

химиотерапии по схеме АМЦ с интервалом между ними в 3 месяца. Если после первого этапа определяется остаток новообразования, то выполняют оперативное вмешательство с последующими циклами полихимиотерапии [2, 3].

#### ВЫВОДЫ

1. При радиорезистентных саркомах мягких тканей методом выбора является чисто хирургическое лечение. Лучевая терапия может быть применена для снятия или уменьшения болевого синдрома.

2. При опухолях со средней радиочувствительностью оправдано комбинированное воздействие с использованием лучевой терапии до операции (классическое или динамическое фракционирование) или после нее (обычное фракционирование дозы, внутритканевая терапия и, возможно, интраоперационное облучение).

3. При высокочувствительных новообразованиях показаны комплексные варианты, а в отдельных случаях — консервативное химио-лучевое лечение.

УДК 618.1—006.6—089.8 : 616.8

### ОСОБЕННОСТИ ПОГРАНИЧНЫХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

*В. В. Васянова, В. Д. Менделевич*

*Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. М. Менделевич) Казанского государственного медицинского университета*

Актуальность исследований пограничных психических расстройств (ППР) после радикальных онкологических операций определяется их достаточно большой распространенностью. Частота пограничных психических расстройств, по данным разных авторов, варьирует от 26 до 92% [2, 4, 5], что зависит от личностно-конституциональных особенностей, этапа болезни, эффективности ее терапии. Считается, что «тяжесть» онкологического диагноза является сильнейшим психотравмирующим фактором наряду с такими, как радикальность оперативного вмешательства по поводу злокачественного новообразования, необходимость пред- и постоперационной курсовой лучевой и (или) химиотерапии.

Целью настоящей работы являлось изучение особенностей пограничных психических расстройств после радикальных онкологических операций у женщин (гинекологического, урологического, проктологического профиля) в сравнительном возрастном аспекте.

Было проведено клинико-психопатологическое обследование 124 больных женщин после радикальных операций на матке, яичниках, мочевом пузыре, прямой и сигмовидной кишках по поводу злокачественных новообразований этих органов. Больные были в возрасте от 25 до 82 лет. В соответствии с общепризнанными критериями оценки влияния возрастного фактора на особенности формирования психического статуса больные были разделены на четыре группы. В 1-ю

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Волченко Н. Н., Лавникова Г. А., Дарьялова С. Л. // Мед. радиол.—1981.— № 4.— С. 31—35.
2. Дарьялова С. Л., Чиссов В. И. Диагностика и лечение злокачественных опухолей.— М., 1983.
3. Переводчикова Н. И., Горбунова В. А., Куцаев Е. В., Селюжицкий И. В. Химиотерапия злокачественных опухолей.— М., 1988.
4. Abbatucci J. S. // Bul. Cancer.— 1988.— Vol. 75.— P. 475—481.
5. Pape H., Zamboglow N., Furst G., Schmitt G. et al. // Tumor Diagn. und ther.— 1988.— Vol. 9.— Sonderh.— N-1.— P. 31—34.
6. Schray M. F., Gunderson L. L., Sim F. H. // Cancer.— 1990.— 66.— № 3.— P. 451—456.

Поступила 23.02.95.

#### ROLE OF IRRADIATION THERAPY IN THE TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS OF SOFT TISSUE

*V. S. Datsenko*

#### Summary

As many as 254 patients with sarcomas of soft tissue were under observation for 5 years. The classification of malignant soft tissue tumors depending on their irradiation sensitivity is developed. The data for the rate of local relapses and remote metastases in histologic variants of tumors and the data for five-years survival without relapses are presented. Based on the irradiation sensitivity of sarcomas of soft tissue the treatment methods are recommended.

группу вошли женщины в возрасте от 25 до 40 лет, во 2-ю — от 41 года до 55 лет, в 3-ю — от 56 до 74 лет и в 4-ю — старше 74 лет. 3 и 4-я группы были образованы с учетом возрастной периодизации позднего возраста [1, 3].

Как показали результаты наших исследований, у 78,3% обследованных имели место психические нарушения непсихотического регистра, представленные следующими клиническими вариантами: невротическим, неврозоподобным, психозодокринным.

Невротический вариант (астенический, депрессивный, ипохондрический, истерический синдромы) наблюдался у 59 (60,8%) больных. Клиническая картина астенического синдрома выражалась эмоциональной лабильностью, истощаемостью, повышенной раздражительностью, утомляемостью, нарушением активного внимания, головными болями, забывчивостью на фоне сниженного настроения. Вспышки раздражительности часто сопровождалась слезливостью с усилением общей слабости, чувства бессилия. Отмечались эпизодические нарушения сна и довольно часто вазомоторные реакции.

Картина депрессивного синдрома была очень вариабельна — от легких форм депрессивно окрашенного невротического синдрома до проявлений ярко выраженных депрессий. При данных расстройствах наблюдались понижение настроения непосредственно после оперативного вмешательства, сужение круга интересов со склонностью к ограничению контактов, постоянное чувство тревоги или «внутреннее волнение», повышенная утомляемость с нередко возникавшим чувством беспомощности. Появлялась неуверенность в себе, своих силах, возможности осуществления реальных жизненных планов. Имели место расстройства сна: нарушение засыпания, тревожный и беспокойный сон, раннее пробуждение или упорная бессонница.

Ипохондрическая симптоматика была представлена многочисленными жалобами на разнообразные ощущения в различных частях тела, повышенной заботой и беспокойством больных относительно своего здоровья в целом или функционирования отдельных органов в частности, страх заражения каким-то неизлечимым забо-

леванием. Наблюдалась тенденция к постоянному контролю за деятельностью своих органов. К болевым симптомам присоединялось чувство тревоги. Параллельно с фиксацией на «своем здоровье» отмечались недомогание, слабость, утомляемость.

Истерический синдром у обследованных характеризовался прежде всего усилением преморбидных особенностей личности. Клиническая картина отличалась раздражительностью, слезливостью, «чувством отчаяния» в сочетании со стемнением к оригинальности, демонстративности. Больные были склонны конфликтовать по малозначительным поводам с родственниками, были «утрированно обидчивыми».

Неврозоподобный вариант (цереб्रोастенический, астенодепрессивный и депрессивно-ипохондрический синдромы) наблюдался у 30 (30,9%) больных.

3-ю группу составили больные с психозодокринным вариантом, чаще перенесшие овариэктомию. Начальные проявления выражались в астеническом симптомокомплексе с частыми вегетативными пароксизмами. По мере развития данного синдрома часто присоединялись нарушения влечений, склонность к аффективным расстройствам, которые у части больных выражались в превалировании дисфорического радикала, у других — в трансформации в астенодепрессивный и депрессивно-ипохондрический симптомокомплексы. Изменений со стороны интеллектуальной сферы и личности не выявлено.

Как показали клинко-психопатологические исследования, после радикальных онкологических операций (см. табл.) отмечались и возрастные особенности преобладания клинических вариантов непсихотического регистра.

Как видно по данным таблицы, в 1-й возрастной группе преобладал невротический вариант. Наличие онкологического заболевания было у них событием неожиданным, особо значимым. Клинические симптомы имели весьма выраженный характер. Практически у всех превалировала депрессивная окраска эффекта. Вызывались жалобы на тяжесть оперативного вмешательства, возможность «раннего наступления климакса», «не-

**Особенности клинических вариантов психотического регистра после радикальных онкологических операций у женщин**

Возраст, лет	n	Неврозы, %	Неврозо-подобный вариант, %	Психоэндокринный вариант, %
25—40	10	80	—	20
41—55	44	75	11,4	13,6
56—74	39	43,6	56,4	—
74 и старше	4	25	75	—

возможность иметь детей», соответственно «быстрое старение». Тревожные опасения и тоска были вызваны также нарушением или возможностью полного разрыва супружеских отношений. Так, многие из обследованных нами больных скрывали от мужей объем оперативного вмешательства, часто имитируя при этом наступление менструаций.

У проктологических больных данной возрастной категории отмечалась неуверенность в правильности постановки диагноза, они склонялись к необходимости резкого ограничения сексуальных контактов — «так как после операции долго невозможно регулировать акт дефекации и отхождения газов». После выполнения симультанных операций, что часто практиковалось хирургами-онкологами с учетом тяжести патологического процесса, больные считали себя ущербными.

Во 2-й возрастной группе (41—55 лет) также доминировал невротический вариант (75%). Неврозоподобный и психоэндокринный варианты встречались практически с одинаковой частотой. Больные этой группы отличались повышенной эмоциональной лабильностью, тревогой и страхом за свое здоровье и здоровье своих детей. Тяжелым было осознание установленной инвалидности, необходимости длительной курсовой химио-

терапии. Проявление психоэндокринного синдрома больные рассматривали как «раннее, не физиологическое наступление климакса» и «полное истощение нервной системы».

В урологической группе больных отмечалось ограничение контактов с предпочтением все свободное время проводить дома, тесная связь психического состояния с дизурическими расстройствами. Больных проктологической группы беспокоили возможность рецидива и наложения колостомы, чувство обреченности.

В 3-й возрастной группе распределение вариантов было следующим: неврозы — 43,6%, неврозоподобный вариант — 57,4%, в 4-й — соответственно 25% и 75%, то есть в данных группах превалировал неврозоподобный вариант. Невротический вариант был представлен неврастенией, ипохондрическим и депрессивным неврозами, а неврозоподобный синдром — астено-депрессивным и депрессивно-ипохондрическим симптомокомплексами.

Таким образом, на формирование конкретного клинического варианта пограничных психических расстройств после радикальных операций на матке, яичниках, мочевом пузыре и прямой кишке существенное влияние оказывает и возрастной фактор.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Гримм Г. Основы конституциональной биологии антропометрии.— М., 1967.
2. Семке В. Я., Гузев А. Н. Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики.— М., 1990.
3. Тульчинский М. М. Психология позднего возраста.— М., 1993.
4. Шульга А. И., Сонник Е. Г. Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики.— Челябинск, 1990.
5. Razavi D. et al.//Br. J. Psychiatr.— 1990.— Vol. 156.— P. 79—83.

Поступила 25.01.95.

УДК 616.43/45 : 616.5—003.871

**ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИХТИОЗА**

*В. Т. Куклин, Л. Н. Марвина, Н. А. Добротина, В. Д. Тарасенко*

*Кафедра дерматовенерологии (зав.— проф. В. Т. Куклин)  
Казанской государственной медицинской академии*

Ихтиоз является гетерогенным моногенным дерматозом и наследуется аутосомно-доминантно, рецессивно сцеплено с X-хромосомой и аутосомно-рецессивно [1].

С целью углубленного изучения патогенетических механизмов различных форм ихтиоза проведено комплексное радиоиммунологическое исследование с помощью коммерческих