

ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХИРУРГИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

П.И. Поляков¹, А.Н. Ильницкий², Д.С. Медведев, Г.И. Гурко,
С.Г. Горелик³, А.В. Литынский

Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

Представлен сравнительный анализ технологии оказания амбулаторно-поликлинической помощи пациентам хирургического профиля в разных возрастных группах. Отмечено, что по мере увеличения возраста пациентов снижается обращаемость за хирургической помощью, сокращается применение ряда методов обследования и некоторых методов лечения (дневной стационар, реабилитация). Разработаны рекомендации по оптимизации хирургической помощи пациентам старших возрастных групп в поликлинике по таким показателям, как критерии оптимальной обращаемости за помощью, частота применения методов обследования и стационарзамещающих технологий, организационных технологий, основанных на принципах бригадного подхода и герогерики.

Ключевые слова: хирургическая патология, амбулаторно-поликлиническая помощь, пожилые и старческий возраст
Key words: surgical pathology, outpatient polyclinic episodes of care, elderly age

Традиционно в нашей стране и за рубежом центральное звено оказания гериатрической помощи – амбулаторно-поликлиническое [3,4].

¹ Поляков Павел Иванович, научный сотрудник лаборатории восстановительного лечения и реабилитации Санкт-Петербургского ин-та биорегуляции и геронтологии. Тел.: +7 -911-291-45-42. E-mail: rscide@yandex.ru.

² Ильницкий Андрей Николаевич, д-р мед. наук, доцент, председатель Белорусского респуб. геронтологического объединения. Тел.: +375295048805. E-mail: a-ilmitski@yandex.ru.

³ Горелик Светлана Гиршевна, канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии Белгородского национального исследовательского университета. Тел.: 8(4722)30100. E-mail: sggorelik@mail.ru.

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 [10].

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.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Технология оказания амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в разных возрастных группах: сравнительный анализ. Проведен

сравнительный анализ технологии оказания амбулаторно-поликлинической помощи пациентам разного возраста при наиболее распространенных заболеваниях хирургического профиля [8,9] (табл. 1).

В данный раздел исследования включены 300 пациентов разных возрастных групп, выявлены особенности оказания хирургической помощи пациентам старших возрастных групп, снижающие качество лечения, что в дальнейшем дало возможность предложить меры по ее совершенствованию. На основе данных, полученных на предыдущих этапах исследования, нами построена модель оптимальной хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста в амбулаторно-поликлинических условиях.

Для оценки эффективности этой модели проведено рандомизированное контролируемое проспективное исследование, в ходе которого были сформированы две группы пациентов пожилого и старческого возраста.

В исследование включены 62 пациента пожилого возраста, из которых в контрольную группу вошли 30 человек (средний возраст – $65,2 \pm 0,9$ лет), в ос-

новную группу – 32 человека (средний возраст составлял $65,4 \pm 1,2$ года). Пациенты страдали такими заболеваниями, как облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (45,0%), деформирующий полиостеоартроз (75,0%), варикозная болезнь вен нижних конечностей (25,0%), желчно-каменная болезнь (17,5%) и их сочетанием.

В исследование по изучению эффективности разработанной нами модели был включен 61 пациент старческого возраста, в контрольную группу вошли 30 пациентов (средний возраст – $76,1 \pm 1,3$ года), в основную – 31 (средний возраст $77,5 \pm 1,4$ года). Пациенты были подобраны с такой же патологией, как и лица пожилого возраста: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей (67,0%), деформирующий полиостеоартроз (85,0%), варикозная болезнь вен нижних конечностей (35,0%), желчнокаменная болезнь (19,5%), а также их сочетание.

Пациентам основной группы была предложена усовершенствованная тактика динамического диспансерного наблюдения, пациенты контрольной группы получали стандартную терапию на базе хирургического кабинета многопрофильной поликлиники. Период наблюдения составил один год, по истечении которого проведен сравнительный анализ качества жизни по опроснику SF-36, а также показателей течения хирургических заболеваний в основной и контрольной группах каждого возраста.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Методы обследования. При изучении частоты применения методов обследования пациентам разного возраста на протяжении одного календарного года в объеме всей выборочной совокупности получены результаты, представленные в табл. 2.

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 – $1,3 \pm 0,2$, в старческом – $0,5 \pm 0,02$, $p < 0,05$. Кратность организации стационара на дому в среднем возрасте – $0,3 \pm 0,01$, в пожилом – $0,5 \pm 0,02$, в старческом возрасте – $1,3 \pm 0,01$, $p < 0,05$. Кратность проведенных курсов медицинской реабилитации в поликлинике на базе специализированных отделений: в среднем возрасте – $3,2 \pm 0,3$, в пожилом – $4,5 \pm 0,2$, в старческом – $2,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$.

Модель оптимальной хирургической помощи. Полученные результаты позволили сформу-

Таблица 1

Количественная характеристика пациентов

Возраст	Средний возраст (годы)	Число пациентов			Всего
		остеоартроз	варикозная болезнь	желчно-каменная болезнь	
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

Таблица 2

Частота применения методов обследования в поликлинике у людей разного возраста

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.

Таблица 3
Параметры модели оптимальной хирургической помощи пациентам

Параметры модели	Возраст	
	пожилой	старческий
Нозологические формы	Деформирующий остеоартроз, варикозная болезнь вен, облитерирующий атеросклероз, грыжи, желчнокаменная болезнь	
Обращаемость (число 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 применения 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 применения 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, в расчете на 100 пациентов):		
Медицинский осмотр	90—95	90—95
Социальная помощь	50—70	90—95
Герогогика	95—100	95—100

лизовать модель оптимальной хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста (табл. 3).

Эффективность модели оптимальной хирургической помощи

Динамика состояния пациентов. При изучении результатов комплексной оценки состояния пациентов пожилого возраста по окончании наблюдения выявлено, что в основной группе имели место достоверно более благоприятные изменения. В частности, значительное улучшение состояния в контрольной группе было у $1,2 \pm 0,1\%$ испытуемых, в основной группе — $3,7 \pm 0,1\%$; улучшение состояния в контрольной группе было в $10,0 \pm 0,2\%$ случаев, в основной — в $28,3 \pm 0,2\%$; отсутствие динамики состояния в контрольной группе в $67,5 \pm 0,2\%$ случаев, в основной — в $50,6 \pm 0,1\%$; ухудшение состояния зарегистрировано в контрольной группе в $21,3 \pm 0,1\%$ случаев, в основной — $17,4 \pm 0,1\%$, $p < 0,05$.

При изучении динамики состояния пациентов старческого возраста были достоверные различия в пользу основной группы. Так, значительное улучшение состояния в контрольной группе отмечено у $0,3 \pm 0,1\%$ пациентов, в основной — у $6,3 \pm 0,1\%$; улучшение состояния в контрольной группе — в $19,0 \pm 0,1\%$ случаев, в основной — в $18,4 \pm 0,2\%$; отсутствие динамики состояния в контрольной группе — в $63,5 \pm 0,3\%$ случаев, в

Таблица 4
Динамика качества жизни пожилых пациентов хирургического профиля под влиянием мероприятий оптимизации оказания им помощи в поликлинике

Показатель	До начала наблюдения		После окончания наблюдения	
	контрольная группа (n = 30)	основная группа (n = 32)	контрольная группа (n = 30)	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, $p < 0,05$.

основной – $54,5 \pm 0,1\%$; ухудшение состояния в контрольной группе – в $28,7 \pm 0,2\%$ случаев, в основной – $20,8 \pm 0,2\%$, $p < 0,05$.

Динамика качества жизни пациентов. Выявлена положительная динамика качества жизни в основной группе пациентов как в пожилом, так и старческом возрасте (табл. 4, 5).

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 отмечены достоверные положительные изменения в основной группе (табл. 6, 7).

Таблица 5

Динамика качества жизни пациентов старческого возраста

Показатель	До начала наблюдения		После окончания наблюдения	
	контрольная группа (n = 30)	основная группа (n = 31)	контрольная группа (n = 30)	основная группа (n = 31)
Общее здоровье	$25,2 \pm 1,5$	$24,6 \pm 1,6$	$23,2 \pm 1,1$	$31,4 \pm 1,2^*, \#$
Рольное 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	$20,5 \pm 1,4$	$21,2 \pm 1,3$	$23,4 \pm 1,3$	$27,1 \pm 1,4^*, \#$
Рольное 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, $p < 0,05$.

Таблица 6

Динамика медико-социальных показателей хирургической патологии у людей пожилого возраста

Группа	Медико-социальный показатель					
	обращаемость на скорую помощь		посещаемость поликлиники		количество госпитализаций	
	до наблюдения	после наблюдения	до наблюдения	после наблюдения	до наблюдения	после наблюдения
Контрольная (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 (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 7

Динамика медико-социальных показателей хирургической патологии у людей старческого возраста

Группа	Медико-социальный показатель					
	обращаемость на скорую помощь		посещаемость поликлиники		количество госпитализаций	
	до наблюдения	после наблюдения	до наблюдения	после наблюдения	до наблюдения	после наблюдения
Контрольная (n = 30)	$4,7 \pm 0,3$	$4,8 \pm 0,4$	$3,2 \pm 1,3$	$3,5 \pm 1,1$	$2,7 \pm 0,2$	$2,6 \pm 0,4$
Основная (n = 31)	$4,6 \pm 0,2$	$1,7 \pm 0,3^*, \#$	$3,3 \pm 1,2$	$2,4 \pm 0,7^*, \#$	$2,6 \pm 0,3$	$1,1 \pm 0,2^*, \#$

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

ВЫВОДЫ

1. Особенностью амбулаторной хирургической помощи пациентам старших возрастных групп является снижение частоты применения методов обследования и некоторых методов лечения (дневной стационар, реабилитация).

2. При оказании амбулаторной хирургической помощи имеет место недостаточное применение принятых в современной гериатрии подходов, таких как бригадный метод и герогогика.

3. Разработана модель оптимальной хирургической помощи пациентам старших возрастных групп, которая учитывает обращаемость за помощью, частоту применения методов обследования и лечения, включает современные гериатрические технологии. Применение разработанной модели оптимальной хирургической помощи способствует улучшению субъективного и объективного статуса пациентов пожилого и старческого возраста, повышению качества их жизни, улучшению медико-социальных показателей течения хронических заболеваний.

Работа выполнена при поддержке Белорусского республиканского геронтологического общественного объединения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байда А.П. Организация лечебного процесса при артериальной гипертензии у пациентов пожилого и старческого возраста в поликлинических условиях // Проблемы управления здравоохранением. 2009. № 4. № 47. С. 77-83.
2. Грачева А.С. О комплексном подходе к оказанию медицинской и социальной помощи пожилым людям // Вестник Росздравнадзора. 2011. № 1. — С. 4-11.
3. Денисов И.Н. Актуальные аспекты формирования первичной медико-санитарной помощи // Главврач. 2010. № 7.
4. Денисов И.Н., Куницына Н.М., Прощаев К.И. и др. Особенности медико-социальной эффективности медицинской помощи пожилым людям в государственных и частных учреждениях здравоохранения // Современные проблемы науки и образования. 2012. № 4; URL: www.science-education.ru/104-6912 (дата обращения: 18.11.2013).
5. Жернакова Н.И., Ильницкий А.Н., Захарова И.С. и др. Реализация бригадного принципа как одно из направлений кадровой политики в организации работы врачей с гериатрическими пациентами // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. 2011. № 4 (99). Вып. 13/1. С. 162-165.
6. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Бессарабов В.И. Современный взгляд на проблемы герогогии // Геронтология. 2013. № 2; URL: gerontology.esrae.ru/ru/2-13 (дата обращения: 18.11.2013).
7. Новиков К.В. Становление и развитие герниологического направления в клинике амбулаторной хирургии: мат. Третьего съезда амбулаторных хирургов // Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. 2009. № 3/4. С. 134.
8. Поляков П.И., Горелик С.Г. Хирургическая патология у больных пожилого и старческого возраста // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Ускоренное старение: механизмы, диагностика, профилактика» 4-5 октября 2012 г. Киев, 2012. С. 38.
9. Поляков П.И., Горелик С.Г., Федюк Е.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика хирургической патологии у лиц старческого возраста в России // Материалы конференции «Геронтологические чтения — 2012». С. 62-63.
10. Christensen K., Doblhammer G., Rau R. Ageing populations: the challenges ahead // The Lancet. 2009. № 9696. — P. 1196 — 1208.

Поступила 17.03.2014