

ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ФІЗИЧНА РЕКРЕАЦІЯ ТА МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА СПОРТУ

АВРАМЕНКО О. Н.

Харьковская государственная академия физической культуры

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Аннотация. *Рассмотрены современные подходы к коррекции средствами физической реабилитации патологических изменений органа зрения при дисплазии соединительной ткани.*

Ключевые слова: *дисплазия соединительной ткани, орган зрения.*

Введение. В последнее десятилетие отмечается рост синдромальной патологии, в основе которой лежит дисплазия соединительной ткани. Актуальность данной патологии определяется ее высокой распространенностью в популяции. Клинические проявления соединительно-тканной дисплазии зачастую столь разнообразны, что иногда за множеством симптомов трудно выявить системную патологию. В настоящее время дисплазию соединительной ткани рассматривают как междисциплинарную проблему и полиорганную патологию.

Комплексное реабилитационное лечение и профилактика при ДСТ включают медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, хирургическую коррекцию деформаций опорно-двигательного аппарата и грудной клетки, внутренних органов, а так же органа зрения [1; 2; 5].

Цель исследования: систематизировать существующие в современной медицинской литературе данные о клинико-морфологических проявлениях дисплазии соединительной ткани со стороны органа зрения и определить подходы к их коррекции.

Задачи исследования:

1. На основе анализа современной медицинской литературы дать этиопатогенетическую и клинико-морфологическую характеристику офтальмологических проявлений дисплазии соединительной ткани.

2. Рассмотреть основные подходы к коррекции нарушений зрения, обусловленных дисплазией соединительной ткани.

Методы исследования: анализ современных литературных источников по данной проблеме.

Результаты исследования. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – генетически детерминированная патология волокнистых компонентов и основного вещества соединительной ткани, имеющая прогрессирующее течение. В основе аномалии этой тканевой структуры лежит нарушение соотношения между содержанием коллагенов различного типа [1; 2; 7]. Системность поражения при дисплазиях соединительной ткани обусловлена ее повсеместным распространением в организме. Она составляет от 50% до 80% всей массы тела человека и занимает в структуре некоторых органов главенствующую роль, выполняя стромальную, метаболическую, трофическую, опорную, транспортную и другие функции [3; 4; 5].

Выделяют дифференцированные и недифференцированные проявления ДСТ. К первым относятся синдромы Марфана, гипермобильности суставов и несовершенный остеогенез. Среди недифференцированных – пролапс клапанов, нетравматические привычные вывихи и дисплазия тазобедренных суставов, грыжи различной локализации, опущения почек, стенок влагалища, аневризмы сосудов головного мозга, миопия и другая патология зрения.

Более 90% информации об окружающем мире человек получает посредством зрения. Зрение обеспечивается работой зрительного анализатора, состоящего из воспринимающей части глазного яблока и его вспомогательного аппарата; проводящих путей, по которым изображение, воспринятое глазом, передается вначале в подкорковые центры, а потом в затылочные доли головного мозга.

Патология органа зрения является частым клинико-морфологическим проявлением ДСТ. В первую очередь это аномалии рефракции – близорукость, астигматизм, гиперметропия, развивающиеся часто более неблагоприятно и интенсивно, дислокация хрусталика, увеличение длины глазного яблока, плоская роговица, синдром голубых склер, а так же общие явления, такие как быстрое утомление глаз, головные боли, ощущение дискомфорта в области глазных яблок.

По современным представлениям факторами риска формирования врожденной миопии являются отягощенный антенатальный анамнез, недоношенность и морфофункциональная не-

зрелость, врожденные синдромы, дисплазии соединительной ткани и опорно-двигательного аппарата, наследственная предрасположенность.

Склеральный фактор, по данным многих авторов, имеет существенное значение в развитии близорукости. Известно, что склера, или фиброзная оболочка глаза, представляет собой разновидность соединительной ткани организма. Коллаген является основным волокнистым элементом склеры и составляет около 70% массы ткани склеры. Механическое напряжение, упругость и прочность склеры, определяющие ее основную опорную функцию, зависят, прежде всего, от концентрации коллагена и архитектоники коллагеновых волокон [2; 3; 6; 7].

По данным современной литературы, изучение содержания свободного и связанного оксипролина крови при различных степенях близорукости и сопоставление данных биохимического исследования с клинической картиной миопии свидетельствует о том, что сдвиги в содержании свободного и связанного оксипролина более выражены при высокой степени миопии, как в случаях ее стационарного лечения, так и при прогрессировании, а так же при распространенной и макулярной форме у больных с высокой степенью близорукости.

Уровень оксипролина в крови больных миопией отражает активность процесса в соединительной ткани глаза, что особенно проявляется при высокой и прогрессирующей близорукости. Возрастное увеличение концентрации оксипролина в крови больных миопией свидетельствует о нарушении обмена коллагенов и обусловлено преобладанием процесса распада этого белка над его синтезом. Эти данные могут иметь значение в объяснении патогенеза близорукости. Следовательно, нарушения свойств прочности склеры являются пусковым фактором процесса формирования и прогрессирования миопии, а также развития ее осложнений [2; 3; 7].

Серьезная патология органа зрения развивается при дифференцированных дисплазиях соединительной ткани. Типичными при синдроме Марфана считаются вывих и подвывих хрусталика вследствие слабости цинновой связки, миопия или гиперметропия высокой степени, гетерохромия радужки, вторичная глаукома, расширение вен глазного дна, дегенерация или отслойка сетчатки, уплощение роговицы, пресенильная катаракта. При синдроме Элерса-Данлоса среди изменений глаз отмечают птоз, косоглазие, легкость выворота век, голубые склеры, эктопия хрусталиков, миопия, патология глазного дна.

Коррекция клинко-морфологических проявлений ДСТ со стороны органа зрения требует, по мнению многих авторов, использования тренирующих нагрузок и лечебной физической культуры. Для определения конкретной методики необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента, его часто пониженные функциональные возможности, замедленность адаптации к физическим нагрузкам. Физические упражнения применяются в различной последовательности и дозировке, в зависимости от вида и глубины зрительной патологии, деформаций опорно-двигательного аппарата, функциональных возможностей. При близорукости с изменениями глазного дна, подвывихах хрусталика, косоглазии противопоказаны упражнения со значительными отягощениями (штанга, гири и др.), ускорения, стойки на голове и руках, наклоны вперед из положения, стоя на двух ногах, прыжки, бокс, борьба, профессиональные спорт и танцы [1; 4; 5].

С целью совершенствования и коррекции зрительных функций используют упражнения для развития пространственного восприятия, для тренировки зрительно-моторных реакций, упражнения на развитие и коррекцию центрального и периферического зрения, специальные упражнения для тренировки глазодвигательного аппарата. По современным представлениям, важная роль отводится корригирующей гимнастике, строго дозированному использованию висов, растяжек, вытяжений, а так же развитию общей физической подготовки. Рекомендуются различные исходные положения: стоя, лежа на спине, животе. Оптимальным является статико-динамический режим выполнения упражнений. Подчеркивается рациональность использования при ДСТ плавания, ходьбы на лыжах, дозированной ходьбы, ближнего и дальнего туризма, бадминтона, настольного тенниса, велотренажеров [1; 3; 5].

В настоящее время авторами подчеркивается обязательное назначение лечебного массажа с акцентом на шейно-воротниковую зону с целью коррекции офтальмологических проявлений ДСТ не менее трех курсов в год. Физиотерапевтическое лечение и психотерапию так же используют по показаниям [4; 5; 7].

Выводы:

1. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – генетически детерминированная патология волокнистых компонентов и основного вещества соединительной ткани, имеющая прогрессивное течение. В основе аномалии этой тканевой структуры лежит нарушение соотношения между содержанием коллагенов различного типа.

2. К наиболее распространенным аномалиям и заболеваниям органа зрения при дисплазии соединительной ткани относятся: миопия, гиперметропия, астигматизм, нарушение локализации хрусталика, дегенеративные изменения глазного дна.

3. Избавиться от дисплазии нельзя, можно только затормозить процесс и улучшить качество жизни больных. Поэтому физическую реабилитацию больных при патологии органа зрения, связанной с ДСТ, необходимо начинать как можно раньше при отсутствии острого процесса.

4. Оптимальным является сочетание рационального двигательного режима, учитывающего индивидуальные особенности пациента, лечебной физической культуры, направленной на совершенствование и коррекцию зрительных функций, осанки, развитие общей физической подготовки, лечебного массажа, физиотерапевтических процедур, психотерапии.

Перспективы дальнейших исследований мы связываем с использованием современных коррекционных подходов при нарушениях зрения, обусловленных ДСТ, в восстановительном лечении данного контингента больных в условиях врачебно-физкультурного диспансера.

Список использованной литературы:

1. Авраменко О. Н. *Современные подходы к физической реабилитации при нарушениях зрения, обусловленных дисплазиями соединительной ткани* / О. Н. Авраменко // *Проблемы медицинской науки та освіти*. – Х. : ТОВ «Видавництво ФОЛІО». – 2005. – № 1. – С. 78–81.
2. Вершинина М. *Соединительно-тканые дисплазии* / М. Вершинина // *Земский врач*. – Киев, 2001. – С. 124–129.
3. Евтушенко С. К. *Дисплазия соединительной ткани в неврологии и педиатрии (клиника, диагностика, лечение) : [руководство для врачей]* / С. К. Евтушенко, Е. В. Лисовский, О. С. Евтушенко. – Донецк : Издатель Заславский А.Ю., 2009. – 372 с.
4. Макарова Г. А. *Спортивная медицина* / Г. А. Макарова. – М. : Советский спорт, 2003. – С. 107–113.
5. Потапчук А. А. *Лечебная физкультура в детском возрасте* / А. А. Потапчук, С. В. Матвеев, М. Д. Дидур. – СПб. : Речь, 2007. – С. 282–289.
6. Рубан Э. Д. *Глазные болезни* / Э. Д. Рубан. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2004. – 416 с.
7. Guseva M. R. *General diseases and changes of the eye*. – Белорусский медицинский сервер. – 2003. – Ноябрь. – 5.