

УДК 616.831-006:616.89-008-036

*В.В. Огоренко***ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: психоонкология, опухоли головного мозга, психические расстройства инициального периода, психопатологическая структура, дифференциально-диагностические критерии

Достижения в клинической онкологии, улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения и, как следствие, увеличение продолжительности жизни больных привели к формированию в структуре онкологии самостоятельной дисциплины – психоонкологии. Благодаря многочисленным исследованиям выделены онкологические заболевания, наиболее часто сочетающиеся с психическими нарушениями [1-3]; актуальные эпидемиологические исследования позволяют проводить сравнительное изучение спектра и частоты повышенного риска развития психических расстройств в зависимости от локализации онкологического процесса [4-6]. Тем не менее, проблема психических расстройств и симптоматических психозов, в частности, в онкологии достаточно сложна. Речь идет не только о дифференциации симптоматических психозов с эндогенными психозами, спровоцированными экзогенными воздействиями, но и об анализе причин возникновения ряда психотических картин, при которых кроме онкологического заболевания определенную роль играют интенсивные методы терапии, связанные с возможностью формирования органических изменений мозга, которые в свою очередь отражаются на структуре развивающегося психоза [7]. В общей популяции онкологических больных пациенты с опухолями головного мозга (ОГМ) выделяются целым рядом особенностей. К ним относит-

ся, в первую очередь, многообразие психических расстройств, сопутствующих онкологической патологии головного мозга - это почти все описанные в психиатрии продуктивные и негативные синдромы. Зачастую психопатологические нарушения становятся первыми и наиболее ранними проявлениями онкологической патологии - формирование опухолей, локализующихся в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния в 60–100% случаев [8-11]. Во многих случаях клиническая манифестация первичных ОГМ психическими расстройствами является причиной поздней диагностики – нередко в нейрохирургические клиники больные поступают с опухолями больших размеров, в состоянии субкомпенсации или декомпенсации [12; 13], что, в свою очередь, оказывает негативное влияние на результаты специализированного лечения, продолжительность жизни и возможности ресоциализации пациентов в дальнейшем. В связи с этим возрастает актуальность исследований психопатологии и клинических проявлений психических расстройств, сопровождающих формирование новообразований головного мозга.

Цель исследования - изучение психопатологической структуры и особенностей проявлений психических расстройств, явившихся клиническим вариантом дебюта первичных опухолей головного мозга.

Материал и методы исследования

Материалом исследования служили результаты психиатрического клинико-психопатологического и патопсихологического обследования 250 больных первичными опухолями головного мозга, дебютировавших психическими расстройствами. Отбор в исследуемую группу проводился на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в

предоперационном периоде. Критериями отбора служили следующие признаки: отсутствие преморбидного отягощения психическими расстройствами и расстройствами поведения (код по МКБ-10 – F00 – F99); отсутствие сопутствующих болезней нервной системы (код по МКБ-10 – G00 – G99) и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной систе-

мы; отсутствие на этапе клинико-диагностического обследования нарушений сознания, признаков гипертензионно-дислокационного синдрома; диагностированные стационарно и верифицированные результатами МРТ, эмиссионно-позитронной томографии, данными патогистологического исследования операционного материала первичные супратенториальные интрацеребральные одиночные опухоли в фазе клинической компенсации либо клинической субкомпенсации; возможность проведения в дооперационном периоде психопатологического и психологического обследования в необходимом для последующего анализа объеме.

Исследование проводилось с помощью таких методов, как клинический психиатрический и патопсихологический. Клиническое психиатрическое обследование, включавшее клинико-

анамнестический метод, проводилось с добровольного согласия пациентов, применялось структурированное интервью (как самого пациента, так и ближайших родственников). Использовались объективные данные из доступной медицинской документации. Клинико-психопатологическая часть интервью содержала стандартные международные критерии психических расстройств по МКБ-10 и оригинальные критерии оценки психических нарушений, разработанные на этапе подготовки исследования. В качестве оценочных инструментов использовались стандартизованные диагностические/экспертные шкалы тестов-опросников (опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), краткая шкала оценки психического статуса (mini-mental state examination, MMSE).

Результаты исследования и их обсуждение

Выборку составили 250 пациентов с верифицированными диагнозами первичных новообразований головного мозга, клинически манифестировавших психическими расстройствами, из них 140 (56%) мужчин и 110 (44%) женщин в возрасте от 19 до 62 лет (в среднем $44,8 \pm 15,9$ года). В соответствии с гистологическими данными у 126 (50,4%) пациентов диагностированы злокачественные (ЗНО), у 124 (49,6%) - доброкачественные (ДНО) опухоли головного мозга. Распределение пациентов по признаку локализации опухолевого процесса выявило следующее: лобная локализация диагностирована в 77 случаях (из них 46 наблюдений локализации в правой, 31 – в левой гемисферах); височная локализация составила 91 наблюдение (правосторонняя – 52, левосторонняя – 39); одиночные опухоли теменной локализации диагностированы в 82 случаях (из них 47 наблюдений локализации в правой, 35 – в левой гемисферах).

Средняя продолжительность наблюдения и обследования (с момента первичной обращаемости до операционного периода) в целом по группе составила $7,4 \pm 7,3$ месяца: у 37,6% включенных в выборку пациентов ($n=94$), от выявления той или иной степени выраженности психопатологической симптоматики до верификации диагноза прошло до 2 месяцев, у 57 человек (22,8%) - до 6 месяцев, период до 1 года отмечен у 20,8% обследованных ($n=52$), более 1 года - 18,8% ($n=47$). Анализ выявленных на диагностическом этапе (от появления психопатологической симптоматики до включения больных в ис-

следование) психических нарушений, свидетельствует о существенных различиях в их количестве и квалификационных категориях. Значительное разнообразие и в ряде случаев противоречивость в оценке психопатологических синдромов отчасти связано со сложным диагностическим маршрутом пациентов: в связи с особенностями симптоматики инициального периода в изученной группе выявлен высокий процент самостоятельного первичного обращения за консультативной психотерапевтической и амбулаторной психиатрической помощью (в 71,12% случаев); в дальнейшем, до верификации диагноза, более 78% пациентов направлялись на консультацию психиатра врачами-интернистами.

На начальных этапах диагностики психические расстройства в изученной выборке больных преимущественно были квалифицированы в рамках таких категорий, как «невротические, связанные со стрессом и соматоформные» (42,4%), «расстройства настроения» (20,8%); лишь у 20,4% выявленные расстройства вошли в рубрику «органические, включая симптоматические».

Психопатология инициального периода была представлена непсихотическим регистром – невротическими состояниями (преимущественно неврастеническими и ипохондрическими синдромами) и аффективными нарушениями (преимущественно легкими и непродолжительными депрессивными состояниями, квалифицированными в рамках расстройств адаптации), также изменениями личности (характеропатические

изменения в большинстве наблюдений проявлявшиеся клиническим радикалом, коррелирующим с ведущими свойствами преморбида). Следует отметить, что на протяжении всего клинико-диагностического периода пограничный тип психических нарушений сохранялся в 219 наблюдениях, однако синдромы и симптомокомплексы во всех случаях претерпевали динамические изменения (нарастала полиморфность, синдромальная незавершенность и атипичность).

В целом более выраженная клиническая гетерогенность и неоднозначность психопатологической симптоматики выявлена у больных с первичными злокачественными опухолями мозга: у 98% пациентов из выборки ЗНО на разных этапах диагностировано не менее двух вариантов психических нарушений, квалифицированных как «психическое расстройство», соответствующее рубрикам МКБ-10.

Изучение структуральных особенностей и закономерностей распределения частот ранних симптомов психических нарушений непсихотического регистра в изученной выборке больных в целом по группе выявило преобладание в синдромальной структуре аффективных, астенических и неврозоподобных расстройств, феноменология которых зависела от признаков злокачественности/доброкачественности и локализации опухолевого процесса. При лобной локализации аффективные нарушения в большинстве наблюдений представлены атипичными депрессивными синдромами со стойкими инсомническими и вегетативными расстройствами, при этом для злокачественных опухолей характерной особенностью депрессивных состояний было отсутствие в большинстве наблюдений тревожного компонента, а также ипохондрического синдрома; типологически однородные психопатологические симптомокомплексы в форме типичного субдепрессивного синдрома выявлены только в 1 случае: слабо выраженная тоска с оттенком скуки, подавленности, гипобулия и замедление ассоциативного процесса при полной сохранности критики к своему состоянию. При височной и теменной локализации в структуре аффективной патологии нами наблюдались только гипотимические состояния, которые в 23,4% наблюдений были представлены типичным субдепрессивным синдромом; остальные случаи характеризовались клинически симптомокомплексами тоскливо-депрессивных и тревожно-депрессивного состояний, не достигавших уровня завершеного депрессивного синдрома. Неврозоподобный регистр в исследованной выборке был представ-

лен полиморфными и вариабельными компонентами неврастенического, обсессивно-фобического и истерического симптомокомплексов, возникновению которых в большинстве наблюдений предшествовали четко очерченные астенические состояния. Астенические состояния включали эмоционально-гиперестетические расстройства. Особенность «астенической» головной боли заключалась в перманентности с полиморфизмом и меняющейся интенсивностью проявлений, отсутствием четкой локализации и зависимости от умственного утомления. При лобной локализации 76,3% наблюдений астенических состояний с нарушениями формулы сна, астенопией и оптической гиперестезией в течение непродолжительного времени приобретали апато-абулический характер. Истерический симптомокомплекс при локализации новообразований в лобных долях характеризовался выраженной конверсионной симптоматикой с ситуационной зависимостью появления и степени выраженности, нарушения сна (ранняя и средняя инсомния) носили облигатный характер. Психопатология неврозоподобного регистра при височной локализации только при доброкачественных опухолях характеризовалась синдромально структурированными неврастеническими, деперсонализационными и тревожно-фобическими состояниями; при злокачественных новообразованиях астенция носила выраженный преимущественно физический характер, сопровождалась пассивностью, нарастанием депрессивного типа реагирования на какие-либо личностно значимые изменения жизненной ситуации; отчетливо выраженной тревоги не отмечалось, в состоянии больных преобладала растерянность; наблюдавшиеся деперсонализационно-дереализационные расстройства отличались кратковременностью. Неврозоподобный регистр психопатологических расстройств при теменной локализации более чем в 40% наблюдений характеризовался полиморфными и синдромально не завершенными компонентами обсессивно-фобического, истерического и деперсонализационно-дереализационного симптомокомплексов.

Для дебюта первичных опухолей головного мозга психопатоподобными расстройствами характерно как появление клинического радикала, коррелирующего с ведущими свойствами преморбида, так и возникновение симптомов психопатоподобного регистра вне связи с характерологическими особенностями личности. Эти проявления изначально расценивались как реакции адаптации, так как по времени возникнове-

ния совпадали с актуальными негативными стрессовыми событиями жизни пациентов.

Психические расстройства психотического регистра выявлены у 10,8% из числа вошедших в выборку больных: все наблюдения психотических синдромов в группе больных ДНО относились только к опухолям лобной локализации; у больных ЗНО психотический уровень расстройств отмечен при всех локализациях новообразований. Психические расстройства психотического уровня были представлены галлюцинаторными, параноидными, галлюцинаторно-параноидными и аффективными синдромами. Возникшие в инициальном периоде в течение короткого времени астенические, астено-депрессивные и депрессивно-фобические состояния служили причиной самостоятельного первичного обращения за помощью (во всех случаях пациенты прибегли к психотерапевтическому консультированию). Развившиеся затем психические синдромы носили «парциальный» характер, отличались «выпадением симптомов» или отсутствием клинически оформленного синдрома, представляя собой лишь элемент или часть последнего. Аффективные расстройства достигали психотического уровня и были представлены синдромами дисфории с пароксизмальной персекуторной бредовой настроенностью, во всех случаях стойкими инсомническими и вегетативными расстройствами. В группе больных ЗНО при лобной локализации отмечены гипертимические состояния типа непродуктивной мании и депрессив-

ные расстройства с выраженным адинамическим компонентом, при височной локализации наблюдались тревожно-депрессивные состояния с выраженным аффектом тоски, явлениями деперсонализации и дереализации; отмечены пароксизмальные приступы страха, ярости.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить ряд особенностей в психопатологической структуре и проявлениях психических расстройств, явившихся клиническим вариантом дебюта первичных опухолей головного мозга. Анализ выявленных на диагностическом этапе (от появления психопатологической симптоматики до включения больных в исследование) психических нарушений, свидетельствует о существенных различиях в их количестве и квалификационных категориях. Значительное разнообразие и в ряде случаев противоречивость в оценке психопатологических синдромов отчасти связано со сложным диагностическим маршрутом пациентов. Все перечисленное несомненно негативно влияет на своевременность диагностики, результаты специализированного лечения, продолжительность жизни и возможности ресоциализации пациентов. Изученные особенности психопатологии инициального периода и клинического дебюта опухолей головного мозга, отличие в проявлениях психических расстройств в зависимости от типа опухоли могут быть использованы как дифференциально-диагностические критерии в клинической практике.

В.В. Огоренко

ПСИХОПАТОЛОГІЯ ТА КЛІНІЧНА КАРТИНА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА НОВОУТВОРЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Дніпропетровська державна медична академія

У статті розглянуто питання формування в структурі онкології окремої дисципліни - психоонкології - науки, яка вивчає психічні розлади, що сполучаються з онкологічним захворюванням. Розглянуті особливості психічних порушень та психопатологічна структура психічних розладів, що з'явилися клінічним варіантом дебютування пухлинного процесу. Вивчені особливості психопатології ініціального періоду можуть бути використані як диференціально-діагностичні критерії у клінічній практиці. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 54-58).

V.V. Ogorenko

PSYCHOPATHOLOGY AND CLINICAL PICTURE OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH BRAIN TUMORS

Dnipropetrovsk state medical Academy

In the article the question of the structure of Oncology separate discipline - psychooncology - the science that studies the mental disorders that are combined with cancer diseases. The features of mental disorders and psychopathological structure of mental disorders, clinical version appearing debut tumor. The features of psychopathology real period can be used as differential diagnostic criteria in clinical practice. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 54-58).

Литература

1. К. Саймонтон, С. Саймонтон. Психотерапия рака. – СПб: Питер, 2001. – 228 С.
2. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // JAMA. – 1983. – Vol. 249, № 6. – P. 751-757
3. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. – 2001. - №1(5). – С.5-6.
4. Гельбер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. - Киев: Сфера, 1997. – Т. 1, 2.
5. Незнанов Н.Г., Дунаевский В.В. Медико-психологические аспекты онкологии (анализ проблемы и общие рекомендации). // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б.Смулевича. – 2009. - №1. – С.13-16
6. Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Кокорина Н.П., Сергеев А.С., Нервно-психические расстройства у онкологических больных // Сибирский онкологический журнал. – 2009. - №2(32) – С.40-43.
7. Тиганов А.С. Психопатология и клиническая картина психических расстройств при соматических заболеваниях // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б.Смулевича. – 2009. - №1. – С.12.
8. Улитин А.Ю., Олюшин В.Е., Поляков И.В. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга в Санкт-Петербурге.// Журн. Вопр. нейрохирургии. – 2005. – 1.- С. 6-12.
9. Медяник И.А., Фраерман А.П. Ранняя диагностика и комбинированное лечение опухолей головного мозга.// Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – №12. – С.71-74.
10. Olson, J.D. et al. Long-term outcome of low-grade oligodendroglioma and mixed glioma // J. Neurol. - 2000. - Vol. 54.- P. 1442 – 1448.
11. Слезкина Л.А., Евдокимова Г.А., Лапина Г.М. Клинические особенности опухолей головного мозга // Неврологический вестник. – 2004. – Т. XXXVI, вып. 1-2 – С.86-89.
12. Абашеев-Константиновский А.Л. Психопатология при опухолях головного мозга. - М. – 1973.
13. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии.- М.- 1973.

Поступила в редакцию 29.03.2011