

Д. Л. Мелконян

МЕТОД КОРРЕКЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ В ОПЕРАТИВНОЙ УРОЛОГИИ

Перидуральная анестезия за последние годы стала альтернативным методом анестезии при трансуретральных резекциях аденомы предстательной железы (ТУР аденомы простаты). Это объясняется как относительной простотой и экономичностью метода, так и тем, что параметры основных гомеостатических функций организма сохраняются неизменными.

Однако у части больных в процессе подготовки к операции и в послеоперационном периоде отмечаются психотические нарушения по депрессивному типу: подавленное тоскливое настроение, тревога, страх. Обычно такое состояние принято купировать общеседативной терапией атарактиками, барбитуратами, нейролептиками, антигистаминными препаратами или их различными комбинациями. Между тем такая терапия малозффективна и нередко приводит к прямо противоположному результату—дальнейшему углублению депрессии. Послеоперационный период у этих больных сопровождается различными соматическими осложнениями, что продлевает время нахождения в клинике.

В литературе имеется много сообщений о депрессивных состояниях при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, климаксе и др. [3, 4, 6], но мало работ, посвященных депрессиям в связи с хирургической патологией [2, 5].

Целью нашего исследования являются изучение в динамике структуры личности больных аденомой простаты гериатрической возрастной группы и коррекция психического статуса психотропными препаратами на всех этапах хирургического лечения. Представлены некоторые результаты анализа коррекции психостаза больных с помощью комбинации антидепрессанта мелипрамина и нейролептика резерпина.

Впервые в хирургической практике сделана попытка нормализовать психостазис больных с помощью трициклического антидепрессанта мелипрамина (тофранил) и нейролептика резерпина (рауседил). Мелипрамин в малых дозах действует как адреномиметик, стимулирует адренергические структуры, ослабляет все виды внутреннего торможения, что приводит к изменению уравновешенности основных нервных процессов в сторону возбуждения. С целью профилактики возможных экстрапирамидных нарушений от мелипрамина мы комбинировали его с резерпином, который к тому же обладает слабым центральным гипотензивным действием, тормозит интерорецептивные рефлексы, углубляет и усиливает физиологический сон. Мелипрамин и резерпин—достаточно широко апробированные в клинической практике препараты, а применяемые нами малые дозировки побочных эффектов у больных не вызывали.

Обследовано 60 больных (две группы по 30 пациентов в каждой) при плановых операциях ТУР аденомы простаты, у которых определен синдром тревожной депрессии (СТД). Подобраны однородные группы больных в возрасте от 67 до 84 лет (продолжительность операций 49 ± 15 минут, никто из больных психических заболеваний в анамнезе не отмечал).

Больные I группы в течение 7 дней до операции получали внутрь мелипрамин (тофранил) в дозе 25—75 мг и резерпин (рауседил) в дозе 0,25—0,5 мг в сутки; II группа являлась контрольной.

Методика анестезии: премедикация валиумом, димедролом и атропином в общепринятых дозировках; перидуральная анестезия проводилась лигнокаином: больным I группы вводился лигнокаин в дозе 480 ± 30 мг; после операции в течение 2—3 дней больные принимали мелипрамин и резерпин в снижающейся дозировке. Больным II группы лигнокаин вводился в дозе 550 ± 30 мг, а 19 больным дополнительно вводился фентанил в количестве 0,1—0,15 мг перидурально и 5—10 мг валиума внутривенно ввиду неадекватности анестезии.

Структура личности больных определялась с помощью теста ММРІ в модификации Ф. Б. Березина и др. [1] на следующих этапах: через день после поступления больного в клинику, за день до операции, на 4-й день после операции и при выписке больного. У больных I группы день выписки совпадал с 4-ым послеоперационным днем.

Об адекватности проводимой анестезии судили по показателям частоты дыхания, частоты сердечных сокращений, систолического, диастолического, среднего артериального и центрального венозного давлений. Исследованиям подвергнуты больные, у которых до операции выявлен СТД по тесту ММРІ. В данном случае термином СТД обозначается временное изменение структуры личности больного на психотравмирующую ситуацию, какой является ожидание предстоящей операции. После операции в связи с изменением ситуации структура личности больного постепенно нормализуется в отличие от эндогенной депрессии и одного из её симптомокомплексов—тревожной депрессии, лечение которых является сугубо психиатрической проблемой.

В клинике больные с СТД беспокойны, суетливы, часто меняют позу, с трудом засыпают; сон чуткий, поверхностный, прерывается кошмарными сновидениями; предстоящая операция и анестезия вызывают у них чувство тревоги и страха. Таким образом, психический статус больных с СТД при поступлении в клинику характеризуется выраженным чувством тревоги и сниженным настроением. Профиль по тесту ММРІ выявляет резкий подъем по 2- и 7-й шкалам (шкалы депрессии и тревожной мнительности) и незначительный подъем по 8-й шкале (шкала параноидности, рис. 1).

После определения структуры личности больные I группы получали антидепрессант мелипрамин и нейролептик резерпин. Эффект корригирующей терапии стал проявляться со вторых-третьих суток:

уменьшилась тревожность, а также чувство подавленности и безнадежности, больные легче вступали в контакт с персоналом и соседями по палате, нормализовался сон. Профиль ММРІ, определенный за день до операции больных I группы, выявил достоверное снижение показателей по 2, 7 и 8-й шкалам. В течение первых суток после операции больные продолжали получать мелипрамин и резерпин в снижающихся дозировках, соответственно 25—50 и 0,25 мг. Последний опрос по тесту больных I группы, проведенный на 4-е сутки после операции, за день до выписки, выявил почти полную нормализацию профиля (рис. 1). При выписке мы рекомендуем больным в течение 2—3 дней принимать минимальные дозы препаратов: мелипрамин—25 и резерпин—0,25 мг в сутки.

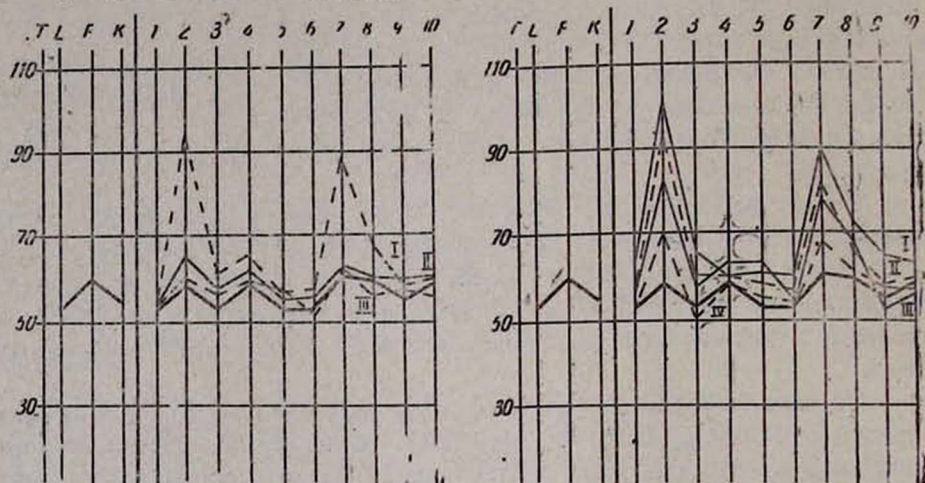


Рис. 1. Динамика профиля ММРІ у больных I группы, — I при поступлении, — II перед операцией, — III на 4-е сутки после операции, — — — здоровые лица.

Рис. 2. Динамика профиля ММРІ у больных II группы, — I при поступлении, — II перед операцией, — III на 4-е сутки после операции, — — — IV перед выпиской, — — — здоровые лица.

Больные II группы корригирующей терапии не получали. С приближением дня операции депрессия имела тенденцию к углублению: нарастала тревога, проявлялась полная интравертированность—мир замыкался на предстоящей операции и ожидаемых осложнениях, зачастую мнимых. Ночной сон не приносил облегчения и часто прерывался от чувства стеснения и боли в области сердца, нехватки воздуха. Профиль ММРІ, определенный за день до операции, выявил подъем показателей по 2, 7 и 8-й шкалам (рис. 2). В день операции психический статус у больных II группы неоднороден: так, у части больных наблюдалось полное безразличие к происходящему и даже чувство обреченности, у других—вспышки злобы, суетливость, страх. Премедикация была, как правило, неэффективной. Послеоперационный период больных II группы характеризовался беспокойством, тревожностью, наличием выраженного болевого синдрома, что потре-

бывало введения 23 больным анальгетика пентазоцина в сочетании с нейролептиком или атарактиком. Обследование этих больных на 4-е сутки после операции обнаружило сохранение подъемов по 2, 7 и 8-й шкалам (рис. 2). Из 30 больных I группы на 5-е сутки выписано 28, тогда как из II группы—всего 3 больных, остальные выписаны лишь на 10—14-е сутки после операции вследствие различных осложнений. Обследование по тесту ММРІ больных II группы при выписке выявило некоторое снижение показателей по 2, 7 и 8-й шкалам, не дошедшее, однако, до нормы (рис. 2).

Таким образом, можно считать, что депрессивные изменения, наблюдаемые нами у больных гериатрической группы с аденомой предстательной железы, приобретают характер стрессора, вызывающего вторичные соматовегетативные реакции, которые в свою очередь утяжеляют течение основного заболевания. В результате такой цепной реакции временно изменяется структура личности больного, возрастает количество потребляемых анестетиков и анальгетиков, возникают различные послеоперационные осложнения, что продлевает время пребывания больных в клинике.

Впервые проведенная нами в хирургической практике коррекция психического статуса больных с СТД комбинацией антидепрессанта мелипрамина и нейролептика резерпина выявила её высокую эффективность. Корректирующая терапия приводит к снижению уровня тревожности и депрессии, нормализует психостазис, уменьшая количество расходуемых анестетиков и анальгетиков, а также способствует снижению числа послеоперационных осложнений и времени пребывания больных в стационаре.

Ереванский ИУВ,
кафедра торакальной хирургии
и анестезиологии

Поступила 14/І 1990 г.

Դ. Լ. Մելկոնյան

ՈՒՐՈՂՈՒԹՅԱՆ ՀԻՎԱՆՔՆԵՐԻ ՀՈԳԵԿԱՆ ԿԱՐԳԱՎԻՃԱԿԸ ԿԱՑՈՒՆԱՑՆԵԼՈՒ ՄԵԹՈԴ

Փորձ է կատարվել ուրոլոգիական հիվանդների հոգեկան կարգավիճակը կայունացնելու միջ- և հետվիրահատական շրջաններում: Հակադեպրեսանտ մելիպրամինի և նեյրոլեպտիկ ընդերպինի համատեղ օգտագործմամբ մեղ հաջողվեց հիվանդների մոտ խիստ նվազեցնել հետվիրահատական բարդությունները, ինչպես նաև անզգայացնող և ցավազրկող դեղամիջոցների քանակը: Անցկացված բուժման արդյունավետությունը հաստատվում է ММРІ հոգեբանախոսական տեստի միջոցով:

D. L. Melkonian

The Method of Correction of Patients' Psychic State at Urological Operations

The preoperative determination of the patient's psychic state and its correction in case of depressive syndrome with combination of mel-

lpramin and reserpin reduces the expense of anaesthetics and postoperative complications. The patient's psychic state and dynamics of its correction are determined by personal MMPI test.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности. М., 1976. 2. Ковалёв В. В. Психические нарушения при пороках сердца. М., 1974. 3. Менделевич В. Д. В кн.: Депрессия в амбулаторной и общесоматической практике. М., 1984, с. 154. 4. Huapaya L., Ananth J. Psychiat. J. of Univers. of Ottawa, 1980, 5, 1, 58. 5. Kielholz P., Poldinger W., Adans C. Marked depression. Deutcher Arzte. Verlag Köln-Lövenich, 1982. 6. Radl T. Koronarní nemoc z hlediska neurofiziologie a psychologie. Pract. Lek., Praha, 1983, 63, 8.

УДК 616.342—002.44

С. Г. Папазян, А. Б. Асатрян, Э. Г. Григорян, Д. С. Малерян, Н. Р. Погосян

ВЛИЯНИЕ ФОНОФЕРЕЗА α -ТОКОФЕРОЛА НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ, АНТИОКСИДАНТНУЮ СИСТЕМУ КРОВИ И ФУНКЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Молекулярные механизмы повреждения биологических мембран при патологических процессах остаются недостаточно выясненными. В настоящее время известно, что реакции перекисного окисления липидов (ПОЛ) играют ведущую роль в модификации структуры и функции биологических мембран как в процессах нормальной жизнедеятельности, так и в патологии [2].

Исходя из того, что развитие язвенного процесса сопряжено с деструкцией тканей и, в частности, с нарушением структуры клеточных мембран, сопровождающимся активацией процессов ПОЛ [3, 5], особое значение приобретает поиск и использование ингибиторов свободнорадикальных реакций в биомембранах.

С этой целью нами использовался α -токоферол (α -ТФ), обладающий сильно выраженным антиоксидантным и мембранопротекторным действием [8]. Учитывая побочные реакции α -ТФ при пероральном и парентеральном введении, проявляющиеся в виде тошноты, рвоты, аллергических реакций, инфильтратов [6], нами была разработана методика антиоксидантной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки путем фонофореза α -ТФ.

Клиническому испытанию предшествовала серия физико-химических опытов, которые позволили заключить, что фармакологическая активность α -ТФ в ультразвуковом (УЗ) поле сохраняется при УЗ-колебаниях в пределах 0,2—0,6 Вт/см² с максимальным антиоксидантным эффектом при 0,6 Вт/см². Полученные результаты позволили перейти к испытанию данной методики в клинике.