

Определение возможности повышения устойчивости нейросенсорных механизмов к РД и увеличения упруго-эластических характеристик оболочек глаза в результате регулярного применения оптико-рефлекторных упражнений требует дополнительных исследований.

Литература

1. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берснева А.П. Проблемы адаптации и учение о здоровье. Учебное пособие. М.: РУДН; 2006.
2. Акопян А.И., Еричев В.П., Иомдина Е.Н. Ценность биомеханических параметров глаза в трактовке развития глаукомы, миопии и сочетанной патологии. Глаукома. 2008; 1:9-14.
3. Страхов В.В., Иомдина Е.Н. Аккомодация: анатомия, физиология, биомеханизмы. В кн.: Катаргиной Л.А., ред. Аккомодация. Руководство для врачей. М.: Апрель; 2012; 12-34
4. Евсеев Ю.И. Физическая культура. Учебное пособие. Ростов-на-Дону: Феникс; 2005.

Овечкин И.Г.¹, Гаджиев И.С.²

Состояние психофизиологического статуса пациентов с явлениями компьютерного зрительного синдрома и сопутствующей астенической формой аккомодационной астенопии

¹Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва;

²ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Ставрополь

Актуальность. В настоящее время отмечается достаточно устойчивая тенденция, отображающая включение в комплекс традиционных диагностических офтальмологических методов оценку медико-психологического статуса пациента [1, 2]. Данное положение особенно актуально для пациентов с явлениями компьютерного зрительного синдрома, так как в этом случае ухудшение

медико-психологического статуса в виде расстройства психологической адаптации связаны со стрессовым характером профессиональной деятельности. При этом выявлена взаимосвязь между уровнем психологической адаптации пациента зрительно-напряженного труда и состоянием аккомодационной системы глаза [3]. Наряду с этим накопленный опыт офтальмо-эргономических исследований указывает на актуальность оценки психофизиологического статуса человека-оператора [4]

Материал и методы. Обследовано 36 пациентов в возрасте 24-36 лет (средний возраст $29,4 \pm 1,8$ года), профессиональная повседневная деятельность которых (не менее 2-х лет) характеризовалась как зрительно-напряженный труд, связанный с электронными системами отображения информации (не менее 8 часов в день) с достаточно высоким уровнем ответственности за конечный результат. Основные критерии включения пациентов в исследование являлись: наличие характерных для астенопии жалоб, свидетельствующих о стадиях субкомпенсации или декомпенсации (согласно рекомендациям Экспертного совета по аккомодации и рефракции, ЭСАР) на основе стандартного анкетирования [5]); слабо миопическая (с величиной сферического эквивалента не более 3,0 дптр) или эметропическая рефракция; отсутствие патологии со стороны органа зрения (кроме рефракционных нарушений), а также психотравмирующих ситуаций (за последний год); наличие характерных для астенической формы аккомодационной астенопии (АФАА) признаков – усиление коррекции соответствует повышению остроты зрения, уменьшение объема относительной аккомодации (не менее чем на 25% от минимальной возрастной нормы), снижение показателей объективной аккомодографии (коэффициента аккомодационного ответа – не более 0,1 отн.ед.; коэффициента роста аккомодограммы не более 0,3 отн.ед., при этом коэффициент микрофлюктуаций КМФ – не более 54,0 отн.ед.). Всем пациентам было выполнено медико-психологическое обследование по тесту «СМОЛ» («Сокращенный Многофакторный Опросник для исследования Личности»), по результатам которого в соответствии с апробированной методикой [6] определялся уровень психологической адаптации пациента на основании максимальной величины (в баллах) по одной из восьми обследуемых психологических шкал (46-55 баллов – признаки нарушения отсутствуют; 56- 65 баллов – слабо выраженные признаки; 66-75 баллов – умеренно выраженные признаки). Методика оценки субъективного психофизиологического зрительного статуса (СПЗС) основывалась