

Заключение

Крайне трудна клиническая диагностика субпериостального абсцесса орбиты, который может протекать по типу изолированного абсцесса орбиты или флегмоны орбиты. Обязательное рентгенографическое исследование, в сложных случаях использование КТ, МРТ позволяет дифференцировать субпериостальный абсцесс от первичного гнойно – воспалительного процесса орбиты. Своевременная диагностика субпериостального абсцесса орбиты, определение его источника (фронтита, гайморита) позволяют выбрать правильную тактику – экстраназальное вскрытие пазух, субпериостального абсцесса с эффективным дренированием пазухи на фоне оптимальной антибиотикотерапии. Это приводит к купированию воспалительного процесса: исчезновению экзофтальма, хемоза, правильному положению глазного яблока. Подробное описание данных случаев представляет большую ценность в диагностике относительно редко встречающегося субпериостального абсцесса синусогенного происхождения в практике офтальмолога.

Шарипов А.Р.,
Гафурова З.Ф., Шмергельский А.Г.,
Галямова Т.Р., Аглямова Т.С.

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ РОДОВОЙ ИНФОРМАЦИИ У ЛЮДЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИЯМИ

Рассмотрено взаимодействие генетических и социальных механизмов наследования. Получены данные о структурном согласовании генотипа, социальной среды адаптации и психологической особенности личности, что позволяет активировать ресурсы и улучшить качество жизни.

Развитие исследований генома человека, успехи генной инженерии вселяют оптимизм в сознание ученых и практиков, занимающихся проблематикой лечения наследственных заболеваний. Значительно меньше оптимизма внушает проблема взаимодействия генетических (биологических) и социальных (родовых, трансгенерационных) механизмов наследования. При этом социальное наследование рассматривается как устойчивая программа или совокупность программ человеческого поведения, не обусловленная биологической наследственностью, но воспроизводимая из поколения в по-

коление по непосредственным образцам. Под прямым влиянием этих программ протекают процессы выбора брачного партнера, осуществление зачатия, вынашивание плода, родовспоможение, созревание и развитие организма, лечение заболеваний и поддержание здоровья. По сути дела, «среда нашего обитания», которая стимулирует экспрессию тех или иных генетических механизмов, во многом является результатом деятельности предшествующих поколений. Воспроизводство этих условий «среды адаптации» в значительной мере опосредуется культурными, трансгенерационными факторами и может приводить к избирательной экспрессии или элиминации специфического генетического материала. Учитывая разнообразие вариантов не генетически наследуемой «семейной среды адаптации», можно сформулировать ряд вопросов:

1) какие конкретно социально воспроизводимые факторы среды приводят к воспроизведению/элиминации признаков наследственного заболевания;

2) каким образом социально воспроизводимые факторы могут «подсказывать» выбор конкретного заболевания и проявление его признаков;

3) каким образом социально транслируемая информация о наследственной отягощенности (мнимой или истинной) согласуется с воспроизведением «среды адаптации» и фенотипическими проявлениями генетических особенностей;

4) какова роль «наследственных» заболеваний в формировании персональной и родовой идентичности, равно как и в социальном воспроизведении «семейной среды адаптации»;

5) как может измениться вероятность развития того или иного заболевания при изменении способов подтверждения родовой принадлежности и/или при модификации «семейной среды адаптации».

Очевидно, что для случаев пигментного ретинита поиск ответа на эти вопросы крайне важен, как для понимания этиологии заболевания, так и для поиска эффективных методов воздействия. В настоящее время можно считать доказанным существование генетических предпосылок (нарушений генома) в развитии этого заболевания. При этом исследования генеалогического материала показывают, что случаи наследственно-повторяющихся проявлений ПТРА встречаются гораздо реже, чем спорадическое

развитие дегенераций сетчатки (Галимова В.У., 1998). В наших исследованиях это соотношение составило 1 случай на 40 спорадических форм. Предполагается, что спорадическая форма – это наследственное заболевание, связанное с мутацией генов, ответственных за структуру и обменный цикл родопсина, которая возникает либо у самого пациента (доминантный тип наследования), либо приходит к нему от неизвестных предков, не имевших ПТРА (рецессивный тип наследования). Следует подчеркнуть, что в любом случае наличие генетического дефекта является, возможно, лишь предпосылкой, а также необходимым, но отнюдь не достаточным условием для возникновения признаков заболевания. В качестве «пусковых» факторов заболевания могут выступать специфические условия «семейной среды адаптации» и, в частности, стрессогенные факторы (наличие тяжело больных родственников, трагическая или насильственная смерть близких, репрессии и др.). Ранее нами уже отмечалась значительно более высокая частота встречаемости подобных событий в семьях больных ПТРА (Галямова Т.Г., Гафурова З.Ф., Шарипов А.Р., Шмергельский А.Г., Оренбург, 2003).

Интересно, что при свободном описании родственников пациенты с пигментным ретинитом детально характеризовали прежде всего участников трагических событий, тогда как о тех родственниках, с которыми «ничего страшного не происходило», и сказать было особенно нечего. В такую «среду адаптации» и соответствующую ей субъективную карту реальности замечательным образом вписаны психологические особенности больного, насыщенные переживаниями негодования по отношению к предкам, чувствами безысходности и вины перед потомками. Практически все пациенты испытывали значительные ограничения в стратегиях осмысления собственной проблемы, подменяя сенсорно-детерминированные критерии ограничивающими убеждениями (зачастую ятрогенного характера). Наиболее типичными нарушениями формальной структуры высказывания были сложные эквивалентности (например, «наследственное – значит неизлечимое»).

Для сравнения мы провели анализ геносциограмм лиц, страдающих близорукостью. Здесь также предполагается выраженное влияние наследственных факторов. И хотя пробанды обеих групп (больных близорукостью и ПТРА) были сходны по возрасту и социальному положению, их «среда адаптации», карта ре-

альности и соответствующий им психотип резко различались.

В частности, близорукие уделяли наибольшее внимание родственникам, социальными достижениями которых можно гордиться (наличие высшего образования, хорошее отношение к детям, семье). Специально подчеркивались факты успехов по служебной линии и прочность браков. Наличие значительно более редких трагических событий упоминалось вскользь и не детализировалось. Родственные чувства к родителям/предкам характеризовались как «благодарность, признательность», тогда как по отношению к детям близорукие испытывали преимущественно тревогу и беспокойство. Ранее мы детально охарактеризовали особенности микросоциальной среды и индивидуальные особенности личности близоруких пациентов (А.Р. Шарипов, З.Ф. Гафурова, Е.М. Гареев, Э.В. Гайнетдинова, 1993; А.Р. Шарипов, З.Ф. Гафурова, Е.М. Гареев, 1996; А.Р. Шарипов, З.Ф. Гафурова, 1998). Показано, что близорукие сверстники по сравнению со здоровыми проявляют более выраженную интровертированность, склонность к подавлению эмоций и двигательных реакций. Для них в значительно большей степени характерны готовность к принятию ответственности, желание «быть оцененными по достоинству» и связанные с этим выраженные тенденции избыточной тщательности, скрупулезности, «книжности и академизма» интересов. Лица с миопией отличаются существенно более высоким уровнем скрытой тревоги, значительно сниженной моторной активностью и вариабельностью внешних проявлений тревожности. Они склонны к чрезмерному самоконтролю, избеганию напряженных ситуаций и реакции «бегства» в качестве типичного аттитюда. «Логические» рассуждения и обоснования, рационализация в качестве защитной реакции были весьма характерны для описания своих проблем близорукими пациентами.

Таким образом, полученные данные прямо указывают на структурное согласование генотипа, социальной среды адаптации и психологических особенностей личности. Коррекция последних двух факторов не приводит к полному и тотальному исцелению, однако создает возможность мобилизации латентных ресурсов, заметно повышает качество жизни за счет улучшения психологического состояния и степени социальной адаптации, формирует конструктивную мотивацию к излечению.