

которые связаны с ГАМК-А-рецепторами и посредством аллостерической регуляции изменяют конфигурацию рецептора так, что его сродство с гамма-аминомасляной кислотой увеличивается. Обладая ГАМК-эргическим действием, они повышают эффективность эндогенной гамма-аминомасляной кислоты, облегчают ГАМК-эргическую передачу. Производные бензодиазепина действуют прежде всего на ретикулярную формацию, усиливая ее тормозящее влияние на другие отделы центральной нервной системы. Большое количество бензодиазепиновых рецепторов находится в лимбической системе, стволе и коре головного мозга, спинном мозге, мозжечке, что обуславливает анксиолитическое, противосудорожное, миорелаксирующее и атаксическое действие прямых агонистов ГАМК-А-бензодиазепинового рецепторного комплекса.

Однако препараты этой группы имеют широкий спектр побочных эффектов – синдром отмены, синдром отдачи, привыкание, миорелаксацию, дневную сонливость, атаксию, стойкое нарушение памяти или концентрацию внимания.

На сегодняшний день на украинском фармацевтическом рынке существует анксиолитик нового поколения, который практически лишен всех вышеперечисленных отрицательных моментов, – селективный анксиолитик небензодиазепинового ряда Афобазол. Этот препарат вызывает миграцию σ_1 -рецепторов из эндоплазматического ретикулума на наружную мембрану клетки, что способствует восстановлению фосфолипидного состава клеточных мембран, нарушающегося при патологических процессах. Таким образом, Афобазол восстанавливает естественную реакцию организма на стресс. При приеме этого препарата на фоне уменьшения тревоги отсутствует нарушение когнитивных функций. Помимо анксиолитического действия он оказывает вегетотропный и антиастенический эффект. В отличие от препаратов бензодиазепинового ряда Афобазол не обладает аллергизирующими свойствами, репродуктивной токсичностью, мутагенной активностью, иммунотоксическим эффектом.

Противопоказаниями к применению препарата являются период беременности и лактации, индивидуальная непереносимость препарата, возраст до 18 лет, так как действие препарата у этой категории лиц до настоящего времени не изучалось.

Показаниями к применению Афобазола служат генерализованное тревожное расстройство, невротические расстройства при соматических заболеваниях, сопровождающиеся тревогой, страхом, беспокойством, эмоциональной лабильностью, неврастения и расстройства адаптации.

Препарат применяется перорально в дозировке 10 мг 3 раза в день. Длительность курсового лечения составляет 2-6 нед. При необходимости его суточная доза может быть увеличена до 60 мг. Эффект наступает на 3-4-й день от начала лечения, а максимальный эффект достигается к концу 4-й недели.

Ряд исследований, проведенных как российскими, так и украинскими учеными, подтверждают эффективность Афобазола в устранении тревоги, раздражительности, плаксивости, чувства беспокойства, страха, купировании психических и соматических компонентов тревоги. Исследование А.С. Аведисовой (2006), в котором проводилось сравнение эффективности и безопасности этого препарата и диазепамов, показало, что Афобазол не имеет побочных эффектов, свойственных другим анксиолитикам, в частности не вызывает дневной сонливости, миорелаксации, симптомов отмены и зависимости от препарата.

Таким образом, Афобазол – идеальный препарат для активных людей с высоким темпом повседневной деятельности с поверхностными проявлениями тревожных расстройств. Этот препарат особенно показан пациентам с преимущественно астеническими личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости и эмоциональной лабильности, склонных к пассивному фенотипу эмоционально-стрессовой реакции.

Подготовила **Анастасия Лазаренко**

Т.К. Ботабекова, д.м.н., профессор, генеральный директор Казахского научно-исследовательского института глазных болезней

Новые возможности контроля офтальмотонуса в раннем послеоперационном периоде

Проведение традиционной контактной роговичной тонометрии невозможно в раннем послеоперационном периоде после внутриглазных операций, в случаях индивидуальной непереносимости анестетиков, введение которых необходимо для осуществления процедуры измерения внутриглазного давления (ВГД), кроме того, не исключается риск инфицирования глаза. Результаты бесконтактной роговичной тонометрии в послеоперационном периоде неинформативны в связи с тем, что на показатели влияет наличие послеоперационного астигматизма, отека и рубцов роговицы. К недостаткам пальпаторного метода относятся субъективизм, неопределенность результатов при умеренном изменении офтальмотонуса.

Для изучения возможностей и особенностей транспальпебральной склеральной тонометрии в раннем послеоперационном периоде после внутриглазных операций проведено дооперационное и послеоперационное обследование 103 человек (средний возраст $67,5 \pm 0,92$ года), прооперированных по поводу катаракты без сочетания патологии с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ). За сутки до хирургического вмешательства пациенты принимали 0,5 г диакарба с профилактической гипотензивной целью. Непосредственно перед операцией были проведены стандартное обследование, дополнительно – тонометрия транспальпебральным индикатором ИГД-02 (Государственный Рязанский приборный завод) и бесконтактным тонометром. В послеоперационном периоде измерение ВГД проводили через 2-4, 24 и 48 ч.

Всего проведено: факоэмульсификаций катаракты с ИОЛ – на 44 (43%) глазах, тоннельных экстракапсулярных экстракций катаракты с ИОЛ – на 58 (56%) глазах и в 1% случаев ИОЛ не имплантировали. Клиническое течение послеоперационного периода с первых суток, в основном, было ареактивным: глаза спокойны, роговица прозрачна, экссудативных явлений во влаге передней камеры и на ИОЛ не наблюдалось. В 91,8% случаев не зарегистрировано послеоперационной гипертензии. Результаты тонометрии представлены в таблице.

Накануне операции пациентам проводят гипотензивную терапию, после которой отмечается снижение тонометрического ВГД. В первые часы после операции сохраняются относительно стабильные показатели давления. Со вторых суток прослеживается тенденция к повышению уровня тонометрического ВГД до исходного. Послеоперационная гипертензия, которая развивается в 8,4% случаев, отмечается преимущественно на 2-3 сут, при этом показатели истинного ВГД, измеряемые бесконтактным тонометром, расценивались как недостоверные из-за диффузного отека роговицы. Уровень тонометрического давления, который измеряется индикатором ИГД-02, повышается до 28-35 мм рт. ст. Послеоперационная гипертензия в таких случаях имеет транзиторный характер. После проведения местной и общей гипотензивной терапии ВГД возвращается к исходному уровню в среднем через 4-6 сут.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о достоверности и эксплуатационной надежности транспальпебрального индикатора ИГД-02. Благодаря его портативности и автономности появилась возможность проводить суточный мониторинг офтальмотонуса рационально, без потери информативности, а также осуществлять выбор оптимальной тактики лечения в послеоперационном периоде. Неинвазивность прибора существенно снижает риск инфицирования во время процедуры. Использование транспальпебрального индикатора ИГД-02 для определения ВГД в раннем послеоперационном периоде позволяет судить об эффективности лечебных мер в случаях развития офтальмогипертензии.

Таблица. Показатели тонометрии до и после проведения оперативных вмешательств

Тонометрическое давление ВГД, мм рт. ст.	До операции		После операции		
	исходное	на фоне приема гипотензивных препаратов	через 2-4 ч	спустя 24 ч	спустя 48 ч
Рт	20,3±0,16	15,07±0,73	14,6±0,59	18,6±2,4	19,95±0,5

diathera[®]
Измерение ВГД через веко



ОПЫТ • ДОВЕРИЕ • НАДЕЖНОСТЬ

- Более 30 клинических испытаний в РФ и странах СНГ
- Около 40 научных публикаций
- Более 10 наград на международных и отечественных выставках
- Экспортный вариант прибора:
 - успешные клинические испытания более чем в 15 странах мира (США, Финляндия, Испания, Германия, Индия и др.)
 - международные сертификаты CE 0535 (Евросоюз), FDA (США) и др.

Безопасное и быстрое измерение ВГД?
Транспальпебральная тонометрия!

Оптимальный прибор для скрининга?
Индикатор ИГД-02 diathera!

Уникальной методике 16 лет!



Альтернативы нет!



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
РЯЗАНСКИЙ
ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД

390000, Россия,
г. Рязань, ул. Семинарская, 32
тел.: (4912) 29-84-53 (многоканальный)
факс: (4912) 29-85-16
e-mail: info@grpz.ru

WWW.GRPZ.RU

Представитель в Украине
«МЕДТЕХНАБ»

г. Киев тел.: (044) 492-94-30, 494-41-10

Информация для профессиональной деятельности специалистов в области здравоохранения.