

К ПРОБЛЕМЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Шанина Н.В., д.м.н., проф. Свиридов С. В.

Российский государственный медицинский университет, кафедра анестезиологии и реаниматологии, г. Москва

Артериальная гипертензия (АГ) составляет одну из ведущих проблем современной медицины, определяя ее высокое место в структуре общей смертности. Среди хирургических больных общее число больных с АГ варьирует в широких пределах, достигая уровня 50%. Наиболее частыми гемодинамическими расстройствами в послеоперационном периоде у пациентов с АГ являются острые гипертензивные реакции. Современная тактика ведения больных с АГ подразумевает сохранение гипотензивных препаратов непосредственно перед операцией, включать их в премедикацию. В послеоперационном периоде реализуется ряд патофизиологических механизмов операционного стресса. Степень выраженности этих изменений зависит, как от адекватности собственно послеоперационного обезболивания, так и от состояния ССС. Наиболее частым видом послеоперационных гемодинамических нарушений является артериальная гипертензия. Исходя из патофизиологии операционного стресса и артериальной гипертензии, клинически обоснованными направлениями профилактики острых гипертензивных реакций в послеоперационном периоде являются следующие мероприятия: адекватная терапия послеоперационного болевого синдрома, своевременное возобновление терапии артериальной гипертензии. В решении проблемы послеоперационного обезболивания у конкретного пациента необходим индивидуальный подход. В литературе по-прежнему дискутируются два мнения: раннее возобновление гипотензивной терапии или прием гипотензивных препаратов целесообразно начинать только при повышении артериального давления. Ряд исследований показал, что у находящихся под наблюдением больных в течение нескольких дней послеоперационного периода АД остается на нормальных цифрах или даже несколько снижено, что ограничивает прием ГП.

Цель исследования оптимизировать сроки назначения гипотензивных препаратов (иАПФ и β-блокаторов) в ближайшем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. В основу данного исследования были положены результаты клинических наблюдений, выполненные у 93 пациентов общехирургического и гинекологического профилей с сопутствующей АГ. Предоперационное обследование показало, что у 36 (38,7%) пациентов с АГ выявлен нормокинетический тип кровообращения, у 26 (28%) больных гипокинетический тип кровообращения и у 30 (33,3%) пациентов - исходный гиперкинетический тип гемодинамики. У пациентов сохранялся прием привычного для больного ГП (ингибиторы АПФ, β-блокаторы) до дня операции включительно в обычных дозировках. Психоземotionalная стабилизация обеспечивалась ежедневным приемом на ночь транквилизаторов (в/м седуксеп 5-10 мг). Операции выполнены после стандартной премедикации атропином - 0,01 мг/кг, димедролом 1% -1,0 мл, промедол - 20 мг. Всем больным проводилась стандартная общая анестезия. Все пациенты в послеоперационном периоде получали адекватное обезболивание: в 1- 3-и сутки в/м вводился промедол 2% в дозе 10-20 мг/сут в комбинации с кеторолом в дозе 30 мг (на ночь и днем), с 4-х суток обезболивание продолжалось кеторолом в дозе 30 мг 2-3 раза/сут. Исследования центральной гемодинамики (АД, ЧСС, МОС, СИ, УИ, ОПСС) проводились импедансометрическим методом на аппаратно-компьютерном комплексе "РПЦ-01 Медасс".

Результаты и обсуждения. У преобладающего числа больных, принимавших до операции иАПФ, параметры центральной гемодинамики с первых суток после операции по абсолютным значениям были приближены к предоперационным показателям. У них с первых дней после операции было возобновлен прием иАПФ по стандартной схеме. Нами не отмечено ухудшений сократительной способности миокарда или иных гемодинамических расстройств (таблица 1).

Таблица 1.

ЦГД в послеоперационном периоде у больных, принимавших иАПФ.

	До операции	1 сутки	2 сутки	4 сутки	7 сутки
АД _{сист}	140,4 ± 3,4	135,5 ± 2,7	135,1 ± 1,5	120,8 ± 3,2	135,1 ± 2,3
АД _{диаст}	95,6 ± 1,1	70,3 ± 2,4	70,8 ± 3,2	70,1 ± 1,1	70,8 ± 1,3
ЧСС	77,1 ± 5,8	68,6 ± 5,5	72,5 ± 4,4	66,6 ± 4,1	68,5 ± 3,4
УО	59,8 ± 2,7	57,6 ± 2,1	55,6 ± 2,1	54,8 ± 2,4	57,1 ± 1,2
СИ	2,5 ± 4,5	2,8 ± 5,2	2,6 ± 5,3	2,4 ± 4,2	2,5 ± 5,3
МО	4,1 ± 3,7	5,6 ± 3,2	5,1 ± 2,8	4,2 ± 2,7	4,5 ± 3,3
МР	4,4 ± 4,3	4,6 ± 4,8	4,2 ± 3,2	4,8 ± 3,2	4,6 ± 4,7
ОПСС	2112,1 ± 137,0	2287,0 ± 224,7	2017,5 ± 121,1	1802,5 ± 132,1	2010,1 ± 110,9
ДНЖЛ	16,6 ± 2,4	15,7 ± 4,8	19,8 ± 3,9	17,0 ± 3,6	16,5 ± 3,6

У больных, прооперированных на фоне приема β -блокаторов гемодинамический профиль в течение 2^х дней после операции характеризовался тенденцией к гипотензии, брадикардии на фоне снижения ОПСС (таблица 2). Только на 3^{-и} сутки послеоперационного периода, когда стабилизировались показатели ЦГД, возобновили гипотензивную терапию β -блокаторами. При этом на всем протяжении послеоперационного периода у этих пациентов значения ДНЛЖ были ниже, чем у пациентов, принимающих иАПФ. Задержка в течение 3^х дней приема β -блокаторов не сопровождалась развитием синдрома отмены. По-видимому, эффект фармакологического взаимодействия анестетиков с β -блокаторами более выражен по сравнению с иАПФ. Таким образом, ведение больных с сопутствующей артериальной гипертензией в послеоперационном периоде должно включать в себя несколько компонентов: эффективную терапию болевого синдрома; экстренное купирование развившейся артериальной гипертензии; оптимальное по срокам и характеру возобновление постоянной гипотензивной терапии в послеоперационном периоде. Возобновление постоянной гипотензивной терапии после операции целесообразно осуществлять следующим образом.

Таблица 2.

ЦГД в послеоперационном периоде у больных, принимающих β -блокаторы.

	До операции	1 сутки	2 сутки	3 сутки	4 сутки
АД _{сис}	140,2 ± 5,1	110 ± 2,1	115 ± 2,3	147 ± 3,8	120 ± 4,1
АД _{диаст}	80,1 ± 2,1	52,1 ± 3,3	55,1 ± 2,1	67,6 ± 1,2	65,1 ± 2,1
ЧСС	61,8 ± 1,2	59,9 ± 2,6	62,1 ± 4,3	71,9 ± 2,3	64,1 ± 2,2
УО	38,9 ± 3,5	35,5 ± 2,4	32,9 ± 2,7	34,7 ± 0,2	36,8 ± 0,5
СИ	2,7 ± 4,2	2,5 ± 3,9	2,8 ± 4,1	3,1 ± 2,8	3,0 ± 2,9
МО	5,0 ± 2,1	4,9 ± 3,2	5,2 ± 2,8	5,5 ± 1,9	4,8 ± 4,7
МР	5,1 ± 0,7	4,2 ± 3,2	4,8 ± 2,9	4,8 ± 3,6	5,2 ± 4,7
ОПСС	1150 ± 138	1029 ± 157	1209 ± 213	1762 ± 436	1597 ± 275
ДНЛЖ	16,3 ± 2,1	15,6 ± 3,2	15,9 ± 4,1	16,8 ± 3,8	17,8 ± 2,5

Под контролем АД в послеоперационном периоде у гипертоников, получавших иАПФ целесообразно без перерыва продолжать гипотензивную терапию по привычной схеме. У пациентов, принимавших β -блокаторы, в ближайшем послеоперационном вопросе возобновления обычных схем гипотензивной терапии необходимо решать индивидуально, поскольку изменения гемодинамики у лиц с артериальной гипертензией могут носить разнонаправленный характер.