

14. Malmivaara, A., Slati, P., Heliövaara, M., Sainio, P., Kinnunen, H., Kankare, J., Hurri, H. (2007). Surgical or Non-operative Treatment for Lumbar Spinal Stenosis? *Spine*, 32 (1), 1–8. doi: 10.1097/01.brs.0000251014.81875.6d
15. Manin, M. V. (2014). Pat № 95257 Ukrai'ny, MPK (2014.01) A61N1/00. Sposib kompleksnogo likuvannja dor-

sopatij poperekovogo viddilu hrehta. Zajavnyk ta patentovlasnyk M. V. Manin (Ukrai'na). – № u201408653; zajavl. 30.07.2014; opubl. 10.12.2014, bjul, 23.

16. Halafjan, A. A. (2007). STATISTIKA 6. Statisticheskij analiz dannyh. Moscow : OOO «Binom-Press», 512.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук проф. Мамчур В. Й.
Дата надходження рукопису 16.06.2015*

Манін Максим Валерійович, асистент, кафедра фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології, ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», вул. Дзержинського, 9, м. Дніпропетровськ, Україна, 49044
E-mail: manin72@list.ru

УДК 616.89-008.48:159.923:615.851-055
DOI:10.15587/2313-8416.2015.47412

ДО ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ПРОТИПУХЛИННОГО ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

© О. В. Піонтковська

В роботі розглянуті питання психологічних і психіатричних аспектів впливу на дитину онкологічного захворювання, на основі чого зроблено висновок стосовно того, що різноплановість проблем у дитячій психонкології обумовлює і багаторівневість та різносторонність медичної, психологічної та психосоціальної допомоги і психореабілітації дітей, що страждають на онкологічні захворювання, а також їх батьків
Ключові слова: психічні розлади, психологічні порушення, онкологічне захворювання, діти, медико-психологічна допомога, психореабілітація

Aim: analysis of the problem of psychological and psychiatric aspects of impact of cancer disease on child and its parents for detection of the main directions of medical and psychological help to this contingent.

Results. In the younger age group the most stress factors that provoke the development of psychogenic fears, anxiety states and the derivative mood disorders are the “hospital routine” – limitation of activity (playing, motor), subjectively heavy procedures and manipulations, pain. In the group of elder children and teenagers the main stress stimulus is connected with a fear of social consequences of disease and the fact of mortally dangerous disease is interpreted in mind as a threat to the successful social functioning as something that spread its negative impact on the future life. Reactively caused mood disorders prevail in this age group over the other psychogenic formations. Behavior reactions in these cases are the secondary ones relating to the mood disorders – to the acceptance or rejection the situation of disease (as an anxious hypochondriacal fixation or as an emotional denial and ignoring the possible grave effects of cancer process).

Conclusion. The diversity of problems in child psycho-oncology causes the multilevelness and versatility of medical, psychological and psychosocial help and psycho rehabilitation of children and their parents

Keywords: mental disorders, psychological disturbances, cancer disease, children, medical and psychological help, psycho rehabilitation

1. Вступ

Рівень онкологічної захворюваності серед дітей в Україні становить 10–11 випадків на 100 тисяч дитячого населення. На обліку в онкологічних установах перебуває близько 5,5 тисяч дітей [1]. Встановлення онкологічного діагнозу та протипухлинне лікування мають різноманітні прояви на медичному, психологічному та психосоціальному рівнях функціонування хворої дитини і її сім'ї [2–6].

2. Обґрунтування дослідження

В даних сучасної вітчизняної та світової літератури показано, що застосування нових протоколів

хіміотерапії у лікуванні дітей з злоякісними новоутвореннями (ЗН) дозволило добитися п'ятирічної виживаності при гострому лімфобластному лейкозі 70–80 %, неходжкінських лімфомах – 60–70 %, лімфогранулематозі – 95 %, нефробластомі – 75 %, пухлинах кісток та м'яких тканин – 60–65 %, ретинобластомі – до 90 %, пухлинах головного мозку – 25–60 % [7].

Протягом 10 найближчих років більше 1 % дорослого працездатного населення у всьому світі будуть складати люди, вилікувані в дитинстві від різних онкологічних захворювань [7–9].

Протипухлинне лікування чинить вплив на подальший фізичний, інтелектуальний, психологічний

розвиток дітей з онкологічними захворюваннями, знижує психосоціальну адаптацію. В наслідок терапії знижується якість життя, що відображається на можливості вести повноцінне життя, а саме вчитися, вести активне соціальне життя, створювати власні сім'ї, тоді як виникнення вторинних пухлин несе безпосередню небезпеку для життя [10].

3. Результати дослідження

Наслідки протипухлинного лікування гострих лейкозів у дітей описано у багатьох зарубіжних та вітчизняних дослідженнях [10, 11]. У ряді досліджень виявлено, що у дітей з цією патологією, які пройшли курс лікування, IQ нижче від 10 до 20 балів у порівнянні зі здоровими однолітками своєї вікової категорії. Негативні зміни виражаються у нижчих показниках по ряду вищих психічних функцій, таких як: зоровий і слуховий гнозис, слухо-мовленнєве запам'ятовування, просторові уявлення та зорово-конструктивна діяльність, довольна увага, довольні рухи. Наявні дані, що у дітей більш раннього віку розвиваються більш виражені негативні прояви когнітивної функції. У дітей з гострим лейкозом в періоді ремісії виявлені наступні порушення поведінки та розвитку: «специфічне порушення розвитку моторних навичок і специфічні порушення навчальних навичок», причому, порушення моторних навичок частіше зустрічаються у дітей з раннім початком захворювання, а відставання у формуванні навчальних навичок достовірно більше у дівчаток [12], тоді як інші дослідники не виявили зв'язку показників інтелекту і навчальної успішності з віком дітей на момент початку захворювання, з отриманням радіотерапії, з отриманням високих доз метотрексату або впливом на ЦНС.

Захворюваність у дітей та підлітків, вилікуваних від онкологічної групи захворювань вірогідно вища, ніж у онкологічно необтяженій дитячій популяції.

В структурі захворюваності три перших рангових місця займають функціональні психічні розлади і розлади поведінки, хвороби системи кровообігу та хвороби шлунково-кишкового тракту, на відміну від популяційних, де на першому місці знаходяться хвороби органів дихання, на другому місці – хвороби кістково-м'язової системи, третє рангове місце займають хвороби органів чуття.

Вивчення захворюваності серед вилікуваних від гострих лейкозів дітей виявило [13], що у групі психічних розладів і розладів поведінки превалювали невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади – у 64,8 %, більше, ніж у половині випадків обстежуваних дітей та підлітків, у тому числі, неврастенія – у 59,7 % дітей, фобічні тривожні розлади – у 1,9 % дітей, невроз нав'язливих рухів – у 2,0 % дітей, післяпроменева психопатія – у 0,1 % осіб. Емоційні розлади і розлади поведінки: енурез неорганічної природи – у 1,0 % дітей, гіперкінетичний синдром – у 0,2 % дітей, дефіцит уваги – у 0,1 %. На третьому місці – розлади психологічного розвитку, в тому числі: розлад розвитку навчальних навичок – у 0,5 % дітей

та підлітків. Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами – розлади сну, харчування – відзначалися у 1,7 % дітей.

Психічні розлади у дітей і підлітків з лейкозами представлені широким спектром порушень, у більшості випадків не психотичного рівня. Найбільш поширені симптоми астенії, яка, згідно з думкою деяких дослідників, завжди супроводжує онкогематологічні захворювання у дітей і являє собою одну з найбільш поширених типів соматогенії. Астенічні розлади виникають задовго до встановлення діагнозу, супроводжують хворобу та посилюються протягом її перебігу, а також залишаються після завершення лікування тривалий час. В процесі специфічного протипухлинного лікування та при його ефективності відзначають зміну співвідношення компонентів, що складають астеничний симптомокомплекс, – помірну редукцію симптомів фізичної астенії та превалювання ознак психічної астенії (труднощі концентрації уваги після нетривалого інтелектуальної напруги, явища дратівливої слабкості, виснаженість) [14, 15].

Коло розладів, що формують провідний реактивний симптомокомплекс, значною мірою визначається віком пацієнтів. У групі дітей дошкільного та молодшого шкільного віку домінуюче місце в структурі синдрому займає невротична симптоматика: страхи, тривога, фобічні і тривожно-фобічні розлади, в той час як порушення настрою не є домінуючими. У підлітків, як молодших, так і старших, серед виступаючих на перший план частіше виявляються психогенно обумовлені афективні (депресивні) стани, а симптоматика тривожно-фобічного ряду є додатковою [16].

В дитячому віці у зв'язку з домінуванням «афективного рівня реагування» характерними виявляються тривожні, тривожно-фобічні і фобічні синдроми. У пубертатному періоді проявляється переважно «емоційно-ідеаторний рівень реагування», що призводить до появи більш «зрілих» форм реакцій, а симптоматика, типова для молодших дітей, відсувається на другий план.

Спектр психопатологічної симптоматики, що виявляється у дітей і підлітків, які страждають онкологічними захворюваннями, досить широкий, найбільш часто вона представлена психопатологічними розладами не психотичного рівня. В невеликому числі випадків присутня коморбідна психічна патологія, що має місце до розвитку онкологічного захворювання, або ж спровокована ним [17].

На початку захворювання виступаюча на перший план астенична симптоматика, зумовлена, насамперед, тяжкістю соматичної патології і явищами інтоксикації, може маскувати і уповільнювати розвиток власне психогенних розладів, які стають більш виразними в міру зниження астеничних проявів. При цьому вік, в якому розвивається онкологічне захворювання, відіграє істотну роль у сприйнятті значимості тих чи інших стресових обставин і оформленні клінічної картини психогенного розладу.

Психічні розлади та розлади поведінки у дітей та підлітків, вилікуваних від пухлин ЦНС і гермі-

ноклітинних інтракраніальних пухлин знаходяться на третьому місці та становлять 50,14 % випадків; нейробластоми – на першому місці в структурі захворюваності та у 47,5 % вилікуваних (превалювали астеничний синдром і неврастенія); ретинобластоми – на четвертому (300 на тисячу вилікуваних дітей); пухлини нирок – на другому (554,8 на тисячу дітей); пухлини печінки – на першому місці (у 50 % дітей спостерігалася неврастенія); ЗН кісткової системи – на другому місці, функціональні психічні розлади та розлади поведінки у 57,5 % дітей у вигляді неврастенії – у 52,5 % дітей, тривожна фобія дитячого віку – у 5 % дітей; ЗН м'язів тканин – на третьому – функціональні психічні розлади та розлади поведінки (500 на тисячу дітей); герміноклітинних пухлин – на першому місці знаходяться функціональні психічні розлади та розлади поведінки (500 на тисячу вилікуваних дітей: функціональні психічні розлади та розлади поведінки – у 60,9 % дітей у вигляді неврастенії – у 56,5 % обстежуваних дітей, тривожна фобія дитячого віку у 6,5 % дітей, 4,4 % дітей виявлено логоневроз [13].

За даними дослідження І. В. Ткаченко встановлено [13], що в структурі причин дитячої інвалідності переважають порушення функцій психіки та центральної нервової системи, нервово-психічні та нервово-м'язові порушення, порушення з боку кістково-м'язової системи. Суттєву роль відіграють порушення слуху, зору, а також функціональні порушення при хронічних соматичних хворобах.

У молодшій віковій групі найбільш стресогенними виявляються фактори «повсякденної лікарняної реальності» – обмеження активності (ігрової, моторної), суб'єктивно тяжкі процедури і маніпуляції, біль, під впливом яких відбувається розвиток психогенно обумовлених страхів, станів тривоги і вторинних по відношенню до них порушень настрою. У групі старших дітей і підлітків провідний стресогенний стимул пов'язаний з побоюваннями соціальних наслідків захворювання, а факт смертельно небезпечної хвороби переломлюється у свідомості насамперед як загроза успішному соціальному функціонуванню, поширюючи негативний вплив на майбутнє життя. Серед психогенних утворень в цій віковій групі переважають реактивно обумовлені розлади настрою. Поведінкові реакції в картині психогенії в таких випадках виступають як вторинні по відношенню до розладів настрою – з прийняттям чи відкиданням ситуації хвороби (або у вигляді тривожної іпохондричної фіксації, або емоційним запереченням і ігноруванням можливих важких наслідків онкологічного процесу) [18].

4. Висновки

Різноплановість проблем у дитячій психонкології обумовлює і багаторівневість та різносторонність медичної, психологічної та психосоціальної допомоги і психореабілітації дітей.

Основними завданнями психологічної допомоги дітям, які хворіють на онкологічне захворювання, є:
– нормалізація психоемоційного стану дитини;

– виявлення та корекція чинників психологічної та психосоціальної дезадаптації;

– психологічна адаптація до ситуації хвороби та потреби у лікуванні;

– робота зі специфічними страхами у разі госпіталізації (маніпуляції, ін'єкції, діагностичні дослідження);

– підтримання та сприяння нормальному віковому психічному розвитку дитини;

– актуалізація внутрішнього потенціалу дитини;

– сприяння психосоціальної адаптації після виписки зі стаціонару.

Література

1. Піонтковська, О. В. Дитяча психонкологія: проблеми та шляхи їх вирішення [Текст] / О. В. Піонтковська // Архів психіатрії. – 2012. – Т. 18, № 4 (71). – С. 76–84.

2. Holland, J. C. Psycho-Oncology [Text] / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen et al. – Oxford University Press, 2010. – 712 p.

3. Маркова, М. В. Комплексна система медико-психологічної допомоги у дитячій онкології: обґрунтування, зміст, ефективність [Текст] / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська // Психологічне консультування і психотерапія. – 2014. – Вип. 1–2. – С. 95–115.

4. Маркова, М. В. Проблеми повідомлення діагнозу і спілкування з онкохворою дитиною та її батьками [Текст] / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Медична психологія. – 2013. – № 1. – С. 7–13.

5. Маркова, М. В. Стан та перспективи розвитку сучасної психонкології [Текст] / М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, І. Р. Кужель // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20. – Вип. 4. – С. 86–91.

6. Ревенок, О. А. Онкологічна патологія і дієздатність [Текст] / О. А. Ревенок, О. П. Олійник. – К. НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, LAT & K, 2012. – 379 с.

7. Румянцев, А. Г. Достижения и перспективы развития высоких технологий в детской гематологии и онкологии [Текст] / А. Г. Румянцев // Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2007. – № 3. – С. 7–25.

8. Ковалев, Д. В. Злокачественные опухоли у детей [Текст] / Д. В. Ковалев, П. В. Копосов, В. И. Ковалев. – М.: ЭликсКом, 2004. – 324 с.

9. Eiser, C. Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology [Text] / C. Eiser, J. J. Hill, Y. H. Vance // J. Pediatr Psychol. – 2000. – Vol. 25, Issue 6. – P. 449–460.

10. Chen, E. Children's memories for pain full cancer treatment procedures: implications for distress [Text] / E. Chen, L. K. Zeltzer, M. G. Craske // Child Dev. – 2000. – Vol. 71, Issue 4. – P. 933–947.

11. Писаренко, Н. А. Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии [Текст] / Н. А. Писаренко // Российский вестник педиатрии и педиатрии. – 1998. – № 3. – С. 39–41.

12. Tremolada, M. Parental perceptions of health-related quality of life in children with leukemia in the second week after the diagnosis: a quantitative model [Text] / M. Tremolada, S. Bonichini, G. Altoè, M. Pillon, M. Carli, T. S. Weisner // Sup-

port Care Cancer. – 2011. – Vol. 19. – Issue 5. – P. 591–598. doi: 10.1007/s00520-010-0854-5

13. Ткаченко, И. В. Оценка медико-социальной реабилитации детей и подростков, вылеченных от онкогематологических заболеваний, по показателям качества жизни [Текст] / И. В. Ткаченко // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 4. – С. 68–69.

14. Стратегия медико-психолого-социальной реабилитации детей с гематологическими и онкологическими заболеваниями [Текст] / Н. Н. Володин, В. Н. Касаткин, Г. Я. Цейтлин [и др.] // Онкогематология. – 2015. – № 1. – С. 7–15.

15. Кенжегулова, Р. Б. Нервно-психические расстройства у детей с острым лейкозом на этапах программной химиотерапии [Текст]: тезисы докладов / Р. Б. Кенжегулова, К. О. Омарова, С. В. Скляр // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты). – Томск, 2010. – С. 91–93.

16. Киян, И. Г. Тревожность у детей, страдающих острым лимфобластным лейкозом [Текст] / И. Г. Киян. Школа здоровья. – М., 2002. – № 3. – С. 36–41.

17. Madan-Swain, A. Identity in Adolescent Survivors of Childhood Cancer [Text] / A. Madan-Swain, R. T. Brown, M. A. Foster et al. // J. Pediatr. Psychol. – 2000. – Vol. 25 (2). – P. 105–115. doi: 10.1093/jpepsy/25.2.105

18. Derogatis, L. R. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients [Text] / L. R. Derogatis, G. R. Morrow, J. Fetting et al. // JAMA: The Journal of the American Medical Association. – 1983. – Vol. 249, Issue 6. – P. 751–757. doi: 10.1001/jama.249.6.751

References

1. Piontkovskaya, O. V. (2012). Children Psycho-Oncology: problems and solutions. Archives of Psychiatry, 18 (4 (71)), 76–84.

2. Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen P. B. et al. (2010). Psycho-Oncology. Oxford University press, 712.

3. Markova, M. V., Piontkovskaya, O. (2014). Comprehensive medical and psychological care in pediatric oncology: rationale, content, effectiveness [Text] / M. Markova, // Psychological counseling and psychotherapy, 1–2, 95–115.

4. Markova, M., Piontkovskaya, O., Kuzhel, I. R. (2013). Problems message diagnosis and communication with the child with cancer and his or her parents. Medical Psychology, 1, 7–13.

5. Markova, M., Piontkovskaya, O., Kuzhel, I. R. (2012). Status and prospects of development of modern psychooncology [Text] / M. Markova, O. Piontkovskaya, I. R. Kuzhel // Ukrainian neuropsychiatrist Bulletin, 20 (4), 86–91.

6. Revenok, A. A., Oleinik, O. P. (2012). Cancer pathology and capability. Research Institute for Social and Forensic Psychiatry, LAT & K, 379.

7. Rumyantseva, A. (2007). Achievements and prospects of development of high technologies in Pediatric Hematology and Oncology. Questions of hematology / oncology and immunopathology in pediatrics, 3, 7–25.

8. Kovalev, D. V., Koposov, P. V., Kovalev, V. I. (2004). Malignant tumors in children. Moscow : Elikom, 324.

9. Eiser, C., Hill, J. J., Vance, Y. H. (2000). Examining the psychological consequences of surviving childhood cancer: systematic review as a research method in pediatric psychology. J. Pediatr Psychol, 25 (6), 449–460.

10. Chen, E., Zeltzer, L. K., Craske, M. G. et al. (2000). Children's memories for painful cancer treatment procedures: implications for distress. Child Dev, 71 (4), 933–947.

11. Pisarenko, H. A. (1998). Psychological adaptation of the family of the child with cancer at a stage of remission. Russian Bulletin Perinatology and pediatrics, 3, 39–41.

12. Tremolada, M., Bonichini, S., Altoè, G., Pillon, M., Carli, M., Weisner, T. S. (2011). Parental perceptions of health-related quality of life in children with leukemia in the second week after the diagnosis: a quantitative model. Supportive Care in Cancer, 19 (5), 591–598. doi: 10.1007/s00520-010-0854-5

13. Tkachenko, I. V. (2011). Evaluation of medical and social rehabilitation of children and adolescents cured of hematological diseases, in terms of quality of life. Problems of health management, 4, 68–69.

14. Volodin, N. N., Kasatkin, V. N., Zeitlin, G. Y. et al. (2015). The strategy of medical, psychological and social rehabilitation of children with hematological and oncological diseases. Hematology, 1, 7–15.

15. Kenzhegulova, R. B., Omarov, K. O., Sklyar, S. V. (2010). Neuropsychiatric disorders in children with acute leukemia at the stages of the program of chemotherapy. Mental health of children and adolescents (clinical epidemiological and biological aspects). Abstracts. Tomsk, 91–93.

16. Kiyani, I. G. (2002). Anxiety in children with acute lymphoblastic leukemia. Health School. Moscow, 3, 36–41.

17. Madan-Swain, A., Brown, R. T., Foster, M. A. et al. (2000). Identity in Adolescent Survivors of Childhood Cancer. Journal of Pediatric Psychology, 25 (2), 105–115. doi: 10.1093/jpepsy/25.2.105

18. Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J. et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 249 (6), 751–757. doi: 10.1001/jama.249.6.751

Дата надходження рукопису 15.06.2015

Піонтковська Оксана Володимирівна, головний лікар, КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня № 1, вул. Клочківська, 337А, м. Харків, Україна, 61051

доктор медичних наук, професор, доцент, кафедра соціальної медицини і управління в охороні здоров'я, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, вул. Корчагінців, 58, м. Харків, Україна, 61176

E-mail: piontkovskayo@gmail.com