УДК 616.89:616.831-006:612.176

В. В. Огоренко

РОЛЬ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ И ОСОБЕННОСТЯХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ НЕВРОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В. В. Огоренко

РОЛЬ ГОСТРИХ І ХРОНІЧНИХ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ У ФОРМУВАННІ ТА ОСОБЛИВОСТЯХ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ НЕВРОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

V. V. Ogorenko

THE ROLE OF ACUTE AND CHRONIC STRESS FACTORS IN THE FORMATION AND CHARACTERISTICS OF THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF NEUROTIC DISORDERS IN PATIENTS WITH BRAIN TUMORS

Формирование опухолей головного мозга в большинстве случаев сопровождается изменениями психического состояния больных. Одной из причин поздней диагностики новообразований является не только низкая нейроонкологическая настороженность врачей-интернистов, психотерапевтов и психиатров, к которым чаще всего в начале заболевания больные обращаются самостоятельно либо направляются на консультацию, но и недостаточная изученность ранних психопатологических проявлений опухолей головного мозга. Во многих случаях факторы психической травматизации и развившиеся вслед за ними психические нарушения расцениваются клиницистами как психоадаптационные либо психодездаптационные расстройства, что оказывает негативное влияние на своевременность диагностики опухолей головного мозга.

Изучена роль острых и хронических стрессовых факторов в формировании и особенностях клинико-психопатологических проявлений невротических нарушений у больных доброкачественными и злокачественными опухолями головного мозга с психопатологическим вариантом клинической манифестации. Продемонстрирован различный характер влияния острых и кумулятивных стрессов на формирование невротических психических нарушений, что необходимо учитывать при диагностике опухолей головного мозга, дебютирующих психическими расстройствами.

Ключевые слова: доброкачественные и злокачественные опухоли головного мозга, психопатологические проявления, невротические расстройства, острые и куммулятивные стрессы

Формування пухлин головного мозку в більшості випадків супроводжується змінами психічного стану хворих. Однією з причин пізньої діагностики новоутворень є не тільки низька нейроонкологічна настороженість лікарів-інтерністів, психотерапевтів і психіатрів, до яких найчастіше на початку захворювання хворі звертаються самостійно або направляються на консультацію, а й недостатня вивченість ранніх психопатологічних проявів пухлин головного мозку. У багатьох випадках фактори психічної травматизації і розвинуті слідом за ними психічні порушення розцінюються клініцистами як психоадаптаційні або психодездаптаційні розлади, що негативно впливає на своєчасність діагностики пухлин головного мозку.

Вивчено роль гострих і хронічних стресових факторів у формуванні та особливості клініко-психопатологічних проявів невротичних порушень у хворих доброякісними і злоякісними пухлинами головного мозку з психопатологічним варіантом клінічної маніфестації. Продемонстрований різний характер впливу гострих і кумулятивних стресів на формування невротичних психічних порушень, що необхідно враховувати під час діагностики пухлин головного мозку, які дебютували психічними розладами.

Ключові слова: доброякісні та злоякісні пухлини головного мозку, психопатологічні прояви, невротичні розлади, гострі та кумулятивні стреси

Formation of brain tumors is accompanied by changes in the mental state of patients in most cases. One of the reasons for late diagnosis of tumors is not only low neurooncological alertness physicians-internists doctors, psychiatrists and psychotherapists, but also insufficient knowledge about early psychopathological manifestations of brain tumors. In many cases mental trauma and the following disorders assessed by clinicians as psychoadaptive psychodisadaptive disorder that has negative impact on the timeliness of diagnosis of brain tumors.

The role of acute and chronic stress factors in the formation and characteristics of clinical and psychopathological manifestations of neurotic disorders in patients with benign and malignant tumors of the brain with clinical manifestation of psychopathological option. We demonstrate the impact of different types of acute and cumulative stress on the formation of borderline mental disorders, which should be considered in the diagnosis of brain tumors, debuting mental disorders.

Key words: benign and malignant tumors of the brain, psychopatalogical manifestations, neurotic disorders, acute and cumulative stresses

Психические расстройства при опухолях головного мозга многообразны, это почти все описанные в психиатрии продуктивные и негативные синдромы. Являющиеся хрестоматийными данные о психопатологических нарушениях, сопровождающих новообразования головного мозга [2—4], в большинстве своем касаются клинически манифестировавших очаговыми либо общемозговыми синдромами случаев. Хорошо известно, что опухоли головного мозга, особенно злокачественные, в силу особенностей роста, характеризуются достаточно ранними клиническими проявлениями; современные методы нейровизуализации позволяют достаточно точно установить наличие опухоли. Вместе с тем в нейрохирургические клиники больные чаще всего поступают с опухолями больших размеров, нередко в состоянии суб- или декомпенсации [5; 6]. Зачастую психопатологические нарушения становятся первыми и наиболее ранними проявлениями онкологической патологии — формирование опухолей, локализующихся в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния, по данным разных авторов, в 40—100 % случаев [5—8].

Связь между психосоциальными факторами, личностью больного и новообразованиями головного мозга широко обсуждается в психоонкологии. Во многом не изученными остаются аспекты ранних психических нарушений и роль в их возникновении различных психосоциальных, в том числе стрессовых, факторов [9; 10].

Цель исследования — изучить роль острых и хронических стрессовых факторов в формировании и особенностях клинических проявлений невротических нарушений у больных с доброкачественными

© Огоренко В. В., 2014

и злокачественными опухолями головного мозга, манифестировавшими психическими расстройствами.

Выборку составили 188 больных с непсихотическим уровнем психических нарушений как ранних клинических проявлений опухолей головного мозга (ОГМ), в возрасте от 19 до 59 лет, из них 89 мужчин и 99 женщин (средний возраст 43,6 ± 12,5 года и 45,7 ± 11,7 года соответственно). В соответствии с гистологическими данными у 87 больных диагностированы первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные злокачественные (ЗНО), у 101 — доброкачественные (ДНО) опухоли головного мозга. Дифференциально-диагностический период (от появления психопатологических нарушений до диагностики новообразования) в среднем по группе составил 7,4 ± 7,2 месяца (в группе пациентов с ДНО — 9,2 ± 8,4 месяца, ЗНО — 5,6 ± 2,9 месяца).

Исследование проводилось с помощью клинического психиатрического (включавшего клинико-анамнестический метод) обследования с использованием объективных данных из доступной медицинской документации, с добровольного согласия пациентов. При этом использовалось структурированное интервью. Клинико-психопатологическая часть интервью содержала стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ-10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные на этапе подготовки исследования и позволяющее уточнять биографические данные, уровень образования, культуральные особенности микросреды, социальный и семейный статус, наличие в течение нескольких лет до возникновения новообразования головного мозга тяжелых стрессовых событий, преморбидные личностные характеристики. Использовался стандартизованный опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R) для стандартизации психопатологических феноменов психических расстройств. Статистический анализ выполнялся с помощью лицензионных пакетов программ SPSS 13.0 for Windows, Statistica 7.0 for Windows.

В связи с высокой распространенностью в изученной выборке лиц, переживших серьезные стрессы, были подробно изучены характер и частотное распределение стрессорных воздействий в целом по группе больных ОГМ и в подгруппах ДНО и ЗНО (табл. 1).

Таблица 1

Частотные распределения стрессовых факторов в выборке больных ОГМ

Характер стрессорных факторов	ДНО, %	ЗНО, %	Всего, %
Тяжелые стрессы не выявлены	45,5	32,2	39,6
Острые стрессы	16,8	21,8	19,2
Кумулятивные стрессы	48,5	56,3	54,3
Стрессы, связанные с профессионально-экономическими факторами	57,7	39,1	48,4
Стрессы, связанные с неблагополучием семейной жизни	42,2	50,6	49,5
Стрессы, связанные со смертью, в том числе значимых других	31,1	51,7	51,1

При анализе психосоциальных стрессовых факторов учитывались: характер воздействия (острый/кумулятивный); наличие/отсутствие тяжелых психосоциальных стрессов в периоде, непосредственно предшествующем появлению психопатологических расстройств; длительность периода от последнего тяжелого стрессового события до верификации диагноза. Перечень психосоциальных стрессов включал стрессы, пережитые больными на протяжении жизни, в том числе те, которые обладают наиболее интенсивным психотравмирующим воздействием.

В изученной выборке 60,4 % больных пережили на протяжении жизни и в периоде, непосредственно предшествующем ранним психопатологическим проявлениям опухолевого процесса, тяжелые стрессы. Анализ полученных данных показал, что на первом месте по распространенности и степени значимости находятся стрессы, связанные со смертью (51,1 % из числа обследованных в анамнезе пережили смерть значимых других — супругов, детей, родителей, либо были свидетелями внезапной гибели других людей). Следующими по степени значимости явились стрессы, связанные с собственным разводом, разводом родителей, неблагополучием семейной жизни детей (отмечены у 49,5 % больных). Серьезная экономическая нужда, потеря профессионального статуса (уход на пенсию, вынужденное изменение места работы) вошли в третью по распространенности группу стрессов с интенсивным психотравмирующим воздействием (отмечены у 48,4 %). У 101 больного (65,1 %) отмечено накопление негативных эмоциональных переживаний психотравмирующих событий, имевших место в жизни до клинической манифестации ОГМ психическими нарушениями. Перечисленные значимые психотравмирующие ситуации носили характер острого стресса (в периоде, непосредственно предшествующем ранним психопатологическим проявлениям опухолевого процесса) у 19,2 % больных.

Психические нарушения пограничного уровня в периоде клинического дебюта ОГМ явились причиной самостоятельного первичного обращения либо направления врачами-интернистами за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью у 98,4 % из числа вошедших в выборку больных. Появление психических нарушений больные связывали с психотравмирующими ситуациями. На начальном этапе клинических проявлений онкологической патологии головного мозга все пациенты исследованной выборки принимали различные виды психотерапевтической и психофармакотерапевтической помощи в амбулаторных условиях; 179 человек (95,2 %) из числа обследованных больных госпитализировались в отделения психоневрологического и психиатрического профиля.

Психопатология периода начальных проявлений в изученной выборке была представлена астеническими, неврастеническими и депрессивными компонентами невротических нарушений. 87,8 % наблюдений относились к субклиническому уровню. Частотное распределение наблюдений психопатологических компонентов невротических состояний представлено в таблице 2.

При ДНО различной продолжительности четко очерченные астенические состояния, предшествовавшие развитию невротических симптомокомплексов, отмечены во всех наблюдениях (у 101 больного). При ЗНО астенические состояния как начальные проявления психопатологических нарушений выяв-

лены у 78 больных (89,6 %). В структуре астении при ДНО психалгический компонент отмечен у 18 человек (17,7 %), адинамический — у 18 человек (17,7 %); у 25 больных в структуре астении отмечен четко представленный тревожный, у 24 — депрессивный компоненты (23,8 % и 24,8 % соответственно из числа всех наблюдений астенических состояний в группе ДНО). При ЗНО выявлены иные пропорции анализируемых компонентов астенических нарушений: отсутствовали наблюдения астении с психалгическим компонентом; преобладали адинамический (30,8 %) и депрессивный (25,5 %) компоненты; наименее представлены состояния с тревожным компонентом (у 15 больных, 19,3 %).

Таблица 2

Частотное распределение психопатологических состояний на начальном этапе диагностического периода ОГМ в группах больных ДНО (*n* = 101) и ЗНО (*n* = 87)

Клинические проявления невротических нарушений	% наблюдений	
	ДНО	ЗНО
Астенические состояния		
Астенические	15,8	24,4
Астенические с психалгическим компонентом	17,8	—
Астенические с адинамическим компонентом	17,8	30,8
Астенические с тревожным компонентом	23,8	19,3
Астенические с депрессивным компонентом	24,8	25,5
Неврастенические состояния		
С преобладанием вегетативных симптомов	33,8	28,6
С преобладанием диссомний	38,0	45,7
С преобладанием сенестопатий	28,2	25,7
Депрессивные состояния		
Субдепрессивные с адинамическим компонентом	20,0	46,1
Субдепрессивные с тревожным компонентом	36,7	30,8
Субдепрессивные с тоскливым компонентом	43,3	23,1

Трансформация астенических реакций в неврастенические и депрессивные симптомокомплексы наблюдалась у 179 больных (97,5 %). При ДНО неврастенические состояния (*n* = 71) с преобладанием диссомний отмечались у 27 человек (38,0 % из числа всех наблюдений неврастенических состояний в группе ДНО), с преобладанием вегетативных симптомов — у 24 (33,8 %), с преобладанием сенестопатий — у 20 человек (28,8 %). При ЗНО в структуре неврастенических нарушений (*n* = 35) преобладали диссомнии у 45,7 %, вегетативные симптомы — у 28,6 %, сенестопатии — у 25,7 % больных (из числа всех наблюдений неврастенических состояний в группе ЗНО).

Невротические состояния с преобладанием депрессивных нарушений выявлены у 82 больных ОГМ: у 30 пациентов ДНО и 52 — ЗНО. При ДНО преобладали субдепрессивные состояния с тоскливым (*n* = 13, 43,3 %) и тревожным (*n* = 11, 36,7 %) компонентами; субдепрессивные нарушения с апатическим компонентом отмечены у 6 человек (20,0 % из числа всех наблюдений депрессивных состояний в группе ДНО). При ЗНО субдепрессивные состояния с апатическим компонентом составили 46,1 % из числа наблюдений депрессивных расстройств в данной группе; субдепрессивные состояния с тревожным (*n* = 16) и тоскливым (*n* = 12) компонентами составили соответственно 30,8 % и 23,1 % из числа всех наблюдений депрессивных состояний в группе ЗНО. Анализируемые субклинические депрессивные нарушения как инициальные проявления у 11 больных ЗНО развились без предшествующих астенических состояний.

Выявлена достоверная прямая корреляционная связь ($p > 0{,}01$) между признаком «острые стрессы» и развитием выраженных астенических состояний в структуре клинических проявлений злокачественных ($r = 0{,}67$) и доброкачественных ($r = 0{,}69$) опухолей головного мозга, а также между признаком «кумулятивные стрессы» и развитием астенических состояний с адинамическим компонентом в структуре клинических проявлений злокачественных ($r = 0{,}68$) и доброкачественных ($r = 0{,}52$) опухолей.

Таким образом, проведенное исследование показало существенное влияние факторов психической травматизации на формирование и клинические проявления психических нарушений при психопатологическом варианте дебюта доброкачественных и злокачественных опухолей головного мозга. Показан различный характер влияния острых и кумулятивных стрессов на формирование пограничных психических нарушений, что необходимо учитывать при оценке и квалификации данных состояний с целью сокращения длительности диагностического маршрута и оптимизации ранней диагностики опухолей головного мозга, манифестирующих психическими расстройствами.

Список литературы

1. Абашеев-Константиновский А. Л. Психопатология при опухолях головного мозга / А. Л. Абашеев-Константиновский. — М., 1973.
2. Гринберг Д. Клиническая неврология / Гринберг Д., Аминофф М., Саймон Р. — М., 2004.
3. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия / Т. А. Доброхотова. — М., 2006.
4. Улитин А. Ю. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Санкт-Петербурге / Улитин А. Ю., Олюшин В. Е., Поляков И. В. // Вопросы нейрохирургии. — 2005. — № 1. — С. 6—12.
5. Медяник И. А. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга / И. А. Медяник, А. П. Фраерман // Журнал неврологии и психиатрии. — 2008. — № 12. — С. 71—74.
6. Olson, J. D. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma / Olson JD, Riedel E, DeAngelis LM. // J. Neurol. — 2000. — Vol. 54. — P. 1442—1448.
7. Слезкина Л. А. Клинические особенности опухолей головного мозга / Слезкина Л. А., Евдокимова Г. А., Лапина Г. М. // Неврологический вестник. — 2004. — Т. XXXVI, вып. 1—2 — С. 86—89.
8. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных / А. В. Гнездилов // Практическая онкология. — 2001. — № 1(5). — С. 5—6.
9. Дудниченко А. С. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей / Дудниченко А. С., Дышлевая Л. Н., Дышлевой А. Ю. // Проблеми медичної науки та освіти. — 2003. — № 3. — С. 34—37.
10. Роль психосоциальных стрессоров в динамике угрожающих жизни болезней (на примере рака молочной железы) / [Журавлев А. Л., Тарабрина Н. В., Генс Г. П. и др.] // В кн.: Фундаментальные науки — медицине. — М.: «Слово», 2005. — С. 42—44.

Надійшла до редакції 11.12.2013 р.

ОГОРЕНКО Виктория Викторовна, доктор медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии ФПО Государственного учреждения «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», г. Днепропетровск; e-mail: kafpsydnep@i.ua.

OGORENKO Viktoriia Viktorivna, MD, Doctor of Medical Sciences, assistant of the Department of Psychiatry FPE of the State Institution "Dnipropetrovs'k medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipropetrovs'k; e-mail: kafpsydnep@i.ua