

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОТЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Н.У. МУХАМЕДИЕВА, М.М. МАТЛУБОВ, Э.Г. ХАМДАМОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г.Самарканд

ЎЗ ЖАРРОҲЛИГИДА КЕКСА ЁШЛИ ҲАМРОҲ ГИПЕРТОНИЯ КАССАЛЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ПСИХОЭМОЦИОНАЛ СТРЕСС МЕДИКАМЕНТОЗ ҲИМОЯСИ

Н.У. МУХАМЕДИЕВА, М.М. МАТЛУБОВ, Э.Г. ХАМДАМОВА

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

MEDICAL PROTECTION OF PSYCHOEMOTIONAL STRESS IN ELDERLY PATIENTS WITH ACCOMPANYING HYPERTENSIVE DISEASE IN OPTALMOSURGERY

N.U. MUKHAMADIYEVA, M.M. MATLUBOV, E.G. KHAMDMAMOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Тадқиқотда 82 беморлар иштирок этди. Уларнинг орасида 38 аёл (46,3%) ва 44 эркак (53,7%) бор эди. Тадқиқотда 60 ёшдан 75 ёшгача, артериал гипертония давомийлиги 10 йилдан 23 йилгача бўлган беморлар бор эди. Ишда ҳамроҳ гипертония касаллиги бор беморларнинг операция олди тайёргарлиги, ҳамда гемодинамик кузатувлар батафсил ёритилган. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, операциядан олдинги даврда тўғри олиб борилган гипотензив даво билан бирга ақлий ва ҳиссий стрессни камайтирувчи дори воситалар, визуал контакт, руҳий стрессни истисно қилишда, кутиш хоналарида ўтказиладиган седация ва нейролептаналгезия беморларнинг клиник ҳолатини барқарорлаштиришга имкон беради, бу эса гемодинамик параметрларни яхшилаш билан аниқ боғлиқдир.

Калит сўзлар: Катаракта, гипертония касаллиги, седация, нейролептаналгезия, марказий гемодинамика.

Among them were 38 women (46.3%) and 44 men (53.7%). The age of patients was 60 to 75 years, the duration of arterial hypertension (AH) was 10 to 23 years. Preoperative preparation of patients with concomitant GB, as well as subsequent hemodynamic monitoring is described. The results of the study suggest that adequate antihypertensive therapy in combination with sedation and neuroleptanalgesia in the wards of waiting allows achieving stabilization of the clinical state of patients, clearly correlating with improvement of hemodynamic parameters.

Keywords: Cataract, hypertension, sedation, neuroleptanalgesia, central hemodynamics.

Актуальность. Оптимальный контроль повышенного артериального давления (АД) у пожилых является актуальной проблемой, так как именно высокое АД является основным фактором риска сердечно-сосудистых катастроф [1, 4]. Известно, что психоэмоциональное напряжение накануне и в ходе операции создает дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему и вызывает, как правило, повышение АД, учащение частоты сердечных сокращений (ЧСС). Также у больных АГ наблюдается более выраженная и длительно сохраняющаяся гипертензивная реакция на воздействие операционного стресса [3, 5; 7]. Другой важнейшей проблемой людей пожилого и старческого возраста является снижение зрения, обусловленное развитием возрастной катаракты. По мнению ведущих офтальмологов, возрастной катарактой страдают практически все обследованные старше 70 лет. Пациенты офтальмохирургических отделений, поступающие на оперативное лечение по поводу возрастной катаракты - лица пожилого и старческого возраста, в 50-80% случаев страдают АГ. Некомпенсированное АД в ходе экстракции катаракты является

причиной серьезных интра- и послеоперационных осложнений [2, 8]. Вышеизложенное позволяет относить пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующей ГБ к пациентам высокого риска, что требует индивидуального подхода в каждой конкретной клинической ситуации.

Материал и методы: В исследовании приняли участие 82 больных. Среди них было 38 женщин (46,3%) и 44 мужчин (53,7%). Возраст больных составил от 60 до 75 лет (в среднем $68,6 \pm 0,5$ года), продолжительность АГ составила от 10 до 23 лет (в среднем $18,4 \pm 3,6$ года). Все пациенты госпитализированы в отделение офтальмологии 1 клиники СамМИ для оперативного лечения по поводу возрастных катаракт. Из них 10 больных страдали сопутствующим сахарным диабетом 2-го типа (СД 2-типа), 2-е страдали сопутствующим ожирением I-II степени ($ИМТ \geq 30-35$ кг/м²). Больные были разделены на две группы, в зависимости от проводимой предоперационной подготовки. Все больные подвергались плановой операции. Изучаемым пациентам клиническое АД измеряли по методу Н.С. Короткова в положении больного сидя после 5 минутного отдыха, а также

однократно в положении стоя, через 5 минут. Среднее артериальное давление (СрАД) рассчитывали по формуле: $(\text{Систолическое АД} + 2 \times \text{Диастолическое АД}) / 3$, рассчитывали индекс массы тела по формуле Кетле: $\text{ИМТ} = m/h^2$ ($\text{кг}/\text{м}^2$), где m – масса тела в килограммах, h – рост в метрах [6]. Все пациенты предварительно получали в течение 4-5 дней до операции гипотензивные препараты (конкор 5мг, вальсакор 80-160 мг, амлодипин 5мг, гипотиазид 25мг), больные СД 2-типа помимо этого соблюдали диету (стол №9) и дополнительно получали сахароснижающие препараты. Пациенты основной группы (1 группа) дополнительно получали афобазол по 10 мг 2-3 раза в день. После нормализации АД, в день операции пациентам контрольной группы (2 группа) была проведена стандартная премедикация (атропин 0,1%-1мл, димедрол 1%-1мл), за 30 мин. до операции, а в операционном блоке НЛА с использованием дроперидола и фентанила. Пациентам 1 группы премедикация, седация и НЛА была проведена в палатах ожидания с исключением препарата атропина за 20-30 мин до операции. Всем пациентам 1 и 2 группы в условиях операционной выполнялась ретробульбарная анестезия и акинезия глазного яблока 2%-2 мл раствором лидокаина и непосредственно операция – экстракапсулярная экстракция катаракты с имплантацией искусственного хрусталика. Осуществлялся гемодинамический мониторинг включающий в себя: ЭКГ в III отведении и неинвазивный мониторинг СрАД, ЧСС, сатурацию крови кислородом (SpO_2), пульсоксиметрию (аппарат МПР6-03-“Тритон”, Россия). Исследования проводились в 5 этапов: 1 этап за 30 мин. – до операции; 2 этап – до начала операции в операционном блоке после проведения ретробульбарной блокады; 3 этап – травматичный этап операции; 4 этап – конец операции; 5

этап – послеоперационный период (через день после операции). Все числовые величины полученные при исследовании, обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты: У всех пациентов в результате дооперационного лечения гипотензивными препаратами отмечалась стабилизация артериального давления на уровне 120-140/70-90 мм.рт.ст., СрАД=96,7±2,3. Но, несмотря на предоперационную подготовку у больных 2 группы за 30 мин до операции на операционном столе исходная величина СрАД составила 116,4±9,4 мм.рт.ст., ЧСС – 88,45±7,3 уд. в мин., после введения препаратов НЛА в интраоперационным периоде сохранялась относительная гемодинамическая стабильность, однако, СрАД оставалось высоким 94,53±5,7 мм.рт.ст., ЧСС 80±3,3 уд. в мин. (во 2 и 3 этапах исследования), что характеризовало сохраняющийся спазм периферических сосудов. Артериальная гипертензия перед операцией у больных 2 группы свидетельствовала о прессорной реакции сердечно-сосудистой системы (ССС) в ответ на психоэмоциональное раздражение и связанный с ней кратковременный страх перед операцией; в послеоперационном периоде на 4 и 5 этапах по-прежнему сохранялась тахикардия (ЧСС 83,4±2,4 уд. в мин), относительно высокое СрАД (101,4±2,4 мм.рт.ст.), что требовало дополнительного применения гипотензивных и обезболивающих препаратов. У больных 1-группы СрАД стабилизировалось составляя при этом 87,4±3,4, ЧСС 71,2±4,5 уд. в мин. Столь выраженное снижение и стабилизацию гемодинамики следует отнести за счет влияния гипотензивных препаратов в предоперационном периоде. Введение седативных препаратов в палатах ожидания вызывало дремотное состояние, безразличие к окружающему.

Таблица 1.

Показатели гемодинамики на этапах исследования

		I-этап	II-этап	III-этап	IV-этап	V-этап
ЧСС уд.в мин.	1-группа	71,6±1,8	71,8±2,0	72,5±1,2 *Δ	72,9±1,8 *	71,9±4,0
	2-группа	89,3±1,5	80±1,1 *	81±3,5 *	83,2±1,0 * Δ	87,82±2,2* Δ
СрАД мм.рт.ст.	1-группа	98,5±2,9	87,7±4,7*	87,6±4,8*	87,2±2,5*	96,4±2,5* Δ
	2-группа	116,6±1,42	114,3±1,1*	93,5±2,8* Δ	101,1±1,8*	102,3±1,4* Δ

Примечание: * – достоверность изменений с исходными показателями; Δ – достоверность изменений с предыдущим исследованием.

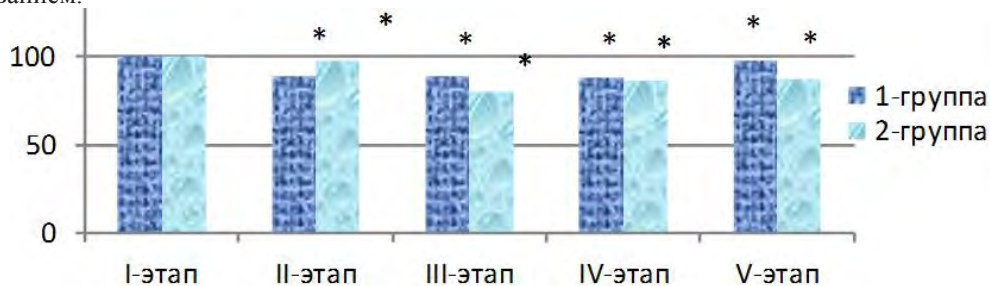


Рис. 1. Показатели СрАД на этапах исследований.

Примечание: *-различия относительно данных 1 группы значимы (*-P<0,05; Δ – достоверность изменений с предыдущим исследованием). Некоторые показатели гемодинамики на 1 этапе условно принимаются за 100%.

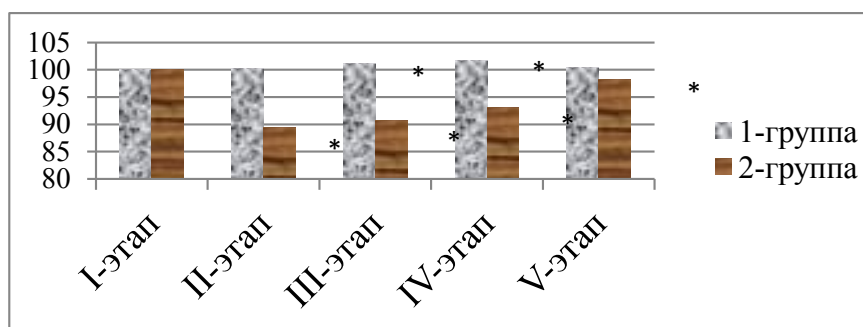


Рис. 2. Показатели ЧСС на этапах исследований.

Примечание: *-различия относительно данных 1 группы значимы (*- $P < 0,05$; Δ – достоверность изменений с предыдущим исследованием). Некоторые показатели гемодинамики на 1 этапе условно принимаются за 100%.

Все пациенты 2 группы были доступны контакту, что позволило проводить необходимые исследования. В течении всей операции наблюдаемые нами пациенты жалоб не предъявляли. По окончании операции все больные были активны, доступны контакту.

Выводы: Таким образом, рутинный подход для предоперационной подготовки с целью нормализации АД у пожилых больных с сопутствующей ГБ, считается недостаточный для эффективного контроля АД у пожилых пациентов офтальмохирургического профиля с сопутствующей ГБ. Проведение адекватной гипотензивной терапии в сочетании с препаратами снижающими психическое и эмоциональное напряжение в предоперационном периоде позволяет добиться стабилизации клинического состояния больных, отчётливо коррелируясь с улучшением параметров гемодинамики. Исключение зрительного контакта, психоэмоционального стресса посредством седации и НЛА в палатах ожидания у пожилых больных с сопутствующей АГ и исключение атропина сульфата из состава премедикации обеспечивает гладкое течение анестезии и надежно защищает организм больных от хирургической агрессии, а также сопровождается гладким течением послеоперационного периода.

Литература:

1. Fargard R. Epidemiology of hypertension in the elderly // Am.J.Geriatr.Cardiol. 2012.-V.11. P. 24-27.
2. Бранчевский С.Л., Малюгин Б.Э. Распространенность нарушения зрения вследствие катаракты по данным исследования RAAB в Самаре / Офтальмохирургия. 2013. -№3. - С. 10-15.
3. Гологорский В.А. Проблема седации в интенсивной терапии // Вестник интенсивной терапии. Актуальные вопросы общей анестезии и седации (Приложение к журналу). - Москва, 2008. - С.7-13.
4. Елисеев О.М. Есть ли польза от проведения антигипертензивного лечения в возрасте 80 лет и старше? Ответ в результатах исследования HUYET//Терапевт.арх. 2008.-№3.- С.15-22.

5. Кичин В.В., Куликов А.С., Лихванцев В.В. Применение методов контролируемой седации и седоанальгезии при проведении длительной ИВЛ пациентам с острым паренхиматозным повреждением легких// Вестник интенсивной терапии. Москва: Витар-М, 2001. -№4. -С. 20-25.
6. Матлубов М.М. Клинико-функциональное обследование выбора оптимальной анестезиологической тактики при родоразрешении у пациенток с ожирением: Дис. д.м.н. Ташкент, 2018. – С. 50.
7. Насыров Ш.Н., Сабиров Д.М. Артериальная гипертония: современные аспекты диагностики и лечения. 2016. – С. 77-81.
8. Шальнова С.А., Деев А.Д. Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертонии в России: информированность, лечение, контроль//Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001. - №2. - С. 3-7.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОТЕКЦИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Н.У. МУХАМЕДИЕВА, М.М. МАТЛУБОВ, Э.Г. ХАМДАМОВА

В исследовании приняли участие 82 больных. Среди них было 38 женщин (46,3%) и 44 мужчин (53,7%). Возраст больных составил от 60 до 75 лет, продолжительность артериальной гипертонии (АГ) составила от 10 до 23 лет. В работе описана предоперационная подготовка больных с сопутствующей ГБ, а также последующий гемодинамический мониторинг. Результаты исследования позволяют утверждать, что проведение адекватной гипотензивной терапии в сочетании с седацией и нейролептанальгезией в палатах ожидания позволяет добиться стабилизации клинического состояния больных, отчётливо коррелируясь с улучшением параметров гемодинамики.

Ключевые слова: Катаракта, гипертоническая болезнь, седация, нейролептанальгезия, центральная гемодинамика.