

неадекватную самооценку, высокий уровень притязаний, тревожно-ипохондрический и невротически-меланхолический типы отношения к болезни и явились основанием для разработки программы психологической помощи больным ПОУГ, целью которой является: возвращение пациенту чувства уверенности в себе, утраченной веры в лечение, помощь в адаптации к новой социальной ситуации.

Программа предполагает работу в следующих направлениях:

1. Организация психологических групп для проведения краткосрочной психокоррекции в условиях стационара СОКБ им Т.И. Ерошевского. Основными психокоррекционными методами лечения в этих группах являются: произвольное самовнушение по Куэ, позволяющее подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и благоприятными; метод Джекобсена или прогрессивная мышечная релаксация, применяемая при подготовке к операции в том случае, если у больного его болезненное состояние сопровождается эмоциональным напряжением, ведущим к напряжению мышц; метод Шульца или аутогенная тренировка, применяемая также при психологической подготовке к операции.

2. Организация групп для проведения долгосрочной психокоррекции, состоящих из 3-х последовательных этапов: подготовительного, основного и заключительного. Подготовительный этап включает в себя установление психологического контакта и формирование доверительных отношений, создание мотивации к предстоящей работе. На этом этапе проводится индивидуальная работа с применением элементов позитивной, рациональной психотерапии, гештальт-терапии. А также используются методики, направленные на снятие болевого синдрома, снижение уровня тревожности. На основном этапе психокоррекционная работа проводится с группой и направлена на решение проблем, которые были обнаружены на этапе психодиагностики или которые предъявляются группой. Акцент делается на тренировочную работу по выработке определенных поведенческих стратегий и навыков. Уделяется внимание снятию болевого синдрома. На заключительном этапе оценивается эффективность проведенной коррекции и создается мотивация для дальнейшего систематического лечения.

3. Организация «Школы глаукомных больных» на базах районных поликлиник г. Сама-

ры, где одним из элементов работы является обучение больных техникам аутогенной тренировки и навыкам психологической гимнастики с целью снятия страхов, депрессий, различных комплексов, связанных с лечением ПОУГ, ношением очков и снижением зрения.

4. Организация работы с родственниками, представляющая собой процесс группового взаимодействия, направленный на изменение межличностных отношений, имеющий своей целью устранение эмоциональных нарушений в семье и являющийся методом профилактики рецидивов заболевания и реабилитации больных.

Таким образом, предложенную систему психокоррекционной работы можно рассматривать как новый подход к лечению больных ПОУГ, способствующий повышению качества и продолжительности жизни больных.

Карлова Е.В., Шевченко М.В.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В СИСТЕМЕ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЛАУКОМОЙ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОГЛАУКОМНОЙ РАБОТЫ

Проведена оценка результатов лечения больных глаукомой с учетом роли социальных, экономических и психологических факторов. Выработан алгоритм планирования противоглаукомной работы, включающий медицинскую, психологическую, профессиональную реабилитацию.

По мнению большинства специалистов, глаукома давно перестала быть сугубо медицинской проблемой. Несмотря на внедрение новейших методов диагностики и лечения данного заболевания, количество слепых от глаукомы продолжает расти, сохраняется тенденция постоянного увеличения заболеваемости. Диагностика и лечение глаукомы в значительной степени определяются такими организационными мерами, как проведение профилактических осмотров, обеспечение населения льготными лекарственными препаратами, своевременное направление больных на хирургическое лечение, проведение реабилитационных и просветительных мероприятий, пожизненное наблюдение пациентов. Кроме того, подавляющее большинство больных глаукомой относится к старшей возрастной группе, уровень жизни которой зависит от организации пенсионного обеспечения и реализации социальных про-

грамм. Таким образом, становится очевидным, что роль социальных, экономических и психологических факторов должна быть учтена при оценке результатов лечения больных глаукомой, выборе лечебной тактики, планировании всех этапов противоглаукомной работы, включая медицинскую, психологическую, профессиональную реабилитацию.

С этой целью, по нашему мнению, может использоваться оценка качества жизни как метод, отражающий степень социальной адаптации пациентов, которая является конечной целью лечебного и реабилитационного процессов. Кроме того, показатели качества жизни позволяют сравнивать эффективность различных методов лечения, а также могут быть использованы при расчете экономической целесообразности лечения в условиях возрастающей стоимости лечебных мероприятий.

Нами предложена модифицированная методика оценки качества жизни на основе опросников SF 36, NEI-VFQ, VF 14, GSS, DLTV, вопросы были сформулированы применительно к образу жизни и возможностям российских граждан, добавлены разделы, касающиеся применения медикаментозных препаратов, перенесенного хирургического лечения, осведомленности о своей болезни. На основании данного метода создана компьютерная программа для оценки качества жизни больных глаукомой (свидетельство об официальной регистрации №2004611836 от 9.08.2004 г.).

С целью учета оценки влияния условий жизни и организации медицинского обслуживания на результаты лечения больных глаукомой нами обследованы лица, проживающие в городе Самара, и сельские жители из нескольких районов Самарской области. Две группы пациентов были сформированы методом подбора пар и состояли из 20 человек аналогичного половозрастного состава (возраст от 58 до 76 лет) с диагнозом первичная открытоугольная глаукома II-III стадий. В исследование не были включены слабовидящие больные и больные с единственным видящим глазом. Все пациенты перенесли гипотензивное хирургическое вмешательство фильтрующего типа в сроки от 1 до 2-х лет, в результате которого было стабилизировано внутриглазное давление и зрительные функции сохранены на прежнем уровне. Большинство пациентов первой группы, проживающих в городе Самара, регулярно (1 раз в 4-6 месяцев) посещали офтальмолога,

не подвергались значительным физическим нагрузкам и в большинстве своем были в достаточной степени информированы о течении своего заболевания, методах его лечения, прогнозе и правилах поведения. Жители сельских районов, составившие вторую группу, напротив, как правило, регулярно занимались тяжелым физическим трудом в своем подсобном хозяйстве, не посещали офтальмолога (в связи с отсутствием такового в населенных пунктах), их знания о заболевании, как правило, ограничивались тем, что было услышано во время госпитализации. Всем больным проводилось стандартное офтальмологическое обследование, а также исследование качества жизни с помощью предложенного нами опросника.

Результаты. В двух группах средняя острота зрения и сумма градусов периметрии по 8 меридианам достоверно не различались. Данные тонометрии по Маклакову и тонографии свидетельствовали о компенсации внутриглазного давления. Интегральный показатель качества жизни в первой группе в среднем составил $197 \pm 32,9$ баллов. Среди факторов, в наибольшей степени определивших его значение, в первой группе лидируют ограничения, связанные со страхом неблагоприятного исхода заболевания (18%), с низкими зрительными функциями (ограничения при чтении, письме, просмотре телевизионных программ) (14%). На ограничение физической активности приходится около 8%. Во второй группе значение интегрального показателя качества жизни составило $179 \pm 46,4$ баллов. На первом месте оказались ограничения, связанные с вынужденным снижением физической активности (24%), далее следовали ограничения, связанные с недостатком знаний о своем заболевании и невозможностью получения квалифицированной медицинской помощи (16%). На долю ограничений, связанных с мрачными мыслями о прогнозе заболевания и низкими зрительными функциями, приходится соответственно 11% и 7%.

Таким образом, снижение качества жизни сельских жителей определяется не только их привычным образом жизни, связанным со значительными физическими нагрузками, но и отсутствием достаточной офтальмологической помощи, а также невозможностью участия в реабилитационных, просветительных и психокоррекционных мероприятиях. Обращает на себя внимание то обстоятельство, что многие жители Самары, говоря о своих представлении-