

**ПОЛЯКОВ**  
**Павел Иванович**

**ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА  
С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И  
СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**14.01.30 – геронтология и гериатрия**

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

11 СЕН 2014



**005552409**

**Санкт-Петербург – 2014**

Работа выполнена в лаборатории восстановительного лечения и реабилитации Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН и СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 48»

**Научные руководители:**

доктор медицинских наук

**Гурко Глеб Игоревич**

доктор медицинских наук, доцент

**Медведев Дмитрий Станиславович**

**Официальные оппоненты:**

**Прощаев Кирилл Иванович**, доктор медицинских наук, профессор, ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА», профессор кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины

**Иванова Маиса Афанасьевна**, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, главный научный сотрудник отделения организации планирования и управления научными исследованиями

**Ведущая организация:**

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «26» сентября 2014 г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 601.001.01 при Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по адресу: 197110, Россия, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН (197110, Россия, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3).

Автореферат разослан «19» августа 2014 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор биологических наук, профессор

Козина Л.С.

# **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

## **Актуальность темы**

Традиционно в нашей стране и за рубежом центральным звеном оказания гериатрической помощи является амбулаторно-поликлиническое звено [Денисов И.Н., 2010; Денисов И.Н. и соавт., 2012; Захарова Н.О., Тренева Е.В., 2013]. Это касается всех категорий пациентов, но в большей степени присуще больным терапевтического и неврологического профилей [Байда А.П., 2009]. Такие классические гериатрические подходы, как герогогика (обучение пациентов старших возрастных групп) и бригадное ведение, по отношению к пациентам хирургического профиля старших возрастных групп пока не нашло широкого внедрения, данному вопросу посвящено ограниченное количество исследований [Иванова М.А. и соавт., 2011; Прощаев К.И. и соавт., 2013]. Это приводит к недооценке значимости оказания хирургической помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе людям пожилого и особенно старческого возраста; врачи-хирурги поликлиник ориентированы на оказание помощи пациентам молодого и среднего возраста, при этом задача диспансерного наблюдения за лицами старших возрастных групп адекватно не решается [Новиков К.В., 2009].

Результатом такого положения дел является недостаточно активная позиция хирургической амбулаторной службы по своевременному выявлению хирургической патологии у пациентов старших возрастных групп, диспансерная работа среди этого контингента недостаточна, отмечается низкий уровень использования современных технологий амбулаторно-поликлинической помощи, таких как дневной стационар, стационар на дому и других [Грачева А.С., 2011].

В этой связи большую значимость приобретают исследования, направленные на разработку оптимальных схем амбулаторно-поликлинической хирургической помощи пациентам старших возрастных групп с учетом современных подходов, принятых в клинической гериатрии [Christensen K. и соавт., 2009].

## **Цель исследования**

Разработать и научно обосновать пути оптимизации медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста с хирургическими заболеваниями и сопутствующей соматической патологией на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

## **Задачи исследования**

1. Изучить клиническую эпидемиологию хирургической патологии и сопутствующий полиморбидный фон у людей среднего, пожилого и старческого возраста по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения.

2. Выявить особенности оказания хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях пациентам старших возрастных групп.

3. Оценить уровень хирургической помощи пациентам старших возрастных групп на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи с позиции подходов, принятых в гериатрии.

4. Разработать научно-обоснованную модель оптимизации хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

5. Оценить эффективность применения модели оптимизации хирургической помощи пациентам старших возрастных групп.

### **Научная новизна работы**

В диссертации впервые представлен возрастной анализ распространенности острой и хронической хирургической патологии, а также сопутствующей соматической патологии. Выявлено, что заболевания, входящие в данную группу, по уровню распространенности в зависимости от возраста целесообразно разделить на четыре группы: характеризующиеся увеличением распространенности и тяжести по мере старения; характеризующиеся отсутствием возрастных различий; большая распространенность у людей пожилого и старческого возраста по сравнению с лицами среднего возраста; характеризующиеся уменьшением распространенности в старческом возрасте.

В работе впервые показано, что существующая система оказания хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях может быть охарактеризована как эйджистская, так как по мере увеличения возраста пациентов происходит снижение обращаемости за хирургической помощью, редукция в применении ряда методов обследования, некоторых методов лечения (дневной стационар, реабилитация).

Выявлено, что по отношению к пациентам хирургического профиля пожилого и старческого возраста недостаточно активно применяются классические методы, принятые в современной клинической гериатрии, такие как бригадный подход, героогика.

Впервые разработана модель оптимальной хирургической помощи пациентам старших возрастных групп в поликлинике, которая основана на учете всех выявленных дефектов в оказании помощи данного профиля. Показана высокая медицинская и социальная эффективность данной модели.

### **Практическая значимость**

Разработаны рекомендации по оптимизации хирургической помощи пациентам старших возрастных групп в поликлинике по таким показателям, как критерии оптимальной обращаемости за помощью, частота назначения методов обследования и применения стационарзамещающих технологий, организационных технологий, основанных на принципах бригадного подхода и героогики. Они легли в основу модели оптимальной хирургической

помощи пациентам старших возрастных групп на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

Оценка разработанной модели в клинической практике показало ее медицинскую и социальную эффективность: достигнуто достоверное улучшение субъективного и объективного статуса пациентов, выявлено положительное влияние на качество жизни в пожилом и старческом возрасте, удалось достичь улучшения медико-социальных показателей течения хирургической патологии по показателям обращаемости за скорой помощью, количества госпитализаций и обращаемости в поликлинику.

### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту**

1. По мере старения отмечается увеличение распространенности хирургических заболеваний, при этом наибольшая частота встречаемости у людей пожилого и старческого возраста на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи характерна для деформирующего остеоартроза, варикозной болезни вен и желчекаменной болезни; максимальная частота сопутствующей соматической патологии приходится на пожилой возраст.

2. В амбулаторной хирургии имеет место формирование эйджистского подхода в оказании помощи, так как по мере увеличения возраста пациентов снижается частота применения методов обследования и некоторых методов лечения (дневной стационар, реабилитация).

3. При оказании амбулаторной хирургической помощи недостаточно применяются принятые в современной гериатрии подходы, такие как бригадный метод и герогогика.

4. Разработанная модель оптимальной хирургической помощи пациентам старших возрастных групп учитывает параметры обращаемости за помощью, частоту назначения методов обследования и лечения, включает применение бригадного метода и герогогику, что в совокупности способствует достоверному улучшению субъективного и объективного статуса людей пожилого и старческого возраста, повышению качества их жизни, улучшению медико-социальных показателей течения хронических заболеваний.

### **Связь с научно-исследовательской работой Института**

Диссертационная работа является научной темой, выполняемой по основному плану НИР Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН.

### **Апробация и реализация результатов диссертации**

Результаты исследований, включенных в диссертацию, доложены и обсуждены на следующих научных съездах, конференциях, симпозиумах, совещаниях: III Съезде геронтологов и гериатров России (Новосибирск, 2012); 5-ой международной конференции «Геронтологические чтения –

2012» (Белгород, 2012); конференции молодых ученых «Взаимодействие науки и практики (Харьков 2012); Межрегиональной конференции «Проблемы ускоренного старения» (Киев, 2012).

Результаты исследования используются в практической деятельности СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 48», многопрофильного медицинского центра «Поколение» (г. Белгород), многопрофильного медицинского центра «Ваша клиника» (г. Москва), в учебно-педагогическом процессе медицинского факультета Белгородского государственного национального исследовательского университета, кафедры терапии и патологии пожилого возраста института повышения квалификации ФМБА России (г. Москва), в научной деятельности Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН.

### **Личный вклад автора**

Автором лично определены цель и задачи исследования, проанализирована отечественная и зарубежная литература по изучаемой проблеме, разработаны методические подходы к проведению исследования. Автор непосредственно производил сбор данных, обработку и обобщение полученных материалов, подготовку основных публикаций по выполненной работе, написание и оформление рукописи. Личный вклад автора составляет 85%.

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 17 работ, в т.ч. 5 статей в научных журналах из перечня ВАК Министерства образования и науки РФ, 2 статьи в других журналах, 10 тезисов докладов.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из оглавления, введения, общей характеристики работы, основной части, состоящей из пяти глав, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников. Работа представлена на 129 страницах, содержит 29 таблиц, 10 рисунков и список использованной литературы, включающий 161 источник (в т.ч. 68 на иностранных языках).

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

При проведении исследования для достижения поставленных цели и задач нами были последовательно реализованы следующие этапы.

**Распространенность хирургической патологии в разных возрастных группах: сравнительный анализ.** Были изучены показатели распространенности острой (требующей госпитализации) и хронической (требующей динамического диспансерного наблюдения в хирургическом кабинете поликлиники) хирургической патологии, а также сопровождавшего их общесоматического фона. При изучении распространенности острой патологии было проанализировано ведение 644 пациентов, из которых к

средней возрастной группе принадлежало 233 человека в возрасте от 42 до 55 лет (средний возраст составлял  $45,7 \pm 2,7$  года), пациентов пожилого возраста было 204 в возрасте от 62 до 70 лет (их средний возраст был  $65,7 \pm 2,3$  года), пациентов старческого возраста в исследование было включено 207 человек в возрасте от 75 до 86 лет, средний возраст этой группы был  $78,6 \pm 2,2$  года. При изучении распространенности хронической патологии в исследовании приняло участие 1124 пациента, из которых к средней возрастной группе относилось 361 пациент в возрасте 41 до 56 лет (средний возраст составлял  $48,5 \pm 2,2$  года), к пожилому возрасту – 370 пациентов в возрасте от 61 до 72 лет (их средний возраст был  $66,1 \pm 2,5$  года), к старческому возрасту – 393 пациента в возрасте от 75 до 88 лет (средний возраст был  $78,3 \pm 2,4$  года) (табл. 1).

Таблица 1

Количественная характеристика пациентов, включенных в  
эпидемиологическую часть исследования

| Возраст    | Количество пациентов              |                                        |
|------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
|            | с острой хирургической патологией | с хронической хирургической патологией |
| Средний    | 233                               | 361                                    |
| Пожилой    | 204                               | 370                                    |
| Старческий | 207                               | 393                                    |
| Всего      | 644                               | 1124                                   |

Результатом реализации эпидемиологического этапа исследования было получение данных о распространенности острых и хронических хирургических заболеваний, сопутствующего им соматического фона у людей среднего, пожилого и старческого возраста на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи.

**Технология оказания амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в разных возрастных группах: сравнительный анализ.** Нами был проведен сравнительный анализ технологии оказания амбулаторно-поликлинической помощи в разных возрастных группах. На основании результатов предыдущего этапа исследования были выделены три группы пациентов с наиболее распространенными заболеваниями хирургического профиля на амбулаторно-поликлиническом этапе: деформирующий остеоартроз суставов, варикозная болезнь вен нижних конечностей, желчнокаменная болезнь.

Технологические аспекты изучения оказания хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях пациентам разного возраста включали следующие положения: изучение обращаемости пациентов среднего, пожилого и старческого возраста за медицинской помощью к врачам-специалистам различного профиля, а именно хирургу, участковому терапевту, кардиологу, эндокринологу, ревматологу (среднее количество обращений в год,  $M \pm m$ ); средняя частота применения рутинных методов

обследования у одного пациента разного возраста, а именно – общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (средняя частота назначений в год,  $M \pm m$ ); частота применения ресурсосберегающих технологий у одного пациента разного возраста, а именно – дневной стационар, стационар на дому, применение немедикаментозных методов в условиях отделений медицинской реабилитации поликлиники (средняя частота применения в год,  $M \pm m$ ); частота применения некоторых организационных технологий, в том числе реализующих методы геронгологии и бригадный подход в гериатрии, а именно – периодические медицинские осмотры, комиссионные осмотры (консилиумы), «Школа больного», взаимодействие с социальной службой, трудовые рекомендации (средняя частота применения в год,  $M \pm m$ ).

Количественная характеристика пациентов, включенных в данный раздел исследования, представлена в табл. 2.

Таблица 2

Количественная характеристика пациентов, включенных в исследование по изучению технологии оказания хирургической помощи пациентам разного возраста на амбулаторно-поликлиническом этапе

| Возраст    | Средний возраст (лет) | Количество пациентов с |                     |                        | Всего пациентов |
|------------|-----------------------|------------------------|---------------------|------------------------|-----------------|
|            |                       | остеоартрозом          | варикозной болезнью | желчекаменной болезнью |                 |
| Средний    | 47,2 $\pm$ 1,3        | 34                     | 32                  | 35                     | 101             |
| Пожилой    | 65,4 $\pm$ 1,5        | 35                     | 33                  | 34                     | 102             |
| Старческий | 77,5 $\pm$ 1,4        | 32                     | 32                  | 33                     | 97              |

Как видно из представленных результатов, всего в данный этап исследования было включено 300 пациентов разных возрастных групп.

Анализ результатов данного этапа исследования позволил выявить особенности оказания хирургической помощи пациентам старших возрастных групп, снижающие качество лечения, что в дальнейшем дало возможность предложить меры по ее совершенствованию.

**Построение модели оптимальной хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста в амбулаторно-поликлинических условиях и оценка ее эффективности.** На основе данных, полученных на предыдущих этапах исследования, нами была построена модель оптимальной хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста в амбулаторно-поликлинических условиях.

Построение модели базировалось на принципах системного подхода, согласно которым процесс оказания помощи рассматривается как взаимосвязанное целое, состоящее из трех частей: вход в систему, процессы внутри системы и выход из системы (блок-схема 1).

Для оценки эффективности разработанной модели оптимальной хирургической помощи пациентам старших возрастных групп было

проведено рандомизированное контролируемое проспективное исследование, в ходе которого были сформированы две группы пациентов пожилого и старческого возраста.

В группу пациентов пожилого возраста было включено 62 пациента, из которых в контрольную группу вошли 31 чел. (средний возраст –  $65,2 \pm 0,9$  лет), в основную группу – 32 чел. (средний возраст составлял  $65,4 \pm 1,2$  года).

По нозологиям пациенты распределились следующим образом: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (45,0%), деформирующий полиостеоартроз (75,0%), варикозная болезнь вен нижних конечностей (25,0%), желчекаменная болезнь (17,5%) и их сочетанием.



Блок-схема 1. Принципиальный подход к формированию модели оптимальной хирургической помощи для пациентов старшего возраста.

В группу пациентов старческого возраста был включен 61 пациент, из которых в контрольную группу вошло 30 пациентов (средний возраст –  $76,1 \pm 1,3$  лет), в основную группу – 31 пациент (средний возраст составлял  $77,5 \pm 1,4$  года). Пациенты были подобраны с такой же патологией, как и группа лиц пожилого возраста: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (67,0%), деформирующий полиостеоартроз (85,0%), варикозная болезнь вен нижних конечностей (35,0%), желчекаменная болезнь (19,5%), а также их сочетанием.

Пациентам, которые вошли в основную группу, была предложена усовершенствованная тактика динамического диспансерного наблюдения, пациенты контрольной группы получали стандартную терапию на базе хирургического кабинета многопрофильной поликлиники. Период работы по разработанной модели составил один год, по истечении которого был проведен сравнительный анализ качества жизни по опроснику SF-36, а также показателей течения хирургических заболеваний в основных и контрольных группах каждой возрастной когорты.

Для статистической обработки результатов исследования использован метод оценки значимости различий двух совокупностей путем применения

критерия t-Стьюдента. Разность показателей является достоверной при  $t \geq 2$ , в этом случае  $p < 0,05$ . Критерий t Стьюдента использован для выявления достоверных различий между количественными характеристиками исследуемых процессов. При проведении статистической обработки данных, они были внесены в электронные таблицы «Excel», математико-статистическая обработка выполнена с использованием программы «Statgraphicsplus for Windows», версия 7.0.

## **ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **Клиническая эпидемиология хирургических заболеваний и сопутствующей соматической патологии: возрастной анализ**

При изучении возрастной эпидемиологии острой хирургической патологии (потребовавшей ургентной госпитализации пациента в хирургический стационар) нами были получены следующие данные.

Частота встречаемости различных острых хирургических заболеваний в расчете на 100 пациентов, наблюдавшихся в поликлинике, у людей среднего, пожилого и старческого возраста была следующей.

При остром калькулезном холецистите в среднем возрасте частота госпитализаций составила  $2,3 \pm 0,1$  случай на 100 пациентов, в пожилом возрасте –  $2,2 \pm 0,2$  случая, в старческом возрасте –  $2,3 \pm 0,1$  случай. При остром аппендиците мы наблюдали возраст-зависимое снижение частоты встречаемости заболевания: в среднем возрасте –  $1,5 \pm 0,1$  случай, в пожилом возрасте –  $0,8 \pm 0,1$  случай, в старческом возрасте –  $0,4 \pm 0,1$  случай,  $p < 0,05$ . Напротив, при осложненной язвенной болезни (кровотечение, перфорация, пенетрация) частота развития неотложного состояния не зависела от возраста и составляла у людей среднего возраста  $0,5 \pm 0,02$  случая, пожилого возраста –  $0,5 \pm 0,03$  случая, старческого возраста –  $0,5 \pm 0,01$  случай. В случае с острым панкреатитом наблюдается достоверное снижение частоты развития заболевания именно в старческом возрасте: средний возраст –  $1,3 \pm 0,1$  случай, пожилой возраст –  $1,4 \pm 0,2$  случая, старческий возраст –  $0,2 \pm 0,01$  случай,  $p < 0,05$  (табл. 3).

При острой хирургической патологии нами показано четкое увеличение частоты хронических соматических состояний в стадии декомпенсации, что утяжеляло состояние пациентов и предъявляло соответствующие требования к оказанию помощи на догоспитальном этапе.

В частности, нами было показано, что на фоне острой хирургической патологии имело место также ухудшение течения (декомпенсация, обострение) следующих сопутствующих соматических состояний.

Таблица 3

Частота развития острой хирургической патологии брюшной полости  
(в расчете на 100 пациентов)

| Патология                     | Возраст        |                |                 |
|-------------------------------|----------------|----------------|-----------------|
|                               | Средний        | Пожилой        | Старческий      |
| Острый холецистит             | 2,3 $\pm$ 0,1  | 2,2 $\pm$ 0,2  | 2,3 $\pm$ 0,1   |
| Острый аппендицит             | 1,5 $\pm$ 0,1  | 0,8 $\pm$ 0,1  | 0,4 $\pm$ 0,1*  |
| Язвенная болезнь, осложненная | 0,5 $\pm$ 0,02 | 0,5 $\pm$ 0,03 | 0,5 $\pm$ 0,01  |
| Острый панкреатит             | 1,3 $\pm$ 0,1  | 1,4 $\pm$ 0,2  | 0,2 $\pm$ 0,01* |

Примечание: \* $p < 0,05$  по сравнению с людьми среднего и пожилого возраста.

Декомпенсация хронической сердечной недостаточности в среднем возрасте имела место в 10,3 $\pm$ 0,5 случаях, в пожилом возрасте – 17,1 $\pm$ 0,2 случая, в старческом возрасте – 24,5 $\pm$ 0,3 случая,  $p < 0,05$ .

Острая хирургическая патология сопровождается гипертоническим кризом в среднем возрасте с частотой 7,4 $\pm$ 0,2 случая, в пожилом возрасте – 21,8 $\pm$ 0,1 случай, в старческом возрасте – 29,3 $\pm$ 0,2 случая,  $p < 0,05$  (табл. 4).

Таблица 4

Частота соматической патологии в стадии декомпенсации на фоне острой хирургической патологии (в расчете на 100 пациентов)

| Патология                                           | Возраст        |                 |                 |
|-----------------------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|
|                                                     | Средний        | Пожилой         | Старческий      |
| Декомпенсация хронической сердечной недостаточности | 10,3 $\pm$ 0,5 | 17,1 $\pm$ 0,2  | 24,5 $\pm$ 0,3* |
| Гипертонический криз                                | 7,4 $\pm$ 0,2  | 21,8 $\pm$ 0,1  | 29,3 $\pm$ 0,2* |
| Пароксизмальная мерцательная аритмия                | 2,3 $\pm$ 0,1  | 5,9 $\pm$ 0,2   | 7,8 $\pm$ 0,3*  |
| Частая желудочковая экстрасистолия                  | 10,4 $\pm$ 0,9 | 21,5 $\pm$ 1,03 | 41,4 $\pm$ 2,8* |
| Декомпенсация сахарного диабета                     | 5,1 $\pm$ 1,0  | 7,2 $\pm$ 1,2   | 9,5 $\pm$ 1,0*  |
| Обострение хронической обструктивной болезни легких | 2,2 $\pm$ 0,8  | 5,4 $\pm$ 0,9   | 7,8 $\pm$ 0,8*  |
| Обострение бронхиальной астмы                       | 2,4 $\pm$ 0,9  | 7,1 $\pm$ 1,1   | 10,5 $\pm$ 0,9* |
| Психотические расстройства                          | 2,0 $\pm$ 0,5  | 17,9 $\pm$ 2,1  | 34,5 $\pm$ 2,3* |

Примечание: \* $p < 0,05$  по сравнению с людьми среднего и пожилого возраста.

Характерно возраст-зависимое увеличение частоты аритмического синдрома,  $p < 0,05$ . При проведении исследования нами было выявлено, что наиболее частой патологией, требующей динамического наблюдения хирургом, являлся деформирующий остеоартроз. При всех градациях тяжести функциональных состояний, подлежащих наблюдению со стороны хирургов, отмечается зависимое от возраста увеличение частоты встречаемости деформирующего остеоартроза. Например, при нарушении функции суставов второй-третьей степени частота встречаемости заболевания в среднем возрасте составляла  $22,4 \pm 0,7$  случаев, в пожилом возрасте –  $58,5 \pm 1,2$  случая, в старческом возрасте –  $72,3 \pm 1,1$  случаев,  $p < 0,05$  (табл. 5).

Таблица 5

Частота встречаемости деформирующего остеоартроза с разными степенями нарушения функции суставов (в расчете на 100 пациентов)

| Степень нарушения функции суставов | Возраст        |                |                  |
|------------------------------------|----------------|----------------|------------------|
|                                    | Средний        | Пожилой        | Старческий       |
| Вторая – третья                    | $22,4 \pm 0,7$ | $58,5 \pm 1,2$ | $72,3 \pm 1,1^*$ |
| Третья                             | $7,8 \pm 0,2$  | $8,9 \pm 0,4$  | $10,5 \pm 0,3^*$ |
| Третья – четвертая                 | $1,3 \pm 0,02$ | $1,8 \pm 0,01$ | $2,4 \pm 0,02^*$ |
| Четвертая                          | $0,2 \pm 0,01$ | $0,5 \pm 0,01$ | $1,1 \pm 0,02^*$ |

Примечание: \* $p < 0,05$  по сравнению с людьми среднего и пожилого возраста.

Было выявлено, что из диспансерной группы больных (хроническая хирургическая патология) варикозное расширение вен нижних конечностей и его осложненное течение было достоверно более частым у людей пожилого и старческого возраста без достоверной разности показателей между последними группами. Так, варикозное расширение вен встречалось в среднем возрасте с частотой  $25,3 \pm 0,5$  случаев, в пожилом возрасте –  $37,1 \pm 0,4$  случая, в старческом возрасте –  $37,2 \pm 0,3$  случая; варикозное расширение вен с трофическими нарушениями встречалось у людей среднего возраста с частотой  $7,2 \pm 0,2$  случая, у людей пожилого возраста –  $9,1 \pm 0,1$  случай, в старческом возрасте –  $9,2 \pm 0,4$  случая; тромбофлебитический процесс имел место в среднем возрасте в  $5,0 \pm 0,3$  случаях, в пожилом возрасте –  $7,4 \pm 0,2$  случая, в старческом возрасте –  $7,5 \pm 0,3$  случая,  $p < 0,05$  (табл. 6).

Было выявлено, что у пациентов из группы хронических заболеваний органов брюшной полости наибольшая распространенность у желчекаменной болезни. При этом, в пожилом и старческом возрасте имеет место достоверное увеличение количества случаев желчнокаменной болезни, оно составляло соответственно  $23,4 \pm 0,3$  случая на 100 пациентов и  $23,5 \pm 0,2$  случая на 100 пациентов.

Таблица 6

Частота встречаемости венозной патологии (в расчете на 100 пациентов)

| Патология                                            | Возраст        |                |                 |
|------------------------------------------------------|----------------|----------------|-----------------|
|                                                      | Средний        | Пожилой        | Старческий      |
| Варикозное расширение вен неосложненное              | 25,3 $\pm$ 0,5 | 37,1 $\pm$ 0,4 | 37,2 $\pm$ 0,3* |
| Варикозное расширение вен с трофическими нарушениями | 7,2 $\pm$ 0,2  | 9,1 $\pm$ 0,1  | 9,2 $\pm$ 0,4*  |
| Тромбофлебитический процесс                          | 5,0 $\pm$ 0,3  | 7,4 $\pm$ 0,2  | 7,5 $\pm$ 0,3*  |

Примечание: \* $p < 0,05$  по сравнению с людьми среднего и пожилого возраста.

В среднем возрасте количество случаев было достоверно меньшим и составляло 17,4 $\pm$ 0,4,  $p < 0,05$  (табл. 7).

Таблица 7

Частота встречаемости хирургической патологии органов брюшной полости (в расчете на 100 пациентов)

| Патология                                               | Возраст        |                 |                    |
|---------------------------------------------------------|----------------|-----------------|--------------------|
|                                                         | Средний        | Пожилой         | Старческий         |
| Последствия язвенной болезни, осложненной кровотечением | 1,2 $\pm$ 0,1  | 1,2 $\pm$ 0,2   | 1,1 $\pm$ 0,3      |
| Последствия язвенной болезни, осложненной перфорацией   | 1,0 $\pm$ 0,2  | 1,1 $\pm$ 0,3   | 1,1 $\pm$ 0,2      |
| Последствия язвенной болезни, осложненной пенетрацией   | 1,1 $\pm$ 0,1  | 1,2 $\pm$ 0,2   | 1,1 $\pm$ 0,1      |
| Желчнокаменная болезнь                                  | 17,4 $\pm$ 0,4 | 23,5 $\pm$ 0,2* | 23,4 $\pm$ 0,03*   |
| Постхолецистэктомический синдром                        | 7,2 $\pm$ 0,1  | 7,1 $\pm$ 0,2   | 7,2 $\pm$ 0,2      |
| Хронический рецидивирующий панкреатит                   | 5,4 $\pm$ 0,3  | 5,4 $\pm$ 0,2   | 5,3 $\pm$ 0,4      |
| Осложненный цирроз печени                               | 3,1 $\pm$ 0,1  | 4,0 $\pm$ 0,1*  | 1,5 $\pm$ 0,2*, ** |

Примечание: \* $p < 0,05$  при сравнении с группой среднего возраста,\*\*  $p < 0,05$  при сравнении с группой пожилого возраста.

Из сопутствующей соматической патологии наибольшее значение имела сердечно-сосудистая патология, причем наиболее распространенным заболеванием была стенокардия напряжения. Выявлено, что второй ФК стенокардии напряжения в среднем возрасте встречался в 12,4 $\pm$ 0,5 случаев, в пожилом возрасте – 22,3 $\pm$ 0,4 случаев, в старческом возрасте – 28,3 $\pm$ 0,2 случая,  $p < 0,05$ . Интересные закономерности были выявлены в отношении третьего и четвертого ФК стенокардии, когда их распространенность достоверно увеличивалась в пожилом возрасте, а в старческом – достоверно

снижалась. В частности, распространенность стенокардии третьего ФК в среднем возрасте составляла  $5,2 \pm 0,2$  случая на 100 пациентов, в пожилом возрасте –  $12,4 \pm 0,1$  случай, в старческом возрасте –  $7,1 \pm 0,1$  случай,  $p < 0,05$ ; распространенность стенокардии напряжения четвертого ФК в среднем возрасте была  $2,1 \pm 0,1$  случаев, в пожилом возрасте –  $5,7 \pm 0,2$  случая, в старческом возрасте –  $3,1 \pm 0,4$  случая,  $p < 0,05$ . Подобные закономерности были выявлены нами в отношении АГ разной степени риска. Если при АГ первой – второй степени риска отмечалось достоверное увеличение распространенности в пожилом возрасте без динамики в старческом, то при третьем – четвертом степени риска имело место снижение количества случаев тяжелой гипертензии у людей старческого возраста,  $p < 0,05$  (табл. 8).

Таблица 8

Частота встречаемости сердечно-сосудистой патологии у пациентов разного вопроса на фоне хронических хирургических заболеваний (в расчете на 100 пациентов)

| Патология                            | Возраст        |                  |                       |
|--------------------------------------|----------------|------------------|-----------------------|
|                                      | Средний        | Пожилой          | Старческий            |
| Стенокардия напряжения второго ФК    | $12,4 \pm 0,5$ | $22,3 \pm 0,4^*$ | $28,3 \pm 0,2^*, **$  |
| Стенокардия напряжения третьего ФК   | $5,2 \pm 0,2$  | $12,4 \pm 0,1^*$ | $7,1 \pm 0,1^*, **$   |
| Стенокардия напряжения четвертого ФК | $2,1 \pm 0,1$  | $5,7 \pm 0,2^*$  | $3,1 \pm 0,2^*, **$   |
| АГ первого – второго риска           | $20,1 \pm 0,3$ | $25,2 \pm 0,2^*$ | $23,4 \pm 0,03^*, **$ |
| АГ третьего – четвертого риска       | $17,2 \pm 0,2$ | $26,1 \pm 0,1^*$ | $19,5 \pm 0,1^*, **$  |
| Постоянная мерцательная аритмия      | $5,4 \pm 0,2$  | $12,1 \pm 0,2^*$ | $21,1 \pm 0,3^*, **$  |
| Частая желудочковая экстрасистолия   | $12,5 \pm 0,1$ | $21,5 \pm 0,2^*$ | $31,7 \pm 0,2^*, **$  |

Примечание: \* $p < 0,05$  при сравнении с группой среднего возраста,

\*\* $p < 0,05$  при сравнении с группой пожилого возраста.

В целом следует отметить, что индекс полиморбидности в среднем возрасте составил 2,2, в пожилом – 5,8, в старческом – 3,9 (различия между возрастными группами достоверны,  $p < 0,05$ ).

### Технология хирургической помощи в поликлинике: возрастной анализ

**Обращаемость за помощью.** При изучении обращаемости за помощью к разным специалистам системы первичной медико-санитарной помощи в расчете на 100 пациентов были получены следующие результаты. Обращаемость к хирургу поликлиники в объеме всей выборочной совокупности на протяжении одного года составляла в среднем возрасте –  $3,1 \pm 1,1$ , в пожилом возрасте –  $3,2 \pm 1,2$  случая, в старческом возрасте обращаемость была достоверно более низкой и составляла  $1,3 \pm 0,8$ ,  $p < 0,05$ . Обращаемость к участковому терапевту пациентов хирургической группы

составляла в среднем возрасте –  $7,6 \pm 1,2$  случая, в пожилом возрасте была достоверно большей –  $12,7 \pm 1,3$  случая, а в старческом возрасте достоверно снижалась и составляла  $5,2 \pm 1,2$  случая,  $p < 0,05$ . Обращаемость к кардиологу поликлиники не имела достоверных различий в среднем и пожилом возрасте – соответственно,  $2,2 \pm 0,3$  и  $2,1 \pm 0,2$  случая, в старческом возрасте достоверно снижалась –  $1,0 \pm 0,2$  случая,  $p < 0,05$ . Аналогичные закономерности были выявлены при изучении обращаемости к ревматологу: средний возраст –  $1,4 \pm 0,1$  случаев активных обращений, пожилой возраст –  $1,5 \pm 0,2$  случая, старческий возраст –  $0,4 \pm 0,01$  случай,  $p < 0,05$ . Среднее количество обращений к эндокринологу снижалось по мере старения: средний возраст –  $1,5 \pm 0,2$  обращений, пожилой возраст –  $0,9 \pm 0,1$  случаев, старческий возраст –  $0,3 \pm 0,01$  случаев обращений,  $p < 0,05$ .

Описанные данные представлены в табл. 9.

Таблица 9

Среднее количество обращений пациентов разного возраста к специалистам поликлиники (на протяжении одного года)

| Специалист          | Возраст       |                  |                     |
|---------------------|---------------|------------------|---------------------|
|                     | Средний       | Пожилой          | Старческий          |
| Хирург              | $3,1 \pm 1,1$ | $3,2 \pm 1,2$    | $1,3 \pm 0,8^{**}$  |
| Участковый терапевт | $7,6 \pm 1,2$ | $12,7 \pm 1,3^*$ | $5,2 \pm 1,2^{**}$  |
| Кардиолог           | $2,2 \pm 0,3$ | $2,1 \pm 0,2$    | $1,0 \pm 0,2^{**}$  |
| Эндокринолог        | $1,5 \pm 0,2$ | $0,9 \pm 0,1^*$  | $0,3 \pm 0,01^{**}$ |
| Ревматолог          | $1,4 \pm 0,1$ | $1,5 \pm 0,2$    | $0,4 \pm 0,01^{**}$ |

Примечание: \* $p < 0,05$  при сравнении групп среднего и пожилого возраста, \*\* $p < 0,05$  при сравнении группы старческого возраста с другими возрастными категориями.

Полученные данные свидетельствуют о снижении количества обращений пациентов старческого возраста ко всем специалистам, что может говорить о недостаточной активности самих пациентов по сохранению собственного здоровья, а также о недостаточно активной позиции самих учреждений здравоохранения, которые нередко ориентированы на поддержание уровня здоровья людей именно трудоспособного возраста.

**Методы обследования.** При изучении частоты назначения методов обследования пациентам разного возраста на протяжении одного календарного года в объеме всей выборочной совокупности нами были получены следующие результаты.

Частота назначения ОАК была в среднем возрасте  $2,2 \pm 0,3$  случая, в пожилом возрасте –  $1,5 \pm 0,1$  случай, в старческом возрасте –  $0,8 \pm 0,01$  случай,  $p < 0,05$ . Частота назначения ОАМ составляла в среднем возрасте  $2,3 \pm 0,2$  случая, в пожилом возрасте –  $1,4 \pm 0,1$  случай, в старческом возрасте –  $0,7 \pm 0,02$  случая,  $p < 0,05$ . БАК был назначен со следующей частотой: в среднем возрасте –  $2,1 \pm 0,2$  случая, в пожилом возрасте –  $1,3 \pm 0,01$  случай, в

старческом возрасте –  $0,7 \pm 0,01$  случай,  $p < 0,05$ . Метод ЭКГ был применен со следующей частотой: в среднем возрасте –  $2,2 \pm 0,1$  случай, в пожилом возрасте –  $1,1 \pm 0,02$  случая, в старческом возрасте –  $0,6 \pm 0,02$  случая,  $p < 0,05$ . УЗИ было назначено с частотой: в среднем возрасте –  $1,1 \pm 0,01$  случай, в пожилом возрасте –  $0,9 \pm 0,01$  случай, в старческом возрасте –  $0,5 \pm 0,01$  случай,  $p < 0,05$ . Полученные данные изложены в табл. 10. При анализе полученных данных видно, что с возрастом происходит снижение количества проведенных обследований, что объясняется ориентацией проводимых диспансерных мероприятий на лиц работоспособного возраста, которые также охвачены мерами периодических медицинских осмотров. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости усиления работы с контингентом людей старших возрастных групп.

Таблица 10

Частота применения методов обследования в поликлинике у людей разного возраста (на протяжении одного года)

| Метод обследования          | Возраст        |                  |                     |
|-----------------------------|----------------|------------------|---------------------|
|                             | Средний        | Пожилой          | Старческий          |
| Общий анализ крови          | $2,2 \pm 0,3$  | $1,5 \pm 0,1^*$  | $0,8 \pm 0,01^{**}$ |
| Общий анализ мочи           | $2,3 \pm 0,2$  | $1,4 \pm 0,1^*$  | $0,7 \pm 0,02^{**}$ |
| Биохимический анализ крови  | $2,1 \pm 0,2$  | $1,3 \pm 0,01^*$ | $0,7 \pm 0,01^{**}$ |
| Электрокардиограмма         | $2,2 \pm 0,1$  | $1,1 \pm 0,02^*$ | $0,6 \pm 0,02^{**}$ |
| Ультразвуковое исследование | $1,1 \pm 0,01$ | $0,9 \pm 0,01^*$ | $0,5 \pm 0,01^{**}$ |

Примечание: \* $p < 0,05$  при сравнении групп среднего и пожилого возраста, \*\* $p < 0,05$  при сравнении группы старческого возраста с другими возрастными категориями.

**Применение стационарзамещающих технологий.** Кратность направления пациентов разного возраста в течение года в дневной стационар поликлиники составляла: в среднем возрасте –  $2,1 \pm 0,1$ , в пожилом возрасте –  $1,3 \pm 0,2$ , в старческом возрасте –  $0,5 \pm 0,02$ ,  $p < 0,05$ . Кратность организации стационара на дому была в разных возрастных группах следующей: в среднем возрасте –  $0,3 \pm 0,01$ , в пожилом возрасте –  $0,5 \pm 0,02$ , в старческом возрасте –  $1,3 \pm 0,01$ ,  $p < 0,05$ . Кратность проведенных курсов МР в поликлинике на базе специализированных отделений была следующей: в среднем возрасте –  $3,2 \pm 0,3$ , в пожилом возрасте –  $4,5 \pm 0,2$ , в старческом возрасте –  $2,1 \pm 0,1$ ,  $p < 0,05$ .

**Применение технологий, принятых в современной гериатрии.** Проведение периодических медицинских осмотров в среднем возрасте имело место с частотой охвата пациентов среднего возраста –  $95,1 \pm 1,3$  на 100 пациентов, пожилого возраста –  $24,1 \pm 1,0$  пациентов, старческого возраста –  $2,1 \pm 0,5$  пациентов,  $p < 0,05$ . Комиссионные осмотры, предназначенные для

коррекции тактики ведения или решения экспертных вопросов были проведены с частотой охвата: в среднем возрасте –  $54,5 \pm 1,4$  пациентов, в пожилом возрасте –  $12,1 \pm 1,3$  пациента, в старческом возрасте –  $5,2 \pm 0,4$  пациента,  $p < 0,05$ . Передача информации в территориальную социальную службу для совместного ведения пациентов характеризовалась весьма низким охватом без достоверной разности между возрастными группами: в среднем возрасте –  $1,2 \pm 0,5$  пациентов, в пожилом возрасте –  $1,5 \pm 0,4$  пациентов, в старческом возрасте –  $1,6 \pm 0,6$  пациентов,  $p > 0,05$ . Обучение в «Школах больных» чаще проводилось в отношении более молодых пациентов, а именно: в среднем возрасте –  $41,5 \pm 1,3$  на 100 пациентов, в пожилом возрасте –  $21,2 \pm 1,4$  пациента, в старческом возрасте –  $4,3 \pm 0,5$  пациента,  $p < 0,05$ . Рекомендации по уровню активности (трудовые рекомендации) были предоставлены с величиной охвата: в среднем возрасте  $94,2 \pm 1,5$  пациентов, в пожилом возрасте –  $25,3 \pm 1,4$  пациентов, в старческом возрасте –  $2,2 \pm 0,1$  пациент,  $p < 0,05$  (табл. 11).

Таблица 11

Частота охвата некоторыми организационными технологиями хирургических пациентов разного возраста в поликлинике (на протяжении одного года)

| Технология                            | Возраст        |                  |                    |
|---------------------------------------|----------------|------------------|--------------------|
|                                       | Средний        | Пожилой          | Старческий         |
| Периодический медицинский осмотр      | $95,1 \pm 1,3$ | $24,1 \pm 1,0^*$ | $2,1 \pm 0,5^{**}$ |
| Комиссионно-консультативные осмотры   | $54,5 \pm 1,4$ | $12,1 \pm 1,3^*$ | $5,2 \pm 0,4^{**}$ |
| Обучение в «Школе больного»           | $41,5 \pm 1,3$ | $21,2 \pm 1,4^*$ | $4,3 \pm 0,5^{**}$ |
| Взаимодействие с социальными службами | $1,2 \pm 0,5$  | $1,5 \pm 0,4$    | $1,6 \pm 0,6$      |
| Трудовые рекомендации                 | $94,2 \pm 1,5$ | $25,3 \pm 1,4^*$ | $2,2 \pm 0,1^{**}$ |

Примечание: \* $p < 0,05$  при сравнении групп среднего и пожилого возраста, \*\* $p < 0,05$  при сравнении группы старческого возраста с другими возрастными категориями

### Модель оптимальной хирургической помощи людям пожилого и старческого возраста

Полученные результаты позволили описать модель оптимальной хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста (табл. 12). Данная модель включает такие параметры, как обращаемость, методы обследования и кратность назначения в течение года, стационарзамещающие

технологии и кратность их назначения в течение года и гериатрические технологии с показателями частоты охвата из расчета на 100 пациентов.

Таблица 12

**Параметры модели оптимальной хирургической помощи пациентам  
пожилого и старческого возраста**

| Параметры модели                                                         | Возраст                                                                                                      |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
|                                                                          | Пожилой                                                                                                      | Старческий                                 |
| Нозологические формы                                                     | Деформирующий остеоартроз, варикозная болезнь вен, облитерирующий атеросклероз, грыжи, желчекаменная болезнь |                                            |
| Обращаемость (количество в течение года):                                |                                                                                                              |                                            |
| к хирургу                                                                | 3 – 4                                                                                                        | 1 – 2, при этом 1 – 2 – активные посещения |
| к терапевту                                                              | 10 – 13                                                                                                      | 7 – 8, при этом 4 – 5 – активные           |
| к специалистам терапевтического профиля                                  | 1 – 3                                                                                                        | 1 – 2, при этом не менее 1 – активные      |
| Методы обследования (кратность назначения в течение года):               |                                                                                                              |                                            |
| общий анализ крови                                                       | 2 – 3                                                                                                        | 2 – 3                                      |
| общий анализ мочи                                                        | 2 – 3                                                                                                        | 2 – 3                                      |
| биохимический анализ крови                                               | 2 – 3                                                                                                        | 2 – 3                                      |
| Электрокардиография                                                      | 2 – 3                                                                                                        | 2 – 3                                      |
| ультразвуковое исследование                                              | 1 – 2                                                                                                        | 2 – 3                                      |
| Стационарзамещающие технологии (кратность назначения в течение года):    |                                                                                                              |                                            |
| Дневной стационар                                                        | 1 – 2                                                                                                        | 1 – 2                                      |
| Стационар на дому                                                        | 1 – 2                                                                                                        | 1 – 2                                      |
| Реабилитация в специализированном отделении                              | 4 – 5                                                                                                        | 4 – 5                                      |
| Гериатрические технологии (частота охвата, из расчета на 100 пациентов): |                                                                                                              |                                            |
| Медицинские осмотры                                                      | 90 – 95                                                                                                      | 90 – 95                                    |
| Социальная помощь                                                        | 50 – 70                                                                                                      | 90 – 95                                    |
| Герогогика                                                               | 95 – 100                                                                                                     | 95 – 100                                   |

**Эффективность модели оптимальной хирургической помощи**

***Динамика состояния пациентов пожилого и старческого возраста.***

При изучении результатов комплексной оценки состояния пациентов пожилого возраста по окончании периода наблюдения было выявлено, что в основной группе имели место достоверно более благоприятные изменения. В

частности, значительной улучшение состояния в контрольной группе было выявлено у  $1,2 \pm 0,1\%$  испытуемых, в основной группе –  $3,7 \pm 0,1\%$ ; улучшение состояния в контрольной группе имело в  $10,0 \pm 0,2\%$  случаев, в основной –  $28,3 \pm 0,2\%$ ; отсутствие динамики состояния было выявлено в контрольной группе в  $67,5 \pm 0,2\%$  случаев, в основной группе –  $50,6 \pm 0,1\%$  случаев; ухудшение состояние зарегистрировано в контрольной группе в  $21,3 \pm 0,1\%$  случаев, в основной группе –  $17,4 \pm 0,1\%$ ,  $p < 0,05$ .

При изучении динамики состояния людей старческого возраста были выявлены достоверные различия в пользу основной группы. Так, значительной улучшение состояния в контрольной группе было выявлено у  $0,3 \pm 0,1\%$  пациентов, в основной группе –  $6,3 \pm 0,1\%$ ; улучшение состояния в контрольной группе имело место в  $19,0 \pm 0,1\%$  случаев, в основной –  $18,4 \pm 0,2\%$ ; отсутствие динамики состояния было выявлено в контрольной группе в  $63,5 \pm 0,3\%$  случаев, в основной группе –  $54,5 \pm 0,1\%$  случаев; ухудшение состояние зарегистрировано в контрольной группе в  $28,7 \pm 0,2\%$  случаев, в основной группе –  $20,8 \pm 0,2\%$ ,  $p < 0,05$ .

**Динамика качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста.** Нами была выявлена положительная динамика качества жизни в основной группе пациентов как в пожилом, так и старческом возрасте (табл. 13, 14). Улучшение составило в среднем 18%.

Таблица 13

Динамика качества жизни пожилых пациентов хирургического профиля под влиянием мероприятий оптимизации оказания им помощи в поликлинике

| Показатель качества жизни              | До начала наблюдения      |                        | После окончания наблюдения |                        |
|----------------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|
|                                        | Контрольная группа (n=31) | Основная группа (n=32) | Контрольная группа (n=31)  | Основная группа (n=32) |
| Общее здоровье                         | $24,9 \pm 2,2$            | $24,8 \pm 2,1$         | $25,0 \pm 1,3$             | $31,5 \pm 1,5^*, \#$   |
| Рольное функционирование               | $27,0 \pm 1,6$            | $28,1 \pm 1,2$         | $26,3 \pm 0,9$             | $33,9 \pm 1,7^*, \#$   |
| Боль                                   | $14,5 \pm 1,4$            | $14,4 \pm 0,7$         | $11,9 \pm 1,9$             | $10,3 \pm 0,4^*, \#$   |
| Физическое функционирование            | $24,6 \pm 2,2$            | $26,1 \pm 2,2$         | $25,2 \pm 1,4$             | $31,2 \pm 2,2^*, \#$   |
| Жизнеспособность                       | $25,3 \pm 3,2$            | $27,1 \pm 3,4$         | $27,8 \pm 1,5$             | $32,2 \pm 1,4^*, \#$   |
| Психологическое здоровье               | $21,6 \pm 1,4$            | $22,7 \pm 1,6$         | $22,2 \pm 1,1$             | $26,5 \pm 1,3^*, \#$   |
| Рольное эмоциональное функционирование | $31,2 \pm 1,5$            | $31,2 \pm 1,7$         | $30,1 \pm 1,7$             | $35,2 \pm 1,2^*, \#$   |
| Социальное функционирование            | $31,2 \pm 2,3$            | $31,3 \pm 2,1$         | $31,4 \pm 1,3$             | $36,3 \pm 1,1^*, \#$   |

Примечание :\* достоверная динамика показателей внутри группы,  $p < 0,05$ ,  
 # достоверная разность показателей между группами,  $p < 0,05$ .

Таблица 14

Динамика качества жизни пациентов старческого возраста хирургического профиля под влиянием мероприятий оптимизации оказания им помощи в поликлинике

| Показатель качества жизни              | До начала наблюдения      |                        | После окончания наблюдения |                        |
|----------------------------------------|---------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|
|                                        | Контрольная группа (n=30) | Основная группа (n=31) | Контрольная группа (n=30)  | Основная группа (n=31) |
| Общее здоровье                         | 25,2 $\pm$ 1,5            | 24,6 $\pm$ 1,6         | 23,2 $\pm$ 1,1             | 31,4 $\pm$ 1,2*,#      |
| Ролевое функционирование               | 25,1 $\pm$ 1,4            | 25,4 $\pm$ 1,5         | 24,3 $\pm$ 1,4             | 31,2 $\pm$ 1,1*,#      |
| Боль                                   | 14,1 $\pm$ 1,5            | 14,2 $\pm$ 1,2         | 12,2 $\pm$ 1,2             | 8,2 $\pm$ 1,2*,#       |
| Физическое функционирование            | 26,1 $\pm$ 1,3            | 24,5 $\pm$ 1,5         | 25,2 $\pm$ 1,1             | 29,6 $\pm$ 1,6*,#      |
| Жизнеспособность                       | 23,9 $\pm$ 2,0            | 25,1 $\pm$ 2,6         | 25,2 $\pm$ 1,3             | 31,2 $\pm$ 1,6*,#      |
| Психологическое здоровье               | 20,5 $\pm$ 1,4            | 21,2 $\pm$ 1,3         | 23,4 $\pm$ 1,3             | 27,1 $\pm$ 1,4*,#      |
| Ролевое эмоциональное функционирование | 29,5 $\pm$ 1,6            | 29,6 $\pm$ 1,8         | 30,1 $\pm$ 1,2             | 36,3 $\pm$ 1,2*,#      |
| Социальное функционирование            | 30,8 $\pm$ 1,7            | 30,1 $\pm$ 2,2         | 30,5 $\pm$ 1,1             | 36,2 $\pm$ 1,7*,#      |

Примечание:\* достоверная динамика показателей внутри группы,  $p < 0,05$ ,  
# достоверная разность показателей между группами,  $p < 0,05$ .

При изучении динамики медико-социальных показателей течения хронических хирургических заболеваний (обращаемость на скорую помощь, посещаемость поликлиники и количество госпитализаций) у пациентов пожилого и старческого возраста были выявлены достоверные положительные изменения в основной группе (табл.15, 16).

Таблица 15

Динамика медико-социальных показателей течения хирургической патологии у людей пожилого возраста

| Группа наблюдения         | Медико-социальный показатель  |                  |                          |                  |                           |                  |
|---------------------------|-------------------------------|------------------|--------------------------|------------------|---------------------------|------------------|
|                           | Обращаемость на скорую помощь |                  | Посещаемость поликлиники |                  | Количество госпитализаций |                  |
|                           | До наблюдения                 | После наблюдения | До наблюдения            | После наблюдения | До наблюдения             | После наблюдения |
| Контрольная группа (n=31) | 4,3 $\pm$ 0,2                 | 4,1 $\pm$ 0,3    | 4,3 $\pm$ 1,2            | 4,1 $\pm$ 1,3    | 2,4 $\pm$ 0,3             | 2,4 $\pm$ 0,2    |
| Основная группа (n=32)    | 4,4 $\pm$ 0,3                 | 1,5 $\pm$ 0,2*,# | 4,4 $\pm$ 1,3            | 2,3 $\pm$ 0,8*,# | 2,4 $\pm$ 0,2             | 0,9 $\pm$ 0,2*,# |

Примечание:\* достоверная динамика показателей внутри группы,  $p < 0,05$ ,  
# достоверная разность показателей между группами,  $p < 0,05$ .

Таблица 16

**Динамика медико-социальных показателей течения хирургической патологии у людей старческого возраста**

| Группа наблюдения         | Медико-социальный показатель        |                  |                          |                  |                           |                  |
|---------------------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|------------------|---------------------------|------------------|
|                           | Обращаемость в службу скорой помощи |                  | Посещаемость поликлиники |                  | Количество госпитализаций |                  |
|                           | До наблюдения                       | После наблюдения | До наблюдения            | После наблюдения | До наблюдения             | После наблюдения |
| Контрольная группа (n=30) | 4,7±0,3                             | 4,8±0,4          | 3,2±1,3                  | 3,5±1,1          | 2,7±0,2                   | 2,6±0,4          |
| Основная группа (n=31)    | 4,6±0,2                             | 1,7±0,3*,#       | 3,3±1,2                  | 2,4±0,7*,#       | 2,6±0,3                   | 1,1±0,2*,#       |

Примечание: \* достоверная динамика показателей внутри группы,  $p < 0,05$ ,  
# достоверная разность показателей между группами,  $p < 0,05$ .

В целом, удалось снизить обращаемость на станции скорой помощи в 2,6 раза, посещаемость поликлиники на 27%, уменьшить количество госпитализаций в 1,5 раза.

Таким образом, разработанная модель оптимальной хирургической помощи пациентам старших возрастных групп обладает высокой медико-социальной эффективностью.

## ВЫВОДЫ

1. По мере увеличения возраста отмечается увеличение распространенности хирургических заболеваний по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения, при этом наибольшая частота встречаемости у людей пожилого и старческого возраста в поликлинике характерна для деформирующего остеоартроза, варикозной болезни вен и желчекаменной болезни; максимальная частота сопутствующей соматической патологии приходится на пожилой возраст. При этом индекс полиморбидности в среднем возрасте составляет 2,2, в пожилом возрасте – 5,8, в старческом возрасте – 3,9.

2. Особенностью амбулаторной хирургической помощи является формирование эйджистского подхода, проявляющегося в снижении частоты применения методов обследования и некоторых методов лечения (дневной стационар, реабилитация).

3. При оказании амбулаторной хирургической помощи имеет место недостаточное применение принятых в современной гериатрии подходов,

таких как бригадный метод и герогогика, которые в реальной клинической практике применяются в среднем у 21% пациентов пожилого и старческого возраста против 45% у людей среднего возраста.

4.В результате исследования разработана модель оптимальной хирургической помощи пациентам старших возрастных групп, которая учитывает обращаемость за помощью, частоту назначения методов обследования и лечения, включает применение современных гериатрических технологий.

5.Применение разработанной модели оптимальной хирургической помощи способствует улучшению субъективного и объективного статуса пациентов пожилого и старческого возраста, повышению качества их жизни в среднем на 18%, улучшению медико-социальных показателей течения хронических заболеваний (снижению обращаемости на станции скорой помощи в 2,6 раза, снижению посещаемости поликлиники на 27%, уменьшению количества госпитализаций в 1,5 раза).

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Из лиц пожилого и старческого возраста, в динамическом наблюдении хирурга на амбулаторно-поликлиническом этапе оказания медицинской помощи, прежде всего, нуждаются пациенты, страдающие следующими нозологическими формами: деформирующий остеоартроз суставов второй – четвертой стадии нарушения функции пораженных суставов; облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей с хронической артериальной недостаточностью; варикозная болезнь вен нижних конечностей с хронической венозной недостаточностью высоких градаций; грыжи паховые, пупочные, передней брюшной стенки; желчекаменная болезнь. При отборе пациентов необходимо учитывать наличие сопутствующей соматической патологии у пациентов хирургического профиля: прежде всего таких заболеваний как ИБС, стенокардия напряжения второго функционального класса, частая желудочковая экстрасистолия, постоянная форма мерцательной аритмии, последствия инфаркта мозга, дисциркуляторная энцефалопатия, неязвенная диспепсия, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, остеопороз.

2. При оказании хирургической помощи в поликлинике пациентам пожилого и старческого возраста целесообразно применение технологий, специфичных для гериатрической помощи. В пожилом возрасте: периодические медицинские осмотры – 90 – 95%, охват деятельностью социальных служб – 50 – 70%, обучение в специальных «Школах больных третьего возраста» - 95 – 100%. В старческом возрасте: периодические медицинские осмотры – 90 – 95%, охват деятельностью социальных служб – 90 – 95%, обучение в специальных «Школах больных третьего возраста» - 95 – 100%.

3. Оценка эффективности хирургической помощи пациентам старших возрастных групп в амбулаторно-поликлинических условиях целесообразна на основе изучения динамики субъективного и объективного статуса пациентов пожилого и старческого возраста; качества жизни пациентов; медико-социальных показателей течения хронических заболеваний хирургического профиля (обращаемость за скорой помощью, количество госпитализаций и обращаемость в поликлинику в связи с ухудшением состояния).

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### ***Статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК***

#### ***Министерства образования и науки Российской Федерации***

1. Литынский, А.В. Современные проблемы варикозной болезни нижних конечностей (эпидемиология, диагностика, лечение) и ее особенности у лиц старших возрастных групп / Литынский А.В. **Поляков П.И.**, Горелик С.Г. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина (Геронтология и гериатрия). – 2012. – № 4. – С. 37-41.

2. Литынский, А.В. Варикозная болезнь нижних конечностей, особенности у лиц старших возрастных групп / Литынский А.В., **Поляков П.И.**, Горелик С.Г. // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7. – С 82-87.

3. **Поляков, П.И.** Оптимизация медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста с хирургическими заболеваниями / Поляков П.И., Горелик С.Г., Литынский А.В., Гурко Г.И., Медведев Д.С. // Фундаментальные исследования. – 2013. - № 9-6. - С. 1115-1120.

4. Хадарцев, А.А. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей у лиц старческого возраста / Хадарцев А.А., **Поляков П.И.**, Горелик С.Г., Железнова Е.А. // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – № 1. – С. 12-15.

5. **Поляков, П.И.** Оптимизация амбулаторно-поликлинической помощи людям пожилого и старческого возраста с хирургическими заболеваниями / **Поляков П.И.**, Ильницкий А.Н., Медведев Д.С., Гурко Г.И., Горелик С.Г., Литынский А.В. // Клиническая геронтология. – 2014. – № 5-6. – С. 26-31.

#### ***Статьи в других журналах***

6. Поляков П.И. Диагностика и лечение абдоминальной патологии у пациентов пожилого и старческого возраста / **Поляков П.И.**, Горелик С.Г. // Геронтологический журнал им. В.Ф.Купревича. – 2012. – №. 3. – С. 8-12.

7. Поляков П.И. Клинико-организационные аспекты оказания помощи больным старших возрастных групп с ЖКБ / **Поляков П.И.**, Горелик С.Г. // Геронтологический журнал им. В.Ф.Купревича. – 2012. – № 4. – С. 14-17.

#### ***Тезисы докладов***

8. Ильницкий А.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика больных старческого возраста хирургического профиля в республике Беларусь / Ильницкий А.Н., Горелик С.Г., **Поляков П.И.**, Брянцева А.Е. // Материалы конференции «Геронтологические чтения – 2012». – С.58-59.

9. Поляков П.И. Исследование качества жизни у лиц пожилого и старческого возраста / **Поляков П.И.**, Горелик С.Г., Пritchina А.И. // Материалы конференции «Геронтологические чтения – 2012». – С. 92-93.

10. Поляков П.И. Современные проблемы облитерирующего атеросклероза нижних конечностей, особенности у лиц старческого возраста / **Поляков П.И.**, Горелик С.Г., Железнова Е.А., Петров П.А., Белецкий А.Г. // Материалы конференции «Геронтологические чтения – 2012». – С.64-65.

11. Поляков П.И. Клинико-эпидемиологический анализ госпитализированных случаев сахарного диабета, осложненного синдромом диабетической стопы / **Поляков П.И.**, Горелик С.Г., Гурьянова Е.И., Бурмистович Т.Ю. // Материалы конференции «Геронтологические чтения – 2012». – С.63-64.

12. Поляков П.И. Клинико-эпидемиологическая характеристика хирургической патологии у лиц старческого возраста в России / **Поляков П.И.**, Горелик С.Г., Федюк Е.В. // Материалы конференции «Геронтологические чтения – 2012». – С.62-63.

13. Поляков П.И. Сравнительная характеристика хирургической патологии у больных пожилого и старческого возраста / **Поляков П.И.**, Горелик С.Г., Волков Д.В. // Материалы конференции «Вклад молодых специалистов в развитие медицинской науки и практики» 17 мая 2012, г. Харьков. Украина. –2012. – С. 18.

14. Поляков П.И. Хирургическая патология у больных пожилого и старческого возраста/ **Поляков П.И.**, Горелик С.Г. // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Ускоренное старение: механизмы, диагностика, профилактика» 4-5 октября 2012 г. – Киев, 2012. – С. 38.

15. Поляков П.И. Сравнительная характеристика полиморбидности у больных пожилого и старческого возраста / **Поляков П.И.**, Горелик С.Г. // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Ускоренное старение: механизмы, диагностика, профилактика» 4-5 октября 2012 г. – Киев, 2012. – С. 82.

16. Поляков П.И. Особенности работы врачей-хирургов с пожилыми и старыми людьми, страдающими желчно-каменной болезнью / **Поляков П.И.**, Горелик С.Г. // Материалы III Съезда геронтологов и гериатров России, 24-26 октября 2012 г., г. Новосибирск. – Новосибирск, 2012. – С. 213.

17. Поляков П.И. Анализ причин поздней обращаемости пожилых и старых больных хирургического профиля за медицинской помощью / **Поляков П.И.**, Горелик С.Г. // Материалы III Съезда геронтологов и гериатров России, 24-26 октября 2012 г., г. Новосибирск, 2012. – С. 304.

#### **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, ПРИНЯТЫХ В АВТОРЕФЕРАТЕ**

БАК – биохимический анализ крови

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФК – функциональный класс

ЭКГ – электрокардиограмма

#### **СПИСОК ЦИТИРУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ**

Байда А.П. Пробл. упр. здрав., 2009, 4 (47): 77-83; Грачева А.С. Вестник Росздравнадзора, 2011, 1: 4-11; Денисов И.Н. Главврач, 2010, 7: 18-22; Денисов И.Н. и соавт. Совр. пробл. науки и обр., 2012, 4: 64-66; Захарова Н.О. Успехи геронтологии, 2013, 3: 492 – 495; Иванова М.А. и соавт. Научн. вед. БелГУ, 2011, 4 (99): 162-165; Прошаев К.И. и соавт. Геронтология, 2013, 2: 34-36; Новиков К. В. Амбул. Хирургия, 2009, ¾: 134; Christensen K. и соавт., Lancet, 2009, 9696: 1196– 208.

**Поляков Павел Иванович** ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ //Автореф. дисс. ... кандидата мед. наук.: 14.01.30. – СПб., 2014. – 23 с.

Подписано в печать «27» июля 2014. Формат 60×84 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 1,0.

Тираж 100 экз. Заказ 153.

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО «Принт-Экспресс»

197101, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5 лит. А.

24