

причинами дистресса или расстройства. Часто они имеют precipитирующее (проявляющее) значение для тех или иных психических и поведенческих нарушений.

Стрессор. Любая совокупность неблагоприятных стимулов, которая вызывает стрессовую реакцию, а именно целый ряд неспецифических физиологических и психических реакций, приводящих к изнашиванию и истощению психобиологической системы.

По данным исследования проводимым в Сибирском государственном медицинском университете Н.А. Корнетовым и А.В. Сорокиной выявлен высокий процент лиц среди студентов (104 чел.) с клинически значимым уровнем тревоги (26,7%). При этом была установлена сильная положительная линейная зависимость между уровнем тревоги, уровнем личностной тревожности и депрессией. [3] Таким образом, актуальность темы исследования определяется ростом числа стресс-индуцированных, невротических и депрессивных расстройств. Также имеет большое значение повышенный уровень суицидальных попыток и суицидов у лиц молодого возраста в Российской Федерации. Итак, изучение проблемы информационного и организационного стресса, психической адаптации у студентов относится к двум национальным проектам "Здоровье" и "Образование".

Целью исследования являлось изучение уровней психической адаптации среди студентов первых курсов Сибирского государственного медицинского университета (СибГМУ) в связи с вариабельностью мобильности суставов.

Исследование проводилось среди 100 студентов СибГМУ, возрастной диапазон которых составил от 18 до 25 лет. Диагностика синдрома гипермобильности суставов осуществлялась по исследовательским диагностическим критериям, разработанным Бейтоном (P.Beighton). Для проведения уровневой оценки психического состояния использовался разработанный в Психоневрологическом научно-исследовательском институте им. В. М. Бехтерева «Тест нервно-психической адаптации» [1]. Этот тест направлен на выявление у пациентов одной из 5 выделяемых в настоящее время групп психического здоровья. Обработка данных производилась при помощи прикладного программного пакета «Statistica» с использованием непараметрических методов.

В результате исследования была проведена качественная градация уровней нервно-психической адаптации от оптимального уровня адаптации до уровня дезадаптации в соответствии с балловой системой применяемого теста. В итоге было выявлено, что из 100 человек 13 (13%) составили I группу (здоровые лица). Во II группе (практически здоровые лица с благоприятными прогностическими признаками) – 26 (26%), в III группе (практически здоровые лица с неблагоприятными прогностическими признаками) – 22 (22%), в IV группе (легкая патология) – 27 (27%), в V группе (состояние дезадаптации) – 12 (12%).

Количественно наблюдается довольно низкий уровень адаптации среди студентов СибГМУ. В зависимости от уровня адаптации выделены признаки и симптомы, по которым можно охарактеризовать в чем заключаются те особенности, которые приводят к изменению адаптации, легкой патологии и даже патологическим состояниям по опроснику.

С синдромом гипермобильности было выявлено 37 человек, соответственно, с отсутствием данного синдрома было 63 человека. Среди лиц с гипермобильностью суставов было выявлено, что нервно-психическая адаптация имеет значения соответственно шкале: 3 (5,4%) относятся к I группе (здоровые); 19 (29,7%) - II группа (практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками); 15 (24,3%) - III группа (практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками); 22 (35,2%) - к IV группе (легкая патология); 4 (5,4%) - к V группе (состояние дезадаптации) при $p < 0,05$. У лиц с отсутствием гипермобильного синдрома выявлено, что 6 (17,5%) относятся к I группе, 8 (22,2%) ко II группе, 8 (20,6%) к III группе, 9 (23,8%) к IV группе, 6 (15,8%) к V группе ($p < 0,05$).

При анализе полученных данных можно сделать следующее заключение:

- у всех обследуемых студентов при исследовании психической адаптации отмечается ее низкие показатели;
- обычная мобильность и субсиндромальная гипермобильность суставов не влияли на показатели различия психической адаптации
- для студентов раннего периода обучения необходимы социально-психологические тренинги, ориентированные на развитие коммуникативных навыков и повышение толерантности к стрессорам.

Литература

1. Гурвич, И. Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. СПб., 1992. № 3. С. 46–53.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – ВОЗ, 2001. – 215 с.
3. Корнетов Н. А., Сорокина А. В Распространенности и выраженность патологической тревоги у студентов лечебного и педиатрического факультетов сибирского государственного медицинского университета // Стресс, депрессивные расстройства и суицидальное поведение. Матер. Всерос. междисциплинар. конф. с международным участием (Томск, 26–28 апреля 2009 г.) / под науч. ред. проф. Н. А. Корнетова. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2011. – С.186-191
4. Кун Д. Основы психологии: Все тайны поведения человека. — СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2003. – 864 с.
5. Кэрри Л. Кулер, Филипп Дж. Дейв, Майкл П. О' Драйсколл. Организационный стресс. Теории, исследования и практическое применение / Пер. с англ. – Х.: Изд-во Гуманитарный центр, 2007. – 336 с.
6. Лексиконы психиатрии всемирной организации здравоохранения. Перевод с английского под общей редакцией доц. В.Б. Позняка. Киев: Издательство Сфера, 2001. – 289с.
7. Мацумото Д. Психология и культура. — СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2002. — 416 с.
8. Царгородская А.О. Психическая адаптация студентов на ранних этапах обучения с различным состоянием соединительнотканной системы // Актуальные вопросы неврологии с обсуждением смежных вопросов психиатрии. Матер. IX региональной науч.-практ. конф. РОДИНСКИЕ ЧТЕНИЯ - Северск, 2013, - С.167-170

Короев О.А.¹, Хадикова Э.В.², Короев А.О.³, Созаева М.А.⁴, Джюева А.В.⁵, Калоева И.В.⁶

¹Доцент, кандидат медицинских наук; ²доцент, доктор медицинских наук; ³ассистент, кандидат медицинских наук; ⁴ассистент, кандидат медицинских наук; ⁵ассистент, кандидат медицинских наук; ⁶старший лаборант, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Северо-Осетинская государственная медицинская академия

ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Аннотация

Проведено изучение особенностей дистрофических изменений радужной оболочки у больных первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ). Для этого исследовалось состояние радужной оболочки у пациентов в возрасте старше 40 лет. Изучались структурные изменения радужки у больных ПОУГ. Выявлена зависимость дистрофических изменений радужки от стадии развития глаукомного процесса. Аналогичные изменения наблюдались и в углу передней камеры глаза. Учитывая общность морфологической структуры передних отделов сосудистого тракта, логично предположить идентичные изменения ресничного тела. Так как латанопрол снижает внутриглазное давление (ВГД) за счет увеличения оттока водянистой влаги, главным образом увеосклеральным путем, а также через трабекулярную сеть, возможно изменение его действия при дистрофии радужки.

Ключевые слова: Первичная открытоугольная глаукома, дистрофия радужной оболочки, внутриглазное давление.

IRIS DYSTROPHIC CHANGES AT PATIENTS WITH PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Abstract

We studied the peculiarities of the iris dystrophic changes at patients with primary open-angle glaucoma (POAG). We observed the iris state at patients older than 40 years. The structural iris changes were observed at patients with POAG. We revealed the dependency of the iris dystrophic changes on the stage of glaucoma process. The same changes were noticed in the angle of the eye anterior chamber. Taking into consideration the morphologic structure community of the anterior part of the vascular tract, we can suppose, that the same changes take place in the ciliary body. As latanoprost decreases the intraocular pressure due to increase of the aqueous humor outflow, mainly of the uveascleral outflow, as well as through the trabecular meshwork, its effect changes are possible at patients with iris dystrophy.

Key words: primary open-angle glaucoma, iris dystrophy, intraocular pressure.

Дистрофические изменения сосудистого тракта являются инволюционными изменениями глаза (Н.А. Пучковская с соавт., 1982). При изучении клинико-функциональных морфоструктурных изменений в возрастные периоды среднего, пожилого возраста выявляется определенная динамика в состоянии радужной оболочки. Состояние переднего отдела увеального тракта позволяет во многом судить и о состоянии ресничного тела и дренажной системы глаза. При биомикроскопии у пациентов можно видеть дистрофические изменения в строме и пигментном слое радужной оболочки. Первые признаки дистрофии отмечаются в зрачковой пигментной кайме. В ней появляются очаговые дефекты. В строме малого, а затем и большого кольца выявляются участки разрыхления, в последующем чередующиеся с участками уплотнения. Для оценки динамики изменений обращают внимание на количество и протяженность дистрофических очагов. Выделяют четыре степени инволюционной дистрофии.

Глаукома рассматривается большинством офтальмологов как многофакторное заболевание при котором не последнюю роль играют дистрофические процессы (В.Н. Алексеев с соавт. 2003; В.В. Волков, 2005; А.П. Нестеров, 2008). В связи с вышеизложенным представляется интересным сравнение выраженности структурных изменений в частности радужной оболочки глаза у здоровых людей и больных первичной открытоугольной глаукомой. Возможно, такие изменения могут оказывать влияния не только на течение и выраженность глаукомного процесса, но и на перспективы медикаментозного гипотензивного лечения.

Таким образом, нами была сформирована **цель исследования:** изучение особенностей дистрофических изменений радужной оболочки у больных первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ).

Для ее достижения были определены конкретные задачи: 1. Исследование состояния радужной оболочки у пациентов в возрасте старше 40 лет. 2. Изучение структурных изменений радужной оболочки у больных ПОУГ. 3. Выявление особенностей дистрофических изменений радужки у больных глаукомой.

Материал и методы. Для осуществления поставленных задач нами было сформировано две группы пациентов для проведения исследования. У всех обследуемых было получено информированное согласие на проведение обследования. Первую группу составили 50 добровольцев, не страдающих глаукомой, но имевших дистрофические изменения радужки, обратившихся к врачу либо для подбора очков, либо в связи с незначительным снижением зрения. Всем им было проведено обследование обоих глаз, таким образом, число обследованных глаз составило 100. Такое же число глаз было обследовано и у больных глаукомой. Причем были отобраны пациенты с двусторонним процессом. Группы были практически одинаковы по антропологическим показателям (табл. 1).

Таблица 1 - Возрастные показатели обследованных больных

| Возраст | Здоровые лица | | Больные ПОУГ | | Всего | | | |
|---------------|---------------|-----|--------------|-----|-------|-----|---|---|
| | М | Ж | М | Ж | М | Ж | | |
| | уж. | ен. | уж. | ен. | уж. | ен. | | |
| 41-50 лет | 5 | 5 | 5 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 51-60 лет | 5 | 5 | 5 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 61-70 лет | 5 | 5 | 5 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 71-80 лет | 5 | 5 | 5 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Старше 80 лет | 5 | 5 | 5 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Итого | 5 | 2 | 5 | 2 | 5 | 0 | 5 | 0 |

Больные глаукомой находились на гипотензивном консервативном лечении, и офтальмотонус на момент исследования у них не превышал 21 мм рт. ст. Для исследования применялись следующие методы: визометрия, периметрия, биомикроскопия, гониобиомикроскопия, офтальмотонометрия, офтальмоскопия.

Результаты и обсуждение. При проведении исследований мы не учитывали у пациентов типы строения радужной оболочки, приводимые Н.А. Пучковской с соавт. (1982). Основное внимание нами уделялось дистрофическим изменениям. При изучении клинико-функциональных морфоструктурных изменений в пожилом возрасте выявляют определенную динамику в состоянии радужной оболочки. При биомикроскопии глаз здоровых добровольцев можно видеть дистрофические изменения в строме и пигментном слое. Первые признаки дистрофических изменений наблюдаются в зрачковой пигментной бахромке. Сначала появляются единичные, а затем множественные очаговые дефекты. Одновременно в строме малого, а затем и большого кольца выявляются участки разрыхления, в последующем чередующиеся с участками уплотнения. Для объективизации, оценки динамики возрастных изменений Н.А. Пучковской с соавт. (1982) было предложено выделять четыре степени инволюционной дистрофии. Напомним их:

I степень – начальная – характеризуется появлением 1-2 очажков депигментации в зрачковой пигментной бахромке и едва заметным диффузным или очаговым истончением фибрилл стромы малого кольца в перипупиллярной зоне.

II степень – умеренно выраженная очаговая депигментация захватывает всю нижнюю половину зрачковой пигментной бахромки, увеличивается площадь диффузной дистрофии стромы в перипупиллярной зоне, определяются дефекты в пигментном слое. Выявляются отдельные очажки дистрофии стромы радужной оболочки в прикорневой зоне. Характерна слабо выраженная экзогенная пигментация. Появляются единичные пигментные гранулы на эндотелии роговицы.

III степень – полное разрушение пигментной бахромки в нижней половине зрачка, очаговая атрофией в верхней половине. Становится доступным осмотру пигментный листок, в котором наблюдаются дефекты. Экзогенная пигментация радужной оболочки значительна, эндотелиальный меланоз выраженный, определяются псевдоэксфолиации или серые аппликации. В области большого кольца видна очаговая или диффузная атрофия стромы. В участках разрежения стромы доступен осмотру пигментный слой.

IV степень – степень резко выраженных изменений. Имеется полное разрушение пигментной бахромки, атрофия стромы обоих поясов, большие дефекты в пигментном листке, резко выраженная экзогенная пигментация радужной оболочки, меланоз, иридолизис, фако- и иридолизис.

Для отбора пациентов с признаками дистрофии радужной оболочки нам пришлось осмотреть здоровый контингент пациентов в количестве 346 человек. Обнаружено, что дистрофические изменения радужки в здоровой популяции по нашим данным встречаются в 14,45%. При обследовании здорового контингента лиц нами выявлены дистрофические изменения у пациентов старших возрастных групп. Получены следующие результаты (табл.2).

Таблица 2 - Наличие дистрофических изменений радужной оболочки у здоровых лиц

| Степень дистрофии | I | II | III | IV | Всего |
|-------------------|----------|---------|--------|----|-----------|
| Возраст | | | | | |
| 41-50 лет | - | - | - | - | - |
| 51-60 лет | 3 | 1 | - | - | 4 (8%) |
| 61-70 лет | 7 | 6 | - | - | 13 (26%) |
| 71-80 лет | 7 | 5 | - | - | 12 (24%) |
| Старше 80 лет | 10 | 9 | 2 | - | 21 (42%) |
| Итого | 27 (54%) | 21(42%) | 2 (4%) | - | 50 (100%) |

Нами не выявлено разницы в найденных дистрофических изменениях у мужчин и женщин, в связи с этим мы не проводили дифференциацию по половому признаку. Таким образом, Мы наблюдали явное прогрессирование дистрофических изменений, связанное с возрастом. Аналогичные исследования были проведены у больных глаукомой. Дистрофические изменения радужной оболочки обнаружены у всех пациентов. В этом случае дифференциация пациентов проводилась не только по возрасту, но и по стадии развития глаукомного процесса. Как уже было сказано выше, у всех пациентов на момент исследования офтальмотонус не превышал 21 мм рт. ст. Нужно отметить, что сроки заболевания (по анамнестическим данным) у всех больных превышали 3 года. Полученные данные представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Наличие дистрофических изменений радужной оболочки у больных ПОУГ

| Степень дистрофии | | I | II | III | IV | Всего |
|-------------------|-----------------|----------|---------|--------|----|-------|
| Возраст | Стадия глаукомы | | | | | |
| 41-50 лет | I | - | - | - | - | 10 |
| | II | 5 | 1 | - | - | |
| | III | 2 | 2 | - | - | |
| 51-60 лет | I | - | - | - | - | 10 |
| | II | 2 | 4 | - | - | |
| | III | 1 | 2 | 1 | - | |
| 61-70 лет | I | - | - | - | - | 10 |
| | II | 2 | 3 | - | - | |
| | III | - | 4 | 1 | - | |
| 71-80 лет | I | - | - | - | - | 10 |
| | II | 2 | 3 | - | - | |
| | III | - | 3 | 2 | - | |
| Старше 80 лет | I | - | - | - | - | 10 |
| | II | 2 | 1 | 1 | - | |
| | III | - | 4 | 2 | - | |
| Итого | I | - | - | - | - | 50 |
| | II | 13 | 12 | 1 | - | |
| | III | 3 | 15 | 6 | - | |
| | | 16 (32%) | 27(54%) | 7(14%) | - | |

В структуре дистрофических изменений у больных мы наблюдали более значительные изменения, нежели у здорового контингента. Если в группе здоровых пациентов в большинстве случаев имела место дистрофия I степени, то у больных ПОУГ превалировала вторая степень изменений. Причем с прогрессированием глаукомного процесса выраженность дистрофических изменений радужной оболочки усиливалась. Аналогичные изменения мы наблюдали и в углу передней камеры глаза. Учитывая общность морфологической структуры передних отделов сосудистого тракта, логично предположить идентичные изменения ресничного тела.

Так как латанопрол снижает внутриглазное давление (ВГД) за счет увеличения оттока водянистой влаги, главным образом увеосклеральным путем, а также через трабекулярную сеть, возможно изменение его действия.

Оказывают ли влияние обнаруженные нами изменения переднего отдела сосудистого тракта на эффективность гипотензивного лечения ПОУГ простагландинами – задача наших дальнейших исследований.

Литература

1. Алексеев В.Н., Садков В.И., Мартынова Е.Б. Некоторые современные вопросы патогенеза первичной открытоугольной глаукомы. // Глаукома и другие заболевания глаз. Сборник трудов, посвященный 90-летию кафедры офтальмологии СПбГМА им. И.И. Мечникова. – СПб., 2003. – С. 14-23.
2. Волков В.В. Типичные для открытоугольной глаукомы структурно-функциональные изменения в глазу – основа для построения ее современной классификации. // Вестник офтальмологии. – 2005. – Т. 121. – №4. – С. 35-38.
3. Нестеров А.П. Глаукома. – М., 2008. –131 с.
4. Офтальмогериярия (под ред. Н.А. Пучковской). – М.: Медицина, 1982. – 304 с.