

V. L. GOLOUBEV, A. M. ARZUMANIAN
CLASSIFICATION OF FACIAL DYSKINESIAS

On the base of analysis of the literature and own data the classification is suggested, which is one of the first attempts to systematize the data concerning facial dyskinesias. This classification can become the basis for the further elaboration of this problem and be valuable in medical practice.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Blair R., Eerry H. J. Otolaryngol., 1981, 10, 6, 459.
2. Harrison M. S. J. Laryngol. Otol., 1976, 90, 6, 561.
3. Henderson J. M. Trans. Am. Ophthalm. Soc., 1956, 54, 453.
4. Jankovic J., Havins W. E., Wilkins R. B. JAMA, 1982, 248, 3160.

УДК 616.3:—068.8—07

Г. А. МИНАСЯН

О ПСИХОГЕННЫХ ДИСФУНКЦИЯХ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Обследованы больные с дисфункциями желудка. Показано, что личностные особенности и психоэмоциональное состояние оказывает существенное влияние на функциональную активность желудка. Отмечено, что эффективность лечения дисфункций желудка зависит от успешности коррекции психоэмоциональных нарушений и определенных личностных акцентуаций.

В основу современных взглядов на роль нервной системы в патогенезе заболеваний желудочно-кишечного тракта легли кортико-висцеральная [2], психосоматическая [4, 5] и стресс-адаптационная [3]-теории. К настоящему времени накоплен значительный фактический материал, посвященный этому вопросу, в частности, имеется обширная литература относительно психосоматического аспекта возникновения язвенной болезни. Однако на сегодняшний день нет ответа на вопрос: как конкретно отражается та или иная личностная особенность или эмоция на состоянии желудка и его определенных морфофункциональных показателях. Имеющаяся информация касается главным образом воздействий на желудок чрезвычайных раздражителей (острый психоэмоциональный стресс, ожог, охлаждение, хирургическая травма, иммобилизация и т. п.). Между тем, гастродуоденальная патология нередко встречается у лиц, не подвергавшихся острым стрессовым воздействиям и, наоборот, последние не всегда вызывают у человека ожидаемые изменения в желудке и двенадцатиперстной кишке. Как показывают многочисленные эпидемиологические наблюдения [6], различные жизненные стрессовые ситуации встречаются, например, у больных язвенной болезнью не чаще, чем у лиц контрольной группы, и психосоциальный стресс не имеет существенного значения в патогенезе заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Это обстоятельство требует в рамках нейрогенной концепции переоценить устоявшиеся взгляды на исключительную

роль психотравмы и уделить больше внимания хронически протекающим эмоциональным нарушениям и способствующим их возникновению и пролонгации личностным акцентуациям. Это обстоятельство и явилось стимулом для проведения данного исследования.

Больные (68—36 мужчин, 32 женщины) с гастродуоденальными жалобами (боли в области эпи- и мезогастрия, изжога, отрыжка, тошнота, рвота, вздутие), у которых рентгенисследованием и гастродуоденоскопией не выявлено язвы или эрозий слизистой, были обследованы методом целенаправленного интервью и тестированы методикой многостороннего исследования личности ММРІ [1]. Полученные данные были сопоставлены с результатами эндоскопии, рентгенисследования желудка и двенадцатиперстной кишки и показателями желудочной секреции. Возраст больных составлял 23—49 лет, длительность заболевания—от 2 до 10 лет. Патология других органов желудочно-кишечного тракта, способная вызвать имеющиеся у больных жалобы, исключалась при холецистографии, ультразвуковом и радиоизотопном исследованиях, колоноскопии. В контрольную группу (здоровые) вошли 17 мужчин и 15 женщин в возрасте 19—45 лет, не предъявляющих никаких жалоб и признанных здоровыми при диспансеризации.

Усредненный личностный профиль ММРІ больных достоверно ($p < 0,05—0,001$) отличался от профиля здоровых лиц по шкалам 1 (ипохондрия), 2 (депрессия), 6 (ригидность аффекта), 7 (фиксация тревоги). Выраженные акцентуации по шкале ипохондрии были констатированы у 62 из 68 больных (91,1%), депрессии—у 65 (95,6%), ригидности аффекта—у 55 (80,8%), фиксации тревоги—у 43 (63,2%) больных. По шкалам импульсивности, истерии и аутизма акцентуации наблюдались у 27, 23 и 17 больных соответственно. У 28 больных отмечались достоверно более высокие ($p < 0,05$), а у 30—достоверно более низкие ($p < 0,05$) показатели по шкале 9 (гипоманиакальные тенденции).

При сопоставлении показателей отдельных шкал ММРІ с морфофункциональными данными, полученными при эндо-, рентгеноскопии и исследовании желудочной секреции, было констатировано следующее: у 26 из 30 пациентов с низкими показателями по шкале 9 (при одновременной акцентуации шкал 1, 2 и 6) наблюдалось угнетение моторной и секреторной функций желудка. С другой стороны, у 25 больных с выраженной акцентуацией шкал 1, 2, 6, 7 и 9 отмечались повышенная моторная и секреторная функции желудка.

При «обратной» группировке больных, проведенной исходя из состояния желудка (т. е. его морфофункциональных показателей), пациенты были подразделены на 4 группы: с повышенной (25), пониженной (26), нормальной моторно-секреторной функцией желудка и больные с диссоциированными нарушениями (10). При сопоставлении усредненных личностных профилей ММРІ лиц с повышенной и пониженной моторно-секреторной функцией желудка у последних были констатированы достоверно более низкие показатели по шкалам 7 ($p < 0,001$) и 9 ($p < 0,001$). При угнетении моторно-секреторной функции желудка показатели шкалы 9 были достоверно ниже ($p < 0,01$).

чем у больных с нормальными функциональными показателями желудка, а при гиперкинезии и гиперсекреции желудка наблюдались достоверно более высокие, чем у больных с нормальной моторно-секреторной функцией желудка, показатели по шкалам 4 (потребность в реализации эмоциональной напряженности в непосредственном поведении, $p < 0,05$), 7 (фиксация тревоги, $p < 0,01$), 6 (ригидность аффекта, $p < 0,01$), 9 (гипоманиакальные тенденции, $p < 0,05$). У больных с нормальной моторно-секреторной функцией желудка усредненный профиль личности ММРІ отличался более высокими, чем у лиц контрольной группы, показателями по шкалам 1, 2 и 6 ($p < 0,05—0,01$). При диссоциированных формах нарушения желудочных функций усредненный профиль также достоверно отличался от профиля здоровых по шкалам 1, 2 и 6 ($p < 0,01—0,001$), однако по другим шкалам, особенно 7-й и 9-й, наблюдался большой разброс показателей.

Сопоставление результатов психологического опроса и объективного исследования желудка и двенадцатиперстной кишки в целом подтвердило выводы, следовавшие из сопоставления данных ММРІ и функциональных показателей желудка. При длительно протекающей депрессии, сопровождающейся высокой внутренней напряженностью, тревогой, дисфоричностью, вспыльчивостью, раздражительностью, наблюдались гиперкинезия желудка, гиперсекреция и повышение кислотности желудочного сока, а ригидность, «застреваемость» аффекта и экстрапунитивность приводили к повышенной тоничности желудка, пилороспазму. Больные при этом жаловались на схваткообразные боли в эпигастрии и животе, особенно после еды, отрыжку, чувство тяжести и переполнения в эпигастрии после еды, вздутие, метеоризм, спастические («овечий кал») запоры, бессонницу (беспокойный сон, кошмарные сновидения, раннее пробуждение, трудное засыпание и т. п.).

Длительно протекающая депрессия, сопровождаемая апатией, чувством безысходности, понижением активности, приводила к гипотонии и гипокинезии желудка, угнетению желудочной секреции и понижению кислотности, атрофии слизистой, замедлению эвакуации пищи, зиянию привратника, недостаточности кардиального жома, рефлюксу желчи, нарушениям сна (бессонница, чувство слабости и разбитость по утрам после сна и т. п.). Больные при этом жаловались на мучительное чувство вздутия после еды, отрыжку пищей, воздухом, выраженное чувство тяжести и переполнения под ложечкой после еды, тошноту, изжогу, иногда—рвоту пищей, приступы слабости и головокружения.

Таким образом, согласно полученным результатам, между психологическим состоянием и деятельностью желудка существует тесная связь. По данным целенаправленного опроса психоэмоциональные нарушения по времени возникновения, как правило, значительно опережают желудочно-кишечные явления, т. е. являются первичными. Анализ анамнестических данных показал, что в генезе гастродуоденальных заболеваний современного человека острые психотравмы, видимо, играют менее важную роль, чем постоянно действующие

стрессогенные ситуации, не относящиеся к категории экстремальных. Психосоматической реализации этих ситуаций способствуют, прежде всего, личностные особенности, такие как ригидность аффекта и фиксация тревоги. Эти особенности приводят, с одной стороны, к легкому возникновению и кумуляции эмоций, с другой—к затруднению их контроля и разрядки. Тревога и высокая внутренняя напряженность, истощающая механизмы психоэмоциональной адаптации, приводят к развитию явной или нивелированной депрессии, протекающей в двух основных вариантах—с повышенной или пониженной психомоторной активностью. В первом случае в результате психосоматической связи с желудком автоматически повышаются все его функции—моторная, секреторная с соответствующими изменениями морфологии слизистой; во втором случае, наоборот, наблюдается угнетение этих функций. При этом между моторной и секреторной функциями желудка наблюдается определенный параллелизм, хотя и в некоторых случаях, например, при дисгармоничном личностном профиле и при наличии взаимоблокирующих разнонаправленных эмоций этот параллелизм может нарушаться. Как при психогенной активации, так и при психогенном угнетении функциональной активности желудка может наблюдаться ряд универсальных симптомов, отличающихся, однако, по механизму происхождения. Так, например, чувство переполнения, тяжести после еды в эпигастрии, вздутие наблюдаются как при повышении моторной функции (нарушение эвакуации пищи из-за пилороспазма), так и при её угнетении (задержка эвакуации пищи вследствие вялой перистальтики желудка). Аналогичным образом отличаются механизмы возникновения и изжоги, отрыжки и некоторых других симптомов. В связи с этим необходимо отметить, что при гастродуоденальных дисфункциях положительный терапевтический результат в значительной мере зависит от коррекции соответствующих психоэмоциональных нарушений и учета механизмов возникновения тех или иных клинических симптомов.

8-ая клиническая больница

Поступила 16/I 1989 г.

Հ. Ա. ՄԻՆԱՍՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ՀՈԳԵՆԻԿ ԴԻՍԳՈՒՆԿՑԻԱՆԵՐԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Հետազոտված են ստամոքսի դիսֆունկցիաներով հիվանդները։ Յուրյց է տրված, որ անձնային առանձնահատկությունները և հոգեհոգական վիճակը զգալի ազդեցություն ունի ստամոքսի ֆունկցիոնալ ակտիվության վրա։ Հաստատված է, որ ստամոքսի դիսֆունկցիաների բուժման արդյունավետությունը կախված է հոգեհոգական խանգարումների և որոշ անձնային ազդեցությունների շտկման հաջողությունից։

H. A. MINASSIAN

ON THE PSYCHOGENIC DISFUNCTIONS OF STOMACH

It is shown, that personality and psycho-emotional state considerably act to the gastric functional activity. It is revealed, that effectiveness of treatment depends on successful correction of psycho-emotional and personality disorders.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф. Б. В кн.: Методика многостороннего исследования личности. М., 1976, с. 196.
2. Быков К. М., Курцин И. Т. Кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни. М., 1949.
3. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960.
4. Alexander F. Psychosomatic Medicine. London, 1953.
5. Dunbar F. Mind and Body. Psychosomatic Medicine. New York, 1955.
6. Wolff G. Z. Arztl. Fortbild., 1985, 79, 7, 297.

УДК 616.24—036.12:616.988.23

В. И. РОЙЗЕН, Р. В. СИМОНЯН, В. Г. АМАТУНИ, С. Т. МНАЦАКАНОВ ЭНТЕРОБАКТЕРИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Бактериологическому исследованию была подвергнута мокрота больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ). Установлено, что энтеробактерии, выделенные при различных формах ХНЗЛ, могут быть этиологическими агентами в неспецифической легочной патологии.

Одним из важных вопросов пульмонологии является изучение роли бактерий в возникновении хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ) для правильного этиологического их лечения. Установлено, что ведущим этиологическим фактором ХНЗЛ являются пневмококки и гемофильная палочка, однако исследования последних лет показали также, что все большее значение в их возникновении приобретают условно-патогенные грамотрицательные энтеробактерии. Согласно данным большинства авторов [1—10], наиболее часто из энтеробактерий при ХНЗЛ выделялись кишечные палочки, энтеробактеры, клебсиеллы, причем наиболее часто они высеваются у повторно госпитализированных и длительно находящихся в стационаре больных. Однако остается неясной этиологическая роль этих бактерий при ХНЗЛ. Выяснению этого вопроса посвящено настоящее исследование.

Обследовано 200 больных ХНЗЛ в фазе обострения (119 мужчин и 81 женщина) в возрасте от 18 до 76 лет. Инфекционно-аллергическая бронхиальная астма (ИАБА) наблюдалась у 63, хронический обструктивный бронхит (ХОБ)—у 75, хронический астматический бронхит (ХАБ)—у 33, хроническая пневмония (ХП) в сочетании с хроническим обструктивным бронхитом—у 29 больных.

Материалом исследования служила мокрота больных, которая собиралась утром натощак после прополаскивания рта фурациллином, а затем свежее кипяченой водой. Обследование больных проводилось в первую неделю после поступления до начала и в первые дни лечения антибиотиками. С целью выделения представителей семейства *Enterobacteriaceae* производили посев мокроты на среды Эндо, Плоскирева. После культивирования при 37°C в течение 18—20 часов осуществляли пересев подозрительных колоний на трехсахарный агар Олькеницкого. Идентификацию выделенных культур проводили с по-