

## РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

М.В. Оробцова<sup>2</sup>, С.Г. Горелик<sup>1</sup>, канд. мед. наук

<sup>1</sup>Институт повышения квалификации ФМБА России, Москва,

<sup>2</sup>Белгородский государственный национальный исследовательский университет

E-mail: info@medprofedu.ru

**Рассмотрены данные литературы и собственные данные о медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения.**

**Ключевые слова:** пожилой и старческий возраст, паллиативная помощь, образовательные программы..



Интерес к геронтологическим проблемам в хирургии обоснован социально-экономическими и демографическими проблемами. По мере старения населения возрастает число людей, нуждающихся в хирургической помощи [1, 6]. Большинство пожилых пациентов поступают в стационар в экстренном порядке, ранний и поздний послеоперационные периоды протекают у них с высокими процентами осложнений и летальности. Профилактика осложнений связана не только с правильным проведением предоперационной подготовки, но и с совершенствованием послеоперационного ухода и объемом реабилитационных мероприятий [7].

Реабилитационные мероприятия у пациентов старших возрастных групп должны быть направлены не только на восстановление функций организма, утраченных вследствие хирургического заболевания и перенесенной операции, но и на продление жизни и улучшение ее качества. Поскольку увеличение с возрастом полиморбидности способствует кумулятивному формированию гериатрических синдромов с развитием старческой астении, реабилитационные мероприятия у пациентов старших возрастных групп должны быть направлены также на нивелирование гериатрических синдромов и профилактику синдрома старческой астении или уменьшение степени

его тяжести. Понятно, что выполнение реабилитационных мероприятий нужно начинать как можно раньше, поэтому для каждого больного старшего возраста необходима индивидуальная программа реабилитации. Она представляет собой перечень реабилитационных мероприятий по восстановлению способности к бытовой и социальной деятельности в соответствии с потребностями пациента, кругом его интересов и с учетом прогнозируемого уровня его физического и психического состояния и выносимости [2, 3, 5, 9, 10].

Долгое время реабилитация считалась прерогативой учреждений здравоохранения. Однако в настоящее время можно выделить дополнительно такие этапы, как реабилитация на дому и в социальных учреждениях (домах-интернатах) [5, 10]. Все дело в том, что ни амбулаторно-поликлиническая помощь, ни стационарные учреждения не в состоянии удовлетворить потребность населения пожилого и старческого возраста в медицинском обслуживании. Причина этого – тесная сопряженность проблем чисто клинического характера с социальными вопросами, а также с возрастными особенностями психологии (наличие чувства одиночества, отчужденности, присоединение психопатологических наслоений). Пациенты пожилого и старческого возраста нуждаются не просто в разовой консультации врача или проведении курсового лечения, а в постоянной медико-социальной и реабилитационной помощи [7–9]. Поэтому практически во всех странах мира наблюдается тенденция к сокращению сроков реабилитации больных в условиях стационара и к смещению акцента на амбулаторное и домашнее проведение реабилитационных мероприятий, что объясняется в первую очередь существенно более низкой стоимостью реабилитации в амбулаторных и домашних условиях в сравнении с таковой в стационарах.

Нами разработана модель медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения, согласно которой реабилитация начинается до оперативного лечения: в поликлинике – у пациентов, поступающих на плановое оперативное лечение, в стационаре – у пациентов, поступающих в экстренном порядке. После оперативного лечения реабилитационные мероприятия продолжают по общепринятым протоколам ведения больных с уче-

том тяжести их состояния. Отличием данного этапа предлагаемой системы медико-социальной реабилитации является обязательное посещение пациентами Школы пациента и обучение микроокружения (родственников) специализированному уходу за пациентами.

Для разработки индивидуальной программы амбулаторно-поликлинического этапа медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения, за 1–2 дня до выписки, проводится на основании данных специализированного гериатрического осмотра реабилитационная гериатрическая диагностика с помощью оригинальной компьютерной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении»<sup>1</sup>. Определяют степень тяжести синдрома старческой астении, риск развития отдельных гериатрических синдромов. Обобщая полученные данные, разрабатывают адекватные методы медико-социальной реабилитации и ухода за больными. Если диагностируется хорошее здоровье или преастения, пациент проходит стандартную реабилитацию в амбулаторно-поликлинических условиях. Если имеется синдром старческой астении легкой, умеренной или выраженной степени, реабилитация осуществляется в домашних условиях с применением в основном немедикаментозных методов (лечебная физкультура, диетотерапия, малая психотерапия, трудотерапия, обучение самообслуживанию, использованию компенсирующих устройств, созданию терапевтической среды). Пациенты с синдромом старческой астении терминальной степени тяжести нуждаются в специализированном уходе на дому с целью поддержания базисных функций<sup>2</sup> [4].

У больных с хорошим здоровьем или преастенией, проходящих реабилитацию в амбулаторно-поликлинических условиях, эффективность реабилитации определяют через 6 мес, у пациентов с легкой, умеренной, выраженной старческой астенией – каждые 3 мес; при неэффективности реабилитации через 6 мес рекомендуется продолжение реабилитации в стационаре.

Неотъемлемая часть разработанной нами медико-социальной реабилитации пациентов старческого возраста после оперативного лечения – медико-образовательные программы не только для пациентов, но и для родственников, отличающиеся от имеющихся наличием конкретных точек приложения для достижения определенных задач. В программу обучения входили: понятие о хирургическом заболевании, основных возможных осложнениях; разъяснение принципов самопомощи в неотложных ситуациях; разъяснение правил питания; обучение

использованию компенсирующих устройств (ходунки, костыли, мочеприемники, калоприемники, холецистостомы), уходу за дренажами, за кожей вокруг дренажей, перевязкам, самообслуживанию; создание правильной внутренней картины болезни (коррекция психоэмоциональных расстройств); подготовка к протезированию; обучение созданию терапевтической среды для пациентов. Учитывая, что лечение депрессивных состояний у больных старших возрастных групп предпочтительно проводить не путем назначения антидепрессантов, мы в Школе пациента и микроокружения использовали методы поведенческой психотерапии, трудотерапии [3–5, 11].

Таким образом, необходимая паллиативная помощь пациентам старших возрастов после оперативного лечения, осуществляемая на дому, должна быть направлена на продление жизни с максимально возможным сохранением ее качества. Она заключается в наблюдении за состоянием здоровья, внимании, оказании экстренной доврачебной помощи, выполнении медицинских процедур по назначению лечащего врача, оказании санитарно-гигиенических услуг, кормлении ослабленных больных, а также в специализированном уходе и профилактике пролежней.

#### Литература

1. Брискин Б.С. Полиморбидность пожилых и хирургические проблемы // Клин. геронтол. – 2007; 13 (5): 3–7.
2. Вальчук Э.А. Основы организации медицинской реабилитации // Здоровоохранение Республики Беларусь. – 2001; 2: 46–50.
3. Горелик С.Г. Реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста после хирургических вмешательств // Врач. – 2014; 6.
4. Горелик С.Г. Пролежни // Медицинская сестра. – 2014; 5.
5. Горшунова Н.К. Комплексная реабилитация в геронтологии и гериатрии // Совр. наукоемкие технологии. – 2004; 3: 55–58.
6. Егоров В.В. Гериатрическая служба России: основные тенденции развития // Клин. геронтол. – 2007; 3: 67–72.
7. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 175 с.
8. Комаров Ф.И., Анисимов В.Н., Лихницкая И.И. Геронтология и гериатрия в России: состояние и перспективы // Клин. геронтол. – 1996; 4: 3–8.
9. Лазебник Л. Б. Необходимость создания гериатрической службы в структуре органов здравоохранения // Клин. геронтол. – 1999; 1: 3–7.
10. Медицинская реабилитация. Кн.1. Под ред. В.М. Боголюбова. Изд. 3-е, испр. и доп. – М.: БИНОМ, 2010. – 416 с.
11. Поляков П.И., Горелик С.Г., Литынский А.В. и др. Оптимизация медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста с хирургическими заболеваниями // Фундаментальные исследования. – 2013; 9 (6): 1115–1121.

#### WORK WITH RELATIVES OF PATIENTS NEEDING PALLIATIVE CARE

M.V. Orobtsova<sup>2</sup>, S.G. Gorelik, Cand. Med. Sci.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Advanced Training, Federal Biomedical Agency of Russia, Moscow;

<sup>2</sup>Belgorod State National Research University

The authors give the data available in the literature and theirs on the sociomedical rehabilitation of senile patients after surgical treatment.

Key words: elderly and senile age, palliative care, educational programs.

<sup>1</sup><http://www.gerontolog.info/>

<sup>2</sup>Медицинская сестра. – 2014; 5, <http://www.rusvrach.ru/ms/archive/medsestra-05-2014/5564-magazine-medsestra-2014-05-006.html>