

ИОВ и УОВ, а ее заполнили другие контингенты, а именно «члены семей ИОВ».

Тем самым, отдел реабилитации стал выполнять функцию филиала госпиталя по объективным причинам (не определены сроки этапов подготовки больных для направления и в отдел реабилитации). Снизился процент участников боевых действий в целом по госпиталю, но значительно он снизился в отделе реабилитации, поэтому необходимо пересмотреть порядок направления на реабилитацию и на первичное лечение больных, отдав преимущество участникам боевых действий. На настоящий период по причине недостатка финансирования основной задачей отдела стала госпитализация первичных больных из Западного и Горнозаводского административных округов. Для реабилитации пациентов выделить в отделе реабилитации одно отделение мощностью 60 коек, что составит 21% от всей мощности отдела.

В.А. Меньшикова, В.С. Мякотных (Екатеринбург)

Медико-социальные аспекты офтальмохирургических вмешательств у пожилых и профилактика возможных осложнений

Основной закономерностью изменений структуры населения многих стран мира, в том числе и России, явился выраженный рост числа людей старших возрастов – постарение населения. По прогнозам ученых-геронтологов, к 2010 г. в нашей стране ожидается увеличение в полтора раза числа людей в возрасте старше 75 лет. Известно, что люди пожилого и старческого возраста, испытывают большие трудности в организации своего быта, теряют способность к самообслуживанию. Это касается, прежде всего, одиноких пенсионеров, число которых в России превышает 300 тыс. Постарение населения привело к тому, что люди пожилого и старческого возраста составляют значительную часть пациентов всех категорий [6; 13].

В пожилом возрасте происходит снижение функциональных резервов жизненно важных систем. Прогрессирующие и необратимые нарушения структуры и функций как отдельных клеток и органов, так и организма в целом, обусловленные процессом старения, значительно изменяют компенсаторные и адаптационные возможности организма [7; 9; 10]. У пожилых людей уровень общей заболеваемости в 3-4 раза выше, чем у более молодых. Для пожилых характерна мультиморбидность. В среднем на одного больного приходится от двух до четырех социально и витально значимых заболеваний. Структура заболеваемости и характер выявляемой патологии с возрастом также меняются. Преобладают длительно протекающие хронические дегенеративные заболевания. Первое место принадлежит болезням системы кровообращения. Многие заболевания у пожилых людей протекают, как правило, более тяжело. Одни и те же клинические синдромы могут быть связаны с одновременным воздействием нескольких этиологических факторов. В связи с этим возрастает потребность в организации этому контингенту медицинской и социальной помощи [7; 9; 10; 14].

Актуальными как в социальном, так и в медицинском, психологическом аспектах является нарушение зрительной функции у пожилых, ограничивающие возможности достойного существования, качества жизни. В глазу патологические процессы развиваются часто, приводя к частичной или полной инвалидности по зрению [11]. Решение проблемы снижения зрения у пожилых и

стариков является перспективным, и выражается в непосредственном поддержании здоровья лиц старших возрастных групп, в лучшей адаптации к окружающей действительности, имея при этом позитивную экономическую составляющую. Для коррекции зрительных расстройств, особенно в пожилом возрасте часто требуется хирургическое вмешательство, и этот факт требует особого подхода к пожилым пациентам.

За период наблюдения нами были выделены следующие факторы, повышающие риск неблагоприятного исхода в офтальмохирургии на госпитальном этапе. Прежде всего, это пожилой возраст наших пациентов, который в среднем составляет $73,3 \pm 3,6$ лет. Огромное влияние оказывает и психоэмоциональный стресс. Он связан как с состоянием напряженного ожидания самой операции, так и с изменением привычного образа жизни больного. Запускается каскад физиологических реакций (повышение активности симпатикоадреналовой системы, повышение АД, увеличение ЧСС, снижение вариабельности сердечного ритма, спазм коронарных артерий, повышение свертываемости крови и др., увеличение концентрации атерогенных липидов плазмы крови и др.) стресс существенно изменяет качество регуляторных процессов и реактивность организма в стрессовых ситуациях [1; 2; 3; 11]. Большое значение имеет «присутствие» больного на операции при использовании местной анестезии. Это также усиливает психоэмоциональный стресс, что часто приводит к критическому повышению цифр АД, и как следствие возрастает частота острых сосудистых катастроф.

Давно известно, что орган зрения является мощной рефлексогенной зоной. Манипуляции в данной области могут вызвать так называемый окулокардиальный рефлекс, который сопровождается выраженной брадикардией, асистолией и другими нарушениями ритма [15]. В силу ишемических, склеротических изменений в проводящей системе сердца у пожилых пациентов это может спровоцировать серьезные нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы как во время операции, так и после нее.

Существенным фактором, влияющим на течение интра- и послеоперационного периода, является сопутствующая патология в стадии декомпенсации и субкомпенсации.

Исходя из сказанного, важную роль в профилактике как местных, так и общих осложнений при проведении офтальмохирургических вмешательств должны играть предоперационное обследование и подготовка больных. Операция должна производиться в условиях наилучшей компенсации сопутствующих заболеваний. Это требует грамотного индивидуального подхода к каждому пациенту. В минимальные сроки необходимо сделать максимально достоверное заключение об общем состоянии его здоровья. Должна учитываться индивидуальная чувствительность к препаратам, так как при старении изменяется число и связывающая способность фармакологических рецепторов. Происходит нарушение стереоспецифичности рецепторов и сродство с ними молекул лекарственных веществ. В результате появляется возможность извращенных реакций, развитие эффектов, противоположных тем, которые можно ожидать, зная спектр действия препарата. Особенности фармакодинамических эффектов у пожилых и старых людей клинически проявляются и тем, что у них возрастает частота лекарственных осложнений. В возрасте старше 70 лет она повышается приблизительно в 7 раз по сравнению с 20-летними [13]. Изменение активности ферментных систем, метаболизирующих лекарственные вещества, является одной из причин, замедляющих биотрансформацию лекарств в старом организме и способствующих повышению их

концентрации в крови и тканях. Это обстоятельство необходимо учитывать и уменьшать дозы лекарственных средств, назначаемых пожилым пациентам. Поскольку большинство осложнений как общих (ишемический инсульт, инфаркт миокарда, различные нарушения сердечного ритма и др.), так и местных (экспульсивная геморагия, острая отслойка сосудистой оболочки, кровоизлияние в стекловидное тело и др.) происходит из-за нестабильных цифр АД, необходимо более тщательное титрование доз препаратов и более строгий контроль АД.

В комплекс предоперационной подготовки включаются по необходимости гипотензивные, антиангинальные, антиаритмические, седативные, снотворные препараты. Из гипотензивных средств наиболее часто применяются ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, диуретики. Широко используются малые дозы бета-блокаторов. В более редких случаях мы обращаемся к сердечным гликозидам.

За период наших наблюдений мы пришли к важным выводам. Во-первых, осложнения как общие, так и местные, в 100% случаев произошли у пациентов с отягощенным течением пред- и интраоперационного периода, при отсутствии адекватной медикаментозной подготовки в дооперационном периоде. Во-вторых поэтому, 2-5-дневная подготовка (коррекция артериальной гипертензии, нарушений сердечного ритма, электрокардиографический и лабораторный контроль, вазоактивная и метаболическая терапия) на госпитальном этапе позволяет в 99% случаев выполнить офтальмохирургическое вмешательство с минимальным количеством осложнений.

Достижения геронтологии, внедрение передовых хирургических технологий призваны улучшить качество жизни пожилых пациентов, что в полной мере осуществимо лишь тогда, когда это не будет сопряжено с опасностью развития осложнений, которые часто нарушают привычный ритм жизни больного, приводят к инвалидности, а в некоторых случаях могут явиться причиной смерти. Возвращение пожилым людям зрения и трудоспособности является одним из факторов, способствующих долголетию. В целом функциональные изменения, происходящие в организме пожилых пациентов, снижение адаптационных возможностей как к экзогенным, так и к эндогенным воздействиям, большое количество сопутствующей патологии, и нарушения, возникающие во время операционной агрессии, диктуют необходимость разработки алгоритма рациональной медикаментозной коррекции с оптимизацией сроков предоперационной подготовки у этой категории больных.

Библиографический список

1. *Абдуева С.А., Кондратьев А.Н., Тиглиев Г.С.* Состояние системы гемостаза у больных после удаления опухолей головного мозга // *Анест. и реаниматол.* 1996. № 2.
2. *Альфонсов В.В., Иванов В. И., Кузник Б.И.* Роль адрено- и холинорецепторных структур в механизмах развития гиперкоагуляции при сдвигах pH в кислую сторону // *Физиол. журн. СССР.* 1975. № 2.
3. *Билибин Д.П., Фролов В.А., Дворников В.Е.* Плохо с сердцем... М., 1992.
4. *Городецкий В.М.* Особенности анестезиологического подхода к гериатрическим пациентам // *Клиническая геронтология.* 1996. № 2.
5. *Гаврилова О.В., Боев Ю.М., Завьялов В.М., Шубин С.В.* Особенности наркоза у пожилых людей // *Проблема гериатрии в хирургии: Мат. Рос. науч. конф. М., 2000.*

6. *Давыдовский И.В.* Геронтология. М., 1966.
7. *Егорова Н.В., Мясотных В.С.* Состояние механизмов метаболической регуляции мозгового кровотока у пожилых больных с цереброваскулярной патологией // Пожилая больная. Качество жизни: Тез. докл. междунар. науч.-практ. конф. М., 2000.
8. *Коржушко О.В.* Клиническая кардиология в гериатрии. М., 1980.
9. *Миц А.Я., Литовченко А.А., Бачинская Н.Ю.* Мозговое кровообращение и некоторые показатели функционального состояния мозга при старении // Журн. невропат. и психиатр. 1985. № 9.
10. *Мясотных В.С., Стариков А.С., Хлызов В.И.* Нейрососудистая гериатрия. Екатеринбург, 1996.
11. *Офтальмогериатрия* / Под ред. Н.А.Пучковской. М., 1982.
12. *Памеранцев В.П., Цкипури Ю.И.* Основы рациональной диагностики и лечения в клинике внутренних заболеваний. Тула, 1991.
13. *Практическая гериатрия: руководство для врачей* / Под ред. Г.П.Котельникова, О.Г.Яковлева. Самара, 1995.
14. *Серова Л.Д.* Особенности стареющего организма // Проблемы гериатрии в хирургии: Мат. Рос. науч. конф. М., 2000.
15. *Рид А.П., Каплан Дж.А.* Клинические случаи в анестезиологии: Пер. с англ. // М., 1995.

В.Н. Мещанинов, С.И. Спектор, А.П. Ястребов (Екатеринбург)

Исследование состояния биологического возраста у пациентов с наркотической зависимостью

Ряд историко-географических условий способствовали в течение ряда лет распространению наркоманий в Свердловской области. Ряд авторов рассматривают наркотическую зависимость как эхо всех предшествующих войн [5]. По-видимому, это могло сказаться негативно на продолжительности жизни, как этой группы пациентов, так и региона в целом. Целью нашей работы стало изучение состояния возрастзависимых показателей и особенности старения у пациентов с наркотической зависимостью.

Клинические исследования выполнены на 77 пациентах мужского пола в возрасте от 20 до 35 лет на базе Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя ветеранов войн. Пациенты были разделены на 2 группы: исследуемую и сравнения. Исследуемая группа была составлена из 17 пациентов с опийной наркотической зависимостью, находящихся в госпитале на лечении, группа сравнения – из 60 пациентов, находящихся в госпитале на обследовании или лечении, имеющих хроническую психоневрологическую патологию, в основном алкоголизм, в фазе ремиссии. Для определения биологического возраста (БВ) мы использовали миниметодику, разработанную в Киевском НИИ геронтологии АМН СССР в 1984 г. [4] и имеющую в своей математической основе метод множественной линейной регрессии.

Минитест определения БВ основан на определении 4 достаточно информативных и технически легко определяемых параметров. Этот вариант дает приближенную оценку БВ и может, по мнению авторов, служить скрининг или экспресс-тестом определения БВ [2]. Батарея тестов для определения БВ включает следующие показатели: 1) Артериальное давление систолическое (АДС) и диастолическое (АДД), которое измерялось с помощью аппарата Рива-Роччи в мм. рт. ст. на правой руке в положении сидя, трижды с интервалом 5 минут. Учитывались результаты того измерения, при котором артериальное