

Психоэмоциональные нарушения у пациентов с глаукомой и возможности их фармакокоррекции в комплексном лечении заболевания

С.Н. Басинский, В.Н. Красногорская*, А.С. Басинский, И.Н. Рогачев

Орловский государственный университет, медицинский институт
*Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск

Psychoemotional disorders in patients with glaucoma and possibilities of their correction by complex treatment

S.N. Basinskii, V.N. Krasnogorskaya, A.S. Basinskii

Orel state Medical University
Amur State Medical Academy, Blagoveshensk

Purpose: to reveal psychoemotional disorders in patients with glaucoma and possibilities of their correction by complex treatment.

Materials and methods: Questionnaire design included tests and interview. There were 58 patients with severe and developed stages of POAG at the age of 45–75 years old participated in the study. Among them 41 females and 17 males. There were divided into 2 groups by age : 45–60 years old (30 subjects) and over 60 (28 subjects). Evaluation of activity, state health, mood was performed before and after prescribing of Fenotropil in the selected group of patients of 64,5±5,1 years old. Fenotropil was administered by 100 mg 1 time a day during 1 month.

Results and conclusion: Affective disorders were found in 86% of patients with severe stage of POAG. Fenotropil usage led to increasing of «state health» index by 64%, «activity» – by 41%, «mood» – by 43% in comparison to baseline.

Несмотря на внедрение новых методов диагностики и лечения глаукомы, удельный вес тяжелых исходов с каждым годом увеличивается. Глаукомой болеют от 70 до 90 млн человек в мире, причем около 10% из них становятся слепыми на оба глаза [Goldberg I., 2000]. При этом известно, что совокупность психологических и социальных факторов формирует актуальное психологическое состояние больного глаукомой, влияющее на течение заболевания [Е.В. Козина, 2004].

Формируется своеобразный замкнутый порочный круг: возникшее заболевание вызывает стресс и изменение психо-эмоционального состояния, которое в свою очередь усугубляет его течение. Кроме того, психологическая дезадаптация нередко приводит к неадекватной реакции на назначения врача, что является одной из причин того, что лишь около 40% больных глаукомой строго выполняют назначения врача, а остальные делают это раз от раза или не выполняют совсем.

У больных первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) и лиц с подозрением на глаукому признаки психологической дезадаптации встречаются в два раза чаще, чем у лиц без какой-либо патологии ВГД, и составляют 89,3 и 86,2% [Е.В. Козина, 2004].

Наличие психологической дезадаптации требует использования различных методов коррекции как психо-

терапевтической, так и фармакологической: рационально-эмотивная психотерапия, нейролингвистическое программирование, гештальт-терапия, седативные препараты, антидепрессанты и транквилизаторы [6]. Наиболее перспективными в плане фармакокоррекции были бы препараты, которые наряду с нейропротекторным эффектом нивелировали проявления дезадаптации. В этом отношении наше внимание привлек ноотропный препарат фенотропил, позиционирующийся как нейромодулятор [4], который наряду с нейропротекторным эффектом [1,2] оказывает антидепрессивное, адаптогенное действие, повышает устойчивость организма к стрессу в условиях повышенных психических и физических нагрузок, при утомлении и заболеваниях. Умеренный психостимулирующий эффект препарата сочетается с анксиолитической активностью. Фенотропил улучшает настроение, оказывает анальгезирующее действие, повышая порог болевой чувствительности. Кроме того, Фенотропил повышает устойчивость тканей мозга к гипоксии, оказывает положительное влияние на обменные процессы и кровообращение головного мозга, стимулирует окислительно-восстановительные процессы, повышает энергетический потенциал организма за счет утилизации глюкозы, улучшает регионарный кровоток в ишемизированных участках головного мозга.

В связи с этим представляют интерес сравнительные исследования психоэмоционального состояния у больных первичной глаукомой и возможности фармакологической коррекции психоэмоциональных нарушений у больных глаукомой.

Цель работы: Выявление психоэмоциональных нарушений и внутренней картины болезни у пациентов с глаукомой и возможности их фармакологической коррекции в рамках комплексной терапии, для повышения эффективности лечения глаукомы.

Материал и методы. Анкетирование состояло из тестового задания, которое представляло собой структурированное интервью, включающее анкетные данные, сведения о сопутствующих заболеваниях, информацию о времени настоящего заболевания. Кроме того, использованы известные методы тестирования: ЛОБИ (личный опросник Бехтеревского института), клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний [8]. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression scale) HADS [10].

Самочувствие, активность и настроение пациентов до и после фармакокоррекции оценивались по шкале САН [3].

Нами обследовано 58 пациентов с ПОУГ с развитой и далеко зашедшей стадиями заболевания, в возрасте от 45 до 75 лет, сплошным методом, на добровольной основе, из них 41 женщина и 17 мужчин. Все больные были распределены на две группы по возрасту 1-я группа – 45–60 лет (30 человек); 2-я группа – старше 60 лет (28 человек).

Оценка самочувствия, активности и настроения до и после лечения препаратом Фенотропил выполнялась у 20 пациентов с глаукомой, средний возраст которых составил 64,5±5,1 лет.

Фенотропил назначался больным глаукомой наряду с гипотензивной терапией по 100 мг 1 раз/сут. утром после завтрака в течение 1 мес.

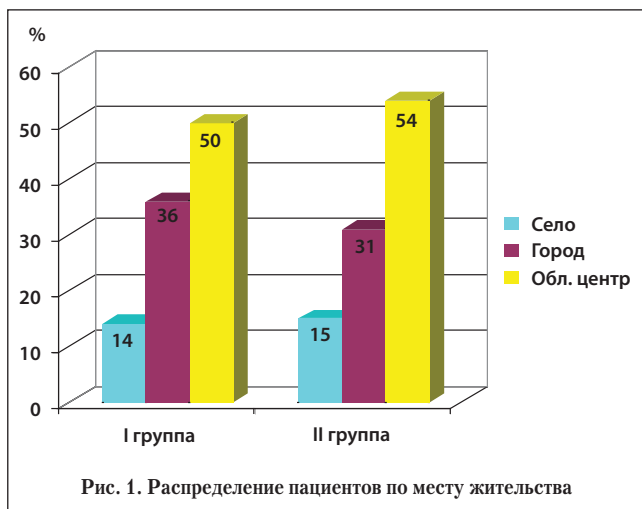


Рис. 1. Распределение пациентов по месту жительства

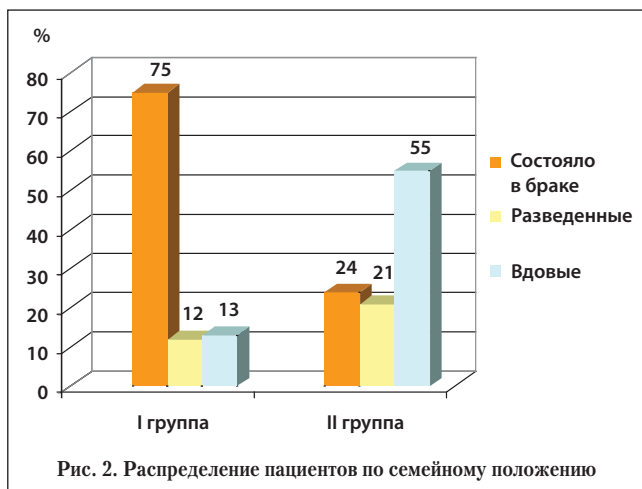


Рис. 2. Распределение пациентов по семейному положению

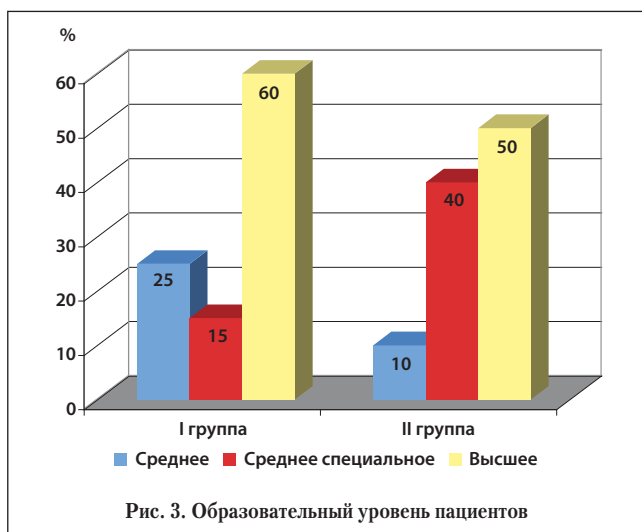


Рис. 3. Образовательный уровень пациентов

Результаты исследования

Результаты анкетирования показали, что основная часть больных обеих групп проживают в областном центре и городах областного подчинения и только около 15% в каждой группе являются жителями села (рис. 1).

По семейному положению: большинство пациентов состоит в браке, особенно до 60 лет (75%). После 60 лет резко возрастало число одиноких больных (76%), причем количество вдовых увеличилось до 55% (рис. 2).

Образовательный уровень: более половины всех больных имели высшее образование, а вместе с пациентами со средним специальным образованием эта группа составляла подавляющее большинство (рис. 3).

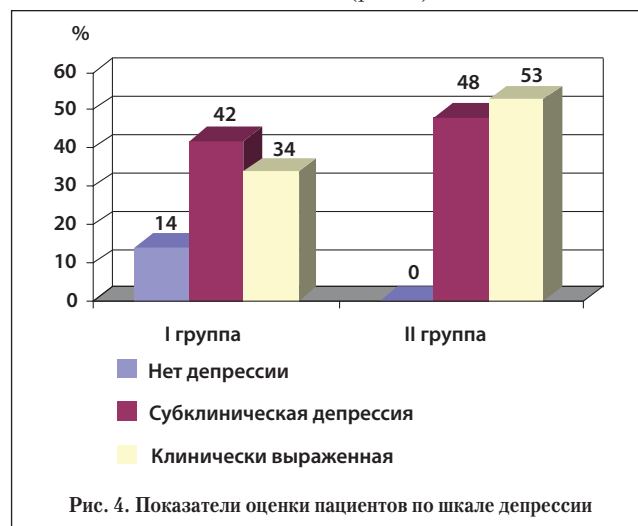


Рис. 4. Показатели оценки пациентов по шкале депрессии

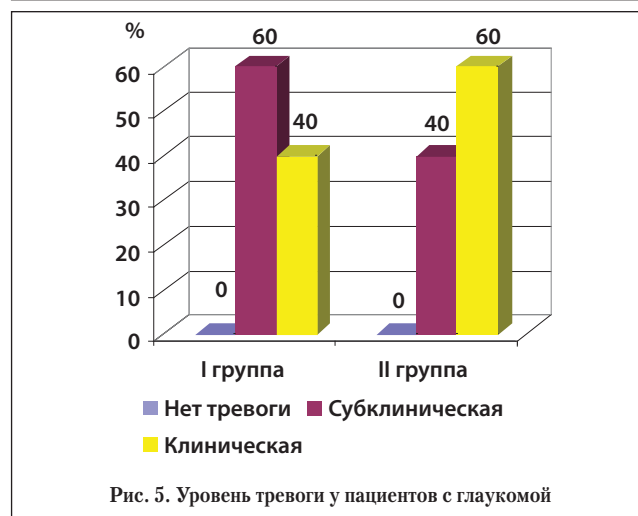


Рис. 5. Уровень тревоги у пациентов с глаукомой

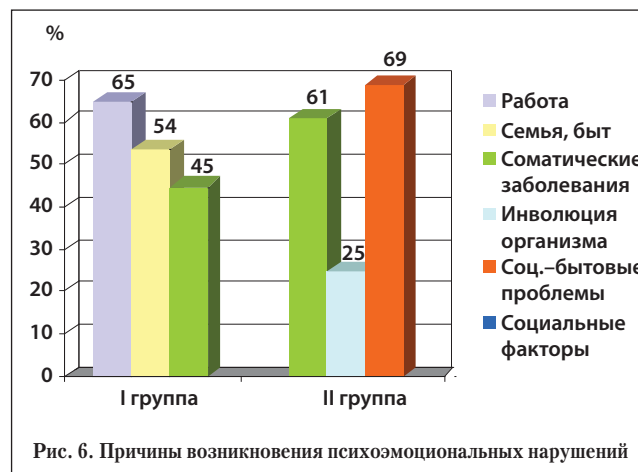


Рис. 6. Причины возникновения психоэмоциональных нарушений

По шкале депрессии в 1-й группе субклинически выраженная депрессия – у 42% (13 больных), клинически выраженная – 34% (10 больных).

Во 2-й группе субклинически выраженная депрессия наблюдалась в 48% случаях (13 больных), клинически выраженная в 53% случаев (15 больных) (рис. 4).

По шкале тревоги в 1-й группе больных субклинически выраженная тревога – 60% (18 наблюдений), клинически выраженная – 40% (12 наблюдений). Во 2-й группе субклинически выраженная тревога – в 40% (11 наблюдений), клинически выраженная в 60% у 17 пациентов (рис. 5).

В 1-й группе психоэмоциональные нарушения в 65% случаев связаны с проблемами на работе (перенапряжение, конфликтные ситуации, угроза увольнения). В 54% случаев причинами служат психогении семейно-бытового характера, и в 45% – в связи с соматическими заболеваниями (рис. 6).

Во 2-й группе нарушения вызваны: у 61% – соматическими заболеваниями, у 25% – инволюционными изменениями организма, и в 69% случаев семейно-бытовыми проблемами (как правило, одиночество, отсутствие дополнительных доходов).

По клиническим проявлениям. В 1-й группе преобладала астенодепрессивная симптоматика (61%) в виде снижения работоспособности, подавленного настроения, снижения уверенности в себе, интереса к происходящему, утомляемости, эмоциональной лабильности. У 14% больных клинические проявления отсутствовали. В 25% наблюдались вегетативные реакции и тревожная симптоматика вплоть до панических атак (рис. 7).

Во 2-й группе: в 48% тревожно-депрессивная симптоматика проявлялась в подавленном настроении, ощущении ненужности, тоски, нежелании жить, суицидальных

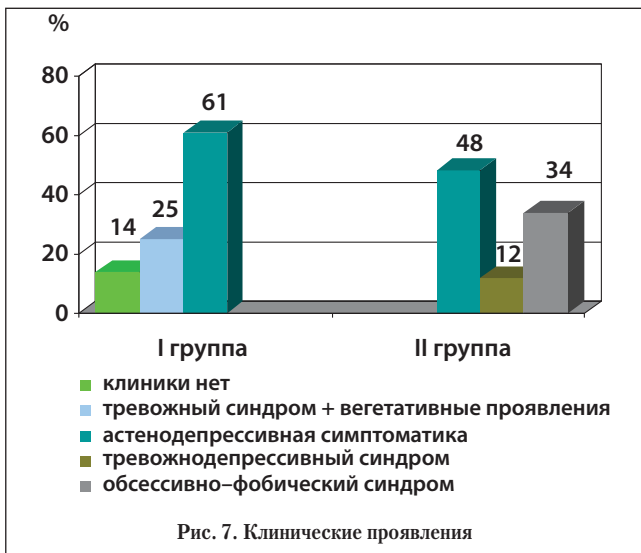


Рис. 7. Клинические проявления

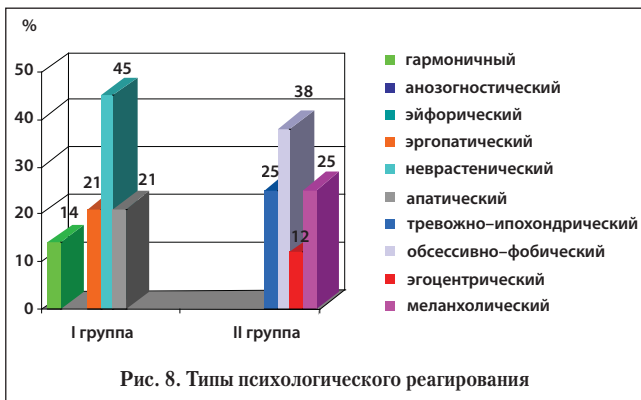


Рис. 8. Типы психологического реагирования

мыслях, отсутствием веры в выздоровление. В 12% наблюдали обсессивно-фобический симптом с соматоформными проявлениями, вегетосудистыми нарушениями (страхом смерти, боязнью одиночества, слепоты, беспомощности, головной болью, головокружением, изменением АД, сердцебиением с паническими атаками, нарушением сна, снижением аппетита).

В 34% случаев депрессия проявлялась озлобленностью, раздражительностью, агрессией по отношению к окружающим.

По типам психологического реагирования на заболевание (ЛОБИ) больные 1 группы имели следующие особенности: 14% из них имели гармоничный тип реагирования, который включает трезвую оценку своего состояния без преувеличения его тяжести, но и без недооценки, стремление содействовать успеху лечения, нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

У 21% наблюдался эргопатический тип реагирования – «уход от болезни в работу», старание обследоваться и лечиться так, чтобы оставалась возможность продолжения работы. У 45% – неврастенический тип реагирования: поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность. 21% – апатический: полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению.

Во 2-й группе у 39% имелся обсессивно-фобический тип реагирования – тревожная мнительность, прежде всего касающаяся опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения (рис. 8).

У 12% наблюдался эгоцентрический тип реагирования: «уход в болезнь», выставление напоказ своих страданий, требование исключительной заботы, у 26% – анозогностический: непризнание себя больным, отказ от лечения, у 26% – меланхолический: удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания.

Результаты фармакокоррекции. Астенодепрессивная симптоматика, которая особенно характерно для пациентов, больных глаукомой, старше 60, становится причиной снижения работоспособности и социальной активности пациента. Более того, если не предпринимать мер, то возможно развитие затяжных депрессивных состояний.

Оценка самочувствия, активности и настроения больных до и после лечения Фенотропилом производилась по шкале САН (рис. 9).

После проведенного лечения больных глаукомой препаратом фенотропил 100 мг 1 раз в день в течение 1 мес.

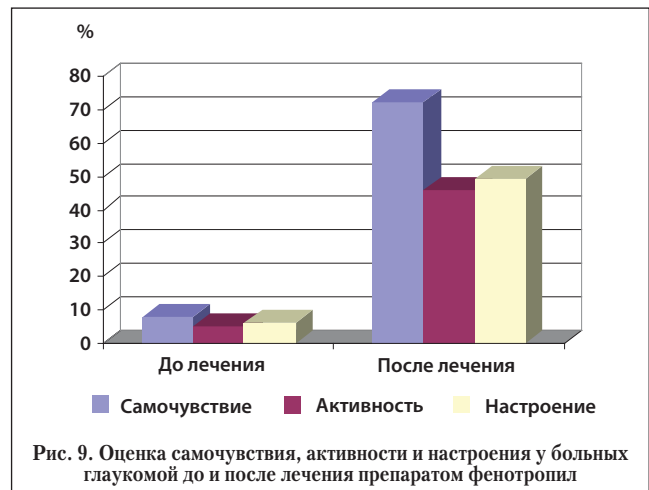


Рис. 9. Оценка самочувствия, активности и настроения у больных глаукомой до и после лечения препаратом фенотропил

отмечалось улучшение «самочувствия» на основе оценки по шкале САН, указанный показатель повышался, в среднем, на 64%. Показатель «активность» повышался на 41%, а показатель «настроение» – на 43% по сравнению с исходными данными.

После лечения препаратом фенотропил были получены позитивные изменения, которые выражались в редукции астенодепрессивного состояния с улучшением фона настроения, уменьшением утомляемости и адинамии, появлении планов на будущее, стабилизации межличностных, внутрисемейных отношений, улучшении социальной адаптации и качества жизни пациентов, что положительно сказывается на выполнении назначений врача и в целом на лечении больных глаукомой.

Выводы

Общая оценка результатов у больных далеко зашедшей стадией ПОУГ показала наличие аффективных нарушений у 86% больных.

Группа больных с анозогностическим, меланхолическим, эйфорическим и эргопатическим типом психологического реагирования требует особого внимания как группа риска вследствие прогрессирования заболевания из-за отказа от лечения или нерегулярного выполнения назначений врача.

Следствием аффективных нарушений становится личностная реакция, встраивающаяся в формирование внутренней картины болезни, что во многом зависит от особенностей личности пациента, социальной среды, образования, пола и формирует отношение его к болезни и лечению.

Получены различия в аффективном реагировании пациентов различных возрастных групп, нарастающие с увеличением возраста пациентов, что может лежать в основе прогностических моделей и применения в комплексном лечении психотерапевтической и психиатрической помощи.

Через месяц после лечения нейромодулятором фенотропил повышались показатели «самочувствие», «активность», «настроение».

Литература

1. Басинский С.Н., Басинский А.С. Нейропротекторная эффективность препарата Фенотропил при нестабилизированной первичной глаукоме // *Клиническая офтальмология*. – 2007. №4. С. 148–150.
2. Басинский С.Н., Басинский А.С., Рогачев И.Н. Двойное слепое плацебо–контролируемое исследование эффективности и безопасности препарата Фенотропил в лечении первичной нестабилизированной глаукомы. – *Глаукома*. – 2009. – С. 42–46.
3. Доскин В. А., Лаврентьева Н. А., Мирошников М. П., Шарай В. Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // *Вопросы психологии*. 1973. №6. С. 141–145.
4. Ковалев Г.И., Ахапкина В.И., Абаимов Д.А., Фирстова Ю.Ю. Фенотропил как рецепторный модулятор синаптической нейротрансдачи // *Нервные болезни*. 2007. – №4 – С. 22–26.
5. Козина Е.В. Клинико–психологические аспекты первичной открытоугольной глаукомы. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Красноярск, 2004. – 47 с.
6. Красногорская В.Н. Система комплексного лечения дистрофических заболеваний сетчатки с лазерной активацией диффузии лекарственных препаратов (клинико–экспериментальное исследование). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук
7. Лычко А.Е., Иванов И.Я. Медико–психологическое обследование соматических больных // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 1980. – № 8. – С. 1195–1198.
8. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / *Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство*. М., 1998. С.545–552.
9. Goldberg I. How common is glaucoma worldwide? In: Weinreb RN, Kitazawa Y, Kreiglstein GK, editors. *Glaucoma in the 21st century*. London: Mosby–Wolfe. 2000. – P. 3–8.
10. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun; 67(6): 361–70.