

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

С. Горелик, кандидат медицинских наук
Институт повышения квалификации ФМБА, Москва
E-mail: sggorelik@mail.ru

Приведены данные литературы и собственных исследований по проблемам реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших хирургические вмешательства. Описаны современные подходы к их реабилитации на основе определения стадии синдрома старческой астении при специализированном гериатрическом осмотре.

Ключевые слова: реабилитация, пожилой и старческий возраст, хирургическое вмешательство.

Несмотря на повышение качества диагностики заболеваний с учетом возрастных особенностей организма, а также усовершенствование и внедрение новых методов оперативного лечения и обезболивания, частота осложнений раннего и позднего послеоперационного периодов и летальность у больных старших возрастных групп продолжают оставаться высокими. Улучшить результаты лечения можно путем совершенствования послеоперационного ухода и расширения объема реабилитационных мероприятий [1].

Реабилитация пациентов старших возрастных групп, перенесших оперативное лечение, имеет особенности: необходимо восстановить нарушенную вследствие хирургического заболевания функцию до уровня, соответствующего возрастной норме, и поддержать достойное качество жизни в рамках существующих возрастных изменений [2, 3]. Современная гериатрия ориентирована на оказание медицинской и социальной помощи людям пожилого и старческого возраста, имеющим не только хронические заболевания как таковые, но и гериатрические синдромы как характеристики потенциальных и реальных ограничений жизнедеятельности [4–8]. Гериатрические синдромы, а их около 65, по мере развития и накопления в организме инволютивных изменений и дефицита функций на фоне полиморбидности закономерно приводят к так называемому старческому одряхлению, или синдрому старческой астении (англ. – *frailty*) [4–6]. Синдром старческой астении – крайнее проявление возрастных изменений, способствующих постепенному снижению параметров функционирования организма. Поэтому данный синдром, являясь основной точкой приложения лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий у лиц пожилого и старческого возраста, в последние годы стал предметом особого интереса не только гериатров, но и врачей других специальностей, в частности хирургов, оценивающих влияние синдрома на течение периоперационного периода у таких пациентов [9–11].

Синдром старческой астении, согласно классификации рабочей группы, проводившей Канадское исследование здоровья и старения (CSHA, 2009) [5], проходит следую-

щие этапы развития: 1-й этап характеризуется сохранным здоровьем пациентов, которые активны, энергичны, имеют высокий уровень мотивации, не ограничены в физической активности; 2-й этап: у пациентов с хорошим здоровьем имеются заболевания в неактивной фазе, несколько снижающие функциональные возможности; на 3-м этапе у пациентов с хорошим здоровьем имеются успешно леченные хронические заболевания, т.е. состояние пациентов характеризуется наличием отдельных симптомов хронических заболеваний, которые хорошо контролируются терапией, но еще больше снижают функциональные возможности; 4-й этап – старческая преастения: у пациентов с волнообразным течением заболеваний часто возникают их обострения, декомпенсация патологии, что значительно снижает функциональные возможности; 5-й этап – старческая астения легкой степени: характерны незначительные ограничения активности; 6-й – старческая астения умеренной степени с формированием потребности в длительном уходе; 7-й – выраженная старческая астения, при которой необходим постоянный, тщательный уход; 8-й – терминальная стадия старческой астении. Такая интерпретация синдрома старческой астении еще раз 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), направленный на выявление физикальных, функциональных и психосоциальных особенностей. Такой осмотр используется для сбора информации о состоянии здоровья и функциональности пациентов старших возрастных групп, помогает поставить полный диагноз, включающий в себя не только основное (хирургическое заболевание) и сопутствующую патологию, но и гериатрические синдромы, способные влиять на риск развития периоперационных осложнений и летальности. Поскольку синдром старческой астении больше связан с понятием ухода, комплексный подход позволяет разработать эффективные методы ведения пациентов старших возрастных групп хирургического профиля и индивидуальный план ухода за ними. Влияние синдрома старческой астении на результаты хирургического лечения пациентов старших возрастных групп в России не изучалось.

Нами изучена распространенность гериатрических синдромов и определена степень старческой астении у 234 больных старших возрастных групп, находящихся в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 и Городской больницы №2 Белгорода. Возраст пациентов – от 60 до 89 лет (в среднем – $68,7 \pm 3,4$ года). Лиц пожилого возраста было 145 (61,9%), старческого – 89 (38,1%), женщин – 137 (58,5%), мужчин – 97 (41,5%).

Исследование проводилось с помощью оригинальной программы для ЭВМ «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2013660311) на основании данных СГО [4, 5, 7]. Критериями включения в исследование явились: возраст пациентов от 60 до 89 лет; наличие острой или хронической хирургической патологии как основного заболевания, по поводу которого пациенты перенесли оперативное лечение; нахождение пациента на стационарном этапе лечения. Критерии исключения: возраст <60 и >89 лет; выраженный когнитивный дефицит; тяжелое и крайне тяжелое состояние.

Предлагаемая нами программа содержит 5 частей: выявление степени способности к передвижению, степени нарушения питания (синдрома мальнутриции), оценка когнитивных расстройств морального состояния пациента, степени независимости в повседневной жизни.

Для выявления степени способности к передвижению применялась шкала Оценка двигательной активности у пожилых (Functional mobility assessment in elderly patients по М. Tinetti, 1986) [8–9], состоящая из 2 частей: определение общей устойчивости и параметров ходьбы. Степень нарушения питания определяли по опроснику Mini nutritional assessment (MNA) [10], когнитивные способности – по опроснику Мини-исследование умственного состояния (Mini-mental state examination, Folstein M., Folstein S., McHugh P., 1975) [11], моральный статус – по опроснику Philadelphia geriatric morale scale (Lawton M., 1975) [12]. Степень независимости больного от посторонней помощи в повседневной жизни определяли по шкале Бартела [13].

При статистической обработке результатов применяли методы математико-статистической обработки с использованием программы Statgraphics plus for Windows версии 7.0 и метод главных компонент программы Statsoft Statistica v10 En.

В нашем исследовании у больных пожилого и старческого возраста, перенесших оперативное лечение, синдром старческой астении выявлен в 57,1±0,6% случаев: в пожилом возрасте – у 51,0±0,8%, в старческом – у 79,8±0,9% (p<0,05); см. таблицу. Хорошим состояние здоровья признано у 10,2±0,2% пациентов; преастения отмечена у 24,8±0,3%, синдром старческой астении легкой степени – у 24,4±0,3%, умеренной степени – у 11,8±0,2%. Наблюдалось возрастзависимое достоверное увеличение частоты синдрома: при выраженной старческой астении в пожилом и старческом возрасте – соответственно у 4,8±0,4 и 15,7±0,4% больных (p<0,5), в терминальной стадии синдрома – соответственно у 6,9±0,2 и 24,7±0,5% (p<0,05).

Исследование показало, что общее состояние пациентов старческого возраста характеризуется специфичностью. Так, в отличие от пациентов пожилого возраста у них имелись более выраженные нарушения параметров устойчивости и ходьбы (походки), был выше риск развития синдрома мальнутриции, ниже когнитивные способности, хуже моральное состояние, была больше выражена зависимость от окружающих. Это и обосновало необходимость разработки особого индивидуального подхода к реабилитации людей старческого возраста, перенесших оперативное вмешательство и нуждающихся в медико-социальной реабилитации, с учетом клинических, медико-социальных, социальных целей, а также целесообразность внедрения бригадного принципа с обучением специалистов принятым в современной гериатрии методам оценки состояния пациентов.

Индивидуальная реабилитационная программа разрабатывалась по данным СГО с применением оригинальной программы для ЭВМ «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении».

Для определения показателей, определяющих степень тяжести синдрома старческой астении и, следовательно, требующих первоочередного внимания и коррекции, был применен метод главных компонент с использованием факторного анализа.

Согласно данным факторного анализа, при синдроме старческой астении легкой степени наиболее важны параметры устойчивости, ходьбы и оценка развития синдрома маль-

нутриции; при синдроме старческой астении умеренной степени – параметры устойчивости, оценка развития синдрома мальнутриции, морального состояния и уровня независимости в повседневной жизни; при синдроме старческой астении выраженной степени – параметры устойчивости, ходьбы и независимости пациента в повседневной жизни; при синдроме старческой астении терминальной степени – параметры устойчивости, ходьбы, уровень независимости в повседневной жизни, синдром мальнутриции и параметры морального состояния.

Если по данным программы у больного диагностируется хорошее здоровье или преастения, он может получать стандартную схему реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе. Если при СГО выявляли синдром старческой астении, то определяли причины его развития (опираясь на данные факторного анализа) и назначали средства и методы реабилитации, направленные на коррекцию ведущих гериатрических синдромов. Для повышения уровня физической активности пациентов использовали кинезотерапию, индивидуальную дозированную лечебную физкультуру с целью предупреждения падений, максимально возможного восстановления мышечной силы и выносливости. Для предупреждения падений создавалась также терапевтическая среда, т.е. жилищные условия адаптировались к нуждам больного (убирали лишнюю мебель, ковровые дорожки и т.д.), пациентов обеспечивали вспомогательными техническими средствами реабилитации и обучали пользоваться ими. При синдроме мальнутриции назначали рациональную диетотерапию в зависимости от основного заболевания, при снижении массы тела применяли энтеральные сбалансированные смеси. Для улучшения морального состояния пациентов использовали методы психологической реабилитации – рациональную «малую» психотерапию в отношении и пациента, и его родственников с последующей разработкой программ специального лечения, нацеленного на адаптацию больного к изменившимся вследствие оперативного лечения условиям жизни и восстановление физических, социальных и психологических ресурсов. Восстановление адаптации к повседневной жизни и повышение степени социальной интеграции достигалось формированием и развитием навыков самообслуживания, самопомощи, трудотерапии, а также путем обеспечения вспомогательными техническими средствами реабилитации. Медикаментозное сопровождение больных старческого возраста после выписки из стационара также имело особенности:

Частота встречаемости синдрома старческой астении у больных старших возрастных групп, перенесших оперативное лечение (M±m); %

Состояние здоровья	Пациенты пожилого возраста	Пациенты старческого возраста
Хорошее	13,8±0,3	6,7±0,3*
Преастения	35,2±0,4	13,5±0,4*
Легкая астения	26,2±0,4	26,9±0,5
Умеренная астения	13,1±0,3	12,4±0,4
Выраженная астения	4,8±0,2	15,7±0,4*
Терминальная астения	6,9±0,2	24,7±0,5*

Примечание. * – достоверность различий с группой пожилых (p<0,05).

использовали бригадный метод – согласованные действия гериатра, участкового терапевта, хирурга и реабилитолога, что позволило избежать полипрагмазии и высоких доз лекарственных препаратов.

Предлагаемая схема гериатрической реабилитации больных старческого возраста, исходя из данных СГО, способствует улучшению физического и психологического состояния пациентов, повышению качества их жизни и уровня социализации.

Дальнейшее развитие службы реабилитации больных старших возрастных групп после оперативного лечения должно строиться на основе реализации методов и методик, предусматривающих СГО, определение для каждого пациента клинических, медико-социальных и социальных целей реабилитации.

Литература

1. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых // *Клин. геронтол.* – 2008; 4: 30–4.
2. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация / М.: МЕДпресс-информ, 2005; 325 с.
3. Медведев А.С. Основы медицинской реабилитологии / Минск: Беларуская навука, 2010; 435 с.
4. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр // *Геронтол. журн. им. В.Ф. Купревича.* – 2012; 4 (5): 66–84.
5. Ильницкий А. Н., Прощаев К. И. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии // *Геронтология.* – 2013; 1 (1).
6. Biein V. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach // *Rocz. Akad. Med. Bialymst.* – 2005; 50: 189–92.
7. Kalvach Z., Zadak Z., Jirak R. et al. *Geriatrickesyndromy a geriatrickypacient* / Praga: Grada, 2008; 336 p.
8. Ільницький А.М., Прощаєв К.І. Завчаснестаріння як громадська проблема // *Вестник Полоцкого гос. ун-та.* – 2005; 11: 98–101.
9. Partridge J., Harari D., Dhesis J. Frailty in the older surgical patient: a review // *Age and Ageing.* – 2012; 41: 142–7. doi: 10.1093/ageing/afr182.
10. Hubbard R., Story D. A. Patient frailty: the elephant in the operating room // *Anaesthesia.* – 2014; 69 (Suppl. 1): 26–34.
11. Story D., Leslie K., Myles P. et al. Complications and mortality in older surgical patients in Australia and New Zealand (the REASON study): a multicentre, prospective, observational study // *Anaesthesia.* – 2010; 65: 1022–30.
12. Tinetti M. Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 1986; 34: 119–26.
13. Tinetti M., Ginter S. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients // *JAMA.* – 1988; 259: 1058.
14. Vellas B. et al. The Mini-Nutritional Assessment and its use in the grading of nutritional status of elderly patients // *Nutrition.* – 1999; 15: 116–22.
15. Folstein M., Folstein S., McHugh P. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // *J. Psychiat. Res.* – 1975; 12 (3): 189–98.
16. Lawton M. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision // *J. Gerontol.* – 1975; 30: 85–9.
17. Machoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index // *Md. State Med. J.* – 1965; 14: 61–5.
18. Makary M., Segev D., Pronovost P. et al. Frailty as a predictor of surgical outcomes in older patients // *J. Am. Coll. Surg.* – 2010; 210: 901–8.

REHABILITATION OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS AFTER SURGICAL INTERVENTION

S. Gorelik, Candidate of Medical Sciences

Institute of Advanced Training, Federal Biomedical Agency, Moscow

The paper gives the data available in the literature and the author's investigations dealing with the rehabilitation of elderly and senile patients after surgical interventions. It describes current approaches to their rehabilitation, by determining the stage of senile asthenia during a specialized geriatric examination.

Key words: rehabilitation, elderly and senile age, surgical intervention.