

ГЕРОНТОЛОГИЯ

УДК 617-089: 613. 98

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С.Г. ГОРЕЛИК*1) Белгородский государственный национальный исследовательский университет**e-mail: gorelik@bsu.edu.ru*

В статье изложены вопросы клинической эпидемиологии хирургической патологии у пациентов пожилого и старческого возраста, произведена оценка ближайших и отдаленных медико-социальных результатов лечения больных геронтологического возраста после хирургического лечения и оценка качества жизни лиц пожилого и старческого возраста в отдаленном периоде, используя опросник SF-36.

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

Актуальность проблемы. В течение всего XX века доля пожилых людей в общей численности населения Земли постоянно увеличивалась. Эта тенденция сохраняется и в XXI веке. Так, в 1950 году пожилые люди (лица в возрасте 60 лет и старше) составляли 8% мирового населения, в 2000 году—уже 10%, а в 2050 году, по прогнозам ООН, их доля достигнет 21%. Еще два десятилетия назад казалось, что демографическое старение населения, то есть увеличение доли пожилых в общей численности населения, свойственно исключительно развитым странам. Однако сегодня стало очевидно, что этот процесс охватил практически весь мир [1]. Россия вступила в эпоху демографического кризиса с начала 90-х годов: смертность растет, а рождаемость снижается. По прогнозам к 2015 году смертность составит—14,8 на 1000 населения, а рождаемость—8,1. Прогнозируется снижение численности населения России на 5,8 млн. человек. Темпы постарения населения РФ растут и к 2025 году ожидается, что каждый 5-й гражданин страны будет в возрасте 60 лет и старше.

Увеличится также и численность лиц старческого возраста. Уже сейчас доля людей 60-ти лет и старше приближается к 25% [2].

Лозунг начала 20 века о «почетной старости» сменился к началу нового тысячелетия лозунгом «активное долголетие» [3].

Отчетливая тенденция к постарению населения требует увеличения объема гериатрической помощи, в том числе и хирургической. 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 и вероятное развитие осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде [4, 5, 6].

Цель нашего исследования: изучить вопросы клинической эпидемиологии хирургической патологии у пациентов пожилого и старческого возраста и оценить ближайшие и отдаленные медико-социальные результаты лечения больных старших возрастных групп после хирургического лечения.



Материалы и методы. Объектом исследования явился контингент больных, получивших хирургическую медицинскую помощь за 2007 год в хирургическом отделении №1 муниципальной городской клинической больницы (МГКБ) №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 геронтологического 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. За 2007 г. в хирургическое отделение МГКБ №1 было госпитализировано 2506 больных. От общего количества больных пожилого и старческого возраста было 211 человек (8,4%).

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

Возраст пациентов составил от 60 до 88 лет, средний возраст $74,2 \pm 1,6$ года.

Преобладала доля экстренных больных (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%; 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%). 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 ст. – 7,1%), нервной системы (дисциркуляторная энцефалопатия II-III ст. встречается в 21%) 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 (ЧЧХС)) было произведено под местной анестезией. После стабилизации состояния у 2 пациентов после ЧЧХС было произведена холецистэктомия из мини-доступа. 5 (5,2%) пациентам произведена эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ). Холецистэктомия из минидоступа (ХЭМД) применялась у 16 (16,7%) пациентов, видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ) – у 15 (15,6%). И только в 4 (4,2%) случаях использовалась традиционная холецистэктомия.

У данной категории больных дренировании брюшной полости у больных в послеоперационном периоде производилось от 3 до 17 суток.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением у 95,0%. Выписано домой с дренажом 5,0% пациентов.

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% больных. 30% посетили санаторий «Красиво». Реабилитация протекала без осложнений у 76%, удовлетворительно у 16%, рецидивы заболевания с последующей госпитализацией в экстренном порядке наблюдаются у 8%.

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 (таблица). Особенно страдает физическое состояние, 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, повышена их утомляемость.

Таблица

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

*p ≤ 0,05

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

5. Частота общесоматических осложнений превалирует над осложнениями, связанными с оперативным вмешательством и составила 10,8 %. Летальность составила 5,2%. Осложнения, связанные с оперативным вмешательством наблюдались только у 4,5 %. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением у 95%.

5. Оценивая качество жизни пациентов в отдаленном периоде, установлено, что качество жизни у больных геронтологического возраста (через 3 года) по сравнению со здоровыми значительно снижено.

Литература

1. Сафарова, Г. Л. Демографические аспекты старения населения России / Г.Л. Сафарова//Журнал «Отечественные записки».-2005.-№ 3. - С.24.



2. Филатова, С.А. Геронтология./ С.А. Филатова, Л.П. Безденежная, Л.С. Андреева // Ростов н.Д.: Феникс, 2004.- 512 с.
3. Марио Пассери Обучение в области гериатрии. Проблема, которая интересует всю Европу //Гериатрия в лекциях- том 2.-М.: «Ньюдиамед», 2005.- С. 451-455.
4. Брискин, Б.С. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых / Б.С. Брискин, О.В.Ломидзе. //Клиническая геронтология, 4, 2008.- с.30-34.
5. Дрангой, М.Г. Возрастные болезни. / М.Г. Дрангой, М.А. Краснова // М., 2007.-738 с.
6. Степень операционного риска (методика клинического определения, практическое значение)/Н.Н. Малиновский [и др.]// Хирургия.- 1973.-С.32-35.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL DESCRIPTION OF SURGICAL TREATMENT OF ELDERLY AND SENILE AGE PATIENTS

S.G. GORELIK

*Belgorod National
Research University*

e-mail: gorelik@bsu.edu.ru

The questions of clinical epidemiology of surgical diseases at patients' elderly and senile age are expound in the article. Evaluation of short and long-term medical and social results of postoperative treatment patients of gerontological age and they quality of life in long-term period, using SF-36 inquirer, is carrying out.

Key words: rehabilitation, surgery, older and elderly age.