

УДК 617-089-053.9:616-08-039.57

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

¹Поляков П.И., ²Горелик С.Г., ³Литынский А.В., ¹Гурко Г.И., ¹Медведев Д.С.

¹Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, Санкт-Петербург;

²АНО НИМЦ «Геронтология», Москва, e-mail: gorelik@bsu.edu.ru;

³Полоцкая городская больница, Полоцк

Проведен анализ клинической эпидемиологии хирургической патологии у пациентов разных возрастных групп и изучение технологии оказания им амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в сравнительном аспекте. На основании полученных данных выявлены проблемные стороны оказания амбулаторно-поликлинической хирургической помощи пациентам старших возрастных групп. Предложены меры по их совершенствованию, разработана модель оптимальной хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста, включающая нозологические формы, оптимальную обращаемость, оптимальное обследование и лечение. Изучена и доказана эффективность предложенной модели оптимальной хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста в условиях поликлиники. Использование предложенной модели позволило улучшить субъективный и объективный статус людей пожилого и старческого возраста, повысить качество их жизни, а также улучшить медико-социальные показатели течения хронических заболеваний.

Ключевые слова: хирургия, пожилой и старческий возраст, модель хирургической помощи

OPTIMIZATION OF MEDICAL CARE FOR PEOPLE IN OLD AND ELDERLY AGE WITH SURGICAL DISEASES

¹Polyakov P.I., ²Gorelik S.G., ³Litynskiy A.V., ¹Gurko G.I., ¹Medvedev D.S.

¹St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, St. Petersburg;

²«Gerontology» Research Medical Center, Moscow, e-mail: gorelik@bsu.edu.ru;

³Polotsk city hospital, Polotsk

The analysis of clinical epidemiology of surgical pathology in an outpatient basis and studying of technology ambulatory surgery aiding for patients in different age groups in comparative aspect are assayed. Problem parties of out-patient surgery aiding for patients in elder age groups are revealed on the basis of interpretation of findings. Measures for their development are offered, model of optimum surgical help for patients in old and elderly age, including nosological forms, optimum medical aid appealability, optimum examination and treatment are elaborated. Efficiency of the proposed model of the optimum surgical help in the ambulatory conditions are studied and proved. Use of proposed model allowed of improvement of the subjective and objective status for people in old and elderly age, upgrading of quality of their life, and also improvement of medico-social indicators of a chronic diseases course.

Key words: surgery, elderly and elderly age, model of surgery care

Традиционно в нашей стране и за рубежом центральным звеном оказания гериатрической помощи является амбулаторно-поликлиническое [2, 3, 4]. С точки зрения классических гериатрических подходов, например, таким как герогогика, то есть обучение пациентов старших возрастных групп, бригадное ведение, по отношению к пациентам хирургического профиля существует весьма ограниченное количество исследований [1, 5]. Результатом является недостаточно активная позиция хирургической амбулаторной службы по своевременному выявлению хирургической патологии в старших возрастных группах, крайне недостаточная диспансерная работа среди этого контингента, низкий уровень использования прогрессивных технологий амбулаторно-поликлинической помощи, таких как дневной стационар, стационар на дому и прочих [1, 6]. В этой связи большую значимость приобретут те исследования, в которых будут разработаны конкретные

схемы амбулаторно-поликлинической хирургической помощи пациентам старших возрастных групп, причем с учетом современных подходов, принятых в клинической гериатрии.

Цель исследования – разработать модель оптимальной хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста в поликлинике и оценить ее медико-социальную эффективность.

Материалы и методы исследования

На первом этапе исследования произведено изучение технологии оказания амбулаторно-поликлинической хирургической помощи в разных возрастных группах в сравнительном аспекте. Были выделены три группы с наиболее распространенными заболеваниями хирургического профиля в амбулаторно-поликлинических условиях, а именно 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 разным специалистам, а именно врачу-хирургу, врачу-участковому терапевту, кардиологу, эндокринологу, ревматологу; 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; 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; 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. В результате данного исследования были выявлены проблемные стороны оказания хирургической помощи пациентам старших возрастных групп, что в дальнейшем дало возможность предложить меры по ее совершенствованию.

Второй этап исследования включал построение модели оптимальной хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста в амбулаторно-поликлинических условиях и оценка ее эффективности. Построение модели базировалось на принципах системного подхода, согласно которым процесс оказания помощи рассматривается как взаимосвязанное целое, состоящее из трех частей: вход в систему (пациенты пожилого и старческого возраста), процессы внутри системы (нозологические формы, оптимальная обращаемость, оптимальное обследование и лечение) и выход из системы (качество жизни, течение заболеваний с медико-социальной точки зрения).

Для оценки эффективности разработанной модели было проведено рандомизированное контролируемое проспективное исследование, в ходе которого были сформированы две группы пациентов пожилого и старческого возраста. Так, пациентов пожилого возраста в исследование по изучению эффективности разработанной нами модели было включено 62, из которых в контрольную группу вошли 31 (средний возраст – $65,2 \pm 0,9$ лет), в основную группу – 32 (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%), желчекаменная болезнь (17,5%) и их сочетанием. Пациентов старческого возраста в исследование по изучению эффективности разработанной нами модели было включено 61, 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 страдали аналогичными заболеваниями, такими как 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 нами тактика динамического диспансерного наблюдения, пациен-

ты контрольной группы получали стандартную терапию на базе хирургического кабинета многопрофильной поликлиники. Период воздействия составлял один год, по истечении которого нами был проведен сравнительный анализ качества жизни (по опроснику SF-36), а также показателей течения хирургических заболеваний в основных и контрольных группах каждого возраста.

Статистическая обработка данных проведена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

Результаты исследования и их обсуждение

При изучении обращаемости за помощью к разным специалистам системы первичной медико-санитарной помощи нами 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, $p < 0,05$.

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.

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, $p < 0,05$. При анализе полученных данных очевидно, 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.

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 – $2,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$.

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 веде-

ния 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, $p < 0,05$.

Полученные результаты позволили сформулировать модель оптимальной хирургической помощи пациентам пожилого и старческого возраста (табл. 1).

Оценка эффективности модели оптимальной хирургической помощи. 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, значительное 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, значительное 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 состояния зарегистрировано в контрольной группе в $28,7 \pm 0,2\%$ случаев, в основной группе – $20,8 \pm 0,2\%$, $p < 0,05$.

Также нами была выявлена положительная динамика качества жизни в основной группе пациентов как в пожилом, так и старческом возрасте (табл. 2, 3).

Таблица 1

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, в расчете на 100 пациентов):		
Медицинские осмотры	90–95	90–95
Социальная помощь	50–70	90–95
Герогогика	95–100	95–100

Таблица 2

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 ± 2,2	24,8 ± 2,1	25,0 ± 1,3	31,5 ± 1,5*, #
Ролевое функционирование	27,0 ± 1,6	28,1 ± 1,2	26,3 ± 0,9	33,9 ± 1,7*, #
Боль	14,5 ± 1,4	14,4 ± 0,7	11,9 ± 1,9	10,3 ± 0,4*, #
Физическое функционирование	24,6 ± 2,2	26,1 ± 2,2	25,2 ± 1,4	31,2 ± 2,2*, #
Жизнеспособность	25,3 ± 3,2	27,1 ± 3,4	27,8 ± 1,5	32,2 ± 1,4*, #
Психологическое здоровье	21,6 ± 1,4	22,7 ± 1,6	22,2 ± 1,1	26,5 ± 1,3*, #
Ролевое эмоциональное функционирование	31,2 ± 1,5	31,2 ± 1,7	30,1 ± 1,7	35,2 ± 1,2*, #
Социальное функционирование	31,2 ± 2,3	31,3 ± 2,1	31,4 ± 1,3	36,3 ± 1,1*, #

Примечания: * 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. 4, 5).

ники и количество госпитализаций) у пациентов пожилого и старческого возраста были выявлены достоверные положительные изменения в основной группе (табл. 4, 5).

Таблица 3

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 ± 1,5	24,6 ± 1,6	23,2 ± 1,1	31,4 ± 1,2*,#
Ролевое функционирование	25,1 ± 1,4	25,4 ± 1,5	24,3 ± 1,4	31,2 ± 1,1*,#
Боль	14,1 ± 1,5	14,2 ± 1,2	12,2 ± 1,2	8,2 ± 1,2*,#
Физическое функционирование	26,1 ± 1,3	24,5 ± 1,5	25,2 ± 1,1	29,6 ± 1,6*,#
Жизнеспособность	23,9 ± 2,0	25,1 ± 2,6	25,2 ± 1,3	31,2 ± 1,6*, #
Психологическое здоровье	20,5 ± 1,4	21,2 ± 1,3	23,4 ± 1,3	27,1 ± 1,4*,#
Ролевое эмоциональное функционирование	29,5 ± 1,6	29,6 ± 1,8	30,1 ± 1,2	36,3 ± 1,2*,#
Социальное функционирование	30,8 ± 1,7	30,1 ± 2,2	30,5 ± 1,1	36,2 ± 1,7*,#

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

Таблица 4

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 ± 0,2	4,1 ± 0,3	4,3 ± 1,2	4,1 ± 1,3	2,4 ± 0,3	2,4 ± 0,2
Основная группа (n = 32)	4,4 ± 0,3	1,5 ± 0,2*,#	4,4 ± 1,3	2,3 ± 0,8*,#	2,4 ± 0,2	0,9 ± 0,2*, #

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

Таблица 5

Динамика медико-социальных показателей течения хирургической патологии у людей старческого 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 = 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.

Таким образом, применение разработанной модели оптимальной хирургической помощи способствует улучшению субъективного и объективного статуса людей

пожилого и старческого возраста, повышению качества их жизни, улучшению медико-социальных показателей течения хронических заболеваний, а, следовательно,

разработанная модель обладает высокой медико-социальной эффективностью.

Список литературы

1. Варавина Л.Ю., Процаев К.И., Ильницкий А.Н., Медведев Д.С., Перельгин К.В. Критерии оценки качества стационарной помощи пожилым больным с отоларингологической патологией // Успехи геронтологии. – 2010. – Т. 23. – № 1. – С. 149–153.

2. Горелик С.Г., Оробцова М.В., Сухобрус И.В. Медико-организационные аспекты обследования и лечения больных старшей возрастной группы в условиях поликлиники в России (тезисы) // Актуальні питання сучасної медицини. Збірник тез міжнародної конференції (18–19 квітень 2013 року, м. Харків, Україна). – С. 81–82.

3. Денисов И.Н., Холопова М. Качество медицинской помощи, оказываемое врачом общей практики пациентам с воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы // ВРАЧ. – М.: Изд. «Русский врач», 2013. – № 8. – С. 85–87.

4. Денисов И.Н., Куницына Н.М., Процаев К.И., Фесенко В.В., Варавина Л.Ю., Фесенко Э.В., Люцко В.В. Особенности медико-социальной эффективности медицинской помощи пожилым людям в государственных и частных учреждениях здравоохранения. // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4 [электронный журнал].

5. Margot J. Geriatricians: past, present and future // J. Roy. Soc. Med. – 1997. – Vol. 90, № 32. – P. 2–4.

6. Ray S. A model geriatric health care program for community/migrant health care centres/ S. Ray, D.E. Yeatts, N. List, W.E. Folts // J. Health Hum. Serv. Adm. – 1994. – Vol. 17, № 2. – P. 196–212.

References

1. Varavina L.Ju., Proshhaev K. I., Il'nickij A.N., Medvedev D.S., Perelygin K.V. Kriterii ocenki kachestva stacionarnoj pomoshhi pozhilym bol'nym s otolaringologicheskoy patologiej (Criteria of an assessment of quality of hospital care for elderly patient with otolaryngologic pathology / Successes of gerontology.) 2010. T. 23. no. 1. pp. 149–153.

2. Gorelik S.G., Orobцова M.V., Suhobrus I.V. Mediko-organizacionnye aspekty obsledovanija i lechenija bol'nyh staršej vozrastnoj grupy v uslovijah polikliniki v Rossii (Medico-organizational aspects of examination and treatment at patients elder age group in the conditions of Russian policlinic) // Actual questions of modern medicine. Collection of theses of the international scientific conference (April 18–19, 2013 Kharkov, Ukraine). pp. 81–82.

3. Denisov I.N., Holopova M. Kachestvo medicinskoj pomoshhi, okazyvaemoe vrachom obshhej praktiki pacientam s vospalitel'nymi zabolevanijami mochevydelitel'noj sistemy (The quality of medical care, rendering by the general practitioner for patients with inflammatory diseases of an urinary system) // Doctor-Moscow: Edition «Russian doctor», 2013. no. 8. pp. 85–87.

4. Denisov I.N., Kunicyna N.M., Proshhaev K.I., Fesenko V.V., Varavina L.Ju., Fesenko Je.V., Ljucko V.V. Osobennosti mediko-social'noj jeffektivnosti medicinskoj pomoshhi pozhilym ljudjam v gosudarstvennyh i chastnyh uchrezhdenijah zdravooxranenija. (Peculiarity of medico-social efficiency of medical care for elderly people in the state and private institutions of health care) // Modern problems of science and education. 2012. no. 4 [digital scientific magazine].

5. Margot J. Geriatricians: past, present and future // J. Roy. Soc. Med. – 1997. – Vol. 90, № 32. – P. 2–4.

6. Ray S. A model geriatric health care program for community/migrant health care centres/ S. Ray, D.E. Yeatts, N. List, W.E. Folts // J. Health Hum. Serv. Adm. – 1994. – Vol. 17, № 2. – P. 196–212.

Рецензенты:

Процаев К.И., д.м.н., профессор, директор АНО «НИМЦ «Геронтология», г. Москва;

Сперанский С.Л., д.м.н., профессор кафедры общей хирургии с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии НИУ БелГУ, г. Белгород.

Работа поступила в редакцию 10.12.2013.