

В. В. Огоренко, канд. мед. наук
Днепропетровская государственная медицинская академия
(г. Днепропетровск)

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ РАННИХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Злокачественные новообразования представляют собой одну из наиболее тяжелых форм патологии головного мозга, их ранняя диагностика остается достаточно сложной проблемой. Изучены социально-психологические характеристики и особенности ранних психопатологических нарушений в группе больных с психопатологическим типом клинической манифестации злокачественных опухолей головного мозга. Структура и особенности выявленных психических нарушений позволяют говорить о наличии специфических ранних признаков клинических проявлений злокачественных новообразований головного мозга.

Ключевые слова: злокачественные новообразования головного мозга, ранние клинические проявления, социально-психологические особенности, преморбидные личностные акцентуации, психопатологические расстройства

Злокачественные новообразования (ЗНО) представляют собой одну из наиболее тяжелых форм патологии головного мозга. Концепция максимального радикализма в лечении, малая продолжительность общей, безрецидивной выживаемости и низкое качество жизни больных, оперированных по поводу злокачественных опухолей головного мозга, порождают сложные, социально важные и в тоже время трудноразрешимые в нашем обществе проблемы дальнейшего существования пациентов [1—4]. Несмотря на современные методы диагностики, в том числе нейровизуализацию, позволяющую точно установить наличие опухоли головного мозга [5], ранняя диагностика ЗНО остается достаточно сложной проблемой. Хорошо известно, что опухоли головного мозга, особенно злокачественные, в силу особенностей роста, характеризуются достаточно ранними клиническими проявлениями, однако по данным различных авторов период между первыми проявлениями заболевания и окончательной постановкой диагноза составляет от 24 до 1 месяца [6—8 и др.]. В связи с этим в нейрохирургические клиники больные чаще всего поступают с опухолями больших размеров, в состоянии субкомпенсации либо декомпенсации [8; 7].

Целью исследования явилось изучение социально-психологических характеристик и особенностей ранних психопатологических нарушений в группе больных с психопатологическим типом клинической манифестации злокачественных опухолей головного мозга.

Обследовано 126 больных с дебютом злокачественных новообразований мозга в виде психических расстройств. Отбор в исследуемую группу проводился на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в предоперационном периоде до верификации диагноза. В исследованную группу вошли пациенты без преморбидного отягощения психическими расстройствами и расстройствами поведения, с отсутствием сопутствующих болезней нервной системы и соматических заболеваний,

вызывающих раннее поражение нервной системы, без нарушений сознания и признаков гипертензионно-дислокационного синдрома на этапах психиатрического клинко-психопатологического исследования. Психиатрическое обследование проводилось клиническим методом (изучение анамнеза, клинический расспрос и наблюдение) с использованием объективных данных из доступной медицинской документации, с добровольного согласия пациентов; при обследовании в качестве оценочных инструментов использовали стандартизованные диагностические/экспертные шкалы психодиагностических тестов-опросников (опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R), краткая шкала оценки психического статуса (mini-mental state examination, MMSE).

Диагноз ЗНО верифицирован результатами магнитно-резонансной либо эмиссионно-позитронной томографии и данными патогистологического исследования операционного материала: у 34 % обследованных нами больных первичные злокачественные супратенториальные интрацеребральные одиночные опухоли локализовались в лобных долях ($n = 43$), у 38 % пациентов диагностирована височная локализация опухолевого процесса ($n = 48$), в 28 % наблюдений выявлена теменная локализация ЗНО ($n = 35$). Средняя продолжительность клинко-диагностического периода (от первичного обращения до верификации диагноза) в группе составила 5,6 месяца при минимальном и максимальном значениях 1,5 и 14,5 месяцев соответственно.

В группе пациентов со злокачественными новообразованиями головного мозга преобладали лица возрастной категории 41—60 лет (62 %) (возрастной диапазон обследованных находился в пределах 21—62 лет, процент мужчин и женщин в исследованной выборке — 58,00 % и 42,00 % соответственно). У 66 % обследованных отмечен средний и средне-специальный уровень образования; высшее образование — у 27 пациентов изученной выборки (21 %). Достоверных различий в образовательном уровне между мужчинами и женщинами не выявлено. На момент обследования состояли в браке 26 % пациентов; низкий уровень социальной поддержки отмечен у 61 % (55 человек состояли в разводе, 12 — вдовствовали, 10 человек из 26 не состоявших в браке пережили серьезные стрессы, связанные со значимыми другими). У более чем 90 % обследованных нами больных выявлены достаточно выраженные характерологические особенности преморбиды, которые, однако не достигали клинического уровня расстройства личности. Распределение больных в зависимости от семейного положения свидетельствует о достоверно низком числе состоящих в браке (относительная величина показателя не изменяется при исключении лиц, не успевших создать семью).

В психонкології широко обговорюються питання про специфічну онкологічну передиспозицію, зокрема вплив стресових факторів на розвиток онкологічного захворювання [2; 9; 10]. В зв'язі з відносно високою поширеністю в вибірці ЗНО осіб, переживших серйозні стреси, в тому числі пов'язані з «значимими іншими», докладно вивчено характер вказаного фактора. Перелік психосоціальних стресових факторів включав стреси, пережиті хворими протягом життя, в тому числі ті, які надають найбільш інтенсивний психотравмуючий вплив. Аналіз отриманих даних показав, що на першому місці за поширеністю і ступенем значимості знаходяться стреси, пов'язані зі смертю (51,2 % з числа досліджуваних в анамнезі пережили смерть значимих інших — подружжя, дітей, батьків, або були свідками раптової смерті інших осіб). Наступними за ступенем значимості стали стреси, пов'язані з власним розводом, розводом батьків, погіршенням сімейного життя дітей (відзначено в 49,8 % випадків). Серйозна економічна потреба, втрата професійного статусу (вихід на пенсію, примусове змінення місця роботи) потрапили в третю за поширеністю групу стресових факторів з інтенсивним психотравмуючим впливом (відзначено у 38,4 % пацієнтів ЗНО). Разом з тим, в переважаючій більшості випадків (76,7 % з числа вивчених в обговорювану підгрупу осіб) можна з відносною ймовірністю говорити тільки про кумулятивний характер стресових факторів (накопичення негативних емоційних переживань

психотравмуючих подій, які мали місце в житті хворого до початкових або явних проявів ЗНО). Перераховані значимі психотравмуючі ситуації носили характер гострого стресу лише в 12,8 % спостережень (в цих випадках психопатологічний тип клінічної прояви ЗНО розвивався впродовж 5,2 ± 0,7 місяця).

Аналіз причин первинного звернення за допомогою в дослідженій вибірці хворих свідчить про переважання в початковому періоді на синдромальному і симптоматичному рівнях афективних розладів, а також змін особистості (76,7 %). В вибірці хворих злоякісними новоутвореннями характерні зміни і вторинна психопатологізація в більшості спостережень проявлялися клінічним радикалом, корелюючим з ведучими властивостями преморбиди; тільки в 3 % спостережень відзначено виникнення симптомів психопатологічного реєстра поза зв'язком з психологічними особливостями особистості. Ці прояви спочатку розцінювалися як прояви реакції адаптації, так як по часу виникнення співпадали з актуальними негативними стресовими подіями в житті пацієнтів. З пацієнтів з ЗНО в період до клінічної прояви опухолі 22,5 % зверталися за консультативною психотерапевтичною і психіатричною допомогою самостійно, 54,8 % були направлені на консультацію психіатра лікарями-інтерністами; 28,3 % госпіталізовані в психіатричний стаціонар по настоянню родичів або близьких знайомих.

Розподіл психічних розладів в вибірці хворих ЗНО

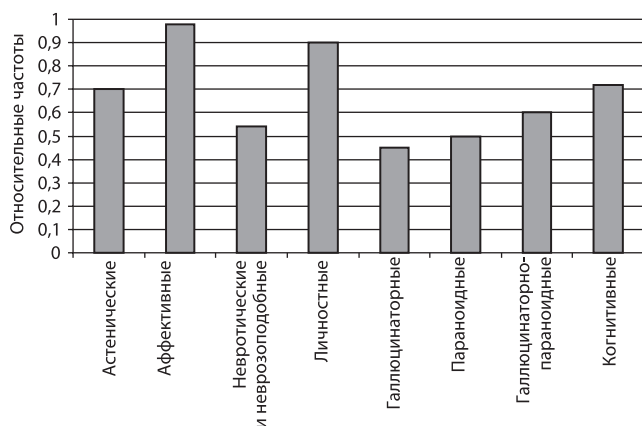
Психічні розлади (розділи МКБ-10)	Хворі зі злоякісними новоутвореннями головного мозку					
	чол.		жін.		всього	
	N	%	N	%	N	%
Деменція без додаткових симптомів (F 02.803)	3	1,32	—	—	3	1,32
Органічний галюциноз (F 06.03)	5	2,20	5	2,20	10	4,40
Органічне бредове розладження (F 06.23)	10	4,40	4	1,76	14	6,16
Органічні розлади настрою (F 06.3)	45	19,82	44	19,38	89	39,21
Легке когнітивне розладження (F 06.73)	13	5,72	15	6,61	28	12,33
Розладження особистості органічної етіології (F 07.3)	51	22,47	32	14,10	83	36,57
Кількість (%)	127 (55,95)		100 (44,05)		227 (100)	

В таблиці представлено кількість спостережень психопатологічної симптоматики, кваліфікованої як психічне розладження згідно з діагностичними рубриками МКБ-10 на етапі відбору в досліджувану групу до верифікації діагнозу. Дані, наведені в таблиці, свідчать про виражену клінічну гетерогенність і неоднозначність психопатологічної симптоматики у хворих з дебютом ЗНО в формі психічних розладів: у 98 % пацієнтів з вибірки ЗНО на різних етапах діагностовано не менше двох варіантів психічних розладів, кваліфікованих як «психічне розладження», що відповідає рубрикам МКБ-10.

Середні частоти психопатологічних синдромів представлені на рисунку.

Як видно з наведених даних, у хворих злоякісними новоутвореннями головного мозку в структурі психопатологічних розладів переважають афективні, психопатологічні і когнітивні порушення. Найбільш поліморфизм психопатологічних симптомів і синдромів в дослідженій вибірці спостережень помітний при лобній і височній локалізаціях первинних злоякісних новоутворень.

Афективна патологія в більшості спостережень представлена гіпотимічними станами.



Средние частоты психопатологических синдромов в группе больных ЗНО (n = 126)

Только при лобной локализации ЗНО, в 8 случаях, гипотимические симптомокомплексы наблюдались кратковременно в инициальном периоде, имели четко очерченный переход в гипоманиакальный синдром с психопатоподобным поведением. Характерная особенность депрессивных состояний непсихотического регистра при лобной локализации опухоли — отсутствие ипохондрической симптоматики и тревожно-го компонента в структуре депрессии. Аффективная патология непсихотического регистра при височной и теменной локализации ЗНО представлена только гипотимическими состояниями, которые в преобладающем большинстве характеризовались атипичностью — преобладали адинамическая субдепрессия и тревожные состояния с явлениями стойкой гипотимии. Во всех случаях аффективные нарушения сопровождались стойкими инсомническими расстройствами. Особенность невротоподобного регистра психопатологических синдромов состояла в том, что все случаи наблюдались в «инициальном периоде» психопатологического дебюта ЗНО, который у больных имел достаточную очерченность, проявился после острого стресса и феноменологически был представлен полиморфными компонентами неврастенического, деперсонализационно-дереализационного и истерического симптомокомплексов. Появление первых психопатологических симптомов все больные связывали с психотравмирующими ситуациями, однако в последующем симптоматика быстро «отрывалась» от психогении.

Психотический регистр отмечен в 15 % наблюдений (N = 34, n = 16). Психические расстройства психотического уровня представлены галлюцинаторными, параноидными, галлюцинаторно-параноидными и аффективными синдромами. Во всех наблюдениях психотические феномены характеризовались полиморфностью, синдромальной незавершенностью, атипичностью. Интересным представляется выявленный во всех случаях психотического манифеста ЗНО височной локализации очерченный «инициальный период», который кроме астенических состояний был представлен полиморфными и вариабельными компонентами неврастенического, абсессивно-фобического и истерического симптомокомплексов.

Нарушения в когнитивной сфере, соответствующие клиническим критериям раздела «Легкое когнитивное

расстройство» МКБ-10 выявлены в 14 % наблюдений, при этом на протяжении клинко-диагностического периода 3 случая нарушений в когнитивной сфере были перекалфицированы в «мягкую деменцию». Изменения когнитивных процессов, не достигающие психопатологического уровня, наблюдались практически во всех случаях.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии социально-психологических особенностей, характерных для больных с ЗНО: у более чем 90 % обследованных нами пациентов выявлены преморбидные личностные акцентуации; изученная выборка характеризовалась низким уровнем социальной поддержки и значительным количеством пережитых на протяжении жизни психосоциальных стрессов, в том числе обладавших наиболее интенсивным психотравмирующим воздействием. Выявлены структуральные особенности ранних психопатологических расстройств при дебюте злокачественных новообразований головного мозга психическими нарушениями. Установлено, что в целом для первичных злокачественных опухолей мозга характерна выраженная клиническая гетерогенность и неоднозначность психопатологической симптоматики. Вместе с тем структура и особенности выявленных психических нарушений позволяют говорить о наличии специфических ранних признаков клинических проявлений злокачественных новообразований головного мозга.

Список литературы

1. Главацкий, О. Я. Прогнозування якості життя хворих з гліомами супратенторіальної локалізації після хірургічного лікування / О. Я. Главацкий, Л. П. Чепкий // Український нейрохірургічний журнал. — 2007. — № 3. — С. 28.
2. Незнанов, Н. Г. Медико-психологические аспекты онкологии (анализ проблемы и общие рекомендации) / Н. Г. Незнанов, В. В. Дунаевский // Психические расстройства в общей медицине / под ред. А. Б. Смулевича. — 2009. — № 1. — С. 13—16.
3. Surgical management of intracranial gliomas—does radical resection improve outcome? / [Laws E. R., Shaffrey M. E., Morris A., Anderson F. A. Jr.] // Acta Neurochir. — 2003. — Vol. 85. — P. 47—53.
4. Olson, J. D. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma / Olson, J. D., Riedel E., DeAngelis L. M. // J. Neurol. — 2000. — Vol. 54. — P. 1442—1448.
5. Подопригора, А. Е. Протонная магнитно-резонансная спектроскопия в диагностике объемных заболеваний головного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Е. Подопригора. — М., 2002. — 30 с.
6. 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.
7. 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.
8. Улитин, А. Ю. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Санкт-Петербурге / Улитин А. Ю., Олюшин В. Е., Поляков И. В. // Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. — 2005; № 1. — С. 6—12.
9. Koocher, G. P. The Damocles Syndrome: Psychosocial Consequences of Surviving Childhood Cancer / G. P. Koocher, J. E. O'Malley. — N. Y.: McGraw-Hill, 1984.
10. Психоиммунологические эффекты гипносуггестивной психотерапии больных онкологическими заболеваниями (предварительные результаты) / [Бухтояров О. В., Кожевников В. С., Банул Н. В. и др.] // Российский психиатрический журнал. — 2007. — № 1 — С. 64—70.

Надійшла до редакції 29.03.2011 р.

В. В. Огоренко

*Дніпропетровська державна медична академія
(м. Дніпропетровськ)*

**Соціально-психологічні характеристики та особливості
ранніх психопатологічних порушень у хворих
на злоякісні пухлини головного мозку**

Злоякісні новоутворення являють собою одну з найбільш важких форм патології головного мозку, їхня рання діагностика лишається достатньо серйозною проблемою. Вивчені соціально-психологічні характеристики та особливості ранніх психопатологічних порушень в групі хворих з психопатологічним типом клінічної маніфестації злоякісних пухлин головного мозку. Структура та особливості виявлених психічних порушень дозволяють говорити про наявність специфічних ранніх ознак клінічних проявів злоякісних новоутворень головного мозку.

Ключові слова: злоякісне новоутворення головного мозку, ранні клінічні прояви, соціально-психологічні особливості, преморбідні особистісні акцентуації, психопатологічні розлади.

V. V. Ogorenko

Dnipropetrovsk state medical Academy (Dnipropetrovsk)

**Social-psychological characteristics and features
of earlier psychopathological impairments that patients
with brain tumor have**

The malignant new growth are one of the most difficult pathology of brain, their earlier diagnostics still is serious problem. Social-psychological characteristics and features of earlier psychopathological impairments in group of patients ill with psychopathological type of clinical manifestation of malignant brain tumors are learned. Structure and features of defined psychological impairments let us say about presence specific earlier signs of clinical manifestation of malignant brain tumors.

Key words: The malignant brain new growth, earlier signs of clinical manifestation, social-psychological characteristics and features, premorbid features of accentuation, psychological impairments.

УДК 615:616-07]:616.89-008.

О. В. Парамош, канд. фарм. наук, Б. П. Громош, д-р фарм. наук, проф.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
(м. Львів)

ФАРМАЦЕВТИЧНА ДІАГНОСТИКА ФАРМАКОФОБІЇ

На основі анкетного опитування аптечних спеціалістів встановлені їхні думки відносно причин та особливостей лікування фармакофобії. Показано, що думки респондентів щодо лікування хворих на фармакофобію корелюють з розробленою терапевтичною схемою, однак відповідна проблема потребує спеціального алгоритму фармацевтичної опіки для хворих на фармакофобію. Встановлено, що більшість причин фармакофобії пов'язані з неналежною організацією медичної та фармацевтичної допомоги, а також соціальною та інформаційною складовими, тому їх усунення потребує належного державного управління охороною здоров'я, а також співпраці лікарів, аптечних фахівців, громадськості та засобів масової інформації.

Ключові слова: фармакофобія, фармацевтична діагностика, опитування, аптечні фахівці

Сучасна статистика свідчить, що кожна восьма людина має певну фобію, тобто надмірні побоювання якого-небудь об'єкта чи ситуації [1]. Серед нині відомих понад тисячу видів фобій чільне місце займає фармакофобія (ірраціональний, інтенсивний і постійний страх стосовно приймання ліків), основними причинами якої є ірраціональний страх, відчуття паніки, жаху та страху, пришвидшене серцебиття, задуха, нудота, сухість у роті, тремтіння, тривога перед прийомом лікарських засобів [2].

Фармакофобія, насамперед, може бути зумовлена [3]:

- відсутністю поінформованості пацієнта або лікаря стосовно побічних реакцій, що може мати серйозні негативні наслідки для здоров'я пацієнта;
- помилковим асоціюванням пацієнтами симптомів гострого захворювання з віддаленою дією ліків, які використовуються для фармакотерапії цієї хвороби;
- недостатньою поінформованістю лікаря про схильності пацієнтів до несприятливих наслідків (наприклад, пацієнтів з тривожними розладами та осіб поважного віку);

- неприємними побічними ефектами від препаратів, які іноді призначають неналежним чином або в надмірних дозах;

- внаслідок побічних реакцій від застосування психотропних препаратів;

- побоюваннями батьків, що призначені їхнім дітям ліки можуть завдати більше шкоди, ніж користі.

Фармакофобія може також бути результатом ефекту ноцебо (від лат. *nocebo* — я нашкоджую) [4, 5]. У фармакології під ноцебо розуміють засіб, що не має реальної фармакологічної дії, але викликає негативну реакцію у пацієнта. Зокрема, пацієнти іноді повідомляють про несподівані та нехарактерні для даного лікарського засобу побічні ефекти, які не можуть бути пояснені механізмом його дії. Розрізняють декілька чинників ефекту ноцебо, серед яких: очікування пацієнтом певних побічних реакцій ще до початку лікування внаслідок наявності такої інформації, попередній досвід лікування певними препаратами та, особливо, особистісні риси пацієнта і соціальне середовище, в якому вживаються ліки.

За даними [6], незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених аналізу формування, перебігу та терапії фобічного синдрому, на сьогодні недостатньо відомостей про причини розвитку, особливості клінічної картини та лікувальної тактики нав'язливого страху перед прийомом лікарських засобів.

Тому метою нашої роботи було здійснити фармацевтичну діагностику фармакофобії для встановлення розуміння аптечними фахівцями її причин та особливостей лікування.

Як методи дослідження в роботі використовувалась фармацевтична діагностика [7] та методи опитування і математичної статистики. Дизайн дослідження характеризувався такими параметрами:

1. Загальний обсяг вибірки: 108 респондентів — аптечних фахівців за спеціальністю «загальна фармація»