

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МИОПИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ**Иванова Ангелина Васильевна**

студент, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Богдалова Евгения Юрьевна

научный руководитель, старший преподаватель, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Миопия является достаточно сильной рефракцией и характеризуется снижением остроты зрения вдаль. Прогрессирующая миопия – это клинический вариант миопии, для которого характерно постепенное и неуклонное ухудшение зрения. При годичном градиенте менее 1 дптр близорукость считают медленно прогрессирующей, при градиенте 1,0 дптр и более – быстро прогрессирующей [2, с. 110]. Иногда миопия прогрессирует непрерывно, достигает высоких степеней (до 30,0–40,0 диоптрий), сопровождается рядом осложнений и значительным снижением зрения. Такая миопия называется злокачественной – миопической болезнью [3, с. 102].

В последнее десятилетие прогрессирующая близорукость стала развиваться среди школьников, таким образом, ко времени совершеннолетия школьники из-за близорукости ограничены в выборе профессии. Тяжелая прогрессирующая близорукость дает более 30% слепоты в структуре всех глазных заболеваний. Следовательно, прогрессирующую миопию можно без преувеличения считать одним из распространенных страданий человечества [5].

Целью данной работы являлось рассмотрение прогрессирующей миопии как заболевания молодого поколения и определение ее влияния на обучение студентов, в частности студентов медицинских университетов.

Э. С. Аветисов (1975) выделил три основных звена в механизме развития миопии:

- 1) зрительная работа на близком расстоянии — ослабленная аккомодация;
- 2) наследственная обусловленность;
- 3) ослабленная склера — внутриглазное давление [1, с. 108].

Следовательно, по преобладающему генезу миопию можно условно подразделить на аккомодативную, наследственную и склеральную формы.

Преимущественно аккомодативная форма миопии чаще бывает слабой степени (до – 3,0D) и обусловлена как внутриглазными, так и наследственными и социально-гигиеническими факторами. Ослабленную аккомодацию определяют и лечат с помощью эргографа.

Наследственная форма миопии передается как по аутосомно-доминантному, так и по аутосомно-рецессивному типу. При первом типе наследования близорукость у детей возникает позже и протекает легче, а при втором – и раньше, и тяжелее.

Склеральная форма миопии обусловлена слабостью склеры врожденно-наследственного характера и влиянием внешних и внутренних тератогенных (вредных) факторов. К этому присоединяется растяжение глаза под влиянием внутриглазного давления. Сагиттальная ось

глаза увеличивается, как правило, за счет наиболее слабой задней части склеры.

Прогрессирование каждой из этих форм близорукости постепенно ведет к выраженному снижению зрения вследствие необратимых морфологических изменений, которое мало поддается оптической коррекции.

Необратимые морфологические изменения начинаются со значительного увеличения переднезаднего размера глаза. При осмотре невооруженным глазом видно синеватый оттенок склеры из-за просвечивания сосудистой оболочки. Это происходит вследствие истончения склеры, особенно в области прикрепления наружных мышц, вблизи лимба. Растягивается и истончается также роговица. Происходит углубление передней камеры глаза. Может быть слабый иридолиз (дрожание радужки). Возникает деструкция стекловидного тела. В поздних стадиях наступают изменения глазного дна.

Следует различать:

- a) околодисковой световой дуговой рефлекс;
- b) б) миопический конус;
- c) в) истинная стафилома;
- d) г) изменение макулярной области;
- e) д) кистевидная дегенерация сетчатки;
- f) отслойка сетчатки.

При начальной степени миопии вокруг диска зрительного нерва можно видеть идущие концентрично его краю околодисковые световые дуговые рефлекс на сетчатке.

Миопические конусы представляют собой в большинстве случаев резко очерченные дугообразные полукольца (серпы) белого, желтовато-белого или желтовато-розового цвета, охватывающие височную половину диска зрительного нерва. Серпы и конусы большей частью появляются в результате растяжения склеры и атрофии пигментного эпителия и хориоидеи вблизи диска.

Истинные выпячивания склеры называют стафиломами, их наличие является признаком весьма высоких степеней миопии. При осмотре глазного дна видно дугообразную линию между выступающей частью склеры и невыпяченной, а иногда и в виде окружности, расположенной концентрически по отношению к диску зрительного нерва.

В области желтого пятна происходят изменения дегенеративного и атрофического характера. В макуле образуются трещины сосудистой оболочки в виде желтоватых или белесоватых полосок, которые впоследствии сливаются в полиморфные очаги с разбросанными глыбками и скоплениями пигмента. Это происходит в результате растяжения заднего отрезка глазного яблока. Растяжение также влияет и на сосуды. В результате различных по интенсивности, медленно рассасывающихся кровоизлияний в области желтого пятна образуется черный пигментный очаг (пятно Фукса), который может быть сплошным или состоять из отдельных участков.

В результате развития патологических изменений в области желтого пятна и образования пятна Фукса у больных появляются метаморфопсии (больной видит искривления предметов, линий и т. д.), затем ослабление зрения, приводящее в конце концов к сильному снижению, а иногда и к полной слепоте.

Прогрессирующая миопия может сопровождаться патологическими изменениями и на крайней периферии глазного дна. В сетчатке образуются кистевидные дегенерации, которые переходят затем в множественные мелкие дефекты щелевидной, овальной или круглой формы. Если в процесс вовлекается и стекловидное тело, то создаются дополнительные

возможности для отслойки сетчатки [5].

Коррекцию миопии осуществляют с помощью рассеивающих стекол. Если очковая (контактная) коррекция не обеспечивает зрительного комфорта, острота зрения не улучшается и миопия быстро прогрессирует, то показано хирургическое лечение.

Хирургическое лечение миопии заключается в проведении передней радиальной кератотомии, миопическом кератомилезе, эксимерлазерные операции [4, с. 120].

Профилактика прогрессирующей миопии предполагает решение двух задач: предупреждение возникновения миопии среди подрастающего поколения и, если она уже возникла, задержка прогрессирования миопии. Это может быть достигнуто путем выполнения таких мероприятий, как соблюдение социально-гигиенических мероприятий при зрительной работе как в образовательных учреждениях, так и на работе, дома, ограничение зрительной нагрузки, адекватное нормирование труда и отдыха, раннее выявление и проведение диспансерного наблюдения лиц с приобретенной близорукостью, очковая или контактная коррекция миопии, выявление и лечение спазма аккомодации, применение упражнений для тренировки цилиарной мышцы, проведение общего оздоровления организма [4, с. 84].

В заключение хотелось бы отметить, что студенты медицинских университетов подвержены этой патологии довольно часто в связи с повышенными нагрузками на орган зрения вследствие больших объемов учебной литературы, сильным эмоциональным стрессом, несоблюдением гигиенических мероприятий в течение учебного процесса, отсутствием адекватного режима труда и отдыха.

Список литературы:

1. Аветисов Э.С. Близорукость / Э.С. Аветисов. – М.: Медицина, 2002. – 285 с.
2. Глазные болезни под ред. В.Г. Копаевой. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 560 с.: ил.
3. Глазные болезни Т.И. Ерошевский под ред. А.П. Нестерова, В.М. Малова. 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Лидер-М, 2008. – 316 с.
4. Офтальмология под ред. Е.А. Егорова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с.: ил.
5. Прогрессирующая близорукость URL: <http://spravr.ru/progressiruyushchaya-blizorukost.html> (Дата обращения 25.11.2016).