

## No medikamentiem atkarīgie pacienti kā anestezioģiska problēma

*Antoņina Sondore, Indulis Vanags, Inga Dārzniece,  
Marina Šarkele, Jānis Nemme*

*Rīgas Stradiņa universitāte, Anestezioģijas un reanimatoloģijas katedra, Latvija  
Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca, Anestezioģijas nodaļa, Latvija*

**Ievads.** Anestezioģijas praksē ir pierādīts, ka līdz 25% ķirurģisko pacientu, kas ikdienā lieto daudz zāļvielu, ir pakļauti bīstamas mijiedarbības riskam ar anestēzijā lietojamiem medikamentiem. Zināmas problēmas rada periodiski mainītas Eiropas Kardiologu biedrības, Eiropas Hipertensijas biedrības un Eiropas Anestezioģiķu biedrības vadlīnijas par kardiāliem pacientiem, kam paredzamas nekardiālās operācijas [1-4].

Īpaši diskutējama ir angiotensīnkonvertējošo inhibitoru (AKEI) [5], beta adrenoblokatoru (BB) un kalcija kanālu blokatoru (KKB) lietošana. Pēc pētnieku domām šādus pacientus gaida komplikāciju galējības: intraoperatīva refraktāra hipotensija, ja turpina lietot, un otrādi – perioperatīva refraktāra hipertensija, ja to pārtrauc. Visvairāk anestezioģiķus satrauc antihipertensīvo zāļvielu hipotensīvais efekts uz preoperatīvās badošanās, hipovolēmijas un anestēzijas vielu simpātiskās blokādes fona.

**Darba mērķis** bija 1) identificēt stratēģiju un incidenci primārās aprūpes posmā diagnosticētas arteriālās hipertensijas (AH) ārstēšanai ar AKEI, BB, KKB un diurētiskajiem līdzekļiem; 2) vērtēt AH kontroles kvalitāti un pacientu informētību par terapiju.

**Materiāls un metodes.** Konsultatīvas anestezioģa apskates laikā 2013.–2014. gadā Paula Stradiņa Klīniskās universitātes slimnīcas poliklīnikā no pacientiem (vecums > 60 gadi) tika ievākta slimības vēsture un farmakoloģiskā anamnēze un reģistrēta apskates protokolā. Pacientu atlasei izmantotam ģimenes ārsta AH diagnozi atbilstoši esošajai klasifikācijai [3].

**Rezultāti.** No 500 pacientiem atlasīti 100 slimnieki (140 sievietes un 60 vīrieši) vecumā  $60 \pm 15$  gadi, ASA II-III, ar AH 2. un 3. pakāpi, kam bija plānota abdomināla, uroģiska, ginekoloģiska, LOR operācija. 10 pacienti (10%) ieradās uz konsultāciju dažas stundas pirms operācijas, bet 85 pacienti (85%) – dažas dienas / nedēļas pirms operācijas. "Baltā virsvalka" un maskēta AH bija izslēgta, pamatojoties uz ģimenes ārsta reģistrēto AH diagnozi un norādi uz tās farmakoterapiju.

Trīsdesmit pieciem pacientiem (35%) AH tika diagnosticēta neilgi pirms operācijas (1-2 mēn.), pārējiem (65%) tā bija ilgstoša. 55 pacientiem (55%) AH varēja uzskatīt par kontrolētu, jo asinsspiediens terapijas ietekmē bija reģistrēts mājās vai apmeklējot ģimenes ārstu, īpaši, ja AH bija noturīga. 45 pacientiem (45%) AS bija mērīts neregulāri, tāpēc AH tika vērtēta kā neadekvāti kontrolēta veselības aprūpes sistēmas trūkumu dēļ (garas rindas pie ģimenes ārsta), vai ārstam un pacientam neapzinoties kardiovaskulāro komplikāciju risku operācijas un anestēzijas ietekmē un / vai pacienta zemas līdzestības dēļ. 10 gadījumos (10%) pacienta dokumentos nebija informācijas par lietotām zāļvielām un pacienti neatcerējās to nosaukumus.

No 90 pacientiem 45 lietoja kombināciju AKEI / KKB / BB (perindoprilu / amlodipīnu / bisoprololu), 15-AKEI / diurētisko līdzekli (perindoprilu / indapamīdu), 22 – tikai KKB amlodipīnu, 8 – tikai BB metoprololu. Nevienā gadījumā pacients netika informēts par medikamentu lietošanas kārtību sakarā ar operāciju. Neraugoties uz zāļvielu lietošanu, 30 pacientiem (30%) ambulatorās apskates laikā reģistrēta AH > 160/90 mm Hg un 15 pacientiem (15%) > 180/110 mm Hg, ko var skaidrot arī psihoemocionālo spriedzi gaidāmās operācijas dēļ.

### Secinājumi.

1. Kopumā ķirurģisko pacientu antihipertensīvās terapijas stratēģija prehospitālā posmā atbilst starptautiskām vadlīnijām.
2. Arteriālās hipertensijas kontroles kvalitāti primārajā aprūpes posmā, pacienta un anestezioģa informētību par terapiju nevar uzskatīt par optimālu.
3. Plānoto operāciju gadījumā ģimenes ārstiem jāparedz anestezioģa konsultatīvā apskate laikus, lai varētu izvērtēt ar arteriālo hipertensiju saistīto kardiovaskulāro notikumu risku anestēzijas ietekmē un izstrādāt preoperatīvās sagatavošanas taktiku.

### Literatūra.

1. ESC/ESA guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery // *EJA*; 27 (2): 92-137.
2. Recommendation for pre-operative evaluation of the adult non-cardiac surgery patient-ESA guidelines // *EJA* 2011; 28 (10): 684-722.
3. European Society of Hypertension and European Society of Cardiology. Guidelines – Arterial hypertension // *Eur Heart Journal*, 2013; 81: 25-49.
4. 2014 ECS/ESA Guidelines on non-cardiac surgery:cardiovascular assessment and management // *EJA*, 2014; 31 (10): 517-573.
5. Behnia R., et al. Angiotensin-converting inhibitions: mechanisms of action and implication in anaesthesia practice // *Curr Pharm Des*, 2003; 9 (9): 763-776.