

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ ПРИ ПУХЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ

П. С. Гудак, В. Я. Горохівська

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
Комунальний заклад Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська
лікарня»*

У статті висвітлено питання психічних розладів при пухлинах головного мозку та особливості організації догляду за пацієнтами з порушеннями психіки в КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня».

THE MENTAL DISORDERS BECAUSE OF TUMORS OF THE BRAIN AND ORGANIZATION OF PATIENT'S CARE

P. S. Hudak, V. Ya. Horohivska

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
Institute of Nursing
Ternopil University Hospital*

The article adduces the mental disorders because of tumors of the brain and peculiarities of care for patients with mental disorders in Ternopil University Hospital.

Вступ. Кількість пухлин головного мозку, які діагностують щороку, зростає протягом останніх десятиліть. Але причини цього не відомі. У структурі загальної онкологічної захворюваності пухлини головного мозку складають 0,7–1,5 %. Поширення первинних пухлин головного мозку в популяції складає від 4 до 14 (частіше 5 – 7) на 100 тис. населення. В загальній структурі смертності пухлини головного мозку складають до 0,5 %. В Україні частота пухлин головного мозку у чоловіків складає 10,2 на 100 тис. населення. Серед жінок цей показник становить 7,6 на 10 тис. населення. У дорослих показник летальності через пухлини головного мозку займає третє місце серед усіх причин смерті. Онкологічні хворі мають дуже лабільну, уразливу психіку, тому організація високопрофесійного медсестринського догляду необхідна на всіх етапах обслуговування цих хворих. Зрозуміло, що основна відповідальність в діагностиці та лікуванні пацієнтів з онко-

логічним ураженням головного мозку лягає на лікарський персонал, проте від спільних дій нейрохірурга з професійно підготовленим середнім медичним персоналом залежить кінцевий результат і дозволяє уникнути небажаних ускладнень, а також зменшити термін перебування пацієнта в стаціонарі.

Основна частина. Пухлини головного мозку трапляються практично в будь-якому віці. Серед дорослих 40–45 % всіх пухлин ГМ складають гліоми, 18–20 % складають менингіоми, 8 % невриноми 8 нерва, 6–8 % аденоми гіпофіза.

За період з 2005 по 2010 рр. в нейрохірургічному стаціонарі КЗ ТОР «Тернопільської університетської лікарні» перебував 281 хворий з онкологічним ураженням головного мозку. Оперовано – 114 пацієнтів.

У пацієнтів з онкоураженням головного мозку відмічена особливість, яка заслуговує на увагу з боку середнього медперсоналу. Це порушення психіки, пам'яті, когнітивних функцій (у 62 % пацієнтів).

Характер психічних розладів, які виникають при пухлинах головного мозку, може бути різноманітним. Так, на тлі ясної свідомості може виникнути порушення пам'яті, мислення, сприйняття, здатності до концентрації уваги. В окремих випадках превалює агресивність, схильність до немотивованої поведінки, прояви негативізму, зниження критики, що може змінюватися на апатичність, кволість, а в деяких випадках – маренням та галюцинаціями. У хворих похилого віку при наявності гіпертонічної хвороби та атеросклерозу психічні розлади завжди супроводжуються підвищенням внутрішньочерепного тиску.

При доброякісних пухлинах психічні розлади виникають в пізній фазі розвитку пухлини. При злроякісних первинних і особливо метастатичних пухлинах великих півкуль психічні розлади виникають порівняно рано і відрізняються великою постійністю і вираженістю.

Психічні симптоми, що залежать від інтегративної діяльності великих півкуль, виникають поступово разом з іншими загально-мозковими симптомами в результаті наростаючого підвищення внутрішньочерепного тиску, розлади крово- і лімфообігу, гіпоксії, набряку, набухання мозку і дистрофії клітинних структур кори великих півкуль. Цьому сприяє також проростання злроякісними гліомами великих ділянок білої речовини великих півкуль з руйнуванням провідних шляхів – асоціативних, комісуральних і проєкційних, а також при злроякісних пухлинах важливе значення відіграє фактор інтоксикації.

Найтиповіші розлади психіки – завантаженість і оглушення хворих, що виражається в ослабленні уваги притупленні сприйняття і пам'яті, уповільнення асоціативних процесів, зниження критичного ставлення до себе, до своєї хвороби і оточуючих, загальна млявість, байдужість, безініціативність. Хворий швидко виснажується, впадає в сомналентний стан, стає психічно неконтактним, несвідомим, хоча при зовнішніх подразненнях відкриває очі. Цей апалічний синдром переходить в сопорозний і раптово наступаючий коматозний стан, часто закінчується летальним результатом.

Існують також психічні синдроми, які мають локальне топікодіагностичне значення.

При пухлинах лобної частки поряд із загальною млявістю, інертністю, безініціативністю, апатією, зниженням пам'яті та інтелекту (що є апатії – абулічним синдромом), у хворих часто виявляється розторможенно-ейфоричний стан у вигляді пси-

хічного збудження, агресивності, змінюваних добродушністю, ейфорією. Хворі легковажні, некритичні, виявляють дивності в поведінці, схильні до люті, цинічні, еротичні, неохайні, не контролюють випорожнення. Ці симптоми типові для так званої лобової психіки.

При пухлинах скроневої частки, яка містить коркові закінчення нюхового, смакового, слухового і вестибулярного аналізаторів, не спостерігається випадання їх функцій, оскільки представлені вони в обох півкулях, але часто спостерігається подразнення цих центрів, що виражаються в стереотипних нюхових, смакових і слухових галюцинаціях.

При локалізації пухлини на стику скроневої і потиличної часток спостерігаються дуже своєрідні зорові галюцинації: про що б хворий не подумав, все образно представляється перед його очима.

При ураженні тім'яної частки і її зв'язку із зоровим горбом спостерігаються парестезії і біль у протилежних кінцівках, психосенсорні розлади, автотопагнозія, анозогнозія.

З огляду на зазначене вище, в організації медсестринського догляду за нейроонкологічними пацієнтами важливим є: облік пацієнтів з потенційними ускладненнями на початку чергової зміни, забезпечення своєчасного моніторингу вітальних показників, контроль кількості та швидкості інфузії розчинів. Також необхідний контроль сну та відпочинку пацієнта. Тривалість нічного сну хворих повинен становити не менше 8 годин, а після обіднього відпочинку – за клінічними ознаками. Щоденна прогулянка є обов'язковою для всіх хворих, крім тих, які знаходяться на ліжковому режимі.

Важливим у догляді за хворим є харчування, яке складається із загальних та дієтичних столів. Приймання їжі має бути не менш 3 разів на добу. Розрив між сніданком і обідом, обідом та вечерєю не повинен перевищувати 4 години, а між вечерєю і сніданком – 13 годин.

Одним із важливих етапів догляду є гігієна хворих. Гігієнічна ванна проводиться не рідше одного разу на тиждень з наступною зміною постільної і натільної білизни. Заміна білизни у фізично слабких хворих проводиться частіше (за потребою).

За призначенням лікаря виконується лікувальна фізкультура та масаж.

Висновок. 1. В процесі професійної підготовки середнього медперсоналу необхідно акцен-

тувати увагу на специфічні особливості клінічних симптомів у нейрохірургічних хворих, що в перспективі дасть змогу активніше задіювати медсестер-бакалаврів та молодших спеціалістів до роботи в університетській клініці.

2. Онкологічні хворі з порушеннями психіки потребують особливого догляду, тому організація високопрофесійного медсестринського дог-

ляду необхідна на всіх етапах обслуговування цих хворих.

3. Уникнення небажаних ускладнень та задовільний кінцевий результат залежить від своєчасного та якісного надання високого рівня медичної допомоги хворим з порушеннями психіки при пухлинах головного мозку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мельничук П. В. Нервные болезни / П. В. Мельничук. – М. : Медицина, 1981.

2. Ромоданов А. П. Нейрохірургія / А. П. Ромоданов та ін. – К. : Спалах, 1998.

3. Цимбалюк В. В. Нейрохірургія. Курс лекцій / В. В. Цимбалюк, О. М. Хонда, І. Б. Третяк. – К., 1998.

4. Ярош А. А. Нервные болезни / А. А. Ярош. – К. : Высшая школа, 1985.

5. ukrmed.net.ua