

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ОТ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА ДИСТРОФИИ РОГОВИЦЫ

Н. Н. Раткина

Новокузнецкий ГОУ ДПО ГИУВ, директор – д.м.н., проф. А.А. Луцик

Резюме. При оценке психического состояния у больных дистрофиями роговицы выявлен высокий уровень пограничных нервно-психических расстройств. Симптомокомплекс выступает в качестве хронического стрессового фактора. Стресс выступает, как звено в патогенезе заболевания. Стресс представляет собой генерализованный ответ организма и реализуется на разных уровнях.

Ключевые слова: дистрофии роговицы, психическое состояние больных, стресс.

Идея о психосоматическом единстве человека и в то же время о глубоком качественном своеобразии его психической и телесной сфер уходит в глубь веков.

Особое место в изучении психологического аспекта соматического заболевания принадлежит работам Р. А. Лурия, который выдвинул понятие «внутренняя картина болезни». К ней он относил внутренний мир больного, его ощущения, представления о своей болезни и ее причинах.

Общеизвестно, что психологические факторы любого ранга вносят свои особенности как во «внутреннюю картину болезни», так и опосредованно влияют на клиническую картину заболевания.

Депрессивные расстройства различной глубины являются неотъемлемым компонентом любого соматического заболевания как часть личностного реагирования на болезнь.

Определяющее значение в возникновении социально-профессиональной дезадаптации имеет развитие непсихотических нарушений на фоне возникшей частичной или полной потери зрительной функции.

Ряд авторов отмечают, что возникновение пограничного уровня нервно-психических расстройств у слепых и слабовидящих является одной из основных причин дезадаптации и инвалидизации.

Поражения роговицы и их социально - профессиональные последствия, адаптация и реабилитация таких больных относится к числу актуальных медико-социальных проблем.

При оценке психического состояния у больных дистрофиями роговицы выявлен высокий уровень пограничных нервно-психических расстройств: чувство тревоги – в 91,1% случаев; снижение настроения – в 67,8%; общий дискомфорт – в 57,5%; отсутствие уверенности в собственных силах для преодоления болезни – в 61% случаев.

Известно, что у всех больных с любыми соматическими заболеваниями имеется определенный уровень стресса, проявляющийся в разной степени: тревожность, повышенная утомляемость, усталость, снижение самооценки, нарушение сна.

При любых заболеваниях больные часто пользуются неточной, непроверенной информацией, сведениями от других больных, родственников, знакомых, что может усилить стрессовые реакции. У каждого больного формируется некое собственное представление о болезни (“внутренняя картина болезни”), далеко не всегда имеющее адекватный реальной ситуации характер.

Доказано, что психологические факторы любого ранга вносят свои особенности как во “внутреннюю картину болезни”, так и опосредованно влияют на клинику самого заболевания.

Однако, для того, чтобы раздражитель стал стрессом, он должен быть негативно психологически оценен человеком.

Конфликт мотиваций, отрицательные эмоции, прогнозирование на основе индивидуального опыта (памяти) вероятного возникновения и характера будущих событий, все эти процессы лежат в основе возникновения эмоционального стресса.

У обследуемых больных с дистрофиями роговой оболочки такие симптомы как светобоязнь, боль, рези, чувство инородного тела, песка, симптомы сухости глаз, недостаточное зрение, которое дает нечеткое, расплывчатое изображение, являются симптомами, негативно психологически оцениваемые больными. Перечисленные симптомы являются для больного дистрофией роговицы стрессом и лежат в основе возникновения эмоционально-болевого стресса. Учитывая длительность заболевания, симптомокомплекс выступает в качестве хронического стрессового фактора.

Эмоционально-стрессовое состояние начинает формироваться в эмоциональных образованиях мозга и сопровождается изменениями их метаболизма. Ключевым же мозговым субстратом эмоций являются структуры лимбической системы. При таком хроническом заболевании, как дистрофия роговой оболочки, стресс выступает как звено в патогенезе этого заболевания.

Психотравмирующий фактор в связи с возникшей патологией зрения и клиникопсихопатологические проявления у больных с дистрофиями роговой оболочки определяются следующими причинами:

1. Длительностью заболевания;
2. Безуспешностью лечения;
3. Ухудшением зрения;
4. Мнением о неизлечимости заболевания;
5. Особенностью клинической симптоматики, изнуряющей больного;
6. Признаками «медицинского лабиринта», т.е. многократными попытками лечения у разных офтальмологов.

Учитывая длительность заболевания и наличие перечисленных факторов, выявленная тревожность вполне объяснима и закономерна.

Характерной особенностью тревожного компонента настроения у всех обследуемых больных (100%) была ее своеобразная «направленность в будущее», что способствовало формированию пессимистической оценки возможного прогноза заболевания. Стресс представляет собой генерализованный ответ организма и реализуется на разных уровнях.

Многочисленными исследованиями доказано, что длительные стрессовые воздействия истощают адаптационные реакции, нарушают иммунную реакцию, угнетая ее функциональную активность, вызывая комплекс глубоких иммунологических нарушений, увеличивая вероятность аутоиммунных заболеваний.

Установлено, что под действием эмоционально-болевого стресса происходит увеличение концентрации гистамина и серотонина в крови. Одновременно наблюдается повышение уровня серотонина в лимфоцитах и селезенке. Эти вещества повышают сосудистую проницаемость, которая играет важную роль в патологических реакциях. В сущности нет ни одного патологического процесса, патогенез которого можно было бы понять без учета нарушений проницаемости сосудов. Развитие стрессовой реакции характеризуется дисбалансом всего эндокринного зеркала.

Являясь компонентом мотивации, эмоциональное возбуждение возникает первоначально в гипоталамусе, образованиях лимбической системы, ретикулярной формации, затем генерализованно распространяется на кору и посредством вегетативной нервной системы и гормонов гипофиза – на внутренние органы, охватывая весь организм [1].

Анализ литературы свидетельствует и о том, что при продолжительном стрессорном воздействии, когда стресс – реакция теряет адаптивную и приобретает патологическую направленность, происходит нарушение структуры и функции гепатоцитов, детоксикационной, барьерной функции печени [3, 4].

Характерной реакцией системы гемостаза на стресс являются гиперкоагуляция и повышенная агрегация тромбоцитов, что значительно изменяет, нарушает микроциркуляцию тканей глаза.

В условиях хронического стресса возникает торможение транспорта глюкозы, что особенно вредно для метаболизма роговой оболочки, так как глюкоза является ее основным энергетическим веществом. Как установлено, вся роговица поглощает около 100 мг глюкозы на 1 см² в час. Питание роговицы является значимым коррегирующим фактором при дистрофических ее изменениях.

Известно, что при стрессе снижается слезная продукция и лакримальная система адекватно не реагирует на скорость испарения слезной пленки. Поэтому возникают изменения в прекорнеальной пленке, и следовательно, и в эпителии роговой оболочки, приводя к прогрессированию дистрофического процесса.

Поэтому состояние тревожности вызывает выброс гормонов, приводящего к гормональному дисбалансу, который дестабилизирует соматическое состояние, вызывая или поддерживая, или усугубляя негативную динамику заболевания - дистрофию роговицы.

Состояние сниженного настроения вызывает нейроиммунные изменения, способствующие неблагоприятной динамике соматических расстройств.

Общий дискомфорт является проявлением астенического синдрома, т.е. функционального перенапряжения нервно-психических механизмов. Отмечается практически при любом, тем более, хроническом соматическом заболевании. Признак неспецифический. Связан со степенью тяжести и длительностью основного заболевания. Общий дискомфорт способствует дальнейшему снижению настроения и повышению тревожности [1, 2, 4].

Отсутствие уверенности в собственных силах для преодоления болезненного состояния является в большей степени психологическим признаком, входящим во «внутреннюю картину болезни» в следствии размышления и обдумывания больным своего состояния.

Каждый из психологических факторов взаимодействует друг с другом (прямое и не прямое).

Взаимовлияние психики и соматики заключается в том, что улучшение психического состояния вызывает улучшение соматического состояния и наоборот.

Длительность и безуспешность консервативного лечения основного заболевания усугубляют психические расстройства и ведет к неблагоприятной его динамике («порочный круг») [3].

Таким образом, развитие стрессовой реакции у больных с дистрофиями роговицы сопровождается разнообразными психосоматическими нарушениями, являющимися следствием нейроиммунного и гормонального дисбаланса, в связи с чем психотерапевтическая коррекция психологического стресса может способствовать значительному улучшению как нервно-психического состояния, так и редукции самого заболевания.

PATHOLOGIC RESPONSES CAUSED BY SYMPTOM-COMPLEX CORNEAL DYSTROPHIES

N. N. Ratkina
(Novokuznetsk Postgraduate Medical Institute)

The evaluation of psychiatric status in patients with corneal dystrophies showed a high level of border-line neuropsychiatric disorders. Symptom-complex was found to be a chronic stress factor. Stress was one of the causes in the pathogenesis of this disease. Stress presents itself as a generalized organism response.

Литература

1. Горизонтов П.Д. Стресс и система крови. М.: Мед-на, 1983. - 240 с.
2. Зарецкая Ж.М. Медицинская реабилитация инвалидов по зрению // Казан. мед. журн. – 1986. - Т.67, №4. – С. 305
3. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика.- М.: Наука, 1981. – 280 с.
4. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1986. – 383 с.