

УДК 617-089: 613. 98

ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Горелик С.Г.

Национальный исследовательский университет «БелГУ», Белгород, e-mail: gorelik@bsu.edu.ru

Тенденция увеличения популяции пожилых и старых людей носит глобальный характер и влечет за собой увеличение потребности в медико-социальной помощи и услугах. Цель нашего исследования: определить потребность лиц пожилого и старческого возраста в хирургической помощи, дать характеристику ближайших и отдаленных медико-социальных результатов хирургического лечения больных, проанализировать отдаленные результаты хирургического лечения. Полученные результаты позволили нам сделать следующие выводы: наиболее часто встречающейся хирургической патологией является острый холецистит, который составляет 50,2 %; частота общесоматических осложнений превалирует над осложнениями, связанными с оперативным вмешательством. Оценивая качество жизни пациентов в отдаленном периоде, установили, что качество жизни у больных пожилого и старческого возраста по сравнению со здоровыми, значительно снижено.

Ключевые слова: реабилитация, хирургическое лечение, пожилой и старческий возраст

RENDERING SURGICAL CARE TO PATIENTS OF OLDER AND ELDERLY AGE

Gorelik S.G.

National research university «BSU», Belgorod, e-mail: gorelik@bsu.edu.ru

The trend of increasing from the population of older and elderly people has a global character and entails an increase in the demand for health care and social assistance and services. The aims of our study were to: identify the needs of older and elderly patients in surgical care, to describe the immediate and long-term health and social outcomes of surgical treatment, to analyze the long-term results of surgical treatment. The results allowed us to draw the following conclusions: the most common surgical disease is acute cholecystitis, which is 50,2%; surgery was performed on 45,5 % of the patients; the frequency of somatic complications takes precedence over complications associated with operative intervention. Assessing the life quality of the patients in a long-term period, it was found that the life quality of patients of older and elderly age, compared with healthy ones, was significantly reduced.

Keywords: rehabilitation, surgery, older and elderly age

Тенденция увеличения популяции пожилых и старых людей носит глобальный характер и влечет за собой увеличение потребности в медико-социальной помощи и услугах. Уровень заболеваемости у пожилых людей в 2 раза, а в старческом возрасте – в 6 раз выше, чем среди людей более молодого возраста. До 80 % пенсионеров по старости нуждаются в медико-социальной помощи. Более 25 % этой категории лиц имеют по 2–5 хронических заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, кровеносной, костно-суставной систем, органов дыхания, пищеварения и др. Отчетливая тенденция к постарению населения требует увеличения объема гериатрической помощи, в том числе и хирургической. [1, 4, 5]. Поскольку особенностью хирургического лечения является необходимость проведения оперативных вмешательств, являющихся, несомненно, фактором агрессии, возникает проблема переносимости пациентом пожилого и старческого возраста не только хирургических операций, но вероятное развитие осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде [2, 3].

Цель нашего исследования: определить потребность лиц пожилого и старческого возраста в хирургической помощи (плановой и экстренной), дать характеристику

ближайших и отдаленных медико-социальных результатов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста, проанализировать отдаленные результаты хирургического лечения, оценивая качество жизни пациентов по опроснику SF-36.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явился контингент больных, получивших хирургическую медицинскую помощь за 2007 год в хирургическом отделении №1 муниципальной городской клинической больницы №1 города Белгорода. В исследование были включены больные после хирургического лечения и больные, у которых стабилизацию состояния удалось достичь консервативными методами.

Предметом исследования явились медицинские технологии, применяемые при оказании специализированной хирургической помощи больным, оценка ближайших и отдаленных медико-социальных результатов лечения больных пожилого и старческого возраста после хирургического лечения. Для оценки качества жизни больных в отдаленном периоде (через три года), после лечения в стационаре, было проведено анкетирование 60 лиц пожилого и старческого возраста.

Результаты исследования и их обсуждение

За 2007 г. в хирургическое отделение МГКБ №1 было госпитализировано 2500 хирургических больных. От общего количества лица пожилого и старческого возраста составили 211 человек (8,4 %).

Из них лица женского пола составили 70,8%, а лица мужского – 29,2%.

Возраст пациентов составил от 60 до 88 лет, средний возраст составил $74,2 \pm 0,6$ года.

Доля больных, доставленных в экстренном порядке, составила 92,0% от общего количества, при этом примерно 62,3% больных были доставлены в стационар спустя сутки с момента заболевания.

Среди всех больных с патологией органов брюшной полости на первое место выходит острый холецистит, составляя 50,2%. С острым панкреатитом пролечено 12,8%; с острой спаечной кишечной непроходимостью – 8,0%; хроническим холециститом страдало – 9,5%; язвенной болезнью, осложненной кровотечением – 3,4% или перфорацией – 0,95%; грыжи различной локализации составили – 1,42%.

При анализе историй болезни было выявлено, что в большинстве случаев один пациент пожилого или старческого возраста имеет не одно, а несколько заболеваний, наиболее часто встречалась комбинация желчнокаменной болезни с острым холециститом (44,0%). У 5,8% пациентов было более 2-х заболеваний пищеварительной системы.

Ведущую сопутствующую патологию составили заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца – 45,5%, гипертоническая болезнь II–III ст. – 51,2%), дыхательной системы (хроническая обструктивная болезнь легких, хронический обструктивный бронхит с дыхательной недостаточностью II–III – 7,1%), нервной системы (дисциркуляторная энцефалопатия II–III встречается в 21,0%) и эндокринной системы (сахарный диабет II типа – 3,3%) .

Купировать острую патологию консервативно удалось 115 пациентам (54,5%). Всем 96 (45,5%) пациентам, нуждающимся в оперативном вмешательстве, была проведена предоперационная подготовка. Ее сроки составили от 2 часов до 5 суток.

У 30 пациентов с острым холециститом (31,3%) из-за наличия декомпенсации сопутствующей патологии оперативное вмешательство (чрескожная чреспеченочная холецистостомия) было произведено под местной анестезией. После стабилизации состояния у 2 пациентов после ЧЧХС была произведена холецистэктомия из мини-доступа. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с эндоскопической папиллосфинктеротомией произведена 5 (5,2%) пациентам. Холецистэктомия из мини доступа применялась у 16 (16,7%) пациентов, видеолапароскопическая хо-

лецистэктомия – у 15 (15,6%). И только в 4 (4,2%) случаях использовалась традиционная холецистэктомия.

У данной категории больных дренирование брюшной полости в послеоперационном периоде производилось от 3 до 17 суток. Выписано домой с дренажом 5% пациентов.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением у 95%.

Осложнения, связанные с оперативным вмешательством, наблюдались у 4,5%, частота общесоматических осложнений составила – 10,8%, летальность составила – 5,2% (11 пациентов).

В отдаленном периоде после хирургического лечения (через 3 года) осмотрено 60 больных. Уклон производился на особенностях реабилитации больных геронтологического возраста в течение 3 лет с момента выписки из хирургического стационара.

Амбулаторно, под присмотром участкового врача с консультациями врача-хирурга прошли реабилитацию 95,0% больных. 30,0% посетили санаторий «Красиво». Реабилитация протекала без осложнений у 76,0%, удовлетворительно у 16,0%, рецидивы заболевания с последующей госпитализацией в экстренном порядке наблюдаются у 8,0%.

Для оценки качества жизни больных в отдаленном периоде после лечения в стационаре, было проведено анкетирование 60 лиц пожилого и старческого возраста по опроснику SF-36. Полученные результаты мы сопоставили с данными качества жизни (КЖ) здоровых людей (табл. 1).

Таблица 1

Шкалы SF-36	Здоровые лица (n = 45)	Лица пожилого и старческого возраста (n = 60)
Физическое функционирование (PF)	$96,0 \pm 21,2$	$28,6 \pm 3,7^*$
Физически ролевое функционирование (RP)	$90,0 \pm 19,8$	$24,4 \pm 5,1^*$
Боль (P)	$90,0 \pm 19,8$	$44,8 \pm 4,7^*$
Общее здоровье (GH)	$73,2 \pm 17,6$	$49,9 \pm 3,7^*$
Жизненная сила (VT)	$62,2 \pm 14,2$	$42 \pm 4,4^*$
Социальное функционирование (SF)	$85,0 \pm 18,8$	$66,2 \pm 4,6^*$
Эмоционально-ролевое функционирование (RE)	$65,0 \pm 15,0$	$49,2 \pm 5,8^*$
Ментальное здоровье (MH)	$63,3 \pm 14,5$	$49,5 \pm 4,5^*$

Примечание. * – $p \leq 0,05$.

Особенно отличаются в худшую сторону характеристики физического состояния, которое у больных пожилого и старческого возраста во много раз, по сравнению со здоровыми, ограничивает повседневную и трудовую деятельность. Значительной интенсивности достигает болевой синдром, существенно снижена активность больных и повышена их утомляемость.

Выводы

1. Количество лиц пожилого и старческого возраста, пролеченных в хирургическом отделении №1 МГКБ №1 за год составляет 8,4% от общего числа больных.

2. Наиболее часто встречающейся хирургической патологией является острый холецистит, который составляет 50,2%.

3. Оперативное вмешательство было произведено – 45,5% больным, остальным пациентам в связи с наличием декомпенсации сопутствующей патологии удалось купировать острую патологию консервативно.

4. 31,3% пациентов из-за наличия декомпенсации сопутствующей патологии была проведена чрескожная чреспеченочная холецистостомия под местной анестезией. С дренажами выписано – 5%.

5. Осложнения, связанные с оперативным вмешательством, наблюдались только у 4,5%; частота общесоматических осложнений превалировала над осложнениями, связанными с оперативным вмешательством, и составила – 10,8%, летальность составила 5,2%. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением у 95%.

6. Оценивая качество жизни пациентов в отдаленном периоде, установили, что ка-

чество жизни у больных геронтологического возраста (через 3 года), по сравнению со здоровыми, значительно снижено. Особенно отличаются в худшую сторону характеристики физического состояния, которое у больных пожилого и старческого возраста во много раз по сравнению со здоровыми, ограничивает повседневную и трудовую деятельность. Значительной интенсивности достигает болевой синдром, существенно снижена активность больных и повышена их утомляемость.

Список литературы

1. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых // Клиническая геронтология. – 2008. – №4. – С. 30–34.
2. Дрангой М.Г., Краснова М.А. Возрастные болезни. – М., 2007. – 738 с.
3. Степень операционного риска (методика клинического определения, практическое значение) / Н.Н. Малиновский, Н.С. Леонтьева, И.Н. Мешалкин и др. // Хирургия. – 1973. – С. 32–35.
4. Сафарова Г.Л. Демографические аспекты старения населения России // Отечественные записки. – 2005. – № 3. – С. 24.
5. Марио Пассери Обучение в области гериатрии. Проблема, которая интересует всю Европу // Гериатрия в лекциях. – Т. 2. – М.: Ньюдиамед, 2005. – С. 451–455.

Рецензенты:

Ильницкий А.Н., д.м.н., профессор кафедры медицинской реабилитации Полоцкого государственного университета, г. Новополоцк;

Процаев К.И., д.м.н., профессор, профессор кафедры внутренних болезней №2 Белгородского государственного университета, г. Белгород.

Работа поступила в редакцию 12.04.2011.