

Библиография:

1. Астахов Ю.С. Вестник офтальмологии.– 1968.– №1.– С. 76-81.
2. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы // Руководство для врачей.– Москва: Медицина, 1991.– 624 с.
3. Вельховер Е.С., Ананин В.Ф., Елфимов М.А. Компьютерная пупиллодиагностика в клинической практике // Тезисы к республ. конф.– Горький, 1989. – С.65.
4. Каминская З.А., Козлова Л.П., Шахнович В.Р. Применение пупиллографии в ранней диагностике глаукомы // Материалы 2-й Всерос. конф. Офтальмологов.– Горький, 1960.– С. 219-220.
5. Парин В.В. Проблемы управления функциями человека и животных // М.: Наука, 1973.– 231 с.
6. Романова Т.Б. Комплексный метод ранней диагностики глаукомы. – Дисс.... к.м.н.– 1980.
7. Miller SD, Thompson HS. Edge-light pupil cycle time // Br.J.Ophthalmol.– 1978.– V. 62.– P. 495.
8. Weinstein J.M., van Gilder J.C. Pupil cycle time in optic nerve compression // Amer. J. Ophthalmol.– 1980.– V.89.– No.2.– P.263-267.

Комарова М.Г.

**ОСОБЕННОСТИ
ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ
ПАЦИЕНТА С ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ
ГЛАУКОМОЙ НА ФОНЕ НЕВРОЗА
НЕВРОЗОПОДОБНОГО СОСТОЯНИЯ**

Изучено субъективное отношение пациентов в состоянии невроза к качеству антиглаукоматозного хирургического лечения. Для улучшения субъективной оценки качества хирургического лечения глаукомы предложена оптимальная тактика предоперационного ведения – перевод срочной хирургии в плановую.

Проблема неврозов не перестает волновать врачей различных специальностей. С истинными неврозами или невротическими симптомокомплексами встречаются не только невропатологи и психиатры, но и терапевты, хирурги, гинекологи, офтальмологи и др.

Известно, что невроз протекает с висцеро-вегетативными симптомами, а неврозоподобные состояния осложняют течение соматических заболеваний (В.Я.Деглин, 1979). В свою очередь органические поражения центральной и периферической нервной системы могут осложняться невротическими наслоениями. Поэтому, встреча с пациентами, страдающими ишемическими заболеваниями глаз на фоне депрессивно-астенического, ипохондрического, истерического и других невротических синдромов, для окулиста не является редкостью. Назначение таким пациентам хирургического лечения представляет особую сложность.

Целесообразно выделить два основных типа из многообразных проявлений страха перед операцией (Coldeffy, 1963). При первом типе все симптомы этого состояния проявляются резко в самом поведении больного, громко выражаются им. Обычно такие больные не представляют особых трудностей, их легко успокоить при формировании соответствующего контакта. Часто гораздо сложнее оказываются хладнокровные, рассудительные, дисциплинированные больные. У таких пациентов страхи могут проявиться в неожиданной форме, посредством тяжелых вегетативных осложнений в виде кризов, коллапса, шока или в поразительных и неожиданных психопатологических манифестациях. Необходимость в тщательном отборе, продуманной диагностической «селекции» больных подчеркивается еще и тем наблюдением, что у 44% хирургических больных с послеоперационными осложнениями наблюдаются психические заболевания (Swanson D.W., 1965).

Особенно актуальной представляется задача предоперационной подготовки пациентов при хирургическом лечении глаукомы. Именно это коварное заболевание, часто протекающее бессимптомно, не позволяет больному субъективно оценить необходимость вмешательства и его эффект, что повышает значимость эмоционального контакта с врачом.

Цель исследования

Изучить субъективное отношение пациентов в состоянии невроза к качеству проведенного антиглаукоматозного хирургического лечения и выработать оптимальную тактику предоперационного ведения для данной группы больных.

Материал и методы

166 пациентов, в возрасте от 62 до 89 лет с диагнозом открытоугольная глаукома, обследовались и прошли хирургическое лечение в глазном центре «Восток-Прозрение». Срок наблюдения от 3 до 12 месяцев. При обследовании выполнялись визометрия, тонометрия, тонография, периметрия, рефрактометрия, ультразвуковое офтальмосканирование, биомикроскопия глаза, офтальмоскопия, гониоскопия. Всем была выполнена непроникающая глубокая склерэктомия. Операции прошли без осложнений. У всех исследуемых пациентов хирургическое лечение глаз проводилось впервые и оценивалась опера-

ция только на одном глазу. Больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 12 пациентов (12 глаз) с неврозом или неврозоподобным состоянием, которым выполнялось вмешательство в ускоренном порядке в день обследования или на следующий день из-за высокого внутриглазного давления на фоне консервативного антиглаукоматозного лечения ($P_0 = 33, 4+/- 6,6$ мм рт.ст.). Во вторую группу вошли 25 пациентов (25 глаз) с тем же психологическим статусом и субкомпенсированным на фоне гипотензивных инстилляций внутриглазным давлением ($P_0 = 23,5+/- 3,1$ мм рт.ст.), которым была проведена плановая антиглаукоматозная операция с предоперационной подготовкой: Танакан 40 мг, по 1 таблетке 3 раза в день во время еды, 1-3 месяца; Центрум по 1 таблетке 1 раз в день, утром – 1 месяц; Феназепам 0,25 мг по 1 таблетке 1 раз в день на ночь – за 1 неделю до операции, Валокордин по 30 капель 2 раза в день – за 1 неделю до операции, Атаракс 25 мг, 1 таблетку за 1 час до операции. Пациентам данной группы выполнялась и психотерапевтическая подготовка к операции. В третью контрольную группу вошли 129 пациентов (129 глаз) с нормальным психологическим статусом и субкомпенсированным и некомпенсированным внутриглазным давлением ($P_0 = 29,6+/- 9,1$ мм рт.ст.), которые принимали вечером перед операцией и утром в день операции по 30 капель Валокордина и по 1 таблетке Феназепама и были оперированы в сроки 1-5 суток после обследования. Пациенты 1–3 групп в ходе исследования не прерывали лечение, назначенное другими специалистами по поводу сопутствующих соматических заболеваний. Лица, длительно применяющие психотропные лекарственные средства, в объем исследования не входили.

Через 7 дней после операции пациенты субъективно оценивали результаты хирургического лечения по трехбалльной шкале:

0 баллов – отрицательная динамика: покраснение глаза, чувство инородного тела под верхним веком, слезоточивость, сужение глазной щели, ухудшение зрения. Пациенты иногда выражают сожаление по поводу проведенного вмешательства, жалуются на несоответствие внимания родственников и медицинского персонала тяжести перенесенных страданий, или на незначительность и кратковременность операции, что свидетельствует о ее неэффективности, подозревают, что от них скрывают осложнения и др.;

1 балл – отсутствие динамики: зрение осталось на том же уровне, со стороны глаза не чувствуется никаких изменений. Пациенты демонстрируют индифферентное отношение к происходящему.;

2 балла – положительная динамика: исчезли вспышки и блики, нет головных болей, улучшилось зрение, увеличилось поле зрения. Пациенты демонстрируют чувство радости по поводу выполненного вмешательства и готовность оперировать второй глаз, полную удовлетворенность уровнем медицинского сервиса.

Результаты и обсуждение

Послеоперационный период протекал без осложнений. Гипотензивный эффект хирургического лечения отмечался в течение всего срока наблюдения ($P_0 = 15,3+/- 3,9$ мм рт.ст.). Пациенты 1 группы оценили результат вмешательства следующим образом: 0 баллов – 7 больных (58,3%), 1 балл – 3 больных (25,0%), 2 балла – 2 больных (16,6%). Пациенты 2 группы распределились при оценке: 0 баллов – 3 больных (12,0%), 1 балл – 10 больных (40,0%), 2 балла – 12 больных (48,0%). Пациенты из контрольной группы (3 группа) показали следующие результаты: 0 баллов – 5 больных (3,9%), 1 балл – 46 больных (35,6%), 2 балла – 78 больных (60,5%).

Таким образом, пациенты с неврозом или неврозоподобным состоянием, оперированные срочно, без предоперационной лекарственной и психотерапевтической подготовки, оказались недовольны проведенным лечением, на момент тестирования, в 58% случаев, а при плановой хирургии с предоперационной подготовкой – только в 12% случаев (норма – 4%). Нейтральное отношение к результатам антиглаукоматозной операции невротики продемонстрировали при срочной хирургии в 25%, а при плановой – в 40% случаев, (норма 35%). Позитивное отношение к проведенному лечению показали только 16% неподготовленных больных с неврозом и 48% подготовленных (норма – 60%).

Некоторым пациентам из 2 группы нами первоначально устанавливался диагноз «подозрение на глаукому» при явной картине далекозашедшего заболевания, с психотерапевтической целью. В процессе подготовки пациентов с неврозом к плановой операции мы выделили 4 этапа: 1) первая встреча с пациентом, формирование эмоционального контакта в режиме «психической асептики», установление «щадящего» диагноза, назначение или коррек-