

В плане профилактических мероприятий следует помнить о максимально допустимой дозе лекарственных средств, уменьшение дозы на 30-50% у пожилых и ослабленных пациентов, строгой дозировке количества лекарственного средства у детей (соответственно массе тела).

Перед назначением ретинопатических средств рекомендуется провести офтальмологическое обследование, определить функции зрения, чтобы был ориентир для сравнения в последующем, проводить повторные осмотры через 6 месяцев даже при отсутствии жалоб со стороны пациента. При выявлении изменений по возможности снизить дозу или заменить препарат, применять прерывистые курсы лечения амиодароном, хлорохиновыми препаратами. При приеме хирина применять вазодилататоры.

Назначать сорбены и комплексоны при применении ретинопатических препаратов, то есть интенсифицировать пути выведения, особенно при кумуляции, применять антиоксиданты, препараты нуклеиновых кислот, репаративы, стимуляторы метаболических процессов.

Заключение

В процессе применения лекарственных средств следует помнить о возможности побочных действий, проводить регулярные осмотры офтальмолога, обращать внимание на дозу и длительность приема медикаментов, применять превентивные меры, а также проводить своевременную коррекцию медикаментозного лечения.

Библиография:

1. Вотчал Б.Е. Очерки клинической фармакологии // Изд. 2-е, испр. и доп. – М.: Медицина, 1965.
2. Индейкин Е.Н. «Лекарственная болезнь» и глаз // Фельдшер и акушерка. – №3. – 1940. – С.21-24.
3. Кудрин А.И. Лекарства не только лечат... (отриц. виды взаимодействия лекарственных средств с организмом) // М.: Знание, 1971. – 32с.
4. Кукес В.Г. Клиническая фармакология // ГЭОТАР.– Медицина, 1999. – 528с.
5. Лазарева Д.Н. Действие лекарственных средств при патологических состояниях // 2-ое изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 283с.
6. Максимович Я.Б. Прописывание, несовместимость и побочное действие лекарственных средств // Изд. 2-ое. – Киев: Издательство «Здоров'я», 1974. – 199с.
7. Побочное действие лекарственных средств. Вып.13: Научный обзор / Под ред. к.м.н. А.С.Лопатина, к.м.н. В.Н.Калмыковой // М., 1983. – 76с.
8. Северова Е.Я. Побочные действия лекарственных средств // Советская медицина. – №7. – 1979. – С.91-96.
9. Станковская И.М. Медикаментозные поражения глаз. Побочное действие лекарственных средств. Вып.13 // Москва, 1983. – С.48-71.
10. Тареев Е.М., Виноградова О.М., Семенков Е.И., Соловьева А.П. Большая лекарственная болезнь. Тер. арх.– Т.47.– №4.– 1995. – С.5-12.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА В МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА

Изучено применение в-адреноблокаторов на клиническое течение и психосоматический статус больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Установлено снижение тревожно-фобических реакций и положительное влияние на клиническое течение заболевания в предоперационном периоде офтальмохирургических пациентов.

Стресс вызывает отклонения в состоянии организма пациента. Это касается как психологической сферы, так и реакции со стороны внутренних органов и систем, т.е. соматических параметров. Наиболее уязвимой, а также быстро реагирующей оказывается сердечно-сосудистая система. Она как бы является соединительным звеном между психологическим статусом и органами, соматическими проявлениями, т.е. возникновением собственно определенного заболевания.

Любое оперативное вмешательство, особенно микрохирургическое на органе зрения, вызывает срыв всех адаптационных механизмов, в том числе и психологических, снижает защитные резервы организма, что приводит к стойкой артериальной гипертензии или лабильности АД, нарушению сердечного ритма, тахикардическому синдрому.

Основу метода психологической коррекции пациентов офтальмохирургии составляет комплекс психотерапевтических мероприятий, таких, как беседа с пациентом, нервно-мышечная релаксация, дыхательно-релаксационный тренинг, аутоотренинг. Сочетание этого комплекса с пероральным применением в-адреноблокаторов способствовало уменьшению таких проявлений, как раздражительность, тревожность, враждебность, а также физических проявлений: положительная динамика на ЭКГ, стабилизация артериального давления, снижение частоты сердечных сокращений и уменьшение градаций нарушений ритма.

Целью исследования явилось изучение особенностей влияния в-адреноблокаторов (анаприлин, атенолол, тенорик и др.) на клиническое течение и психологический статус больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в «Микрохирургии глаза».

Материал и методы

Для диагностики типов отношения к болез-

ни и других связанных с нею личностных отношений использовался личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Определение личностной и реактивной тревожности проводили с помощью опросника Ч.Д.Спилбергера. Терапевтическое исследование проводилось тонометром «Digital Blood Pressure monitor», электрокардиографом ЭКИТ-04 А-скан; пульсоксиметром ЭЛОКС-01 М2, г. Самара, 1998; ритмокардиомонитором Элон-001 М2, г. Самара, 1999; монитором анестезиологическим и реанимационным для контроля ЭКГ, артериального давления, сатурации кислорода и температуры «Мар-01-кардекс», г. Н. Новгород, 2000; портативным пульсоксиметром модели 8500А, Wetzlar, Germany, 1995, Operator`s manual NPВ-4000 Patient Monitor To Contact Nellcor Puritan Bennetts representative, США, 1996.

Результаты и обсуждение

Исследование проводилось в ОФ ГУ МНТК «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова. Обследовано 240 пациентов в возрасте от 45 до 75 лет. Установлено, что вегетативная регуляция играет большую роль в обеспечении деятельности сердечно-сосудистой системы. β-адреноблокаторы (анаприлин, атенолол, тенорик) назначались в дозе 20-50 мг в сутки пациентам с диагнозом АГ (разной степени), ИБС, стенокардии II – III функционального класса, нарушениями ритма сердца. Отмечено улучшение сна, уменьшение вспыльчивости, раздражительности, тревожности, фобических проявлений, ипохондрических тенденций и невротической астении, повышение социальной адаптации. На фоне приема β-адреноблокаторов уменьшились кардиалгии и нарушения ритма в виде уменьшения частоты желудочковых и предсердных экстрасистол, уменьшение частоты возникновения пароксизмальной мерцательной аритмии, стабилизировалось артериальное давление, особенно систолическое артериальное давление. Эти изменения можно расценивать как проявление седативного эффекта β-адреноблокаторов, что немаловажно в предоперационном периоде. Результаты применения представлены в таблице 1.

По данным методики ЛОБИ наблюдается значительная выраженность по следующим типам отношения: тревожный, обсессивно-фобический, сенситивный, параноийальный. Все показатели характеризуют комплекс «тревожно-мнительных» реакций.

Таблица 1. Сравнительная характеристика соматических изменений у пациентов в группах

Группа	I гр. (без применения β-адреноблокаторов)		II гр. (с применением β-адреноблокаторов)	
	Абсолютное число	% соотношение	Абсолютное число	% соотношение
Соматические проявления				
Кол-во пациентов	140	100	100	100
Кардиалгия	70	50	20	20
Частота серд. сокращ. 80-100'	126	90	70	70
Частота ритма 100-120'	14	10	0	0
Нарушение ритма	35	25	10	10
Систолическое артериальное давление >140	90	70	20	20
<140	42	30	80	80
Диастолическое артериальное давление	140	100	100	100
Приступы стенокардии	7	5	1	1
Желудочковая экстрасистолия	7	5	1	1
Предсердная экстрасистолия	7	5	2	2
Пароксизмальная мерцательная аритмия	2	1,43	0	0

Исследование на определение личностной и реактивной тревожности проводилось по методике Спилбергера. Выявлена значительная выраженность реактивной тревожности в предоперационном периоде у пациентов без применения β-адреноблокаторов (таблица 2).

Таблица 2. Сравнительная характеристика психических реакций у пациентов в группах

Группа	I группа (без применения β-адреноблокаторов)		II группа (с применением β-адреноблокаторов)	
	Абсолютное число	% соотношение	Абсолютное число	% соотношение
Соматические проявления				
Кол-во пациентов	140	100	100	100
Методика ЛОБИ				
Тревожный	126	90	60	60
Обсессивно-фобический	130	92	55	55
Сенситивный	88	71	33	33
Параноийальный	75	53	30	30
Методика Спилбергера				
Реактивная тревожность	130	92	70	70
Личностная тревожность	80	57	55	55
Послеоперационные осложнения				
Послеоперационные психозы	7	5	1	1
Астенин	28	20	10	10
Галлюцинаторно-бредовая симптоматика	5	7	1	1

Послеоперационные психозы представлены преимущественно соматогенными психозами в форме делирия, в нашей клинике встречались в 5% случаев, хотя в литературе отмечена