

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 617-089-053.9-036.868:614.2

Горелик С.Г.<sup>1,2</sup>, Савушкина Т.В.<sup>2</sup>, Бардакова А.В.<sup>2</sup>

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (на примере г. Белгорода)

<sup>1</sup>Белгородский государственный национальный исследовательский университет, 308015, г. Белгород;<sup>2</sup>Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №1», 308000 г. Белгород

*В статье рассмотрена организация стационарного этапа реабилитации 313 больных старческого возраста, перенесших оперативные вмешательства в Российской Федерации (на примере 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 – в 5,8%, ухудшение – в 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.

**Для цитирования:** Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2014; 17(4): 19–23.

### CURRENT STATE AND DEVELOPMENT PROSPECTS OF HOSPITAL STAGE OF REHABILITATION OF SURGICAL OLDER PATIENTS IN THE RUSSIAN FEDERATION (THE CASE OF BELGOROD)

Gorelik S.G.<sup>1,2</sup>, Savushkina T.V.<sup>2</sup>, Bardakova A.V.<sup>2</sup><sup>1</sup>Belgorod National Research University, 308015, Belgorod, Russian Federation; <sup>2</sup>City clinical hospital №M1, Belgorod city 99, 308000, Belgorod, Russian Federation

*The article reviews the organization of hospital stage of rehabilitation in case of 313 elderly patients, which underwent surgery in the Russian Federation (the case of Belgorod). Data of our research 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 elderly 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 rehabilitation service development were proposed for this category of patients, based on 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.

**Citation:** Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i rehabilitatsiya. 2014; 17(4): 19–23. (In Russ.)

Современное 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. Необходимость развития реабилитации в системе здравоохранения России 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.

Отчетливая тенденция к постарению населения требует увеличения объема гериатрической помощи, в том числе и хирургической [1–3].

По данным Минздрава России, в связи с полиморбидностью 557340 человек 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, за-

Для корреспонденции:

Горелик Светлана Гиршевна – канд. мед. наук, доц. каф. общей хирургии с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии; 308015, г. Белгород, ул. Победы, д. 85, e-mail: gorelik@bsu.edu.ru.

Correspondence to: Svetlana Gorelik – MD, PhD; e-mail: gorelik@bsu.edu.ru.



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 для дистальных отделов 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 применялась с целью восстановления жизненно важных функций (кровообращение, дыхание, пищеварение, обмен веществ), стимуляции репаративных процессов в зоне оперативного вмешательства, укрепления мышц брюшного пресса (при операциях на органах брюшной полости), адаптации 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% дневного времени. 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 физиотерапевтические процедуры).

Немаловажным являлось использование физиотерапевтических процедур, которые 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 (1,5%);

Таблица 1

**Распределение применяемых видов физиолечения в стационаре после оперативного лечения**

Виды физиолечения	Процент
Светолечение:	
МЛТ	34,3
УФО	28,4
МТ	16,4
УВЧ	4,5
Высокочастотная электротерапия:	
дарсонваль-терапия	1,5
Ингаляционная терапия:	
щелочные ингаляции	14,9

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

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

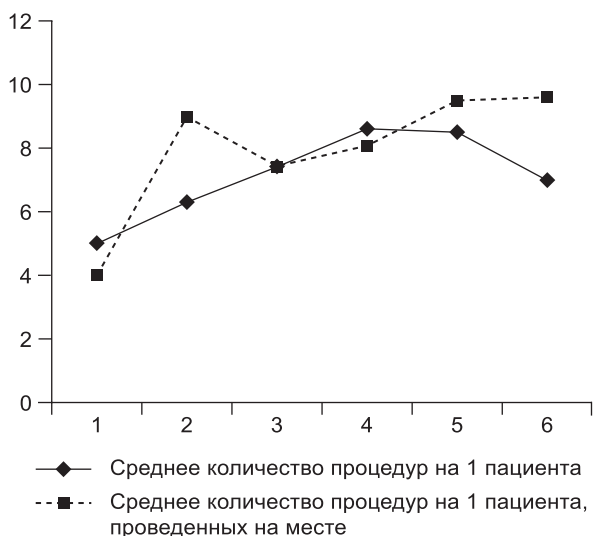
Как видно из табл. 2, количество процедур физиотерапии на одного пациента варьировало в зависимости от хирургического заболевания в среднем от  $5,0 \pm 1,1$  до  $8,6 \pm 0,7$ . Также мы проанализировали место получения пациентами физиотерапевтических процедур. Обращает на себя внимание доля пациентов, 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  $9,6 \pm 0,3$  (см. рисунок).

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

Таблица 2

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

№	Нозология	Физиотерапевтические процедуры, %					Среднее количество процедур (на 1 пациента)		
		УВЧ	МЛТ	МТ	дарсонваль-терапия	УФО	щелочные ингаляции	всего ( $M \pm m$ )	на месте ( $M \pm m$ )
1	Аппендицит			25,0			75,0	$5,0 \pm 1,1$	$4,0 \pm 1,0$
2	Грыжи различной локализации		75,0				25,0	$6,3 \pm 2,9$	$9,0 \pm 2,0$
3	Желчнокаменная болезнь с острым холециститом						100	$7,4 \pm 1,3$	$7,4 \pm 1,3$
4	Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей	6,7	43,3	23,3	3,3	23,4		$8,6 \pm 0,7$	$8,1 \pm 1,2$
5	Сахарный диабет с синдромом диабетической стопы		42,9	28,6		28,5		$8,5 \pm 0,6$	$9,5 \pm 0,5$
6	Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей различных локализаций	6,7	26,7	6,7		59,9		$7,0 \pm 0,7$	$9,6 \pm 0,3$



Количество физиотерапевтических процедур на 1 пациента. По оси абсцисс – нозология (см. табл. 2), по оси ординат – среднее количество процедур на 1 пациента.

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.

Все больные (100%) с колостомами уже в раннем послеоперационном периоде использовали технические средства реабилитации – калоприемники. Обучение уходу за колостомами и правильному использованию различных видов калоприемников, а также применению герметиков и адсорбирующих фильтров прошли в стационаре 92,3±0,2% больных старческого возраста. Причиной неполного охвата пациентов обучению уходу за колостомами явились или тяжелое состояние больного (лежачие истощенные больные), или отказ пациента вследствие недостаточной мотивации к реабилитационным мероприятиям из-за изменений в психоэмоциональной сфере (психоэмоциональные кризисы, депрессии, неврозы).

Целью использования технических средств реабилитации являлось частичное восстановление социально-бытового благополучия, техническая компенсация ограничения жизнедеятельности.

В хирургическом отделении №2 городской клинической больницы №1 перед выпиской больного на амбулаторный этап реабилитации проводили 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 проводилась со всеми пациентами (100%) или родственниками при выписке из стационара.

Таким образом, 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, т. е. 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, что по окончании курса стационарного этапа медико-социальной реабилитации полного выздоровления не было, улучшение имело место у 86,6%, 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 специализиро-

ванного 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 реабилитацию; 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.

## Выводы

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 1-х 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 сут) 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 у 86,6% реабилитантов, отсутствие динамики – у 5,8%, ухудшение – у 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 пре-

имущественно 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.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых. *Клиническая геронтология*. 2008; 4: 30–4.
2. Сафарова Г. Л. Демографические аспекты старения населения России. *Отечественные записки*. 2005; 3(24).
3. Пассери М. Обучение в области гериатрии. Проблема, которая интересует всю Европу. В кн.: *Гериатрия в лекциях*. М.: Ньюдиамед. 2005; 451–5.
4. Прошчаев К.И., Ильницкий А.Н. Стресслимитирующие эффекты медицинской реабилитации пациентов с артериальной гипертензией. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2002; 2: 23–5.
5. Медведев А.С. *Основы медицинской реабилитации*. Минск: Беларусь. Навука; 2010.
6. Епифанов В.А., ред. *Медицинская реабилитация: Руководство для врачей*. М.: МЕДпресс-информ; 2005.
7. Прошчаев К.И., Ильницкий А.Н., Зезюлин П.Н., Филиппов С.В., Лукьянов А.А., Жернакова Н.И. Медико-социальные проблемы геронтологии и гериатрии: осведомленность населения и медицинских работников. *Успехи геронтологии*. 2008; 21(1): 160–4.
8. Jimenez J. Reabilitacion en geriatría: Efectos y consecuencias de actividad física en las funciones motoras, aerobicas y cognitivas. *An. Real. Acad. Farm.* 1996; 62 (4): 677–715.

## REFERENCES

1. Briskin B.S., Lomidze O.V. Impact of polymorbid pathology on diagnostics and outcome in abdominal surgery at elderly age. *Klinicheskaya gerontologiya*. 2008; 4: 30–4. (in Russian)
2. Safarova G. L. Demographic aspects of aging of population Russia. *Otechestvennye zapiski*. 2005; 3(24). (in Russian)
3. Passeri M. Education in area of geriatrics. Problem which is interesting by all Europe. In: *Geriatrics in the lectures. [Geriatriya v lektsiyakh]*. Moscow: N'yudiamed. 2005; 451–5. (in Russian)
4. Proshhaev K.I., Il'nickij A.N. Stress-limitative effects of medical rehabilitation of patients with arterial hypertension. *Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i reabilitatsiya*. 2002; 2: 23–5. (in Russian)
5. Medvedev A.S. *Basics of Medical Rehabilitation. [Osnovy meditsinskoy reabilitatsii]*. Minsk: Belarus. Navuka; 2010. (in Russian)
6. Epifanov V.A., red. *Medical rehabilitation. A guide for physicians. [Meditsinskaya reabilitatsiya. Rukovodstvo dlya vrachey]*. Moscow: MEDpress-inform; 2005. (in Russian)
7. Proshhaev K.I., Il'nickij A.N., Zezulin P.N., Filippov S.V., Luk'janov A.A., Zernakova N.I. Medical and social problems of gerontology and geriatrics: awareness of population and medical professionals. *Uspehi gerontologii*. 2008; 21(1): 160–4. (in Russian)
8. Jimenez J. Reabilitacion en Geriatria: Efectos y consecuencias de actividad física en las funciones motoras, aerobicas y cognitivas. *An. Real. Acad. Farm.* 1996; 62 (4): 677–715.

Поступила 17.10.13  
Received 17.10.13