

LONELINESS AND PSYCHOLOGIC CRISIS

On the base of clinical and psychologic investigations the different mechanisms, forming in the person the chronic feeling of social isolation and loneliness are revealed, which becomes the background for the psychologic crisis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г. Актуальные вопросы суицидологии. М., 1982.
2. Бадалев А. А. Восприятие человека человеком. М., 1965.
3. Каган В. Е. Аутизм у детей. Л., 1981.
4. Каган В. Е. Автореферат канд. дис. Л., 1976.
5. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. М., 1985.
6. Конончук Н. В. Психологические особенности как фактор риска суицида у больных с пограничными состояниями. Метод. реком. Л., 1983.
7. Кузнецов О. Н., Лебедев В. И. Психология и психопатология одиночества. М., 1972.
8. Свядощ А. М. Неврозы. М., 1982.

УДК 617.7—007.681—089—036—085—073

А. А. ОГАНЕСЯН, А. В. СУПРУН

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ РАЗГРУЗОЧНАЯ ПРОБА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ АНТИГЛАУКОМАТОЗНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Изучалась информативность разгрузочной глицериновой пробы. Результаты исследований показали, что в прогнозировании антиглаукоматозных операций периметрический тест является более информативным по сравнению с визометрическим и кампиметрическим. Разгрузочная проба может служить критерием перехода к хирургическому этапу лечения больных глаукомой.

Для прогнозирования течения глаукоматозного процесса в послеоперационном периоде предложены различные функциональные пробы, основанные на определении состояния зрительных функций глаза после искусственного снижения офтальмотонуса медикаментозными средствами (глицерин, глицероаскорбат, мочевины, диакарб и др.) [1—8]. В качестве функциональных тестов наиболее доступными являются определение остроты и поля зрения, размеров слепого пятна. Улучшение этих показателей после медикаментозной декомпрессии рассматривается как благоприятный прогностический признак и указывает на необходимость стойкого снижения офтальмотонуса медикаментозным или хирургическим путем.

Нами изучены результаты разгрузочной глицериновой пробы у 66 больных (74 глаза) открытоугольной глаукомой с умеренно повышенным ВГД (28—32 мм рт. ст.) при наличии выраженной ретенции водянистой влаги ($C=0,9\pm0,02$ мм³/мин мм рт. ст.). Начальная стадия процесса диагностирована в 20, развитая—в 32, далеко зашедшая—в 22 глазах. Острота зрения в 44 глазах была снижена до 0,1—0,6, в 30 глазах она равнялась 0,7—1,0. Периферические границы поля зрения (сум-

марно по 8 меридианам) составляли 54—481°, в среднем $331,06 \pm 37,0^\circ$.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что под воздействием осмопрепарата офтальмотонус снизился почти у всех больных (в 70 из 74 глаз) в среднем на 6,7 мм рт. ст., причем в 56 глазах—до нормотонии. Статистическая достоверность улучшения остроты зрения у обследованных не отмечена ($p > 0,1$). поле зрения расширилось в 68 глазах (91, 8%) в среднем на $44,22 \pm 1,64^\circ$ ($p < 0,05$). Размеры слепого пятна нормализовались в 18 глазах из 34 обследованных. Результаты пробы подтвердили целесообразность хирургического вмешательства у данной группы больных.

Повторно, через месяц после проведенной операции синустрабекулектomie с базальной иридэктомией, обследовано 44 больных, преимущественно с развитой (22) и далеко зашедшей (20) стадиями открытоугольной глаукомы. У всех больных операция прошла без осложнений, но в послеоперационном периоде в 4 глазах отмечалась цилиохориондальная отслойка, прилегшая самостоятельно.

В результате операции офтальмотонус снизился во всех глазах, причем в 14 сохранялась умеренно выраженная гипотония (14—16 мм рт. ст.). Существенного улучшения остроты зрения в эти сроки не наблюдалось ни у одного больного, в 10 глазах она снизилась на 0,1—0,2 за счет прогрессирования катаракты. Расширение поля зрения в среднем на $35,2 \pm 4,5^\circ$ наблюдалось в 36 глазах, в 6 глазах отмечена тенденция к сужению границ.

Следует отметить, что у большинства больных изменение зрительных функций (прежде всего поля зрения) в послеоперационном периоде было идентично результатам глицериновой пробы.

Результаты проведенных исследований позволяют считать, что разгрузочная глицериновая проба может служить критерием перехода к хирургическому этапу лечения больных глаукомой. Установлено также, что периметрический тест является более информативным по сравнению с визометрическим и кампиметрическим.

8-я клиническая больница
МЗ Арм ССР

Поступила 10/III 1986 г.

Ա. Ա. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Ա. Վ. ՍՈՒՊՐՈՒՆ

ՖՈՒՆԿՅՈՒՆԱԼ ԲՆՈՒՆԱԹԱՓՄԱՆ ՓՈՐՁԸ ՀԱԿԱԳՆԱՌԿՈՄՍԱՏՈՂ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊՐՈԳՆՈՉՈՒՄ

Ուսումնասիրված է գլխեղերոսակարբաթթվի ազդեցությամբ աչքի տեսողական ֆունկցիաների և հիդրոդինամիկայի վրա բաց անկյան գլաուկոմայով տառապող 66 հիվանդի մոտ (74 աչք)։ Հետազոտությունների արդյունքները ցույց են տվել, որ պերիմետրիկ տեսար աչքի ինֆորմատիվ է հակագլաուկոմատող վիրահատությունների պրոգնոզի համար, քան տեսողական և կամպիմետրիկ տեստերը։

Բեռնաթափման փորձը կարող է շարժառիթ հանդիսանալ վիրահատական բուժման էտապի համար։

THE FUNCTIONAL DISCHARGING TEST IN PROGNOSIS OF THE OUTCOMES OF ANTIGLAUCOMATOUS OPERATIONS

The informativity of the discharging glyceric test was studied. The results of the investigation showed that in prognosis of the antiglaucomatous operations the perimetric test is more informative in comparison with the visometric and campimetric ones.

The discharging test can be the criterion for the surgical treatment of the patients with glaucoma.

ЛИТЕРАТУРА

1. Водовозов А. М. Мат. IV областной конф. офтальмологов и симпозиум по офтальмохромоскопии. Волгоград, 1975, с. 103.
2. Водовозов А. М., Мартемьянов Ю. Ф. Вестн. офтальмол., 1978, 1, с. 3.
3. Водовозов А. М., Борискина М. Г., Котельникова О. Д. Офтальмол. журн., 1980, 2, с. 90.
4. Водовозов А. М. Офтальмол. журн., 1981, 2, с. 80.
5. Козлова Л. П., Фролова П. П. В кн.: Актуальные проблемы офтальмологии, ч. I. Баку, 1977, с. 108.
6. Маринчев В. Н. Вестн. офтальмол., 1971, 6, с. 19.
7. Маринчев В. Н. В кн.: Актуальные проблемы офтальмологии, ч. I. Баку, 1977, с. 137.
8. Biettl G. M., Buccl M. G. Boll Oculist, 1967, 45, 11, 735.

УДК 616.342—002

П. А. РОМАНОВ, М. М. МИРИДЖАНИЯН

АНАТОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ
ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА

В зависимости от степени фиксации двенадцатиперстной кишки выделены три варианта формы кишки: нормодуоденум, долиходуоденум и дуоденоптоз, которые имеют характерную рентгенологическую картину. При нормодуоденуме и долиходуоденуме, в отличие от дуоденоптоза, анатомических предпосылок для развития дуоденогастрального рефлюкса не отмечается.

Одной из теорий этиопатогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является «рефлюксная» теория [2, 8 и др.]. Частота дуоденогастрального рефлюкса при язвенной болезни колеблется от 30 до 70%. Важность проблемы подчеркивает факт развития раковых поражений слизистой желудка на фоне рефлюкса [3, 6, 7].

Ряд авторов [1, 4, 5] основной причиной развития дуоденогастрального рефлюкса считают хроническую дуоденальную непроходимость (ХДН). Ю. А. Нестеренко [4] пишет, что ХДН полиэтиологический процесс, который ведет к нарушению пассажа по двенадцатиперстной кишке и сопровождается, как правило, дуоденогастральным рефлюксом (ДГР).

Цель работы — выявить анатомические условия развития ДГР. Обследовано 130 нефиксированных трупов людей обоего пола в возрасте