

практиці: довідковий посібник для лікарів первинної медико-санітарної мережі / Н.О. Марута, А.І. Мамчур, Л.М. Юр'єва. – К., 2009. – 30с.

10. Михайлов Б.В. Проблема депресій в загально-соматичній практиці / Б.В. Михайлов // Міжнар. мед. журнал. - 2003. - Т. 9, № 3. - С. 22-27.

11. Ольбінська Л.І. Про проблему депресії в терапевтичній практиці. Що показала програма КОМПАС / Л.І. Ольбінська // Терапевт. архів. -2005. -№ 10. -С. 85-89.

12. Пилягіна Г.Я. Депресивні порушення /

Г.Я. Пилягіна // Журнал практичного лікаря. - 2003. - № 1. - С. 40-49.

13. Порівняльна оцінка препаратів із групи СІЗЗС (опра, флуоксетин) при лікуванні депресії у хворих на розсіяний склероз / В.В. Овчаров, Н.Ю. Булдакова, Є.В. Еніколопова, Бойко О.М. // Журнал неврології і психіатрії ім. С. С. Корсакова. -2007. – Вип. 4. Розсіяний склероз. -С. 133-136.

14. Montgomery S.A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A. Montgomery, M. Asberg // Br. J. Psychiatry. – Vol. 134. – P. 382-389.



УДК 616.831-006:616.89-008-036.1

В.В. Огоренко

ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗАХВОРЮВАННЯ ПРИ ПУХЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Дніпропетровська державна медична академія
кафедра психіатрії ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Л.М. Юр'єва)

Ключові слова: пухлини головного мозку, психічні розлади, якість життя, нозогенна реакція, внутрішня картина хвороби
Key words: brain tumors, mental disorders, quality of life, nosogen reaction, internal picture of illness

Резюме. В статті рассмотрены результаты изучения внутренней картины болезни в популяции больных с первичными опухолями головного мозга, выделены особенности внутренней картины болезни у данной категории больных. Проведен сравнительный анализ типологии отношения к болезни в зависимости от степени злокачественности новообразований. Установлено влияние возрастного фактора, уровня образования, социального статуса, преморбидных личностных особенностей на формирование отношения к болезни. Также отмечено, что тип отношения к болезни позволяет определить метод психотерапевтического воздействия на пациента. Представлены данные о структуре пограничных психопатологических нарушений. Показано влияние психогенно-личностных реакций на формирование и структуру психических расстройств при опухолях головного мозга. Отмечена целесообразность разработки индивидуальных реабилитационных программ с целью улучшения качества жизни пациентов с новообразованиями головного мозга.

Summary. In the article results of study of internal picture of illness in the population of patients with primary tumors of the brain are considered, features of internal picture of illness in the given category of patients are distinguished. The comparative analysis of typology of the attitude to illness depending on malignancy degree of neoplasms was carried out. Influence of the age factor, educational level, social status, premorbid personal features on formation of the attitude to illness was established. Also it was noted, that the type of the attitude to illness allows to define a method of psychotherapeutic influence on the patient. Data on the structure of borderline psychopathological infringements are presented. Influence of psychopersonal reactions on formation and structure of mental disorders in brain tumors is shown. The expediency of development of individual rehabilitation programs aimed at improvement of life quality of patients with brain neoplasms is noted.

Проблеми ранньої діагностики, ефективності лікування та реабілітації пацієнтів з новоутвореннями головного мозку залишаються багато в чому не вирішеними. Психічні процеси при пухлинах головного мозку (ПГМ) були і продовжують бути предметом досліджень з використанням клінічних та експериментально-психологічних методів, проте до теперішнього часу немає комплексної оцінки стану, на підставі якої можлива індивідуалізація симптоматичної терапії та розробка реабілітаційних програм для поліпшення якості життя пацієнтів з онкологічною патологією головного мозку. Реакція хворого на виникнення онкологічної патології є одним з важливих психогенних факторів у формуванні психічних розладів. У сучасній літературі нозогенна реакція розглядається як невід'ємна складова частина "внутрішньої картини хвороби" (ВКХ). Вивчено типи реакцій на захворювання [1], розроблені клінічні класифікації нозогенії [2, 3]. Одне з найважливіших місць у структурі внутрішньої картини хвороби посідає характер патології та ступінь її вітальної загрози, що дозволяє деяким авторам говорити про нозологічні особливості ВКХ при окремих захворюваннях [1]. У багатьох дослідженнях основою для вивчення ВКХ є тип ставлення до хвороби (ТСХ) [4]. Вивчення внутрішньої картини хвороби онкологічних хворих дозволяє визначити методи психотерапевтичного впливу [7]. Діагноз «пухлина головного мозку» є потужним стресовим фактором, що має надзвичайний за силою і тривалістю психотравмуючий вплив на особистість хворого [6, 8], однак у доступній літературі відсутні дані, присвячені дослідженню особливостей психогенно-особистісних реакцій, що виникають на факт діагностики ПГМ і ВКХ у хворих з онкологічною патологією головного мозку.

Метою цієї роботи було вивчення структури та визначення можливих нозологічних особливостей внутрішньої картини хвороби у популяції хворих на первинні пухлини головного мозку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Робота проведена в рамках дослідження особливостей психічних порушень у хворих з психопатологічним варіантом клінічної маніфестації первинних ПГМ. Дослідження проводилося на етапах консультування, амбулаторного та стаціонарного обстеження та лікування в передопераційному періоді. З огляду на мету і завдання дослідження, при формуванні вибірки хворих виключалися пацієнти з супутніми хворобами нервової системи та соматичними захворюваннями, що викликають раннє ураження нерво-

вої системи; з преморбідним обтяженням психічними розладами, ознаками порушення свідомості, а також психотичними і когнітивними розладами, що досягають клінічного рівня. При клінічному психіатричному обстеженні було використано структуроване інтерв'ю. Клініко-психопатологічна частина інтерв'ю містила критерії діагностики МКХ-10, а також критерії оцінки, розроблені на етапі підготовки дослідження, що дозволяли уточнювати біографічні дані, рівень освіти, культуральні особливості мікросередовища, соціальний і сімейний статус, наявність протягом декількох років до виникнення новоутворення головного мозку важких стресових подій, преморбідні особистісні характеристики. Стандартизовані діагностичні/експертні шкали психодіагностичних тестів-опитувальників (опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), коротка шкала оцінки психічного статусу (mini-mental state examination, MMSE) використовувались як оціночні інструменти. Особистісне ставлення до хвороби вивчалось за допомогою адаптованого нами в рамках цього дослідження для популяції хворих ПГМ Ленінградського Опитувальника Бехтеревського Інституту (ЛЮБІ). Статистичний аналіз здійснювався за допомогою ліцензійного статистичного пакету SPSS 13.0 for Windows.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В аналізовану групу увійшли пацієнти з тривалим протягом усього клініко-діагностичного періоду (середня тривалість якого, від виникнення психічних порушень до діагностики новоутворення головного мозку, становила $7,9 \pm 6,8$ місяців) прикордонним типом психічних порушень ($n = 219$). У всіх включених у вибірку хворих на остаточному етапі діагностики виявлені первинні супратенторіальні інтрацеребральні пухлини, верифіковані результатами магнітно-резонансної або емісійно-позитронної томографії, а також даними патогістологічного дослідження операційного матеріалу. На синдромальному і симптоматичному рівнях у ініціальному періоді переважали неврозоподібні (астенічні та іпохондричні) стани та неспсихотичні розлади настрою (переважно депресивні). У період виражених маніфестних проявів за частотою спостережень на першому місці відзначені неспсихотичні афективні розлади (в переважній більшості - атипові депресивні синдроми) і особистісні порушення (поява клінічного радикала, корелюючого з провідними властивостями преморбіда, або виникнення симптомів психопато-

подібного реєстру поза зв'язком з характерологічними особливостями особистості).

Дослідження ставлення особистості до хвороби у вибірці пацієнтів з ПГМ виявило такі особливості. У групі хворих з доброякісними новоутвореннями головного мозку (ДНУ) «чистий» тип ставлення до хвороби діагностовано у 82,2% обстежених. Серед них переважали тривожний (30,4%) і анозогнозичний (17,6%) типи ставлення до хвороби; іпохондричний ТСХ діагностовано у 12,1%, ергопатичний - у 8,1%, апатичний і сенситивний - у 11,2% хворих, гармонійний тип ставлення до хвороби відзначався у 0,8% хворих. Змішаний тип ставлення до хвороби виявлено у 10,5% хворих з доброякісними новоутвореннями головного мозку. Серед них переважаючими були: іпохондричний-анозогнозичний і апатичний-неврастенічний. У групі хворих зі злоякісними новоутвореннями головного мозку (ЗНУ) «чистий» тип ставлення до хвороби діагностований у 69% обстежених. Серед них переважали анозогнозичний (31) і ергопатичний (19) типи ставлення до хвороби. Серед хворих зі злоякісними пухлинами головного мозку був відсутній гармонійний тип ставлення до хвороби. Змішаний тип ставлення до хвороби виявлений у 19% хворих зі злоякісними новоутвореннями головного мозку. Серед них 9,5% становив змішаний узгоджений і 9,5% - змішаний суперечливий ТСХ. Дифузний тип ставлення до хвороби виявлений у 12% хворих. Таким чином, дослідження ставлення до хвороби виявило переважання ТСХ з порушенням соціальної адаптації (у 36,5% - інтрапсихічний тип напрямку соціальної дезадаптації (НСД), у 34,0% - екстрапсихічний тип НСД; у 29,5% виявлено ТСХ без істотних порушень соціальної адаптації). У таблиці представлений порівняльний аналіз типів ставлення до хвороби при ДНУ і ЗНУ головного мозку.

Внутрішня картина хвороби є складним структурованим утворенням, і на формування ставлення до хвороби впливає не тільки природа самого захворювання. На суб'єктивні уявлення про хворобу певний вплив також можуть мати стать, вік, рівень освіти, соціальний стан та інші фактори. У дослідженій нами вибірці переважали особи активного працездатного віку (від 21 до 60 років, з них 126 чоловіків (середній вік $42,5 \pm 11,8$ року) і 93 жінки (середній вік $44,7 \pm 12,9$ року)). Виявлено переважання осіб з низьким рівнем соціальної підтримки (у шлюбі на момент обстеження були 28,8% хворих). Зазначений чинник більше виражений у підгрупі осіб із злоякісними новоутвореннями головного мозку: відсоток пацієнтів, які перебували у шлюбі -

26,2, що достовірно нижче середніх величин показника як в цілому ($n = 63$), так і в групі хворих з доброякісними новоутвореннями мозку ($n = 39$, 31,5%) ($p < 0,05$). Аналіз даних про рівень освіти і професійної біографії виявив серед пацієнтів домінуюче число осіб із середньою та незакінченою вищою освітою. У той же час, у середині групи рівень освіти серед осіб чоловічої і жіночої статі у відсотковому відношенні достовірно відрізнявся в показнику «середньоспеціальна і незакінчена вища освіта» (17,6 і 11,2 відповідно, $p < 0,05$).

Кількісні величини ТСХ у групах ДНУ і ЗНУ

Тип відношення до хвороби	ЗНУ n (%)	ДНУ n (%)	По групі n (%)
Гармонійний	-	1 (0,8)	1 (0,4)
Ергопатичний	19 (15,1)	10 (8,1)	29 (11,6)
Анозогнозичний	31 (24,6)	18 (14,5)	49 (9,6)
Тривожний	6 (4,8)	31 (25,0)	37 (14,8)
Іпохондричний	-	15 (12,1)	15 (6,0)
Неврастенічний	6 (4,8)	4 (3,2)	10 (4,0)
Апатичний	7 (5,5)	7 (5,6)	14 (5,6)
Сенситивний	7 (5,5)	7 (5,6)	14 (5,6)
Егоцентричний	2 (1,6)	-	2 (0,8)
Паранояльний	7 (5,5)	-	7 (2,8)
Дифузний	15 (12,0)	9 (7,3)	24 (9,6)
Змішаний гармонійний	12 (9,5)	-	12 (4,8)
Змішаний суперечливий	12 (9,5)	13 (10,5)	25 (10,0)
Всього	126	124	250

Проведене дослідження виявило серед хворих високу частоту психосоціальних стресів (у тому числі такі, що мають найбільш інтенсивний психотравмуючий вплив) як протягом життя (у 73% обстежених), так і в періоді, безпосередньо передуючому появі психопатологічних розладів (у 26%). Аналіз отриманих даних показав, що на першому місці за поширеністю і ступенем значущості знаходяться стреси, пов'язані зі смертю (67% з числа обстежених в анамнезі пережили смерть значущих інших осіб – подружжя, дітей, батьків, або були свідками раптової загибелі інших людей). Наступними за ступенем значущості виявилися стреси, пов'язані з власним розлученням, розлученням батьків, неблагополуччям сімейного життя дітей (відзначені в 56%

випадків). Серйозна економічна потреба, втрата професійного статусу (вихід на пенсію, вимушена зміна місця роботи) увійшли в третю за поширеністю групу стресів з інтенсивним психотравмуючим впливом (відзначені у 39% пацієнтів).

У 80% хворих виявлені досить виражені характерологічні особливості преморбіда, які, проте, не досягали клінічного рівня розладу особистості. Невпевненість у собі з залежністю від створених відносин зі значущими іншими особами характеризувала преморбідні особливості 38 осіб (17,4%). Підвласність авторитетам, конформізм, що поєднується з неміцністю міжособистісних зв'язків, відзначені в 13,2% спостережень (29 осіб). Завищені морально-етичні принципи і негнучкість, чітко виражений егоцентризм, схильність до педантизму і наполегливість характеризували преморбідну особистість 28 пацієнтів (12,8%). Демонстративність, потреба в увазі оточуючих, прагнення до лідерства в преморбіді спостерігалися у 27 осіб (12,3%). Песимістичність, відгородженість, знижене самосприйняття, схильність до інтроспекції і іпохондричність як риси характеру спостерігалися у 12,3% з числа обстежених (27 хворих). Афективно-лабільні риси характеру відзначені у 26 пацієнтів (12%). Таким чином, у структурі психопатологічного варіанта клінічних проявів ПГМ характеропатичні зміни і вторинна психопатизація у більшості випадків виявлялися клінічним радикалом, корелюючим з провідними властивостями преморбіда; тільки в 3% спостережень відзначено виникнення симптомів психопатоподібного реєстру поза зв'язком з характерологічними особливостями особистості. Ці прояви спочатку розцінювалися як прояви реакції адаптації, оскільки за часом виникнення збігалися з актуальними негативними стресовими подіями життя пацієнтів.

Результати проведеного дослідження свідчать про можливість вивчення ВКХ у хворих на ПГМ. Ставлення до хвороби інтегрує всі психологічні категорії, в рамках яких аналізується «внутрішня картина хвороби»: знання про хворобу, її усвідомлення особистістю, розуміння ролі і впливу хвороби на соціальне функці-

онування [9]. Стратегія адаптивної або дезадаптивної поведінки хворих припускає різні варіанти: активну боротьбу з хворобою, прийняття ролі хворого, ігнорування хвороби та інші захисно-приспосувальні механізми особистості, які дуже важливо враховувати при проведенні психотерапевтичної роботи з хворим. Безсумнівно, існує цілий ряд особливостей, що виділяють пацієнтів з пухлинами головного мозку із загальної популяції онкологічних хворих, у зв'язку з чим виникають істотні проблеми при використанні загальних для психоонкології підходів до комплексної оцінки стану з метою розробки програм реабілітації. Разом з тим, отримані нами дані підтверджують думку більшості дослідників про роль неадекватно сформованої ВКХ у виникненні і розвитку психічних розладів у структурі нозогенії: у цьому дослідженні виявлено психопатологічні феномени не-психотичного реєстру, які за своєю синдромальною приналежністю збігаються з типами станів в клінічній класифікації нозогенії – невротичними, афективними, патохарактерологічними, виділеними раніше при дослідженні клінічних та психологічних аспектів реакції на хворобу. Результати дослідження дозволяють з певною часткою ймовірності говорити і про те, що в популяції хворих ПГМ на формування ставлення до хвороби впливає не тільки природа самого захворювання, але й такі чинники, як особливості преморбіда, вік, рівень освіти, соціальний стан.

ПІДСУМОК

Таким чином, отримані результати вивчення внутрішньої картини хвороби в популяції хворих з первинними пухлинами головного мозку, виділені особливості внутрішньої картини хвороби в даній категорії хворих, проведений порівняльний аналіз типології ставлення до хвороби в залежності від ступеня злоякісності новоутворень свідчать про необхідність вивчення ВКХ в структурі комплексної оцінки стану хворих, на підставі якої можлива індивідуалізація симптоматичної терапії та розробка реабілітаційних програм для покращення якості життя пацієнтів з онкологічною патологією головного мозку.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зотов П.Б. Типы внутренней картины болезни у больных со злокачественными новообразованиями / П.Б. Зотов, С.М. Уманский // Психические расстройства в общей медицине / под ред. А.Б.Смулевича. – 2009. - №1. – С.29-31.

2. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) / А.Б. Смулевич, А.Ш. Тхостов, А.Л. Сыркин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 92, вып. 2. – С. 4-9.

3. Напреенко О.К. Соматопсихічні розлади / О.К. Напреенко // Укр. вісник психоневрології. - 1996. - Т. 4, вип. 5. - С. 292-294.

4. О психологической диагностике типов отношения к болезни / Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.Д. Иовлев [и др.] // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: сб. науч. тр. - Л., 1990. - С. 8-19.

5. Стукалова Л.А. О типологии отношения к психотерапевтическому лечению больных с онкологическими заболеваниями / Л.А. Стукалова, Б.Б. Кравец, С.Н. Боков // История Сабуровой дачи. Успехи психиатрии, неврологии, нейрохирургии и наркологии: сб. науч. работ Укр. НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической

больницы №15 (Сабуровой дачи) / под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. - Харьков, 1996. - Т.3. - С. 354-356.

6. Тышлаков В.А. Стили невротического поведения (на основе типологии внутренней картины болезни) / В.А. Тышлаков // Психологическая диагностика типов отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: сб. науч. тр. - Л., 1990. - С. 40-41.

7. Meyer T.J. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments / T.J. Meyer, M.M. Mark // Health Psychol. - 1995. - N 14. - P. 101-108.

8. Petticrew M. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review / M. Petticrew, R. Bell, D. Hunter // BMJ. - 2002 - N 325. - P. 1066.



УДК 616-002.5:616.24-08:612.42

С.О. Полякова

ВИКОРИСТАННЯ ЛІМФОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ У ФТИЗИАТРИЧНІЙ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Одеський національний медичний університет

кафедра фтизіопульмонології

(зав. - д. мед. н., проф. О. К. Асмолов)

Ключові слова: туберкульоз легень, патогенетичні методи лікування, лімфатична система, клінічна лімфологія, регіональна лімфотропна терапія

Key words: pulmonary tuberculosis, nosotropic methods of treatment, lymphatic system, clinical lymphology, regional lymphotropic therapy

Резюме. Туберкульоз всегда рассматривали как медико-социальную проблему. Переход к рыночной экономике и страховой медицине, экологический кризис поставили большинство населения в экстремальные условия существования в социуме. Ухудшающаяся экзо- и эндоэкологическая ситуация приводит к изменению резистентности организма, что закономерно отражается на возникновении, протекании и исходе туберкулезного воспалительного процесса. Большое внимание исследователей приковано к созданию методик, которые имеют патогенетическую направленность лечебных действий непосредственно на очаг воспаления. Многочисленными исследованиями показано, что эффективность действия антибиотиков, иммуномодуляторов, ингибиторов протеаз повышается при их введении в лимфатическую систему. Она одна из первых реагирует на воспалительный процесс любой локализации. Исходя из результатов анализа отечественной и зарубежной литературы, становится понятным, что методы клинической лимфологии полностью приемлемы для пульмонологии и фтизиатрии. Обращение клиницистов к лимфотропной терапии объясняется высокой эффективностью этого метода.

Summary. Tuberculosis was always considered as a medico-social problem. Transition to the market economy and insurance medicine, ecological crisis put the majority of population in the extreme terms of existence in society. Worsening exo- and endoecological situation causes change of organism resistance, resulting in origin, course and outcome of tuberculous inflammatory process. Large attention of researchers is riverted to creation of