном рационе должны

присутствовать мясо, рыба, молочные и кисломолочные изделия, овощи и фрукты: в сутки рекомендуется употреблять 3-5 видов овощей, 3-4 вида фруктов (примерно 400 грамм в сутки); в рационе должно быть не более 20% белковой пищи (курица, рыба, мясо, бобовые и т.д.). Необходимо вводить в рацион до 30% белков за счет молочных, чаще кисломолочных продуктов.

- старайтесь не наедаться на ночь.

-медленно и тщательно пережевывайте пищу.

- количество выпиваемой в сутки жидкости -1,5-2 литра (8–10 стаканов); это может быть вода, фруктовый сок, молоко, чай, кофе и другие напитки.

Прежде всего, не следует ограничиваться в приеме пищи и жидкости.

Значительное ограничение приема пищи из-за страха перед стулом приводит к нежелательному снижению веса и, более того, к вызванному небольшим приемом пищи запору.

Разрешается употреблять:	Запрещено:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Хлеб пшеничный вчерашней выпечки или подсушенный, сухари, сухое печенье, бисквит; ▪ Супы из протертых овощей (морковь, картофель), молочные супы из протертых круп, с вермишелью; мука для заправки супов с жирами не пассируется; ▪ Мясо нежирное, птица, нежирная рыба (судак, окунь, треска, серебристый хек), паровые или отварные блюда из них; котлеты из говядины (нежирной, нежилистой и нестарой), бефстроганов из отварной такой же говядины; отварная курица; ▪ Овощи (кроме капусты и бобовых); гарниры и вторые блюда из овощей: пудинги из протертых 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ржаной и любой свежий хлеб, изделия из сдобного теста; ▪ Мясные и рыбные бульоны, щи, борщи, крепкие овощные отвары; ▪ Жирные сорта мяса, птицы, рыбы, соленая рыба, консервы; ▪ Молочные продукты с высокой кислотностью; ▪ Пшено, перловая, ячневая и кукурузная крупы;

<p>овощей, пюре из отварных ранних кабачков, тыквы, из картофеля, моркови, свеклы, цветной капусты;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Крупы – протертые или перед варкой измельчаются (кроме манной); вторые блюда из круп: манная, рисовая, гречневая, овсяная – каши, пудинги; ▪ Вермишель, лапша отварные; ▪ Яйцо куриное всмятку или омлет паровой; ▪ Молочные продукты – молоко цельное пастеризованное, молоко сухое, сгущенное, сливки, свежая нектислая сметана, свежий нектислый протертый творог, нектислый кефир, простокваша; ▪ Соусы разрешены только молочный или молочно-яичный; ▪ Фрукты – спелые сладкие яблоки (яблоки – предпочтительнее запеченные, а если свежие, то без кожуры), груши, земляника, черешня, бананы и цельные доброкачественные соки из сладких плодов; но лучше сладкие ягоды и фрукты употреблять в протертом, вареном и печеном виде; ▪ Третьи блюда: кисели, муссы, желе, в том числе и молочные; чай – слабый с молоком или сливками; ▪ Масло сливочное несоленое, подсолнечное, обязательно все свежее. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Бобовые; ▪ Белокочанная капуста, редька, щавель, лук, огурцы; ▪ Соленые, квашенные и маринованные овощи; ▪ Грибы; ▪ Кислые и богатые клетчаткой фрукты и ягоды.
---	---

Лечебная физкультура.

Гимнастические упражнения проводят с целью укрепления брюшного пресса, поднятия тонуса мускулатуры полых внутрибрюшных органов и улучшения в них микроциркуляции.

Рационально сочетание гимнастических упражнений с одновременным самомассажем брюшной стенки.

Примерный комплекс упражнений.

1) Лежа на спине:

- выполнять брюшно-диафрагмальное дыхание, руки на животе, во время выдоха вытягивать переднюю брюшную стенку, во время вдоха — выпячивать.
- руки вдоль туловища, сгибать ноги в тазобедренных суставах, далее разгибаем в исходное положение.
- на выдохе поднять ноги к животу, на вдохе – разогнуть в исходное положение.
- согнуть ноги в коленях, руки завести под голову, на выдохе попытаться сесть, на вдохе — вернуться в исходное положение.
- руки вдоль туловища, ноги в коленях, приподнимать таз, втягивать живот, затем вернуться в исходное положение.
- ноги прямые, руки под голову, на вдохе попытаться сесть, на выдохе – вернуться в исходное положение.
- ноги согнуты в коленях и подтянуты, руки разведены в стороны, на выдохе согнутые ноги дважды наклонять влево, далее на вдохе – возвращаемся в исходное положение. Так же и в другую сторону.
- руки расположены вдоль туловища, на выдохе сесть, на вдохе возвращаемся в исходное положение.

2) Сидя на стуле.

- выполнять диафрагмальное дыхание. Для этого надо на вдохе выпячивать, на выдохе – глубоко втягивать брюшную стенку.
- на вдохе руки развести в стороны, на выдохе обхватит колено руками, и поджать его к животу.

3) Стоя, руки вперед. В тазобедренных суставах сгибать ноги и при этом не сгибать в коленных.

Что такое колостома?

Колостома – это искусственно сформированный свищ толстой кишки, выходящий на поверхность брюшной стенки с образованием нового выхода для кишечного содержимого.

- Колостома не имеет замыкательного аппарата, поэтому стомированные пациенты не чувствуют позывов и не могут контролировать процесс опорожнения.
- Колостома лишена нервных окончаний, поэтому боль не чувствуется. Возникающие болевые ощущения, жжение или зуд могут быть связаны с раздражением кожи вокруг стомы или с усиленной перистальтикой (работой) кишечника.
- Необходимость в колостоме возникает тогда, когда кишечник не способен функционировать. Причиной этого может служить врожденный дефект, опухоли толстой кишки, некоторых воспалительных заболеваниях кишечника или травма.

При колостоме опорожнение кишечника происходит в основном 2 – 3 раза в сутки. Стул оформленный (при сигмостоме) или полуоформленный (при других видах стом).

Средства ухода за колостомой

- Существует два вида современных средств ухода за стомой на клеевой основе:
 - однокомпонентные калоприемники.
 - двухкомпонентные калоприемники

Однокомпонентные калоприемники представляют собой стомный мешок со встроенной клеевой пластиной:

- Недренируемые (закрытые) Дренируемые (открытые)



Двухкомпонентные калоприемники представляют собой комплект, состоящий из отдельных друг от друга клеевой пластины и стомных мешков и имеют специальное устройство для крепления мешка к пластине – фланец.



Недренируемые мешки Дренируемые мешки



Клеевая пластинка Фланец

- Для пациентов с втянутой стомой показаны специальные конвексные пластины.

- Они имеют жесткий фланец и «ушки» для крепления пояса.



- Эту пластину часто рекомендуют носить с поясом для более прочной фиксации



Основные правила ухода за колостомой

Однокомпонентные недренируемые калоприемники следует менять 2 – 3 раза в день. При необходимости чаще.

Двухкомпонентные недренируемые калоприемники:

- пластину обычно меняют 1 - 2 раза в неделю, а закрытые мешки 2 – 3 раза в сутки.
- закрытые мешки имеют встроенный фильтр, который работает автоматически, он эффективно нейтрализует запах и обеспечивает удаление воздуха из мешка.

Двухкомпонентные дренируемые калоприемники:

- пластину меняют 1 - 2 раза в неделю, а дренируемые мешки 1 раз в сутки.

При этом дренируемые мешки следует регулярно опорожнять.

Принадлежности для постановки и замены калоприемника

1. Зеркало
2. Ножницы, лучше с загнутыми концами
3. Измеритель стомы и/или трафарет на вашу стому
4. Ручку
5. Полиэтиленовый пакет для утилизации использованного калоприемника
6. Мыло для рук
7. Одно- или двухкомпонентные калоприемники
8. Мягкие салфетки (бинт, марлю)
9. Мягкое полотенце
10. Непромокаемая пеленка.

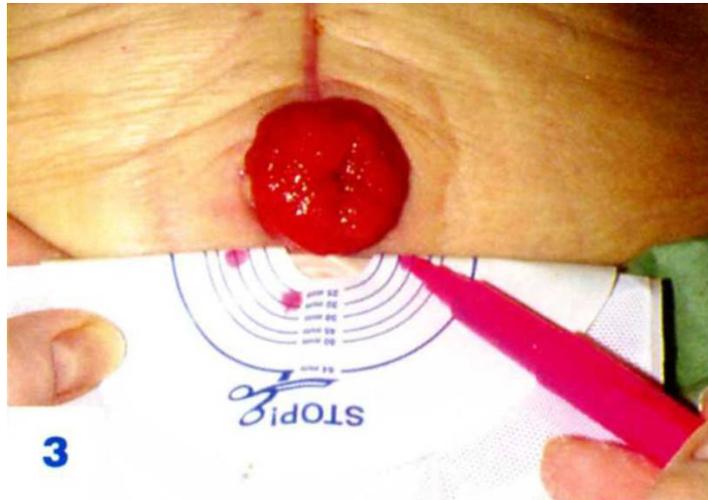
Пример установки калоприемника

1. Кожу вокруг стомы тщательно промывают теплой водой, можно с мылом. Не следует опасаться попадания воды и мыла на стому. Затем, промокающими движениями просушивают кожу мягким полотенцем. При наличии волос, аккуратно срезают ножницами. Брить не рекомендуется.



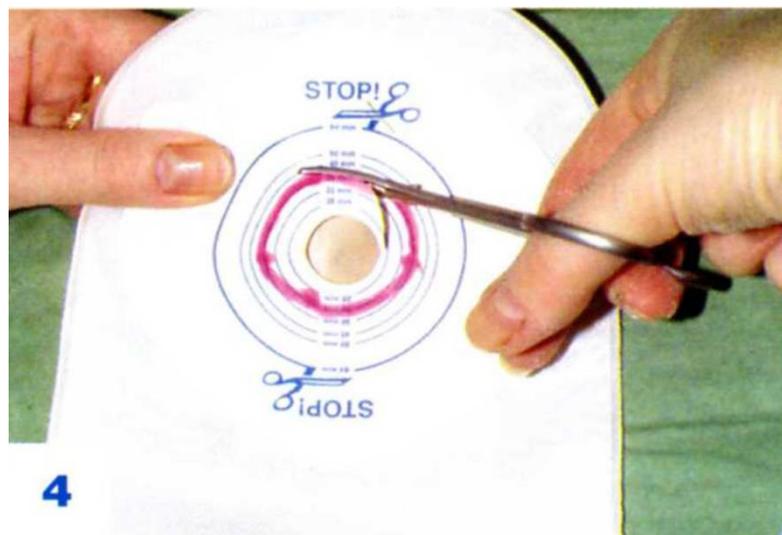
При обработке стомы и кожи вокруг нее нельзя использовать алкоголь, спирт, эфир и др.

2. Определяем размер стомы.



Размер стомы можно определить с помощью специального трафарета или предложенным на фотографиях методом.

3. Отделяют переднюю и заднюю стенки калоприемника друг от друга, вырезают отверстие по контуру.



4. Снимают защитную бумагу с клеящей поверхности калоприемника, аккуратно наклеивают его на кожу вокруг стомы, начиная снизу.



5. Дренажное отверстие следует предварительно закрыть зажимом. Если больной лежачий, то калоприемник надо наклеивать дренируемым концом набок.



При использовании калоприемников необходимо:

- Следует регулярно дренировать (опорожнять) открытые мешки.
- Не допускайте переполнения мешка. При заполнении 1/3 объема мешка каловыми массами его следует опорожнить.
- Однокомпонентные дренируемые (открытые) калоприемники следует дренировать, не отклеивая от кожи. Для этого направьте мешок в унитаз, откройте дренажное отверстие и опорожните его. Дренажный конец мешка следует тщательно протирать. Не забудьте закрыть дренажное отверстие после опорожнения мешка.

Девять наиболее частых причин не герметичности калоприемников

1. Плохое приклеивание к коже возле колостомы
2. Неправильно подобранный размер отверстия калоприемника.
3. Изгибы поверхности кожи или складки в месте наклеивания калоприемника.
4. Раздражение кожи вблизи стомы.
5. неподходящий угол наклеивания мешка.
6. Нерегулярное опорожнение мешка.
7. Чрезвычайно высокая температура.
8. Ненадлежащие условия хранения калоприемников.
9. Использование старых калоприемников.

Уход за кожей вокруг стомы

1. Кожа должна быть неповрежденной, чистой и сухой.
2. Чтобы сохранить кожу здоровой, рекомендуется следовать следующим правилам:
 - правильно подобрать тип калоприемника;
 - отверстие, вырезаемое под стому, должно соответствовать форме и размеру (диаметру) стомы;

- регулярно опорожнять и менять калоприемник;
- не допускать протекания кишечного содержимого под пластину; прилегание пластины должно быть плотным и герметичным;
- регулярно ухаживать за кожей;
- для удаления остатков пасты или защитной пленки использовать специальный очиститель для кожи вокруг стомы .
- если на коже вокруг стомы имеются неровности, следует применять пасту для выравнивания кожи;

Назначения врача



«Устройство для реабилитации»

Рис. 1 «Устройство для реабилитации» установлено на ходунки



Рис.2 «Жесткая накладка» установлена на «Устройство для реабилитации»



Рис.3 Накладки различной твердости