

# СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Горелик С.Г.<sup>\*</sup>, Ильницкий А.Н.<sup>\*\*</sup>, Кубешова Г.<sup>\*\*\*</sup>, Поляков П.И.<sup>\*\*\*\*</sup>*

<sup>\*</sup>Национальный исследовательский университет «БелГУ», г. Белгород

<sup>\*\*</sup>Институт повышения квалификации ФМБА России, г. Москва

<sup>\*\*\*</sup>Университет Масарыка, г.Брно (Чехия)

<sup>\*\*\*\*</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, г. Санкт-Петербург

В России и за рубежом в настоящее время гериатрической хирургии уделяется все больше и больше внимания. При этом, результаты хирургического лечения больных зависят не только от техники оперативного вмешательства, но и от соблюдения принципов реабилитации, заключающиеся в раннем начале реабилитационных мероприятий, а также в их непрерывности, этапности и комплексности. Полноправным, самостоятельным критерием эффективности хирургического вмешательства у пациентов пожилого и старческого возраста является показатель качества жизни (КЖ). Исследование качества жизни в медицине - это уникальный подход, позволяющий принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного, что дает возможность изучить влияние заболевания и лечения на все составляющие здоровья [1,2]. Результаты исследования КЖ у пациентов старших возрастных групп в раннем послеоперационном периоде и в процессе получения реабилитационных мероприятий представляют существенный интерес для современной науки и имеют большое прикладное значение.

**Цель исследования:** изучить качество жизни у пациентов старческого возраста в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, оценить результаты хирургического лечения (в сравнительном аспекте) по показателю качества жизни пациентов в России, Беларуси, Чехии.

**Материалы и методы исследования.** Основным объектом исследования явился контингент больных старческого возраста, получивших хирургическую медицинскую помощь в хирургических отделениях городских больниц №1 и №2 города Белгорода (Россия), в Новополоцкой центральной городской больнице (Беларусь), в университетской клинике Университета Масарыка г. Брно (Чехия). Для оценки качества жизни больных пожилого и старческого в ближайшем послеоперационном периоде и реконвалесцентов в отдаленном периоде (от 1 года до 2 лет) после лечения в стационаре произведено анкетирование с использованием инструментов (опросника SF-36). "SF-36 Health Status Survey" относится к наиболее используемым неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное

функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья».

Для сравнения КЖ использовалось тестирование лиц пожилого и старческого возраста, не лечившихся в хирургических стационарах за последние 2 года (Россия). С целью оценки результатов хирургического лечения пациентов старческого возраста использовалось сравнение (сопоставление) показателей качества жизни респондентов в отдаленном послеоперационном периоде в России, Беларуси, Чехии.

**Результаты исследования.** В исследовании участвовало 370 респондентов (223 - в России, 55 - в Беларуси и 92 - в Чехии), которые были распределены на 7 групп. 1 группа – респонденты старческого возраста, опрошенные в раннем послеоперационном периоде (Россия). 2 группа – респонденты старческого возраста, опрошенные в отдаленном послеоперационном периоде (1-2 года) (Россия). 3 группа - респонденты старческого возраста не имевшие хирургической патологии в течение последних двух лет (Россия). 4 группа – респонденты пожилого возраста без хирургической патологии (Россия). 5 группа – респонденты старческого возраста, опрошенные в отдаленном послеоперационном периоде (1-2 года) (Беларусь). 6 группа - респонденты старческого возраста, опрошенные в отдаленном послеоперационном периоде (1-2 года) и проходившие реабилитационные мероприятия на дому (Чехия). 7 группа - респонденты старческого возраста, опрошенные в отдаленном послеоперационном периоде (1-2 года) и проходившие реабилитационные мероприятия в домах социального обеспечения (домах престарелых) (Чехия).

При сравнении результатов опроса респондентов старческого возраста (группа 3) и пожилого возраста (группа 4) без хирургической патологии получены следующие результаты. Практически все показатели и физического и психологического компонента здоровья ниже у лиц старческого возраста кроме показателя SF, который показывает, какое влияние оказывает физическое или эмоциональное состояние человека на социальную активность. По нашим данным у лиц пожилого и старческого возраста имеется значительное ограничение социальных контактов и снижение уровня общения (табл.1 и рис.1)

Таблица 1

**Сравнение средних показателей качества жизни пациентов по группам (Россия).**

Шкалы SF-36	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа
Общее здоровье (GH)	33,1±3,6*	37,9±3,6*	43,1±1,7*	54,3±3,7
Физическое функционирование (PF)	23,4±4,4***	26,3±3,9***	45,4±2,6*	71,5±4,1
Физическо - ролевое функционирование (RP)	2,6±2,7***	43,9±5,6*	40,0±4,1*	73,8±5,3
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	10,7±4,7***	47,7±5,6*	53,9±4,6*	61,3±6,4

Социальное функционирование (SF)	46,4±2,4*	49,8±1,5*	49,8±1,2*	49,6±1,4
Боль (BP)	26,3±6,6***	46,2±4,3*	57,3±2,6*	76,0±3,8
Жизненная сила (VT)	28,7±3,7***	37,6±4,0*	48,5±2,1*	58,1±3,4
Ментальное здоровье (MH)	35,6±3,4*	47,4±3,6*	59,5±2,1*	67,1±3,1

\*p<0,05 по сравнению с группой 4

\*\*p<0,05 по сравнению с группой 3

Рис.1 Сравнительная диаграмма средних значений всех показателей качества жизни по группам 1, 2, 3, 4.

При сравнении 1, 2 и 3 группы пациентов получены следующие результаты (табл.1 и рис.1). Показатели RP и RE катастрофически страдают в 1 группе респондентов. При этом, показатель RP, обусловленный физическим состоянием пациента, показывает ограничение выполнения повседневной работы после оперативного лечения в связи с состоянием больного. По истечению двух лет с момента операции данные показатели возвращаются к цифрам группы людей того же возраста, но не имевших хирургической патологии, т.е. показатели групп 2 и 3 практически одинаковы. Такая же тенденция наблюдается и по показателям RE, которые интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния больного после операции.

Страдает также показатель PF, отражающий степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). При этом, данный показатель не меняется в группах 2 и 1, и меньше данного показателя в группе 3. Это может свидетельствовать, что хирургическая патология и перенесенное оперативное лечение оказывают большое влияние на физическую активность пациентов, что значительно ограничивается состоянием его здоровья, а неизменность показателей в группах 1,2 может свидетельствовать о недостаточном реабилитационном процессе.

Показатели GH, SF и RP меняются незначительно (группы 1 и 2). Однако, данные показатели низкие и в группе 3, из чего можно сделать вывод, что хирургическая патология и оперативное лечение не оказывают отрицательного влияния на состояние общего здоровья, социального и ролевого функционирования пациентов, так как лица старческого возраста вместе с хирургическим заболеванием также страдают полиморбидностью, что и так требует постоянной медикаментозной компенсации и наблюдения.

Однако, хирургическая патология и оперативное лечение оказывают большое влияние на такие показатели, как BP, VT и MH. Низкие показатели по шкале BP свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента. Низкие баллы по шкале VT свидетельствуют об утомлении пациента и снижении жизненной активности, а низкие показатели MH свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний и

психическом неблагополучии. При этом, самые низкие показатели в 1 группе респондентов. Однако показатели респондентов 2 группы не достигают значений респондентов группы 3, что доказывает влияние хирургической патологии и оперативного лечения на интенсивность боли, жизнеспособность и психическое здоровье.

С целью изучения результатов хирургического лечения больных старческого возраста произведен анализ (в сравнительном аспекте) качества жизни пациентов, опрошенных в отдаленном послеоперационном периоде в России, Беларуси, Чехии (табл.2, рис.2,3). Следует отметить, что при сравнении результатов в группах 2 (Россия), 5 (Беларусь) и 6 (Чехия) (табл.2 и рис.2) показатели по шкалам: GH, SF, BP одинаковы во всех группах.

Данные показателя МН выше у респондентов Беларуси (группа 5) и Чехии (группа 6), чем у россиян (группа 2). Показатель VT выше у респондентов из Беларуси (группа 5) и самый низкий у опрошенных в России (группа 2). Показатель RP выше у респондентов из России (группа 2) и самый низкий у респондентов из Чехии (группа 6). Показатель RE выше у опрошенных в России (группа 2) и Беларуси (группа 5), чем у опрошенных в Чехии (группа 6). А показатель PF выше у опрошенных в Чехии (группа 6), чем у опрошенных в России (группа 2) и Беларуси (группа 5)(табл.2 и рис.2).

Таблица 2

### Сравнение средних показателей качества жизни пациентов по группам (Россия, Беларусь, Чехия).

Шкалы SF-36	2 группа	5 группа	6 группа	7 группа
Общее здоровье (GH)	37,9±3,6*	43,3±1,9*	44,5±3,3*	50,4±2,7
Физическое функционирование (PF)	26,3±3,9***	27,3±2,8***	42,6±4,1*	64,2±4,2
Физическо - ролевое функционирование (RP)	43,9±5,6***	28,6±4,3*	22,1±4,1*	48,8±5,9
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	47,7±5,6*	48,1±5,3*	29,7±5,2*	60,9±6,4
Социальное функционирование (SF)	49,8±1,5*	53,2±1,5*	52,7±2,0*	51,6±2,7
Боль (BP)	46,2±4,3*	50,4±1,8*	42,1±3,4*	64,1±3,9
Жизненная сила (VT)	37,6±4,0*	53,2±1,7*	45,0±2,9*	57,7±2,7
Ментальное здоровье (MH)	47,4±3,6*	61,9±2,5*	58,3±3,1*	66,1±2,3

\* $p < 0,05$  по сравнению с группой 7

\*\* $p < 0,05$  по сравнению с группой 6

Таким образом, наши данные показывают, что качество жизни реконвалесцентов в Беларуси и Чехии выше, чем опрошенных из России. Однако, при сравнительном анализе данных групп 2, 5 и 7 отмечены явные преимущества и уровень качества жизни реконвалесцентов, проходивших реабилитацию в учреждениях социального обслуживания, не только под постоянным (круглосуточным) контролем социального работника, психолога,

гериатра, диетолога, физиотерапевта, но и с организацией проживающим оптимальной терапевтической среды (табл.2, рис.3).

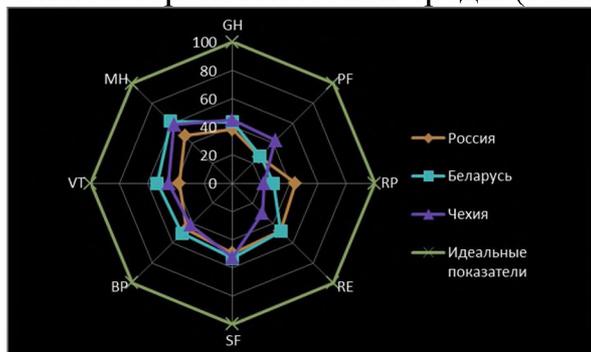


Рис.2 Сравнительная диаграмма показателей качества жизни у респондентов, опрошенных в отдаленном послеоперационном периоде (через 1-2 года) в России (группа 2), Беларуси (группа 5) и Чехии (группа 6).

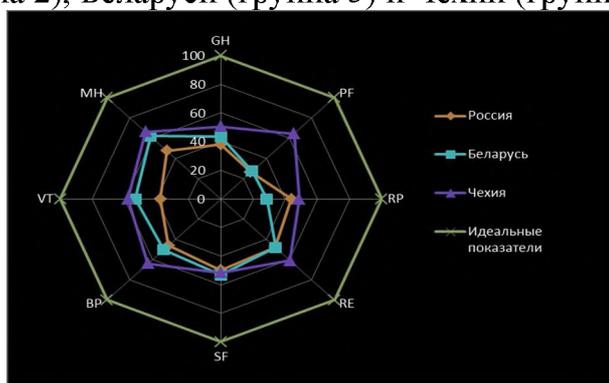


Рис.3 Сравнительная диаграмма показателей качества жизни у респондентов, опрошенных в отдаленном послеоперационном периоде (через 1-2 года) в России (группа 2), Беларуси (группа 5) и Чехии (группа 7).

**Выводы:** 1. Назрела необходимость реформирования системы реабилитации больных старших возрастных групп, перенесших хирургические вмешательства.

2. Для модернизации системы реабилитации и выработки адекватных реабилитационных мероприятий, необходимо провести анализ возможности и готовности пациентов старших возрастных групп продолжить лечение после выписки из хирургического стационара.

3. Наши данные показывают необходимость определения роли социальных работников в реабилитации больных старших возрастных групп, перенесших оперативные вмешательства.

4. Необходима разработка интеграционной модели реабилитации пациентов старческого возраста с хирургической патологией с использованием бригадного подхода с привлечением лечащего врача (гериатра), хирурга, социального работника, психолога, диетолога, физиотерапевта и родственников больных.

#### Список литературы:

1. Бабякин А.Ф. Санаторно-курортная реабилитация больных после

оперативных вмешательств. Восстановительная медицина и реабилитация.- Т.2.- 2011. Код доступа: <http://www.rosmedportal.com>.

2. [Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста \(обзор литературы\). Качественная клиническая практика.- №1.- 2011 г.- стр. 11-18.](#)

## **ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ НА САМОЧУВСТВИЕ, АКТИВНОСТЬ, НАСТРОЕНИЕ СТУДЕНТОВ УНИВЕРСИТЕТА**

*Господарева Н.В.*

**«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»,  
г. Гомель, Беларусь**

**Введение.** Наличие физического, психического и психологического здоровья есть основной фактор, необходимый для личностного роста и успешной социализации. Актуальной является проблема сохранения здоровья населения страны, в том числе, тех слоев населения, которые находятся в процессе личностного роста – студентов, школьников. Их успешная самореализация будет полезна не только для них самих, но и общества в целом. Проблема сохранения здоровья студентов, по сравнению с проблемой сохранения здоровья школьников, менее изучена. Между тем, уже в начале обучения в вузе – в процессе адаптации студентов к вузу возникает ряд проблем, связанных с необходимостью расширения навыков самостоятельной работы, формирование нового, более интенсивного режима труда, повышения уровня ответственности, и т. д.

Все это создает трудности, вызывает тревогу, и при неблагоприятном стечении обстоятельств может негативно отражаться на самочувствии первокурсников, их активности и настроении, вызывать появление негативных переживаний, снижать работоспособность, что еще больше будет повышать уровень тревожности, и отражаться на самочувствии и настроении.

Исследуя психологические проблемы и переживания при них, Э. А. Соколова выдвигает предположение, что при переживаниях «вначале происходит изменение настроения, а затем на фоне измененного настроения снижается активность психических процессов» [1, с. 130]. Она пишет, что ухудшению настроения может предшествовать и возбуждение с негативной реакцией, а также внутреннее возбуждение. Возбуждение с негативной реакцией, как следствие, проявляется в поведении и общении, внутреннее же возбуждение может проявляться еще и в симптомах [1, с. 130 – 131]. Ряд авторов отмечали влияние тревожности на снижение самооценки (А. М. Прихожан, 1977), решительности (Ю. А. Катыгин и др., 1979), уверенности в себе (О. С. Никитина, 1981). Р. Мэй рассматривает тревогу как первопричину различных психосоматических нарушений (Р. Мэй, 2001).

В то же время, недостаточно изученными остаются вопросы влияния тревожности на самочувствие, активность и настроение. Выявление такого влияния у группы студентов, обучающихся на первом курсе, могло бы повысить