
МЕДИЦИНА

УДК 616-006-033.2:616.8:616.86

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

© 2006 г. *А.Н. Золотова*

Depressive syndrome in patients with metastatic affliction of brain is manifested earlier than focal symptoms.

В последнее время отмечается рост нейроонкологической патологии. Среди опухолей, имеющих внутричерепальную локализацию, метастатическое поражение головного мозга составляет около 50 % и выявляются у 25–50 % всех онкобольных. Онкологический процесс, локализующийся в головном мозге, влечет за собой психические изменения [1–3]. По современным литературным данным у больных с метастатическим поражением головного мозга психические расстройства появлялись раньше очаговой неврологической симптоматики [4–8]. Поэтому диагностика психических расстройств при метастатическом поражении головного мозга будет способствовать выявлению данной патологии на ранних этапах. Это становится возможным при создании единой нейроонкологической службы.

Впервые в России такая служба была создана при Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте, благодаря чему стало возможным изучение проблемы метастатического поражения головного мозга врачами различных специализаций, проведение не только хирургического лечения больных с опухолями головного мозга, но и применение различных вариантов лучевой и лекарственной терапии [5]. Включение в единую нейроонкологическую службу структуры психолого-психиатрической помощи явилось важным этапом при выявлении метастатического поражения головного мозга, исследовании особенностей психических расстройств их коррекции и в работе, направленной на повышение уровня качества жизни онкологических больных. Психические расстройства при локальном поражении головного мозга описаны многими авторам [1, 9–12], но ни один автор не указывает на 100 % встречаемость того или иного симптома при поражении соответствующего участка головного мозга. При этом существуют описания бессимптомного течения метастатического поражения головного мозга, которое было выявлено при скрининге в группах риска или случайно [5, 13].

Необходимо отметить, что психические расстройства у больных с опухолями головного мозга обычно рассматриваются обобщенно и не дифференцированно в зависимости от первичной или вторичной природы поражения мозгового вещества, а так же не выделяются особенности психиче-

ских проявлений опухолей в зависимости от биологической природы их возникновения [11, 14].

Метастатические опухоли отличаются от первичных, так как помимо действия опухоли на мозговую ткань, психогенного действия первичный (материнский) опухолевый очаг оказывает влияние в целом на организм и в частности на головной мозг. Мы поддерживаем концепции болезни поврежденного мозга и метастатической церебральной болезни, которые свидетельствуют о целостной реакции головного мозга на возникновение метастазов, в соответствии с чем реакция головного мозга может выражаться неспецифическими психическими расстройствами, изучение которых является важным с позиции ранней и своевременной диагностики церебральных метастазов рака [5, 13, 15].

Нами проведено обследование 36 больных с супратенториальными интрацеребральными одиночными метастатическими опухолями головного мозга. Группу сравнения составили 31 больной с глиальными опухолями. Исследование проводилось с использованием клинического и экспериментально-психологического методов. Клинический метод включал в себя изучение анамнеза, клинический расспрос и наблюдение, экспериментально-психологический: таблицы Шульте, тест «10 слов», тест зрительной ретенции Бентона, исключение 4-го лишнего, стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ), личностный опросник бехтеревского института (ЛОБИ).

Анализируя факторы predisпозиции, мы выявили: 1) наследственную отягощенность соматическими заболеваниями (сердечно-сосудистыми и онкологическими), а так же болезнями зависимого поведения и аффективными расстройствами; 2) преморбидные личностные особенности в виде заострения психастенических и шизоидных черт (сенситивно-шизоидных).

Далее мы исследовали некоторые особенности психопатологических симптомов у нейроонкологических больных с метастазами в головной мозг и выявили, что, во-первых, появление первых психопатологических симптомов больные связывали с психотравмирующими ситуациями в виде переживания «потери» (потеря значимого лица, работы, имущества, места – ремонт, переезд). Появление психических расстройств не всегда было четко связано по времени с психотравмирующим переживанием, и даже при совпадении по времени симптоматика быстро «отрывалась» от психотравматической ситуации. Во-вторых, обращают на себя внимание особенности симптомов внутри синдрома (в частности, депрессивной симптоматики) – это постепенное волнообразное нарастание их выраженности, наличие симптомов, приближающихся к признакам эндогенности (что может быть объяснимо эндокринно-метаболическими и аутоиммунными закономерностями опухолевого процесса) в виде ухудшения психического состояния в утренние часы, нарушения сна в виде ранних пробуждений, ангедонии, запоров. Наряду с ними отмечались вегетативная лабильность в виде колебаний артериального давления, частоты сердечных

сокращений, расстройства потоотделения, а также метеочувствительность. В процессе усиления выраженности симптомов к ним присоединялись очаговые симптомы за 1 нед. – 3 мес. до поступления в стационар (неврологические симптомы выпадения, раздражения, которые сначала были малозаметными или проходящими, эпилептические (чаще фокальные)).

В отличие от больных с метастазами в головной мозг у больных с глиальными опухолями не было выделено четких схожих особенностей анамнестических данных, преморбидных особенностей личности. Ряд больных и их родственники первые психопатологические проявления часто относили к пережитой психотравме, однако эти психотравмирующие события происходили задолго до появления психических расстройств (1–5 лет). От момента появления первых признаков болезни до диагностики опухоли проходило значительно меньше времени, чем при метастатическом поражении головного мозга (максимально 3 мес.). Также очень быстро к психическим расстройствам присоединялись неврологические, очаговые симптомы в соответствии с локализацией опухоли, а в некоторых случаях психопатологические проявления следовали за неврологическими.

Психические расстройства у больных с метастатическим поражением головного мозга появлялись раньше очаговой неврологической симптоматики. Средняя продолжительность периода с момента появления первых психопатологических симптомов до выявления метастатического поражения головного мозга составила 7,5 мес. Психические расстройства при метастатических опухолях головного мозга представлены следующими синдромами: с преобладанием расстройств пограничного уровня – астенический, астено-субдепрессивный и тревожно-субдепрессивный синдромы, синдром соматоформной депрессии, которые составили 92,3 %, остальные 7,7 % наблюдений представлены дементным синдромом. Среди всех выявленных синдромов варианты депрессивного представлены в 69,7 % случаев.

Выявленное нами преобладание психопатологических синдромов непсихотического уровня не отрицает наличие общеизвестных очаговых симптомов, однако мы хотим указать, что они часто возникают вслед за описанными нами психическими нарушениями. Мы связываем возникновение психопатологических синдромов с общей неспецифической реакцией головного мозга на опухолевую болезнь и метастатические очаги (аутоиммунные процессы, медиаторный дисбаланс, эндотоксемия и т.п.).

У больных с глиальными опухолями головного мозга в отличие от метастатических обнаружено преобладание грубых нарушений психических процессов преимущественно в виде апатико-абулического синдрома и синдрома мягкой деменции в 90,3 % случаев, а также астенического синдрома в 9,7 % случаев.

При экспериментально-психологическом исследовании выявлены отличия в группах больных с метастатическими и глиальными опухолями. У больных с метастатическим поражением головного мозга при исследова-

нии темпа сенсомоторных реакций и особенностей внимания, памяти выявлено преобладание легких нарушений внимания, гиперстенический вариант кривой работоспособности, лабильность внимания или длительный период вработываемости; у больных с глиальными опухолями – умеренные нарушения внимания, гиперстенический вариант кривой работоспособности, длительный период вработываемости, но с последующим повышением продуктивности деятельности без возврата к исходным значениям. При исследовании мышления при метастатическом поражении головного мозга отмечается преобладание сохранного уровня процессов обобщения и отвлечения, но определяются лабильность мышления, тогда как при глиальных опухолях головного мозга присутствует преобладание снижения уровня обобщения до функционального и конкретного, нарушения целенаправленности и критичности мышления. Исследования личностно-мотивационной сферы у больных с метастатическими опухолями выявило преобладание выражения агрессии в социально-приемлемой форме в сочетании со снижением эффективной общительности, повышением уровня тревожности и восприимчивости к внешним воздействиям. У больных с глиальными опухолями определяется снижение показателей открытого социально-приемлемого агрессивного поведения, потребности в общении, эмоциональных контактах, «простота» внутреннего мира, снижение общей психической активности. У больных с метастатическим поражением головного мозга с помощью СМЛ сформулирован усредненный личностный профиль 8'2461–7390/ FKL, свидетельствующий о гипотимии, пассивности, пессимистичности, снижении стремления к общению; в группе больных с глиальными опухолями в связи с личностно-мотивационным снижением применить СМЛ было возможно лишь у 3 больных, и соответственно по полученным результатам невозможно оценить особенность всей группы.

Таким образом, при сравнении полученных результатов нами выявлено, что первичный опухолевый процесс в головном мозге сопровождается более выраженными психическими нарушениями по сравнению с метастатическим и проявляется в большинстве случаев преимущественно апатико-абулической симптоматикой, у больных с метастазами в головной мозг преобладает легкая степень нарушений психических процессов и депрессивный синдром.

Распределение психических расстройств при метастатическом поражении головного мозга в соответствии с МКБ-10 представлено преобладанием непсихотического депрессивного расстройства в связи с новообразованием (опухолью) головного мозга (F06.363), тогда как при глиальных опухолях более грубыми нарушениям – расстройством личности органической этиологии (F07.03). Также следует отметить, что преобладающие в одной группе расстройства не встречались в другой – у больных основной группы не выявлено ни одного случая расстройства личности органиче-

ской этиологии, тогда как у больных в группе сравнения не было диагностировано непсихотических депрессивных расстройств.

Полученные результаты, на наш взгляд, объясняют особенности опухолевого роста в группах с точки зрения биологии и патофизиологии. Мы полагаем, что при глиальных опухолях грубые нарушения психических процессов объяснимы тем, что глиомы уже на ранних стадиях своего развития широко поражают окружающее мозговое вещество путем инфильтрирующего роста, когда граница между опухолью и здоровой мозговой тканью весьма условна. При метастатическом поражении головного мозга не происходит грубого поражения мозгового вещества, так как метастазы, содержащие чужеродные мозговой ткани клетки, по-видимому, хорошо ограничиваются перифокальной зоной мозга, не обладая таким мощным локальным деструктурирующим ростом как глиомы.

Внедрение в клиническую практику полученных в ходе исследования результатов может способствовать улучшению качества жизни и социальной адаптации нейроонкологических больных. На основании полученных данных возможно улучшить раннюю и своевременную диагностику метастатического поражения головного мозга. У онкологических больных со сниженным фоном настроения и при наличии ряда часто встречающихся факторов (депрессивная симптоматика с наличием симптомов приближающихся к признакам эндогенности, наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым, онкологическими заболеваниями, болезням зависимого поведения и аффективным расстройствам; заострение психастенических и сенситивно-шизоидных черт личности; интерпретация больным первых психопатологических симптомов с предшествующей ситуацией «потери») необходимо проводить более детальное клинико-лабораторное обследование на этапе диспансеризации онкобольных.

Полученные в ходе проведенного исследования результаты могут быть рекомендованы к практическому использованию в качестве дополнительных критериев на этапе ранней и своевременной дифференциальной диагностики метастатических и глиальных опухолей головного мозга.

Учитывая особенности психических расстройств, возможно индивидуализировать психокоррекционный подход в рамках комплексного лечения. Психические расстройства в большинстве случаев требуют коррекции, которая должна осуществляться в рамках комплексного лечения в соответствии с синдромом, нозологической принадлежностью и общесоматическим состоянием. Учитывая выявленные особенности психических расстройств, терапия должна быть направлена на повышение уровня качества жизни, что при воздействии на угнетенные онкозаболеванием медиаторные системы мозга может способствовать повышению резервов организма, необходимых для борьбы с основным заболеванием.

Обобщая данные литературы и полученные нами результаты исследования, можно предложить следующие подходы к терапии в рамках комплексного лечения. Терапия психических расстройств возможна путем

психофармакотерапевтического и психотерапевтического воздействия, а также их сочетания. В связи с преобладанием расстройств пограничного уровня у больных с метастатическим поражением головного мозга лечебные мероприятия могут состоять из психотерапевтической работы непосредственно с пациентом (направленной на формирование положительно настроенного пациента, поиск перспектив с переориентировкой на настоящее, принятие ситуации болезни, повышение самооценки, переформулировку базисных убеждений, разрешение экзистенциальных проблем) и симптоматической психофармакотерапии.

В связи с преобладанием грубых психических расстройств при глиальных опухолях головного мозга психотерапевтическая работа должна проводиться преимущественно с близким окружением больного (направленная на принятие нового поведения пациента, разъяснения необходимости сочувствовать больному, разделять одиночество, давать высокую оценку личности). Кроме того, будет полезным назначение симптоматической психофармакотерапии и других терапевтических воздействий, направленных на повышение резистентности и поддержание функционирования здоровой мозговой ткани.

Литература

1. *Абашеев-Константиновский А.Л.* Психопатология при опухолях головного мозга. М., 1973.
2. *Бабчин И.С., Бабчина И.П.* Метастатический рак мозга. Л., 1974.
3. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. 4-е изд. М., 2002.
4. *Мартынов Б.В.* Метастатические опухоли головного мозга. Практическая нейрохирургия: руководство для врачей. СПб., 2002. С. 476–485.
5. *Сидоренко Ю.С.* Метастатическая церебральная болезнь: новые подходы в профилактике и лечении. Ростов н/Д, 2005.
6. *Gavrilovic I.T., Posner J.B.* // J. Neurooncol. 2005. Vol. 75. № 10. P. 5–14.
7. *Mut M. et al.* // J. Neurooncol. 2005. Vol. 75. № 10. P. 43–56.
8. *Taillibert S., Delattre J.* // J. Neurooncol. 2005. Vol. 75. № 10. P. 1–3.
9. *Белый Б.И.* Психические нарушения при опухолях лобных долей. М., 1988.
10. *Голубев В.Л.* Неврологические синдромы: Руководство для врачей. М., 2002.
11. *Доброхотова Т.А.* Нейропсихиатрия. М., 2006.
12. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. М., 1973.
13. *Айрапетов К.Г.* Новые подходы в диагностике, профилактике и лечении метастатического поражения головного мозга у онкологических больных: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ростов н/Д, 2006.
14. *Тиганов А.С.* Руководство по психиатрии. М., 1999.
15. *Хлуновский А.Н.* Концепция болезни поврежденного мозга: методологические основы. СПб., 1999.