

Таким образом, выбор тактики лечения при кистах и опухолях яичников у юных пациенток зависит от возраста, характера, величины образования и клинических проявлений. Оперативное вмешательство должно проводиться по строгим показаниям в максимально щадящем объеме — лапароскопия с вылущиванием кисты при ретенционных образованиях, так как резекция яичника ведет к потере овариального резерва и снижению генеративной функции. Истинные опухоли яичников, за исключением злокачественных, подлежат удалению в пределах здоровых тканей лапароскопическим доступом, который должен быть правилом даже в экстренных ситуациях вследствие его меньшей травматичности и лучшей визуализации.

Литература

1. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков — М., 2000.
2. Богуш А.П.// Акушерство и гинекология — 1975. — №2.-С. 16-18.
3. Гуркин Ю.А. Гинекология детей и подростков. — СПб., 2000.
4. Грязнова И.М.//Акушерство и гинекология — 1984. — № 11. - С. 33-33.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки. — М., 1998.
6. Кулаков В.И., Богданова Е.А. и др.// Акушерство и гинекология - 1999. - № 3. - С. 25-29.
7. Кисты и доброкачественные опухоли яичников/ Под ред. В.С. Радзинского - М., 2001.
8. Кузнецова М.Н., Богданова Е.А. и др.//Акушерство и гинекология. 1999. — № 4. — С. 12-14.
9. Руководство по эндокринной гинекологии/ Под ред. Е.М. Вихляевой - М., 2000.
10. Серов В.И., Кудрявцева Л.М. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. — М.: Медицина, 2001.
11. Canis M., Bruhat M., Mage G. et al. Laparoscopic ovarian surgery and adhesions//Reprod. Med. — 1992. — Vol. 37.-P. 141-143.

Поступила в редакцию 05.10.04.

CHOICE OF THERAPEUTIC APPROACH UNDER TUMORS AND TUMOR-LIKE MASSES OF OVARIES AT GIRLS AND ADOLESCENTS IN ORDER TO PRESERVE REPRODUCTIVE FUNCTION

N.N. Shevchenko, I.L. Ulyanova, N.A. Zaytseva
Regional Clinical Center of the Maternity and Childhood Protection (Vladivostok)

Summary — The authors have kept 182 patients aged 5-17 suffering from tumors and tumor-like masses in the ovaries under observation. They most often diagnosed retention cysts which had tendency towards regression without any surgical procedures. Among the true tumors, germinogenous ones and serous cystadenoma were predominant. Malignant tumors were detected at three observations. If there was a necessity to remove tumors, both low-traumatic laparoscopic operations aimed at tumor enucleating and cyst punctures were preferable even in cases of emergency. Thus, in authors' opinion, as to young patients all ovary operations must be only performed by strict indications to a maximum sparing extent, as any resection of ovary results in ovarian reserve loss and reduction of generative function in the future.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 3, p. 39-42.

УДК616.891+616.8-008.6]-07

Т.Л. Курченко, С.П. Генайло

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: соматоформная вегетативная дисфункция, перманентные и пароксизмальные расстройства.

Сведения, касающиеся соматоформной вегетативной дисфункции, встречаются в отечественной и зарубежной литературе в виде фрагментов в статьях и монографиях об астенических состояниях, неврозах, ипохондрии и т.д. В клинической практике пациенты с указанными расстройствами наблюдаются довольно часто, и всегда возникают определенные сложности в плане их нозологической оценки. Вегетативные нарушения при невротических расстройствах могут быть представлены как пароксизмальными, так и перманентными проявлениями [6]. Под перманентными вегетативными расстройствами

Г.М. Дюкова, А.М. Вейн подразумевали субъективные и объективно регистрируемые нарушения вегетативных функций постоянного характера, в отличие от пароксизмальных расстройств, которые указанные авторы называли вегетативными кризами и считали «наиболее яркими и драматичными проявлениями психовегетативного синдрома» [4].

Наблюдали 128 больных (48 мужчин и 80 женщин) в возрасте от 20 до 64 лет, у которых были выявлены признаки соматоформной вегетативной дисфункции. У 38 обследованных отмечалась преимущественная вовлеченность в процесс сердечно-сосудистой системы, что проявлялось в форме перманентных (38 наблюдений) и пароксизмальных (16 наблюдений) расстройств. Обследуемые данной группы, обнаруживавшие в преморбидном периоде признаки гипертимности, после перенесенной психотравмы жаловались на тупое давление, тяжесть, стеснение, покалывание, сжатие, жжение в области сердца. Периодически возникали ощущения нарушения ритма сердечных сокращений. При приеме валидола и нитроглицерина состояние не улучшалось, более эффективными оказались валокордин, препараты валерианы, корвалол. Наблюдались проявления ангедонии, сужение интересов, снижение прежней активности. Больные старались избегать физических

нагрузок из-за страха остановки сердца, инфаркта, внезапной смерти. Отмечались внутреннее напряжение, наплыв мыслей и представлений, так или иначе связанных со смертью, навязчивый счет. Тревога всегда носила конкретный характер и, как правило, отражала психотравмирующую ситуацию. Прослеживалось формирование рудиментарных магических идей (порчи, глаза). После отрицательного опыта общения с «целителями» магические идеи постепенно нивелировались.

Отчетливо был выражен астенический компонент: утомляемость, признаки элективной амнезии, быстрое истощение целенаправленной активности, гипергидроз. Больные не выдерживали привычного до болезни режима работы. Отмечалось нарушение сна в виде расстройства засыпания, поверхностного сна с частыми или ранними пробуждениями среди ночи без последующего засыпания. В то же время обследуемые многословно излагали бесчисленные жалобы, соглашались на любое обследование, постоянно лечились у врачей-интернистов, которые и направляли их на консультацию к психиатру.

У 6 человек пароксизмы развились в течение суток после психотравмы и предшествовали формированию перманентных расстройств, у 10 человек — через 3-6 недель уже на фоне сформированных перманентных нарушений в результате дополнительных психотравмирующих воздействий. Вегетативным пароксизмам предшествовали остро возникавшие тревога, беспокойство, ощущение безысходности. На высоте психоэмоционального напряжения отмечались чувство дискомфорта в груди, переходящее в ноющую, давящую, пронизывающую, колющую, сжимающую боль в области сердца, иррадиирующую в левое плечо и левую лопатку, тошнота, затрудненное дыхание, головокружение, туман и «мушки» перед глазами. Больные испытывали страх смерти от инфаркта, «разрыва сердца», требовали немедленного вызова врача, оказания помощи, добивались стационарирования. Систолическое давление на высоте приступа не превышало 170-150 мм рт. ст., а диастолическое 90-100 мм рт. ст. На электрокардиограмме регистрировались синусовая тахикардия и нарушения метаболизма. Длительность приступа колебалась от 30 минут до 2,5 часа. При постепенной нивелировке болевых ощущений наблюдался обильный гипергидроз, полиурия, послабление стула, чувство ползания мурашек в области лица, рук, ног, слабость в конечностях. Частота приступов колебалась от 1-2 раз в неделю до 2-3 раз в месяц.

У 49 пациентов, которые до заболевания отличались экспрессивным поведением, отмечалась преимущественная вовлеченность в процесс системы дыхания. Через 1-3 недели после психотравмы формировались проявления гипервентиляционного синдрома [1, 2, 7, 8]. Обследуемые отмечали першение в горле, поверхностный кашель со скудной слизистой мокротой, ощущение давления в области грудины и нижних от-

делов грудной клетки, «нехватки воздуха», кома в горле. Появлялись страхи наличия тяжелого, трудно диагностируемого заболевания (бронхиальной астмы, рака бронхов, редкой формы аллергической патологии и т.д.). Фобии отличались яркостью и образностью. Содержание страхов черпалось из пережитой реальной ситуации, определялось ранее наблюдаемой болезнью или смертью кого-либо из родственников или лиц из близкого окружения.

Больные жаловались на раздражительность, тревогу, слезливость, мнительность, пессимистическую оценку настоящего и будущего, были капризны, обидчивы, громко рыдали, обвиняли близких в недостаточном сочувствии. Мимика, жесты и речь отражали напряженность и чувство беспокойства. Больные предпочитали более простую, легкую работу, перекладывали ведение домашнего хозяйства на плечи родственников. Наблюдалось расстройство сна, снижение массы тела, нарушение менструального цикла и снижение либидо. Во второй половине дня отмечалось усиление тревоги, пик которой приходился на 16-17 часов. Благоприятно складывающиеся обстоятельства способствовали редукции вегетативных расстройств, улучшению настроения и работоспособности.

У 21 больного кроме описанных перманентных расстройств отмечались пароксизмальные проявления. У 13 из них приступы возникали в течение суток после психотравмы, у 8 — наблюдались уже на фоне перманентного расстройства. Они возникали, как правило, в присутствии зрителей сразу после или в ожидании конфликта. Больные отмечали чувство «готовности выхода» приступа. Появлялась тревога, ощущение кома в горле, сдавления грудной клетки, нехватки воздуха. Затем на фоне частого дыхания наблюдались отдельные глубокие вдохи с последующими продолжительными паузами, нарушение ритма и регулярности дыхательных циклов, учащение пульса. Обращали на себя внимание демонстративные движения шеи, туловища, рук, вызывавшие сострадание окружающих. Больные жаловались на сухость во рту, тошноту, зябкость, похолодание конечностей, страх смерти от удушья, просили присутствующих вызвать скорую медицинскую помощь. Частота пульса доходила до 110-120 ударов в минуту, артериальное давление определялось в пределах 130-140 на 80-90 мм рт.ст. В легких перкуторно определялся коробочный звук, аускультативно — сухие хрипы. Длительность приступа колебалась от 40 минут до 2 часов. При постепенной нивелировке вегетативного криза дыхание становилось медленным и глубоким, больные жаловались на стеснение в области сердца, слабость, разбитость, сонливость, наблюдались акроцианоз, красный дермографизм, гипергидроз. Приступы отмечались от 2 раз в день до 5-6 раз в месяц.

В преморбидном периоде больные соматоформной вегетативной дисфункцией с преимущественной заинтересованностью верхнего отдела желудочно-

кишечного тракта (12 человек) отличались повышенной впечатлительностью, неуверенностью в себе, были склонны к тревожным опасениям и постоянной проверке собственных решений мнением окружающих. Отмечалась фиксация внимания на различных диетах, которые часто менялись и расценивались как особое лечебно-профилактическое средство. Спустя 3-4 недели после психотравмы у них появлялись жалобы на ощущение переполнения и тяжести в желудке, отрыжку, икоту, тошноту, вздутие кишечника, постоянные ноющие тупые боли, запоры, реже поносы, метеоризм, громкое урчание в желудке. Последнее особенно угнетало больных, если они находились в людных местах.

При воздействии дополнительных психогений усиливалась тревога, появлялось стремление выговориться, поделиться своими переживаниями. Но после этого больные осуждали себя за болтливость, испытывали бесосновательное, чрезмерное чувство вины, считали, что их личностные качества не соответствуют общепринятым нормам, были боязливы, угнетены, подавлены. Наблюдались беспокойный прерывистый сон, пониженный аппетит. Подавленность становилась постоянной, преобладали печаль, окрашенная угрюмостью, безрадостность, потеря инициативы, неуверенность в себе, недовольство собой и окружающими, затруднения в приеме решения. Отмечались тахикардия, потеря веса, снижение работоспособности и активности. Больные проявляли повышенный интерес к результатам анализов, заключениям специалистов. Сомнение в эффективности лечения сочеталось с непрестанным поиском нового способа лечения. При осложнениях и побочных действиях лекарств появлялись подозрения, что болезнь есть результат чьего-то злого умысла, недобросовестности или злонамеренности врачей, которых они склонны были обвинять в недостаточной квалификации, пренебрежении своими обязанностями, халатности. Формировались и актуализировались навязчивые сомнения и страхи.

У 7 пациентов на фоне перманентных проявлений спустя 5-6 недель после психотравмы при возникновении конфликтных ситуаций наблюдалось приступообразное усиление тревожного аффекта, эмоционального напряжения с эпигастральной витализацией, отмечалась кинжальная (режущая, колющая) боль схваткообразного характера в области желудка. Больные настаивали на госпитализации, испытывали страх смерти от прободения желудка в результате язвы или рака. Боли сопровождалась отрыжкой воздухом, рвотой без чувства тошноты, после чего наблюдалось некоторое облегчение состояния. Отмечались тахикардия, подъем систолического артериального давления до 130-150 мм рт. ст., похолодание конечностей, озноб. При пальпации живота определялась болезненность в эпигастральной области. Длительность приступа колебалась от 30 минут до 1 часа. Боли купировались после введения седативных средств.

Во время криза больные теряли в весе до 1-2 кг. Длительность интервалов между приступами колебалась от нескольких часов или дней до нескольких месяцев или даже лет.

У 29 больных определялись перманентные проявления соматоформной вегетативной дисфункции с преимущественной заинтересованностью нижнего отдела желудочно-кишечного тракта. В преморбидном периоде обследуемые отличались неуверенностью в себе, ригидностью, склонностью к тревожным опасениям. Спустя 5-10 дней после психотравмирующей ситуации появлялись жалобы на неприятные ощущения в области живота (чувство тяжести, тянущие боли, «скручивания» по ходу кишечника), вздутие, урчание, нарушения стула. Преобладали поносы (19 случаев), реже наблюдались запоры (4 случая) и чередование поносов и запоров (6 случаев). Перистальтическое беспокойство кишечника приводило к развитию навязчивых страхов. Больные опасались, что не удержат кишечные газы и стул в общественных местах, были фиксированы на акте дефекации, просчитывали свой маршрут с учетом мест расположения туалетов. Отрицательные результаты обследований, при обращении к терапевту, усиливали тревогу, вызывали страхи наличия редкого, трудно диагностируемого, прогностически неблагоприятного заболевания.

Отмечались подавленное настроение, слезливость, тревога, ухудшение аппетита и бессонница. Пониженное настроение и сосредоточенность больных на тягостных ощущениях способствовали возникновению сложностей в межличностных отношениях. Живое общение с людьми утомляло обследуемых и заменялось общением по телефону. Пациенты ограничивали рацион, пытались манипулировать частотой приема пищи, нередко сокращая ее до 1 раза в сутки, исключали продукты, которые, по их мнению, стимулировали деятельность кишечника. Наблюдалось строгое соблюдение сложившегося жизненного стереотипа. Даже при незначительном отступлении от заведенного распорядка больные жаловались на ухудшение самочувствия, нарушения сна, трудности сосредоточения. У женщин наблюдалось усиление предменструального напряжения, фригидность, у мужчин — снижение потенции.

Неблагоприятные внешние воздействия вызывали угнетение, ощущение «общей усталости». Выявлялась тесная зависимость настроения от выраженности диспепсических расстройств. Пониженное настроение хотя и доминировало в клинической картине, но не исключало адекватных реакций радости и оживления под влиянием благоприятных факторов. Однако содержание комплекса депрессии не дезактуализировалось полностью, достаточно было одного упоминания о психотравмирующей ситуации, чтобы вновь усилилась подавленность, наблюдались навязчивые регистрации малейших изменений в деятельности кишечника. Любое болезненное ощущение

в области живота служило источником опасения неконтролируемой дефекации. При сохранении общего уровня мотивации обращали на себя внимание затруднения при включении в деятельность, потребность в побуждающих обстоятельствах, однако больные практически в полном объеме выполняли актуальные обязанности на работе и дома.

У 3 больных на фоне перманентных расстройств наблюдались пароксизмы острой абдоминальной боли. Приступы были единственными у каждого больного и тесно связанными с конфликтными ситуациями в семье и на работе. На высоте конфликта при выраженном эмоциональном напряжении наблюдалась бурная реакция незаслуженной обиды, отмечались слезливость, афония, жалобы на ком в горле, похолодание конечностей и нарастающей боли внизу живота, локализуемой в левой половине. Отмечались позывы на дефекацию без наличия стула. Пароксизмы отличались длительностью, наблюдались в течение 24-48 часов, прослеживалась диссоциация между степенью выраженности болевых ощущений, предъявляемых больными, вегетативными проявлениями (тахикардия, тахипноэ, гипергидроз) и поведением обследуемых. В поведении сохранялась активность и целенаправленность. Больные проводили по несколько часов в приемном покое, куда добирались самостоятельно или с помощью родственников, настаивая на стационарном обследовании. Будучи госпитализированными в терапевтическое отделение, они требовали оперативного вмешательства, испытывали страх смерти, утверждали, что у них нарастают некротические изменения в кишечнике в связи с непроходимостью. При пальпации определялись болезненные спазмированные участки толстой кишки, урчание, вздутие живота. Проведение параклинических исследований позволяло исключить соматическое заболевание. После инъекции седативных средств снижались тревога, страхи, больные засыпали. В последующем отмечалось критическое отношение к перенесенному состоянию.

Таким образом, преобладание тех или иных вегетативных нарушений у обследуемых определяло соматизированную «маску» депрессии. В качестве фасада депрессии выступали вышеописанные вегетативные расстройства, имитирующие сердечно-сосудистую, легочную и желудочно-кишечную патологию. Страх смерти, нарушения сна, снижение работоспособности были более выражены у больных с жалобами на неприятные ощущения в области сердца. Больные с преимущественной заинтересованностью системы дыхания отличались значительными ситуационно обусловленными колебаниями настроения и демонстративными реакциями. У больных с вегетативными проявлениями со стороны верхнего отдела желудочно-кишечного тракта преобладали подавленность, угрюмость, прослеживались идеи самоуничтожения. При преимущественной заинтересованности

нижнего отдела желудочно-кишечного тракта доминировали навязчивые страхи, колебания аффекта были незначительны, выраженность тревоги и пониженного настроения была жестко связана с диспепсическими расстройствами.

В структуре кризов при соматоформной вегетативной дисфункции были выявлены проявления, характерные для вовлеченности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, т.е. можно говорить о смешанных кризах по Б.Д. Карвасарскому [5]. При преимущественной заинтересованности верхнего и нижнего отделов желудочно-кишечного тракта пароксизмы отмечались на фоне сформированных перманентных расстройств, т.е. наблюдались только приступы III варианта по А.М. Вейну [3]. В случае предпочтительной вовлеченности сердечно-сосудистой и дыхательной систем заболевание практически равновероятно могло дебютировать как пароксизмами (приступы I варианта по А.М. Вейну), так и перманентными расстройствами с последующим возникновением на их фоне приступов.

Литература

1. Абрисов В.Н. Гипервентиляционный синдром в клинике практического врача. — Рязань, 2001.
2. Безносюк Е.Д. Гипервентиляционный синдром в структуре вегетативных нарушений у больных неврозами и возможности лекарственной терапии: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 1994.
3. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. /Под ред. А.М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000.
4. Дюкова Г.М., Вейн А.М. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2000. — № 1. — С. 7-11.
5. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1990.
6. Катин А.Я., Катина М.А., Шаппо Т.М. Основные вегетативные симптомы и синдромы в терапевтической и психоневрологической практике. — СПб.: Изд-во ДЕАН, 2002.
7. Nardi A.E., Valenca A.M., Nascimento I. et al. // Arq. Neuropsiquiat. - 1999. - Vol. 57, No. 4. - P. 932-936.
8. Nardi A.E., Valenca A.M., Nascimento I. et al. // Psychopathology. - 2001. - Vol. 34, No. 3. - P. 123-127.

Поступила в редакцию 26.03.04.

CLINICAL PRESENTATIONS OF SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION

T.L. Kurchenko, S.P. Genaylo
Vladivostok State Medical University

Summary — The authors have examined 128 patients aged 20-64, suffering from somatoform vegetative dysfunction. The disease arose from psychic trauma. Vegetative abnormalities manifested themselves as both paroxysmal and permanent disorders. In 38 cases the authors observed predominant cardiovascular system involvement, while in 49 cases it was respiratory system involvement, and in 41 cases — gastrointestinal tract involvement. Predominant involvement of different systems determined peculiarities of clinical presentations of somatoform dysfunction.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 3, p. 42-45.