

расширение вен нижних конечностей (16,5%), гнойно-воспалительные заболевания (13,1%). Наиболее редко встречались: сахарный диабет с синдромом диабетической стопы (3,8%); хронический панкреатит (3,6%); заболевания прямой кишки (2,8%); хронический колит (2,2%); острый аппендицит (0,2%).

Направлены в стационар всего 202 пациента – 6,1%, из них в плановом порядке - 129 (63,9%), в экстренном - 73 (36,1%). На плановое оперативное лечение направлено в стационар только 49 (24,3%) больных.

Заключение: При исследовании медико-организационных аспектов обследования и лечения у данной категории больных нельзя не отметить низкую обращаемость и

посещаемость пациентами пожилого и старческого возраста хирурга поликлиники, при этом, при назначении лечения пациентов не учитывается наличие множественной сопутствующей патологии.

При изучении пациентов, направленных на стационарное лечение в плановом порядке обращает на себя внимание процент пациентов, нуждающихся только в плановой консервативной терапии и физиолечении – 62,1% (80 пациентов). Нельзя не отметить, что данная категория больных может проходить лечение в дневных стационарах в условиях поликлиники, что может значительно уменьшить расходы на лечение данной категории больных.

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С ЖКБ

Поляков П.И.¹, Горелик С.Г.²

Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН¹,
Санкт-Петербург; Белгородский государственный национальный исследовательский университет², Белгород

У больных преклонного возраста значительно чаще развиваются деструктивные формы острого холецистита, характеризующиеся высокой частотой осложнений и летальности. Летальность в старших возрастных группах в 2-4 раза превышает таковую у молодых больных, особенно при осложненных формах ЖКБ. С внедрением в практику малоинвазивных хирургических технологий появились возможности значительно снизить эти показатели. Тем не менее, остаются еще вопросы, решение которых необходимо для дальнейшего внедрения и распространения данного вида операций. В первую очередь это касается категорий больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и, в частности, с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, к которым относятся пациенты пожилого и старческого возраста. Это ограничивают применение хирургического лечения в ряде клинических ситуаций, особенно ургентных.

Цель исследования: изучить клиничко-организационные аспекты оказания помощи больным пожилого и старческого возраста с ЖКБ.

Материалом исследования явился контингент больных пожилого и старческого возраста, страдающих ЖКБ, пролеченные в хирургических стационарах многопрофильных больниц города Белгорода в 2010 году и обратившихся за медицинской помощью к хирургу поликлиники №1 г. Белгорода в 2011 году.

Результаты исследования. Среди больных пожилого и старческого возраста, поступивших в хирургические отделения многопрофильных больниц на первом месте больные с ЖКБ (28,5%). В плановом порядке поступило только 14,1% больных. Из пациентов, поступивших в экстренном порядке, 92,3 % доставлены машиной скорой помощи. Прооперировано – 163 (50,9%), в 49,1% случаев были произведены малоинвазивные методы лечения (ЧЧХС,

ЭПСТ + ЭРХПГ). Купировать острую патологию консервативно удалось 157 пациентам (49,1%).

За год к хирургу поликлиники № 1 города Белгорода обратилось 9695 пациентов. Среди них лица пожилого и старческого возраста составили 34,4% (3331 пациента). Больных пожилого возраста – 1774 (53,3%), старческого – 1557 (46,7%). Мужчин – 1182 (35,5%), женщин – 2149 (64,5%). Количество обращений среди пациентов пожилого и старческого возраста 7332, обращаемость составила 2,2 раза за год. Впервые за медицинской помощью обратилось всего 94 пациента (2,8%). Больных с желчекаменной болезнью наблюдалось 188 (5,6%), из них больных с ЖКБ с острым холециститом составили 2,6%(85), с ПХЭС – 0,3% (9). Всего 15 (11,6%) больных с ЖКБ и хроническим калькулезным холециститом

направлены в стационар на плановое оперативное лечение.

Полученные нами данные показывают низкую обращаемость больных к хирургу по месту жительства, особенно в экстренном порядке, так как у хирурга нет разработанных комплексов медико-гигиенического обучения и воспитания пациентов с целью освоения тактики поведения при ухудшении состояния.

Таким образом, назрела необходимость совершенствования медицинской помощи больным старших возрастных групп с ЖКБ путем внедрения диспансеризации данной категории больных с целью более раннего выявления данной патологии, обследования и подготовки больных к операции в амбулаторных условиях и решения вопроса о плановом оперативном лечении.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРОЦЕССОВ СТАРЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Помыткмна Т.Е., Соколова Ю.А., Поручикова Е.И.

ГБУЗ Кемеровской области «Клинический госпиталь для ветеранов войн», Кемерово Россия

Здоровье человека и сама продолжительность его жизни связаны с характером старения организма. Процессы старения затрагивают все основные функциональные системы организма, включая и пищеварительную.

Цель: выявить рентгенологические признаки инволютивных изменений органов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования: исследование желудочно-кишечного тракта проводилось в поликлинике клинического госпиталя для ветеранов войн у пациентов старших возрастных групп с целью выявления особенностей рентгенологической картины. Обследовано 26 человек (14 мужчин и 12 женщин), средний возраст которых составил $68,3 \pm 1,2$ года. По возрасту больные были разделены на две группы. В первую группу вошло 11 человек до 60 лет, во вторую – 15 человек старше 60 лет.

Полученные результаты: при обследовании у 12 (80%) человек второй группы было выявлено опущение органов брюшной полости, особенно выраженное при сниженной массе тела; у 10 (66,6%) человек – ослабление моторики желудочно-кишечного тракта. Данные изменения наблюдались лишь у 2 (18,2%) пациентов первой группы.

При исследовании пищевода у всех пациентов второй группы наблюдалось удлинение и искривление пищевода из-за усиления грудного кифоза позвоночника, снижение тонуса мускулатуры и перистальтики.

У 9 (60%) обследованных второй группы было выявлено снижение тонуса желудка, опущение его нижнего полюса. При исследовании кишечника у всех обследованных второй группы и лишь у 3 (27,3%) пациентов первой группы наблюдалась атрофия слизистой оболочки,