

**ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УЧАСТИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМой В ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ**

**Е.В. Козина\***

*Участие больных первичной открытоугольной начальной глаукомой в лечебных мероприятиях с использованием методов психологической коррекции определяется психологическими характеристиками пациентов, что необходимо учитывать при назначении психорелаксационной терапии.*

Известно, что у большинства больных существует собственная модель заболевания, которая определяет тактику его поведения при лечении.

Учитывая наличие психопатологических проявлений, их связей с клиническим офтальмологическим статусом у больных с начальной стадией первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ), 120 пациенткам с начальной субкомпенсированной глаукомой рекомендовали психологическое лечение: 60 пациенткам с использованием биологической обратной связи (БОС) и 60 пациенткам - психофармакотерапия согласно ведущему психопатологическому синдрому.

Исходно оценка психологического состояния больных проводилась клинически, а также с помощью методов психологического тестирования (СМОЛ, «16 личностных факторов» Кэттелла, НОС, определения уровня субъективного контроля, многофакторной оценочной шкалы при гипертонической болезни – МОШ-ГБ).

Вопреки врачебным рекомендациям 21 пациентка (17,5 % от всех больных) прервала или отказалась от предложенного типа лечения (у 12 человек из них основной курс лечения включал БОС-терапию, у 9 – психофармакотерапию). В течение года они получали традиционную местную гипотензивную терапию.

Исходно клинический офтальмологический статус всех больных был сопоставим, однако психологические характеристики больных ПОУГ, прервавших и продолжавших самостоятельное психорелаксационное лечение, были различны. При этом пациенток, прервавших лечение, в соответствии с их психологическим состоянием можно разделить на две группы. Одну (группа А) составили 9 человек с состоянием анозогнозии. У 77,8 % из них отсутствовала психопатологическая симптоматика. Другую (группа Б) составили 12 человек с выраженной степенью психопатологических расстройств обсессивно-фобического характера (навязчивые страхи).

У больных группы А усредненный профиль СМОЛ в целом на 6-13 Т-баллов был ниже такового больных, окончивших полный курс лечения. Наиболее низкие значения были по шкалам 1, 2, 6, 7 и 8 ( $p < 0,01 - 0,001$ ), что свидетельствует об отсутствии у них признаков невротизации, тревоги, ригидности, психопатических нарушений. При рассмотрении индивидуальных профилей СМОЛ оказалось, что у 33,3 % лиц этой группы он ниже 45 Т-баллов. У них в сравнении с больными, регулярно лечившимися, выявлены более высокие показатели по шкалам В ( $p < 0,001$ ), Е ( $p < 0,001$ ), F ( $p < 0,05$ ), Н ( $p < 0,01$ ) и более низкие - по шкале О ( $p < 0,001$ ) теста «16PF» (табл. 1). Для больных этой группы характерен низкий уровень враждебности ( $p < 0,05$ ) (шкала НОС). У них более высокие показатели, характеризующие «качество жизни» ( $p < 0,01$ ), субъективного контроля состояния своего здоровья ( $p < 0,001$ ). Это говорит о том, что больные первичной открытоугольной начальной глаукомой и анозогнозией в сравнении с лицами, регулярно лечившимися, независимы в принятии решений, упорны и настойчивы в достижении поставленных целей. Не любят однообразия. Рискованны, хорошо переносят различные жизненные коллизии. Их отличает уверенность в себе, независимость в принятии решений, способность самостоятельно справляться с различными трудностями.

Вероятно, эти психологические особенности личности позволяют им нивелировать возникшую проблему со здоровьем, считая, что они решат ее самостоятельно. О том, что больные с начальной ПОУГ и анозогнозией могут принять такое решение, говорит высокий показатель их интернальности в области здоровья ( $8,5 \pm 0,34$ ).

У больных группы Б индивидуальный профиль СМОЛ выше 50 Т-баллов. Наиболее высок он по шкалам 2, 6, 7 ( $p < 0,01 - 0,001$ ), что говорит о тревожности, ригидности, развитии у них психастении.

В сравнении с регулярно лечившимися, у больных с первичной открытоугольной начальной глаукомой и обсессивно-фобическим синдромом более низкие показатели по шкалам В ( $p < 0,01$ ), F ( $p < 0,01$ ), I ( $p < 0,05$ ), Q<sub>1</sub> ( $p < 0,05$ ) и более высокие - по шкалам Е ( $p < 0,05$ ), Q<sub>2</sub> ( $p < 0,01$ ) теста «16PF». Для этой группы людей характерен высокий уровень враждебности ( $p < 0,05$ ), невротизации ( $p < 0,05$ ) (шкала НОС). У них более низкий показатель, характеризующий качество жизни. Это говорит о том, что больные первичной открытоугольной начальной глаукомой и психологическими нарушениями обсессивно-фобического характера в сравнении с лицами, регулярно лечившимися, более самостоятельны, независимы, отличаются скептическим отношением

\* Е.В. Козина, Красноярская государственная медицинская академия, 2005.

ем к некоторым аспектам жизни, желают во всем идти своим путем. Они склонны доминировать в общении с людьми, консервативны, терпимы к трудностям. Для них характерен низкий интеллектуальный уровень. Вероятно, присущие описываемой группе больных психологические особенности личности «мешают» им воспользоваться предлагаемой лечебной помощью в полном объеме. В результате отказа от лечения выраженность внутриличностного конфликта растет, увеличивается степень психологической дезадаптации, возникает так называемый замкнутый порочный круг в отношении психологического здоровья. Свойственная им терпимость к трудностям, недооценка возможных последствий, вызываемых глаукомой, обуславливает довольно высокий показатель интернальности в области здоровья ( $6,11 \pm 0,27$ ).

Таблица 1

Показатели теста «16 PF» больных начальной ПОУГ, прервавших и закончивших курс психологического лечения, в стенах

Шкалы	Группы больных		
	А	Б	Закончившие лечение
А	6,6±0,36	6,12±0,44	5,56±0,15
В	7,4±0,53 <sup>+++</sup>	2,24±0,15 <sup>++</sup>	5,33±0,21
С	3,2±0,41	3,10±0,36	2,56±0,18
Е	7,2±0,26 <sup>+++</sup>	7,6±0,19	5,87±0,19
F	4,6±0,18 <sup>+</sup>	2,64±0,21 <sup>++</sup>	3,74±0,19
G	6,0±0,38	6,6±0,42	5,69±0,14
Н	6,2±0,46 <sup>++</sup>	4,82±0,55	4,74±0,19
I	6,8±0,41	4,12±0,18 <sup>+</sup>	6,28±0,16
L	7,0±0,89	7,6±0,78	7,38±0,24
М	4,8±0,14	2,2±0,21	4,38±0,17
N	6,2±0,6	9,3±0,36 <sup>+</sup>	7,17±0,21
О	5,8±0,41 <sup>+++</sup>	7,5±0,44	7,84±0,18
Q <sub>1</sub>	5,2±0,85	4,2±0,16 <sup>+</sup>	5,43±0,17
Q <sub>2</sub>	5,8±0,51	7,84±0,32 <sup>++</sup>	5,41±0,15
Q <sub>3</sub>	6,0±0,49	5,96±0,48	5,15±0,18
Q <sub>4</sub>	6,2±0,46	6,38±0,54	6,43±0,34

Примечание. Статистические различия с больными, закончившими лечение: <sup>+</sup> – (p<0,05); <sup>++</sup> – (p<0,01); <sup>+++</sup> – (p<0,001).

Следует отметить, что наши данные совпадают с результатами работ [1, 2, 3, 4], посвященных изучению причин отказа больных с различными соматическими заболеваниями, в частности гипертонической болезнью, от участия в лечебно-профилактических программах с использованием психорелаксационной терапии.

В отличие от больных групп А и Б больные первичной открытоугольной начальной глаукомой, регулярно лечившиеся, имеют повышенные значения показателей по шкалам 2, 4, 6 и 7 (p<0,001) теста СМОЛ, О (p<0,01) и Q<sub>4</sub> (p<0,01) теста «16PF», низкие показатели по шкале С (p<0,05). Это свидетельствует о высоком уровне ситуационной и личностной тревожности, напряженности, ригидности имеющегося аффекта и затруднении социализации, характеризуя их как личности конформные, покорные, склонные к интроспекции. Они более впечатлительны, застенчивы, как правило, избегают ситуаций, требующих принятия самостоятельных решений, склонны к депрессии, аутоагрессии. Неторопливы, точны. Их отличает высокий уровень цинизма, враждебности, невротизма (p<0,05).

Таким образом, участие больных первичной открытоугольной начальной глаукомой в лечебных мероприятиях с использованием методов психологической коррекции определяется психологическими характеристиками пациентов, что необходимо учитывать при назначении психорелаксационной терапии.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волков В.С. О психологической готовности больных гипертонической болезнью к проведению реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях / В.С. Волков, А.Е. Цикулин // Кардиология. – 1986. – № 7. – С. 105-106.
2. Stress and psychosomatics / Eds. K. Achte, A. Pakaslahti. – Helsinki: Psychiatria Fenica, 1986. – 252 p.
3. Stress in health and disease / Eds. M.R. Zales. – New York: Brunner / Manzel, 1985. – 262 p.
4. The impact of psychological distress on the control of hypertension / K.J. Egan, H. Nakagawa, A. Garber et al. // J. Human Stress. – 1983. – V. 9, N 4. – P. 4-10.

THE FACTORS INFLUENCING PARTICIPATION OF PATIENTS  
OF PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA IN MEDICAL ACTIONS WITH USE  
OF METHODS OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION

E.V. Kozina

*Participation of patients primary open-angle an initial glaucoma in medical actions with use of methods of psychological correction is determined by psychological characteristics of patients that it is necessary to take into account at assignment psychological therapies.*

УДК 576.094.7:616.833:615.838.7

ВЛИЯНИЕ УЧУМСКОЙ ГРЯЗИ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ  
СОСТОЯНИЕ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Е.В. Евдокимова, В.П. Терещенко, О.И. Зайцева\*

*С целью изучения саногенетического механизма действия аппликаций Учумской грязи на уровне клеточной мембраны у больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника было проведено исследование липидного состава мембран эритроцитов в динамике пелоидотерапии. Обследуемую группу составили 116 человек, больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника с различной стадией и длительностью заболевания. Исследование проводилось до начала курса пелоидотерапии и после его окончания. Оценивалось процентное соотношение липидных фракций мембран эритроцитов.*

*Показано, что у больных имели место дислипидемические нарушения в мембране эритроцитов, характеризовавшиеся увеличением содержания количества детергентных фракций фосфолипидов и уменьшением мембраностабилизирующих, которые были более выражены у больных со стадией обострения и с большей длительностью заболевания. После проведённого курса пелоидотерапии отмечалась обратная положительная динамика в липидном спектре, особенно у больных со стадией обострения.*

**Введение**

В последние годы приобретает все большее социальное значение необходимость использования природных факторов для создания адекватной системы реабилитации при различных заболеваниях. Особое место в комплексе лечебных и реабилитационных мероприятий занимает грязелечение, которое рассматривается не только как фактор локального воздействия на патологический очаг, но и как эффективный метод изменения реактивности целостного организма, затрагивающий системные, регуляторные процессы и активирующий саногенетические механизмы [4, 5, 7].

Возникновение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника в наиболее трудоспособном возрасте и увеличение количества тяжёлых их осложнений, приводящих к длительной нетрудоспособности, определяют актуальность поиска новых, более эффективных методов лечения и реабилитации этих больных. По данным некоторых учёных, дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, в том числе и остеохондроз, являются болезнями новейшей цивилизации, одинаково часто поражающих лиц умственного и физического труда [1,3].

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника успешно поддаются лечению и реабилитации с помощью санаторно-курортных факторов и в первую очередь с помощью грязелечения.

Известно, что воздействие грязи на организм опосредовано и происходит с участием нейрогормональной системы по типу стресс-реакции и системы перекисного окисления липидов [5]. Обладая антиоксидантными свойствами, пелоиды оказывают обезболивающий и противовоспалительный эффект, регулируют процессы микроциркуляции, повышают иммунобиологические свойства и защитно-приспособительные реакции организма [2,5,6].

Многие из указанных процессов реализуются через регуляторные свойства и функциональную активность клеточной мембраны. За счёт высокой лабильности состава липидного бислоя происходит так называемая биохимическая адаптация к меняющимся внешним и внутренним факторам. [2,8]. Универсальной моделью для изучения состояния клеточных мембран является эритроцит.

\* © Е.В. Евдокимова, В.П. Терещенко, О.И. Зайцева, ГУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, г. Красноярск, 2005.