

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

УДК 617-089:616-053.9-036.82 (470.325)

### **СТАЦИОНАРНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ Г.БЕЛГОРОДА)**

**Горелик С.Г., Оробцова М.В., Сухобрус И.В.**

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
Белгород, Россия, г. Белгород, Россия, e-mail: sggorelik@mail.ru

В статье рассмотрена организация стационарного этапа реабилитации 313 больных старческого возраста, перенесших оперативные вмешательства в Российской Федерации (на примере г. Белгорода). Данные исследования показали, что в стационаре имеется возможность применения широкого спектра методов и средств реабилитации, поэтому существующая система обладает потенциалом для реализации стационарного этапа реабилитационных программ в старческом возрасте. Несмотря на высокую клиническую эффективность стационарного этапа медико-социальной реабилитации - улучшение имело место в 86,6% случаев, отсутствие динамики - у 5,8%, ухудшение - у 7,6%, выявлены проблемы оказания хирургической помощи больным старческого возраста. Предложены возможные пути развития службы реабилитации у данной категории больных на основе реализации методов и методик, включающих использование специализированного гериатрического осмотра, определение для каждого пациента клинических, медико-социальных и социальных целей реабилитации и применение бригадного метода с обучением специалистов, задействованных в реабилитации.

**Ключевые слова:** хирургическое лечение, старческий возраст, реабилитация больных, организация реабилитации.

### **HOSPITAL STAGE OF REHABILITATION OF SURGICAL PATIENTS SENILE IN THE RUSSIAN FEDERATION (THE CASE OF BELGOROD)**

**Gorelik S.G., Orobtsova M.V., Sukhobrus I.V.**

Belgorod State National Research University, Belgorod, e-mail: sggorelik@mail.ru

**In article the organization of hospital stage of rehabilitation for 313 older patients, which underwent surgery in the Russian Federation is considered (the case of Belgorod). Data of our research are showed that in steady-state conditions there is a possibility of application of a wide range of methods and convalescent facilities. Therefore the existing system possesses potential for realization of rehabilitation programs in hospital for older patients. In spite of high clinical efficiency of hospital stage in medico-social rehabilitation, improvement took place in 86,6% of cases, absence of dynamics - at 5,8%, deterioration – at 7,6%, problems of administering surgical help by the older patient are detected. Possible ways of development in rehabilitation service for this category of patients on realization basis of methods and the techniques, including use of specialized geriatric examination, definition for each patient of clinical, medical-social and social purposes of rehabilitation and application of team training with instruction of specialists involved in rehabilitation are suggested.**

**Key words:** surgical treatment, old age, rehabilitation of patients, rehabilitation organization.

**Введение.** Отчетливая тенденция к постарению населения требует увеличения объема гериатрической помощи, в том числе и хирургической [1, 2, 3]. По данным Минздрава РФ, в связи с полиморбидностью, 557340 людей геронтологического возраста нуждаются в хирургическом лечении. Успех лечения хирургических больных, особенно старческого возраста, во многом зависит от послеоперационного периода, который, в случае недостаточного к нему внимания, чреват негативными последствиями [4]. Выделяют три класса таких последствий: медико-биологические, заключающиеся в отклонениях от нормального морфофункционального статуса; снижение трудоспособности или работоспособности в широком смысле слова; социальная дезадаптация, т.е. нарушение связей с семьей и обществом [5]. Превенцией негативных последствий послеоперационного периода служит раннее начало реабилитационных мероприятий, их непрерывность, этапность и комплексность [6]. Принято различать следующие этапы реабилитации: госпитальный, амбулаторно-поликлинический и санаторно-курортный. Однако на этапе организации и проведения гериатрической медицинской реабилитации существуют проблемы. И одна из основных – как и когда больному приступить к реабилитационным мероприятиям и где и как их продолжить [7, 8]. 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 частичной или полной изоляции человека 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.

**Цель исследования:** изучение современных аспектов реабилитации больных на всех этапах реабилитационного процесса.

**Материалы и методы:** Объектом исследования являются медицинские технологии, применяемые в процессе оказания хирургической помощи больным старческого возраста. Предмет исследования - контингент больных старческого возраста, пролеченных в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 и городской больницы №2 г. Белгорода за 2012 год (Россия). За указанный период в данных отделениях пролечено 758 больных старческого возраста и долгожителей. Возраст пациентов составил от 75 до 95 лет. Средний возраст -  $80,6 \pm 4,4$  лет. Мужчин – 259 (34,2%), женщин - 499 (65,8%). Оперативные вмешательства были проведены у 313 больных, что составило 41,3%.

Информация собрана методом сплошной выборки путем выкопировки данных из медицинской документации. Использовались следующие документы, утвержденные Министерством здравоохранения РФ: «Медицинская карта стационарного больного» (форма № 003/у); карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете) (форма № 044/у) и карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры (форма №042/у).

В х/о № 2 городской клинической больницы №1 дополнительно осуществлялось непосредственное динамическое наблюдение за реализацией медицинских технологий, целью которых явилось выявление использования отдельных методов реабилитации, которые не были отражены в медицинской документации.

Статистическая обработка материала производилась при помощи программы «BIOSTAT 2009».

**Результаты исследования и их обсуждение.** Медико-социальная реабилитация больных старческого возраста начиналась в  $81,5 \pm 0,3\%$  случаев до оперативного лечения. Предоперационная подготовка хирургических больных заключалась не только в дообследовании больного с целью диагностики основного заболевания и сопутствующей патологии, а также и в психологической подготовке больного к операции. Психологическая подготовка 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.

В раннем послеоперационном периоде, находясь в лечебном учреждении круглосуточного пребывания всем больным наряду с лечебными мероприятиями, направленным на поддержку витальных функций, коррекцию сопутствующей патологии в стадии декомпенсации и субкомпенсации, уменьшение количества раневых и общесоматических осложнений в послеоперационном периоде, стимуляцию репаративных процессов с целью быстрее заживления послеоперационной раны, назначали и реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление здоровья и трудоспособности.

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.

Уже с 1 суток после оперативного лечения  $73,7 \pm 0,7\%$  больным назначался режим двигательной активности. Однако,  $26,3 \pm 0,3\%$  хирургических больных старческого возраста, в связи с тяжестью состояния, не могли получать в первые сутки после операции лечебную физкультуру. 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  $65,3 \pm 0,7\%$  и являлась неотъемлемым фактором, без которого чрезвычайно трудно достичь лечебного эффекта. 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.

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).

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).

Немаловажным являлось использование физиотерапевтических процедур, которые были назначены 43,4% больных старческого возраста. Наиболее часто применялись следующие методы:

- светолечение: магнитолазерная терапия - МЛТ(34,3%), ультрафиолетовое облучение - УФО (28,4%),

- магнитотерапия: низкоинтенсивная импульсная магнитотерапия - МТ(16,4%).

Редко использовались:

-ультравысокочастотная терапия: УВЧ (4,5%)

-высокочастотная электротерапия: дарсонваль терапия - ДВЛ (1,5%);

Следует отметить, что в 14,9% случаев для профилактики легочных осложнений у тяжелых больных применялась ингаляционная терапия (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение применяемых видов физиолечения в стационаре после оперативного лечения

Виды физиолечения		%
Светолечение	МЛТ	34,3
	УФО	28,4
Магнитотерапия	МТ	16,4
Ультравысокочастотная терапия	УВЧ	4,5
Высокочастотная электротерапия	ДВЛ	1,5
Ингаляционная терапия	Щелочные ингаляции	14,9
Всего		100

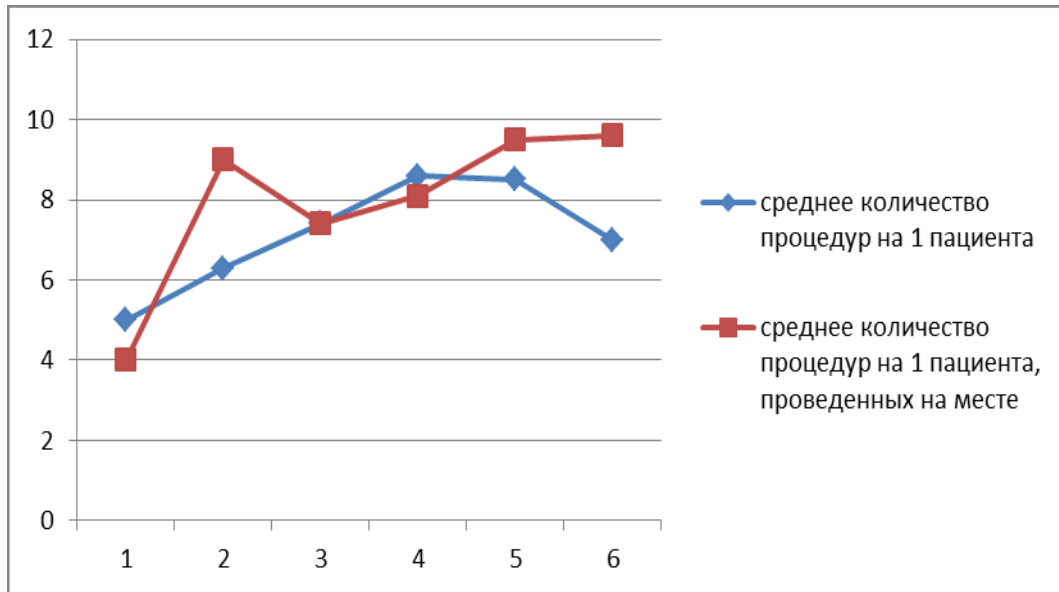
Перечень методов физиотерапиии среднее количество процедур, рассчитанное на 1 пациента, в зависимости от хирургического заболевания представлены в табл. 2.

Как видно из (табл. 1), количество процедур физиотерапии на одного пациента варьировало в зависимости от хирургического заболевания в среднем от  $5,0 \pm 1,1$  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 – 22,2%. Количество процедур на месте варьировало в среднем от  $4,0 \pm 1,0$  до  $9,6 \pm 0,3$  (рисунок 1).

Таблица 2.

Перечень физиопроцедур, применяемых у больных старческого возраста после  
 оперативного лечения в стационаре.

Нозология	Физиотерапевтические процедуры (%)						Среднее кол-во процедур (на 1 пациента)	
	УВЧ	МЛТ	МТ	ДВЛ	УФО	Щел.ингаляции	Всего (M±m)	На месте (M±m)
Аппендицит		25,0				75,0	5,0±1,1	4,0±1,0
Грыжи различной локализации		75,0				25,0	6,3±2,9	9,0±2,0
ЖКБ с острым холециститом						100	7,4±1,3	7,4±1,3
Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей	6,7	43,3	23,3	3,3	23,4		8,6±0,7	8,1±1,2
Сахарный диабет с СДС		42,9	28,6		28,5		8,5±0,6	9,5±0,5
Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей различных локализаций	6,7	26,7	6,7		59,9		7,0±0,7	9,6±0,3



**Рисунок. 1.** Количество физиотерапевтических процедур на 1 пациента.

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, 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. Поэтому психотерапия проводилась лечащим врачом и была направлена на адаптацию больного к изменившимся, вследствие перенесенного оперативного лечения, условиям жизни, восстановление 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 92,3±0,2% больных старческого возраста. Причиной не полного охвата пациентов обучению ухода за колостомами явилось или тяжелое состояние больного (лежачие



истощенные 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.

В х/о №2 городской клинической больницы №1 перед выпиской больного на амбулаторный этап реабилитации проводилось обучение родственников больных специализированному уходу за больным старческого возраста после оперативного лечения, особенно при необходимости использования компенсирующих средств, что позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных, как с медицинской, так и социальной точки зрения. Однако, следует отметить, что из медицинской документации данных о количестве обученных родственников, ухаживающих за больным с колостомами в стационаре не получено.

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.

То есть, процесс восстановления функционального статуса и резервов пациентов старческого возраста, перенесших оперативное лечение, носил системный характер. Реабилитационные мероприятия при этом были мультимодальными, достаточно интенсивными, регулярными, индивидуально подобранными и дозированными. Однако, как видно из документации, объем и начало реабилитационных мероприятий у больных старческого возраста после оперативного лечения в 100% случаев решал только лечащий врач-хирург.

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 полного выздоровления не было, улучшение имело место в 86,6% случаев, отсутствие динамики - у 5,8% пациентов, ухудшение – у 7,6%.

Вышеизложенные данные свидетельствуют о том, что существующая система обладает потенциалом для реализации стационарного этапа реабилитационных программ в старческом возрасте. Вместе с тем, на сегодняшний день существующие программы не учитывают медико-социальные особенности старческого возраста, а направлены преимущественно на улучшение клинической симптоматики и решение некоторых частных вопросов, как, например, уход за колостомой. 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.). Это, соответственно, не позволяет выявить конкретные для каждого пациента цели и задачи реабилитации. Также 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.

Мы считаем, что дальнейшее развитие службы реабилитации больных хирургического профиля старческого возраста должно строиться на реализации следующих направлений:

- внедрение методов и методик специализированного гериатрического осмотра в хирургическую и реабилитационную практику;
- определение конкретных для каждого пациента не только клинических, но и медико-социальных и социальных целей реабилитации;
- внедрение бригадного принципа в реабилитации; в состав бригады должны входить: лечащий врач, врач-реабилитолог, гериатр, психолог, диетолог, физиотерапевт, врач ЛФК, социальный работник.
- обучение специалистов, задействованных в реабилитации больных старческого возраста методам оценки состояния, принятых в современной гериатрии.

### **Заключение.**

1. В лечебных учреждениях круглосуточного пребывания наряду с лечебными мероприятиями заложен и стационарный этап медико-социальной реабилитации. При этом, реабилитационный этап у больных старческого возраста в  $81,2 \pm 0,3\%$  случаев начинался еще до оперативного лечения.

2. Большинству больных ( $73,7 \pm 0,7\%$ ) с первых суток после оперативного лечения назначался режим двигательной активности, 100% проводился массаж грудной клетки и спины, поворот больного с боку на бок. Ранняя двигательная активность больных (1-2 суток) применялась у  $65,3 \pm 0,7\%$  и являлась составной частью как психологической, так и социальной реабилитации пациента после операции.

3. 43,4% пациентов принимали различные физиотерапевтические методы лечения. Количество процедур физиотерапии на одного пациента варьировало в зависимости от хирургического заболевания (в среднем от  $5,0 \pm 1,1$  до  $8,6 \pm 0,7$ ). 22,2% пациентов вследствие тяжести состояния получали физиотерапевтические процедуры на месте, при этом среднее количество процедур - от  $4,0 \pm 1,0$  до  $9,6 \pm 0,3$ .

4. Психологическая реабилитация, направленная на адаптацию больного к изменившимся, вследствие перенесенного оперативного лечения условиям жизни, восстановление физических, социальных и психологических ресурсов проводилась только лечащим врачом-хирургом.

5. При выписке из стационара  $92,3 \pm 0,2\%$  больных старческого возраста с колостомами прошли обучение по уходу за колостомами и правильному использованию различных видов калоприемников. Данных о количестве обученных родственников, ухаживающих за больным с колостомами, в стационаре не получено. Это показывает необходимость разработки обучающих программ для родственников по специализированному уходу за больным старческого возраста, перенесшим оперативное лечение.

6. Данные нашего исследования показали высокую клиническую эффективность стационарного этапа медико-социальной реабилитации - улучшение имело место в 86,6% случаев, отсутствие динамики у 5,8% реабилитантов, ухудшение – 7,6%.

7. Существующая система реабилитационных мероприятий обладает потенциалом для реализации стационарного этапа реабилитационных программ в старческом возрасте. Вместе с тем, существующие программы не учитывают медико-социальные особенности старческого возраста, а направлены преимущественно на

улучшение клинической симптоматики и решение некоторых частных вопросов, как например уход за колостомой.

Таким образом, в стационаре возможно применение широкого спектра методов и средств реабилитации. Несмотря на высокую эффективность реабилитационных мероприятий у пациентов старческого возраста после оперативного лечения, дальнейшее развитие службы реабилитации у данной категории больных должно строиться на реализации методов и методик, включающих использование специализированного гериатрического осмотра, определение для каждого пациента клинических, медико-социальных и социальных целей реабилитации и применение бригадного метода с обучением специалистов, задействованных в реабилитации.

#### Список литературы

1. Брискин Б.С. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых / Б.С. Брискин, О.В. Ломидзе // Клиническая геронтология. - 2008. - № 4. - Р. 30 - 34.
2. Сафарова Г.Л. Демографические аспекты старения населения России / Г.Л. Сафарова // Журнал «Отечественные записки». – 2005. - Т. 3, № 24. - С
3. Пассери М. Обучение в области гериатрии. Проблема, которая интересует всю Европу. Гериатрия в лекциях Том.2. - М.: «Ньюдиамед», 2005. – С. 451 - 455.
4. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н. Стресслимитирующие эффекты медицинской реабилитации пациентов с артериальной гипертензией / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2002. - № 2. - Р. 23 – 25.
5. Медведев А.С. Основы медицинской реабилитации. - Минск: Беларус. Навука, 2010.
6. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация. Руководство для врачей. - М.: МЕДпресс-информ, 2005.
7. Прощаев К.И. Медико-социальные проблемы геронтологии и гериатрии: осведомленность населения и медицинских работников / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, П.Н. Зезюлин, С.В. Филиппов, А.А. Лукьянов, Н.И. Жернакова // Успехи геронтологии. – 2008. - Т. 21, № 1. – С. 160 - 164.
8. Jimenez J. Reabilitacion en Geriatria: Efectos y consecuencias de actividadfisica en lasfuncionesmotoras, aerobicas y cognitivas / J. Jimenez // An Real Acad Farm. – 1996. – Т.

62, № 4. - P. 677 - 715.

#### References.

1. Briskin B.S., Lomidze O.V. *Klinicheskaja gerontologija*. 2008, no. 4, pp. 30 - 34.
2. Safarova G.L. *Otechestvennye zapiski*. 2005, Vol. 3, no. 24,
3. Passeri M. *Obuchenie v oblasti geriatrii. Problema, kotoraja interesuet vsju Evropu* [Education in area of geriatrics. Problem which is interesting by all Europe]. M.: «N'judiamed», 2005. pp. 451 - 455.
4. Prashchaeu K.I., Il'nickij A.N. *Mediko-social'naja jekspertiza i rehabilitacija*. 2002, no. 2, pp. 23 – 25.
5. Medvedev A.S. *Osnovy medicinskoj rehabilitacii* [Basics of Medical Rehabilitation]. Minsk: Belarus. Navuka, 2010.
6. Epifanov V.A. *Osnovy medicinskoj rehabilitacii* [Medical rehabilitation]. M.: MEDpress-inform; 2005.
7. Prashchaeu K.I., Il'nickij A.N., Zezjulin P.N., Filippov S.V., Luk'janov A.A., Zhernakova N.I. *Uspehi gerontologii*. 2008; Vol. 21, no. 1, pp. 160 - 164.
8. Jimenez J. *An Real Acad Farm*. 1996, Vol. 62, no. 4, pp. 677 - 715.