

ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

1. Пациенту с заболеванием органа зрения показано местное введение лекарственных препаратов. Какие виды местного введения препаратов можно использовать?
2. Молодой предприниматель решил организовать в своей аптеке производство глазных капель. Какие требования для глазных капель предъявляются Государственной фармакопеей?
3. Студенту медицинской академии предстоит написать реферат о фармакодинамике лекарственных препаратов, применяемых в офтальмологии. Какие особенности действия глазных капель он должен указать в реферате?
4. Пациенту с заболеванием роговой оболочки назначено закладывание глазной мази. Врач объяснил назначение мази для более длительного действия лекарственного вещества на глаз. Чем это можно объяснить? В чем отличие глазных мазей от других?
5. В стационаре врач назначил больному инъекции лекарственного препарата под конъюнктиву. Пациент просит рассказать ему, как проводится эта процедура и почему нужны инъекции, а не закапывания капель, как лекарство попадает в глаз?
6. Больной проходит лечение в стационаре после проникающего ранения глаза. Ему была проведена первичная хирургическая обработка раны, но на 3-й день в передней камере появился гной. Предполагается провести парацентез роговицы с промыванием передней камеры. Какой путь введения антибиотика можно предложить больному?
7. Ребенку 7-ми лет показаны частые субтеноновые инъекции лекарственных препаратов. Какой путь введения лекарства можно использовать и какова методика его выполнения?
8. Пациенту, лечущемуся в поликлинике по поводу конъюнктивита необходимо проводить промывания конъюнктивального мешка. Какие растворы для этого можно рекомендовать?
9. Для лечения конъюнктивита больному показаны инстилляционные медикаменты, оказывающие вяжущее действие. Какие лекарственные средства можно использовать?

10. У пациента выраженный поллинозный конъюнктивит. Какие препараты можно применить для местного лечения?

Ответы на ситуационные задачи.

1. Местное лечение включает закапывание глазных капель, закладывание глазных мазей, глазных лекарственных пленок, а также подконъюнктивальные, периокулярные, ретробульбарные инъекции препаратов, введение лекарств в переднюю камеру, стекловидное тело, субхориоидальные инъекции и др.
2. Глазные капли должны быть стерильными, стабильными и не содержать видимых загрязнений, иметь рН и осмотическое давление, соответствующие этим показателям слезы. Глазные капли готовят в асептических условиях с использованием буферных растворов, консервантов, пролонгирующих средств. Лекарственные средства в каплях должны хорошо растворяться в изотоническом растворе хлорида натрия либо в маслах (персиковом, оливковом) и оказывать терапевтическое действие в нетоксических и не раздражающих глаз дозах.
3. Сразу после закапывания глазных капель избыток жидкости выжимается веками. Остающееся в конъюнктивальном мешке количество медикаментов сразу же разбавляется слезной жидкостью, частично проникает в конъюнктиву и роговицу, но больше всего отводится в полость носа и всасывается там ее слизистой оболочкой. Высокотоксичные вещества даже в лечебных дозах создают при этом угрозу отравления. При введении мидриатиков это проявляется сухостью в горле, кашлем, а иногда, особенно у детей, гиперемией лица, тахикардией и даже спутанностью сознания. Миотики могут вызвать болезненные колики и понос. На закапывание адреналина люди с изменениями сердечно-сосудистой системы реагируют болями в сердце, нарушениями пульса и пр. Менее токсичные вещества, всасываясь в кровь, могут вызвать аллергические реакции.
4. Глазные мази действуют дольше, чем капли. Образующаяся после аппликации мази в глаз водно-масляная взвесь задерживается в конъюнктивальной полости и образует пленку на поверхности роговицы, из которой действующее вещество медленно всасывается в глазное яблоко. Глазные мази отличаются от аналогичных средств, применяемых в дерматологической практике. Лекарственные вещества в глазных мазях максимально дисперсны, абсолютно исключаются даже мельчайшие твердые частицы.

5. *Инъекциям под конъюнктиву предшествует эпibuльбарная анестезия, при которой в конъюнктивальную полость тpоекpатно с интервалом 1-2 минуты вводят раствор анестезирующего вещества (дикаин, лидокаин и др.). Инъекционную иглу вкалывают в средней трети промежутка от лимба до нижней переходной складки на 6 ч условного циферблата. Лекарственное вещество из подконъюнктивального депо проходит в глаз по лимфатическим путям через краевую сеть в лимфатические щели роговицы, из них – в переднюю камеру глаза, а непосредственно в месте инъекции – через склеру и лимб. Однако основная масса лекарственного раствора после инъекции через инъекционное отверстие просачивается в конъюнктивальный мешок, из которого через роговицу частично проникает в глаз, а частично уносится слезной жидкостью.*
6. *Введение антибиотика в переднюю камеру во время операции.*
7. *Возможно дробное или непрерывное введение растворов через ретробульбарный капилляр. Один (проксимальный) конец капилляра подводят к заднему отрезку глазного яблока, а другой (дистальный) выводят через прокол на верхнем веке и укрепляют на коже лба лейкопластырем. На дистальном конце капилляра расположена пробка-заглушка, через которую в определенное время вводят лекарственные средства.*
8. *0,2% (1:5000) водный раствор фурацилина, 1:5000 раствор калия перманганата.*
9. *2-3% раствор колларгола, 0,5-1% водный раствор резорцина, 0,25-0,5% раствор цинка сульфата, 1% раствор танина.*
10. *Алергофтал, аломид, сперсаллерг, кузикром, максидекс, пренацид, лекролин.*