

## КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ФАКТОР, ОГРАНИЧИВАЮЩИЙ ПРИМЕНЕНИЕ ПРОГРАММ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

О.Л. Глазкова<sup>1</sup>, С.В. Шмелева<sup>2</sup>, Р.В. Москаленко<sup>3</sup>, О.Ю. Игнатченко<sup>3</sup>,  
А.В. Романова<sup>4</sup>, Е.И. Дубровинская<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, г. Москва, Россия

<sup>2</sup> Московский государственный университет технологий и управления имени К.Г. Разумовского, г. Москва, Россия

<sup>3</sup> Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, г. Москва, Россия

<sup>4</sup> Российский государственный социальный университет, г. Москва, Россия

**Цель.** Выявить группы риска формирования когнитивной дисфункции у пациенток пожилого и старческого возраста после гинекологических операций. **База исследования:** Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва). Определены группы риска формирования когнитивной дисфункции у пациенток пожилого и старческого возраста после гинекологических операций. Госпитализация осуществлялась накануне операции, послеоперационный койко-день варьировал от двух до четырех дней. В тех случаях, где это оказалось возможным, в периоперационном периоде применялись принципы технологии FastTrack. **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 60 женщин пожилого и старческого возраста, после менопаузы в возрасте от 50 до 85 лет ( $75,2 \pm 6,3$  года), которым в условиях эндотрахеального наркоза были выполнены операции в связи с доброкачественной патологией (новообразования яичников, пролапс гениталий), применялись принципы FastTrack – ускоренного пути в хирургии. До операции и на второй день после операции проводилось тестирование по шкале MMSE (Mini-mental State Examination), а также по анкете для выявления личностной и реактивной тревожности Спилбергера – Ханина. **Результаты.** Достоверно доказано, что частота послеоперационной когнитивной дисфункции увеличивается пропорционально возрасту пациенток и нередко зависит от вида анестезиологического пособия и тяжести операции. В группе женщин в возрасте от 50 до 60 лет исходных когнитивных нарушений не обнаружено, 18 % пациенток после 60 лет имеют когнитивные нарушения, 5 % – деменцию легкой степени. Чем старше пациентки, тем в большем количестве случаев после операции развиваются и/или усугубляются когнитивные нарушения, сохраняются высокие показатели тревожности. Ранняя выписка в таких случаях может стать причиной дальнейших проблем медицинского характера. **Заключение.** В группах риска, особенно у пациенток старше 70 лет с признаками распространенного атеросклероза, нарушениями мозгового кровообращения и травмами головного мозга в анамнезе, необходимо прицельно выявлять признаки когнитивных нарушений и своевременно привлекать невролога и клинического психолога для их коррекции, что значительно улучшит послеоперационный период и снизит уровень тревожности.

**Ключевые слова:** женщины, гинекологическая патология, когнитивная дисфункция, FastTrack, тревожность, операции, пожилой и старческий возраст.

### Введение

Пациентки пожилого (60–75 лет) и старческого возраста (старше 75 лет) составляют особую группу. Пожилые люди – даже здоро-

вые – имеют ограниченные функциональные резервы практически всех систем органов, что и становится очевидным в стрессовой ситуации хирургического вмешательства. Это со-

стояние называют старческой астенией или старческой хрупкостью (Kehlet, 1997; Федоровский, 2003; Брискин с соавт., 2008).

Одной из актуальных проблем в ведении пациенток пожилого и старческого возраста является профилактика так называемой послеоперационной когнитивной дисфункции (Barr et al., 2013), которая значительно затрудняет процесс восстановления. В своей крайней форме она проявляется развитием в ближайшие сроки после операции делирия, что требует интенсивного лечения и представляет существенную опасность<sup>1</sup> (Пасечник с соавт., 2014). Частота послеоперационной когнитивной дисфункции увеличивается пропорционально возрасту пациенток и зависит от вида анестезиологического пособия и тяжести операции (Брискин с соавт., 2008). Имеют значение остаточное влияние на центральную нервную систему средств для наркоза и продуктов их биотрансформации, недостаточный уровень антиноцицептивной защиты мозга, энергетическое голодание мозга, гипоксия, а также нахождение в непривычной обстановке, психологический стресс (Kehlet et al., 1997; Barodka et al., 2011).

Технология FastTrack («быстрый путь») в хирургии среди множества других желательных для исполнения положений включает отказ от седации перед операцией, ограничение/отказ от опиоидов в пользу упреждающей многокомпонентной анальгезии. Она также требует активного сотрудничества пациентки в вопросе дооперационной подготовки, в частности органов желудочно-кишечного тракта<sup>2</sup> (Barr et al., 2013; Хатьков с соавт., 2014; Carter et al., 2011b).

Современная тенденция ускоренной реабилитации и ранней выписки из стационара в полной мере затрагивает и пациенток старших возрастных групп. В такой ситуации легкие формы когнитивной дисфункции могут проявиться уже дома, остаться недиагностированными, но тем не менее представлять определенную опасность. Это тем более актуально, что современ-

ные медицинские технологии позволяют выполнять оперативное лечение все большему количеству женщин пожилого и старческого возраста, в том числе при наличии серьезной сопутствующей патологии (Carter et al., 2010a,b; 2011a,c; Barodka et al., 2011).

### Материалы и методы

Целью исследования было выявление групп риска формирования когнитивной дисфункции у пациенток пожилого и старческого возраста после гинекологических операций.

На рис. 1 показана динамика количества операций среди этого контингента женщин в гинекологической клинике больницы им С.П. Боткина.

В исследование включены 60 пациенток после менопаузы в возрасте от 50 до 85 лет ( $75,2 \pm 6,3$  года), которым в условиях эндотрахеального наркоза были выполнены операции в связи с доброкачественной патологией. Лапароскопия, экстирпация матки с придатками в связи с доброкачественными новообразованиями придатков матки выполнена 26, лапароскопически ассистированная экстирпация матки в сочетании с различными вариантами коррекции пролапса гениталий вагинальным доступом – 30, сакровагинопексия – 4 женщинам.

На момент обращения в больницу им С.П. Боткина, где осуществлялась подготовка к операции, у пациенток наблюдалась разнообразная патология, часто недостаточно компенсированная (рис. 2). У четырех женщин в анамнезе имелись нетяжелые эпизоды нарушения мозгового кровообращения. Пациентки были обследованы, и была достигнута компенсация сопутствующих заболеваний.

Госпитализация осуществлялась накануне операции, послеоперационный койко-день варьировал от двух до четырех дней. В тех случаях, где это оказалось возможным, в периоперационном периоде применялись принципы технологии FastTrack. До операции и на второй день после операции проводилось тестирование по шкале MMSE (Mini-mental State Examination), а также по анкете для выявления личностной и реактивной тревожности Спилбергера – Ханина<sup>3,4</sup>.

<sup>1</sup> Carter J. Philp S., Arora V. Discharge on postop day 2 after major gynecological surgery. Is it possible? Oral Presentation 25th Annual Scientific Meeting Australian Society of Gynecological Oncologists; March 2010; Bunker Bay, Western Australia.

<sup>2</sup> Carter J., Philp S., Arora V. Poster presentation. Extended experience with an enhanced surgical recovery program. Proceedings of the 13th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society; 2010; Prague, Czech Republic. European Union.

<sup>3</sup> Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2007. С. 32–34.

<sup>4</sup> Настольная книга практического психолога / Сост. С.Т. Посохова, С.Л. Соловьева. СПб.: Сова, 2008. С. 132–140.

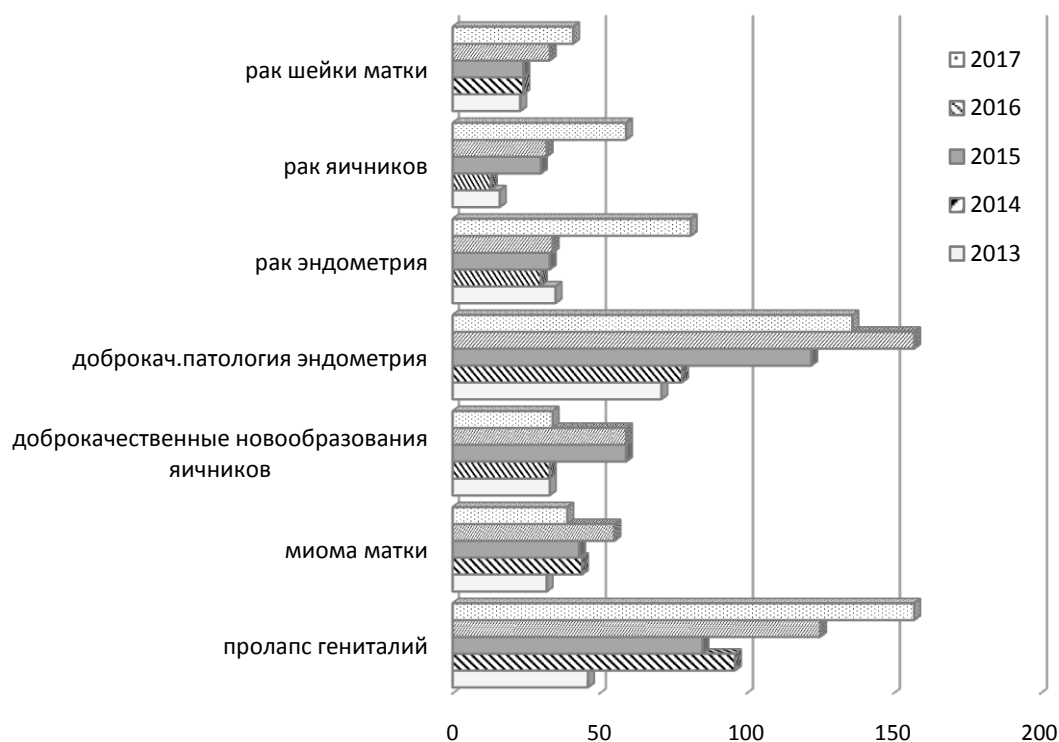


Рис. 1. Количество операций, выполненных при некоторых заболеваниях пациенткам старше 65 лет в гинекологических отделениях больницы им. С.П. Боткина

Fig. 1. The number of operations performed in some diseases for patients older than 65 years in the gynecological departments of the hospital named after S.P. Botkin

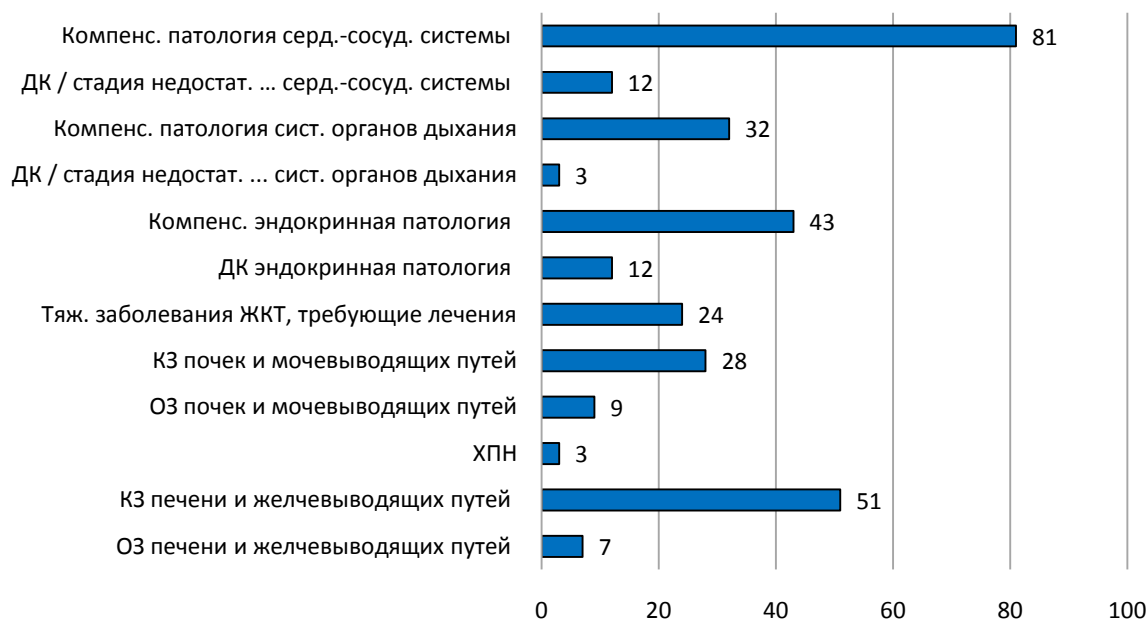


Рис. 2. Сопутствующие заболевания на момент обращения в больницу, %

Примечание: ДК – декомпенсация; КЗ – компенсация заболевания, ОЗ – острые заболевания; ХПН – хроническая почечная недостаточность; ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

Fig. 2. Concomitant diseases at the moment of going to the hospital, %

Note: ДК – decompensation; КЗ – disease compensation; ОЗ – acute disease; ХПН – chronic renal insufficiency; ЖКТ – gastrointestinal tract

## Результаты

У обследованного контингента женщин часто приходилось отказываться от некоторых принципов FastTrack. В частности, иногда становилось понятным, что пациентка не сможет выполнить рекомендации по подготовке кишечника, которые позволили бы отказаться от приемов его механической обработки. Если настаивать на выполнении назначений, это усиливает тревожность, больные становятся беспокойны, ощущают чувство вины. Также невозможным оказались ограничение седации и отказ пациенток от опиоидов. Очевидно, что пациентки старших возрастных групп нуждаются в гораздо большей психологической поддержке. Многие из них убеждены, что из-за возраста к ним могут отнестись пренебрежительно, многие понимают, что их компенсаторные возможности гораздо хуже, чем в прежние годы. Но при этом даже среди самых старших пациенток есть страх потери «чувства женственности», что в сочетании с тем, что они стесняются обсуждать этот аспект с врачом, требует особенно чуткого отношения.

При тестировании по шкале MMSE в группе женщин в возрасте от 50 до 60 лет ис-

ходных когнитивных нарушений не выявлено. По данным тестирования до 18 % пациенток после 60 лет проявляют когнитивные нарушения, до 5 % обследованных – деменция легкой степени. Для многих пациенток собственные ошибки в понимании и выполнении врачебных назначений являются сильным стрессом. Обращает внимание, что обычная беседа может не привести к выявлению этих нарушений. Чем старше пациентка, тем изменения более выражены.

В послеоперационном периоде (рис. 3) пациентки чаще демонстрируют ухудшение когнитивных функций. Хочется подчеркнуть, что ни у одной больной не развился послеоперационный делирий. Речь идет о неявных изменениях, диагностика которых требует особых подходов. При применении технологии FT, когда от пациентки требуется активное содействие врачу, что воспринимается как источник стресса, показатели когнитивных функций оказались несколько ниже.

Высокие показатели тревожности во всех возрастных группах до операции очевидны (рис. 4). Интересно, что после операции показатели тревожности (за счет ситуационной)

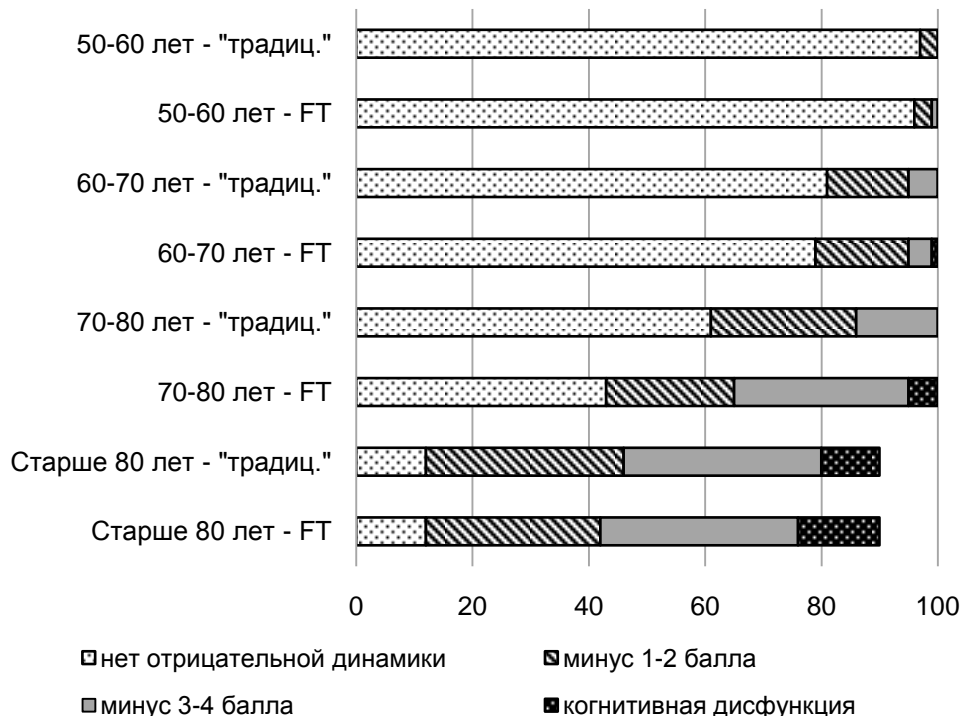


Рис. 3. Динамика MMSE у пациенток в зависимости от способа ведения периоперационного периода, %.

Примечание: у 10 % пациенток старше 80 лет отмечались и другие дисфункции (на рис. не указаны)

Fig. 3. MMSE dynamics in patients depending on the perioperative period conditions, %

Note: in 10% of patients over 80 years of age other dysfunctions were also registered (not shown in the figure)

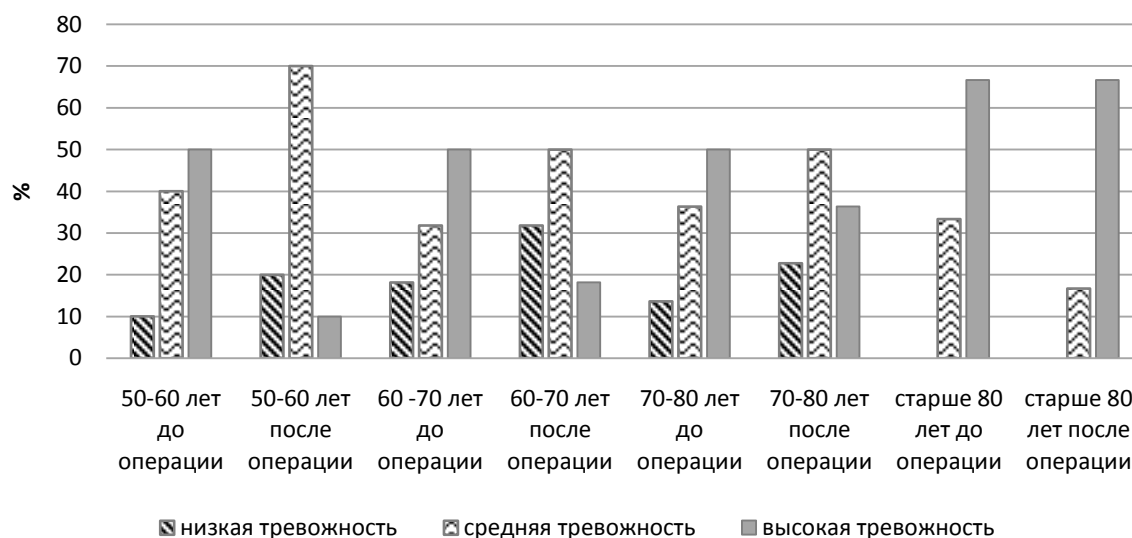


Рис. 4. Динамика реактивной тревожности по шкале Спилберга – Ханина  
Fig. 4. Dynamics of reactive anxiety on the Spielberger – Hanin scale

закономерно и значительно снижались у более молодых пациенток, тогда как в самых старших группах тревожность уменьшалась незначительно. Это можно объяснить пребыванием в непривычной обстановке, боязнью не понять и не выполнить инструкции персонала, чувством стеснения.

### Обсуждение

Ранняя активизация пациенток и вообще технологии ускоренной реабилитации, внедрение которых логически приводит к ранней выписке, являются несомненным благом, поскольку их применение приводит к уменьшению частоты тромбоэмболических осложнений, дыхательных расстройств, уменьшению контаминации больничной флорой. В то же время просто переносить принципы работы с молодыми на пациенток пожилого и старческого возраста неправильно. Необходимо учитывать психологические и физиологические особенности старшего поколения.

Как правило, жизнь пожилого человека не богата событиями. Поэтому даже незначительное происшествие заполняет все мысли. Это тем более справедливо по отношению к такому серьезному событию, как операция. При этом у людей преклонного возраста в той или иной степени ухудшается способность объективной оценки и контроля собственных психологических реакций. Из-за быстрых перемен в паттернах поведения они придают случившемуся гипертрофированную окраску. Любое, даже малозначимое с позиций здраво-

го смысла, происшествие воспринимается ими чувственно, появляются ненужные переживания, которые нередко приводят к тревожности и фобиям. Такое серьезное событие, как операция, тем более может надолго вывести таких женщин из душевного равновесия. Для пожилых характерно появление психологических комплексов и неуверенности. Это явление в том числе возникает и в связи с упадком физических возможностей и некоторой беспомощностью, что приводит к зависимости от более молодых людей. Половина населения считает самым болезненным в старости нужду в ком-то, невозможность жить самостоятельно без помощи со стороны. Поэтому в периоперационном периоде обращение к помощи посторонних неизбежно.

Персонал, работающий с больными преклонных лет в стационаре, должен быть подготовлен к этому. Каждому врачу и медсестре необходимо быть готовыми к многократному доброжелательному объяснению инструкций, даваемых пациенткам. Следует спокойно и с эмпатией воспринимать необходимость более длительных бесед с ними, многократных просьб о повторении инструкций, ответов на вопросы о проводимом лечении. При беседах с пациенткой необходимо избегать критики, стараться успокоить пациентку. Но даже при полностью комфортной обстановке в стационаре ситуация хирургического лечения оказывается очень стрессовой.

Когда не уделяется специального внимания психологическому состоянию пациенток

перед выпиской, то нетяжелое снижение когнитивных функций может остаться незамеченным, но уже дома могут сказаться последствия этого. Пациентка может, например, запутаться в приеме препаратов, назначенных в связи с сопутствующей патологией, даже если ранее она таких ошибок не совершала. Забывчивость может привести и к чисто бытовым проблемам – в питании, безопасности. При этом проблема не решается просто продлением срока госпитализации для пожилых. Напротив, клиницисты часто видят, что женщина пожилого возраста, вполне адаптированная к домашней обстановке, становится беспомощной и тревожной в непривычных условиях, при контактах с малознакомыми людьми. Возвращение домой в таких случаях – почти обязательное условие улучшения состояния. Но и это утверждение верно не во всех случаях. После выхода на пенсию люди обычно отдаляются от прежнего окружения и начинают больше общаться с семьей. Следует отметить, что, если пожилая женщина одинока, послеоперационный период может стать проблемным. Нельзя оставлять таких больных наедине с одиночеством. И с этих позиций, если внедрение методик ускоренной реабилитации станет повсеместным, необходимо будет привлекать к проблеме наблюдения за пациентками старших возрастных групп в ранние сроки после выписки социальных работников и развивать систему патронажа.

### Заключение

Мы убеждены, что в группах риска, к каковым относятся пациентки старше 70 лет, с признаками распространенного атеросклероза, нарушениями мозгового кровообращения и травмами головного мозга в анамнезе, необходимо прицельно выявлять признаки когнитивных нарушений и своевременно привлекать невролога и клинического психолога для их коррекции, что улучшит послеоперационный период и снизит уровень тревожности.

### Литература

1. Брискин, Б.С. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых / Б.С. Брискин, О.В. Ломидзе // *Клиническая геронтология*. – 2008. – № 4. – С. 30–33.
2. Пасечник, И.Н. Послеоперационная когнитивная дисфункция и регионарная анестезия / И.Н. Пасечник, Р.Р. Губайдуллин, Е.И. Скобелев, С.П. Лозенко // *Вестник интенсивной терапии*. – 2014. – № 3. – С. 42–48.
3. Федоровский, Н.М. Физиологические особенности стареющего организма в оценке специалиста по анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии / Н.М. Федоровский // *Клиническая геронтология*. – 2003. – № 2. – С. 36–40.
4. Хатьков, И.Е. Протокол fast-track при лапароскопической панкреатодуоденальной резекции: первый опыт / И.Е. Хатьков, А.А. Хисамов, Р.Е. Израилов, В.В. Цвиркун // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2014. – № 4. – С. 71–75.
5. Barodka, V.M. Review article: implications of vascular aging / V.M. Barodka, B.L. Joshi, D.E. Berkowitz [et al.] // *Anesth. Analg.* – 2011. – Vol. 112. – P. 1048–1060.
6. Barr, J. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation and delirium in adult patients in the intensive care unit / J. Barr, G.L. Fraser, K. Punttilo [et al.] // *Crit. Care. Med.* – 2013. – № 41. – P. 263–306.
7. Carter, J. Assessing outcomes after fast track surgical management of corpus cancer / J. Carter, S. Philp // *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2011a. – Vol. 1 (3). – P. 139–143. DOI: 10.4236/ojog.2011.13026
8. Carter, J. Program Development and Extended Experience with a Fast Track Surgery Program. / J. Carter, S. Philp // *Australian Society of Gynecological Oncologists Annual Scientific Meeting Millbrook Resort; Queenstown, New Zealand*. 2011b.
9. Carter, J. Early discharge after major gynecological surgery: advantages of fast track surgery / J. Carter, S. Philp, V. Arora // *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2011c. – № 1(1). – P. 1–5. DOI: 10.4236/ojog.2011.11001.
10. Carter, J. Fast track gynecologic surgery in the overweight and obese patient / J. Carter, S. Philp, A. Arora // *International Journal of Clinical Medicine*. – 2010a. – № 1(2). – P. 64–69.
11. Carter, J. Fast track surgery in gynecological oncology. A clinical audit / J. Carter, R. Szabo, W.W. Sim et al. // *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2010b. – Vol. 50 (2). – P. 159–163.
12. Kehlet, H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation / H. Kehlet // *Br. J. Anaesth.* – 1997. – Vol. 78. – P. 606–617.

**Глазкова Ольга Леонидовна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии, Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (Москва), glazkova-ol-le@yandex.ru

**Шмелева Светлана Васильевна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры психологии и педагогики профессионального образования, Московский государственный университет технологий и управления имени К.Г. Разумовского (Москва), 89151479832@mail.ru, ORCID 0000-0003-0390-194X

**Москаленко Роман Владимирович**, врач – акушер-гинеколог, 22-е гинекологическое отделение, Городская клиническая больница им. С.П. Боткина (Москва), botkinhospital@zdrav.mos.ru

**Игнатченко Ольга Юрьевна**, врач – акушер-гинеколог, заведующий 22-м гинекологическим отделением, Городская клиническая больница им. С.П. Боткина (Москва), botkinhospital@zdrav.mos.ru

**Романова Анжела Валерьевна**, кандидат психологических наук, доцент, Российский государственный социальный университет (Москва) Angelina.rom@mail.ru, ORCID: 0000-0002-7472-8235

**Дубровинская Екатерина Игоревна**, кандидат психологических наук, доцент, Российский государственный социальный университет (Москва), deldongo@mail.ru, ORCID 0000-0001-6280-5590

*Поступила в редакцию 18 декабря 2019 г.*

DOI: 10.14529/jpps200203

## COGNITIVE DYSFUNCTION AS A FACTOR RESTRICTING THE APPLICATION OF ACCELERATED REHABILITATION PROGRAMS FOR ELDERLY AND SENIOR PATIENTS IN OPERATIVE GYNECOLOGY

**O.L. Glazkova**<sup>1</sup>, glazkova-ol-le@yandex.ru

**S.V. Shmeleva**<sup>2</sup>, 89151479832@mail.ru, ORCID 0000-0003-0390-194X

**R.V. Moskalenko**<sup>3</sup>, botkinhospital@zdrav.mos.ru

**O.Yu. Ignatchenko**<sup>3</sup>, botkinhospital@zdrav.mos.ru

**A.V. Romanova**<sup>4</sup>, Angelina.rom@mail.ru, ORCID: 0000-0002-7472-8235

**E.I. Dubrovinskaya**<sup>4</sup>, deldongo@mail.ru, ORCID 0000-0001-6280-5590

<sup>1</sup> Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup> Moscow State University of Technology and Management named after K.G. Razumovsky, Moscow, Russian Federation

<sup>3</sup> City Clinical Hospital named after S.P. Botkin, Moscow, Russian Federation

<sup>4</sup> Russian State Social University, Moscow, Russian Federation

**Aim:** to identify risk groups for the formation of cognitive dysfunction in elderly patients after gynecological operations. Research base: City Clinical Hospital named after S.P. Botkin, Moscow, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education. The risk groups for the formation of cognitive dysfunction in elderly and senior patients after gynecological operations are determined. Hospitalization was carried out just before the operation, the postoperative hospital bed rest varied from 2 to 4 days. Where possible, the principles of FastTrack technology were applied in the perioperative period. **Materials and methods.** The study involved 60 elderly and senior female patients after menopause from the age of 50 to 85 years ( $75,2 \pm 6,3$  years), who underwent surgery under conditions of endotracheal anesthesia due to benign pathology (ovarian neoplasms, genital prolapse). The principles of FastTrack – an accelerated path in surgery were applied. Before the operation and on the 2nd day after the operation, testing was performed on the MMSE (Mini-mental State Examination) scale, as well as on the questionnaire to identify Spielberger-Hanin personal and reactive anxiety. **Results.** It has been proven that the frequency of postoperative cognitive dysfunction increases in proportion to the age of the patients and often depends on the type of anesthetic benefit and the severity of the operation.

In the group of women aged from 50 to 60, no initial cognitive impairment was found, 18 % of patients after 60 years of age have cognitive impairment, and 5 % have mild dementia. The older the patient, the more cases of postoperative cognitive impairment develops/worsens, and high levels of anxiety remain. Early discharge in such cases can cause problems. **Conclusion.** In risk groups, especially in patients older than 70 years with signs of widespread atherosclerosis, cerebrovascular accidents, and a history of brain injuries, it is necessary to accurately identify signs of cognitive impairment and promptly involve a neurologist and clinical psychologist to correct them, which will significantly improve the postoperative period and reduce the anxiety level.

**Keywords:** women, gynecological pathology, cognitive dysfunction, FastTrack, anxiety, surgery, elderly and senile age.

### References

1. Briskin B.S., Lomidze O.V. [The effect of polymorbidity on the diagnosis and outcome in abdominal surgery in the elderly]. *Klinicheskaya gerontologiya* [Clinical Gerontology], 2008, no. 4, pp. 30–33. (in Russ.).
2. Pasechnik I.N., Gubaidullin R.R., Skobelev E.I., Lozenko S.P. [Postoperative cognitive dysfunction and regional anesthesia]. *Vest. intensiv. terapii*. [Annals of Critical Care], 2014, no. 3, pp. 42–48. (in Russ.).
3. Fedorovsky N.M. [Physiological characteristics of an aging organism as assessed by a specialist in anesthesiology, resuscitation and intensive care]. *Klinicheskaya gerontologiya* [Clinical Gerontology], 2003, no. 2, pp. 36–40. (In Russ.).
4. Hatkov I.E., Khisamov A.A., Izrailov R.E. et al. [Fast-track protocol for laparoscopic pancreatoduodenal resection: first experience] *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of HPB Surgery], 2014, no. 4, pp. 71–75. (in Russ.).
5. Barodka V.M., Joshi B.L., Berkowitz D.E. [et al.] Review article: implications of vascular aging. *Aneast. Analg.*, 2011, vol. 112, pp. 1048–1060.
6. Barr J., Fraser G.L., Puntillo K. et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit. Care. Med.*, 2013, no. 41, pp. 263–306.
7. Carter J., Philp S. Assessing outcomes after fast track surgical management of corpus cancer. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2011a, vol. 1 (3), pp. 139–143. DOI: 10.4236/ojog.2011.13026
8. Carter J., Philp S. Program Development and Extended Experience with a Fast Track Surgery Program. Queenstown, New Zealand. Australian Society of Gynecological Oncologists Annual Scientific Meeting Millbrook Resort; 2011b.
9. Carter J., Philp S., Arora V. Early discharge after major gynecological surgery: advantages of fast track surgery. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2011c, no. 1(1), pp. 1–5. DOI: 10.4236/ojog.2011.11001.
10. Carter J., Philp S., Arora A. Fast track gynecologic surgery in the overweight and obese patient. *International Journal of Clinical Medicine*, 2010a, no. 1 (2), pp. 64–69.
11. Carter J., Szabo R., Sim W.W. et al. Fast track surgery in gynecological oncology. A clinical audit. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2010b, vol. 50 (2), pp. 159–163.
12. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br. J. Anaesth.*, 1997, vol. 78, pp. 606–617.

*Received 18 December 2019*

---

### ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Когнитивная дисфункция как фактор, ограничивающий применение программ ускоренной реабилитации пациенток пожилого и старческого возраста в оперативной гинекологии / О.Л. Глазкова, С.В. Шмелева, Р.В. Москаленко и др. // Психология. Психофизиология. – 2020. – Т. 13, № 2. – С. 25–32. DOI: 10.14529/jpps200203

### FOR CITATION

Glazkova O.L., Shmeleva S.V., Moskalenko R.V., Ignatchenko O.Yu., Romanova A.V., Dubrovinskaya E.I. Cognitive Dysfunction as a Factor Restricting the Application of Accelerated Rehabilitation Programs for Elderly and Senior Patients in Operative Gynecology. *Psychology. Psychophysiology*. 2020, vol. 13, no. 2, pp. 25–32. (in Russ.). DOI: 10.14529/jpps200203