

ция кровотока обуславливает острую ишемию органа и может возникнуть при лигировании его экстраорганных сосудов [6].

Межпридатковая гистерэктомия позволяет сохранять кровоток в экстраорганных сосудах яичника и может быть рекомендована для выполнения у женщин с гемодинамическим вариантом кровоснабжения яичников преимущественно маточной артерией.

Следовательно, на основании данных трансоперационной ангиотензометрии и трансиллюминации уже в ходе самой операции удаления матки без придатков можно судить о тех изменениях гемодинамики, которые возникнут в экстраорганном сосудистом русле яичников после операции. В связи с этим становится более ясным, почему в одних случаях удаление матки без придатков не вызывает выраженных изменений функций яичников, в других же ведет к тяжелым послеоперационным осложнениям в виде климатерического синдрома.

Дальнейшее использование методов интраоперационной диагностики анатомической структуры сосудистого русла придатков матки и функциональной гемодинамики этой области — трансиллюминации и ангиотензометрии — позволит во многом пересмотреть традиционные подходы к целому ряду гинекологических операций и производить их

с учетом индивидуальных особенностей кровоснабжения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Володин С. К. // Казанский мед. ж.— 1984.— № 2.— С. 136—138.
2. Капелюшник Н. Л., Володин С. К., Осипов Р. А. // Акуш. и гин.— 1985.— № 3.— С. 20—22.
3. Козбагаров А. А., Бербе Г. А. // Акуш. и гин.— 1982.— № 11.— С. 22—24.
4. Кошелева И. Т. // Акуш. и гин.— 1966.— № 10.— С. 35—39.
5. Никончик О. К. // Артериальное кровоснабжение матки и придатков женщины.— М., 1960.
6. Сигал З. М. // Исследование кровяного давления и кровотока в интрамуральных сосудах кишечника и других полых органов во время операции.— Автореф. докт. дисс.— Казань, 1977.
7. Сигал М. З. // Трансиллюминация при операциях на полых органах.— М., Медицина, 1974.
8. Сигал М. З., Розенгартен М. Ю. // Тактика хирурга при острой кишечной непроходимости.— Казань, 1976.
9. Сигал М. З., Капелюшник Н. Л., Володин С. К. // Казанский мед. ж.— 1983.— № 5.— С. 363—365.
10. Сырбу П., Бугиару И., Пэунеску В. // Акуш. и гин.— 1961.— № 1.— С. 76—79.
11. Sauramo H. // Acta Obst. et Gynec.— 1954.— Vol. 33.— P. 125—131.

Поступила 06.01.88.

УДК 618.3—06:[616.891.4+616.89]—072.87

ПОГРАНИЧНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Д. М. Менделевич, Е. А. Сахаров

Кафедра психиатрии (зав.— проф. Д. М. Менделевич)

Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Современные исследования в области психосоматической медицины выявляют постоянный рост интереса к пограничным нервно-психическим расстройствам, возникающим в периоде беременности [2, 3, 6]. Как свидетельствуют многочисленные литературные источники [3, 7, 11, 12], до настоящего времени нет ясности в вопросе об особенностях клиники пограничных нервно-психических расстройств у беременных. Отечественные авторы рассматривали подобные расстройства лишь в рамках токсикозов беременных [4, 7], хотя многими исследователями подчеркивался тот факт, что пограничные нервно-психические расстройства могут развиваться у данного контингента и помимо токсикоза [9, 10].

В большинстве зарубежных исследований основное внимание сосредоточено на изучении эмоциональных расстройств у беременных [9, 10, 12], в то же время совершенно упускаются из виду другие формы гестационных пограничных нервно-пси-

хических расстройств. Среди последних исследований особый интерес представляют работы, посвященные преневротическим проявлениям у беременных [2, 3].

Цель нашего исследования заключалась в изучении распространенности пограничных нервно-психических расстройств при беременности, описании клинических вариантов этих расстройств и их динамики.

Было проведено клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое обследование 282 беременных женщин в возрасте от 18 до 42 лет. Пограничные нервно-психические расстройства у беременных изучали с помощью квантифицированной карты, разработанной на основе методических рекомендаций Всесоюзного методического центра пограничной психиатрии (1985). У 74 беременных было выявлено состояние психозомоционального напряжения. Подобное состояние расценивается большинством авторов как проявление адаптации организма в ответ на изменения

внешней или внутренней среды. Нашими исследованиями подтверждены данные других и авторов [5, 8].

Для состояния психоэмоционального напряжения характерны следующие признаки: затруднение в концентрации внимания, бессонница, или беспокойный, прерывистый сон, лабильность эмоций, выражающаяся в легком переходе от одного настроения к другому, повышенное мышечное напряжение, тремор рук, усиленная сосудистая реакция. Наиболее важной особенностью является тревожность различной выраженности — от состояния психологического дискомфорта до невротического уровня. В структуре состояния психоэмоционального напряжения тревожность, как обычно, лишена психологического содержания и относится к так называемой «свободноплавающей» тревоге [6].

Состояние психоэмоционального напряжения у беременных в целом соответствовало приведенным выше характеристикам, однако у группы женщин (63,5%) отличалось некоторыми особенностями. Тревожность у них не была «свободноплавающей», а имела определенное психологическое содержание. Большинство обследованных причиной своей тревожности считали беременность. Их беспокоили судьба плода, страх рождения мертвого ребенка или утраты.

Подавляющее большинство женщин не расценивали состояние психоэмоционального напряжения как болезненное, а воспринимали его как естественное проявление беременности. В некоторых случаях такая анозогнозическая установка способствовала формированию выраженных невротических расстройств. Однако в целом мы придерживаемся такого взгляда, согласно которому психоэмоциональная напряженность сама по себе не является обязательным предвестником нервно-психического срыва, а приводит к нему лишь в тех случаях, когда ослаблены компенсаторные возможности организма [1].

Собственно пограничные нервно-психические расстройства были выявлены у 73 женщин, что составило 25,9% от общего числа обследованных. У 12 (16,4%) женщин были неврозы, обострившиеся во время беременности, у 45 (61,6%) — ситуационные невротические реакции, впервые возникшие вследствие беременности; у 16 (21,9%) — неврозоподобные расстройства, развившиеся ранее на почве органического поражения головного мозга и также обострившиеся в связи с беременностью.

Клиническая картина неврозоподобных расстройств проявлялась в церебрастенической и депрессивной симптоматике. Больные жаловались на частые головные боли, повышенную утомляемость, вялость, разбитость. Депрессия в большинстве случаев

носила адинамический характер: больные были пассивными, двигательнo заторможенными, безынициативными.

Среди больных с неврозами большинство (66,7%) страдали невротической депрессией с выраженным тревожным компонентом, остальные (33,3%) — неврастенией.

Наибольшим синдромологическим вариантом отличалась группа женщин с ситуационными невротическими реакциями. В этой группе кроме беременных с астеническими и депрессивными симптомокомплексами мы наблюдали больных с сенестопихондрическим, истероипохондрическим и истерическим синдромами.

Особенностью пограничных нервно-психических расстройств при беременности являлось неизменное включение в их клиническую картину тех или иных психопатологических феноменов, непосредственно связанных с беременностью: различных опасений за благополучное протекание беременности, навязчивых страхов за судьбу плода, ожидания родов, условнорефлекторных страхов в связи с неблагоприятными в прошлом беременностями и родами [4]. Однако по сравнению с основными клиническими проявлениями подобные расстройства носили нестойкий характер и не определяли хода развития заболевания.

Среди причин, вызвавших пограничные нервно-психические расстройства у беременных, наиболее часто отмечались семейно-бытовые и служебно-профессиональные конфликты, неблагоприятные жилищные условия. Беременность как основная причина развития пограничного нервно-психического расстройства имела место лишь у 8 (11%) женщин. Если 2 женщины расценивали беременность как нежелательную, то все остальные считали ее желанной.

Преморбидные личностные особенности у беременных с пограничными нервно-психическими расстройствами изучали с помощью адаптированного личностного опросника СМОЛ, теста ММР1 и теста цветовых выборов. У 21 (28,8%) беременной был определен гармонический склад личности. Акцентуация характера была выявлена у 52 (71,2%) женщин. Наиболее часто встречался психоастенический тип (47,9%), несколько реже — эпилептоидный (12,3%), шизоидный (6,8%) и возбудимый (4,1%) типы. В контрольной группе (132 здоровые беременные) акцентуация характера была установлена лишь у 34 (25,8%) женщин. Полученные данные свидетельствуют о большой частоте акцентуаций характера среди беременных, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами.

Таким образом, в результате исследования была обнаружена значительная распространенность пограничных нервно-психических расстройств среди беременных. В на-

стоящее время общепринято мнение о том, что нервно-психические расстройства, наблюдающиеся во время беременности, пагубно влияют на ее течение и исход. В связи с этим весьма актуален вопрос об оптимальных вариантах коррекции подобных расстройств и путях их профилактики. Поскольку ни одно из психотропных средств при беременности не является полностью безвредным, мы считаем психотерапию наиболее приемлемым вариантом лечения пограничных нервно-психических расстройств. Для оказания психотерапевтической помощи беременным, страдающим пограничными нервно-психическими расстройствами, по-видимому, следует создать специализированные психотерапевтические кабинеты при женских консультациях либо проводить постоянную работу среди врачей акушеров-гинекологов с целью формирования у них необходимых психотерапевтических навыков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А., Собчик Л. Н. // В кн.: Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. — Л., 1986.

2. Анфиногенова Н. Г., Долгина Г. Т., Китаева Е. В. // В кн.: Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. — Л., 1986.
3. Анфиногенова Н. Г., Ломазова Л. П. // В кн.: Экстрагенитальная патология. — М., 1986.
4. Бибилайшвили З. А. // В кн.: Материалы I съезда акушеров и гинекологов Грузинской ССР. — 1974.
5. Короленко Ц. П. // Психофизиология человека в экстремальных условиях. — Л., Медицина, 1978.
6. Молохов А. Н. // Очерки гинекологической психиатрии. — Кишинев, 1962.
7. Цирильникова М. В. // Психотерапия ранних токсикозов беременных. — Автореф. канд. дисс. — Харьков, 1971.
8. Astrup C. // Intern. J. Psychiatry. — 1966. — Vol. 2. — P. 441—443.
9. Cox J. L. // Brit. J. Psychiatry. — 1979. — Vol. 134. — P. 401—405.
10. Kumar R., Robson K. // Brit. J. Psychiatry. — 1984. — Vol. 144. — P. 35—47.
11. Pugliaris D. S., Cataljamo G., Rangoni G., Pasta L. // Riv. Ostet. Ginec. Prat. — 1976. — Vol. 56. — P. 129—138.
12. Watson J. P., Elliott S. A., Rugg A. J., Brough D. I. // Brit. J. Psychiatry. — 1984. — Vol. 144. — P. 453—462.

Поступила 12.01.88.

УДК 618.2+618.29+612.664.34]:612.398.132

СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ И ПЛОДА, ГРУДНОМ МОЛОКЕ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ ЖЕНЩИНЫ К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРАМ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ

А. П. Пигалов, В. С. Добронейский

Курс поликлинической педиатрии (зав.— доц. А. П. Пигалов), кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Л. А. Козлов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Мы поставили цель уточнить влияние продолжительности производственного контакта женщины с комплексом предельных и непредельных углеводов на уровне их предельно допустимых концентраций на содержание иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови на ранних сроках беременности, в пуповинной крови и грудном молоке на первой неделе после родов.

Методом Манчини изучено содержание иммуноглобулинов А, М, G в крови 212 женщин на сроке 9—15 нед беременности, в пуповинной крови 165 новорожденных, в первых порциях молока и в молоке на 6-е сутки. Контролем служили 128 беременных, не имевших прямого контакта с химическими вредностями в процессе труда, и их 98 новорожденных.

Анализ состояния здоровья, течения беременности и родов выявил у женщин основной группы ряд особенностей, касающихся в первую очередь таких астеновегетативных нарушений, как головная боль, раздражительность, утомляемость, нарушение сна, сонли-

вость, возникающих к концу рабочей смены. У каждой женщины имелись сочетания тех или иных астеновегетативных признаков (в контрольной группе — только у 17,5 ± 4,2%; P < 0,05). Частота астеновегетативных нарушений зависела от стажа работы. В первые 2 года работы она составляла 124,1 ± 5,8%, при стаже от 2 до 5 лет снижалась до 74,2 ± 7,1%, а после 5 лет вновь увеличивалась до 117,9 ± 6,2%. В первые 2 года работы чаще регистрировался гестоз беременности, удлинялась продолжительность родов. После 5 лет работы увеличивалась продолжительность беременности более 40 нед, которая заканчивалась преждевременным излитием околоплодных вод. Подобная динамика астеновегетативных нарушений и особенностей течения беременности и родов позволила усмотреть в этом процессе адаптацию и выделить три стадии: напряжения адаптации, умеренной адаптации и срыва адаптации.

Исследование содержания иммуноглобулинов показало, что уровень Ig G (72,98 ±