

МЕТАСТАЗУВАННЯ ГЛІОБЛАСТОМ У СПИННИЙ МОЗОК ЯК ВАРИАНТ ЇХ ЕКСТРАКРАНІАЛЬНОГО ПОШИРЕННЯ

У статті описують випадки розпізнаного клінічно та підтверженого нейровізуально метастазування гліобластоми в спинний мозок у терміни менше одного року від початку лікування. Екстракраніальні метастази мультиформної гліобластоми не характерні для даної нозології, проте останнім часом з розвитком методів нейровізуалізації діагностуються все частіше. Надалі залишаються відкритими питання вибору тактики лікування в подібних випадках, ролі радіохірургії або стереотаксичної променевої терапії, ефективності системної хіміотерапії.

Ключові слова: гліобластома, метастазування, спинний мозок.

THE INNIDIATION OF GLIOBLASTOMAS INTO THE SPINAL CORD AS A VARIANT OF EXTRACRANIAL SPREADING

The article describe cases of recognized clinically and the neurovisually confirmed glioblastoma innidiation to the spinal cord in terms less than one year from the beginning of treatment. The extracranial metastases of multiform glioblastoma are not specific for this nosology. However, lately with development of methods of neurovisualization they are isdiagnosed more frequently. The questions of choice of treatment mode in cases like that, role of radiosurgery or stereotaxic radiation therapy, efficiency of system chemotherapy remain open.

Key words: glioblastoma, innidiation, spinal cord.

УДК 616-056.257-06:612.821.33]-053.2

Судхір Дхакре

ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ЛІКАРСЬКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Одеський національний медичний університет

Ожиріння є психосоматичним захворюванням, оскільки у механізмі виникнення, провокування, формування клінічних проявів, перебігу і наслідків його величезну роль відіграють психологічні та соціальні шкідливості, особливості осіб, їх реакція на хворобу, життєві ситуації, що виникають у зв'язку із захворюванням [1; 2].

Стандартне лікування ожиріння включає збалансований режим харчування, дозовані фізичні навантаження і застосування за показаннями (тяжкий ступінь ожиріння, абдомінальний тип ожиріння, ознаки гіперінсулінізму, порушення толерантності до глюкози) препаратів метформіну в добовій дозі 500–750 мг протягом 3–6 міс. [3]. Збалансований режим харчування включає субкалорійну дієту, часте дрібне приймання їжі, обмеження рафінованих вуглеводів і тваринних жирів та достатній вміст рослинної клітковини в добовому раціоні. Підвищена фізична активність сприяє прискоренню

інтенсивності обміну речовин, ефективного витрачання отриманої енергії зі створенням негативного енергетичного балансу організму з метою зниження і подальшого утримання маси тіла. Усунення інсулінорезистентності тканин досягається застосуванням лікарських препаратів метформіну (добова доза 500–750 мг за 2–3 рази під час прийому їжі), який відновлює нормальну роботу підшлункової залози, знижує метаболічну активність вісцеральної жирової тканини.

Проте таке лікування є недостатньо ефективним, застосовується в стандартному варіанті для всіх пацієнтів, що страждають на ожиріння, незалежно від їх преморбідного фону, характеризується великим відсотком рецидивів збільшення маси тіла після закінчення курсу терапії. Лікування здійснюється недиференційовано, без урахування попередніх або потенційованих захворюванням порушень психоемоційної сфери дитини. Таким чи-

ном, стандартне комплексне лікування ожиріння спрямоване лише на патофізіологічні ланки ожиріння і не враховує істотний психопатологічний компонент ожиріння як складову психосоматичного захворювання [4].

Мета нашого дослідження полягає у вдосконаленні способу лікування ожиріння у дітей шляхом застосування комбінованої лікарсько-психологічної терапії та препарату рослинного походження, що дозволяє досягти більш вираженого терапевтичного ефекту, а саме: прискорити темпи зниження маси тіла, запобігти рецидивам збільшення його маси, поліпшити прихильність до терапії, сформувати позитивний емоційний фон пацієнтів на тлі лікування й утримання результатів. Поставлене завдання вирішується тим, що дітям з ожирінням додатково проводять корекцію їх психологічного статусу шляхом раціональної роз'яснювальної мотиваційної психотерапії, авто-

генного тренування у вигляді тренінгу самоствердження і формування впевненості в собі, ігрової терапії у поєднанні із застосуванням препарату рослинного походження «Цефамадар».

Дослідження проводилося на базі спеціалізованого відділення Одеської обласної дитячої клінічної лікарні протягом 2003–2011 рр. З метою оцінки ефективності пропонованої методики були створені 2 групи дітей з ожирінням (основна та контрольна), ідентичні за кількістю хворих, віком, тяжкістю захворювання, варіантами психоемоційних порушень. Контрольну групу утворили 66 дітей, які отримували стандартну комплексну дієто- та медикаментозну терапію, включаючи збалансований режим харчування, дозоване фізичне навантаження, ЛФК, медикаментозне лікування. Діти основної групи (73 дитини) отримували одночасно з дієтотерапією і медикаментозним лікуванням сеанси індивідуальної та групової психотерапії у поєднанні із застосуванням препарату рослинного походження «Цефамадар» загальним курсом 2,5–3 міс. Використовувалися такі взаємодоповнюючі психологічні методики: раціональна роз'яснювальна мотиваційна психотерапія, метод автогенного тренування, тренінг самоствердження і формування впевненості в собі, ігрова терапія. Психотерапевтичний вплив був спрямований на якнайшвидшу нормалізацію або зниження маси тіла, формування сталої мотивованої харчової поведінки дитини, профілактику збільшення маси тіла, нормалізацію психоемоційного фону особистості, ліквідацію патологічних наслідків дезадаптації.

Як критерії ефективності терапії використовували динаміку показників фізичного розвитку, клінічних і лабораторних даних, структури виявлених психологічних порушень.

Динаміка показників фізичного розвитку — маси тіла, індексу маси тіла (ІМТ), об'єму талії (ОТ), об'єму стегон (ОС) — на тлі застосування комбінованої лікарсько-психологічної терапії відображена в табл. 1.

У ході дослідження вивчалася динаміка показників вуглеводного (глюкоза плазми натще, інсулін ІРІ натще, індекс НОМА) і жирового (загальний холестерин, тригліцериди, холестерин ЛПВЩ, холестерин

ЛПДНЩ, холестерин ЛПНЩ) обміну на тлі терапії. Результати спостереження представлені в табл. 2 і 3.

Як видно з представлених даних, у всіх хворих на ожиріння дітей у результаті лікування відзначалося поліпшення показників вуглеводного і жирового обміну. Рівень глюкози плазми й активність інсуліну ІРІ натще, а також індекс інсулінорезистентності НОМА вірогідно знизилися на тлі лі-

Таблиця 1

Динаміка показників фізичного розвитку хворих на ожиріння дітей в основній і контрольній групах, М±m

Показник фізичного розвитку	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Маса тіла, кг	65,24±0,18	58,26±0,14**	66,52±0,23	62,34±0,12*
ІМТ, кг/м ²	28,02±4,58	25,18±8,12**	28,61±8,74	27,08±10,02
ОТ, см	86,16±0,32	78,08±0,26**	88,65±0,16	84,23±0,28*
ОС, см	98,71±0,19	90,83±0,45**	99,98±0,33	96,23±0,54

Примітка. У табл. 1–3: * — p<0,05 — вірогідність відмінностей щодо показників на початку лікування; # — p<0,01 — вірогідність відмінностей щодо контрольної групи.

Таблиця 2

Динаміка показників вуглеводного обміну хворих на ожиріння дітей в основній і контрольній групах, М±m

Лабораторний показник	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Глюкоза плазми натще, ммоль/л	5,58±0,16	5,25±0,14**	5,53±0,23	5,37±0,18
Інсулін ІРІ натще, мкОД/мл	28,03±5,58	22,38±10,13**	28,41±10,78	26,11±14,10
Індекс НОМА	6,95±0,51	5,22±0,45**	6,98±0,33	6,23±0,45

Таблиця 3

Динаміка показників жирового обміну хворих на ожиріння дітей в основній і контрольній групах, М±m

Лабораторний показник	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Загальний холестерин, ммоль/л	5,16±0,25	4,34±0,14**	5,34±0,21	5,04±0,18
ХСЛПВЩ, ммоль/л	0,99±0,04	1,23±0,02**	0,96±0,03	1,12±0,04*
Тригліцериди, ммоль/л	1,46±0,07	1,21±0,02**	1,48±0,06	1,34±0,02*
ХСЛПДНЩ, ммоль/л	0,29±0,01	0,24±0,02**	0,30±0,02	0,27±0,03*
ХСЛПНЩ, ммоль/л	3,82±0,24	2,87±0,15**	3,78±0,22	3,07±0,13*

Примітка. ХСЛПВЩ — холестерин ліпопротеїдів високої щільності; ХСЛПДНЩ — холестерин ліпопротеїдів дуже низької щільності; ХСЛПНЩ — холестерин ліпопротеїдів низької щільності.

кування лише в основній групі ($p < 0,01$), у контрольній групі відзначалася позитивна, але статистично не вірогідна тенденція.

Усі діти основної та контрольної груп після закінчення курсу терапії пройшли повторне медико-психологічне обстеження із застосуванням методик М. Люшера, С. Розенцвейга і Г. Айзенка. Під час діагностичної бесіди з дитиною та її батьками з'ясувалося думка самого хворого про свій нинішній стан, оцінка ставлення до хвороби і задоволеності отриманим лікуванням. Результати проведених бесід показали, що ($94,5 \pm 2,9$) % дітей основної групи змогли досить усвідомлено вказати основні причини розвитку та клінічні прояви своєї патології, тимчасом як серед хворих контрольної групи тільки ($40,9 \pm 1,2$) % дітей змогли пояснити лікарю та психологу причини й ознаки свого захворювання ($p < 0,01$). Діти, які отримували під час лікування комбіновану терапію, відзначали переважання оптимістичних настроїв над песимістичними, хоча до початку терапії в обох групах порівняння спостерігалася зворотна картина. Серед хворих контрольної групи емоційний фон і ставлення до свого майбутнього залишилися без істотних змін ($p < 0,1$). У цілому діти, у терапії яких використовувалися психологічні методики, почали активніше, з більшою впевненістю дивитися в майбутнє, у них з'явилося ба-

жання повноцінно спілкуватися з однолітками й оточуючими. Із них ($86,3 \pm 2,6$) % відзначали задоволення від проведеної терапії, не відчували більше страху перед лікарями, захворюванням і його ускладненнями.

Вивчення динаміки особистісних рис дітей з ожирінням залежно від виду проведеної терапії, за даними колірної методики М. Люшера, виявило позитивну тенденцію: невпевненість, самотність, вразливість відзначалися у ($42,4 \pm 1,2$) % хворих контрольної та у ($26,0 \pm 0,9$) % основної групи ($p < 0,01$). Песимізм, що виявлявся на початку терапії у ($52,5 \pm 1,5$) % хворих, становив у контрольній і основній групах ($42,4 \pm 1,4$) % і ($19,2 \pm 0,5$) % спостережень відповідно ($p < 0,01$). Тільки ($8,2 \pm 0,3$) % хворих основної групи відзначали нездатність усунути розрив між собою й оточуючими, що значно відрізнялося від даних у контрольній групі ($37,9 \pm 0,9$) %; $p < 0,001$) і до початку терапії ($41,0 \pm 1,7$) %; $p < 0,001$). Комбінована лікарсько-психологічна терапія сприяла нормалізації психоемоційного стану та поліпшенню особистісних рис хворих, формуванню оптимістичних настроїв над песимістичними.

Отже, використання комбінованого лікування ожиріння у дітей забезпечує високу його ефективність завдяки зміні механізмів психологічного захисту і створенню ефективної сис-

теми поведінкових навичок у повсякденному житті дитини. Крім того, введення в його схему елементів сімейної психотерапії та навчальних програм із харчування дозволяє домогтися максимального ефекту у хворих, в етіологічному аспекті яких домінує неблагополуччя у сфері сімейних відносин. Лікування ожиріння у дітей шляхом застосування комбінованої лікарсько-психологічної терапії та препарату рослинного походження «Цефамандар» є важливим патогенетичним методом, що не має протипоказань, не викликає побічних реакцій і ускладнень, сприяє комплаєнсності терапії, дозволяє досягти більш вираженого терапевтичного ефекту, забезпечує профілактику рецидивів такого надзвичайно небезпечного захворювання дитячого віку, як ожиріння.

ЛІТЕРАТУРА

1. Любан-Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. – СПб., 2000. – 272 с.
2. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д. Н. Исаев. – СПб. : Спец. литература, 1996. – 454 с.
3. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія», п. 1.18, Протокол надання медичної допомоги дітям, хворим на ожиріння : Наказ МОЗ України № 254 від 27.04.2006. – К., 2006.
4. Александр Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александр. – М. : Геррус, 2000. – 296 с.

УДК 616-056.257-06:612.821.33]-053.2

Судхир Дхакре

ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ЛІКАРСЬКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Показана висока ефективність комбінованої лікарсько-психологічної терапії ожиріння у дітей порівняно зі стандартною медикаментозною та дієтотерапією. Психотерапевтичний вплив спрямований на зниження маси тіла, формування стійкої мотивованої харчової поведінки дитини, профілактику рецидивів збільшення маси тіла, нормалізацію психоемоційного фону особистості, ліквідацію патологічних наслідків дезадаптації. Рекомендується проведення сеансів індивідуальної та групової психотерапії, скоригованої елементами сімейної терапії для дітей та їх батьків.

Ключові слова: ожиріння, діти, психотерапевтична корекція.

UDC 616-056.257-06:612.821.33]-053.2

Sudhir Dhakre

TREATMENT OF CHILD OBESITY USING COMBINED DRUG-PSYCHOLOGY METHOD

High efficiency of combined drug and psychological treatment of child obesity compared with standard medical and dietary therapy is highlighted in the article. Psychotherapeutic effect is directed at reducing body weight, the formation of sustainable food-motivated behavior of the child, prevention of weight gain relapse, normalization of psycho-emotional status of a child, elimination of the pathological consequences of dysadaptation. It was recommended to conduct sessions of individual and group psychotherapy with family therapy for children and parents.

Key words: obesity, children, psychotherapeutic correction.