

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

**УДК 617-089-053.9**

### **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА**

**Горелик С.Г.**

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
Белгород, Россия, e-mail: <mailto:sggorelik@mail.ru>

В статье на 142 больных пожилого и старческого возраста, пролеченных в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Белгорода произведена оценка распространенности старческой астении при помощи оригинальной программы для ЭВМ «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра. Полученные нами данные показывают значительная встречаемость старческой астении у хирургических больных старших возрастных групп, что показывает необходимость более пристального внимания к данной категории больных не только во время лечения, но и на этапе реабилитационного процесса. Поэтому, при диспансерном наблюдении и разработке методов и методик реабилитации больным старших возрастных групп, перенесших оперативное лечение, необходимо определять у каждого больного степень старческой астении на основании специализированного гериатрического осмотра.

**Ключевые слова:** пожилой и старческий возраст, гериатрические синдромы, реабилитация.

### **GERIATRICS SYNDROMES INCIDENCE AT ELDERLY SURGICAL PATIENTS: PILOT PROJECT RESULTS**

**Gorelik S.G.**

Belgorod National Research University, Belgorod, Russia, e-mail: <mailto:sggorelik@mail.ru>

Occurrence of senile asthenia on 142 patients of elderly and senile age, treated in surgery departments of Clinic Hospital N1 of Belgorod city, was estimate. It was made with help of original computer program for PC « Optimization of geriatrics patients care against of senile asthenia rate». All collected data shows significant occurrence of senile asthenia at elderly surgical patients and necessity of overcare to this

**category of patients during the treatment and rehabilitation. Therefore it necessary to determine senile asthenia rate during regular medical check-up's, and during methods of rehabilitation development at the elderly patients, who had undergone surgical operations, using special geriatrics examination.**

**Keywords:** patients of elderly and senile age, geriatrics syndromes, rehabilitation.

### **Введение.**

Современная гериатрия ориентирована на оказание медицинской и социальной помощи людям пожилого и старческого возраста, имеющих не только хронические заболевания как таковые, но и гериатрические синдромы как медико-социальные характеристики потенциальные характеристики потенциальных и реальных ограничений жизнедеятельности; таких синдромов в настоящее время насчитывается не менее 65 [4, 5, 9, 13, 20, 21, 23]. Гериатрические синдромы присоединяются по мере развития и накопления инволютивных изменений в организме человека и дефицита функций на фоне полиморбидности, закономерно приводят к так называемому старческому одряхлению или старческой астении (англ. frailty) [1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 17, 18, 19, 20, 21, 23]. Старческая астения как синдром является крайним проявлением возрастных изменений, которые приводят к постепенному падению параметров функционирования организма.

Поэтому старческая астения, являясь основной точкой приложения лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий в пожилом и старческом возрасте, в последние годы стала предметом особого интереса не только гериатров, но и врачей различных специальностей.

Старческая астения в большей степени представляет собой характеристику состояния здоровья пациента пожилого и старческого возраста, отражающую потребность в уходе и является междисциплинарным феноменом, по сути – прогностическим фактором и клинической проблемой, которые могут рассматриваться как мера оценки степени утраты самообслуживания и потребности в социальной помощи.

Такая интерпретация старческой астении еще раз подчеркивает значимость социального компонента в оказании медико-социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста, особенно перенесшим оперативное лечение.

**Цель исследования:** Изучить распространенность старческой астении на основании специализированного гериатрического осмотра у хирургических больных пожилого и старческого возраста.

**Материалы и методы:** Проведено изучение распространенности гериатрических синдромов и определение степени старческой астении у 142 больных старших возрастных групп, находящихся в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 и городской больницы №2 г. Белгорода. Возраст пациентов составил от 60 до 89 лет, средний возраст -  $68,7 \pm 3,4$ . Из них лиц пожилого возраста - 90, лиц старческого возраста – 52. Женщин - 78, мужчин - 64. Исследование проведено с помощью оригинальной программы для ЭВМ «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании проведения специализированного гериатрического осмотра [4, 5, 13]. Исследование проводилось методом сплошной выборки, критерии включения: возраст пациентов от 60 лет до 89 лет, наличие хирургической патологии как основного заболевания, нахождение пациента на стационарном этапе лечения. Критерии исключения: возраст меньше 60 лет и старше 89 лет, выраженный когнитивный дефицит, тяжелое и крайне тяжелое состояние.

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

При выявлении степени способности к передвижению мы применяли шкалу «Оценки двигательной активности у пожилых» (*Functional mobility assessment in elderly patients* по М. Tinetti, 1986) [2, 24, 25], состоящую из 2 частей: определение общей устойчивости и параметров ходьбы. Применение данной шкалы позволяет дать объективную оценку путем непосредственного измерения тех параметров двигательной активности, которые в наибольшей степени изменяются с возрастом, а именно общая устойчивость и изменения походки. Кроме того, эти параметры изменяются и под влиянием ряда заболеваний, в том числе включенных в наше исследование. Таким образом, применение данной шкалы дает возможность выявить то, каким образом нервно-психическая патология и заболевания опорно-двигательного аппарата влияют на данные параметры двигательной активности совместно с инволютивными изменениями опорно-двигательного аппарата и контролирующей его нервной системы. Определение двигательной активности больного очень важно, т.к. от этого показателя во многом зависит способность человека к самообслуживанию, осуществлению ухода

за собой, выполнению различных действий, необходимых для нормальной жизнедеятельности, а также для независимости в повседневной жизни.

При выявлении степени нарушения питания (синдрома мальнутриции) мы применяли опросник *Mini nutritional assessment (MNA)*, состоящий из двух частей [12, 22, 26, 27]. Первая часть позволяет получить информацию о физикальных данных, изменяющихся при синдроме мальнутриции или ему сопутствующим заболеваниям: чувство аппетита на протяжении последних трех месяцев; снижение массы тела на протяжении месяца, предшествующего опросу, состояние мобильности, наличие психологических стрессов на протяжении последних трех месяцев, наличие нейropsychических проблем (деменции), индекс массы тела (ИМТ).

Вторая часть позволяет дать оценку регулярности и качеству питания, факторам, которые могут влиять на пищевое поведение: условия проживания, употребление медикаментов и их количество, количество ежедневно употребляемых блюд, ориентировочное количество белковой пищи в рационе, употребление овощей, зелени, жидкости, степень самостоятельности при приеме пищи, объем живота и бедер.

Когнитивные способности исследуемых были оценены при помощи опросника «Мини-исследование умственного состояния» (тест мини-ментал или *Mini-mental state examination* (Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, 1975), являющегося широко распространенной методикой для скрининга и оценки тяжести деменции [11].

Оценка морального статуса проводилась по опроснику «*Philadelphia geriatric morale scale*» (Lawton, M.P., 1975) [14, 15, 16], позволяющего определить наличие у пожилых и старых людей удовлетворения собой, чувства, что они достигли чего-то в этой жизни, что они нужны, а также субъективного соответствия между личными потребностями и их удовлетворением со стороны внешнего мира, внутреннего примирения с неизбежным, как, например, с тем фактом, что они состарились.

Для оценки степени независимости больного от посторонней помощи в повседневной жизни мы применяли шкалу Бартела [7] для оценки уровня бытовой активности. Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для поведения мониторинга в целях определения эффективности реабилитации при адаптации пациента в социуме, оценки его качества жизни, необходимости ухода.

При применении оригинальной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» был выявлен общий уровень

распространенности гериатрических синдромов и степень старческой астении у больных старших возрастных групп хирургического профиля, а также проведена оценка риска развития отдельных синдромов у данных больных.

Для определения старческой астении у больных мы использовали классификацию этапов развития или стадий старческой астении, сформулированную рабочей группой, проводившей Канадское исследование здоровья и старения (CSHA, 2009) [5]. Старческая астения, согласно данной классификации, может проходить следующие этапы развития: сохранность здоровья: пациенты активны, энергичны, имеют высокий уровень мотивации, не ограничены в физической активности; хорошее здоровье: имеются заболевания в неактивной фазе, которые несколько снижают функциональное состояние; хорошее здоровье при наличии успешно леченных хронических заболеваний: имеются отдельные симптомы хронических заболеваний, которые хорошо контролируются проводимой терапией, но в еще большей степени снижают функциональное состояние; состояние с волнообразным течением заболеваний (старческая преастения): частые периоды обострения, декомпенсации патологии, что в значительной степени снижает функциональные возможности; легкая старческая астения: незначительные ограничения активности; умеренная старческая астения: формирование потребности в длительном по времени уходе; выраженная старческая астения: необходим постоянный, тщательный уход; терминальная стадия заболевания.

Для статистической обработки результатов исследования были использованы методы математико-статистической обработки с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

**Результаты исследования:** В нашем исследовании выявлено, что среди больных пожилого возраста хирургического профиля старческая астения наблюдалась у 82,2% (74) пациентов, у больных старческого возраста - у 88,5% (46) пациентов. Хорошее здоровье, при котором больной страдает кроме хирургического заболевания и множественной сопутствующей патологией в состоянии компенсации, которые в совокупности несколько снижают функциональное состояние организма отмечено у 17,8% пациентов пожилого возраста и 11,5% пациентов старческого возраста.

Преастения или состояние с волнообразным течением заболеваний, для которой характерны частые периоды обострения, декомпенсации сопутствующей патологии, что в значительной степени снижает функциональные возможности, встречалась у

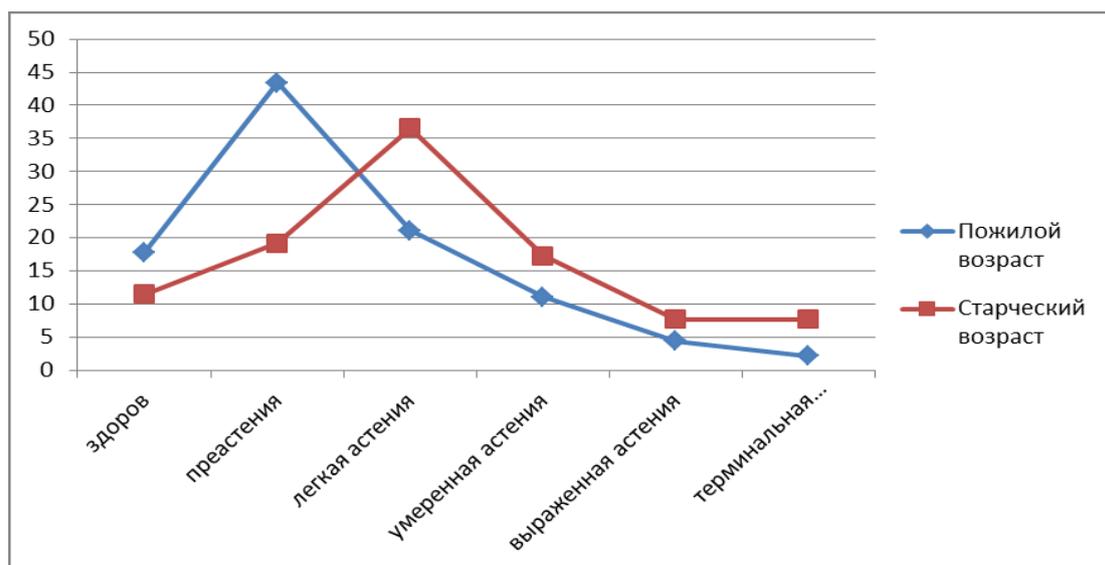
43,4% больных пожилого и 19,2% больных старческого возраста. Легкая астения, при которой имелись незначительные ограничения активности, диагностирована у 21,1% больных пожилого и 36,6% больных старческого возраста. Умеренная астения с формированием потребности в длительном по времени уходе - у 11,1% и 17,3% больных соответственно. Выраженная астения, при которой необходим постоянный, тщательный специализированный уход отмечена у 4,4% и 7,7% больных соответственно. Терминальная астения наблюдалась у 2,2% и 7,7% соответственно (табл. 1 и рисунок 1).

Таблица 1.

Старческая астения у хирургических больных старших возрастных групп.

Степень старческой астении	Пожилой возраст		Старческий возраст	
	n	%	n	%
Хорошее здоровье	16	17,8	6	11,5
Преастения	39	43,4	10	19,2
Легкая астения	19	21,1	19	36,6
Умеренная астения	10	11,1	9	17,3
Выраженная астения	4	4,4	4	7,7
Терминальная астения	2	2,2	4	7,7
Всего	90	100	52	100

Как видно из таблицы 2, легкие нарушения параметров устойчивости имелись у 4,4% пациентов пожилого возраста и 3,8% пациентов старческого возраста, умеренные - у 20,0% и 34,6% соответственно, тяжелые - у 5,6% и 11,5% соответственно. Легкое нарушение походки отмечены у 8,9% и 19,2% пациентов соответственно, умеренное - у 4,4% и 5,8% соответственно и тяжелое - у 5,6% и 11,5% соответственно. Таким образом, легкая степень нарушения общей двигательной активности имела у 3,3% больных пожилого возраста и 5,8% больных старческого возраста, умеренная степень - у 4,4% и 7,7% больных соответственно и значительная степень - у 3,3% и 5,8% соответственно (таб. 2, рисунок 2, 3, 4).



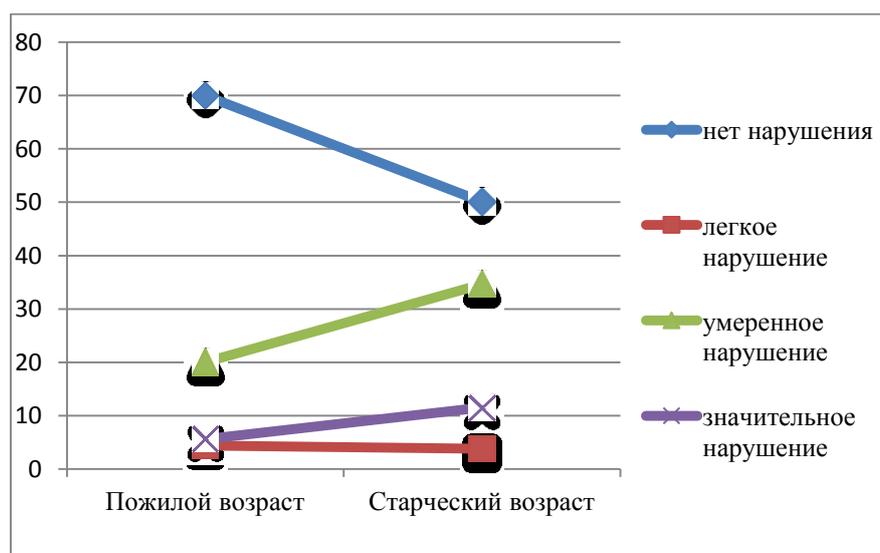
**Рисунок 1.** Старческая астения у хирургических больных старших возрастных групп.

Таблица 2

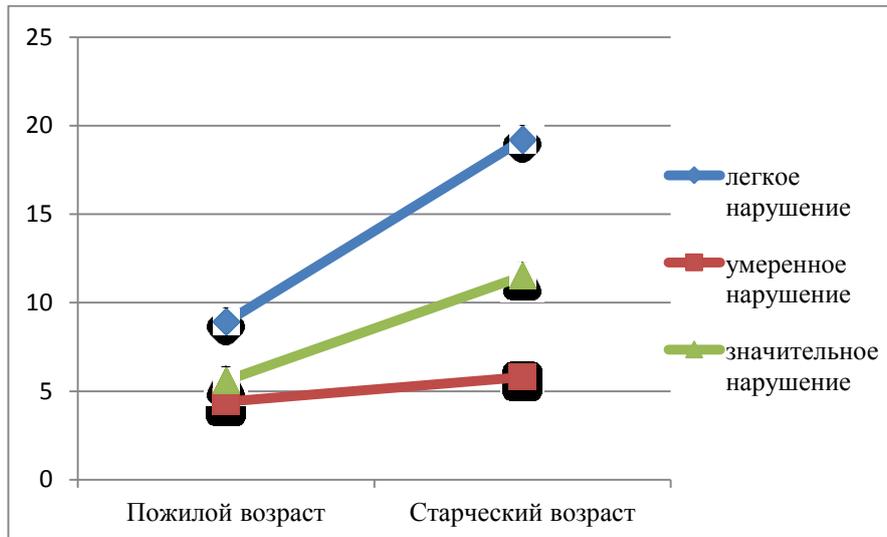
Распространенность гериатрических синдромов у хирургических больных пожилого и старческого возраста

Параметры		Пожилой возраст		Старческий возраст	
		n	%	n	%
Характеристика параметров устойчивости	легкое нарушение	4	4,4	2	3,8
	умеренное нарушение	18	20,0	18	34,6
	значительное нарушение	5	5,6	6	11,5
Характеристика параметров ходьбы (походка)	легкое нарушение	8	8,9	10	19,2
	умеренное нарушение	4	4,4	3	5,8
	значительное нарушение	5	5,6	6	11,5
Общая двигательная активность	легкая степень нарушения	3	3,3	3	5,8
	умеренная степень нарушения	4	4,4	4	7,7
	значительная степень нарушения	3	3,3	3	5,8

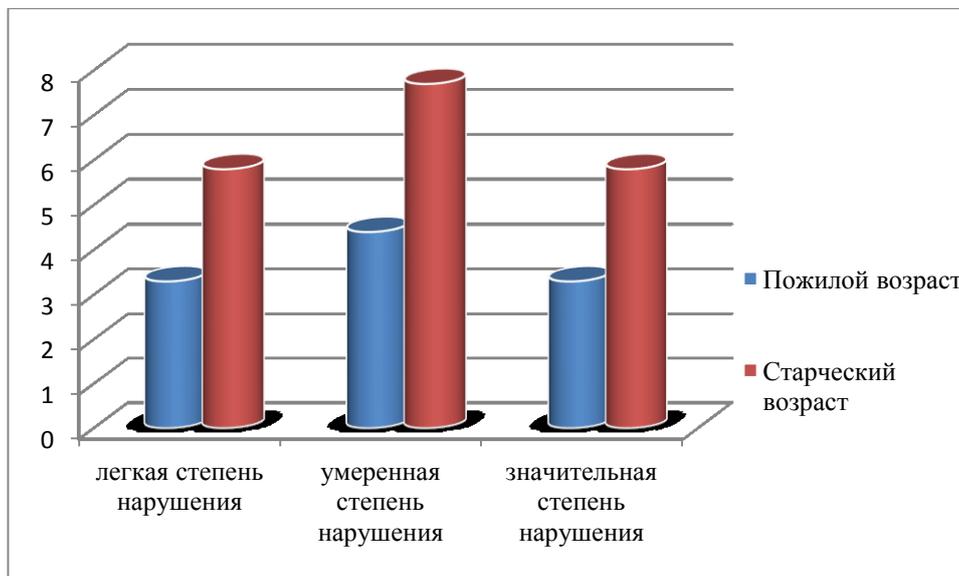
Оценка риска развития синдрома мальнyтpиции	есть риск развития	48	53,3	20	38,5
	есть синдром мальнyтpиции	31	34,4	23	44,2
Оценка когнитивных способностей	норма (> 25)	61	67,8	24	46,2
	легкие нарушения(>21-24)	18	20,0	9	17,3
	умеренные нарушения (10-20)	11	12,2	17	32,7
	тяжелые нарушения ( $\leq 9$ )	-	-	2	3,8
Оценка морального состояния	хорошее (<50)	83	92,2	39	75,0
	удовлетворительное (51-67)	6	6,7	11	21,2
	плохое(>68)	1	1,1	2	3,8
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	легкая зависимость	-	-	-	-
	умеренная зависимость	34	37,8	24	46,2
	выраженная и полная зависимость	9	10,0	8	15,4
Всего		90	100	52	100



**Рисунок 2.** Характеристика параметров устойчивости у хирургических больных пожилого и старческого возраста.

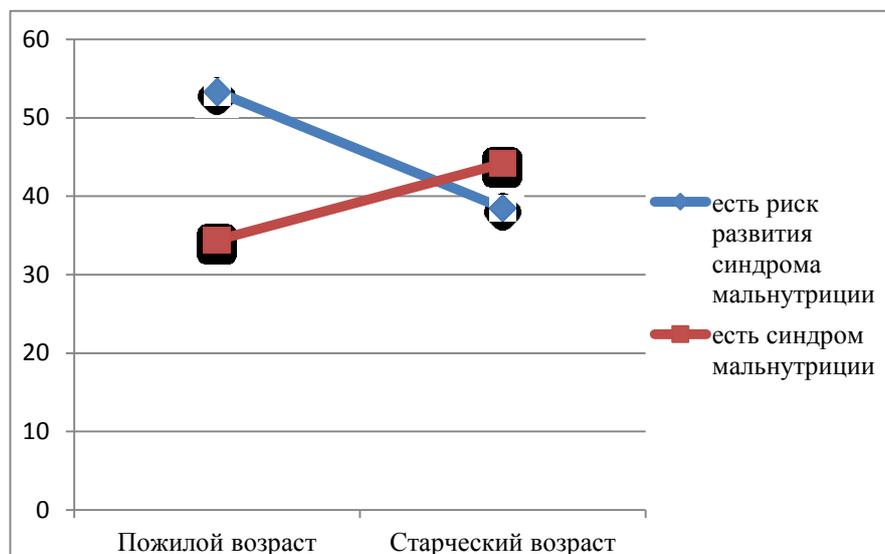


**Рисунок 3.** Характеристика параметров ходьбы у хирургических больных старших возрастных групп.



**Рисунок 4.** Общая двигательная активность у хирургических больных старших возрастных групп.

Риск развития синдрома мальнотриции имел место у 53,3% пациентов пожилого и 38,5% пациентов старческого возраста, синдром мальнотриции - у 34,4% и 44,2% соответственно (табл. 2, рисунок 5).



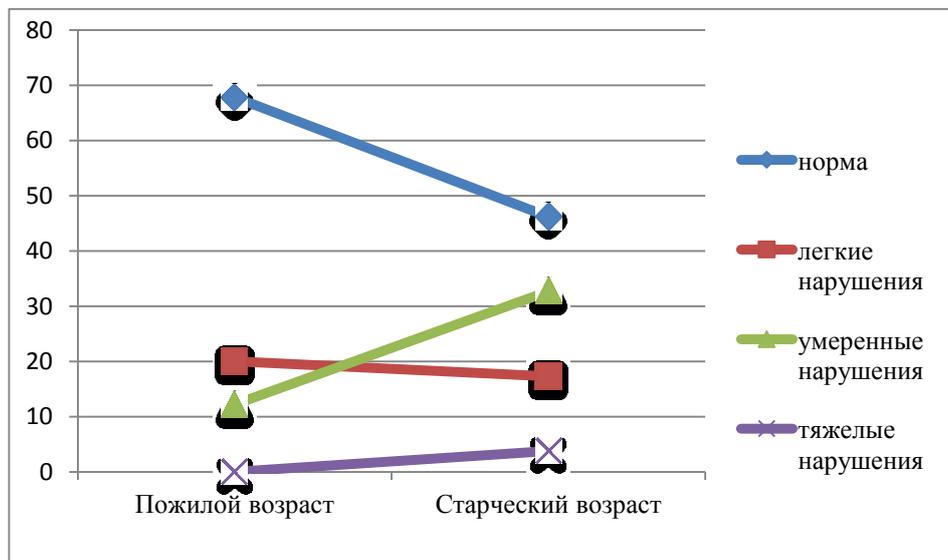
**Рисунок 5.** Синдром мальнутриции у хирургических больных старших возрастных групп.

В первой части опросника по диагностике синдрома мальнутриции 11,6% пациентов пожилого и 18,2% старческого возраста отметили выраженное снижение аппетита, умеренное снижение аппетита – 20,0% и 25,0% соответственно, о том, что у них сохранен аппетит сообщило 68,4% больных пожилого и 56,8% больных старческого возраста. 26,3 % пациентов пожилого и 50,0% старческого возраста отметили, что они могут свободно перемещаться только в пределах квартиры, что показывает необходимость привлечения посторонней помощи при ведении домашнего хозяйства (например, соцработников). Больше половины пациентов обеих групп (53,7% и 54,5% соответственно) отметили постоянный психологический стресс и из них 30,5% и 45,5% соответственно, по оценке самих пациентов, имеют психологические проблемы вплоть до умеренной депрессии.

Во второй части опросника, позволяющей дать оценку регулярности и качеству питания, а также факторам, влияющим на пищевое поведение, отмечено следующее. 54,7% пациентов пожилого и 59,1% пациентов старческого возраста принимали ежедневно более трех лекарственных препаратов. Более трети пациентов (36,1% и 29,7% пациентов соответственно) во время приема пищи употребляли только 1 основное блюдо. При этом, 49,5% пожилого и 36,4% старческого возраста считали, что употребляют белковую пищу 2 раза в день, до одного раза в день - 38,7% пациентов

старческого возраста. Овощи и фрукты ежедневно употребляли 91,6% пациентов пожилого и 86,4% старческого возраста. Менее трех стаканов в день выпивали 24,2% и 25,0% соответственно, от трех до пяти стаканов – 33,7% и 45,5% соответственно, более пяти стаканов – 42,1% и 29,5% соответственно. При собственной оценке питания 14,7% пациентов пожилого и 27,3% старческого возраста считали, что у них имеются проблемы с питанием, 9,5% и 9,1% соответственно считали свое питание недостаточным. Остальные (75,8% и 63,6% соответственно) считали, что у них нет проблем с питанием. Тем не менее, 68,4% пациентов пожилого и 61,4% старческого возраста при ИМТ и определении среднего диаметра живота и бедер имеют избыточный вес. На вопрос о собственной оценке здоровья 40,0% пациентов пожилого и 59,1% старческого возраста ответили, что у них плохое здоровье.

Легкие когнитивные расстройства диагностированы у 20,0% больных пожилого и 17,3% старческого возраста, умеренные – у 12,2% и 32,7% соответственно, тяжелые - у 12,2% пациентов старческого возраста (табл. 2, рисунок 6).

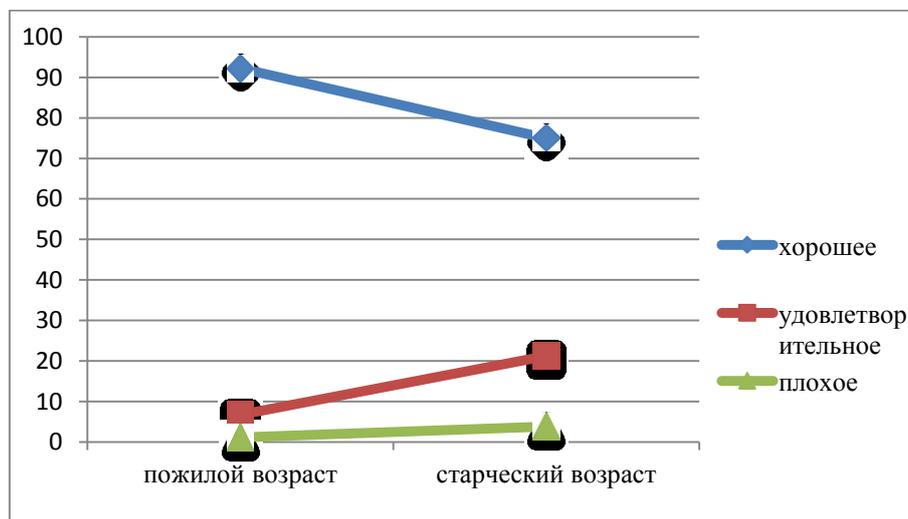


**Рисунок 6.** Когнитивные нарушения у хирургических больных старших возрастных групп.

При определении степени когнитивного дефицита у пациентов старших возрастных групп отмечены наиболее выраженные отклонения в концентрации внимания и памяти, а также пространственные искажения при перерисовке рисунка. То

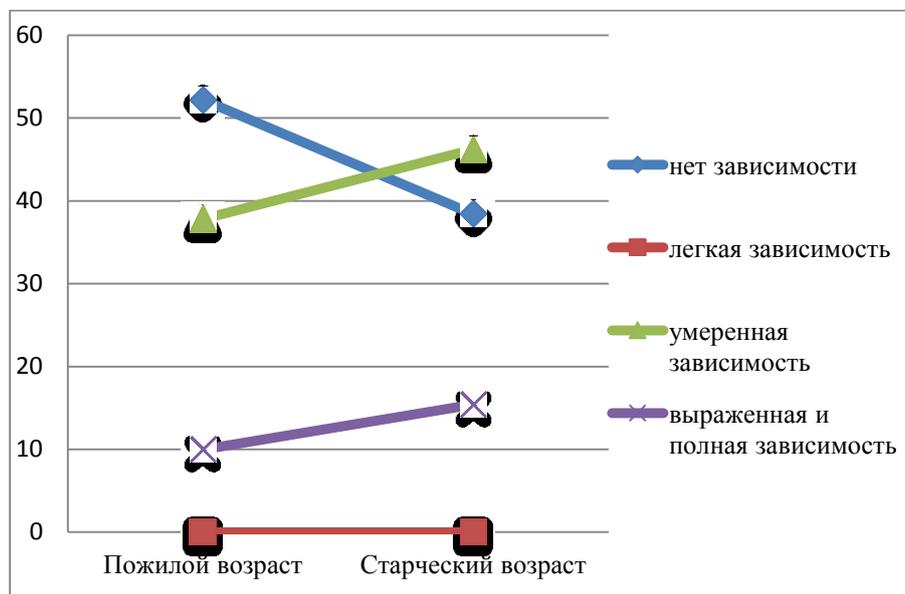
есть, 26,7% пациентов пожилого и 51,9% старческого возраста допустили ошибки при перерисовке рисунка. 35,6% пациентов пожилого и 23,1% старческого возраста смогли правильно ответить на вопросы, касающиеся счета и концентрации внимания. Не смогли правильно сосчитать 34,4% и 36,5% пациентов соответственно. Остальные пациенты (30,0% и 40,4% соответственно) допускали от 1 до 4 ошибок во время исследования.

Удовлетворенность жизнью отметили 92,2% пациентов пожилого возраста и 75,0% пациентов старческого возраста, неудовлетворенность – 1,1% и 3,8% соответственно, у остальных пациентов при оценке морального состояния получены удовлетворительные результаты (табл. 2, рисунок 7). 21,1% больных пожилого и 51,9% старческого возраста жаловались на бессонницу. 63,3% пациентов пожилого и 30,8% пациентов старческого возраста отметили, что имеют возможность встречаться с большим числом друзей и родственников. Тем не менее, 15,6% больных пожилого и 55,8% больных старческого возраста испытывают постоянное чувство одиночества. При этом, всего 7,8% и 23,1% пациентов соответственно считали, что у них много причин для плохого настроения и 11,1% и 21,2% (соответственно) отметили, что с увеличением возраста жить становится все тяжелее и тяжелее.



**Рисунок 7.** Оценка морального состояния хирургических больных старших возрастных групп

Умеренную потребность в помощи в повседневной жизни после выписки из стационара отметили 37,8% пожилого возраста и 46,2% старческого возраста, выраженную и полную зависимость—10,0% и 15,4 % соответственно (таблица 2, рис.8).



**Рисунок 8.** Анализ уровня независимости в повседневной жизни хирургических больных старших возрастных групп

Среди пациентов, которые отметили необходимость в помощи после выписки из стационара, 25,6% пожилого и 34,4% старческого возраста отметили необходимость помощи при приеме гигиенических процедур и мытье в ванной. Нуждаются в помощи при передвижении 18,6% пациентов пожилого и 18,8% старческого возраста, а 11,6% и 6,3% пациентов соответственно смогут передвигаться после выписки только в инвалидной коляске. 67,4% пациентов пожилого и 81,3 % старческого возраста отметили, что нуждаются в поддержке или наблюдении во время подъема по лестнице, а 11,6% и 15,6% считали, что не смогут перемещаться по лестнице даже при поддержке. Затруднение при вставании с постели испытывали 4,7 % и 18,8% больных соответственно, а 9,3% и 21,9 % соответственно отметили, что могут только сесть в постели, но для того чтобы встать больному необходима существенная поддержка.

Даже среди пациентов, у которых отмечено хорошее здоровье, риск развития синдрома мальнутриции выявлен у 56,3% пожилого возраста. Легкие когнитивные нарушения были у 12,5% пациентов пожилого возраста, умеренные - у 33,3% больных старческого возраста. При этом, все пациенты с хорошим здоровьем по шкале морального состояния удовлетворены жизнью (табл. 3).

Таблица 3.

Гериатрические синдромы у хирургических больных пожилого и старческого возраста с хорошим здоровьем

Параметры		Пожилой		Старческий	
		n	%	n	%
Оценка риска развития синдрома мальнутриции	есть риск развития синдрома мальнутриции	9	56,3	-	-
	есть синдром мальнутриции	-	-	-	-
Оценка когнитивных расстройств	норма	14	87,5	4	66,7
	легкие нарушения	2	12,5	-	-
	умеренные нарушения	-	-	2	33,3
	тяжелые нарушения	-	-	-	-
Оценка морального состояния	хорошее	16	100	6	100
	удовлетворительное	-	-	-	-
	плохое	-	-	-	-

Среди пациентов с преаестзией легкое нарушение устойчивости, не влияющее на общую двигательную активность, отмечено – у 7,7% больных пожилого возраста и 10,0% больных старческого возраста. Риск развития синдрома мальнутриции имел место – у 76,9% и 50,0% больных соответственно, синдром мальнутриции – у 17,9% и 30,0% соответственно. Легкие когнитивные нарушения имели место у 20,5 % пациентов пожилого возраста и 30,0% пациентов старческого возраста. Умеренные когнитивные нарушения были у 9,1% и 10,0% соответственно. Все (100%) пациенты пожилого возраста и 90,0% пациентов старческого возраста были удовлетворены

жизнью. У 10,0% пациентов старческого возраста отметили наличие хронического стресса и удовлетворительное моральное состояние. Следует отметить, что 25,6% пациентов пожилого возраста и 30,0% пациентов старческого возраста отметили необходимость в потребности в дальнейшей помощи и умеренную зависимость в повседневной жизни (табл. 4).

Таблица 4.

Гериатрические синдромы у хирургических больных пожилого и старческого возраста с преаестенией

Параметры		Возраст больных		Пожилой возраст		Старческий возраст	
		п	%	п	%	п	%
Характеристика параметров устойчивости	легкое нарушение	3	7,7	1	10,0	-	-
	умеренное нарушение	-	-	-	-	-	-
	значительное нарушение	-	-	-	-	-	-
Оценка риска развития синдрома мальнутриции	есть риск развития синдрома мальнутриции	30	76,9	5	50,0	-	-
	есть синдром мальнутриции	7	17,9	3	30,0	-	-
Оценка когнитивных способностей	норма	29	74,4	6	60,0	-	-
	легкие нарушения	8	20,5	3	30,0	-	-
	умеренные нарушения	2	9,1	1	10,0	-	-
	тяжелые нарушения	-	-	-	-	-	-
Оценка морального состояния	хорошее	39	100	9	90,0	-	-
	удовлетворительное	-	-	1	10,0	-	-
	плохое	-	-	-	-	-	-
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	легкая зависимость	-	-	-	-	-	-
	умеренная зависимость	10	25,6	3	30,0	-	-
	выраженная и полная зависимость	-	-	-	-	-	-

Среди пациентов с легкой астенией, показывающей незначительные ограничения активности, 5,3% и пожилого и старческого возраста имели легкие нарушения параметров устойчивости, а 36,8% имели умеренные нарушения параметров устойчивости. У 21,1% пациентов пожилого и 15,8% старческого возраста были признаки легкого нарушения параметров ходьбы и у 10,5% пациентов пожилого возраста – легкая степень нарушения общей двигательной активности. Риск развития синдрома мальнутриции имелся у 36,8% и 52,6% пациентов соответственно. Синдром мальнутриции диагностирован у 52,6 и 47,4% соответственно. Легкие когнитивные нарушения выявлены у 15,8% больных пожилого и старческого возраста, умеренные - у 26,3% и 31,8% соответственно и тяжелые – у 5,0% старческого возраста. Умеренную зависимость в повседневной жизни отметили 78,9% пациентов пожилого и 63,2% пациентов старческого возраста, выраженную и полную зависимость - 10,5% и 5,3% соответственно (табл. 5).

Среди пациентов с умеренной астенией, у 90,0% пожилого возраста и 100 % пациентов старческого возраста отметили умеренные нарушения параметров устойчивости и у 10,0% пациентов пожилого возраста - значительные нарушения параметров устойчивости. Легкое нарушение походки имели 40,0% и 66,7% соответственно; умеренное нарушение походки - 20,0 % и 22,2 % соответственно и 10,0% пожилого возраста - значительные нарушения походки. Легкая степень нарушения общей двигательной активности выявлена у 22,2% пациентов старческого возраста, умеренная - у 20,0% пациентов пожилого и 11,1% пациентов старческого возраста, тяжелая - у 10,0% пациентов пожилого возраста.

При умеренной астении у пациентов пожилого возраста риск развития синдрома мальнутриции составил - 20,0%, у пациентов старческого возраста-44,4%. Синдром мальнутриции имел место – у 80,0% и 55,6% пациентов соответственно. Легкие когнитивные нарушения выявлены у 30,0% больных пожилого и 11,1% старческого возраста, умеренные – у 10,0 % и 44,5% соответственно и тяжелые – у 22,2% старческого возраста (табл. 6).

Таблица 5.

Гериатрические синдромы у хирургических больных пожилого и старческого возраста  
 с легкой астенией

Параметры		Возраст больных		Пожилой возраст		Старческий возраст	
		n	%	n	%	n	%
Характеристика параметров устойчивости	легкое нарушение	1	5,3	1	5,3	1	5,3
	умеренное нарушение	7	36,8	7	36,8	7	36,8
	значительное нарушение	-	-	-	-	-	-
Характеристика параметров ходьбы (походка)	легкое нарушение	4	21,1	3	15,8	3	15,8
	умеренное нарушение	-	-	-	-	-	-
	значительное нарушение	-	-	-	-	-	-
Общая двигательная активность	легкая степень нарушения	2	10,5	-	-	-	-
	умеренная степень нарушения	-	-	-	-	-	-
	значительная степень нарушения	-	-	-	-	-	-
Оценка риска развития синдрома мальнутриции	есть риск развития	7	36,8	10	52,6	10	52,6
	есть синдром мальнутриции	10	52,6	9	47,4	9	47,4
Оценка когнитивных способностей	норма	11	57,9	9	47,4	9	47,4
	легкие нарушения	3	15,8	3	15,8	3	15,8
	умеренные нарушения	5	26,3	6	31,8	6	31,8
	тяжелые нарушения	-	-	1	5,0	1	5,0
Оценка морального состояния	хорошее (<50)	17	89,5	15	78,9	15	78,9
	удовлетворительное (51-67)	2	10,5	4	21,1	4	21,1
	плохое(>68)	-	-	-	-	-	-
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	легкая зависимость	-	-	-	-	-	-
	умеренная зависимость	15	78,9	12	63,2	12	63,2
	выраженная и полная зависимость	2	10,5	1	5,3	1	5,3

Таблица 6.

Гериатрические синдромы у хирургических больных пожилого и старческого возраста с умеренной астенией.

Возраст пациентов		Пожилой возраст		Старческий возраст	
		n	%	n	%
Характеристика параметров устойчивости	легкое нарушение	-	-	-	-
	умеренное нарушение	9	90,0	9	100
	значительное нарушение	1	10,0	-	-
Характеристика параметров ходьбы (походка)	легкое нарушение	4	40,0	6	66,7
	умеренное нарушение	2	20,0	2	22,2
	значительное нарушение	1	10,0	-	-
Общая двигательная активность	легкая степень нарушения	-	-	2	22,2
	умеренная степень нарушения	2	20,0	1	11,1
	значительная степень нарушения	1	10,0	-	-
Оценка риска развития синдрома мальнутриции	есть риск развития	2	20,0	4	44,4
	есть синдром мальнутриции	8	80,0	5	55,6
Оценка когнитивных способностей	норма	6	60,0	2	22,2
	легкие нарушения	3	30,0	1	11,1
	умеренные нарушения	1	10,0	4	44,5
	тяжелые нарушения	-	-	2	22,2
Оценка морального состояния	хорошее (<50)	8	80,0	7	77,8
	удовлетворительное (51-67)	2	20,0	2	22,2
	плохое (>68)	-	-	-	-
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	легкая зависимость	-	-	-	-
	умеренная зависимость	8	80,0	7	77,8
	выраженная и полная зависимость	2	20,0	1	11,1

Умеренное нарушение параметров устойчивости отмечено у половины пациентов и пожилого возраста и старческого возраста с выраженной астенией. У остальных пациентов диагностированы значительные нарушения параметров устойчивости. При этом, легкое нарушение параметров ходьбы было у 25,0% пациентов старческого возраста, умеренные нарушения характера ходьбы - у 50,0% пациентов пожилого и 25,0% пациентов старческого возраста, тяжелые нарушения – у 50,0% пациентов обеих групп.

У всех больных пожилого возраста и 75,0% пациентов старческого возраста имелся синдром мальнутриции. Легкие когнитивные нарушения имелись у 30,0% пациентов пожилого и 11,1% старческого возраста, умеренные – у 10,0% больных пожилого и 44,5% старческого возраста, тяжелые когнитивные нарушения - у 22,2% пациентов старческого возраста.

Хорошее моральное состояние и удовлетворенность жизнью отметило 75,0% больных пожилого и 50,0% больных старческого возраста, удовлетворительное - 25,0% и 50,0% больных соответственно.

Выраженную или полную зависимость в повседневной жизни обозначили 50,0% пациентов старческого возраста и 100% пациентов пожилого возраста, остальные пациенты старческого возраста – умеренную зависимость (табл. 7).

Таблица 7.

Гериатрические синдромы у хирургических больных пожилого и старческого возраста с выраженной астенией.

Возраст пациентов		Пожилой возраст		Старческий возраст	
		n	%	n	%
Характеристика параметров устойчивости	легкое нарушение	-	-	-	-
	умеренное нарушение	2	50,0	2	50,0
	значительное нарушение	2	50,0	2	50,0
Характеристика параметров ходьбы (походка)	легкое нарушение	-	-	1	25,0
	умеренное нарушение	2	50,0	1	25,0
	значительное нарушение	2	50,0	2	50,0

Общая двигательная активность	легкая степень нарушения	1	25,0	1	25,0
	умеренная степень нарушения	1	25,0	1	25,0
	значительная степень нарушения	1	25,0	1	25,0
Оценка риска развития синдрома мальнутриции	есть риск развития	-	-	-	-
	есть синдром мальнутриции	4	100	3	75,0
Оценка когнитивных способностей	норма	1	25,0	2	50,0
	легкие нарушения	1	25,0	1	25,0
	умеренные нарушения	2	50,0	1	25,0
	тяжелые нарушения	-	-	-	-
Оценка морального состояния	хорошее (<50)	3	75,0	2	50,0
	удовлетворительное (51-67)	1	25,0	2	50,0
	плохое(>68)	-	-	-	-
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	легкая зависимость	-	-	-	-
	умеренная зависимость	-	-	2	50,0
	выраженная и полная зависимость	4	100	2	50,0

Все пациенты, как пожилого, так и старческого возраста, с терминальной астенией имели значительное нарушение параметров устойчивости и ходьбы, половина - умеренные нарушения общей двигательной активности и 50,0% - значительную степень нарушения. Риск развития синдрома мальнутриции имелся у четверти пациентов старческого возраста, наличие синдрома мальнутриции - у всех пациентов пожилого возраста и 75,0% пациентов старческого возраста (табл. 8).

Таблица 8.

Гериатрические синдромы у хирургических больных пожилого и старческого возраста с терминальной астенией.

Возраст пациентов		Пожилой возраст		Старческий возраст	
		n	%	n	%
Характеристика параметров устойчивости	легкое нарушение	-	-	-	-
	умеренное нарушение	-	-	-	-
	значительное нарушение	2	100	4	100
Характеристика параметров ходьбы (походка)	легкое нарушение	-	-	-	-
	умеренное нарушение	-	-	-	-
	значительное нарушение	2	100	4	100
Общая двигательная активность	легкая степень нарушения	-	-	-	-
	умеренная степень нарушения	1	50,0	2	50,0
	значительная степень нарушения	1	50,0	2	50,0
Оценка риска развития синдрома мальнутриции	есть риск развития	-	-	1	25,0
	есть синдром мальнутриции	2	100	3	75,0
Оценка когнитивных способностей	норма	-	-	-	-
	легкие нарушения	1	50,0	-	-
	умеренные нарушения	1	50,0	2	50,0
	тяжелые нарушения	-	-	2	50,0
Оценка морального состояния	хорошее (<50)	-	-	-	-
	удовлетворительное (51-67)	1	50,0	2	50,0
	плохое (>68)	1	50,0	2	50,0
Анализ уровня независимости в повседневной жизни	легкая зависимость	-	-	-	-
	умеренная зависимость	1	50,0	-	-
	выраженная и полная зависимость	1	50,0	4	100

Половина пациентов пожилого возраста имели легкие когнитивные нарушения, половина больных пожилого и старческого возраста - умеренные когнитивные нарушения, тяжелый когнитивный дефицит диагностирован у 50,0% больных старческого возраста. Половина пациентов – не удовлетворены своей жизнью и имели признаки хронического стресса.

**Выводы:**

1. Частота встречаемости старческой астении, как совокупности приобретенного дефицита функций на фоне полиморбидности, у хирургических пациентов пожилого возраста составляет 82,2%, старческого возраста - 88,5% .
2. Среди пациентов со старческой астенией, у пожилых пациентов наиболее часто диагностируется старческая преаестения (43,4%), у пациентов старческого возраста легкая астения (36,6%).
3. Значительная встречаемость старческой астении у хирургических больных старших возрастных групп показывает необходимость более пристального внимания к данной категории больных не только во время лечения, но и на этапе реабилитационного процесса.
4. Оказание медико-социальной помощи пациентам со старческой астенией должна включать в себя все возможные меры медицинского и социального плана с целью не только быстрого выздоровления, но и максимально возможной социализации гериатрического пациента.

Таким образом, при диспансерном наблюдении и разработке методов и методик реабилитации больным старших возрастных групп, перенесших оперативное лечение, необходимо определять у каждого больного степень старческой астении на основании специализированного гериатрического осмотра. Внедрение бригадного метода с подключением к уходу не только медицинских, но и социальных работников позволит улучшить результаты медико-социальной реабилитации больных старших возрастных групп после оперативного лечения.

Список литературы

1. Анисимов В.Н., Соловьев М.В. Эволюция концепций в геронтологии. – СПб.: Эскулап, 1999. – 130 с.

2. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. - М.: Антидор, 2000. - 568 с.
3. Ільницькій А.М.. Завчасне старіння як громадська проблема / А.М. Ільницькій, К.І. Процаєв // Вестник Полоцкого гос. ун-та. – 2005. – № 11. – С. 98 — 101.
4. Ильницкий А.Н. Специализированный гериатрический осмотр / А.Н. Ильницкий, К.И. Процаев // Геронтологический журнал им В.Ф. Купревича. - 2012. - № 4 – 5. - С. 66 – 84.
5. Ильницкий А.Н. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии / А.Н. Ильницкий, К.И. Процаев // Геронтология научно-практический журнал. – 2013. - Т. 1, № 1. 20.09.13.URL: <http://gerontology.esrae.ru/ru/1-2> (дата обращения 17.09.13).
6. Щепин О.П. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / О.П. Щепин, В.И. Стародубов, А.Л. Линденбрaten, Г.И. Галанова. – М.: Медицина, 2002. – 176 с.
7. Machoney F. Functional evaluation: the Barthel Index / F. Machoney, D. Barthel // Md State Med J. - 1965. - Vol. 14. - P. 61 - 65.
8. Basta L.L. Ethical issues in the management of geriatric cardiac patients / L.L Basta // Am J Geriatr Cardiol. – 2005. - Vol. – 14, № 6. – P. 331 — 332.
9. Biein B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach / B. Biein // Roczn Akad Med Bialymst. – 2005. № 50. – P. 189 — 192.
10. Duursma S.A. Geriatric medicine in the European Union: future scenarios / S.A. Duursma, P.W. Overstall // Z Gerontol Geriatr. – 2003. – Vol. 36, № 3. – P. 204 — 215.
11. Folstein M.F. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh // Journal of psychiatric research. – 1975. – Vol. 12, № 3. - P. 189 – 198.
12. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA) Review of the Literature - What does it tell us? / Y. Guigoz // J Nutr Health Aging. – 2006. - № 10. P. 466 - 487.
13. Kalvach Z. Geriatricke syndromy a geriatricky pacient / Z. Kalvach, Z. Zadak, R. Jirak, H. Zavazalova, I. Holmerova, P. Weber. - Praga: Grada, 2008. - 336 p.
14. Lawton M. P. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision / M. P. Lawton // Journal of Gerontology. - 1975. - № 30. – P. 85 – 89.
15. Lawton M.P. Dimensions of affective experience in three age groups / M.P Lawton, M.H. Kleban, D. Dean, J. Rajagopal // Psychology and Aging - 1992. - № 7. – P. 171 – 184.

16. Lawton M.P. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision / M.P. Lawton // *Journal of Gerontology*. - 1975. - № 30. – P. 85 - 89.
17. Lesauskaite V. Challenges and opportunities of health care for the aging community in Lithuania / V. Lesauskaite, J. Macijauskiene, E. Rader // *Gerontology*. – 2006. – Vol. 52, № 1. – P. 40 — 44.
18. Lovell M. Caring for the elderly: changing perceptions and attitudes / M. Lovell // *J Vasc Nurs*. – 2006. – Vol. 24, № 1. – P. 22 — 26.
19. Mjelde-Mossey L.A. Social work’s partnership in community-based stroke prevention for older adults: a collaborative model / L.A. Mjelde-Mossey // *Soc. Work Health Care*. – 2005. – Vol. 42, № 2. – P. 57 — 71.
20. Nagappan R. Geriatric critical care / R. Nagappan, G. Parkin // *Crit Care Clin*. – 2003. – Vol. 19, № 2. – P. 253 — 270.
21. Rosin A.J. Subtle ethical dilemmas in geriatric management and clinical research / A. J. Rosin, Y. van Dijk // *J. Med. Ethics*. – 2005. – Vol. 31, № 6. – P. 355 — 359.
22. Rubenstein L Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF) / L. Rubenstein, J. Harker, A. Salvà, Y. Guigoz, B. Vellas // *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. – 2001. - № 56. - P. 366 - 372.
23. Tomasovic N. Geriatric-palliative care units model for improvement of elderly care / N. Tomasovic // *Coll Antropol*. – 2004. – Vol. 29, № 1. – P. 277 — 282.
24. Tinetti M. Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients / M. Tinetti // *J. Am.Geriatr. Soc*. - 1986. - №. 34. - P. 119 - 126.
25. Tinetti M. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients / M. Tinetti, S. Ginter // *JAMA*. 1988. - №. 259. - P. 1058.
26. Vellas B. The Mini-Nutritional Assessment and its use in the grading of nutritional status of elderly patients. / Vellas B., [et al] // *Nutrition*. - 1999, - №. 15. - P. 116 - 122.
27. Vellas B. Overview of the MNA - Its History and Challenges / B. Vellas, H. Villars, G. Abellan [et al.] // *J Nutr Health Aging* – 2006. - №. 10. - P. 456 - 465.

#### References

1. Anisimov V.N., Solov'ev M.V. *Jevoljucija koncepcij v gerontologii* [Evolution of concepts in gerontology]. SPb., Jeskulap, 1999. 130 p.
2. Belova A.N. *Nejroreabilitacija: rukovodstvo dlja vrachej* [Neurorehabilitation: A Guide for Physicians]. M., Antidor, 2000. 568 p.
3. Il'nickij A.M., Prashchaeu K.I. *Vestnik Polockogo gos. un-ta*. 2005, no. 11, pp. 98 — 101.
4. Il'nickij A.N., Prashchaeu K.I. *Gerontologicheskij zhurnal im V.F.Kuprevicha*. 2012, no. 4 – 5, pp. 66 – 84.
5. Il'nickij A.N., Prashchaeu K.I. *Gerontologija nauchno-prakticheskij zhurnal*. 2013, Vol. 1, no. 1. Available at: <http://gerontology.esrae.ru/ru/1-2> (available at 17.09.13).
6. Shhepin O.P., Starodubov V.I., Lindenbraten A.L., Galanova G.I. *Metodologicheskie osnovy i mehanizmy obespechenija kachestva medicinskoj pomoshhi* [Methodological framework and mechanisms to ensure quality of care]. M, Medicina, 2002. 176 p.
7. Machoney F., Barthel D. *Md State Med. J.* 1965, no. 14, pp. 61 - 65.
8. Basta L.L. *Am J Geriatr Cardiol*. 2005, Vol. 14, no. 6, pp. 331 — 332.
9. Biein B. *Rocz Akad Med Bialymst*. 2005, no. 50, pp. 189 — 192.
10. Duursma S.A., Overstall P.W. *Z Gerontol Geriatr*. 2003, Vol. 36, no. 3, pp. 204 — 215.
11. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. *Journal of psychiatric research*. 1975, Vol. 12, no 3. pp. 189 – 198.
12. Guigoz Y. *J Nutr Health Aging*. 2006, no. 10, pp. 466 - 487.
13. Kalvach Z., Zadak Z., Jirak R., Zavazalova H., Holmerova I., Weber P. *Geriatricke syndromy a geriatricky pacient*. Praga,Grada, 2008. 336 p.
14. Lawton M. P. *Journal of Gerontology*. 1975, no. 30, pp. 85 – 89.
15. Lawton M.P., Kleban M.H., Dean D., Rajagopal J. *Psychology and Aging*. 1992, no. 7, pp. 171 – 184.
16. Lawton M.P. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision *Journal of Gerontology*. 1975, no. 30, pp. 85 - 89.
17. Lesauskaite V. *Gerontology*. 2006, Vol. 52, no. 1, pp. 40 — 44.
18. Lovell M. *J Vasc Nurs*. 2006, Vol. 24, no. 1, pp. 22 — 26.
19. Mjelde-Mossey L. A. *Soc. Work Health Care*. 2005, Vol. 42, no. 2, pp. 57 — 71.
20. Nagappan R., Parkin G. *Crit Care Clin*. 2003, Vol. 19, no. 2, pp. 253 — 270.
21. Rosin A.J., van Dijk Y. *J. Med. Ethics*. 2005, Vol. 31, no. 6, pp. 355 — 359.
22. Rubenstein L, Harker J., Salvà A., Guigoz Y., Vellas B. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001, no. 56, pp. 366 - 372.

23. Tomasovic N. *Coll Antropol.* 2004, Vol. 29, no. 1, pp. 277 — 282.
24. Tinetti M. *J Am Geriatr Soc.* 1986, no. 34, pp. 119 - 126.
25. Tinetti M., Ginter S. *JAMA.* 1988, no. 259, pp. 1058.
26. Vellas B., [et al] *Nutrition.* 1999, no. 15, pp. 116 - 122.
27. Vellas B., Villars H., Abellan G. [et al.] *J Nutr Health Aging.* 2006, no. 10, pp. 456 - 465.