

СОМАТОФОРМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СО СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

И.В. Саблин, Л.М. Краснов, Е.А. Федоров, В.Ф. Русаков

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»,
Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова

Для цитирования: Саблин И.В., Краснов Л.М., Федоров Е.А., Русаков В.Ф. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у больных со случайно выявленными новообразованиями надпочечников // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2018. – Т. 10. – № 3. – С. 45–53. doi: 10.17816/mechnikov201810345-53

Поступила в редакцию: 26.06.2018

Принята к печати: 03.09.2018

♦ Статья посвящена анализу клинической картины кризов артериальной гипертензии у больных со случайно выявленными образованиями надпочечников. У таких пациентов, как правило, отсутствуют симптомы первичного гиперальдостеронизма или синдрома Иценко – Кушинга. В то же время внезапные повышения артериального давления наводят на мысль о наличии феохромоцитомы. Однако этот диагноз в дальнейшем подтверждается далеко не всегда. В результате исследования авторы пришли к выводу, что кризы артериальной гипертензии у таких пациентов чаще всего могут быть обусловлены наличием гипертонической болезни, соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы и значительно реже внезапным выбросом катехоламинов в кровоток феохромоцитомой. Установлено, что в подавляющем большинстве случаев на основании анализа клинической картины таких кризов уже может быть поставлен правильный диагноз, что, однако, не исключает необходимости проведения дальнейшего обследования.

♦ **Ключевые слова:** соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы; опухоли надпочечников; адренокортикальная аденома; феохромоцитома; дифференциальная диагностика опухолей надпочечников.

SOMATOFORM DYSFUNCTION OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM IN PATIENTS WITH ADRENAL INCIDENTALOMAS

I.V. Sablin, L.M. Krasnov, E.A. Fedorov, V.F. Rusakov

Saint Petersburg State University, Clinic of Advanced Medical Technologies named after N.I. Pirogov, Russia

For citation: Sablin IV, Krasnov LM, Fedorov EA, Rusakov VF. Somatoform dysfunction of the autonomic nervous system in patients with adrenal incidentalomas. *Herald of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*. 2018;10(3):45-53. doi: 10.17816/mechnikov201810345-53

Received: 26.06.2018

Accepted: 03.09.2018

♦ This article is devoted to the analysis of hypertensive crises in patients with adrenal incidentalomas. Such patients, as a rule, have no symptoms of primary hyperaldosteronism or Cushing's syndrome. In the meanwhile, sudden elevation of blood pressure suggests an idea of a pheochromocytoma. However this diagnosis is not always confirmed during further studies. According to the conducted research authors came to a conclusion that crises of arterial hypertension in these patients could be most often caused by idiopathic hypertension, somatoform disorder and, less frequently, sudden emission of catecholamins in a blood stream by a pheochromocytoma. The results of the analysis show the fact that even the correctly reached diagnosis doesn't exclude the need for the undergoing complete evaluation of patients.

♦ **Keywords:** somatoform dysfunction of the autonomic nervous system; adrenal tumors; adrenocortical adenoma; pheochromocytoma; differential diagnostics of adrenal tumors.

Введение

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3, МКБ-10) — нередкая патология среди больных, обращающихся в ме-

дицинские учреждения. По данным различных исследований, при первичном обращении в разные стационары она обнаруживается пример-

но у 16–31 % пациентов [1–6]. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (СДВНС) — хроническое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся наличием неспецифических сенестопатических, носящих характер вегетативного раздражения, жалоб и синдромов (кардиальных, дыхательных, обще-мозговых, вегетативно-сосудистых, психоэмоциональных) при отсутствии органических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы [7, 8], а также доброкачественностью течения и хорошим прогнозом для жизни [1, 9]. Кризовое течение артериальной гипертензии у таких пациентов часто наводит врачей на мысль о возможном наличии феохромоцитомы. Еще большая уверенность в «правильности» такого диагноза возникает при отсутствии должного эффекта от применения обычных гипотензивных средств и выявлении образования в надпочечнике. Даже если опухоль не была обнаружена, такие больные часто настаивают на повторных исследованиях, самостоятельно обращаясь к врачам различных специальностей.

Пациенты с кризовым течением артериальной гипертензии (АГ) и выявленным новообразованием надпочечников, направленные на консультацию в отделение эндокринной хирургии нашей клиники в связи с подозрением на феохромоцитому, привлекли наше особое внимание. При дальнейшем обследовании по данным инструментальных и лабораторных методов не у всех из них этот диагноз был подтвержден. Исследование гормональной активности образований в предоперационном периоде и морфологическая оценка опухоли, проведенная после операции, в ряде случаев установили наличие у больных гормонально неактивной аденомы либо макронодулярной гиперплазии коркового слоя надпочечников. Кризовое течение АГ у них было обусловлено прежде всего наличием гипертонической болезни (ГБ), что подтверждено неоднократными обследованиями у терапевтов и кардиологов. Другая причина кризов —

это СДВНС. Такие пациенты длительное время наблюдались и лечились у психиатров, но при выявлении образования в надпочечнике или при возникшем подозрении на феохромоцитому направлялись эндокринологами в нашу клинику.

Нами была проведена сравнительная оценка клинических проявлений АГ у пациентов с феохромоцитомой, ГБ и СДВНС.

Цель работы — выявить различия в клинической картине кризов у пациентов с феохромоцитомой и у больных с гормонально неактивными новообразованиями надпочечников, у которых были диагностированы ГБ или соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

Материалы и методы

В ходе исследования были изучены данные 264 пациентов с инциденталомами надпочечников, поступивших в отделение эндокринной хирургии Клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова Санкт-Петербургского государственного университета для оперативного лечения в плановом порядке с 2007 по 2015 г. Среди них было 203 женщины и 61 мужчина в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст — $52,89 \pm 12,73$ года) (табл. 1).

Во всех наблюдениях опухоль обнаруживали случайно в других лечебных учреждениях или в смежных подразделениях нашей клиники при выполнении УЗИ, КТ или МРТ, проводившихся в связи с подозрением на наличие патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Из 264 прооперированных больных у 44 (16,7 %) был известен диагноз СДВНС (группа I) (39 женщин и 5 мужчин).

Для сравнительного анализа клинической картины дополнительно была выбрана группа пациентов с установленным диагнозом «феохромоцитомы» ($n = 34$), имевших кризовое течение АГ (группа II) и не входивших в группу

Таблица 1 / Table 1

Распределение больных с инциденталомами надпочечников по возрасту и полу
The division of patients with adrenal incidentalomas by age and sex

Пол	Возраст, годы							Всего
	19 и младше	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–78	
Женщины	1	14	16	31	65	58	18	203
Мужчины	–	5	7	10	25	11	3	61
Итого	1	19	23	41	90	69	21	264

Таблица 2 / Table 2

Распределение больных с диагностированной гормонально активной феохромоцитомой по возрасту и полу
The division of the patients with diagnosed hormone-active pheochromocytoma by age and sex

Пол	Возраст, годы							Всего
	19 и младше	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–78	
Женщины	–	4	4	7	3	5	2	25
Мужчины	–	–	2	2	4	–	1	9
Итого	–	4	6	9	7	5	3	34

больных со случайно выявленными новообразованиями надпочечников. Среди них было 25 женщин и 9 мужчин (табл. 2).

При предоперационном обследовании у 188 человек со случайно выявленными новообразованиями надпочечников был установлен диагноз «гипертоническая болезнь» (группа III). У 111 пациентов она сочеталась с ишемической болезнью сердца (ИБС), у 77 выделялась как самостоятельное заболевание.

Результаты и их обсуждение

Сопутствующие заболевания наблюдались у подавляющего большинства пациентов со случайно обнаруженными новообразованиями надпочечников. Они были выявлены у 256 (96,96 %) из 264 прооперированных больных. У одного и того же пациента, как правило, обнаруживали два, три и более заболеваний (у 251 из 256 человек). Отсутствие сопутствующих заболеваний установлено лишь у 8 человек (3,04 %). Перечень различных сопутствующих патологических состояний представлен в табл. 3.

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС) были диагностированы у 207 пациентов. Гипертонической болезнью страдали 188 (90,82 %), из них у 111 человек (59,04 %) ГБ сочеталась с ИБС. ИБС без ГБ была выявлена у 23 пациентов (11,11 %). Полные данные представлены в табл. 4.

По данным литературы, соматоформные расстройства представляют собой группу психогенных заболеваний, характеризующихся патологическими симптомами, напоминающими соматическое заболевание, но при этом не обнаруживается морфологических проявлений на фоне неспецифических функциональных нарушений, которые нельзя объяснить известными патофизиологическими механизмами [10]. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы характеризуется нарушением нейрогуморальной регуляции деятельности

внутренних органов (ССС, ЖКТ, органов дыхания, желез внутренней секреции). При СДВНС вследствие дерегуляции вазомоторных центров с тенденцией к симпатикотонии с недостаточной инактивацией катехоламинов развивается церебральный вазоспазм функционального характера, что приводит к недостаточной приспособляемости и неадекватности мозгового кровообращения регионарного характера при нарушении тканевых систем перекисного окисления липидов и дислипидемии в сочетании с гиперкортизолемией [11]. По психопатологической характеристике, преморбиду и модусу поведения в болезни лиц с СДВНС можно разделить на два типа: у 65 % пациентов доминируют тревожно-фобические расстройства, у других преобладают патологические телесные ощущения (конэнестезиопатии) [12].

Общепринятой классификации СДВНС не существует, чаще всего используют классификацию Н.А. Белоконов и др. (1987) [13]:

- первичная и вторичная, то есть возникшая на фоне хронического соматического заболевания;
- ваготоническая, симпатикотоническая или смешанная;
- по степени тяжести различают легкую, среднетяжелую и тяжелую;
- по течению: перманентное или пароксизмальное.

Классифицируют СДВНС по ведущему этиологическому фактору: резидуально-органическое поражение центральной нервной системы, невротическое состояние, пубертатный период, посттравматическая или конституциональная вегетативная дисфункция и др.

Также представлена классификация по ведущей органной локализации или по характеру изменений артериального давления (АД): например, дискинезия желчевыводящих путей, кишечника; артериальная гипер- или гипотония, функциональная кардиопатия.

В литературе СДВНС часто обозначается как соматоформная вегетативная дисфунк-

Таблица 3 / Table 3

Структура сопутствующих заболеваний у пациентов с инциденталомами надпочечников
The structure of associated diseases in patients with adrenal incidentalomas

Сопутствующие заболевания	Количество пациентов	% от общего числа пациентов с инциденталомами	Количество пациентов с сочетанием нескольких заболеваний данной системы органов	% от общего числа пациентов с заболеваниями данной системы органов
Заболевания сердечно-сосудистой системы	207	78,4	132	63,79
Заболевания желудочно-кишечного тракта	172	65,15	92	53,49
Заболевания эндокринной системы	112	42,42	10	8,93
Заболевания мочевыделительной системы	74	28,03	13	17,56
Заболевания дыхательной системы	34	12,88	15	44,12
Заболевания репродуктивной системы	28	10,6	–	–
Злокачественные новообразования	22	8,33	1	4,55
Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника	93	35,23	–	–
Ожирение I, II или III степени	71	26,89	–	–
Варикозная болезнь с варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей	60	22,72	–	–
Энцефалопатия	32	12,12	–	–
Хроническая железодефицитная анемия легкой степени	12	4,54	–	–
Распространенный псориаз	5	1,89	–	–
Пупочная грыжа	4	1,51	–	–
Хронический вирусный гепатит С	3	1,13	–	–
Неходжкинская фолликулярная лимфома	1	0,38	–	–

Таблица 4 / Table 4

Структура сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы
The structure of associated diseases of the cardiovascular system

Сопутствующее заболевание	Количество пациентов	%
Гипертоническая болезнь	77	37,19
Ишемическая болезнь сердца и/или постинфарктный кардиосклероз	23	11,11
ГБ + ИБС	111	59,04
Постинфарктный кардиосклероз	9	4,35
Дисметаболическая кардиомиопатия	4	1,93
Дисметаболическая кардиомиопатия + ИБС и/или ГБ	11	5,31

48 **П р и м е ч а н и е.** ГБ — гипертоническая болезнь; ИБС — ишемическая болезнь сердца.

ция. Понятие соматоформной вегетативной дисфункции (СВД), как и нейроциркуляторной дистонии, изначально возникло в связи с проблемами военной медицины. Предтечей СВД был «синдром раздраженного ца» (синонимы «невроз сердца», «солдатское сердце», «нейроциркуляторная астения»), описанный в США в конце XIX в. у молодых солдат [14]. Такое проявление СДВНС, при котором в первую очередь обращают на себя внимание изменения со стороны ССС, получило название «нейроциркуляторная дистония» или «нейроциркуляторная астения» [13]. Термин «нейроциркуляторная дистония» ввел академик Н.Н. Савицкий в 1952 г., выполняя социальный заказ Центрального военно-медицинского управления Министерства обороны СССР, так как после Великой Отечественной войны при медицинском освидетельствовании призывников врачи все чаще стали выявлять лиц с колебаниями АД и болями в сердце и потребовалось отличать эти изменения от органических заболеваний ССС, прежде всего от ГБ и ИБС [15]. Электрофизиологические данные указывают на то, что патологическая тревога нарушает вегетативную регуляцию сердечного ритма. Для тревожных состояний характерны активация симпатической нервной системы и изменение вагусного контроля с возможным увеличением variability сердечного ритма при физической нагрузке, а затем и вне ее [16, 17].

В этиологии СДВНС играют роль наследственно-конституциональные особенности деятельности вегетативной нервной системы, неблагоприятное течение беременности и родов; из приобретенных факторов имеют значение повреждения центральной нервной системы, психоэмоциональное напряжение, особенности личности, умственное и физическое перенапряжение, гормональный дисбаланс, инфекции, соматические заболевания, дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, перенесенные операции, регулярное употребление алкоголя, курение, избыточная масса тела, гиподинамия, длительная работа за компьютером, длительный просмотр телевизионных программ и др. [13]. Сложная социально-психологическая ситуация в современном мире вследствие негативных изменений среды обитания человека, межличностных отношений, микросоциального окружения, роста уровня невротизации, превышающих адаптационные возможности человека, формируют риск вегетативных, а в последующем кардиоваскулярных нарушений [1].

Жалобы больных СДВНС всегда многочисленные и чрезвычайно разнообразные, их можно разделить на две группы.

1. Жалобы на симптомы со стороны определенной системы органов:

— повышение АД под воздействием эмоциональных факторов, увеличение частоты пульса, аритмия, головокружение — жалобы со стороны **сердечно-сосудистой системы**;

— тошнота, рвота, диарея (не связанные с заболеваниями желудочно-кишечного тракта), сухость во рту, отрыжка, икота, вздутие живота, боли в животе — жалобы со стороны **пищеварительной системы**;

— чувство нехватки воздуха, неполного вдоха («неудовлетворенность» вдохом), одышка, кашель (не связанные с заболеваниями дыхательной системы) — жалобы со стороны **системы органов дыхания**;

— частое мочеиспускание (не связанное с заболеваниями мочеполовой системы), полиурия (более 3 л/сут), чувство наполненного мочевого пузыря, не проходящее после мочеиспускания, внезапные позывы к мочеиспусканию — жалобы со стороны **мочевыделительной системы**.

2. Жалобы, указывающие на дисфункцию вегетативной нервной системы (сердцебиение, потливость, тремор, покраснение, чувство жара, беспокойство, панические атаки, боязнь замкнутого пространства, ощущение мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, ощущения раздувания или растяжения в какой-либо части тела и др.).

Отмечено, что у больных с СДВНС обычно имеются жалобы из обеих представленных выше групп [4]. Кроме того, пациенты, как правило, ведут себя чрезмерно эмоционально, проявляют большую заботу о здоровье, плаксивы. Они часто склонны к самообвинению, жалуются на нарушение сна, ощущение немотивированного страха. Для таких больных характерны стойкий дермографизм, мраморность кожи, гиперемия кожи лица и шеи, гипотермия кожи, гипергидроз и акроцианоз кистей рук. При СДВНС иногда встречается так называемый неинфекционный субфебрилитет — повышение температуры тела в пределах 37–37,9 °С, выявляемое в течение всех суток (или только в определенное время суток) на протяжении нескольких недель, месяцев, реже лет. Такая длительность отличает субфебрилитет от кратковременно наблюдаемой субфебрильной лихорадки, встречающейся при остром течении заболеваний. Повышение температу-

ры тела при этом не сопровождается ознобом, чувством жара, не нормализуется под действием антибиотиков, а иногда и жаропонижающих препаратов. Характерны также «извращенная» температура тела (при СДВНС температура под языком равна температуре в подмышечной впадине или даже ниже, хотя в норме под языком температура на 0,2 °С выше, чем подмышкой) и температурные асимметрии при измерении в разных подмышечных впадинах.

При объективном обследовании часто выявляют лабильность АД с тенденцией к гипертензии, склонность к тахикардии, возникающей спонтанно и неадекватно ситуации, дыхательные расстройства в виде дыхательной аритмии (увеличение числа сокращений сердца во время вдоха с уменьшением частоты его сокращений на выдохе), диспноэ, тахипноэ, так называемые «тоскливые вздохи» (потребность периодически глубоко выдохнуть воздух).

При инструментальном обследовании на ЭКГ чаще всего отмечается синусовая аритмия, функциональные редкие экстрасистолы, отсутствуют признаки ишемии миокарда. При нагрузочных тестах часто встречается снижение толерантности ССС к физической нагрузке. При обнаружении более серьезных нарушений проводят фармакологические пробы, холтеровское мониторирование ЭКГ и др. При эхокардиографии не наблюдаются нарушения кинетики миокарда и клапанного аппарата, при реовазографии и капилляроскопии — нарушения тонуса сосудов, при термографии — нарушения терморегуляции организма.

Для диагностики СДВНС обязательны консультации кардиолога, невролога, психотерапевта, психиатра с целью исключить заболевания, имеющие сходную с СДВНС симптоматику.

Примерно у трети больных со случайно обнаруженными новообразованиями надпочечников выявлялась ранее не диагностированная АГ, предположительно трактованная как симптоматическая. В большинстве наблюдений она носила транзиторный характер и не вызывала заметного ухудшения самочувствия, однако в ряде случаев отмечалось ее кризовое течение. Как правило, такое течение АГ было характерно для пациентов с феохромоцитомой или соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы. Отличие течения гипертонического криза при СДВНС от течения криза при феохромоцитоме заключалось в том, что в первом случае вначале появляется или усиливается головная боль, возникает онемение и похолодание конечностей, и только потом

повышается АД до 150/90–180/110 мм рт. ст., пульс учащается до 110–140 уд/мин, отмечают боли в области сердца, возбуждение, двигательное беспокойство, иногда температура тела повышается до 38–39 °С. При феохромоцитоме криз развивается внезапно, без предвестников. Провоцировать криз могут механическое раздражение опухоли (пальпация живота), гипервентиляция, употребление алкогольных напитков и пищевых продуктов, содержащих тирамин (некоторые сорта сыра, отдельные марки красных вин), прием лекарственных препаратов с выраженными сосудорасширяющими свойствами (гистамин, сульфат магния, эфиллин, папаверин и др.). Клиническая картина в период гипертонического криза при феохромоцитоме обусловлена выбросом в кровь большого количества катехоламинов. Артериальное давление повышается мгновенно до 250/130–300/150 мм рт. ст. Наблюдаются бледность, акроцианоз, потливость (иногда профузная), дрожь в теле, тахикардия, могут быть нарушения зрения и слуха. Повышается температура тела, выявляются лейкоцитоз и гипергликемия, в моче может определяться сахар. На ЭКГ фиксируют разнообразные нарушения ритма. Состояние может осложняться нарушением мозгового кровообращения, отеком легких. Прекращается криз внезапно. Выход из него характеризуется быстрым снижением АД, нередко сопровождающимся ортостатической гипотонией; прекращается тахикардия, бледность лица сменяется покраснением, появляется ощущение теплоты в теле, больные крайне измождены. Длительность приступа колеблется от нескольких минут до нескольких часов; частота приступов различна — от 1–2 в течение нескольких месяцев до 5–10 в течение часа. Кризы при феохромоцитоме не сопровождаются потерей сознания. Исключения составляют «адреналиновые» феохромоцитомы у молодых людей. У данных пациентов криз начинается с резко выраженной тахикардии («сердце хочет выпрыгнуть из грудной клетки»). Это связано с эффективным воздействием адреналина на β_1 -рецепторы сердца. Увеличивается разовая и минутная производительность сердца, ведущая к кратковременному подъему АД, что сопровождается сильнейшими пульсирующими головными болями. Общее периферическое сопротивление сосудов при этом снижается, что объясняется воздействием адреналина на β_2 -рецепторы резистивных сосудов и возникающим вследствие этого временным несоответствием емкости сосудистого русла объема цир-

кулирующей крови. При этом у пациента может развиваться ортостатический коллапс. В дальнейшем общее периферическое сопротивление, как правило, повышается, по-видимому, за счет стимуляции α_1 -рецепторов, выброса вазопрессина и ангиотензина-2.

При анализе характера кризов АГ у больных феохромоцитомой можно выделить две фазы криза. Первую фазу мы условно называем «симпатической». У больных последовательно развиваются следующие симптомы: резко выраженная тахикардия с пульсирующими головными болями и бледностью кожного покрова. Затем возникает чувство похолодания нижних конечностей, «ползания мурашек», появляются внутренняя дрожь и озноб. Известно, что катехоламины не проникают через гематоэнцефалический барьер [18], но в этот период они воздействуют на рецепторы незащищенных подкорковых центров (гипоталамус, гипофиз, эпифиз), возникает необъяснимое чувство тревоги и страха смерти. Вторая фаза — «парасимпатическая». Она связана с активацией парасимпатических центров вегетативной нервной системы и снижением выброса катехоламинов в кровоток, а также их метаболизма. Лицо становится красным, наблюдается обильное потоотделение, может быть брадикардия. У пациентов отмечается полиурия, это связано с расширением сосудов почки (реактивная гиперемия), увеличением почечного кровотока и фильтрации первичной мочи.

У пациентов со случайно выявленными новообразованиями надпочечников и СДВНС такой периодичности в течение криза мы не наблюдали. Криз, как правило, начинался с тахикардии, но при этом отмечалась гиперемия кожи лица, чего никогда не было при феохромоцитоме. Эти пациенты жаловались на чувство тревоги и страха, иногда переходящее в паническое состояние. Но в отличие от пациентов с феохромоцитомой чувство страха у них сохранялось и вне криза. Кризы при СДВНС провоцировались стрессовыми ситуациями, нахождением в замкнутом пространстве, в метро, в переполненном транспорте, что не было отмечено ни у одного пациента с феохромоцитомой. Боязнь замкнутого пространства у этих пациентов часто выступала на первое место, или этот симптом легко выявлялся даже при поверхностном опросе больного.

Другим признаком возбуждения парасимпатической системы является полиурия. У всех пациентов с феохромоцитомой полиурия наблюдалась в конце криза, у пациентов с СДВНС она

могла быть на любом этапе его течения, а у некоторых из них возникала задолго до развития криза и расценивалась нами как предвестник. Следует также отметить, что при анализе нашего материала мы убедились в том, что при феохромоцитоме предвестников криза не бывает. У пациентов со случайно выявленными новообразованиями и СДВНС такие предвестники могут быть. Одним из них может выступать полиурия. Она связана с формированием очага торможения в гипоталамической области, происходящие при этом процессы ведут к подавлению продукции антидиуретического гормона, что в свою очередь служит причиной возникновения полиурии (гипоталамический криз). И наоборот, при возбуждении резко увеличивается продукция вазопрессина (антидиуретического гормона), что обуславливает временную задержку мочи, которая также может быть предвестником криза. У пациентов с феохромоцитомой таких симптомов мы не встретили ни разу. Следует также отметить, что при появлении подобных предвестников пациенты, как правило, знают, что через несколько часов возникнет криз.

В литературе также есть указания, что у больных феохромоцитомой могут отмечаться потеря сознания и судороги [19]. Судорог ни у одного из наших пациентов не наблюдалось. Они были у двух пациентов с гормонально неактивными адренокортикальными аденомами надпочечников с СДВНС. По данным литературы, судороги возникают, если возбуждение с гипоталамического очага распространяется на ствольные структуры [20]. Стоит отметить, что возникновение судорожного синдрома возможно у пациентов в сочетании с эпилепсией и феохромоцитомой.

Почти у половины пациентов с инцидентами отмечались неспецифические клинические проявления (умеренная слабость, изменение массы тела и др.). В то же время некоторые из этих проявлений, такие как резкое снижение массы тела, лихорадка неясного генеза, разной степени выраженности болевой синдром в поясничной области, заставляли прежде всего думать о злокачественном характере новообразования. Обычно болевой синдром наблюдался при размерах опухоли, превышающих 10 см в диаметре, и был обусловлен компрессией или инвазией близлежащих тканей и органов. Примерно у 20 % пациентов какие-либо жалобы отсутствовали.

Анализируя клинические проявления у больных с гипертонической болезнью, мы пришли

Таблица 5 / Table 5

Сравнительный анализ клинической картины у пациентов I, II и III групп
Comparative analysis of clinical picture in patients of I, II и III groups

Проявление	Период криза	СДВНС	Феохромоцитома	Гипертоническая болезнь
Факторы, провоцирующие криз	Перед началом криза	Стрессовая ситуация	Механическое раздражение опухоли, прием алкоголя и др.	Эмоциональное возбуждение
Наличие «предвестников» криза	Перед началом криза	Имеются	Отсутствуют	Отсутствуют
Тахикардия	Начало	Отмечается	Отмечается	Отмечается
Брадикардия	Начало	Может отмечаться	Не характерна	Не характерна
Изменение окраски кожного покрова	Начало	Покраснение лица	Бледность лица	Покраснение лица
	Конец	Может отмечаться бледность	Покраснение лица	Покраснение лица
Полиурия	Начало	Может отмечаться как предвестник	Не характерна	Не характерна
	Конец	Может отмечаться	Отмечается	Не характерна
Диарея	Во время криза	Может отмечаться	Не характерна	Не характерна
Тревога, страх смерти	Вне криза	Отмечается	Не характерна	Не характерна
	Во время криза	Усиливается	Отмечается	Может возникать
Боязнь замкнутого пространства	Вне криза	Отмечается	Не характерна	Не характерна

Примечание. СДВНС — соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

к выводу, что у этих пациентов они, как правило, имеют свои отличия. Кризы у них не сопровождались выраженной вегетативной симптоматикой, как у пациентов двух других групп. Основные данные представлены в табл. 5.

Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов в рамках данной работы мы специально не изучали, однако при дальнейшем наблюдении больных было отмечено, что проявления СДВНС после операции сохранялись, что подтверждает отсутствие обусловленности данной клинической картины наличием опухоли надпочечника.

Заключение

Клиническая картина криза артериальной гипертензии при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы у больных со случайно выявленными новообразованиями надпочечников отличается от симпатоадреналового криза при феохромоцитоме и гипер-

тонического криза, что, однако, не исключает необходимости проведения дальнейшего обследования для установления окончательного диагноза.

Список литературы

1. Антонен Е.Г., Хяникяйнен И.В. Соматоформная вегетативная дисфункция как предиктор хронической ишемии мозга // Ученые записки Петрозаводского государственного университета. – Серия «Естественные и технические науки». – 2014. – № 4 (141). – С. 43–48. [Antonен EG, Hannikainen IV. Somatoform autonomous dysfunction as predictor of chronic cerebral ischemia. *Accounting notes of Petrozavodsk State University. Series "Natural and technical sciences"*. 2014;4(141):43-48. (In Russ.)]
2. Иванов С.В. Органные невроты: аспекты психосоматических соотношений и клинической гетерогенности // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – 12. – № 1. – С. 10–17. [Ivanov SV. Organnyye nevroty: aspektuy psihosomaticheskikh sootnosheniy i klinicheskoy geterogennosti // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2002. – 12. – № 1. – С. 10–17.]

- cheskoy geterogenosti. *Social i klinicheskaya psikhatriya*. 2002;12(1):10-17. (In Russ.)
3. Курченко Т.А. Соматоформная вегетативная дисфункция (особенности клинических проявлений, варианты течения, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владивосток, 2005. – С. 22. [Kurchenko TL. Somatoformnaya vegetativnaya disfunkciya (osobennosti klinicheskikh proyavleniy, varianty techeniya, lecheniya). [dissertation] Vladivostok; 2005. P. 22. (In Russ.)]
 4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро-М, 1997. – 496 с. [Popov UV, Vid VD. Sovremennaya klinicheskaya psikhatriya. Moscow: Ekspertnoye byuro-M. Moscow; 1997. 496 p. (In Russ.)]
 5. Sauer N, Eich W. Somatoforme Storungen und Funktionsstorungen. *Deutsches Arzteblatt*. 2007;104(1-2):A45-A53.
 6. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, et al. Non-Specific, Functional, and Somatoform Bodily Complaints. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(47):803-813.
 7. Амосова Е.Н. Клиническая кардиология: В 2 т. – Киев: Здоровье, 2002. – Т. 2. – С. 992. [Amosova EN. Clinical cardiology: in 2 vol. Kiev: Health; 2002. Vol. 2. P. 992. (In Russ.)]
 8. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform Disorders and Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. *Dtsch Arztebl Int*. 2015;112(16):279-287.
 9. Латфуллин И.А. Нейроциркуляторная дистония: диагноз или синдром? // Кардиология. – 2008. – № 4. – С. 59–61. [Latfullin IA. Neyrocirkulyatornaya distoniya: diagnoz ili sindrom? *Kardiologiya*. 2008;(4):59-61. (In Russ.)]
 10. Ходарев Н.В., Жемчужнова Н.Л., Олемпиева Е.В., Победённая О.А. Влияние биофизических лечебно-оздоровительных технологий на антиоксидантный статус пациентов с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы // Медицинский альманах. – 2013. – № 3 (27). – С. 186–188. [Khodarev NV, Zhemchuzhnova NL, Olempieva EV, Pobedyennaya OA. Vliyaniye biofizicheskikh lechebno-ozdorovitel'nykh tekhnologiy na antioksidantny status pacientov s somatoformnoy disfunkciyey vegetativnoy nervnoy sistemy. *Medicinskiy al'manah*. 2013;3(27):186-188. (In Russ.)]
 11. Лурья А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Академия, 2002. – С. 384. [Luria AR. Osnovy neyropsihologii. Moscow: Akademiya; 2002. P. 384. (In Russ.)]
 12. Лас Е.А., Албантова К.А. Клинико-психологические особенности пациентов с кардионеврозом // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б. Смулевича. – 2011. – № 3–4. – С. 26–31. [Las EA, Albantova KA. Pathopsychological characteristics of patients with cardioneurosis. *Mental disorders in general medicine*. Ed by A.B. Smulevich. 2011;(3-4):26-31. (In Russ.)]
 13. Ацель Е.А., Газизов Р.М. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у подростков: особенности диагностики и лечения // Практическая медицина. – 2008. – № 4 (28). – С. 65–67. [Acel EA, Gazizov RM. Somatoformnaya disfunkciya vegetativnoy nervnoy sistemy u podrostkov: osobennosti diagnostiki i lecheniya. *Practicheskaya medicina*. 2008;4(28):65-67. (In Russ.)]
 14. Абдуева Ф.М., Каменская Э.П. Вегетосудистая дистония или соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца? // Вестник Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина. – Серия «Медицина». – 2012. – № 23 (998). – С. 102–105. [Abduyeva FM, Kamenskaya EP. Vegetative-vascular dystonia or somatoform autonomic dysfunction of the heart? *V.N. Karazin Kharkiv National University. Series "Medicine"*. 2012;23(998):102-105. (In Russ.)]
 15. Куликов А.М. От невроза сердца к соматоформной вегетативной дисфункции: эволюция представления // Российский семейный врач. – 1999. – № 4. – С. 23–28. [Kulikov AM. Ot nevroza serdca k somatoformnoy vegetativnoy disfunkcii: evoluciya predstavleniya. *Rossiyskiy semeyny vrach*. 1999;(4):23-28. (In Russ.)]
 16. Старостина Е.Г. Тревога и тревожные расстройства в практике кардиолога // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т. 5. – № 3. – С. 111–120. [Starostina EG. Trevoga i trevozhnye rastroystva v praktike kardiologa. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2006;5(3):111-120. (In Russ.)]
 17. Sloan RP, Shapiro PA, Bagiella E, et al. Cardiac autonomic control buffers blood pressure variability responses to challenge: a psychophysiologic model of coronary artery disease. *Psychosom Med*. 1999;61:58-68.
 18. Гарднер Д., Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Кн. 2: пер. с англ. – М.: БИНОМ, 2011. – С. 696. [Gardner D, Shoback D. Greenspan's basic & clinical endocrinology. Lange medical books. Transl. from English. McGraw-Hill; 2007. Moscow: BINOM; 2011. P. 696. (In Russ.)]
 19. Leiba A, Bar-Dayan Y, Leker RR, et al. Seizures as a presenting symptom of pheochromocytoma in a young soldier. *J Hum Hypertens*. 2003;17(1):73-5:2-3.
 20. An Introduction to Epilepsy [Internet]. Ed by E.B. Bromfield, J.E. Cavazos, J.I. Sirven. West Hartford (CT): American Epilepsy Society; 2006.

◆ Адрес автора для переписки (Information about the author)

Илья Владимирович Саблин / Ilya Sablin

Тел. / Tel.: +7(981)7087616

E-mail: sablin_ilya@mail.ru

SPIN-код: 5479-0942