ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО

Реферат

Периоперационное ведение пациентов с артериальной гипертензией

Выполнила: Абрамова К.Н.

Ординатор 1 года

Красноярск, 2019

Определение

Артериальная гипертензия определяется как повышение САД > 140 мм рт. ст. и/или ДАД > 90 мм рт. ст. у молодых, лиц среднего возраста и пожилых. Временной интервал повышения АД 2 и более месяцев может быть расценен как стабильная АГ Стратификация риска у больных АГ При низком риске заболеваемость и смертность < 15%, при среднем 15-20%, при высоком 20-30%, при очень высоком риске заболеваемость и смертность более 30% Стратегия терапии гипертензии зависит от наличия сопутствующей патологии Нормализация и поддержание АД на целевых значениях значительно уменьшает частоту цереброваскулярных осложнений, а также смертности и заболеваемости от ИБС. Во время операции необходимо не допускать снижения САД более 20% от исходного уровня, а ДАД - менее 70 мм рт ст. [Всероссийское научное общество кардиологов. Прогнозирование и профилактика кардиальных осложнений внесердечных хирургических вмешательств. Национальные рекомендации. Москва, ]. По данным европейских клинических рекомендаций целевым уровнем АД является снижение САД ниже 140 мм рт. ст., а ДАД ниже 90 мм рт. Ст Наибольший клинический эффект нормализации АД отмечается у больных: с факторами риска (гиперхолестеринемия, сахарный диабет, курение, отягощённый семейный анамнез, возраст старше 60 лет) с повреждением органов-мишеней (стенокардия, первичный инфаркт миокарда, гипертрофия левого желудочка, церебрососудистые заболевания, нефропатии, ретинопатии, заболевания периферических сосудов. К неотложным состояниям при АГ относится выраженное повышение САД или ДАД (>180 мм рт.ст. или >120 мм рт.ст., соответственно), сопровождающееся угрозой или прогрессированием поражения органов-мишеней К признакам поражений органов-мишеней относятся: - гипертоническая энцефалопатия; - мозговой инсульт; - острым коронарный синдром; - острая левожелудочковая недостаточность; - расслаивающая аневризма аорты; - преэклампсия или эклампсия беременных и др.Лечение начинается немедленно, АД должно быть снижено не более, чем на 25% в течение 1-2 часов. Целевые значения АД должны быть достигнуты в течение последующих нескольких часов (не более часов) от начала лечения. Резкое снижение АД до нормотензивного уровня может спровоцировать развитие коронарной или церебральной ишемии. Оптимально проведение гипотензивной терапии постоянной инфузией короткодействующих агентов под контролем АД в условиях палат интенсивной терапии (особенно когда есть поражение органов мишений). Нерационально у таких больных сублингвальное (в частности, короткодействующий нифедипин) и в/м применение вследствие непредсказуемой фармакодинамики. Чрезмерно агрессивная «нормализация» послеоперационной систолической гипертензии может привести к выраженной клинически значимой диастолической гипотензии и гипоперфузии миокарда. Обнаружено, что при лечении изолированной систолической гипертензии (ИСАГ) понижение диастолического давления всего на 5 мм рт. ст. значительно увеличивает риск коронарного поражения сердца и инсульта. Тактика лечения также зависит от преобладающей клинической картины.

Препараты для лечения неотложных состояний при артериальной гипертензии

Предоперационная оценка пациента. Возможен перенос (отсрочка) анестезии и вмешательства у пациентов с гипертензией с поражением органов-мишеней в том случае, если состояние органов-мишеней можно улучшить за время отсрочки. Такая тактика может быть полезна при неконтролируемой либо плохо контролируемой гипертензии диастолического типа, а также с сопутствующим поражением коронарных сосудов. У пациентов с хорошо контролируемой гипертензией (стадии 1 и 2) отсрочка операции, как правило, не оправданна, тем не менее гипертензию рационально скорригировать, что уменьшит количество неблагоприятных исходов. Если удается поддержать АД < 180/100 мм рт. ст. на фоне проводимой медикаментозной терапии, то можно прогнозировать низкий риск развития таких периоперационных осложнений, как острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, недостаточность кровообращения, развитие послеоперационной АГ, острой почечной недостаточности При сохранении АД > 180/100 мм рт. ст. определяется высокий риск их развития. Плановую операцию у этой группы больных следует отложить до стабилизации АД на более низком уровне.

Премедикация

Препаратами выбора у больных с артериальной гипертензией являются бензодиазепины (мидазолам 0,05-0,1 мг/кг в/м; 0,5-1,0 мг/кг per os) и центральные αагонисты (клофелин) 0,05-0,3 мг per os) При предоперационной подготовке пациентов с АГ следует учитывать особенности имеющейся сопутствующей патологии.

Интраоперационный период.

Задачи анестезиолога Поддержание оптимального АД Безопасный одномоментный уровень снижения давления крови соответствует 25% от исходного среднего артериального давления или показателям диастолического давления крови в диапазоне от 100 до 110 мм рт. ст. Ранний послеоперационный период. Встречаемость АД 75 % пациентов в раннем послеоперационном периоде, чаще в первые 2 часа после операции. Обычно купируется менее чем за 6 часов. Причины: повышение системного сосудистого сопротивления в ответ на циркулирующие стрессорные гормоны, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, изменение функции барорецепторов после некоторых видов операций, нарушение дыхания (гипоксемия, гиперкарбия), озноб на фоне интраоперационной гипотермии, боль, возбуждение, беспокойство, гиперволемия, тошнота. Лечение прежде всего, заключается в устранении очевидной причины. При необходимости - гипотензивные препараты. Одна из основных проблем анестезиологареаниматолога заключается в том, что пациента к операции готовит терапевт используя таблетированые препараты, которые отсутствуют для в/в использования. Поэтому каждый врач в периоперационном периоде чаще использует более знакомые ему препараты и все же необходимо придерживаться клинических рекомендаций. Эбрантил урапидил. Периоперационный контроль АД Препарат блокирует постсинаптические альфа1- адренорецепторы Препарат стимулирует пресинаптические альфа2- адренорецепторы Препарат стимулирует серотониновые 5-НТ1А-рецепторы сосудодвигательного центра Препарат обладает слабым бета-блокирующим действием Артериальная гипертония - синдром повышения систолического АД (САД) 140 мм рт.ст. и/или диастолического АД (ДАД) 90 мм рт.ст. Гипертонический криз остро возникшее выраженное повышение АД (>180/120 мм рт. ст.) сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения поражения органов- мишеней Чазова И. Е. и др. Диагностика и лечение артериальной гипертензии (Клинические рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии) Антигипертензивные препараты с центральным механизмом действия и альфаадреноблокаторы являются одними из самых эффективных препаратов Управляемое снижение артериального давления при его повышении во время и/или после хирургической операции: непрерывная инфузия с помощью перфузионного насoса или капельная инфузия используется для поддержания АД на уровне, достигнутом с помощью внутривенного введения \*Инструкция по медицинскому применению препарата Эбрантил. УПРАВЛЯЕМАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ГИПОТЕНЗИЯ - это уменьшение систолического артериального давления до мм рт.ст., уменьшение среднего артериального давления (СрАД) до мм рт.ст. или уменьшение СрАД на 30% от исходного уровня - снижение артериального давления для уменьшения кровопотери, необходимости переливания крови во время хирургического вмешательства и создания оптимальных условий в хирургической ране давление >105 мм рт.ст. - При проведении терапии целевое артериальное давление должно быть 170/100 мм рт.ст. (или среднее артериальное давление 125 мм рт.ст.) - В обновленных рекомендациях (2014) существует указание на то, что в случае острого внутричерепного кровоизлияния (не более 6 часов) интенсивное снижение АД (целевое значение < 140 мм рт. ст. в течение < 1 часа) является безопасным и может превосходить целевую установку < 180 мм рт. ст. (класс доказательности: умеренный)\* b Пациенты без данных о гипертензии анамнезе: - Систолическое артериальное давление >160 мм рт.ст. и/или диастолическое артериальное давление >95 мм рт.ст. - При проведении терапии целевое артериальное давление должно быть 150/90 мм рт.ст. (или среднее артериальное давление 110 мм рт.ст.) c Необходимо избегать снижения среднего артериального давления более, чем на 20% d Эти пороговые и целевые значения необходимо считать более высокими у пациентов, которым проводится мониторинг внутричерепного давления, чтобы обеспечить уровень церебрального перфузионного давления >70 мм рт.ст. Рекомендованные препараты для контроля артериального давления: Внутривенно: лабеталол или урапидил, нитропруссид натрия или нитропруссид натрия или нитроглицерин, каптоприл (per os). Избегайте приема нифедипина per os и любого резкого снижения артериального. Контроль артериального давления при спонтанных внутричерепных кровоизлияниях Для достижения оптимального терапевтического контроля в качестве терапии первой линии могут быть использованы препараты с коротким периодом полувыведения. Препарат Доза Начало Длительность Побочный эффект Гипотензия рвота, токсичность Тошнота AV - блокада, бронхоспазм Боль за грудиной тошнота Гипотензия Почечная недостаточность Гипотензия Гипотензия Боль за грудиной Тахикардия Покраснение лица Тахикардия Тахикардия Седация