

УДК 615.214:616-053.9.89-008.12-008:617.7

ОСОБЕННОСТИ ПРЕОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПРАКТИКЕ ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ



Матлубов Мансур Мурадович, Мухамедиева Нигина Улугбековна, Юсупов Жасур Толибович Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОФТАЛЬМОХИРУРГИЯ АМАЛИЁТИДА ҲАМРОҲ ГИПЕРТОНИЯ КАСАЛЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ОПЕРАЦИЯ ОЛДИ ТАЙЁРГАРЛИГИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Матлубов Мансур Мурадович, Мухамедиева Нигина Улугбековна, Юсупов Жасур Толибович Самарканд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

PECULIARITIES OF PREOPERATIVE TRAINING IN ELDERLY PATIENTS WITH COMMON HYPERTENSIVE DISEASE IN THE PRACTICE OF OPHTHALMOSURGERY

Matlubov Mansur Muradovich, Mukhamedieva Nigina Ulugbekovna, Yusupov Zhasur Tolibovich Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: mukhamedieva.90@mail.ru

Аннотация. Артериал гипертония (АГ) юрак қон-томир касалликларидан бири бўлиб, ўлимга сабаб бўлувчи энг муҳим хавф омилларидан бири бўлиб, асосан қариялар ва кексалар учун катта аҳамият касб этади. Шу билан бирга, кекса ва қари ёшли гипертония билан оғриган беморларда операция пайтида ва операциядан кейинги асоратларни ривожланиши хавфи юқори ҳисобланади ва ҳар бир ўзига хос клиник ҳолатга индивидуал ёндошишни талаб қилади. Тадқиқот мақсади. Катаракт экстракцияси пайтида гипертония билан касалланган кекса ёшидаги беморларни бошқариши усуллари оптималлаштириши, шу жумладан операциядан олдин беморнинг ҳолати ва тайёргарлигини баҳолаш, операциядан кейин ҳимоя қилиши. Материал ва усуллар. Клиник кузатувлар СамМИ клиникасидаги офтальмология бўлимида ёшига боглиқ катаракталарни жарроҳлик даволаида 60 ёшдан 89 ёшгача бўлган 150 беморни ($74,7 \pm 0,5$) қамраб олади. Операция олди тайёргарлигига қараб барча беморлар 2 та гуруҳга бўлинди. Натижалар. Антигипертензив терапия натижасида барча беморларда клиник жиҳатдан артериал босимнинг белгиланган кўрсаткичларга эришилди. II гуруҳ беморларда операциядан олдинги артериал гипертензия - бу юрак қон-томир тизимининг психоэмоционал ва опрециядан олдинги кўрқув ҳолатига жавоб реакциясидир. Операциядан кейинги даврда юрак қон-томир функционал ҳолатининг кўрсаткичлари яхшиланди, аммо юрак уриши сони $85,4 \pm 1,4$ зарба дақ., тахикардия сақланиб қолди, нисбатан юқори бўлган ўрта АҚБ $101,4 \pm 2,4$ мм.сим.уст. кўшимча антигипертензив ва оғриқ қолдирувчи воситаларни парентерал равишида қўллашни талаб қилди. I гуруҳ беморларда ўрта АҚБ $87,7 \pm 3,7$ мм.сим.уст., юрак уриши $66,2 \pm 3,4$ зарба дақ. гача премедикациядан кейин стабиллашди. Хулоса. Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, операциядан олдинги даврда гипотензив терапия билан руҳий ва ҳиссий стрессни камайтирадиган дорилар, кутини хоналарида ўтказиладиган седация ва нейролептанальгезия психоэмоционал стрессни камайтиришига, беморларнинг клиник ҳолатини барқарорлаштиришига имкон беради, гемодинамик кўрсаткичларни яхшилайди.

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

Abstract. The relevance of the problem of arterial hypertension (AH) is determined by its high frequency in the population, the influence on the state of health, working capacity and longevity of the population. Persons of old and old age, as a rule, have a significant amount of risk factors for cardiovascular diseases, very often there are lesions of target organs and associated clinical conditions, therefore, the majority of painful AHs of these age-related categories belong to high and very high-risk groups. Purpose of the research. To optimize the existing methods of managing elderly and senile patients with hypertension during cataract extraction, including preoperative assessment of patients' condition and preparation, intraoperative protection. Materials and methods. Clinical observations cover 150 patients aged 60 to 89 years (74.7 ± 0.5), who were required for surgical treatment for age-related cataracts in the department of ophthalmology at the Sam clinic. Depending on the method of anesthesiology, all patients were divided into 2 groups. Results. All patients with hypertension on the background of an antihypertensive therapy have clinically achieved the target numbers for arterial pressure. Arterial hypertension before surgery in patients of the II group testified to a pressurized reaction of the cardiovascular system (CCC) in response to psycho-emotional irritation and a short-term associated with it. After the operative period, indicators of the functional state of the CVS improved, however, tachycardia of the heart rate of 85.4 ± 1.4 use of antihypertensive and pain-relieving drugs. In patients of the I-group, the SAD stabilized at 87.7 ± 3.7 mm Hg.

heart rate 66.2 ± 3.4 beats. in minutes at the I-stage already after premedication. Conclusion. The results of the study suggest that conducting adequate antihypertensive therapy in combination with drugs that reduce mental and emotional stress in the preoperative period, exclusion of eye contact, psychoemotional stress through sedation and neuroleptanalgesia in waiting rooms allows to stabilize the clinical state of patients, clearly correlating with an improvement in hemodynamic parameters.

Key words: *Cataract, hypertension, sedation, neuroleptanalgesia, central hemodynamics.*

Актуальность. Демографическая ситуация в мире характеризуется увеличением продолжительности жизни, и, соответственно числа пожилых людей в обществе. С увеличением продолжительности жизни растет число хронических заболеваний, прежде всего - сердечно-сосудистой патологии [1,2,10]. Среди последней первое место занимает артериальная гипертензия [4,6,8]. Одновременно, велико число пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в применении оперативных методов лечения по поводу той или иной патологии хирургического профиля. И среди них большой удельный вес принадлежит больным с сопутствующей артериальной гипертензией [9,13]. Наличие сопутствующей патологии повышает степень операционно-анестезиологического риска [2,3]. Оптимальный контроль повышенного АД у пожилых является актуальной проблемой, так как именно высокое артериальное давление является основным фактором риска сердечно-сосудистых осложнений [3,6,10]. Многообразие используемых для лечения артериальной гипертензии препаратов, высокая частота осложнений у таких больных, недостаточная разработка методик защиты пациентов от операционного стресса при артериальной гипертензии придают проблеме особую значимость. 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. В России ежегодно выполняется 180000 операций экстракции катаракты, что составляет 10% от существующей потребности [5]. Пациенты офтальмохирургических отделений, поступающие на оперативное лечение по поводу возрастной катаракты - лица пожилого и старческого возраста, которые в 50-80% случаев страдают АГ. Некомпенсированное АД в ходе экстракции катаракты является причиной серьезных интра- и послеоперационных осложнений. Известно, что психоэмоциональное напряжение накануне и в ходе операции создает дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему и вызывает, как правило, повышение АД [7,11,12,14]. Вышеизложенное позволяет относить пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующей АГ к пациентам высокого риска развития интра- и послеоперационных осложнений и требуют индивидуального подхода к каждой конкретной клинической ситуации.

Цель исследования. Оптимизировать существующие методы ведения пациентов пожилого и старческого возраста с АГ при экстракции катаракты, включая предоперационную оценку состояния больных и подготовку, интраоперационную защиту.

Материалы и методы. В исследование были включены 150 больных (70 мужчин и 80 женщин), в возрасте от 60 до 89 лет ($74,7 \pm 0,5$), находившихся на лечении в отделении офтальмологии клиники СамМИ (Самарканд). Все наблюдаемые нами больные готовились к операции экстракция катаракты в плановом порядке. В зависимости от способа анестезиологического пособия все больные были разделены на 2 группы. Больным I группы давали на ночь афобазол по 10 мг и в день операции сибазон (бензодиазепин) – 0,5%-0,15мг/кг, димедрол (0,2 мг/кг) и нейролептаналгезия (НЛА) дроперидол 0,25%-0,25-0,5 мг/кг, фентанил 0,005%-0,005 мг/кг, мидриацил 0,5%-15 мл закапывают по 1-2 капли за 30 мин. до операции больные находились в палатах ожидания до полного наступления эффекта седации. Необходимо отметить, что больным I-основной группы отказались от введения атропина в связи с отрицательным воздействием на ССС. Больным II-контрольной группы (n=72), была проведена стандартная премедикация операционном столе атропином 0,1%-1,0 мг, димедролом 1%-0,2 мг/кг, НЛА (дроперидол 0,25%-0,5 мг/кг, фентанил 0,005%-0,005мг/кг). Через 30 мин. после премедикации больных I группы в дремотном состоянии переводили в операционную. После обработки антисептиками операционное поле, под местной инфильтрационной анестезией в горизонтальном положении производилось пункция ретробульбарного пространства, при отсутствии пункции сосудистого пучка, ретробульбарно вводилось 2% раствор лидокаина 2-5 мл. Оперативное вмешательство начинали с развитием полной моторной блокады глазного яблока. Повторные дозы лидокаина не потребовалось. Инфузионная программа базировалась преимущественно на солевых растворах.

Все пациенты до операции для коррекции имеющихся сердечно-сосудистых расстройств и АГ постоянно получали регулярную медикаментозную антигипертензивную, пульсурежающую и вазодилатирующую терапию. Дозы препаратов подбирались индивидуально и не превышали рекомендуемых максимальных суточных доз. Паци-

енты основной группы (1 группа) дополнительно получали афобазол по 10 мг 2-3 раза в день.

Показанием к офтальмохирургическим операциям у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующей АГ служили: возрастная катаракта, диабетическая катаракта, травматическая катаракта, набухающая катаракта. То есть, офтальмохирургические операции с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

Согласно классификации ASA по исходному физическому состоянию все пациенты относились к II-III классу. Все пациенты страдали сопутствующей АГ, и имели осложнения ее течения: ИБС, стенокардия напряжения II-III-го функционального класса по Канадской классификации - 22 (28,2%), перенесшие инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе – 9 (11,5%), из них 2 повторно; сложные нарушения сердечного ритма и проводимости - 14 (17,9%), хроническая сердечная недостаточность – I-III степени по NYHA- 12 (15,4%). У всех исследованных больных расстройства ССС имели сочетанный характер.

Всем пациентам среднее артериальное давление (СрАД) рассчитывали по формуле: (Систолическое АД+2*Диастолическое АД)/3, частоту сердечных сокращений (ЧСС), насыщение крови кислородом (SpO₂) измеряли непрерывно в течение всей операции и послеоперационном периоде с помощью монитора МПР6-03-Тритон (Россия).

Исследование проводили на следующих этапах: 1-й этап - за 30 мин. до операции (исходные величины); 2-й этап - на операционном столе; 3-й этап наиболее травматичный момент операции; 4-й этап - после окончания операции; 5-й этап на следующий день после операции.

Изучали осложнения и побочные эффекты, прямо или косвенно связанные с анестезиологическим пособием.

Все числовые величины, полученные при исследовании, обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента. При этом полученные результаты обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ Microsoft Excel, Statistica 6,0 и SPSS 9,0 for Windows (Stat Soft Inc., США). Данные представлены в виде $M \pm m$, где M - среднееарифметическое значение, m - стандартная ошибка. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$; p_1 - значимость различий в сравнении с исходными величинами, p_2 - в сравнении с предыдущим этапом исследования, p_3 - в сравнении с контрольной группой.

Результаты: Диагноз ГБ выставлялся на основании данных анамнеза, жалоб, клинической картины заболевания, факторов риска, данных клинического, лабораторного и инструментального методов обследования согласно рекомендациям ESH/ESC (2013). По результатам анализа АГ

была установлена у 78 пациентов имелась АГ, при этом у пожилых (52%), и в старческом возрасте АГ была у 63 больных (42%), при этом у долгожителей 9 случаев (6%), также имелась АГ (рис. 1).

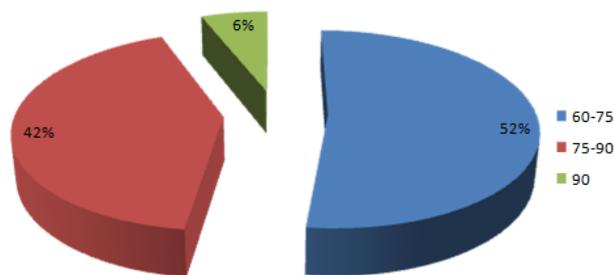


Рис. 1. Распределение больных по возрасту

При анализе о соотношении впервые оперированных и повторно оперированных больных было установлено, что преобладающее большинство больных впервые оперировались, ($n=91$), либо повторно оперировались ($n=59$). При этом последние к моменту экстракции катаракты уже перенесли 1-2, а иногда 3 офтальмохирургических операций. Преобладающее же большинство впервые оперированных были в возрасте 60-75 лет, и при этом катаракте сопутствовала АГ. При анализе характера офтальмохирургической патологии было установлено, что основной причиной экстракции катаракты были возрастная катаракта в 74% случаев, осложненные катаракты (диабетическая, травматическая, набухающая катаракта) возникающие при сопутствующих заболеваниях органов зрения, вызванные общими заболеваниями организма, травмой встречаются реже и составляли 26%. У преобладающих большинство больных ($n=149$) с целью улучшения зрения в последующем была имплантирована интраокулярная линза фирмы OMLENS. В случаях экстракции катаракты при повреждении задней капсулы глаза такие операции заканчивались удалением только катарактической массы.

У преобладающего большинства больных ($n=78$) сопутствовало АГ 2 степени тяжести и это составляло 52% от общего количества больных ($n=150$), 44 больных имели АГ 1 степени (29,3%), и только у 28 больных имело место АГ 3 степени (18,7%). Как правило, это были пациенты с высоким и очень высоким риском АГ (рис.2). У данной категории пациентов часто встречались поражения органов-мишеней (82,6%) и ассоциированные клинические состояния (68,7%).

Частота факторов риска и поражения органов мишеней у пациентов с возрастной катарактой была следующей. Курение, как фактор риска, присутствовал у 39 больных (26%), дислипидемия ($ОХ > 4,9$ ммоль/л) была у 21 (14%), ожирение ($ИМТ \geq 30$ кг/м²) или абдоминальное ожирение ($ОК: \geq 102$ см у мужчин, ≥ 88 см у женщин) - у 10

больных (6,7%), глюкоза плазмы натощак или нарушение толерантности к глюкозе (5,6-6,9 ммоль/л) у 28 больных (18,7%). Гипертрофия миокарда левого желудочка по данным электрокардиографии имела у 122 больных (81,3%), пульсовое давление ≥ 60 мм.рт.ст. у 106 больных (70,7%), протеинурия - у 32больных (21,3%).

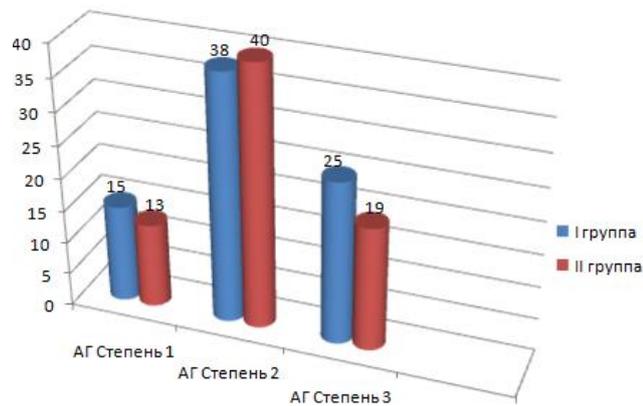


Рис. 2. Распределение больных по степени повышения АД

У всех пациентов с АГ на фоне подобранной антигипертензивной терапии клинически были достигнуты целевые цифры артериального давления. Эффект терапии оценивали по результатам многократных измерений клинического АД (по методу Н.С. Короткова).

Исходное АД определяли как среднее из 3-х последовательных значений АД, зарегистрированных кардиомонитором непосредственно перед операцией. На фоне подобранной антигипертензивной терапии у больных I и II группы, получавших лечение антигипертензивными препаратами выявлены достоверно низкие показатели САД, ДАД, ПАД, АДср.

В анализе данных мониторингования АД производился сравнительный анализ гемодинамических показателей на этапах исследований у пациентов с АГ, сопоставляя с группой сравнения, рассматривали показатели во время оперативного вмешательства (2, 3 этапы) и послеоперационного периода (4, 5 этапы) см. таблицу 1.

Анализировали характер геморагических осложнений в ходе операции экстракции катаракты и в послеоперационном периоде у больных АГ, получавших различную антигипертензивную терапию (рис 3.).

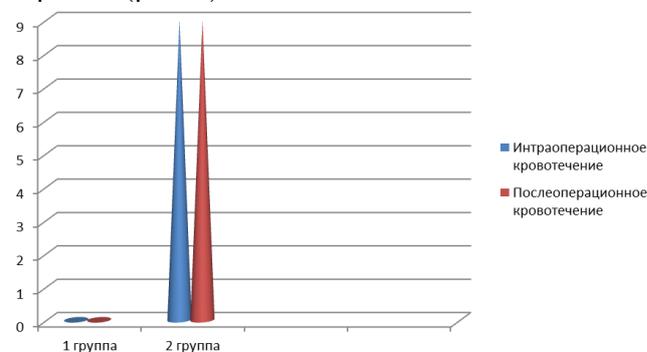


Рис. 3. Интраоперационные и послеоперационные геморагические осложнения

Выраженное кровотечение из эписклеральных сосудов и из сосудов радужки в ходе операции, потребовавшее выполнения диатермокоагуляции кровоточащих сосудов и ирригации гифемы, часто наблюдалось у больных 2-й группы (12,5%). У пациентов основной группы данные осложнения не встречались.

В таблице 2. представлены данные о наблюдаемых нами гемодинамических расстройствах у больных с сопутствующей артериальной гипертензией в послеоперационном периоде.

Таблица 1. Сравнительный анализ гемодинамических показателей на этапах анестезии.

Группы	Параметр	Этапы исследования				
		Исходные	На операционном столе	Наиболее травматичный момент операции	Через час после операции	Через день после операции
1- группа	САД	128,2 \pm 3,2	125,4 \pm 4,2	124,8 \pm 5,2	123,4 \pm 1,4*	128,8 \pm 3,4**
	ДАД	71,7 \pm 1,8	68,4 \pm 3,3	69,3 \pm 3,1	67,9 \pm 2,4*	73,2 \pm 1,8**
	АДср.	90,6 \pm 1,8	87,7 \pm 3,7	87,6 \pm 4,1	87,2 \pm 1,9	91,6 \pm 2,6
	ЧСС	69,2 \pm 2,4	65,2 \pm 3,4	65,8 \pm 3,2	66,5 \pm 1,6	70,1 \pm 2,4
	SpO2	98,1 \pm 0,4	98,2 \pm 0,5	97,9 \pm 0,4	98,0 \pm 0,7	98,1 \pm 0,9
2- группа	САД	130,1 \pm 2,9	180,8 \pm 4,4*** Δ	132,3 \pm 2,4** Δ	135,4 \pm 1,9* Δ	150,2 \pm 4,6*** Δ
	ДАД	71,6 \pm 1,8	100,0 \pm 2,2*** Δ	82,4 \pm 3,6*** Δ	85,3 \pm 1,7 Δ	95,4 \pm 3,3*** Δ
	АДср.	91,3 \pm 2,1	127,0 \pm 3,2*** Δ	98,8 \pm 4,5*** Δ	101,4 \pm 2,4* Δ	113,6 \pm 3,9*** Δ
	ЧСС	68,2 \pm 1,4	88,4 \pm 2,7*** Δ	82,0 \pm 2,3*** Δ	71,4 \pm 3,1**	78,4 \pm 3,2*** Δ
	SpO2	98,2 \pm 0,5	97,7 \pm 0,4	98,0 \pm 0,7	98,1 \pm 0,7	98,3 \pm 0,4

Примечание: * -p1-значимость различий в сравнении с исходными величинами;

Δ -p2- Δ в сравнении с предыдущим этапом исследования;

Таблица 2. Частота послеоперационных гемодинамических расстройств у пожилых больных с артериальной гипертензией.

Характер гемодинамических расстройств	Группы пациентов				Всего (n=150)	
	1-группа n=78		2-группа n=72			
Избыточные гипертензивные реакции	7	9%	29	40,3%	36	24%
Избыточные гипотензивные реакции	1	1,3%	5	6,9%	6	6,0%
Нарушения ритма и проводимости сердца	6	7,7%	18	25%	24	16,0%
Нарушение почечной функции (послеоперационное снижение диуреза)	3	3,8%	10	13,9%	13	8,7%
Послеоперационная ишемия миокарда	-	-	2	2,9%	2	1,3%
Острый инфаркт миокарда	-	-	1	1,4%	1	0,7%
Транзиторная ишемическая атака	-	-	1	1,4%	1	0,7%
Резистентная АГ	1	1,3%	9	12,5%	10	6,7%

Как видно из приведенных данных, наиболее частым видом послеоперационных гемодинамических нарушений являлись гипертензивные реакции, которые наблюдались у 36 из 150 пациентов, т.е. в 24% случаев. Далее, следуют нарушения ритма сердца и проводимости (у 24 пациентов, или в 16 % случаев), избыточные гипотензивные реакции (у 6 пациентов, или в 6 % случаев), послеоперационная ишемия миокарда (у 2 пациентов, или в 1,3 % случаев), транзиторная ишемическая атака (у 10 пациентов, или в 6,7% случаев), острый инфаркт миокарда (у 1 пациента, или в 0,7 %). Также наблюдались резистентная артериальная гипертензия (в 10 случаях, или у 6,7% пациентов) и нарушения почечной функции в виде послеоперационного снижения диуреза (13 чел., или 8,7%).

Заключение. Исследование динамики АД в ходе офтальмохирургического вмешательства показало, что показатели гемодинамики у основной группы пациентов были стабильными, практически не отличались от исходных значений, а у больных контрольной группы наблюдались повышение САД на 16,3%, ЧСС возрастала на 20,9%, что отсутствовало у больных основной группы.

На фоне операционного стресса повышается риск развития интраоперационных и послеоперационных осложнений. Наиболее эффективными методами введения больных с сопутствующей артериальной гипертензией при офтальмохирургических операциях является: начало седации в палатах ожидания с целью исключения зрительного контакта, психоэмоционального стресса, исключение препаратов повышающие системное АД (атропин, мезатон), применение мидриацила, имеет явные преимущества перед традиционным применением атропина и НЛА.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что эффективная антигипертензивная терапия, исключение зрительного контакта в предоперационном периоде при помощи седации в палатах ожидания с использованием НЛА у пациентов пожилого и старческого возраста офтальмохирур-

гического профиля с АГ позволяет уменьшить нагрузку давлением в ходе оперативного вмешательства, и тем самым снизить количество интра- и ранних послеоперационных осложнений.

Литература:

1. Amouyel P. The concept of individual cardiovascular risk management / P. Amouyel // Eur. (teart J. Supplements.-2000).-P. 2-3.
2. Алиева А.М. Суточное мониторирование параметров функционирования сердечно-сосудистой системы у лиц старше 55 лет с артериальной гипертензией: Автореф./Москва,2004.
3. Артериальная гипертензия и тревожные расстройства. Своевременная диагностика и коррекция тревожных расстройств позволяет повысить эффективность лечения АГ. / О.Д. Остроумова, В.И. Мамаев, Е.И. Первичко, ВВ. Барановская // Кардиология.-2002.-№ 2.-С. 95-98.
4. Артериальная гипертензия у больных пожилого возраста (по материалам XVII-XX Конгрессов Европейского общества кардиологов / О.Д.Остроумова, В.И- Мамаев, М.В. Нестерова, А.И. Мартынов // Кардиология.-1999.-№5.-С. 81-82.
5. Бранчевский С.Л., Малюгин Б.Э. Распространенность нарушения зрения вследствие катаракты по данным исследования RAAB в Самаре / Офтальмохирургия №3. -2013.
6. Вайдья Романи. Структурно- функциональные изменения левого желудочка у больных АГ при эффективной антигипертензивной терапии: Автореф. дис... канд. мед. наук. - Великий Новгород, 2004.- 22 с.
7. 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.
8. Гуревич М.А. Артериальная гипертензия у пожилых / М.А. Гуревич // М.:Универсум паблишинг, 2005.-144 с.
9. Елисеев О.М.Есть ли польза от проведения антигипертензивного лечения в возрасте 80 лет и

- старше? Ответ в результатах исследования НУВЕТ//Терапевт. арх. -2008. -№3. -С.15-22;
10. Карпов Ю. А. Лечение артериальной гипертонии: новые исследования- новые подходы / Ю.А. Карпов // Кардиология.-2003.-№ 9.-С. 87-90.
11. 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.
12. Матлубов М.М. Клинико-функциональное обследование выбора оптимальной анестезиологической тактики при родоразрешении у пациенток с ожирением: Дис.док.мед.наук. Ташкент, -2018г. -С.50.
13. Насыров Ш.Н., Сабиров Д.М. Артериальная гипертония: современные аспекты диагностики и лечения. -2016. -С.77-81.
14. Сидоренко Г.И. Психэмоциональные тесты и их применение в кардиологии / Г.И. Сидоренко, А.В. Фролов, А.Л. Воробьев // Кардиология.-2004.-Т.44, № 6.-С. 59-63.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПРАКТИКЕ ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Матлубов М.М., Мухамедиева Н.У., Юсупов Ж.Т.

Аннотация. Актуальность проблемы артериальной гипертонии (АГ) определяется ее высокой частотой в популяции, влиянием на состояние здоровья, работоспособность и продолжительность жизни населения. У лиц пожилого и старческого возраста, как правило, имеется значительное количество факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, очень часто имеются поражения органов-мишеней и ассоциированные клинические состояния, поэтому большинство больных АГ этих возрастных категорий относятся

к группам высокого и очень высокого риска. Цель исследования. Оптимизировать существующие методы ведения пациентов пожилого и старческого возраста с АГ при экстракции катаракты, включая предоперационную оценку состояния больных и подготовку, интраоперационную защиту. Материалы и методы. Клинические наблюдения охватывают 150 больных в возрасте от 60 до 89 лет ($74,7 \pm 0,5$), находившихся для оперативного лечения по поводу возрастных катаракт в отделении офтальмологии клиники СамМИ. В зависимости от способа анестезиологического пособия все больные были разделены на 2 группы. Результаты. У всех пациентов с АГ на фоне подобранной антигипертензивной терапии клинически были достигнуты целевые цифры артериального давления. Артериальная гипертония перед операцией у больных II-группы свидетельствовало о прессорной реакции сердечно-сосудистой системы (ССС) в ответ на психэмоциональное раздражение и связанной с ней кратковременным страхом перед операцией. пер СЧСС $85,4 \pm 1,4$ уд. в мин, относительно высокое СрАД $101,4 \pm 2,4$ мм.рт.ст., что требовало дополнительного парентерального применения гипотензивных и обезболивающих препаратов. У больных I-гр $87,7 \pm 3,7$ мм. РТ. ЧСС $66,2 \pm 3,4$ уд. в мин. на I-этапе уже после премедикации. Выводы. Результаты исследования позволяют утверждать, что проведение адекватной гипотензивной терапии в сочетании с препаратами снижающими психическое и эмоциональное напряжение в предоперационном периоде, исключение зрительного контакта, психэмоционального стресса посредством седации и нейролептанальгезии в палатах ожидания позволяет добиться стабилизации клинического состояния больных, отчетливо коррелируясь с улучшением параметров гемодинамики.

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