

ниц, от менструаций. У 6 пациенток постоянно в период менструаций наступало обострение дискогенного радикулита. У больных с сочетанной патологией интенсивность болей была более выраженной, а обострение продолжалось в среднем на 22 дня больше, чем у больных с одной лишь вертеброгенной патологией. Частота обострений у больных 1-й гр. была в 6—8 раз выше, чем 2-й.

У больных 1-й группы с большим постоянством (у 34 из 42) обнаруживались признаки вегетативных нарушений. Они жаловались на боли в межлопаточном промежутке (1 больная), в надплечьях, в шейном и верхне-грудном отделе позвоночника (6), на зябкость поясницы, ног, акрогипергидроз (27).

Вертеброгенные синдромы проявлялись в ограничении подвижности поясничного отдела позвоночника при кривиметрии по Ф. Ф. Огненко, в сколиозе 1—2-й степени в поясничном отделе позвоночника, в одностороннем повышении напряжения много-раздельной мышцы до 2—3-й степени, не исчезающем при наклоне вперед на 10—15°, в ограничении наклона вбок, в болезненности межкостистых связок и соответствующих межпозвонковых суставов.

У 15 женщин определялись симптомы частичной компрессии корешка S₁ и у 3 — L₅ и S₁; у 9 — компрессия корешка L₅. Из 42 больных 1-й гр. у 9 отмечен альтернирующий тазово-корешковый синдром, из них у 5 напряжение многораздельной мышцы было на стороне больных гениталий, а у 4 — на стороне корешковых болей в ноге.

На стороне поражения гениталий, особенно при совпадении со стороной поражения корешка, ягодичная мускулатура расслабляется хуже, чем на здоровой (у 39 из 42 больных). У 2 пациенток при этом наблюдались миокимии ягодичной мышцы, отчетливее выявлявшиеся на холоде. У 3 больных установлено напряжение ягодичных мышц на стороне гинекологического очага, а не на стороне люмбаишиалгии. У всех больных с остеохондрозом без гинекологического заболевания, кроме одной, плохое расслабление ягодичных мышц наблюдалось только на стороне люмбаишиалгии. При вагинальном исследовании у 29 из 42 пациенток 1-й гр., помимо болезненности в области воспалительного очага в гениталиях, определялась болезненность мышечных стенок малого таза. Тест на натяжение грушевидной и копчиковой мышц и крестцово-остистой связки (боль в ягодичной области при пассивном приведении согнутой в коленном суставе ноги к противоположному плечу) оказался положительным у всех пациенток 1-й гр. при совпадении сторон патологических процессов в половых органах и позвоночнике, и лишь у 2 из 14 больных 2-й группы.

Довольно часто (у 17 из 41 больных) на стороне поражения гениталий пальпаторно определялось снижение пульсации сосудов ноги, температура кожных покровов на той же стороне была ниже на 1,2—1,5°. В группе больных без гинекологической патологии такого рода вазомоторные сдвиги отмечены у 5 из 14. У всех пациенток с хроническими воспалительными процессами органов малого таза определялась болезненность подвздошно-поясничной мышцы в области паховой складки и точки Лапинского на внутренней поверхности бедра между верхней и нижней ее третью на той же стороне тела.

Таким образом, сочетанные поражения позвоночника и внутренних половых органов характеризуются своеобразием локализации болей, поражением определенных мышц, более выраженными болевыми проявлениями, более частыми обострениями, ухудшением течения люмбаишиалгии в дни менструации.

Поступила 14 февраля 1977 г.

УДК 615.851:616.33—008.3.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ РВОТЫ

В. Н. Белая

Кафедра профессиональных заболеваний (зав.— проф. В. А. Данилин) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Реферат. Обосновывается актуальность разработки психотерапевтических методов для лечения нервной анорексии. Предложен метод психотерапии, учитывающий психосоматические взаимоотношения при выраженном синдроме невротической рвоты. Приводятся данные об успешном лечении 3 больных по методике автора.

Невротическая рвота является клинически четким синдромом в структуре нервной анорексии — *anorexia nervosa*. Среди клинических признаков нервной анорексии главенствует прогрессирующая потеря массы тела [14, 21], нередко при амбивалентном отношении к пище [21]. Заболеванию подвержены в основном лица женского пола [16] в возрасте 8—25 лет [12, 21]. Нередко у таких больных отмечается аменорея [15 а]. Для личности больных характерны инфантильность [10, 14], истероформные, обсессивные [12], ананкастные [14] черты, гораздо реже —

депрессивные и субпсихотические [12]. Очень часто отмечается расстройство схемы тела различной степени выраженности [11], нередко выявляемое лишь при помощи специальных психологических тестов [13]. С психологической стороны характерно амбивалентное отношение к матери [20], вражда к ней [16] и диалог с воображаемой фигурой матери, проникнутый стремлением не быть похожей на нее [18], повышенная зависимость от матери [14]. Согласно анамнестическим данным, в семье, воспитывающей больную, как правило, доминировала мать [19]. К типичным актуальным конфликтам, предшествующим анорексии, относятся проблемы сексуального характера [10], страх забеременеть.

Общепризнанным дифференциально-диагностическим признаком анорексии считается отсутствие первичной соматической патологии [15 б, 17]. Нервная анорексия и невротическая рвота описываются вместе, как одно заболевание [14], причем допускается различное соотношение этих симптомов: анорексия без рвоты и рвота без заметной анорексии. Другими авторами отдельно описывается *anorexia nervosa* [11, 12, 15 б] и невротическая рвота [2, 9, 10]. Некоторые авторы к истинной невротической анорексии относят невроты развития и исключают реактивные невроты, реакции на конфликт [11].

Распространенной точкой зрения на этиологию нервной анорексии является признание ее кризом созревания, психологически неудавшимся вступлением в роль женщины и матери [15 б, 19, 21]. Оправданно выделяются формы психогенной невротической рвоты, не обладающие всей полнотой картины *anorexia nervosa* [2, 9]. В настоящее время уточняются гормонально-биохимические звенья патогенеза описанных расстройств [1, 3]. В лечении нервной анорексии фармако- и соматотерапия признаются показанными лишь при участии приводящих соматогенных факторов [2, 9], подчеркивается резистентность к психотерапии всех нервосоматических расстройств [4]. Одна часть предлагаемых методов психотерапии входит в арсенал так называемой «большой психотерапии» и применима лишь в специализированных психотерапевтических учреждениях, другая связана с методологией психоанализа [21], использующего моральные установки, чуждые нашему обществу. Одна из наиболее эффективных методик психотерапии — индивидуальная терапия по К. Леонгарду [10, 14]. Автор предполагает участие в лечении психотерапевта и психолога, и это связано со значительными затратами времени.

Мы поставили перед собой задачу разработать метод психотерапии, доступный врачам-интернистам без привлечения вспомогательного персонала. В нашей методике больной — после вскрытия психогенеза заболевания и изменения отношения ее к психотравмирующим обстоятельствам [8] — предлагается произвольно вызывать рвоту натощак, за 20—30 мин. до приема пищи. Названный прием был успешно применен у 3 больных: в условиях санатория, терапевтического стационара и поликлиники. Приводим первое наблюдение.

К., 22 лет, студентка, поступила в санаторий 10/XI 1967 г. Жалуется на отвращение к пище, тошноту и рвоту почти после каждого приема пищи; чувство усталости, разбитости; сердцебиения, таше по утрам; ощущение внутреннего дрожания; часто возникающее тошкливое настроение; ежедневные беспричинные покалывающие боли в области сердца и головные боли.

В детстве перенесла корь, скарлатину. Семья дружная. Воспитывалась вместе со старшей сестрой. В дошкольном возрасте была капризной; добываясь своего, часто плакала. В школьном возрасте — общительная, веселая, жизнерадостная. Училась хорошо, были наклонности к физико-математическим наукам. Всегда была совестливой, испытывала постоянно сомнения, хорошо ли поступила, боялась обмануть других, не

сдержать обещания. Учится на 3-м курсе института; часто переутомляется, волнуется, особенно в период экзаменов. Менструации с 14 лет. Интерес к мужскому полу — с 15 лет. Переписывается с юношей, с которым дружила несколько лет и который в настоящее время служит в армии. Скучает по нему.

В марте 1966 г. больной предстояло пойти на день рождения к знакомому студенту. Незадолго до этого произошел случай, когда после приема вина у больной возникла рвота, и у нее осталось отвращение к спиртному. Собираясь на вечеринку и представив себе, как будет там пить вино и есть, стала испытывать легкую тошноту. Возникло сомнение, сможет ли она хорошо выгладеть на людях, боялась, что ей вдруг станет плохо. С большим усилием выпила рюмку вина за весь вечер, после чего ее тошнило. С тех пор тошнота стала возникать в момент волнения и после него. В декабре 1966 г. предстоял трудный экзамен. Пришлось ждать своей очереди 7 часов; очень волновалась, но сдала экзамен на «отлично». Затем в течение 2 дней ощущала сильную головную боль и резкую слабость, не хотела прикасаться к пище, чувствовала отвращение к ней, тошноту. В марте 1967 г. обратилась к врачу. Было назначено лечение: витамины, апилак, ацидин-пепсин в вену, глюкоза. Однако нарастала слабость, раздражительность; К. стала плаксивой, при волнении возникало отвращение к пище. В конце июня появились боли в области сердца, последовала госпитализация в терапевтическое отделение областной клинической больницы. В стационаре усилилось отвращение к пище, участилась тошнота. Был диагностирован тонзиллит, позывы к рвоте врачи объясняли раздражением задней стенки глотки гипертрофированными миндалинами. Была произведена тонзиллэктомия. После операции отвращение к пище обострилось, почти вслед за каждым приемом пищи возникала рвота.

Объективно: состояние при поступлении в санаторий удовлетворительное. Рост 152, масса 38,5 кг. Внутренние органы без патологии. Впозе Ромберга пациентка устойчива; координаторные пробы выполняет хорошо. Тремор век и разведенных пальцев рук. Резкое симметричное оживление сухожильных рефлексов. Патологические рефлексы не определяются. Рефлекторный дермографизм белый, стойкий, клино- и ортостатическая пробы положительные. В беседу К. вступает быстро, волнуется, застенчива. Реакции быстрые, мимика живая, разнообразная. Речь быстрого темпа, связанная, последовательная. Проба на заучивание 10 слов и удержание их в памяти выполняется хорошо. Темп поисково-ориентировочных реакций по таблицам Шульте быстрый (38 сек.). Отсчитывание в уме и сложение цифр большая производит без ошибок, в хорошем темпе; быстро утомляется при ассоциативном эксперименте; латентный период значительно удлинен.

В первой психотерапевтической беседе больной разъяснено, что отсутствие органического заболевания облегчает лечение. Был вскрыт психогенез страдания и начато изменение отношения к нему. Первые 5 дней состояние ухудшалось, рвота еще больше участилась. Соседи по столовой стали назойливо опекать больную, что усиливало ее смущение и страх перед возможностью рвоты в присутствии большого числа людей. Попытки кормить больную в палате не имели успеха.

Нашей больной предписывалось незадолго перед едой вызывать рвоту, выпивая стакан воды и раздражая пальцем корень языка. Имелось в виду освободить ее от страха перед предстоящей рвотой и истощить рвотный рефлекс. В первый же день выполнения этого приема больная стала есть, не ощущая тошноты, рвота после еды прекратилась. Через несколько дней предписывалось вызывать рвоту только по утрам. Состояние начало быстро улучшаться, появился аппетит, стало возможным питаться в столовой. Периодически больная чувствовала слабость,

сердцебиение, настроение оставалось неустойчивым. Лечение продолжалось амбулаторно 1,5 месяца. Ежедневно в психотерапевтических беседах подытоживались сдвиги в здоровье, подвергался коррекции режим дня.

Через год больная сообщила, что чувствует себя здоровой, возобновила учебу в институте (до лечения она находилась в академическом отпуске по болезни).

Вторая больная — 17-летняя студентка, ее лечение осуществлялось в терапевтическом стационаре в течение 2,5 месяцев, третья больная — 23-летняя женщина, работавшая инженером. Лечение проводилось амбулаторно.

Общими чертами трех названных больных были следующие. В мужчинах, ухаживающих за ними, они стремились видеть «только товарищей», не проявляли интереса к «любовным сценам» из кино, театра, литературы. Интимные отношения они представляли себе вынужденной грязной стороной жизни. Специфична психосоматическая переключаемость — реагирование рвотой на чрезвычайные эмоциональные раздражители. Мотив первых проявлений болезни остается неосознанным. В семьях, воспитавших больных, главенствующая роль принадлежала матери. Преморбидная личность больных была акцентуированной: ананкастной у первой, демонстративной и гипертимной — у второй и субпараноидной — у третьей больной. Невротическая картина носила сенсоидохондрические (по К. Леонгарду) черты, осложненные в 1-м наблюдении астенией, во 2-м — истерическим поведением. Характерным был страх перед произвольной рвотой в неподходящих условиях, что оценивалось как чрезвычайный ущерб для их личности. Этот страх нередко доминировал в состоянии больных, когда им предстояло идти на экзамен или стать предметом внимания окружающих в других условиях. У больных отсутствовали признаки органического заболевания органов пищеварения и гепато-лиенальной системы.

У второй больной возникало чувство контакта с чем-то «отвратительным» на протяжении 6 месяцев, во время попыток ее партнера достигнуть близости на стадии предварительных ласк. После поцелуев больную «поташнивало» несколько часов. Вслед за разрывом отношений с партнером по инициативе больной у нее снизился аппетит, стала снижаться масса тела. Рвота впервые возникла во время приема пищи по настоянию матери.

У третьей больной рвота впервые возникла наутро после бессонной ночи. Вечером ее подругу, с которой они проживали вдвоем, посетил приятель. Визит затянулся до глубокой ночи. Больная с досадой и отвращением переживала роль свидетеля ухаживаний и ласк, совершавшихся на соседней кровати.

У этих двух больных акт рвоты можно рассматривать как своеобразное проявление чувства отвращения, вызванного неизжитым конфликтом.

Наши наблюдения позволяют выделить 3 звена в психогенезе невротической рвоты: 1 — выражение актом рвоты чувства отвращения, вызванного актуальной ситуацией; 2 — страх перед возможной рвотой в неподходящих условиях; 3 — генерализованная психологически необоснованная психосоматическая переключаемость на акт рвоты при сильном эмоциональном возбуждении.

Очевидно, что для терапии наиболее доступным является второе звено. Воздействие на него достигалось нашей методикой, когда произвольно вызванная рвота уносила с собой мотив страха и сам страх. Обоснованность такого суждения подтверждается работами, вскрывающими патогенез невротической рвоты на гормональном уровне. Исследование содержания адреналина, норадреналина и холинэстеразы в крови во

время эмоционального возбуждения у больных до рвоты выявляло повышенное их содержание и падение уровня катехоламинов при не измененном содержании холинэстеразы во время рвоты. Аналогичные изменения были обнаружены во время плача, что позволяет трактовать невротическую рвоту как защитный механизм против чрезмерного эмоционального возбуждения [5, 6, 7 а, б].

Таким образом, примененный нами метод психотерапии оказался эффективным в лечении невротической рвоты. Это следует отнести за счет психосоматического воздействия на основе психогенетического анализа становления синдрома невротической рвоты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вартапетов Б. А., Гладкова А. И. и др. В кн.: Гормональное звено кортико-висцеральных взаимоотношений. Медицина, Л., 1969.— 2. Воловик В. М. В кн.: Исследование личности в клинике и в экстремальных условиях. Л., 1969.— 3. Лагерлёф Х. В кн.: Эмоциональный стресс. Медицина, Л., 1970.— 4. Липгарт Н. К., Мировский К. И. Журн. невропатол. и психиатр., 1972, 3.— 5. Мягер В. К., Шаталова А. А. Там же, 1960, 10.— 6. Мягер В. К., Гошев А. И. Там же, 1964, 5.— 7. Мягер В. К. а) В кн.: Неврозы и соматические расстройства. Медицина, Л., 1966; б) В кн.: Психологические методы исследования в клинике. Медицина, Л., 1967.— 8. Мясников В. Н. Личность и неврозы. Медгиз, Л., 1960.— 9. Тищенко Б. Ф. Рвоты при неврозах. Автореф. канд. дисс., Л., 1972.— 10. Bergmann B. Psychiat. Neurol. med. Psychol., 1968, 20, 1.— 11. Bruch H. In: Anorexia nervosa. Stuttg., 1965.— 12. Dürssen A. Ibid.— 13. Gallwitz A. Ibid.— 14. Leonhard K. Münch. med. Wschr., 1960, 102, 2318.— 15. Meyer J.-E. a) Arch. Psychiat. Nervenkr., 1961, 202, 1; б) Brit. J. Psychiat., 1971, 118, 539.— 16. Müller H. In: Anorexia nervosa. Stuttg., 1965.— 17. Oberdisse K., Solbach H. G., Zimmermann H. Ibid.— 18. Richter H.-E. Ibid.— 19. Selvini P. L'anorexia mentale. Mailand, 1963.— 20. Sperling E., Massing A. Z. psychosom. Med., 1970, 16, 2.— 21. Theander S. Acta psychiatr. scand. 1970, Suppl. 214, 194.

Поступила 9 марта 1977 г.

УДК 616.94:616.285.5—005.6—053.8

КОМБИНИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ОТОГЕННОГО СИНУСТРОМБОЗА И СЕПСИСА

Канд. мед. наук Г. С. Яхонтов

Кафедра болезней уха, горла и носа (зав.— проф. Л. Г. Сватко) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и кафедра болезней уха, горла и носа (зав.— доц. В. Н. Акимов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Проанализированы истории болезни 157 пациентов, леченных в ЛОР-клиниках г. Казани по поводу комбинированных форм отогенного сепсиса (сведения за 45 лет). Проведена сравнительная оценка клинического течения болезни и применявшихся методов лечения.

Нами обобщены данные историй болезни 157 лиц в возрасте от 16 до 70 лет с комбинированными формами отогенного сепсиса за 1928—1972 гг. Учитывая, что изучаемый отрезок времени отмечен бурным прогрессом во всех областях медицины, мы решили разбить его на три периода: 1) доантибиотический (1928—1947 гг.), 2) период высокоэффективного применения антибиотиков и сульфаниламидов (1948—1957 гг.), 3) современный период (1958—1972 гг.), характеризующийся снижением эффективности лечения отдельными антибактериальными препаратами, увеличением числа антибиотикоустойчивых форм микроорганизмов, значительным изменением реактивности макроорганизма, быстро прогрессирующей эволюцией атипичных форм в сторону малосимптомного, торпидного течения заболевания.

Лиц мужского пола было 65,6%, женщин — 34,4%. Причиной отогенного осложнения чаще всего являлся хронический средний гнойный отит (87,2%). С введением в практику антибиотиков частота комбинированных форм сепсиса, развившихся при остром отите, уменьшилась (5,4%), а после внедрения антибиотиков широкого спектра действия они вообще не наблюдались. Причиной заболевания уха чаще были общие инфекции, в том числе грипп.

В развитии синустромбоза преобладающим путем распространения инфекции был контактный через перисинуозный абсцесс (57,2%). Лишь у 12,7% больных тромбоз