

Из областной психиатрической больницы и психиатрической клиники Свердловского Государственного Медицинского Института.

Зав.клиникой и научный руководитель профессор -
П.Ф. МАЛКИН. Главный врач больницы А.П. ВОЗЖЕНИКОВ.

Н.Н. БОДНЯНСКАЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКЗОГЕННОГО ТИПА
РЕАКЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.

Диссертация на соискание
ученой степени Кандидата
Медицинских Наук.

г. Свердловск

1940 г.

Общепринятой в настоящее время является точка зрения Бонгеффера (*Bonhoeffer*), который рассматривает реакции мозга на внешние вредности (острые инфекции, интоксикации, травмы) как преимущественно типовые реакции с определенными клиническими картинами.

Бонгеффером выделены следующие типы реакций: делириозный, аментивный, сумеречное состояние сознания, галлюциноз, эпилептиформное возбуждение, иногда переходящее в ступор и нередко сопровождающееся эпилептиформными припадками, чаще у детей.

Характерным для Э.Т.Р. Бонгеффер считает как клинические картины и их течение, так и исход — состояния эмоционально-гиперэстетической слабости; в случаях с неблагоприятным течением — мнестические расстройства и картины дементности.

Общим признаком для всех описанных экзогенных форм является расстройство сознания — кардинальнейший симптом для всякой экзогенной реакции.

Но далеко не все авторы считают возможным провести такое строгое разграничение клинических картин на экзогенные и эндогенные, как это делает Бонгеффер. Обясняется это раньше всего теми затруднениями, которые встречаются при разделении патогенных факторов на экзо и эндогенные. Несомненно, что всякое патологическое состояние

х) В дальнейшем экзогенный тип реакции будет обозначаться сокращенно Э.Т.Р.

обусловлено и экзогенно и эндогенно. Следует говорить лишь о тех состояниях, которые преимущественно экзогенно обусловлены.

И.Г.РАВИН предлагает критерием "экзогенности" для всякого патологического состояния, преимущественно экзогенно вызванного, следующие два момента:

1) Однородность, "общность" реакций, развивающихся у различных лиц под влиянием экзогенной вредности, и известная независимость форм этих реакций от конституциональных особенностей личности.

К однородности реакций автор относит различные виды расстройства сознания.

2) Определенная специфичность данной реакции, как реакции исключительно экзогенной, которая развивается только под влиянием экзогенных вредностей и, как правило, не встречается (при эндогенных заболеваниях).

Ряд авторов продолжает считать, что принципиальной разницы между действием экзогенной и эндогенной вредности не существует, и характер клинической картины зависит не от природы этиологического фактора, а от дозировки и темпа действия вредности.

М.А.ГОЛЬДЕНБЕРГ, не отрицая значения дозы и темпа действия экзогенных вредностей, решающее значение придает структуре вредности в смысле ее "родственности" или "чуждости" мозгу. Причем темп, доза и другие аналогичные моменты становятся факторами

вспомогательно-содействующими или препятствующими в выявлении этой "родственности" или "чуждости".

КРЕПЕЛИН (*Kraepelin*), ЭВАЛЬД (*Ewald*)
КРИШ (*Krisch*) и др. все клинические проявления классицируют в зависимости, один - от интенсивности, другие - от темпа действия вредности. Различают:

1) Симптоматические психозы, соответствующие экзогенному типу реакции Бонгеффера в узком смысле слова (гетерономные реакции по Клейсту (*Kleist*));

2) Более легкие изменения по типу гомономных реакций Клейста, чаще наблюдаемые при хронически, подостро и вяло действующих вредностях.

ЭВАЛЬД, придавая большое значение моменту интенсивности вредности, считает, что малые дозы, поражая самые чувствительные, аффективно-вегетативные аппараты, вызывают к жизни конституциональные механизмы, давая "эндогенные" формы реакций. С увеличением "токсичности", что способствует резкому нарушению мозговой деятельности, появляются "экзогенные" симптомы, говорящие за более грубое поражение мозга.

РЮДИН (*Rudin*), ГОХЕ (*Hoche*) приходят к заключению, что воздействие токсического начала на мозг может вызвать к жизни наследственно обусловленные механизмы, до заболевания находившиеся в латентном состоянии, и определяющие форму изменения психики. "Каждый реагирует по своей индивидуальной формуле" (Криш).

Большого интереса заслуживает классификация Криша, который все картины, получаемые при экзогенном типе реакций, делит на три группы: 1) Первичные, основные по Штерцу (*Sturz*): нарушение сознания, Корсаковский симптомокомплекс. 2) Вторичные: психосенсорные и психомоторные феномены и 3) Третичные, в выявлении которых участвуют незатронутые болезнью психические функции.

Клинически Криш различает следующие формы реакций: энцефалоастеническая или неврастеническая, органически обусловленные затемнения сознания, куда входит делириозный синдром, галлюцинозы, моторные и психомоторные расстройства, напоминающие аменцию.

И.Г.Равкин относит к чистым типам экзогенных реакций Бонгеффера следующие состояния: различные виды оглушенного состояния, делириозное (гипногагический делирий - аменация), коматозное возбуждение, амнестический симптомокомплекс. Причем автор признает наиболее специфичными для экзогенно обусловленных состояний коматозное возбуждение, коматозный делирий и амнестический симптомокомплекс, а наиболее частой реакцией считает делирий.

По течению экзогенных психозов автором различаются следующие формы:

I. Острая abortивная форма.

- а) Коматозное возбуждение или коматозный делирий.
- б) Острое оглушенное состояние.
- в) Abortивный делирий.

II. Молниеносно галлопирующая форма.

III. Форма с затянувшимся острым делириозно-аментивным состоянием.

По вопросу о специфичности Э.Т.Р. существует две противоположные точки зрения.

Зонгеффер, установивший типичность, даже специфичность клинической картины психозов, вызванных экзогенными вредностями, отрицает специфичность для отдельных этиологических агентов, хотя в то же время допускает, что при отдельных инфекциях и интоксикациях могут встречаться преимущественно определенные синдромы.

В настоящее время большинство авторов считает, что экзогенным вредностям свойственны более или менее однотипные картины.

С другой стороны, качественное различие вредностей, неодинаковая степень токсичности, различное сродство к поражению тех или иных отделов мозга, наконец, различие в механизмах действия и ряд других предпосылок создают неодинаковые условия для развития психических расстройств и тем самым накладывают на картину этих расстройств свой характерный отпечаток.

Однородность картин при различных этиологиях и различные психические изменения при одной и той же экзогении, наступление психической реакции спустя некоторое время после прекращения поступления вредности объяснялось различно: неодинаковой локализацией в мозгу (Вернике, Фогт, Ниссель), конституциональными особенностями организма и пр., вплоть до несовершен-

ства методов клинического исследования.

Для объяснения этого Бюнгеффером была выдвинута гипотеза об этиологически промежуточном звене.

В литературе встречаются указания на появление неврастенического симптомокомплекса ^{х)} при явлениях недостаточности печени ("печеночная" неврастения Лапинского). Защитные и барьерные функции печени общеизвестны. Выпадение или недостаточность этих функций, сказывающиеся особенно остро в момент наибольшего повышения требований к ним (при инфекциях и интоксикациях) может привести к появлению нервно-психических отклонений.

Возможность появления нервных расстройств при явлениях выпадения функций печени доказана и экспериментально.

В работе Л.Т.Пироговой имеется указание на несомненную причинную связь с недостаточностью печени.

Описаны состояния слабости, чувство разбитости при желтухе, делириозные состояния в конечных стадиях цирроза печени. Автором описан случай острой желтой атрофии печени, сопровождающейся шизофреноподобным состоянием и грубой неврологической симптоматикой.

На материале неврастенических состояний у детей, остро развившихся в результате воздействия экзогенных факторов, также подтверждается практическое значение гипотезы этиологически промежуточного звена (частота эндокринно-вегетативных нарушений после перенесенных

х) А известно, что так называемое неврастеническое состояние многими авторами оценивается, как своеобразный В.Т.Р., или же как продром более тяжелых расстройств экзогенного характера (неврастения - амения Вайна).

инфекций, особенно после дизентерии, в тесной связи с которыми развиваются изменения нервно-психического характера).

Крепелин, не отрицая значения расстройств обмена в формировании экзогенной реакции, утверждает, ссылаясь на исследования Ниссля, что основным является повреждение ядом определенных, родственных этому яду систем: "Опыты Ниссля показали, что при подкожном введении оптимальных доз каждого яда, поражаются определенные клетки мозга, так что из характера их поражения можно судить о характере яда" (Крепелин). М.А.Гольденберг, отрицающий возможность существования этиологического промежуточного звена, как обязательного механизма в патогенезе Э.Т.Р., допускает наличие его в отдельных случаях.

П.Ф.Малкин считает, что такого рода промежуточным звеном может быть, повидимому, не только поражение отдельных органов, вегетативно-эндокринные изменения, но и нарушение более общей функции, например, функции сна.

Рядом авторов, особенно в последние годы признается наличие специфических особенностей, присущих некоторым инфекциям и особенно интоксикациям. (Крепелин, Клейст, Бумке (Витке), В.А.Гиляровский, М.О.Гуревич, Н.М.Озерецкий, М.А.Гольденберг и др.)

Крепелин считает, что "душевные расстройства, вызванные различными ядами, имеют специфические черты, поскольку они непосредственно вызываются ими. Из кар-

тины болезни мы очень часто можем определить род отравления "...". При значительном количестве наблюдений яснее будет проступать глубокая закономерность соотношения характера токсического начала с болезненной картиной"... И дальше: "Главные трудности при этом заключаются в том, чтобы наряду с расстройствами, общими для больших групп болезни, подметить черты, свойственные одному болезненному процессу. Обыкновенно это не один какой-либо клинический признак, а скорее общий склад всей картины болезни, соотношение частичных явлений между собой, характер течения, развития и исхода".

Известно, что ряд фармакологических веществ являются избирательно действующими ядами для тех или иных отделов центральной нервной системы и дают характерные особенности в психических проявлениях.

Например, патогномичность делирия при остром атропинном отравлении (М.А. Гольденберг), кокаиновом, морфином, алкогольном. При отравлении окисью углерода наблюдается состояние, похожее на опьянение и напоминающее делириозное состояние.

Отравление марганцем часто дает картину паркинсонизма; мescalином - ряд своеобразных галлюцинаторно-параноидных переживаний, напоминающих аналогичные состояния при шизофрении. При отравлении бульбокапнином гашишем, свинцом, ртутью, сероводородом и т.д. также отмечаются особенности в поражении нервно-психической сферы.

Как показывает клинический опыт и соответствующие морфологические исследования, подобные же отношения мы имеем и при инфекциях.

Так, А.И.Гейманович выделяет особые нервные синдромы при острых инфекциях и говорит о специфической характеристике этих синдромов для отдельных инфекций. Обширный диапазон нервно-психических изменений при сыпном тифе дает основание для выделения особой группы "нервнотоксического сыпняка".

В начале болезни нередко наблюдается синдром маниакального возбуждения и акинетически-апатические состояния со сноподобным расстройством сознания. В лихорадочном периоде часты своеобразные делириозные синдромы, с переживаниями двойника. Неврологическая картина распределяется между синдромами дискинетически дистоническими (базальные ганглии), бульбарными и псевдобульбарными (продолговатый мозг). Нередки периферические поражения и значительные вегетативные нарушения.

При брюшном тифе психические ³изменения характеризуются главным образом общим угнетением, подавленностью, наблюдающимися и после исчезновения расстройств сознания. Для возвратного тифа довольно типичным является состояние прострации, бессилия, чувство разбитости.

Достаточно хорошо изучена клиника таких, довольно редко встречающихся заболеваний, как бруцеллез, бешенство. Например, при последнем.

Н.М.Кроль указывает на избирательное поражение вегетативных центров, особенно гипоталамической области, что находит свое клиническое выражение соответствующей симптоматикой в эмоционально-вегетативной сфере и ее динамике в различных фазах болезни. Автор считает специфичным характер, течение и определенную закономерность всех психотических проявлений: симптомокомплекс "тревоги", "аффективные бури" в I-й стадии сменяются феноменом "зловещего успокоения" во 2-й стадии. Описанные явления обладают способностью усиливаться благодаря действию специфических раздражителей (вода, ток воздуха). На своем большом материале (75 случаев бешенства) автор почти в 100% наблюдал строго определенные типы реакций - делирий и галлюциноз.

Остановившись на вопросе специфичности и типичности реакции нервной системы на внешние вредности, И.А.Гольденберг, один из наиболее последовательных исследователей в разработке идей специфичности экзогенных психозов, приходит к выводу, что неправильное понимание специфичности, как чего-то абсолютного, привело на практике и в теории к ее отрицанию. Специфичность не абсолютна, она выявляется не только определенной вредностью, но и при определенных условиях. Всякая экзогенная реакция является результатом сложнейших взаимоотношений между вредностью и личностью. При различных заболеваниях различны и взаимоотношения, различны и клинические выражения этих взаимоотношений;

они различны даже при различных фазах одного и того же заболевания.

Клинические наблюдения последних лет дают возможность установить, что неспецифическая в основном реакция мозга на отдельные вредности имеет ряд типичных особенностей, характерных для этих вредностей. Эта типичность сказывается прежде всего в особенностях нейродинамического порядка (локализация, патофизиологические изменения), в характере клинической картины (симптомы, синдромы, их звучание, взаимосвязь и взаимогруппировка), течении, а отчасти и исходе.

Таким образом, клиническая картина Э.Т.Р. в конечном счете определяется структурой вредности и ее отношением к структуре мозга. "Задача заключается в том, чтобы показать путь, механизм "психотического" действия той или иной вредности; показать как в результате взаимодействия вредности с конкретным организмом, конкретной личностью конструируются патомеханизмы, определяющие клиническую картину, течение и исход заболевания. Задача состоит, повторяем, в том, чтобы в отношении каждой вредности, шаг за шагом, детально изучить путь и механизм ее действия с точки зрения патогенетически понятных связей между вредностью, типом и особенностями ее действия и психотической реакцией, ее течением и исходом". (П.С.Малкин).

Клиника Э.Т.Р. в детском возрасте мало освещена в литературе.

Между тем, более простые этиологические и патогенетические отношения, особенности строения нервной системы, отсутствие неблагоприятных дополнительных

Факторов, (алкоголизм, травмы и т.п.), создающих нередко нажитую симптоматическую лабильность, делает возможным изучение Э.Т.Р. именно в детском возрасте, в наиболее "чистом" виде.

В настоящей работе мы ставим перед собой задачу изучения особенностей клинической картины Э.Т.Р. у детей и подростков при различных вредностях; в частности - специфически детских инфекциях, которым в литературе по детской психиатрии обычно уделяется мало внимания.

В этом плане особое значение имеет вопрос о так называемой специфичности - типичности картин Э.Т.Р., вопрос, который как раз на детском материале с более простыми конституциональными, этиологическими и патогенетическими отношениями, возможно, может иметь наиболее четкое разрешение. Исходя из более широкого понимания клиники Э.Т.Р. и учитывая возрастные особенности нервной системы ребенка мы считаем, что нервно-психические реакции у детей на экзогенные вредности встречаются довольно часто.

Эти нервно-психические изменения, далеко не всегда достигающие психотических вершин, также должны рассматриваться в плане Э.Т.Р.

Принимая во внимание, что Э.Т.Р. встречаются в детской психиатрической практике как единичные случаи, мы перенесли наши исследования также и непосредственно в детские санаториальные учреждения.

Помимо наблюдения, проведенных в психиатричес-

Клинические наблюдения использованные в работе.

- 1. Э.т.Р. в форме выраженных психозов 14 сл.*
- 2. Посттравматические психические
расстройства 25 сл.*
- 3. Нервно-психические изменения при
детских и некоторых общих инфекциях . . . 45 сл.*
- 4. Постинфекционные астении
(после кори и скарлатины) 27 сл.*
- 5. Типы реакций шизофреников и некото-
рых органиков на привитую малярию и
инсулин в гипогликемических дозах 51 сл.*

Всего: 162 сл.

кой клинике, в работе приводятся результаты исследования нервно-психических расстройств у детей при специфически детских и общих инфекциях, полученных в соответствующих детских стационарах.

Клиническая характеристика материала, использованного в работе, представлена на таблице.

Глава II.

КЛИНИКА ЭКЗОГЕННЫХ ТИПОВ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Экзогенные типы реакций в детском возрасте в форме выраженных психозов встречаются очень редко.

За два с половиной года существования детского отделения психиатрической клиники нами наблюдалось всего 14 случаев Э.Т.Р.

К общему количеству больных в 349 чел., прошедших за этот период через отделение, это составляет 3.7%.

Эти больные распределяются следующим образом:

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДАВШИХ ВЫРАЖЕННЫЕ Э.Т.Р. ПО ЭТИОЛОГИЧЕСКОМУ ФАКТОРУ И ПО КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ.

	Делириозн. синдром.	Аментивный синдром.	Сумеречное состояние сознания.	Атипичные реакции.
1. Грипп.....	2	-	-	-
2. Крупозная пневмония.	1	1	-	-
3. Туберкулез	-	1	-	-
4. Ревматизм.	-	-	-	2
5. Малярия	1	-	-	1
6. Интоксикация (остр. и хроническая)	2	-	1	1
7. Прочие.....	-	-	-	1

Перейдем к описанию ГРУППЫ С КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ ДЕЛИРИЯ.

Случай I-й. Гриша И., 7 лет.

поступил 19/XI-36г., выписан 22/XI-36г.

В анамнезе - раннее правильное психофизическое развитие. Ничем не болел. В 1935г. - травма черепа без явлений сотрясения мозга. Характериологически - боязливый, робкий, плаксивый.

В день заболевания, с утра, был необычно весел, много смеялся и двигался. Температура не измерялась. Вечером исчез из дома и в состоянии глубоко расстроенного сознания обнаружен на территории больницы.

При поступлении: температура - 38.5° , запекшиеся губы, слезотечение, пульс учащен. ^{х)} Тревожен, на вопросы не отвечает, плачет, галлюцинирует, производит руками движения распутывания клубка, бессвязно бормочет, изредка кричит: "Машина, машина, падаю, вот она", при чем цепляется за кровать с выражением ужаса, порывается бежать.

Такое состояние продолжалось около суток. Начиная со второй половины следующего дня, крепко спит. Утром 21/XI температура нормальная. Правильно ориентирован в окружающем, несколько вяловат, растерян.

22-го числа выписан в состоянии психического здоровья.

Катамнез: Мальчик здоров. Учится во II кл.

Заключение. В данном случае, на экзогенную вредность в

х) Консультантом-терапевтом диагностировано гриппозное состояние.

форме гриппозной инфекции, больной дал abortивный делирий с яркими галлюцинаторными переживаниями, в пато-пластике которых, повидимому, отражена психофизическая травма, имевшая место в 1935 г.

Отмеченное матерью гипоманиакальное состояние в день заболевания, возможно, является первым проявлением токсического действия инфекции. Подобные состояния еще до появления соматических признаков болезни, отмечены многими авторами (В.А.Гиляровский, А.И.Винокурова и др.)

Случай 2-й. Иосиф С. 12 лет.

Поступил 16/V-39г. Выписан 13/VI-39г.

Данные анамнеза: Наследственно не отягощен.

В личном прошлом - без изменений.

Заболел 8/III-39г. Внезапно почувствовал сильное головокружение, упал, казалось, что "перебрасывает его вверх ногами". Очнувшись, решил бежать в клуб. Был усажен отцом, но "сбросило с табуретки". Ничего не мог сказать: "все металось".

9/III весь день кружилась голова, "был как глухой". Отмечает яркие картинные галлюцинации: "был на охоте, убил бурундука, подвесил его к поясу".

На обратном пути стрелял в проходящих, слышал музыку, видел пляшущих товарищей, казалось, что находится в клубе, видит постановку, слышит пение; казалось, что его бьют. Защищаясь, переломал табуретки. 10/III поднялась температура до 39.5° . Ничего не ел, плохо слышал. Сильно кружилась голова. Помнит, как возили его в больницу. С 15 марта школу не посещает.

Астеник. Внутренние органы без изменений.

Неврологически - сухожильные рефлексы высокие, повышена мышечная возбудимость.

При поступлении жалуется на головные боли, головокружения, отмечает, что при наклоне головы "всякая чужь в глаза лезет". Видит на полу пляшущих людей.

Постепенно состояние больного выравнивается. Галлюцинации исчезают. Больной спокоен, сознателен. Сообщил, что из-за сильного головокружения не может кататься на карусели, даже наблюдение за катающимися вызывает головокружение и иногда рвоту.

Терапия: Постельный режим, малые дозы люминала, 10% раствор хлористого калия внутривенно.

Лабораторные исследования: гемограмма - без особенностей.

Выписывается без признаков психического расстройства.

Заключение. - В этом случае, у вестибулярно стигматизированного субъекта какая-то инфекция, повидимому, гриппозная, вызвала значительные вестибулярные расстройства, появившиеся еще задолго до повышения температуры.

В дальнейшем, на фоне делириозно-измененного сознания - оптическое головокружение и сценические галлюцинации с умножением и подвижностью образов.

Преобладание в картине банального инфекционного делирия вестибулярных изменений лишний раз подтверждает чувствительность вестибулярного аппарата к различным инфекциям и интоксикациям; особенно у вестибулярно-стигматизированных этот факт можно попытаться обяс-

нить тем, что инфекция нарушает физиологические соотношения в больших полушариях (тормозное состояние - важное условие для возникновения делирия) и тем самым способствует выявлению более низших функций центральной нервной системы; с другой стороны - непосредственным раздражением вестибулярного аппарата.

Изучением нервнопсихических изменений при гриппе много занимались немецкие исследователи. У Клейста, например, имеются указания на депрессивную окраску настроения гриппозных больных. Гельпах (*Gelpach*), говорит об астенических явлениях, понижении работоспособности, бессоннице, головных болях. А.И.Рейманович считает, что психические изменения при гриппе сводятся к общему угнетению, подавленности и напоминают изменения, наблюдаемые при брюшном тифе. Отмечены также состояния значительного затемнения сознания с последующим развитием делирия. А.И.Винокурова указывает на появление в связи с гриппом маниакальных и депрессивных синдромов.

Случай 3-й. Коля В. 10 лет.

Поступил 28/X-36г., выписан 19/1-37 г.

Переведен из областной соматической больницы. В анамнезе - наследственно не отягощен. Течение беременности и родов правильное. Рос здоровым и спокойным ребенком. В школу поступил 7 лет. Учится в настоящее время в 4-м классе. Неоднократно премирован за отличную учебу. До заболевания - послушный, добрый, впечатлительный мальчик. Хороший товарищ. Все свободное время проводил за чтением, проявлял большие техниче-

кие способности, в семье был общим любимцем.

25/IX-36г. заболел воспалением легких и был стационарирован. Заболевание протекало тяжело, с мозговыми явлениями. С середины ноября наступило улучшение, температура была нормальной. С 25/X появилось возбуждение, галлюцинации.

28/X доставлен в психиатрическую клинику.

При поступлении - недостаточная ориентировка в окружающем, вял, оглушен, на вопросы не отвечает. Сонлив.

Физ.статус: Атлетические черты в строении тела, плоскостопие, недостаточно упитан, общая бледность. В легких - жесткое дыхание, *Coz* - без особенностей.

Неврологически: Высокие сухожильные рефлексы с расширенной зоной, общая мраморность кожи, стойкий красный дермографизм.

29-2/XI. - Состояние вялости и сонливости сменяется периодами резкого психомоторного возбуждения.

В состоянии возбуждения кричит, требует немедленной выписки, высказывает бред преследования и отравления. Считает, что его отравили, что он находится в гробу, его близкие умерли, кругом - мертвецы. Больной находится в состоянии напряжения, на лице написан ужас, ожидание неизбежной катастрофы, пытается выброситься в окно и т.п.

3-5/XI. - Шизофреноподобные элементы в поведении, кататонические позы, лежит в постели с скрещенными на груди руками и закрыв один глаз, застывает с поднятой

рукой, гримасничает, вытягивает губы хоботком, принимает нелепые, вычурные позы. Галлюцинирует. Что-то шепчет, водит руками по одеялу, таинственно оглядывается по сторонам. Стереотипен в бредовых высказываниях.

7/XI. - Состояние резкого аффективного возбуждения, в течение часа дико кричал, требовал выпски, сбрасывал с себя одежду, рвал постельное белье, был агрессивен в отношении персонала. Бред воздействия и отравления: "Я в гробу, кругом могильщики, меня убивают, забирают всю кровь, мать стала чертом". "Все вы - могильщики, хотите меня отравить, убили отца, пусть я умру от голода и холода". Испытывает страх. Плачет.

Насильно уложенный в постель, кричит, что на него "валится огонь", натягивает на себя одеяло, прячет голову под подушку.

С 7/XI по 11/XI состояние без существенных перемен. Периоды возбуждения сменяются астеническим состоянием, растерянностью, сонливостью.

11/XI. - Вял, растерян, не контактирует. Почти все время спит.

С 13/XI по 16/XI вяловат, пассивен. Время проводит в коллективе. Начинает интересоваться жизнью отделения. Неполная амнезия острого периода болезни: "Что-то со мной случилось, кричал, боялся чертей, находило что-то, страшно было, всех бил, клеенку разорвал, думал, - убить хотите".

В дальнейшем, с укреплением физического состояния, на фоне правильного поведения отдельные аффективные вспышки и конфликты с детьми. Однажды, в состоянии

возбуждения, кричал, кусался, царапал себя, бился головой о стену.

Лабораторные данные: гемограмма - без особенностей. В моче изменений нет.

Плазмодии малярии в крови не найдены.

При выписке.- Хорошо поправился физически, прибыл в весе на $4\frac{1}{2}$ кг., спокойнее, выдержаннее.

Катамнез. - Вызван через $1\frac{1}{2}$ г. По словам отца после перенесенного заболевания мальчик изменился по характеру; стал грубым, драчливым, постоянно конфликтует с товарищами и близкими. Отказывается от посещения школы.

Заключение.- Таким образом, больной перенес тяжелую крупозную пневмонию с выраженными токсическими явлениями. После падения температуры у больного развивается психотическое состояние с шизофреноподобной симптоматикой и преобладанием галлюцинаторно-параноидных переживаний. Время появления психических изменений, несомненная связь его с инфекционным заболеванием, течение, исход и характер клинической картины говорит за экзогенную природу этого состояния.

Интерес данного случая заключается не только в своеобразной и атипичной клинической картине, но и в том, что после относительно доброкачественно протекавшего психоза, появились элементы психопатического поведения; длительность этих изменений дает основание говорить о более или менее стойких изменениях личности.

На затяжной характер экзогенных психозов, иногда с неблагоприятным исходом указывает Клейст, Крепелин, И.Г.Равкин и др. ~~Экзогенная природа психозов, возникающих~~

Случай № 4. Павлик К. 15 лет.

Поступил 24/X-40г., выписан 19/XI-40г.

Анамнез со слов брата. Наследственно не отягощен. Развивался, повидимому, правильно. До настоящего заболевания ничем не болел, хотя за последнее время изредка чувство недомогания, приступы головокружения. По характеру тихий, сензитивный, обидчивый.

Заболел 20/X, из-за головной боли вынужден был уйти из школы. Плохо спал. 22/X почти совсем не спал, болела голова, перед глазами все кружилось, "кружился вместе с кроватью". Окружающие предметы казались увеличенными в размерах и далеко отстоящими. На следующий день с постели не встал^{ва}, не мог говорить "из-за слабости". Комната и днем казалась необычной, "раздвинутой". Смутно помнит, что братом был доставлен в детполиклинику. Плохо понимал, что делается вокруг, куда везут, все было "неясно".

Со слов родных, с 20/X перестал спать, не отвечал на вопросы, почти полностью отказывался от приема пищи, боясь отравы, подолгу просиживал в одной позе.

При поступлении: Спокоен, заторможен, несколько растерян. С трудом осмысливает вопросы.

Физический статус: Атлетические черты в строении тела, несколько диспластичен, геникомастия, бледен, слегка пастозен, желтушность склер.

Внутренние органы - без изменений.

Неврологически: Толчкообразный нистагм, болезненность при пальпации над и подглазничной ветви тройничного нерва, резко выраженная слеза, *phrenicus*-феномен слеза

22-27/X. Оглушен, малоподвижен, с отсутствующим взглядом часами застывает в одних позах. Вало реагирует на обращение. Плохо спит.

28-30/X. То же состояние. Заявил, что не может говорить, так как "нет мыслей".

31/X. Активнее, живее. Сообщил о себе анамнестические сведения. О своем поведении в первые дни пребывания в клинике помнит не отчетливо. "Как в тумане".

Начиная с 1/XI поведение правильное, общительный, активный, любознательный. Правильно оценивает ситуацию.

19/XI. Выписан самостоятельно без признаков психоза с диагнозом Э.Т.Р.

Лабораторные исследования.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ:

Дата исследования.	Гемогл.	Эритр.	Гу	Лейкоц.	Эозин.	Палоч.	Сегм.	Лимф.	Моноц.	Влет. Тюрка	Роз.
24/XI	75%	4340000	0,8	12000	0,5%	6%	68%	21%	-%	1%	33

При рентгеновскопии грудной клетки изменений не найдено. Через 5 дней поступает повторно.

Снова не спит, тревожен, испытывает страх, галлюцинирует, высказывает бред отравления.

26/XI. Температура 37.5°. Несколько оглушен, растерян, в то же время тревожен. Отвечает с видимым затруднением, односложно. Повидимому, недостаточно ориентирован во времени. Бред отравления. Внутренние органы - без изменений.

27-28/XI. Температура - 37.4° - 37.1°. Не встает с постели, изредка стонет. Контакт с больным затруднен,

шепотная речь. Ест с принуждением.

29/XI - Температура $38,2^{\circ}$ - $36,5^{\circ}$. Заторможен, растерян, испытывает страх, не ест. Спит с сновидениями.

В крови обнаружены плазмодии малярии.

30/XI. Температура $38,5^{\circ}$ - 37° . Похудел, осунулся, легкая общая желтушность. Заторможен, мутичен, с ужасом отказывается от приема пищи и лекарств.

1-3/XII. Также заторможен, растерян, страхи, тревожно озирается по сторонам, что-то шепчет. Бредоподобные идеи. "Отравить хотите, забрали всю кровь, погубите".

4-7/XII. Заторможен, несколько подавлен, на лице выражение растерянности и тревоги. Подозрительно осматривается.

9-10/XII. Астенизирован. Устанавливает контакт с врачом. Эмоционально и адекватно реагирует на окружающее. Быстро утомляется. Много спит.

12-18/XII. Поведение правильное. Спокоен, сознателен, несколько вяловат. С полной критикой относится к перенесенному заболеванию, смущенно и неохотно сообщает подробности заболевания. "Все боялся, виделось не так как есть". В дальнейшем - без признаков психоза. Детски "дурашлив" и шаловлив.

Выписывается самостоятельно. Хорошо поправился физически.

Терапия. Противомаларийное лечение, инъекции мышьяка, снотворные, ванны.

У детей малярийные психозы очень редки и проявляются чаще в виде коматозно-сопорозных или делириозных состояний. С.С. Перская считает, что клинические картины малярийных психозов у детей весьма разнообразны и находятся в связи с формой течения малярии, интенсивностью и стадией заболевания.

Отрицая специфичность клинической картины малярийных психозов, многие авторы признают известную типичность ее: появление психотического состояния в форме лихорадочного эквивалента, эпизодические психические расстройства в виде кратковременных изменений сознания, резко выраженный аффект страха.

Г.И. Плессе приходит к выводу, что при малярийных психозах типична клиническая картина в целом, как в ее статике, так и особенно в динамике. К особенностям психопатологической картины им относятся периодичность наступления кратковременных делириозных состояний, эмоциональная гиперпатия, приступы страха с бредовыми идеями преследования, своеобразные депрессии на фоне астении, развитие неврастеноподобных состояний задолго до психотической вспышки, интермиттирующее течение, общесоматические симптомы.

Особняком стоит последний случай, отнесенный нами также к группе с делириозным синдромом.

Клинике Э.Т.Р. в связи с острыми отравлениями в детском возрасте по понятным причинам крайне недостаточно изучена, т.к. во-первых, эти заболевания вообще не часты; во-вторых, очень редко попадают под наблюдение психиатра. Большой интерес представляет наблюдаемый нами случай.

Случай 5-й. Нина П. 8 лет.

Поступила 2/VI-38г. Выписана 15/VII-38г.

В наследственности: по линии матери, - случай душевного заболевания, эпилепсия, тяжелый алкоголизм, эпилептоидные личности; отец - взрывчатый, эксплозивный, злой, не выносив и алкоголя.

Дед по матери - в молодости "крутой и лютый" по характеру, зверски избивал жену, запирали ее в сарай, связывал, оставлял сутками без пищи. После смерти жены, ~~наступившем~~ ~~дослужившемся~~, стал проявлять чрезмерную набожность, "маялся в своих грехах" и т.п.

Личное прошлое: Тяжелые роды, искусственное вскармливание, росла болезненным и слабым ребенком. В 2 года - ветрянка и скарлатина. Упрямая, злая, своевольная. 30 мая после выпитой браги (несколько стаканов, до этого не пила), вскоре же - легкое гипоманиакальное состояние, с трудом уложена в постель. Ночь спала хорошо. Утром - тяжелый эпилептиформный припадок. Днем вела себя странно, испытывала страх, видела летающих "кукольных людей"; говорила, что кругом натянута проволока. Ночь почти не спала. На другой день вяла, на вопросы не отвечала.

Близь к истинической конституция, рахитические изменения костяка, куриная грудь, широкое переносье, редкие зубы.

Неврологически: легкий тремор век и пальцев. Хриплый голос. Дефектная речь.

Вяловата, растеряна, с детьми не контактирует, на вопросы не отвечает. Часами просиживает в одной позе, боязливо поглядывая по сторонам.

2-4/VI. Поведение правильное, незаметна, инфантильна, интеллектуальное развитие несколько задержано. Не знает своего возраста, адреса, имени матери. Путем наводящих вопросов с трудом удалось установить, что у девочки после выпитой браги "закружилась голова", "чудиться стало, дяденьки через меня перепрыгивали, проволока".

5-10/VI. Живее, общительнее, вполне адекватна. Эпизодические черты характера. 15/VI выписана домой в состоянии психического здоровья.

Заключение. Больная поступила с указанием на алкогольную интоксикацию.

После приема браги - легкое гипоманиакальное состояние и через несколько часов эпилептиформный припадок. В дальнейшем развивается abortивное делириозное состояние, не сопровождаемое переживаниями страха.

Появление эпилептиформного припадка является по всей вероятности следствием острого отравления, могущего возникнуть и без соответствующего предрасположения, учитывая повышенную готовность детского мозга к судорожным реакциям.

Но в данном случае у больной с некоторым предрасположением к эпилепсии (эпилептическая и эпилептоидная наследственность, характерологические особенности), экзогенная вредность, как "специфически" провоцирующий момент, могла выявить конституционально-слабые механизмы.

На последнем случае, также отнесенном нами к группе с делириозным состоянием, подробно останавливаться не будем.

Интерес этого случая заключается в том, что больной в раннем детстве перенес отравление спорыньей и в 15-летнем возрасте, во время гриппозной бронхопневмонии, дал отчетливый делириозный синдром с выраженным чувством страха, сложными зрительными иллюзорно-галлюцинаторными переживаниями характера сцен и состоянием продолжительного оглушения и сонливости - перед выздоровлением.

Интерпретация этого случая сводится к следующему. Как известно, появление психотических состояний после незначительных, легко протекающих инфекций, развитие симптоматической эпилепсии в связи с ничтожной травмой черепа дает основание предполагать в ряде случаев нажитую "симптоматическую лабильность". Как известно, подобного рода больные часто на ничтожную по своей силе и интенсивности вредность отвечают тяжелыми экзогенными психозами.

В данном случае состояние симптоматической лабильности могло возникнуть в результате эрготинного от-

равления, бывшего в детстве. Анамнез подтвердил наше предположение. Через несколько месяцев больной поступил повторно с сумеречным состоянием сознания, повторившемся и перед предполагаемой выпиской. Никаких экзогенных причин для наступления этих состояний мы найти не могли, но при более тщательном исследовании обнаружили ряд тонких дисцефалических нарушений, связанных, повидимому, с перенесенным в детстве отравлением спорыньей.

Отличительной особенностью делириозных состояний в наших случаях является примитивность психопатологической картины с элементарными зрительными иллюзорно-галлюцинаторными образованиями.

В двух случаях отмечено появление психических изменений еще до установления соматических признаков болезни: гипоманиакальное состояние в одном случае гриппа, значительные вестибулярные расстройства в другом с оптическим головокружением и своеобразными картинными галлюцинациями, усиливающимися при наклонном положении тела.

Указанные изменения можно расценивать, как одно из первых проявлений токсического действия инфекции.

На высоте болезни во всех случаях наблюдалось помрачение сознания, выраженное в различной степени, начиная от оглушенности до сновидноизмененного сознания с неформальными, элементарными иллюзорно-галлюцинаторными переживаниями, комплексностью и сценичностью их в более старшем возрасте.

В одном случае, на фоне оглушенности возникали периоды значительного психомоторного возбуждения с яркими галлюцинаторными переживаниями катастрофы, повидимому, вторичным развитием бредовых установок и шизофреноподобной симптоматикой в дальнейшем. (Кататонические позы, стереотипии, манерность).

Недифференцированное чувство страха, непосредственность и лабильность эмоциональной жизни детей при наличии расстройства восприятия находят свое отражение и в поведении больных. Эти соотношения особенно демонстративны на детском материале.

Во всех случаях за психотическим периодом следовало состояние сонливости. Больные спали сутками. В дальнейшем, выздоровлению предшествовали кратковременные состояния постинфекционной астении с отдельными психопатическими чертами в одном случае.

Большинство наших случаев (5 из 6-ти) стилизуется доброкачественностью и абортивностью течения, отсутствием тягостения в анамнезе как со стороны наследственности, так и в личном прошлом.

Довольно характерным является отношение детей к своей болезни. Недостаточная критика к своим переживаниям и ощущениям, малая дифференциация их вызывает у детей своеобразную защитную реакцию. В отличие от взрослых, дети весьма неохотно вспоминают о своих переживаниях и уклоняются от беседы на эту тему.

Переходим к группе с АМЕНТИВНЫМ СИНДРОМОМ.

Случай 6-й. Коля В. 9 лет

Поступил 2/IV-38г. Выписан 1/V-38г.

Доставлен из детского отделения терапевтической больницы УЗГМ с диагнозом инфекционного психоза.

Данные анамнеза: тяжелый алкоголизм по линии отца, мать - инфантильно-грацильная, неустойчивая, внушаемая, мнительная, с склонностью к примитивным реакциям. Отец умер от туберкулеза легких. Раннее психофизическое развитие с легкой задержкой. Рос слабым и болезненным ребенком, с 6 лет состоит на учете в туберкулезном диспансере. Посещал детский сад для детей с туберкулезной интоксикацией. По характеру тихий, скромный и застенчивый мальчик. Учится в I кл., отличник по учебе и поведению. Будучи в санатории, заболел крупозным воспалением легких и доставлен в больницу. Психически болен с 25 марта.

При поступлении температура нормальная. Спутан, дезориентирован в окружающем и собственной личности. Осмысление затруднено.

Физ.статус: Пониженное питание, общая бледность, лимфаденит. В легких - единичные сухие хрипы.

Неврологически - правосторонняя анизокория, в остальном без изменений.

2-10/IV. - Спутан, растерян. Недежное, однотонное поведение; персеверации, стереотипии, автоматизмы, кататонические позы. Больной часами громко плачет, однообразно повторяя одни и те же слова в различных

вариациях. Плач внезапно сменяется автоматическим повторением одной и той же музыкальной фразы. Больной в одних и тех же выражениях и с одинаковой интонацией часами поет один и тот же отрывок. Иногда посредине фразы внезапно останавливается, некоторое время стоит с раскрытым ртом и растерянным выражением лица и начинает снова плакать.

Галлюцинации выявить не удается. Ест много и жадно. Залезает своей ложкой в чужие тарелки, хватается палу руками, пытается есть конфеты в бумажках и т.д.

II-23/IV. Состояние без особых изменений. Попрежнему спутан, растерян, несколько тревожен. Не узнает никого из близких. Целыми днями плачет. Иногда прекратить плач удается напоминанием об еде или фиксацией внимания на каком-либо предмете. В последние дни удается получить правильные ответы на ряд элементарных вопросов о возрасте и т.п. Говорит незаконченными фразами.

Физически хорошо поправился. Прожорлив. Сон достаточный.

23-27/IV. Оглушен, вял, растерян, крайне астенизирован. Самостоятельно ни с кем в контакт не вступает. На вопросы отвечает правильно, но односложно и неохотно, быстро утомляется. Полная амнезия острого периода болезни. Много спит.

28/IV. Поведение правильное. Вял, пассивен, ничем не интересуется. По желанию матери выписан домой с явлениями постинфекционной астении.

Лабораторные данные.

ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ:

Дата иссле- дован.	Гемог. в %.	Эритроц. в т.	Цвет. показ.	Лейкоц.	Эозиноф.	Юн.	Палочк.	Сегмент.	Лимф.	Моноц.
13/IV- 38г.	68	425000	0.8	3400	1,5%	1%	7	50	31%	9,5%
20/IV	85	4810000	0.8	6600	1,5%	1%	10,5	50%	32%	5%

Катамнез: Вскоре после выписки направлен в санаторий для нервных детей. Выписан из санатория в хорошем состоянии. В конце 1938 г. приступ шизофрении. В настоящее время психически здоров. Учится в школе.

Заключение. В анамнезе - туберкулез в наследственности, легкая задержка психофизического развития, тяжелая туберкулезная интоксикация. В апреле 1938 г. - крупозная пневмония и в периоде падения температуры психотическое состояние в форме аментивного синдрома.

Для клинической картины характерно состояние астении, полная дезориентация, стойкая растерянность и крайняя бедность ассоциаций. Иными словами, - состояние спутанности без галлюцинаторных переживаний.

Несмотря на то, что мальчик в дальнейшем дал психотическую вспышку, повидимому, шизофренического характера, мы не имели никаких оснований для того, чтобы пересмотреть диагностику. Однако, тот факт, что ребенок, перенесший Э.Т.Р. в форме аментивного

синдрома, в дальнейшем через некоторое время дал шизофреническую вспышку, разумеется, нельзя игнорировать.

Особенности этого случая несколько напоминают течение "астенической аменции" (О.В.Кербиков). Большинство авторов приходит к заключению, что делирий развивается на высоте заболевания и нередко до повышения температуры. Возникновение амен^тивного синдрома наблюдается обычно в периоде падения температуры, т.е. в стадии нарастания психической астении и общего истощения.

Крепелин считает, что в основе аменции лежат более длительные и медленно протекающие изменения.

В списке инфекций, могущих вызвать психотические явления, туберкулез по Крепелину занимает одно из последних мест.

В литературе встречаются единичные указания на появление психотических состояний, связанных с туберкулезом. В.Б.Макаров на материале 14 случаев психозов при туберкулезе выделяет следующие клинические формы.

- 1) Психозы, преимущественно воспалительного происхождения (менингиты, энцефалиты, поражение сосудов).
- 2) Психозы, сочетанного воспалительно-токсического происхождения или псевдо-паралитические.
- 3) Психозы, преимущественно токсического происхождения.
- 4) Переходные формы.

А.И.Златоверовым описано делириозное состояние в случае туберкулезного менингита с аутопсией. (Сновидность галлюцинация автором связывается с разрушением мозгового ствола).

Е.А.Осипова классифицирует изменения при туберкулезной интоксикации у детей, как явления раздражительной слабости нервной системы - неврастенический синдром.

Приводим случай инфекционного психоза в связи с туберкулезной интоксикацией.

Случай 7-й. Миша М. 12 лет.

Поступил 13/Х-36г. Выписан 19/ХП-36г.

Доставлен каретой скорой помощи из детской больницы. При поступлении температура нормальная.

- Данные анамнеза: - Со стороны наследственности - алкоголизм, случай душевного заболевания. Личное прошлое: при рождении ребенка матери 45 лет, отцу - 48 л. Течение беременности и родов очень тяжелое. Асфиксия. В грудном возрасте - здоровый и спокойный ребенок. Развивался своевременно.

С дошкольного возраста - болезненный, крупный мальчик, мягкий, исполнительный и послушный по характеру. В школу поступил с опозданием, ввиду болезни. Учится во II кл. В школе считается одним из самых примерных учеников. 9 лет перенес какое-то заболевание, сопровождающееся отеками и диагностированное, как воспаление почек. В течение лета 1936 г. страдал тяжелым энтероколитом. С сентября 1936 г. снова появились отеки на нижних конечностях, выраженные больше справа.

Госпитализирован. С 9 октября - речевое возбуждение обильные галлюцинации, бессоница. Два дня почти не спал.

По физ-развитию отстает от возраста, резко истощен, сухая морщинистая кожа, видимые слизистые - бледные. Увеличены лимфатические железы, особенно подчелюстные. В легких - застойные явления, живот вздут, при пальпации несколько болезненен.

Неврологически: резко повышена мышечная возбудимость.

Психический статус. С 13/Х по 17/Х - спутан, полностью дезориентирован, нестойкие галлюцинации. Несколько ажитирован, гримасничает, свистит, смеется, легкая гиперемия лица. Лихорадочный блеск глаз. Двигательное и речевое возбуждение. Безостановочно ходит по отделению, главным образом вдоль стен, обходя препятствия, иногда импульсивно пытается бежать. Речь бессвязная, по типу астенической ассоциативной атаксии. Часами персеверировует, автоматически раскладывая слова на составные части, некоторые слова рифмует. Например: "Помидорн, дорн, орн, картошка, тошка, пульташка; сито коко в решете" и т.п. Иногда включает в речь отдельные слова, произносимые окружающими и повторяет их.

Осмотру пассивно подчиняется, выполняет иногда ряд элементарных требований. Спит с сновидениями.

17-20/Х - Состояние астенического возбуждения, беспокоеен, плачет, спонтанная речь в виде бессвязного набора слов. Спит плохо. Аппетит достаточный.

21/X.- Снова значительное двигательное и речевое возбуждение на фоне глубоко расстроенного сознания. Благодушное выражение лица.

22-23/X.- Спокойнее. Лежит в постели, изредка, пытаясь приподняться, время от времени стонет. Аппетит хороший. Усиленная жажда.

24-26/X.- Оглушен. Часами неподвижно сидит в одной позе, не отвечая на вопросы. Пассивно выполняет инструкции персонала. Сон удовлетворительный.

27/X.- Спал почти сутки.

28/X.- Легкое оглушение. Вяловат, пассивен; правильно, но односложно отвечает на вопросы. Астенизирован. Легко устает. Частичная амнезия. О своих болезненных переживаниях рассказывает неохотно, смущается.

"Болезнь поносом, потом припадки стали, стал я без ума, чудилось что-то страшное, ходил и кричал, война чудилась, убивал людей, море кругом, страшно"

В дальнейшем - поведение правильное, спокоен, сдержан, молчалив. С интересом наблюдает за больными, в коллективных играх активного участия не принимает. Температура все время нормальная.

3/XI.- Утром - температура $37,2^{\circ}$, вечером - $39,5^{\circ}$. Сознание расстроено, галлюцинирует; речевое и двигательное возбуждение, агрессивные действия, автоматизмы.

9-13/XI.- Субфебрильная температура. Сознание неясное. Моторно относительно спокоен. Видимо галлюцинирует: "боясь, змея здесь". На вопросы отвечает вопросом спрашивающего. Сиделку принимает за мать.

Спит плохо. Аппетит недостаточный.

Живот резко вздут, болезнен при пальпации, особенно в области селезенки.

13-15/XI. — Температура нормальная. Оглушен, вял, уклоняется от беседы, отвечая с видимым усилием и односложно. Значительно потерял в весе.

Начиная с 19 числа, вполне адекватен в поведении, спокоен, приветлив, крайне сензитивен. Просит о выписке, выражая опасения о возможности оставления на второй год.

О периоде болезни и во второй раз сохранились довольно отчетливые воспоминания: "Было страшно, война, все дрались, везде огонь".

Несмотря на хороший аппетит, физически не поправляется, в весе не прибывает, изредка субфебрильная температура. Переведен в детскую клинику с подозрением на хроническую малярию.

Лабораторные исследования.

ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ:

Дата иссле- дован.	Гемогл. в %	Эритроц.	Цвет. показ.	Лейкоцит. в г.	Эозиноф.	Нейтрофил.				
						Юн.	Палочк.	Сегм.	Лимф.	Моноц.
16/XI - 38г. На высоте болезни	50%	6770000	0.4	4600	3%	1%	10%	44%	42	1
27/XI В состоянии ремиссии	55%	4260000	0.7	5100	3%	1%	10%	46%	36	4
8/XI В начале второго приступа.	65%	4880000	0.7	6800	4%	2%	6%	43%	36	9%
10/XII При выписке.	60%	4400000	0.7	7200	1%	0,5%	5%	49%	38%	6,5

Плазмодии малярии при многократном исследовании не обнаружены.

Реакция Райта - отрицательная.

Анамнез. - В детской больнице установлен туберкулезный лимфаденит. В настоящее время мальчик здоров.

Заключение. - Больной с раннего детства отличался физической слабостью и болезненностью. Летом 1936 г. после длительного кишечного заболевания поступил в больницу по поводу отеков нижних конечностей.

Психическое состояние развивается на фоне резкого физического истощения и нарастающего токсикоза: глубоко измененное сознание, речевое возбуждение, галлюцинаторные переживания устрашающего характера и своеобразная легкая ажитация.

К особенностям этого случая относятся гипоманиакальный оттенок настроения^{х)} и рецидивирующее течение болезни. Последнее несомненно находится в связи с закономерностями течения основного заболевания, вызывающего повторную интоксикацию всего организма и в том числе нервной системы.

Аментивно-подобное состояние, развившееся вторично, отличается более легким и кратковременным течением и большей отчетливостью галлюцинаторных переживаний. Состояние оглушения и сонливости, наблюдаемые в конце заболевания, можно рассматривать как исход экзогенной реакции, переходную ступень от расстройства сознания к нормальному состоянию.

х) Следует указать на отмеченные в литературе состояния легкой эйфории, развивающиеся нередко при туберкулезе легких.

Случай 8. Алеша З. 15 л.

Поступил 10/III-37г., выписан 19/У-37г.

Доставлен каретой скорой помощи из городской терапевтической больницы.

Данные анамнеза: сведений о раннем психофизическом развитии нет. Из письма брата выяснилось, что больной до 1934 года жил в деревне, быв. Сарапульского округа, где были случаи отравления спорыньей. В семье у больного выраженных случаев отравления не было. В 1934 г. у больного наблюдалось два эпилептиформных припадков. С 1934 года был здоров. С конца 1936 г., после окончания ФЗУ, работает в деревне в колхозном комбинате.

Со слов соседей по общежитию известно, что больной в день заболевания жаловался на плохое самочувствие, чувство тревоги, плохой сон.

На другой день вел себя неправильно, совершал нелепые поступки, выворачивал карманы, залезал под кровать. На вопросы не отвечал. Каретой скорой помощи отвезен в терапевтическое отделение 3 горбольницы.

Из анамнеза со слов больного: "С 3 марта было недомогание, головные боли, иногда стягивало руки, появилось во мне какое-то беспокойство, во всем стал сомневаться, голова мутилась. 8-го марта вечером стянуло руки и ноги и больше ничего не помню".

При поступлении температура нормальная. По физическому развитию соответствует возрасту. Внутренние органы - без изменений.

Неврологически: Черепно-мозговые нервы без изменений, коленные сухожильные рефлексы не вызывают-

ся, патологических - нет. Повышена мышечная возбудимость. Очень резко выраженный с.Хвостека, Труссо, локтевой феномен Вектерева; болезненность по ходу нервных стволов.

Психический статус.- Доставлен связанным в состоянии резкого возбуждения. Сознание глубоко ра^сстроено. Дезориентирован в месте и времени. В собственной личности ориентировка частично сохранена. Правильно ответил на ряд вопросов, назвал свое имя, фамилию, возраст. Агрессивен в отношении окружающих. Нецензурно ругается, набрасывается на нянь, с трудом удерживается в постели двумя санитарками.

На внутривенное введение 10% хлористого кальция реагировал замедлением пульса до 32'. Сделана инъекция 0.3 куб.см. адреналина. Жидкий стул. Рвота.

12-15/III. Дезориентирован. Расстройство синтетических функций и последовательности мышления.

Яркие галлюцинации без спутанности. Видит на полу чертей: "зеленых, маленьких". Галлюцинаторными переживаниями, повидимому, обусловлены отдельные кататонические проявления.

Застывает в одной позе, слегка приподняв голову с подушки и расставив руки в стороны, неподвижно-выжидающе смотрит в одну точку.

Бред двойника. Называет правильно свое имя и фамилию и в то же время спрашивает, кто он такой и как его зовут. Называет Зелениным и себя и врача одновременно. Заявил, что на улице Сакко и Ванцетти (его адрес) живет Зеленин Алексей и я". Тут же при этом поясняет: "Спу-

тался я, не знаю, где я, и - Зеленин и еще один Зеленин"

Беспокоен в пределах кровати. Состояния речевого возбуждения сменяются астеническим состоянием, часами горько плачет, просит прощения.

Спит тревожно. Аппетит плохой. Редкие болезненные судороги, "рука акушера".

15-17/III. - Неясное сознание. Не ориентирован во времени. На вопрос о месте пребывания неуверенно ответил: "Кажется в больнице". Слабость синтетических функций. Переживания двойника. Спрашивает у всех входящих в палату, где находится Алеша Зеленин. Врача продолжает называть Зелениным.

18/III. Оглушен, растерян, тревожен, плачет. На астеническом фоне вкраплены бредо-подобные идеи отравления. "Рука акушера. С.Хвостена слабее.

19/III. Почти все время спит.

Начиная с 20 числа, полностью ориентируется в себе и окружающем. Приветлив, мягок, общителен. Полная амнезия периода болезни.

Выписан без признаков психоза.

Лабораторные данные: В лейкоцитарной формуле - некоторая лимфопения, умеренный анизоцитоз.

Кальций в крови - 9 мг. %

" в ликворе 7.2 мг. %

При поступлении произведена пункция. Спинно-мозговая жидкость без изменений.

Терапия. Постельный режим, внутривенные вливания 10% *Calc. chlor.* продолжительные ванны при температуре 36-39°C 2 раза в день, малые дозы лямблия.

Заключение. В анамнезе имеются косвенные указания на возможность отравления спорыньей. В 1934 г. два эпилептиформных припадков. В дальнейшем - был здоров. Перед заболеванием - головные боли, чувство Тревоги и беспокойства, непродолжительные тетанические судороги.

При поступлении - аментивноподобный синдром; возбуждение и галлюцинаторные переживания двойника, проходящие красной нитью через всю клиническую картину, тетанические судороги, резко повышенная мышечная возбудимость, понижение содержания кальция в крови и повышение в ликворе. (По данным нашей лаборатории норма кальция в крови при исследовании по методике де-Ваахда 10-12 мг %, в ликворе 5.6-6.2 и %).

Через несколько дней - астеническое состояние, на фоне которого уявляющаяся симптоматика острого периода болезни и редкие болезненные судороги (ближе к "корчам").

На десятый день поступления - ясное сознание и полная амнезия психотического периода.

На основании анамнеза, клинической картины, течения и начала заболевания по времени года - следует думать об экзогенном типе реакции и форме аментивно-подобного синдрома, этиологически связанного с рецидивом эрготинной корчи, хотя, по видимому, без повторной эрготинной интоксикации (рецидивирующая форма эрготизма по А.Ю.Вьясновскому). Судя по объективному состоянию, в частности, отсутствию сухожильных рефлексов на ногах (эрготинный псевдо-табес), это отравление безусловно имело место.

Клиника эргодических психозов довольно широко изучена на Урале, в связи с токсидемией эргодизма в 1926/27 г.г. и отдельными спорадическими случаями в 1931/32 году (И.В.Лысаковский, Е.Д.Сморodinцева, А.Ю.Вьясновский и др.).

В своей монографии "Эргодизм" А.Ю.Вьясновский приходит к выводу, что эргодизм является хроническим заболеванием с характером органического процесса.

Нельзя не отметить вывода, сделанного всеми без исключения авторами, что несмотря на разнообразие клинических форм эргодических психозов, они имеют нечто общее. Всех их характеризует единое начало и течение, постоянство неврологической симптоматики в форме "тетаноподобного" синдрома, идущего с угасанием сухожильных рефлексов (псевдотабес) и нередко даже нарастающей дементностью.

Резюмируем описанные выше наблюдения по группе с аментивным синдромом.

В двух случаях из трех мы имеем указания в анамнезе на отягощенную наследственность и ряд неблагоприятных моментов в личном прошлом; в частности, соматическую неполноценность, приобретенную после тяжелых инфекций и туберкулезной интоксикации.

Больные доставлены из соматической больницы в состоянии глубоко помраченного сознания, дезориентированными в собственной личности и окружающей обстановке, с разорванностью мышления, яркими галлюцинаторными переживаниями, бредом ^{омы} двойника в одном случае и шизофреноподобной симптоматикой в другом.

В первом случае, отличающемся крайней бедностью психической продукции на фоне стойкой растерянности отмечались шизофреноподобные элементы в поведении, стереотипии и автоматизмы, нелепое одностороннее поведение с персеверациями.

В другом случае, аментивное состояние протекало с обилием галлюцинаторных образов, переживанием катастрофы, значительным расстройством ассоциативной деятельности, ускоренным течением ассоциаций с одной стороны и в то же время распадом их с другой. — Полная дезориентация, растерянность, суетливость демонстрируются как состояние спутанности, с отдельными эпизодически возникающими вспышками астенического возбуждения.

Общим для всех трех случаев следует считать явления астении, пронизывающие всю психопатологическую симптоматику.

Повидимому, аментивные состояния характеризуются более затяжным и литическим течением. Периоду выздоровления также предшествует состояние сонливости и своеобразного легкого оглушения. В двух случаях отмечено развитие постинфекционных астений.

Группа с атипичными формами Э.Т.Р.

Последние пять случаев относятся нами к группе с атипичными экзогенными реакциями.

Два из них связаны с острым суставным ревматизмом. После тяжелого суставного ревматизма, в одном из них, наблюдаемая клиническая картина полностью укладывается в гиперкинетический вариант двигательного

психоза по Клейсту, с последующим развитием постинфекционной астении.

Во втором случае, во время обострения суставного ревматизма — типичная шизофреническая симптоматика, державшаяся около двух недель; с исчезновением этой симптоматики в дальнейшем также астеническое состояние, как исходная стадия всякой экзогенной реакции.

К особенностям клинической картины при ревматизме ряд авторов относят острое начало с "боязливо депрессивным возбуждением" (Кнауэр) и элементами ступорозного состояния. У наших больных мы этих "особенностей" не отмечали.

У 3-го больного мы наблюдали шизоформный синдром в связи с хронической малярией.

У мальчика 15 лет, с восьмилетнего возраста страдающего малярией, перед поступлением в клинику — рецидив болезни с одновременным развитием психоза. В начале болезни — расстройство сознания близкое к сумеречному, шизоформная картина с преобладанием кататонической симптоматики в дальнейшем.

Вскоре же с установлением диагноза и соответствующим лечением выписан здоровым и с полной критикой к перенесенному заболеванию.

Правомерность выделения экзогенно вызванного шизоформного синдрома подтверждается рядом авторов. Бумке когда то вообще считал возможным понимать самое шизофрению как экзогенный тип реакции. Русские авторы, в частности, В.А.Гиляровский, А.И.Винокурова также выделяют экзогенно обусловлен-

ные шизоформные картины.

Разумеется этот синдром далеко не всегда является прямым следствием экзогенного фактора. Соотношения здесь еще более сложны.

В четвертом случае, у подростка 16 лет мы имели "двойную" этиологию: продолжительную вынужденную бессонницу, осложненную^н неясным инфекционным заболеванием, повидимому, гриппом. В клинической картине, наряду с остро развившимся аффектогенным параноидом, который, по данным нашей клиники, является весьма характерным для вынужденной бессонницы, мы имели речевое возбуждение и на отдельных фазах болезни довольно глубокое изменение сознания и слуховые галлюцинации.

Наконец, в пятом случае, у девочки 15 лет, в детстве перенесшей эрготинную интоксикацию с эпилептиформными припадками, мы наблюдали внезапно наступившее сумеречное состояние сознания, вслед за которым начал быстро прогрессировать дементирующий процесс, этиопатогенетически, несомненно, связанный с отравлением спорыньей в анамнезе.

В ы в о д ы

1. Э.Т.Р. в детском возрасте чаще всего встречаются в виде делириозных и аментивных состояний.

2. Относительная бедность и элементарность психопатологической картины зависит, повидимому, от своеобразия детской психики. Этим, возможно, объясняется распространенность в детской психиатрической практике диагнозов "абортивный делирий", "аментивноподобный

синдром".

3. К особенностям клинической картины при Э.Т.Р. у детей надо отнести:

1) Явления общей астении, проходящие красной нитью через всю симптоматику в наших случаях.

2) Отсутствие слуховых галлюцинации, как более сложных и интимно связанных с расстройством мышления (речь - мышление).

3) Доброкачественность течения.

4. Отдельно следует отметить частоту шизофреноподобной симптоматики.

Отсутствие шизофренического отягощения в этих случаях, преморбидные особенности личности, соотношение отдельных симптомов внутри клинической картины и особенно их течение - говорит за экзогенную природу этой симптоматики.

5. Анализируя психопатологические картины при разных инфекциях, следует отметить идентичность содержания галлюцинаторных переживаний, независимо от структуры вредности (переживание катастрофы, пожара, наводнения и т.п.) и лабильность симптомов у одного и того же больного.

6. Недостаточное количество случаев лишает возможности проследить значение момента специфичности инфекции.

7. Большое значение, придаваемое функциям сна в клинике экзогенно-обусловленных психотических состояний, подтверждается и на нашем материале.

Отмеченные во всех наших случаях явления сонливости, следующие за острым состоянием, следует рассматривать, как необходимый промежуточный этап, предшествующий начинающемуся выздоровлению. (Защитная реакция мозга, "охранительное торможение").

8. И на нашем материале подтверждается давно уже известное положение, что делириозные состояния развиваются на высоте болезни, а иногда и до повышения температуры; аментивные же синдромы - в момент наибольшей астенизации, при увеличении значимости конституциональных моментов.

И в наших случаях мы имеем доброкачественность, abortивность течения делириозных синдромов и затяжной, длительный характер в течении аментивных состояний с последующим развитием пост-инфекционной астении.

Заканчивая главу об инфекционно-токсических психозах, позволим себе сделать несколько замечаний о роли третьего этиологического фактора Э.Т.Р.-травмы.

Условия, имеющие значение при появлении Э.Т.Р, с известными ограничениями приложимы и к механизму действия травмы. Сюда относятся: сила и темп действия травмы, в частности ее тяжесть, локализация, "системная локализация" по Клейсту, характер травмы, давность ее, биологическая предрасположенность.^{х)}

По понятным причинам острые, травматические психозы у детей в детской психиатрической практике также весьма редки.

х) Речь идет только о травмах, дающих явления сотрясения мозга, с быстрым и сильным приложением вредности. К наиболее типичным реакциям при травмах относятся амнестические расстройства.

У ДЕТЕЙ, с менее сложными патогенетическими связями, яснее представлено соотношение экзогенных и эндогенных факторов - не специфическая видовая реакция мозга с элементами компрессионного психоза на первом этапе и ведущая роль эндогенных моментов в развитии посттравматических изменений в некоторых случаях, в дальнейшем.

Не останавливаясь на обширной литературе по этому вопросу и несходящей с обсуждения проблемы взаимоотношения органического и функционального в патогенезе, экзогенного и эндогенного в этиологии и, наконец, физиогенного или психогенного в структуре клинической картины, напомним лишь о некоторых преимуществах изучения детского материала.

Г.Е.Сухаревой различают:

1. Психические изменения I стадии, наступающие непосредственно после травмы.
2. Протрагированная симптоматика - псевдоневростическое или энцефалоастеническое состояние.
3. Отдаленные, более или менее стойкие последствия травмы - своеобразные нарушения эмоциональности, психопатические изменения личности, явления интеллектуальной недостаточности по типу деменции и эпилептиформные состояния. К особенностям посттравматических изменений в детском возрасте

Г.Е.Сухарева относит большую редкость психотических расстройств, abortивность этих расстройств с весьма примитивной симптоматикой и преобладание вегетативно-соматических нарушений и судорожных реакций.

Во всех наших случаях X) было отмечено наступившее сразу же после травмы бессознательное состояние различной продолжительности. В некоторых случаях, после выхода из бессознательного состояния наблюдались явления некоторой оглушенности, вялости, замедления мыслительных процессов, растерянности: "Лежал, как пласт, на вопросы не отвечал, ничего не понимал, был вялым". "Все время беспокоился и плакал" и т.п. Подобные состояния продолжались от нескольких часов до нескольких дней.

И.Г.Равкин высказывает предположение, что наблюдаемые после травмы головы резко выраженные состояния апатии, отсутствие инициативы, спонтанности, легко истощаемое внимание, повышенную утомляемость следует рассматривать, как состояние хронического оглушения.

В литературе имеются указания на появление периодически наступающих расстройств сознания в связи с травмой.

Наступление этих расстройств связывается с нарушением области дна III-го желудочка (на энцефалограммах - гидроцефалия), т.е. той области, с которой связываются функции сна, ритма и которая имеет важнейшее значение для нормального функционирования нашего сознания.

Сумеречное состояние сознания наблюдалось нами в 3 случаях.

В одном из них ретроспективно удалось установить

X) 9 случаев прослежено в детском отделении психолечебницы и 17 амбулаторных.

непосредственно после травмы кратковременное сумеречное состояние сознания. "Была беспокойной, производила ряд нецелесообразных действий, сбрасывала подушки, постельное белье, ничего не понимала".

У двух больных эпизодические сумеречные состояния сознания были оценены как отдаленные последствия травмы черепа.

Кратко суммируем данные одной истории болезни.

У девочки 14 л, в пятилетнем возрасте - тяжелая травма черепа.

Заболела в 1940 г. после психогенной. Стационарирована в районную больницу, через неделю после поступления в которую в сумеречном состоянии сознания доставлена в психиатрическую клинику. Выписана спустя 2 недели здоровой. Вскоре же поступает повторно в состоянии тяжелого оглушения: резко заторможена, не реагирует на обращение, не ест. Через месяц повторяется аналогичное состояние. В настоящее время здорова.

При энцефалографии обнаружена внутренняя гидроцефалия.

Анализ амбулаторного материала показывает, что большой процент посещений связан с появлением так называемой протрагированной симптоматики, главным образом в виде состояния раздражительной слабости и различных вегетативно-соматических изменений; возникновение энуреза, усиление имеющегося, расстройства сна с ночными страхами и т.п.

Приводим коротко одну из историй болезни.

Случай 9-й. ФлегонтШ. 10 л.

Поступил 15/III, выписан 20/IV-37г.

Данные анамнеза: у матери органическое заболевание центральной нервной системы неясной этиологии. Родился в асфиксии. С грудного возраста - невропатические стигмы. Перенес 3 раза воспаление легких, свинной тиф 2 лет в легкой форме.

13 марта этого года ударился головой о батарею, в течении 3 часов - бессознательное состояние, рвота. После травмы изменился в поведении: вялый, апатичный, беспричинно плачет, плохо спит, устрашающие сновидения, головные боли; до болезни - живой, активный, жизнерадостный.

Физический статус: пониженное питание, общая бледность, двусторонний крипторхизм.

Неврологически: слабость конвергенции, псевдоромберг, высокие сухожильные рефлексы, повышенная мышечная возбудимость, резкий тремор век и пальцев, цианоз кистей, холодные и влажные конечности, стойкий красный дермографизм.

Первые дни пребывания в клинике - вял, заторможен, безразличен к окружающему, пассивен, апатичен. Произведена пункция. Вскоре же после пункции - живее, начинает интересоваться жизнью отделения.

Через 1½ недели от вялости не осталось следа, активный, контактный, любознательный, охотно занимается, принимает активное участие в подготовке к утреннику. Жалоб не высказывает.

Лабораторные данные: R_{1w} в крови и ликворе отрицательные, в ликворе - давление высокое, белковые реакции отрицательные, цитоз - 2, реакция Таката-Ара - небольшое помутнение через сутки, реакция Ланге - 1122211000.

Терапия: Пункция, гипертонический раствор глюкозы 30% внутривенно по 5 кубиков, ванны.

Заключение. Мальчик поступает через два дня после травмы головы. Непосредственно после травмы - бессознательное состояние и рвота. В дальнейшем - состояние легкого оглушения, вялость, апатия, ночные страхи. Это состояние можно рассматривать, как своеобразное состояние оглушенности, развивающееся, по мнению ряда авторов, после травмы.

В данном случае следует также еще отметить наличие отягочающих моментов в смысле преморбидных особенностей личности и благоприятности течения. Последнее несомненно связано с соответствующим терапевтическим воздействием, включая метод и психотерапии.

Наиболее демонстративными являются случаи, относимые к отдаленным последствиям травмы, с нарушением интеллектуальной деятельности и психопатическим развитием личности по типу стойких постинфекционных изменений характера.

На нашем материале мы наблюдали изменения интеллекта по "органическому" типу, различной степени гипомнестические расстройства, расстройства внимания, памяти, особенно функции запоминания. X)

X) У Крепелина имеются указания на посттравматические изменения интеллектуальной сферы с преобладанием расстройства памяти.

Особенностью этой категории больных является их легкое соскальзывание на истерические пути реагирования, примитивное "бегство в болезнь" при наличии конфликтных ситуаций, с элементами установочно-целевого поведения, развитие "истерических" черт характера, ситуационно обусловленных.

Приводим еще одну историю болезни.

Случай 10-й. Коля К. 14 л.

Поступил 8/1-38г. Выписан 21/1-38г.

Данные анамнеза: эпилептоидная наследственность по линии матери. До 3-х лет отклонений в психофизическом развитии не было. В три года - тяжелое сотрясение мозга. В течении 1½ недель после травмы был вялым, плохо воспринимал вопросы окружающих, ночами беспричинно плакал. Вскоре же появились хореоформные гиперкинезы, изменился характер. Живой и послушный мальчик постепенно стал превращаться в грубого, драчливого и раздражительного ребенка. В школе с 1-го класса представляет значительные затруднения в воспитательном отношении. Неоднократно исключался из школы. С конца 1935 г. обострение особенностей характера; постоянные конфликты в семье и в школе, резкие аффекты гнева при малейшем противоречии, побеги из дома, прогулы в школе. Появились затруднения в учебе, жаловался на плохую память, забывал школьные задания, оставлял учебники и т.п. Головные боли.

Атлет. Гиперкинезы хореоформного характера, слева

сглажена носогубная складка, высокие сухожильные рефлексы с расширенной зоной, глоточный рефлекс - *abs.*. Повышена мышечная возбудимость.

При поступлении - насторожен, угрюм, молчалив, уклоняется от занятий. В дальнейшем - психопатоподобное поведение. Головные боли, плохая память, легкая отвлекаемость.

В ликворе - повышенное давление, слабо положительная реакция Панахи, в остальном без изменений.

Заключение. В данном случае, у вполне здорового ребенка с эпилептоидной наследственностью, в трехлетнем возрасте - сотрясение мозга с рудиментарными проявлениями коммоционного психоза. После перенесенной травмы черепа изменение в поведении, появление "эпилептоидных" черт характера, изменение памяти и работоспособности.

Недооценка последствий сотрясения мозга вначале и фиксация на моменте "нервности" в дальнейшей, углубление конфликтного состояния в семье и в школе в связи с повышением требований - привели к патологическому развитию личности, по своим внешним признакам напоминающую эпилептоидную психопатию.

Изучение посттравматических состояний, ведущим в клинической картине которых является постепенная психопатизация личности, представляет особый интерес.

Поражение мозга в процессе становления личности ребенка, с недостаточно дифференцированными социальными

связями и слабо развитая тормозность коры, повидимому, определяют развитие этого синдрома.

Резкое обострение психопатических черт характера и, в более редких случаях, — появление их в причинной зависимости от ряда неблагоприятных внешних факторов, как-то: незначительная повторная травма, какая-либо инфекция, в некоторых случаях с менингеальными явлениями при этом, связано с неблагоприятной "почвой", которая в данном случае является своеобразным патогенетическим и патопластическим фактором. Для правильного понимания проблемы детской нервно-психической патологии изучение психопатических изменений личности в связи с травмой головы имеет большое теоретическое значение.

Вопросы своевременного медицинского вмешательства и правильного воспитательно-педагогического воздействия в целях профилактики патологического развития личности должны быть подняты на принципиальную высоту.

Глава 3-я

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ДЕТСКИХ И ОБЩИХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (корь, скарлатина, крупозная пневмония).

В настоящей главе приводятся наблюдения над нервно-психическим состоянием у детей при инфекциях, главным образом при кори и скарлатине, как специфических детских инфекциях.

Наряду с многочисленными работами, описывающими тяжелые психические изменения при различных вредностях,

в том числе и при инфекциях, почти не имеется указаний на более тонкие изменения в нервно-психической деятельности, иногда с трудом поддающихся клиническому исследованию.

Как известно, самой частой клинической формой реагирования на инфекции является делирий, как более активная реакция, свойственная здоровому мозгу. Многими авторами делириозные состояния рассматриваются как активные защитные реакции мозга. Особенно часто они наблюдаются в детском возрасте (Клейст, Оппенгейм, В.А.Гиляровский, А.А.Колтыпин и др.), представляя значительные индивидуальные различия и меняясь с возрастом и в связи с ранее перенесенными заболеваниями.

Частота делириозных синдромов у детей рядом авторов объясняется особенностями строения нервной системы, в частности "мобильностью" мезоглиального и ретикуло-эндотелиального аппарата.

Инициальные проявления со стороны нервно-психической сферы в начале действия экзогенной вредности описаны как энцефало-астеническая реакция, соответствующая эмоционально-гиперэстетическому синдрому Эвальда и Вонгеффера, и описанная первым как первоначальная стадия делирия. Наличие этого синдрома говорит за неглубокое поражение мозга и не специфическое истощение его. Большое значение при этом придается моменту возмоторной перевозбудимости, состоянию вегетативной нервной системы, конституциональным свойствам организма.

Типичная окраска этого синдрома заключается в непонятном для больных ощущении внутреннего беспокойства, тревожного самочувствия, пугливости, страха, поверхностности и неточности восприятий, недостаточной концентрации внимания, слабости запоминания, медлительности мыслительных процессов.

Все эти психические изменения являются следствием расстройства сознания, еще не достигшего большой интенсивности в начальной стадии интоксикации.

По Крепелину - первые проявления психического расстройства при делирии выражаются в общих неприятных ощущениях, чувстве тяжести в голове, общей гиперестезии и гиперестезии органов чувств, раздражительности, легкой беспокойстве, расстройстве сна с тревожными сновидениями.

По Влейлеру (*Weyler*) первым признаком начинающегося делирия нередко является чувство недовольства, часто сопровождающееся известным возбуждением, могущим предшествовать острой вспышке болезни.

Шлосман (*Schlossman*) также указывает на необыкновенную подвижность незадолго до заболевания, что является, по его мнению, показателем церебральной интоксикации.

В педиатрической литературе встречаются указания на обязательное вовлечение в той или иной степени центральной нервной системы в болезненный процесс при детских инфекциях.

Состоянию нервно-психической сферы придается особенно большое значение в отношении прогноза (Филатов, Шлосман).

Однако, если эти изменения недостаточно выражены, они не привлекают к себе должного внимания со стороны педиатров, не попадая обычно и в поле зрения детского психиатра и невропатолога.

Для изучения мягких нервно-психических изменений при инфекциях у детей мы динамически исследовали 25 больных скарлатиной и 10 - корью средней тяжести в детской инфекционной больнице в Москве в 1934 году и 10 случаев крупозной пневмонии в детской больнице Свердловска в 1937 г.

Под наблюдение брались все вновь поступающие дети в возрасте от 5 лет и выше с банальными формами заболеваний. Для кори возраст был снижен в виду редкости стационарирования коревых больных.

По возрастному принципу больные распределяются следующим образом:

5 - 6 лет и ниже	-	15 чел.
8 "	-	10 "
9 "	-	11 "
10 "	-	9 "

А. Нервно-психические изменения при скарлатине.

Для удобства изложения все случаи были разбиты на две группы. - Первая группа в семнадцать человек представляет собой вполне здоровых до заболевания скарлатиной детей, с относительно чистой наследственностью, без особых отклонений в личном анамнезе.

Во вторую группу вошло 8 человек с указаниями в анамнезе на отягощенную наследственность или приоб-

ретенную соматическую недостаточность. Здесь имелось в виду наличие туберкулезной интоксикации, соматического истощения в результате ряда перенесенных инфекций и наличие стигм т.н. невропатической конституции (у 5 чел.).

Приводим несколько выдержек из истории болезни больных I-й группы.

История болезни № II. Нина Ч. 8 лет.

Стационарирована на третий день заболевания. Чувство недомогания отмечалось родителями дня за два до начала болезни. Девочка жаловалась на головные боли, чувство слабости. Температура не измерялась.

За день до поступления в больницу, с утра была возбуждена, болтлива, беспорядочна в движениях; начиная какую-либо игру, тут же бросала ее и принималась за другую. Смеялась по ничтожному поводу, заражая своей необузданной веселостью окружающих. К вечеру появилась болезненность при глотании. Ночью при температуре 39.5° была рвота и явления желудочно-кишечного расстройства. Спала очень плохо, часто просыпалась. На следующий день температура продолжала оставаться высокой. Днем большую часть времени спала, на вопросы не отвечала, была безучастна к окружающему. От еды отказывалась. В таком состоянии была доставлена в больницу х)

Данные анамнеза. — Со стороны наследственности ничего патологического не отмечается.

х) При приведении историй болезни лабораторные данные и записи врача-педиатра опускаются. Приводится только общая оценка состояния.

Личное прошлое. От 1-ой беременности. Родилась в асфиксии. В течении суток не брала грудь. На грудном вскармливании находилась до года. В грудном возрасте физически крепкая, спокойная. Раннее развитие правильное. Жила в деревне до 7-ми летнего возраста. По характеру синтонного склада: всегда была общительной, веселой, жизнерадостной, послушной, исполнительной, ласковой.

Состояние при поступлении. Температура 37.9°. По заключению педиатра - состояние средней тяжести. По росту и весу соответствует своему возрасту. Атлетические черты в строении тела; удовлетворительного питания.

Психический статус.- Контакт с окружающими не нарушен. Вяла, апатична. Речь плохо модулированная, без эмоциональной окраски. Отвечает на вопросы с видимым трудом. Психически неустойчива. Плачет при обследовании, от шума в палате. Восприятия затруднены, замедлены. Внимание легко истощается. Повышенная утомляемость. На лице ясное утомление.

Сон плохой. Ночью часто просыпается. Аппетит резко понижен, "ничего не хочется есть".

Со стороны нервной системы: узкие зрачки. Нистагм при взгляде вправо. Живые сухожильные рефлексы. Белые дермографизмы.

17/IV. Температура 37.4°. Состояние средней тяжести. Вяла, жалуется на слабость и головокружение. "В голове мысли не приживаются". Аппетит, сон плохой. Неврологически без изменений.

20/IV. Общее состояние удовлетворительное. Аппетит хороший. Значительно живее, бодрее; хорошо контактирует, общительна. Живо интересуется окружающим: с увлечением рассказывает отдельные эпизоды из жизни отделения. Неврологически - без изменений. Начиная с 21/IV до дня выписки общее состояние хорошее, температура нормальна, прекрасное самочувствие.

В неврологическом статусе - нистагм глазных яблок; ко дню выписки - единичные нистагоидные ^Мподергивания установочного характера. Живые рефлексы, тремор век и вытянутых пальцев рук, красный дермографизм, медленно появляющийся. Выписана в хорошем состоянии.

Реазируя данные приведенной истории болезни, нужно отметить, что скарлатинозная инфекция у личности синтонного склада дала в первый день заболевания гипоманиакальное состояние, сменившееся явлениями угнетения нервной системы, клинически выразившись в форме вялости, сонливости. Наличие рвоты и желудочно-кишечных расстройств говорит за довольно сильную интоксикацию. В периоде падения температуры и в дальнейшем состоянии хорошее.

Со стороны нервной системы - в острой стадии отмечены нистагм, живые сухожильные рефлексы, резкий тремор век. Параллельно улучшению соматического состояния совершенно сгладились и нервно-психические явления, не оставив заметных следов.

Катамнез. Вызвана нами через 3 недели. Легкие явления постинфекционной астении, плаксивость, жалобы на мышечную слабость. В неврологическом статусе - не

резкий вегетативный синдром.^{х)} Через месяц со стороны нервно-психической деятельности — без изменений.

Случай К. 12. Валя И. 9 лет.

Заболела 9/IV. В день заболевания была очень возбуждена, много смеялась, бесцельно двигалась по комнате. К вечеру температура поднялась до 38.7°. Ночь спала спокойно.

Наследственность: со стороны матери — отягощение по линии патологии характера. Дед — тяжелый по характеру, нелюбим, скупой, замкнутый, угрюмый, придирчивый, мелочный, агрессивный. Мать — с психастеническими чертами характера, легко дающая невротические реакции. Отец страдает травматическим неврозом, дипсоман; возбудимый, раздражительный, вспыльчивый.

Личное прошлое. Беременность и роды — нормальные. Физическое и психическое развитие правильное. Перенесла корь 6 лет в тяжелой форме. Частые гриппы с осложнением на уши. Всегда была послушная, спокойная, исполнительная, застенчивая. В школу поступила 7 лет. Начиная со 2-й группы, считается одной из лучших учениц. Старательная, аккуратная до педантичности. В кругу близких настойчивая, общительная, эмотивная, легко ранимая, с выраженным стремлением к самоутверждению.

Статус при поступлении. — Температура 39.0, состояние средней тяжести. По строению тела астеник. Неврологически: зрачки средней величины. Единичные

х) Под вегетативным синдромом следует понимать совокупность симптомов, характеризующих состояние возбудимости вегетативной нервной системы. Сюда относятся: акроцианоз, стойкий разлитой дермографизм, живая игра вазомоторов, мраморность кожи, подглазницы.

нистагмоидные подергивания установочного характера. Легкое отклонение языка влево. Резкий тремор век, беспокойство пальцев рук, справа с.Хвостека.

Психический статус.- Ориентирована в окружающей обстановке. Вяла. Медлительна. Временами производит впечатление оглушенной.

Аффективный резонанс не нарушен, но для получения адекватной эмоциональной реакции требуется как бы преодоление некоторой аффективной "скованности". От беседы быстро устает, делая заметное усилие сосредоточиться.

15-19/II. Температура 38°. Состояние средней тяжести. Вяла. Жалуется, что "стала хуже запоминать, память стала хуже. Не могу даже запомнить, как вас зовут". Со слов девочки, в первый день заболевания ей казалось, что "режут маленькую Томку... какие-то дяденьки пришли...молодые...трое, они шли по полу... почти целую ночь шли, а она от них бежала". "Ничего не хотелось есть, все казалось горьким, чай какой-то горький, а хлеб кислый".

Нервная система: нистагм, быстро истощающиеся, повышенные сухожильные рефлексы с расширенной зоной, слева - клонусоид стопы. Вегетативный синдром. Сон и аппетит удовлетворительны.

21/II. Температура 37°. Состояние удовлетворительное. Живее, бодрее, интересуется окружающим, охотнее контактирует. Неврологически - без изменений.

С 26/II. Настроение хорошее. Спокойна. Сдержана. Временами оживлена. В нервной системе: нистагмоидные

подергивания глазных яблок, высокие рефлексы. Выписана в хорошем состоянии: в неврологическом статусе — установочный нистагм, вегетативный синдром.

В данном случае, у интравертированной по характеру девочки инфекция дебитировала состоянием возбуждения с последующим угнетением и вялостью. Имеются указания на расстройство сна, устрашающие сновидения. Со стороны нервной системы нистагмоиды, повышение сухожильных рефлексов, вегетативные явления; к выписке все явления сгладились.

Анамнез.— Чувствует себя хорошо. Продолжает учиться.

Для иллюстрации второй группы приводим следующие истории болезни.

Случай № 13. Сережа И. 9 лет

Поступил на второй день заболевания с температурой 38°. Был переведен в скарлатинозное отделение из хирургической клиники, в которую был помещен по поводу ушиба ноги.

В наследственности — тяжелый алкоголизм по обеим линиям.

Личное прошлое. От первой беременности. Родился в асфиксии. В грудном возрасте крикливый, беспокойный, плохо ел, тревожно спал, склонность к диспептическим расстройствам. Физически развивался правильно. Перенес корь 8 лет в тяжелой форме, 2 раза воспаление легких — в годовалом возрасте и в 5 лет, коклюш в 7 лет. По характеру тревожно-мнительный, застенчивый, неуверенный в себе, неинициативный, плаксивый.

Состояние при поступлении. — Температура 38°.

Состояние средней тяжести. Астеник, соматически истощен. Увеличены лимфатические железы. Неврологически — узкие зрачки. Слабость конвергенции справа. Язык слегка уклоняется вправо, живые сухожильные рефлексы, стойкий белый дермографизм, резкий двусторонний с. хвостика.

Психический статус. — Вял, заторможен, плаксив, страдальческое выражение лица. О своем состоянии рассказывает: "Вчера было страшно, чего приснится (плачет при этом), слышал голоса, которые что-то говорили, окликали. Когда был жар, чудилось, не могу вспомнить что; кричал, места не находил, как будто легко-легко было, а голова была как пустая". Мыслительные процессы замедлены. Соображает с трудом, быстро устает.

27-1/IV. Температура 38°. Состояние средней тяжести. Много ипохондрических жалоб. Вял, апатичен, "ничего не хочется". Повышенная чувствительность к внешним раздражителям. Плачет при вызывании рефлексов; жалуясь при этом на болезненные ощущения. "Раздражает, когда плячут маленькие дети, даже руки дрожат". Неспособен к незначительному интеллектуальному напряжению.

Неврологически. — Нистагмусы слева, высокие сухожильные рефлексы, миоклонические подергивания в мышцах лица, губ, крыльях носа, резкий Хвостек, резкий вегетативный синдром. Аппетит очень плохой. Нарушен ритм сна: вечером долго не засыпает, просыпается ночью, днем много спит.

I-4/IV. Состояние средней тяжести. Температура субфебрильная. Вял. Апатичен. Равнодушен к окружающему. Жалуются на ослабление памяти. Астенизирован: плачет, не услышав обращенного к нему вопроса.

Нервная система: нистагмические подергивания с обеих сторон, повышенные сухожильные рефлексы, слева легкий клонусид. Повышенная мышечная возбудимость, миоклонические подергивания. Аппетит лучше, сон плохой.

16-20/IV. Состояние удовлетворительное, температура субфебрильная. Живее. Начинает интересоваться жизнью отделения. Психическая гиперэстезия. Нистагм справа, высокие сухожильные рефлексы. Сон и аппетит удовлетворительны. Заболел дифтерией, переведен в смешанное отделение.

Заключение. В этом случае, у невропатичного мальчика, с психостеническими чертами характера, на высоте болезни - значительное угнетение, вялость, апатия и довольно отчетливая неврологическая симптоматика, идущая на убыль с улучшением соматического состояния. Наличие нистагмических подергиваний, повышение сухожильных рефлексов, клонусиды, миоклонические подергивания - позволяют думать о возможности легкого токсического энцефалита, вполне обратимого.

Случай № 14. Зина М. 8 лет.

Поступила в отделение на 2-й день заболевания с температурой 40° , в тяжелом состоянии. С 21/III гриппозные явления, головные боли, неприятные ощущения в различных частях тела, слабость, боли и ломота в

ногах. 25/III была возбуждена, болтлива, ночью - абортивный делирий. Температура 38.5° .

Анамнез. - В наследственности - истерия у матери. Беременность и роды нормальные. Раннее развитие, отклонений от нормы не представляет. В младенчестве очень криклива, беспокойна, плохо засыпала. Перенесла семь раз (?) воспаление легких, краснуху, коклюш, ветрянку.

Характерологически: реактивно-лабильная, общительная, неустойчивая, быстро все надоедает.

Состояние при поступлении. - По телосложению ближе к астеническому типу, недостаточно упитана, увеличены лимфатические железы.

Неврологически: зрачки средней ширины, слабость конвергенции, живые сухожильные рефлексы.

Психический статус. - Контактует хорошо несмотря на тяжесть заболевания. После коротких периодов забвения наступает речевое возбуждение. По нескольку раз повторяет одни и те же эпизоды из истории своего заболевания, проявляет заинтересованность к своему состоянию: "Утром вчера я спала, жар был, я все плакала, кричала.... Казалось, что меня режут... в глазах что-то страшное стоит... кажутся покойники... мертвяков было очень много, одетые, одни только мужчины... страшные... стояли, а потом как будто на меня двигались..., а потом стояли, молчали, заснуть не могла... Казалось, они тащат меня в могилку, а потом сразу пропали".

Быстро устаёт от разговора. Жалуются на головные боли. Сон и аппетит плохой.

29/III. Температура $39,6^{\circ}$. Состояние тяжелое. Вводилась противоскарлатинозная сыворотка. Вяловата.

9/IV. Состояние удовлетворительное, температура нормальная. Психически неустойчива, легко плачет, жалуется, что "памяти не стало". Временами сонливость. Спит плохо.

Начиная с 11/IV по 18/IV, температура колеблется от 39° до 40° . Несмотря на это — самочувствие вполне удовлетворительное.

Нервная система: справа нистаги, слева — единичные подергивания установочного характера. Сон и аппетит удовлетворительные.

С 22/IV температура нормальная. Жалуется на болезненность по ходу нервных стволов, настроение хорошее.

При выписке: нистагмозиды с обеих сторон, вегетативный синдром.

Катамнез: Со стороны психики изменений нет. В неврологическом статусе — резкий вегетативный синдром.

Заключение. В данном случае, у соматически ослабленной девочки, при относительно тяжело протекающем заболевании, на высоте токсического действия инфекции наблюдалось состояние онероидно-измененного сознания (абортивный делирий?) и в периоде падения температуры — астеническая реакция. Интерес этого случая заключается еще в том, что сама по себе высокая температура, наблюдавшаяся после введения сыворот-

ки, не дала никаких отклонений со стороны психики.

Случай № 15. Зоря Н. 10 лет.

Заболел сразу, жаловался на головные боли, болезненность при глотании. Первую половину дня находился в возбужденном состоянии, был двигательно беспокоен; уложенный в постель, не мог найти удобного положения тела. Со второй половины дня - выраженная сонливость, вялость, отказывался от еды, спал спокойно.

Общее состояние не соответствовало температуре - 37.5° .

Наследственность.- Отец - патологическая личность, с расстройством влечений, крайне неустойчивый, Мать - нервная, возбудимая, со сменами настроения. По линии матери, у бабушки - циркулярный психоз; по боковой линии - несколько случаев шизофрении, психопатические личности, два случая самоубийства в молодом возрасте.

Личное прошлое. Во время беременности у матери тяжелое физическое истощение в связи с напряженной работой до дня родов. В грудном возрасте беспокоен, криклив. С 2-х месяцев была диагностирована невропатия. Физически развивался своевременно. Перенес в 9 мес. корь, коклюш в 5 лет в тяжелой форме, ветрянку, краснуху, частые гриппы и ангины. Состоит на учете туберкулезного диспансера, интоксикация степени j_2 . По характеру: синтонный, живой, очень впечатлительный, с прекрасными способностями, многообразными интересами.

Состояние при поступлении. Температура - 39° .

Состояние средней тяжести. Астеник, плохо упитан.

Неврологический статус: резко выраженный вегетативный синдром, положительный с.Хвостека, белни стойкий дермографизм.

Психический статус: сознание неизменно. Контактует хорошо. Жалуется на слабость: "все тело как-то тяжелеет, или же кажется, что я какой-то легкий... все тело легкое... легко идти". Чувствителен к внешним раздражителям: "плач не могу выносить; когда вечером лампу зажигают, мне хуже". Легко истощаемо внимание. Аппетит удовлетворительный. Сон беспокоен, с устрашающими сновидениями.

На десятый день болезни температура нормальна, самочувствие удовлетворительное. В периоде падения температуры астеническое состояние: в течение нескольких дней отмечалась раздражительность, жалобы на слабость, неприятные ощущения в конечностях, "тоскливое" настроение.

Выписан в хорошем состоянии.

Заключение. Интерес этого случая заключается в том, что у мальчика с отягощенной наследственностью и конституциональной слабостью нервной системы, несмотря на легко протекавшее заболевание, отмечались выраженные инициальные проявления в форме легкого психомоторного возбуждения, сменившиеся вялостью и сонливостью. Кроме того, на высоте болезни наблюдались своеобразные изменения ощущений собственного тела, так называемые "сомато-иллюзии".

В периоде падения температуры развилось отчетливое астеническое состояние с быстрым выравниванием в

дальше ишем.

Катамнез: Чувствует себя хорошо. "Такой же, как до болезни".

Сопоставляя материалы обеих групп, во 2-й группе отмечаем наличие более выраженной неврологической симптоматики и развитие астенических состояний в периоде падения температуры. Это подтверждает высказанное некоторыми авторами предположение, что в появлении вторичных психических изменений имеет значение ряд входящих моментов, как-то: наследственно-индивидуальные факторы. И на нашем материале патологические реакции в периоде выздоровления чаще развиваются на более неполноценной почве.

Суммируем данные исследования психического состояния при скарлатине.

В трети всех случаев нам удалось установить наличие "продромальных" психических изменений, наблюдаемых до установления диагноза болезни. Эти изменения выражались в гипоманиакальном состоянии и своеобразной легкой эйфории. В день заболевания родителями отмечалось приподнятое настроение, проявляющееся в немотивированной веселости, повышенной речевой продукцией, двигательном беспокойстве, суетливости, бесцельном блуждании по комнатам. В более старшем возрасте иногда наблюдалось чувство беспокойства, неясной тревоги, растерянности. Дети жаловались, что не могут найти удобного положения тела, не знают что "делать с собой".

Подобное состояние продолжалось от нескольких часов до суток и было отмечено у детей старшего возраста.

В одиннадцати случаях жалобы на общее недомогание предшествовали острому развитию болезни. Родители указывали на внезапное появление вялости, сонливости, неприятных ощущений в различных частях тела, а в некоторых случаях — чувства недовольства: "Лежу, как на сетке". "Все неприятно, неудобно". Описанные изменения наблюдались главным образом в дошкольном возрасте.

В двух случаях поведение оставалось обычным. В обоих этих случаях заболевание диагностировалось только после появления характерной сыпи.

В 4-х случаях начало заболевания осталось невыясненным.

В порядке предложения можно допустить, что различие реакций в школьном и дошкольном возрасте можно поставить в некоторую зависимость от возрастных особенностей вегетативной нервной системы.

Более вероятно, что появление гипоманиакального состояния в школьном возрасте, идущего в разрез с обычными формами поведения, скорее останавливало внимание родителей; тогда как в дошкольном возрасте значительно труднее уловить эти изменения — дошкольникам и в норме свойственно большая лабильность аффективной сферы.

Возможно, появление гипоманиакального состояния объясняется раздражением симпатического отдела веге-

тативной нервной системы, избирательно поражаемого в начальной стадии экарлатины.

Рядом авторов выделен так называемый гиперсимпатикотонический синдром, который представлен, помимо своих соматических компонентов и неприятных ощущений в области сердца, также и определенными явлениями со стороны психики в виде психомоторного возбуждения и тревожного настроения.

На высоте токсического действия инфекции в некоторых случаях было отмечено своеобразное сновидно-делириозное состояние сознания. Больная II лет следующим образом описывает свое состояние: "все боялась, проснусь, засну - опять тот же страшный сон: мертвецы лезут ко мне, идем по кладбищу; проснусь, а там все лезут, лезут...Кругом все было страшное...Страшные мысли были, что ходят страшные люди кругом..."

В другом случае: "Казалось что-то страшное, не разберешь...какие-то кулаки...грозятся...а потом все куда-то падало, вниз..."

Как пример устрашающих иллюзорно-галлюцинаторных восприятий, приводим высказывания другого больного: "Видел круг, а там автомобиль, страшный, страшный, черный, ехал прямо на меня, а там деревянный шофер сидел... это был игрушечный автомобиль, а казался вот с эту кровать, а на самом деле маленький".

В ряде случаев родителями давались определенные указания на затененное сознание, расстройство сна с устрашающими сновидениями, двигательное возбуждение;

ребенок вскакивал с постели, стремился куда-то, кричал, говорил об устрашающих видениях и т.п.

На основании высказываний больных и со слов родителей можно установить несомненную связь делирия с кошмарными сновидениями, иногда видениями наяву, непосредственно переходящими в делириозное состояние.

В некоторых случаях наблюдались отчетливые иллюзорные восприятия. Платье на вешалке принимала за человека, который стоит, "руками размахивает, страшный". "Сумка накрытая стояла, а думал, что человек стоит". В двух случаях были указания на слуховые галлюцинации. Мальчик 9 л. слышал вечером голоса, которые что-то говорили, окликали его; другая больная 12 лет определенно указывала, что она два раза просыпалась ночью от стука в окно: кто-то называл ее по имени.

В восьми случаях отмечены своеобразные расстройства ощущений, иногда напоминающие интерпаритетальный синдром. Больному 10 лет казалось, что "ноги врастают в постель, в одеяло, как будто руки чуждые, не пойму сам какие, не пойму, не мои... "Все тело как будто тяжелеет... Голова была пустая, был я какой-то легкий, легкий, а голова тяжелая... поднять нельзя"... "глаза толстыми показывались"... "Я куда-то на поезде ехала, крушение было... поезд упал... я куда-то падала в яму"... "Как будто я на аэроплане летал... Очень страшно".

Одна больная боялась приближения матери, так как все окружающие предметы представлялись ей увели-

ченными и надвигающимися на нее.

Нами наблюдались своеобразные расстройства восприятия времени. Больная жаловалась, что минуты казались ей очень длинными, а день очень коротким.

Останавливаясь на сновидно-делириозном синдроме, отметим, что в литературе имеются многочисленные указания на аналогию в развитии некоторых делириозных состояний с содержанием сновидений. Немецкими авторами делириозные состояния сравниваются с состоянием сна - сновидное или снопоподобное состояние сознания. Д.М.Розенштейн считает, что при делирии сознание находится как бы на границе сна и аналогично сновидному состоянию сознания. Другими авторами эти состояния рассматриваются как действительное продолжение сна, которому присуще развитие так называемого онирического бреда (Режис), возникающего на почве инфекции или интоксикации. При легкой степени интоксикации бред носит ночной характер, появляется и развивается во сне и также быстро исчезает.

По Гризингеру у детей, особенно при легких инфекциях, можно видеть, что больные как бы спят и в то же время отвечают на вопросы, продолжают видеть сны и в особенности не могут освободиться от страшных сновидений.

Крепелин, Эвальд и др., говоря об инфекционном делирии вообще, высказывают мнение, что, несмотря на разнообразие внешних картин делирия (в силу различной интенсивности затемнения сознания), между ними удается уловить несомненное сходство. Восприятия при этом

характеризуются склонностью к иллюзорности, — возникают соответствующие обманы чувств; на нашем материале — расстройства восприятия времени, нарушения схемы тела.

Наиболее характерными считаются зрительные галлюцинации, носящие характер сцен. Нередко встречаются также галлюцинаторные переживания, связанные с чувством падения. Последнее рядом авторов ставится в связь с расстройством вестибулярного аппарата.

Больные с расстройством вестибулярных функций видят в сновидениях обилие фигур, переживают катастрофы, чувство падения (Крепелин, Бонгеффер, В.А.Гиляровский, Эпштейн). Как известно, вестибулярный аппарат является весьма чувствительным к интоксикациям.

На следующем этапе почти во всех случаях, как правило, наблюдалась значительная вялость, сонливость, апатия, выраженные в различной степени и в иных случаях доходящие до состояния оглушения. Дети вялы, безучастны к окружающему, жалоб не высказывают. Больная II лет довольно образно охарактеризовала свое состояние: "мне ничего не хочется, только лежать и молчать".

Иногда наряду с этим выражены явления психической слабости: повышенная плаксивость при обследовании, при вопросе о состоянии здоровья и т.п. Повышена чувствительность к внешним раздражителям. Дети жалуются, что их раздражает плач, свет электрической лампы, который кажется слишком резким, прикосновение молоточка, вызывающее болезненность.

Со стороны интеллектуальной сферы - замедление ассоциативного процесса, ослабление способности к запоминанию, истощаемость внимания, повышенная утомляемость.

В 4-х случаях наблюдалось расстройство вкусовых ощущений. Дети говорили, что пища им неприятна, хлеб горький или кислый, чай кажется невкусным.

Почти общим является отказ от пищи, отсутствие или пониженный аппетит, расстройства сна, выражающиеся в одних случаях в беспокойном, тревожном сне с кошмарными сновидениями, и в других - бессонице.

Параллельно с падением температуры улучшается общее состояние. Этот период еще старыми авторами считался критическим.

В свое время Бехер высказал предположение, что одной из причин, способствующих появлению нервно-психических изменений в этом периоде, следует считать состояние истощения, следующее за лихорадкой. Повидимому, эти изменения можно рассматривать как своего рода реакцию на изменившееся состояние организма, главным образом эндокринно-вегетативные сдвиги.

В 7 случаях в этом периоде наблюдались явления астении, эмоционально-гиперэстетический синдром Эвальда.

Больные жалуются на общую слабость: "трудно держать ложку в руках", головокружение, раздражительность, обидчивость, ослабление памяти. Больная II л. сознала, что "иногда готова убить ребят", раздражающих ее своим шумом и громкими разговорами.

У другой больной наблюдалось пониженное настроение: "хочется плакать просто так".

И, наконец, еще в одном случае астеническое состояние сопровождалось выраженным чувством страха; больная боялась умереть; одновременно с этим отмечалось некоторое сужение интересов.

У ряда авторов можно встретить указания на возможность развития психотических состояний при скарлатине, со спутанностью и резким психомоторным возбуждением.

По Крепелину, после легких предвестников в форме беспокойства, болтливости или вялости и апатии, быстро развиваются тяжелые делириозные состояния с резким возбуждением, постепенно переходящим в тяжелую кому.

Эвальд считает, что психозы при скарлатине бывают только у взрослых.

Нами наблюдался случай септической скарлатины, с заторможенным сознанием и значительным психомоторным возбуждением, напоминающим эпилептиформное возбуждение.

На основании ряда работ А.Л. Молтыпина и его сотрудников и также наблюдаемых нами клинически изменений вегетативной нервной системы, можно заключить, что скарлатинозная инфекция является нейротропной в отношении вегетативной нервной системы, избирательно поражая симпатическую часть ее, и в первую очередь сосудосуживающий аппарат.

Состояние адинамии, весьма характерное для тяжелой скарлатины, является, повидимому, следствием угнетения

функций надпочечниково-адреналовой системы. А.Л.Колтыпин находит, что средне-тяжелой скарлатине свойственна симптоматика, отмечаемая при раздражении симпатического отдела вегетативной нервной системы; действие инфекционного агента условно можно считать двухфазным: повышение тонуса симпатического отдела в первой фазе и его понижение во второй.

Работами А.И.Абрикосова, И.В.Давыдовского и В.И.Могильницкого доказано вовлечение вегетативной нервной системы, в частности симпатических ганглий, в болезненный процесс, причем большее значение в смысле локализации придается поражению вегетативных центров промежуточного мозга.

Что касается неврологической симптоматики, то в острой стадии обычно наблюдаются головные боли и головокружения; в 2 случаях неустойчивость конвергенции, в 4-х легкая асимметрия в иннервации лицевого нерва, незначительное отклонение языка в двух случаях, нистагмоидные подергивания глазных яблок до выраженного нистагма в 12 случаях.

В 4-х случаях имелось повышение сухожильных рефлексов, клonusиды стоп, наблюдавшиеся от 2-3 дней до 1½ недель. В одном случае - миоклонические подергивания, появившиеся на 5 день болезни и исчезнувшие через 1½-2 недели. В 9- резко выраженный вегетативный синдром.

Нистагмоидные подергивания, тонкие расстройств координации (неловкость движений, затруднение при первом вставании), головокружения, своеобразные ощущения

во время делириозных состояний, сновидения и сновидные состояния с переживаниями падения, провала - дают основание думать о раздражении координационного аппарата и определенных систем, заведующих статотонической деятельностью, особенно легко реагирующих на интоксикацию.

Наблюдаемые невропсихические изменения в острой стадии обычно выравнивались с улучшением общего состояния.

Неврологическая симптоматика, при всей ее первоначальной лабильности, более стойка, чем психические изменения.

В. Нервно-психические изменения при кори.

Приводим несколько клинических исследований.

Случай № 16. Ваня И. 9 лет.

Данные анамнеза: в наследственности туберкулез по боковой линии. В личном прошлом - отклонений от нормы нет.

Поступил 15/У, с температурой 36.9°.

16/У. Температура 38°. По заключению педиатра - состояние удовлетворительное.

Физический статус: невыраженного телосложения.

Неврологически - отклонений нет.

Психический статус. - Сознание не изменено. Резкая плаксивость, раздражительность, говорит недовольным, капризным тоном. Сам отмечает, что "нервничает от болезни". Много ипохондрических жалоб. Сон тревожный, с кошмарными сновидениями: "Собака кусала, и я падал в какую-то яму. Ночью казалось, что чужая голова,

не моя, как все равно собачья. Казалось, что мурашки по всему телу бегают, и я их встряхивал".

Резкая болевая гиперэстезия, не выносит прикосновений. Аппетит понижен.

19/V. Температура 39° . Состояние ухудшилось. Головные боли. Вялость. Недовольное выражение лица. Мыслительные процессы замедлены. Начав фразу, вынужден остановиться: "теряю слова, голова расстроилась". Резкая заторможенность в движениях, плаксив, недоволен, раздражителен. Ночью устрашающие сновидения: "Тетка черная, большая гналась за мной, я бежал и прямо в речку падал, страшно". Ипохондрические жалобы.

Неврологический статус: Подергивания глазных яблок, болевая гиперэстезия, неуверенность движений при пальценосовой пробе. Аппетит плохой.

21/V. Температура 38° . Самочувствие лучше. Жалуются на слабость. Вялость с оттенком недовольства.

С 22/V. температура нормальна. Спит спокойно. Аппетит хороший. Изредка головокружения. Общителен, спокоен.

В неврологическом статусе: установочные нистагмолды, вегетативный синдром.

Выписан в удовлетворительном состоянии, без изменений со стороны нервно-психической деятельности.

Случай № 17. Валя К. 7 лет.

Наследственность: отец умер от туберкулеза, мать с явлениями общей нервноности. Брат страдает психическим заболеванием.

Личное прошлое: Роды раньше срока на месяц, вес

при рождении около 3-х фунтов (?). Развивалась с большим запозданием. Хилая, болезненная, перенесла тяжелый рахит и дизентерию в 9 мес., скарлатину в 3 г., воспаление легких в 1½ г. По характеру непослушная, двигатель-но беспокойная, неустойчивая, капризная.

Физический статус: диспластична, следы рахита, деформированный череп, *epicantus*, плохо упитана. В продромальном периоде - головные боли, вялость. В острой фазе, при температуре 40°, делириозное состояние с двигательным возбуждением, парестезии. Девочка жаловалась, что у нее "камешки под боком". В последующие дни - вялость, плохой сон и аппетит, легкая раздражительность.

В неврологическом статусе - нистагмические подергивания глазных яблок справа, высокие сухожильные рефлексы.

Катамнез. - Через 4 дня после выписки - состояние хорошее, в нервно-психической сфере без изменений.

В обоих случаях после продромального периода, для которого особенно характерными являются упорные головные боли, на высоте инфекции имели место сновидно-делириозное состояние сознания, расстройство сна с устрашающими сновидениями, парестезии.

Взятая нами группа коревых, в количестве 10 случаев, за исключением одного, не представляет никаких отклонений ни со стороны наследственности, ни личного анамнеза.

Во всех случаях в продромальном периоде отмечалось: головные боли, общее недомогание, чувство слабости, капризы, раздражительность.

На высоте токсического действия коревой инфекции — упорные головные боли, расстройство сна с устрашающими сновидениями, делириозное состояние, отрывочные бредоподобные высказывания, тесно переплетающиеся с содержанием сновидений. Беспокойство, наряду с вялостью — резко выраженная раздражительность, плаксивость, недовольство, ипохондрические жалобы: "шумит в голове, слабость... даже не поднимаются ни руки, ни ноги... все невкусно... ничего не хочется, все пристаёт... мешают".

Дети всем недовольны, у них "все болит", требуют к себе неустанный внимания со стороны близких.

В некоторых случаях наблюдалось эмоционально-отрицательное отношение к окружающим; все представляется неприятно окрашенным, преломляется через призму недовольства, непонятного для больных ощущения беспокойства, чувства тревоги; гиперестезия органов чувств, парестезии, ощущение ползания мурашек по телу, "камышки под боком".

Плохой сон и аппетит во всех случаях. Со стороны неврологического статуса в 2 случаях — установочные нистагмусы, высокие рефлексы, вегетативные явления: потливость, акроцианоз конечностей, тремор. С улучшением соматического состояния проходят явления и со стороны психики.

По Эвальду психические расстройства при кори наблюдаются очень редко. В начальной стадии им были отмечены: легкая плаксивость, раздражительность и очень редко легкое затемнение сознания на высоте инфекции. Крепелин говорит о единичных случаях психического

расстройства в инкубационном периоде, стихающего при появлении сыпи.

Зибарт¹⁾ описано состояние психомоторного возбуждения, развившееся после падения температуры.

М.О.Гуревич считает, что психические расстройства при кори менее резки и соответствуют наблюдаемым изменениям при скарлатине.

По мнению ряда авторов, коревая инфекция является особенно нейротропной и даже легкие случаи кори обычно сопровождаются явлениями раздражения нервной системы (Г.Н.Сперанский, А.Д.Колтыгин). Последним указывается на довольно часто наблюдаемое непосредственное поражение анимальной нервной системы коревым вирусом в форме менинго-энцефалитов, особенно во время некоторых эпидемий. В отношении вегетативных расстройств, коревая инфекция является антагонистом скарлатинозной, т.е. ваготропным ядром. Особенно в продромальном периоде и в начале болезни дети являются резкими ваготониками. *)

Прежде чем перейти к выводам, необходимо несколько остановиться на постинфекционных изменениях.

В виду невозможности собрать длительные катанестические сведения по наблюдаемым нами случаям, для изучения постинфекционных изменений был использован материал детской поликлиники за последние два-три года.

Из просмотренных 2.000 историй болезни, отобранные 7, с диагностикой постинфекционных изменений после скарлатины и кори, и послужили материалом для обработки.

Постинфекционные изменения в своем развитии обнаруживают более тесные соотношения с определенными болез-

х) * словность разделения на симпатикотонию и ваготонию очевидна.

ненным процессом, и конституционально более слабые механизмы при этом поражаются в первую очередь.

Помимо состояний постинфекционной астении, различаются еще изменения характера, без видимой связи с энцефалитами, наступавшие после некоторых инфекций (малярия, скарлатина) и наблюдаемые почти исключительно в детском возрасте. (Об этом говорит ряд авторов: М.О.Гуревич, А.И.Винокурова, Иогихез)

Из наблюдаемых нами 25 случаев скарлатины, в 4 сл. обнаружены состояния постинфекционной астении: плаксивость, общая гиперэстезия, плохой сон, капризный аппетит, мышечная слабость. Девочка 6 лет не могла переносить громких разговоров, жаловалась, что слышит ночью "как люди ходят на улице".

В одном из случаев наблюдались аффективные расстройства, депрессивное настроение, чувство тревоги, мысли о смерти, ипохондрические жалобы.

Несколько особняком стоит другой случай, где отмечены изменения характера, наступившие непосредственно после болезни.

Случай № 18. Катя П. 8 лет.

Со дня выписки из больницы прошло около двух месяцев. Скарлатина средней тяжести, с легкими отклонениями со стороны нервно-психического статуса на высоте болезни. Выписана в хорошем состоянии.

Данные анамнеза: в наследственности и личном прошлом ничего патологического. По характеру — шизотимного склада, послушная, сензитивная, мягкая, застенчивая.

Катамнез. — Со слов родителей, девочка совершенно

изменилась в поведении, "подменили как будто". Исчезла обычная мягкость и приветливость. С первых дней пребывания дома, вялая, угрюмая, ежеминутно плачет по незначительному случайному поводу, например: "не так поставлен стул" и т.п.; всем недовольна, легко раздражается, не терпит противоречий, непослушна, конфликтует: "стала дикая, сидит на одном месте, ничего не делает, ничем не интересуется". Холодна и равнодушна к родным.

На приеме: недоверчива, вяла, хмурый фон настроения, контакт не устанавливается. В неврологическом статусе: нистагмические установочные подергивания, реактивный тремор век и пальцев.

Последнее время отмечается некоторое выравнивание: стала послушнее, меньше плачет, живет.

По просмотренному нами амбулаторному материалу отмечены длительно задержанные состояния постинфекционной астении, углубление или выявление невропатической конституции.

Что касается скарлатины, то наряду с наблюдаемыми аффективными расстройствами, стабилизацией невротических проявлений довольно характерным является изменение характера в виде психопатоподобных состояний, при полном отсутствии каких-либо данных за органическое поражение мозга.

Кратко приведем случай № 19. Федя Н. 6 лет.

Скарлатина больше года тому назад, средней тяжести.

В наследственности - ничего патологического. В личном прошлом - легкое заикание с 3 лет, в остальном - без отклонений. Характерологически - интравертировано -

го склада, спокойный, послушный, ласковый. После заболевания появилось упрямство, раздражительность, плаксивость, требовательность, грубость, эгоцентризм, нетерпимость в детской среде. Резко усилилось заикание, появились ночные страхи.

Вызван нами через год, - стал спокойнее в коллективе, меньше заикается, дома труден по-прежнему.

В других случаях наблюдались стойкие изменения характера (появление драчливости, злобности, упрямства). В большом проценте случаев, на основании анализа амбулаторных данных, имелась неполноценная почва и до заболевания. Были указания на конгенитальный сифилис, невропатическую конституцию.

Коревые случаи полностью нам не удалось проследить катамнестически. В 6 из ^{них} не было отмечено никаких отклонений со стороны психики.

На амбулаторном материале наступающие изменения после перенесенного заболевания сводились к явлениям раздражительной слабости: появлению плаксивости, раздражительности, иногда параноидных установок на окружающих, ночных страхов, резкому вегетативному синдрому. Некоторое выравнивание наступало лишь после 5-8 меслц.

С. Нервно-психические изменения при крупозной пневмонии.

Всего было прослежено 13 случаев; из них 10 человек в возрасте от 5 до 12 лет обследованы в детской областной клинической больнице г.Свердловска, три - в детском отделении Психобольницы; два из них рассмотрены раньше.

Приводим краткие выдержки из историй болезни.

Случай № 20. Вася М. 7 л.

В анамнезе - ни его патологического. Заболел 4 марта: рвота, высокая температура, вялость, сонливость.

В больницу поступил 9/III-37г. с температурой 38.1° в тяжелом состоянии.

В день поступления лежит с закрытыми глазами, изредка стонет. Вопросы воспринимает правильно, но с большим трудом, иногда один и тот же вопрос приходится повторять по несколько раз. Отвечает по существу, но односложно и медленно, после большой задержки. Вялость, сонливость, большей частью состояние забытия.

Неврологически: легкая ригидность затылка.

10/III. Температура - 39.2° . Состояние очень тяжелое. Производит впечатление как бы оглушенного. На вопросы не отвечает. Не ест.

11/III. Температура 39° . Состояние очень тяжелое. Сонливость. Вялое, безучастное отношение к окружающему. Общая слабость. На вопросы отвечает правильно, но крайне медленно, с напряжением. Гиперестезия. Плачет при обследовании.

Неврологически: широкие зрачки, живые сухожильные рефлексы. Ригидности затылка нет.

13-15/III. Температура - 37.5° . Состояние улучшается. В момент кризиса - абортивный делирий, больной воскакивал с постели, кричал, повидимому, галлюцинировал. Пытался бежать. Утром вял, осмысливает медленно, легко истощается. Общая гиперестезия. Начиная с 15-го числа состояние удовлетворительное. Больной живет, контактенее, активно участвует в обследовании.

19/Ш выписан в хорошем состоянии, в частности - без нервно-психических изменений.

Случай № 21. Шура С. 9 л.

Поступила вечером 12/Ш-37 г. с температурой 40.3° на второй день заболевания. Анамнез неизвестен.

13/Ш. Температура 40.4° . Состояние - тяжелое. Несколько оглушена. Контакта почти не устанавливает, изредка отрицательно или утвердительно кивает головой.

Неврологически: широкие зрачки, стойкий разлитой красный дермографизм. Аппетит плохой. Ночью - устрашающие сновидения.

14/Ш. Температура - 38.2° . Общее состояние улучшается. Вяла, астенизирована, плачет при обследовании. По словам больной, заболела 10 марта: "хотелось плакать, сны страшные снились, ничего не хотелось есть".

15/Ш. Состояние удовлетворительное. T° - нормальная. Жалуются на слабость, вяловата, плаксива. Сон и аппетит достаточны. Неврологически - без изменений.

16-19/Ш. - Вяловата, пассивна.

Начиная с 19-го самочувствие хорошее, весела, оживлена, активна. Выписывается в хорошем состоянии. Катамнез в обоих случаях благоприятный.

Суммируем наши наблюдения по всем случаям:

На высоте болезни отмечено легкое оглушение, вялость, сонливость, безучастное отношение к окружающему и к своему состоянию, некоторая растерянность. Осмысление затруднено. Больные на вопросы отвечают с видимым трудом, после большой задержки, односложно, быстро утомляются. Устрашающие сновидения: "взрывали город, все обрушилось, я куда-то проваливался". В отдельных случаях -

галлюцинации общего чувства. Так один из больных, 14 летний мальчик рассказывал, что ему казалось, что "руки толстели, толстые и скользкие становились, и это самое страшное".

Со стороны нервной системы наблюдалось: слабость конвергенции, нистагмозиды, высокие сухожильные рефлексы с расширенной зоной, клонусиды, в одном случае с Кернига и легкая ригидность затылка. Описанное состояние наблюдалось на высоте болезни и длилось от одного до трех дней.

В одном случае, в момент кризиса отмечено состояние abortивного делирия.

С разрешением болезненного процесса все отмеченные явления проходили. В некоторых отдельных случаях наблюдались кратковременные состояния эмоционально-гиперестетической слабости, быстро проходящие с укреплением физического состояния.

У двух больных клинически не наблюдалось почти никаких изменений со стороны нервно-психической деятельности, кроме незначительных субъективных жалоб на головные боли. В одном случае, после тяжелой крупозной пневмонии развился шизофренический процесс, причем, заболевание дебютировало отчетливо выраженным каналакальным состоянием, расцениваемым нами как гомономный синдром, экзогенно обусловленный.

Переходим к выводам. -

I. В подавляющем большинстве случаев скарлатины, кори и крупозной пневмонии средней тяжести наблюдались нервно-психические расстройства, выраженные в большей

или меньшей степени.

2. Отмеченные психические явления на высоте токсического действия инфекции можно рассматривать как abortивные формы экзогенных реакций (оглушение и легкие сновидно-измененные состояния сознания).

3. Нервно-психические изменения на высоте инфекции зависят главным образом от интенсивности самой инфекции.

4. Формы проявления психических расстройств находятся в зависимости от стадии заболевания. Общим для всех трех инфекций на высоте токсического действия является несколько измененное "суженное" (Ясперс) сознание, и на фоне этого измененного сознания — устрасшающие сновидения с иллюзорно-галлюцинаторными переживаниями. Клинически это большей частью выражается в "бедности психической продукции" (Л.М.Розенштейн), оглушенности, сновидно-делириозном состоянии сознания, нарушении сна, иллюзорно-галлюцинаторных восприятиях, расстройствах психосенсорной области; своеобразных расстройствах ощущений по типу интeрпариетального синдрома, разнообразных парестезий. Отмеченная неврологическая микросимптоматика отличается лабильностью и нестойкостью.

5. При сравнении нервно-психических изменений при скарлатине, кори и крупозной пневмонии нами наблюдались некоторые особенности в психическом состоянии больных, зависящие, по видимому, от специфичности инфекции. (Различие в механизмах действия?) Как известно, коревая и скарлатинозная инфекции являются антагонистами в отноше-

нии их действия на вегетативную нервную систему.

При скарлатине, на высоте болезни, преобладают явления угнетения нервной системы в форме характерной вялости, оглушенности, заторможенности; при кори: явления "раздражения", клинически наблюдаемые, как двигательное беспокойство, плаксивость, раздражительность, недовольство. При скарлатине, кроме того, отчетливо выражены неврологические изменения, и кроме того обращает на себя внимание развитие постинфекционных астенических состояний. Изменения, аналогичные до известной степени изменениям при скарлатине, наблюдаются и при крупозной пневмонии.

6. Кроме того, нельзя не отметить, не делая из этого окончательных выводов, что у дошкольников в преддромальном периоде сразу наступает состояние угнетения, в более старшем возрасте - возбуждение, с гипоманиакальными чертами.

7. Наблюдаемые нервно-психические изменения при детских инфекциях средней тяжести являются вполне обратимыми.

8. В оформлении психопатологической реакции в острой стадии некоторое дополнительное значение имеют конституциональные свойства личности. В особенности же значение их возрастает в постинфекционном периоде.

Сделанные нами наблюдения, говорящие за быстроту обратного развития нервно-психических сдвигов при острых инфекциях, а также развитие постинфекционных изменений - позволяют заключить о необходимости рекомендации ряда психогигиенических мероприятий для детей, перенес-

ших то или иное заболевание: назначение в течении некоторого времени определенного режима дня в семье и в школе, соответствующая дозировка в отношении школьных занятий и других нагрузок внешкольного характера. В виду длительности периода пребывания в больнице надо указать еще на необходимость организации детского времени в больничной обстановке, особенно для выдерживающих школьного возраста; воспитательно-педагогические мероприятия, введение необременяющих занятий, игр, могущих предотвратить возникновение и фиксацию вторичных невротических образований. Последнее особенно относится к периоду, следующему непосредственно после выписки больного.

ГЛАВА IV.

ТИПЫ РЕАКЦИИ ДЕТЕЙ-ШИЗОФРЕНИКОВ И НЕКОТОРЫХ ОРГАНИКОВ НА ПРИВИТКУ МАЛЯРИИ И ИНСУЛИН В ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ

Д О З А Х

В патогенезе шизофрении многими авторами особо подчеркивается значение общей реактивной слабости организма, "своеобразной инертности и косности биологических процессов" (П.Ф.Малкин).

Конституциональная "слабость", врожденная или приобретенная недостаточность реактивных возможностей, в частности недостаточность ретикуло-эндотелиальной системы подтверждается терпидностью реакции шизофреников на вегетативные яды, в особенностях течения привитой малярии с более вялой гипертермической и гемопластической реакцией, плохой реакцией кожи на освещение

ультрафиолетовыми лучами и, наконец, вялым реагированием на введение больших доз инсулина и камфоры.

"Своеобразная гипо и аплазия эндокринного аппарата, атактичность и дистактичность вегетативной нервной системы, неустойчивость и легкая истощаемость барьерных, регуляторных и компенсаторных аппаратов организма и мозга, в частности мезенхимная гипо и ареактивность, отсутствие или крайняя вялость воспалительной реакции на инфекции и особенно на интоксикации, дефектность кровоснабжения, в том числе кровоснабжения головного мозга". (П.Ф.Малкин).

Нами было обследовано 27 детей и подростков шизофреников. У всех больных исследовалась реакция кожи на освещение ультра-фиолетовыми лучами, изучалась температурная и гемопоэтическая реакция на введение "сульфокина", определялся конгиротовый индекс (до некоторой степени показатель адсорбционно-фагоцитарной функции ретикуло-эндотелиальной системы), и сахарная кривая с нагрузкой.

Полученные результаты исследования позволяют прийти к выводу, что дети и подростки шизофреники также несомненно отличаются известной реактивной торпидностью. Профиль "реактивности", при сравнении с теми же исследованиями у другой категории больных, имеет свои некоторые особенности.

В 75% всех случаев была отмечена плохая реакция кожи на освещение ультра-фиолетовыми лучами, более вялая температурная и гемопоэтическая реакция, понижение адсорбционно-фагоцитарной функции ретикуло-эндо-

тепальной системы.

Эти особенности реагирования шизофреников, несомненно, находят свое отражение в клинике. Редкость экзогенных типов реакций у шизофреников находит свое объяснение в этом же факте.

Из 500 случаев шизофрении, леченных малярией, только в одном П.Ф.Малкин наблюдал более или менее отчетливый делирий и в другом — состояние оглушения со страхом.

Учитывая особенности детского и подросткового возраста, о которых мы неоднократно говорили в предыдущих главах, представляет интерес проследить за реакцией подростков-шизофреников на привитую малярию.

Всего мы лечили привитой малярией 11 подростков — шизофреников. В семи случаях мы не имели никаких изменений психопатологической картины во время малярии и в четырех других — некоторые изменения. В одном из них у больного 17 лет с гебефренической формой шизофрении, физически крепкого, с атлетическими компонентами в строении тела, во время первых двух приступов наблюдались состояния резкого возбуждения, о содержании которого больной сохранил довольно ясное воспоминание.

Эти состояния расценивались нами не столько как изменения собственно шизофренической симптоматики, но как реакция на изменения в соматическом состоянии.

В том же случае, во время пятого приступа, имели место легкие изменения сознания (сужение сознания) с элементами двигательного возбуждения, бредоподобными высказываниями, которых раньше не было, агрессивными действиями и последующей амнезией. После 7-го приступа

малярия самопроизвольно купировалась. В этом случае некоторый интерес представляет развившееся после перенесенной малярии состояние своеобразной психофизической астении. Больной значительно похудел и осунулся, стал несколько контактнее, мягче, дружелюбнее в отношении окружающих, несколько побледнели гебефренические проявления. С укреплением физического состояния поведение больного снова ухудшилось, появилось психомоторное возбужденное возбуждение с отчетливой гебефренической симптоматикой.

В другом случае шизофрении, у 16-летней девочки, наследственно не отягощенной, с давностью заболевания около 1½ лет, распадом мышления, снижением активности и своеобразно сохранившимся аффектом, во время малярийных приступов, особенно в конце курса лечения, наблюдались кратковременные явления астенизации. Несмотря на оставшуюся интактной шизофреническую симптоматику, больная становилась несколько мягче, односложно отвечала на вопросы, имеющие отношение к ее самочувствию, в голосе иногда появлялся оттенок выразительности, большей модуляции. Вне приступов малярии, поведение без изменений. Во всех четырех случаях отчетливо выявляются на высоте приступа состояния своеобразной астении, видимо находящиеся в каком-то взаимоотношении с эндогенным процессом и видоизменяющим на некоторое время его течение, или по крайней мере внешние проявления. Значение момента астенизации в широком смысле слова, особенно для детского возраста, и взаимодействие астении с закономерностями течения болезненного процесса еще недостаточно

очерчено и несомненно представляет большой интерес.

Психопатологические реакции детей и подростков шизофреников при инсулиновой гипогликемии совершенно еще почти не изучены и в еще большей степени, чем у взрослых шизофреников, недостаточно дифференцированы от эндогенно-структурных образований, идущих от шизофренического процесса.

Уже неоднократно упоминалось об условности разделения на экзо и эндогенные факторы, о преимущественном значении или доминировании экзо или эндогенного в каждом отдельном случае — динамическом соотношении обоих факторов на различных этапах заболевания. Выделение экзогенных реакций во время гипогликемических состояний представляет весьма большие трудности, так как приходится дифференцировать "эндогенно-процессуальное, шизофреническое от экзогенно-шизофреноподобного" (М.Я. Серрейский). Выделенное Закелем понятие "активизированного психоза", несомненно, включает в себя и экзогенную симптоматику, вкрапленную в той или иной мере в эндогенные образования. Ряд авторов считают установленным, что при инсулинотерапии наблюдаются два ряда симптомов: симптомы шизофренического ряда, появление которых обусловлено изменением самого шизофренического процесса и, во-вторых, элементы экзогенных реакций, обязанные своим возникновением непосредственному действию инсулина.

К.А. Вангенгейм различает в гипогликемической фазе реакции преимущественно экзогенного типа и к наиболее постоянным из них относит разнообразные расстройства сознания, от легкого оглушения до коматозного состояния.

Кроме того, К.А.Вангенгейм выделены характерные неврологические симптомокомплексы, коррелирующие с определенной психопатологической картиной. Лобно-мозжечковый синдром проявляется одновременно с психопатологической картиной, напоминающей острое алкогольное опьянение, для гиперкинетического синдрома характерно отсутствие психопатологической реакции и преобладание соматических и вегетативных изменений. Из работы проф. М.Я.Сераяского и А.С.Гешелиной следует, что симптоматика, относимая авторами к экзогенному типу реакции, отличается нестойкостью, лабильностью и изменчивостью структуры. Наиболее характерным являются различия в степени нарушения сознания и большая "заинтересованность двигательной сферы". Авторами особо подчеркивается значение функций сна, как промежуточного звена для появления экзогенных реакций.

При анализе психопатологических состояний мы будем придерживаться классификации, предложенной К.А.Вангенгейм. Инсулин применялся в 25-ти случаях шизофреники.

На нашем материале в состоянии легкой гипогликемии через 15-20 минут после введения инсулина наблюдалось появление гиперкинетического синдрома, начиная от легкой неуверенности при пальценосовой пробе, крупного размашистого дрожания вытянутых пальцев рук, миоклонических, хореоатетоидных подергиваний и кончая эпилептиформными припадками.

Наблюдаемые гиперкинетические проявления, отмеченные во всех наших случаях, дают основание рассмотреть

их, как первый признак действия инсулина. Избирательная поражаемость двигательной сферы, возможно, связана с особенностями моторики у детей и повышенной готовностью к судорожным реакциям. Вторым по времени появления следуют легкие вегетативные, а затем другие соматические расстройства.

В этой же стадии отмечается выраженное во всех случаях явления сонливости, количественное выражение которой от легкого полудремотного состояния до выраженного сна, зависит, по-видимому, от дозировки инсулина и состояния организма. Только в семи случаях состояние легкой гипогликемии сопровождалось психомоторным возбуждением и некоторым обострением психопатологической симптоматики. В остальных — состояние сонливости непосредственно переходило в состояние оглушения. Прекоматозная стадия характеризуется большим или меньшим оглушением, вегетативными расстройствами и рудиментарными проявлениями лобно-мозжечкового синдрома с также рудиментарно выраженной эйфорией и легкими соматическими изменениями. В одном случае, в прекоматозном состоянии развилось резкое психомоторное возбуждение с агрессивными действиями, легкой дизартрией, переходящее в тяжелую кому. В данном случае, состояние комы можно рассматривать как Э.Т.Р. в чистом его выражении. Только в трех случаях наблюдалась легкая эйфория с элементами пугливости.

Приводим историю болезни.

Случай № 22. Вала М. 16 лет.

Больна с 14 лет. Поступает повторно.

При поступлении: задержана, кататонические элементы в

поведении, частичный мутизм, напряжена, растеряна. На первые инъекции - вегетативные расстройства, гиперкинезы, полудремотное состояние и обострение кататонических проявлений.

26/У.- 50 единиц инсулина. Легкие гиперкинезы. Вегетативные нарушения. Через 2/4.-оглушена, гримасничает, морщит лоб, вытягивает губы хоботком, мычит. Хореоформные подергивания в мышцах лица. Сопорозное состояние.

27/У- 40 единиц инсулина. Пот, сальное гиперемированное лицо, саливация, гиперкинезы, сонливость, переходящие в оглушение.

4/У1.- 20 единиц. Через 15 минут после введения инсулина легкий эпилептиформный припадок.

Через три недели после прекращения инсулинотерапии выписана в состоянии хорошей ремиссии.

Случай № 22. Алие М. 10 лет.

Шизоидная наследственность. Заболел около года тому назад, перестал посещать школу, жаловался, что к нему стали хуже относиться, "смеются", слышал голоса, испытывал страх.

При поступлении - напряжен, растерян, слуховые галлюцинации, бред отношения и преследования. Импульсивные поступки, периодические приступы возбуждения, расстройство сна.

С 10/У - инсулинотерапия.

10/У.- 5 единиц инсулина. Через 20 минут - повышенное чувство голода, пот, гиперемия лица, хореоатетодные

подергивания, гиперкинезы. Через час-резкое психомоторное возбуждение. После ликвидации гипогликемии - продолжительный сон.

14/У.- 3 единицы инсулина. Через 35 минут - состояние гипогликемии. Возбужденное красное лицо, легкая эйфория. Элементарные гиперкинетические проявления.

14/У.- 10 единиц. Состояние легкой гипогликемии. Сознание изменено, моторное возбуждение с агрессивными действиями, нарушения координации.

В дальнейшем, на введение инсулина - состояния возбуждения, сменяющиеся оглушением.

Случай № 24. Павлик Ч. 16 лет.

Кататоническая форма. Поступает в больницу по поводу 3-го приступа. Болен с 14 лет. До заболевания - бойливый, малобщительный, сензитивный. Атлет. При поступлении - кататонические позы, мутизм, отказ от пищи. С 22/У - инсулинотерапия.

22/У.- 10 единиц инсулина. Легкая потливость, слегка гиперемированное лицо, гиперкинезы хореоформного характера.

В дальнейшем, при увеличении дозировок, явления легкой гипогликемии с преобладанием гиперкинетических проявлений, вегетативных изменений и сонливости.

В данном случае, больной с шизоидной наследственностью и шизотимными чертами характера в 14 лет заболевает шизофреническим процессом, волнообразно^{но} текущим. На протяжении 9 лет больной переносит 3 кратковременных приступа, из которых выходит с легким дефектом в эмоционально-волевой сфере. В картине гипогликемических

состояний, наряду с легким растормаживанием — вегетативные изменения, сонливость и элементарные двигательные реакции.

Случай № 25. Игнат К. 16 лет.

Остро начавшаяся шизофрения с явлениями и кататонического возбуждения и нестойким бредом преследования и отравления. В больницу поступает первый раз. Астеник.

Со 2/VI — курс инсулинотерапии, во время которого обострение кататонического возбуждения.

15/VI.— 30 единиц инсулина — явления сонливости, перешедшие в глубокий сон.

27/VI.— 50 единиц — припадок эпилептиформного характера с последующим оглушением. В виду безрезультатности — инсулинотерапия прекращена после 19-й инъекции. Получен эффект от снотворной терапии.

Случай № 26. Нина К. 16 лет.

Простая форма шизофрении с гебефреническими элементами. В наследственности — душевные заболевания и алкоголизм. Больна с 13 лет. До заболевания интравертированная, избирательно-общительная, способная. В больницу поступила третий раз. Диспластична, с астеническими чертами. С 16/X-38г. начат курс инсулинотерапии.

11/X.— 5 единиц инсулина. Через 15-20 минут после введения — неуверенность при пальценосовой пробе, грубый тремор пальцев, потливость. Временами дремлет. После купирования гипогликемии — атактические явления, пошатывается из стороны в сторону, роняет хлеб, с трудом удерживает кружку в руках, обливаясь содержимым.

13/X.— 8 единиц инсулина. Через 20 минут — крупный размашистый тремор, пальценосовая проба не удается. Про-

бузный пот, явления сонливости. После купирования - длительный сон.

14/Х.- 10 единиц. Те же явления с последующим сном. В дальнейшем, 25,Х- 30 единиц инсулина. Состояние гипогликемии с явлениями резкого возбуждения, агрессивными действиями и кратковременным состоянием оглушения, перешедшее в тяжелую кому. После выхода из комы - атаксия, дизартрия, элементы пугливости. После завтрака - продолжительный сон.

По соматическим показаниям^М инсулинотерапия временно прекращена.

В данном случае, к экзогенной симптоматике относятся изменения сознания от легкого оглушения до коматозного состояния с психомоторным возбуждением и элементами гиперкинетического симптомокомплекса.

В ы в о д н ы.

Малочисленность наблюдений не дает возможности делать какие-либо категорические выводы, однако отсутствие подобных исследований в литературе по детской психиатрии оправдывает попытку систематизации приведенных наблюдений.

1. В картине реакций подростков-шизофреников на гипогликемические дозы инсулина преобладают состояния измененного сознания, начиная от различных степеней оглушения до комы и разнообразные гиперкинетические феномены.

2. Особенностью реакций подростков-шизофреников на гипогликемические дозы инсулина, при сравнении их с реакциями взрослых, является бедность и некоторая

примитивность психопатологической картины, (преобладание минус симптомов), и наличие во всех случаях элементарных двигательных реакций.

Повидимому, в отличие от взрослых, бедность психопатологической картины делает затруднительным выделение отдельных неврологических симптомокомплексов, коррелирующих с определенными психопатологическими картинами.

Для изучения Э.Т.Р. у органиков нами использованы наблюдения над реакцией детей с органическими заболеваниями центральной нервной системы (прогрессивный паралич, сифилис мозга, люэтическая эпилепсия) на привитую малярию. Во всех случаях была привита трехдневная малярия, и больные проределали не менее восьми приступов.

Пользуемые нами больные распределяются следующим образом:

- 6 случаев - ювениального прогрессивного паралича,
- 4 случая - сифилиса мозга,
- 5 случаев - специфической эпилепсии.

ВСЕГО - 15 случаев.

П.Э.Малкин считает, что в генезе экзогенных реакций на привитую малярию у органиков решающее значение принадлежит состоянию организма и особенностям мозга. Э.Т.Р. чаще всего наблюдается у паралитиков.

На нашем материале в 8-ми случаях мы не имели никакой реакции несмотря на тяжелое течение и ежедневные приступы. х)

Только в одном случае, у больного с диагнозом спе-

х) В одном из них с диагнозом пп., осложненном частыми эпилептиформными припадками, после окончания лечения число припадков резко сократилось.

цифическая эпилепсия с грубыми органическими изменениями со стороны нервной системы, частыми припадками, значительной дементностью и массивным изменением ликвора, в один из гипертермических периодов наблюдался abortивный делирий с элементарными галлюцинаторными переживаниями и, повидимому, без глубоких изменений сознания.

В четырех случаях наблюдались состояния значительного оглушения, довольно продолжительного в одном случае. Состояние оглушения продолжалось несколько дней после купирования малярии. (Диагноз - прогрессивный паралич).

В другом случае, (диагноз - симптоматическая эпилепсия) во время первых же приступов отмечалось оглушение, растерянность, резкое замедление ассоциативных процессов.

В двух случаях мы имели выраженный астенический синдром, головные боли, раздражительность, плаксивость, обидчивость.

В одном из них больная, (диагноз - ювенильный паралич и т.д. на стр. 106) на высоте приступа давала отчетливо выраженное астеническое состояние, вне приступов не наблюдавшееся.

(Диагноз - ювенильный джекский паралич, с массивной неврологической симптоматикой, типичными изменениями в ликворе и нарастающей дементностью).

Во втором случае больной с диагнозом сифилиса мозга, раздражительный, злобный и эксплозивный, на высоте 3-го приступа выявил характерный астенический синдром. В данном случае интересно отметить значительное выравнивание поведения в пароксизмальном периоде и дальней-

шее стойкое улучшение.

Довольно однообразные результаты, полученные нами позволяют высказать предположение:

1. О большой частоте психопатологических изменений у подростков-органиков в связи с маляриотерапией, причем указанные изменения в основном укладываются в картины оглушения и астенического синдрома.

2. О легкости и транзиторности этих изменений, редкости картин массивных психотических расстройств, в том числе Э.Т.Р. в собственном смысле слова; отсутствии картин так называемых вариантов прогрессивного паралича.^{х)}

Возможно, это объясняется особенностями дефектного мозга (врожденная недостаточность его в связи с конгенитальным сифилисом).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Наряду с описанием клинических картин Э.Т.Р. у детей и подростков, в частности при детских инфекциях, как корь и скарлатина, мы ставили себе задачей несколько подробнее остановиться на одном из узловых вопросов современной психиатрии, — вопросе о специфичности Э.Т.Р.

Еще и еще раз мы могли показать, что здесь одинаково неправомерно как догматизирование специфичности, превращение ее в нечто абсолютное, так и полное ее отрицание.

Нет специфичных признаков, но зато громадное значение имеет "общий склад всей картины болезни, соотношение частичных явлений между собой, характер течения, развития и исхода" (Крепелин).

х) П.Ф.Малкин, имея громадное количество наблюдений по маляриотерапии прогрессивного паралича, ни в одном случае не отметил наличия "вариантов", хотя бы abortивных, у паралитиков детей и подростков, леченных малярией.

Во первых, характерным и даже типичным для детей и подростков является частота и в тоже время смазанность, абортивность психических изменений при различных экзогенах. Наиболее частыми картинами являются астенические, лишь очень редко достигающие аментивных вершин, и оглушенно-сновидные; также редко развивающиеся в выраженно-делириозные синдромы. Далее, часто мы встречаем здесь, хотя и сравнительно элементарную, но все же психозоподобную симптоматику.

Во вторых, наши наблюдения показывают, что можно говорить о характерном, избирательном действии одних вредностей, (например, корь, скарлатина), и отсутствия этой избирательности при действии других вредностей (например, крупозная пневмония); отсюда следует, что принципиально неправильно ставить вопрос о специфичности альтернативно. При одной вредности (например белая горячка, атропинное, кокаиновое отравления и т.п.) эта специфичность есть, при других ее может и не быть.

В третьих, если пытаться выделить некоторые особенности Э.Т.Р. у детей, то это, разумеется, более правомерно сделать не на высоте действия вредности, а в инициальной и терминальной фазах.

В инициальной фазе это в основном картины возбуждения (гипоманиакальные состояния), - торможения (апатически-гипокинетические) и неврастено-подобные состояния. В терминальной и в состояниях исходов наиболее характерны психопатоподобные картины с соответствующим развитием.

Наконец, в четвертых, особенно при действии элементарных вредностей в массивных дозах, одной из наиболее частых форм реакции является моторная, гиперкинетическая вплоть до судорожных разрядов.

ЛИТЕРАТУРА

1. АЛЕКСАНДРОВСКИЙ А.В. - Шизофренический синдром и шизофрения. Труды 2-го Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов. 1937 г.
2. ОН-же. - Самонаблюдение при отравлении мескалином. - Журнал невропатологии и психиатрии № 4. 1935 г.
3. АМЕНИЦКИЙ Д.А. - Из наблюдений над инфекционными психозами на фронте. Современная психиатрия № 1-2 и 3-6. 1917 г.
4. АНДРЕЕВ М.П. - Структура и развитие состояний психической астении. Труды I-й научной сессии Обл. Психоневрол. Ин-та. 1937 г. Пермь.
5. АНДРЕИЧКОВ С.П. - О структуре амнестического синдрома. Монография. 1938 г.
6. БЕЛЕЦКИЙ В.К. - Инфекция и нервная система. - Труды I Укр. Съезда невропатологов и психиатров. Харьков. 1935 г.
7. БЕРНШТЕЙН Я.В. - Об экзогенных типах реакции. Совет. психоневрологии. № 4-5. 1935 г.
ЗАВИЛЯНСКИЙ
И.А.
8. ВЕРХИНА И.В. - Психозы при бруцеллезе. Труды I сессии Психоневрологич. Ин-та. Пермь. 1937 г.
9. БРАМЛОВСКИЙ В.В. - Вегетативная нервная система и психозы. Врачебное дело № 3. 1934 г.
10. БРУХАНСКИЙ Н.П. - К клинике и психопатологии делириозных состояний. Проблемы психиатрии и психопатологии. 1935 г.
11. ВЕНГЕНГЕЙМ К.А. - Лечение шизофрении инсулиновой гипогликемией. Диссертация. 1939 г.
12. ВИНУКUROVA А.И. - О психозах после сыпного тифа. Журнал
ГМИРОВСКИЙ В.А. - псих. неврол. психиатрия № 1-1921 г.

13. ВИНКУРОВА А.И. - О шизофрении в связи с острыми инфекциями. Шизофрения. Со. под ред. Гиллярского В.А.
14. Она же - Шизофренические психозы на почве конгенитального сифилиса у детей. 1935г.
15. ВОЛЬКОВСКИЙ О.И. - К вопросу об эмоциональных реакциях экзогенного происхождения. Труды Украинской психоневрологической академии № 5 1935г.
16. ВЛАСНОВСКИЙ А.Ю. - Эрготизм. Монография. 1937г.
17. ГИЛЛЯРОВСКИЙ В.А. - Инфекции и экзогенные психозы. Труды I съезда невропатологов и психиатров. 1935г.
18. Он же - О биологической сущности экзогенных реактивных состояний.
19. Он же - К вопросу о соотношениях между экзогенным и конституцией в учении об экзогенных психозах. Ж. невропат., псих. и психог. № 5, вып. IV 1935г.
20. ГИРШВЕРГ - Психозы при сыпном тифе. Труды I съезда невропат. и психиатров. 1911г.
21. ГОЛЫЦЫНБЕРГ М.О. - Инфекционно-интоксикационные психозы и э.т.р. Труды I-го Украинск. съезда невропат. и псих. Харьков. 1935г.
22. Он же - К учению об э.т.р. Труды Украинск. Психоневрол. Академии. Т. V. 1935г.
23. Он же - Симптоматология терминального периода при э.т.р. Советск. психоневр. № 6 1935г.
24. Он же - К характеристике некоторых групп экзогенных шизофренических состояний. Труды II съезда невропат. псих. 1937г.
25. Он же - К вопросу об экзогенных маниакальных и депрессивных синдромах. Докл. на общ. сессии Ц. Психоневр. Ин-та Харьков. 1938г.

26. ГЕИМАНОВИЧ А. И. О нервных синдромах общих острых инфекций. Труды I Укр. с"езда невр. и псих. 1935г.
27. ГОЛДЕНБЕРГ И. О. — в К психопатологии аментивного и делириозного синдромов. Советск. Психоневрология № 3. — 1934 г.
И
Насонов Б. А.
28. ГЕИМАНОВИЧ А. И. — Синдром, подобный прогрессивному параличу в острых инфекциях. Врач. Дело № 6. 1930г.
29. ГУРНИЧ И. О. — Инфекционные психозы. Медич. Энциклопедия. т. II. 1930г.
30. ОН-же. — К проблеме локализации психических функций. Труды Укр. с"езда невроп. и психиатров. Харьков. 1935г.
31. ОН-же. — Скулостатический феномен. Жур. Невр. и Псих. № II. 1934г.
32. ОН-же. — Последствия паранфекционных энцефалитов у детей и подростков. 1934г. Сборник по детской психоневрологии.
33. ОН-же. — Об ограничении посттравматических психических расстройств от психогения. — Тезисы доклада невропсих. секции по травматическим повреждениям ц. н. д. 1939г.
34. ДЕРИС Н. А. — К казуистике пеллагриозных психозов у детей. — Вопросы психоневрологии детей и подростков 1935г.
35. ДУВИНИЧ А. М. — К вопросу о стойких формах постинфекционной психической слабости. Труды псих. илин. В. М. Г. У. в. Ш.
36. ДЖАГАРОВ И. А. — Наблюдение и самонаблюдение при отравлении атропином. Совет. Психоневрол. № 3 1935г.

37. ЗАЛКИНЦ Э.М. - Пути изучения экзогенных психозов.
Труды I сессии Психоневр.Ин-та I 1937г.
38. ОН-же. - Пеллагрические психозы как э.т.р.
Советск.Психоневрология № 4-5 I 1935г.
39. ОН-же. - Психодиагностика церебральных заболеваний.
Журн.невр.псих.№ 10 за 1937г.
40. ЗИМАН Р.М. - К материалам психотических синдромов после
сыпного тифа. Труды М.Г.И.1933г.
41. ЗИМАН Р.М. и ИКОВАЛЕВА И.Ф. К вопросу о шизофреноподобных реакциях
при инфекциях и интоксикациях. Сборник
6-ца им.Кащенко т.1. 1934г.
42. ЯВАНОВ-СМОЛЕНСКИЙ А.Г. - О сыпнотифозных психозах.
Врачебное дело № 5-6.1938г.
43. КЕРВИКОВ О.В. - О роли провоцирующих факторов в генезе
шизофрении. Труды I М.Г.У. Вып. V.1934г.
44. ОН-же. - К структуре и генезу делириозных и аментив-
ных состояний. Труды псих.клиники I М.Г.У.
вып.У1.1937г.
45. КОЛТЫЛИН А.Л. Учебник инфекционных болезней. 1937г.
46. КОРГАНОВ. - К вопросу о невращении в детском возрасте.
Современная медицина. 1927г. том.7.
47. КРОЛЬ Н.М. - Эпидемия и его место среди других инфекций
нервной системы. 1936г.
48. КРОЛЬ О. и ВИСНОВСКИЙ А.Д. Пеллагра и психозы пеллагры.
Сб.Вопросы соц.и клинич.психоневрол.т.1 1934г.
49. КРОЛЬ Н.М и БОГЛАРИ Э.М. Сумеречные состояния сознания. Их генез и
структура. Советск.психоневрология № 5.1934г.
50. КУЛИК Д.Л. - О психических изменениях при эрготизме. Со-
ветская Психоневрология № 7. 1935г.

51. КУРДОМОВА - Инфекционные психозы. Каз. Мед. Журн. № 8. 1924.
52. КУТАНИН И. А. - Интоксикационные психозы. В. М. Д. том. I. 1930 г.
53. ЛАПТИКОВ И. И. - Роль печени в этиологии нервной системы.
Журн. неврол. и психиатрия № 2 за 1927 г.
54. ЛОГАЧЕВ К. Д. - П психозах при остром суставном ревматизме.
Советская психоневрология № 3. - 1938 г.
55. ЛЕРМАН И. И. и К клинике инфектогенных психозов. -
ЛИВШИЦ И. А. Советская Психоневрология № 4-5. 1935 г.
56. ЛЫСАКОВСКИИ И. С. - Материалы к изучению эргодизма.
Журн. неврол. и психиатрии № 5 1930 г.
57. МАКЯН П. Ф. - Патогенетически понятные связи в психиатрии.
Труды Уральск. психон. ин-та. 1935.
58. Он-же. - Экзогенные факторы в клинике шизофрении.
Труды I научн. сессии Психоневр. ин-та. Пермь.
1937 г.
59. Он-же. - Психозы в связи с вынужденной бессонницей.
Труды Ур. Психоневр. ин-та т. II Пермь. 1935 г.
60. Он-же. - Экзогенные типы реакции при малярийной терапии.
Труды Украинск. Психоневрол. Академии. Вып. 5.
1933 г.
61. МАМАРОВ В. Е. - Психозы при туберкулезе.
Труды Военно-Мед. Академии.
62. МЫХЛИН С. С. - О посттравматических периодических расстройствах сознания у детей.
Труды Украин. Психоневр. Академии. 5 вып. 1935 г.
63. МЭВЬЕЛЬ С. А. - К вопросу о психических расстройствах при пеллагре. Сбор. б-цы Каценко. Вып. III Москва 1938 г.
64. МЕЛЕХОВ Д. Е. - О классификации шизофренического типа реакции.
Труды псих. ин-та И. М. И. вып. IV. Москва 1934 г.

65. МОГИЛЬНИЦКИИ В.И. Вегетативная нервная система и ее
ТЕРНОВСКИИ В.Н. патология. 1945г.
66. МОЛОХОВ А.Н. - Об онероиде, как шизофреническом делирии.
Журн. невропатологии и психиатрии № 1. 1936г.
68. ИВЯНИНСКАЯ К.А. - К вопросу об остром отравлении беленом.
Журн. неврол. и психиатр. № 6. 1931г.
69. НАСОНОВ В.А. - Об остром экзогенном галлюцинозе.
70. ОН-же -
О variabilityности делириозных и аментивных
синдромов. Сов. Психоневрология №4-5. 1935г.
71. ОСИПОРА Е.А. - Нервно-психические изменения у детей с туберкулезной интоксикацией. Сб. дет. психоневрол. 1926г.
72. ОНА-же -
К вопросу о синдроме нервного истощения в
детском возрасте. Сб. Вопросы психоневр. дет.
и подр. 1934г.
73. ПАВЕРНИИ Г.С. - К характеристике и генезу шизофренического типа
реакции. Совет. Психоневрология № 7. 1936г.
74. ОН-же -
К вопросу о структуре шизофренического типа
реакции. Тр. I сессии Перм. Ис. Ин-та. 1937г.
75. ПЕРЕЛЫАН А.А. - Малярийные психозы. Заку. 1923г.
76. ОН-же -
О современном состоянии вопроса об экзогенных
симптоматических психозах. Клинич. Медицина № 14. 1931г.
77. ОН-же -
Клинические формы психозов при малярии.
Проблема психиатрии и психопатологии, со-
сб. Бруханскому. Москва. 1936г.
78. ПИРОГОВА Л.Т. - О роли печени в патологии нервной системы.
Журн. невропат. и психиатр. № 3. 1936г.
79. ПЕССО Г.Л. - Психозы малярии.
Труды I сессии Перм. Психоневр. ин. 1934г.

80. ОН-же.- Психозы при хронической малярии. Диссертация. 1939 г.
81. ПОКОЛЕНЧУК Е. И.- К вопросу о психозах при остром суставном ревматизме. Журн. Невр. и Псих. № 10. 1933 г.
82. ПОЛИЩУК И. А. Об особенностях психозов при сыпном тифе. Труды I Укр. Съезда Неврол. и Псих. 1936 г.
83. ПОСТОВСКИЙ.- Нервные и душевные заболевания при инфлуэнце. Монография. 1904 г.
84. ПОПОВ Е. А.- К вопросу об э. т. р. Советск. Психоневрология № 2-3. 1931 г.
85. ПОПОВА Е. А.- К вопросу об одной форме э. т. р. Советск. Психоневр. № 2-3 1931 г.
86. ПЕРСКАЯ С. С.- К вопросу о малярийных психозах в детском возрасте. Сбор. Психобольницы им. Кащенко т. I. 1934 г.
87. СВЕТЛОВ Д. С.- К вопросу о клинике и патофизиологии экзогенных психозов. Совет. Психоневр. № 4-5. 1935 г.
88. СЕРЕЖСКИЙ И. Я. Эндогенно-экзогенные образования при гипогликемических состояниях. ГЕШЕЛИНА А. С. Сборн. Трудов ин-та им. Ганнушкина. II. вып. 1938 г.
89. СЕРЕЖСКИЙ И. Я. К постановке вопроса об объеме и классификации шизофренической реакции. Труды псих. I М. М. и вып. IV. 1934 г.
90. СЕЛЕНСКИЙ.- Душевные заболевания на почве сыпного тифа. Киев. Медицинст. № 6. 1922 г.
91. СЕРАФИМОВ Б. Н. Э. Т. Р. при бруцеллезе.- Журн. неврол. и псих. № 3 и № 10. 1937 г.
92. СЕРАФИМОВ Г. Я. Учебник детских болезней 1939 г.
93. СКЛЯР Н. Я. - К клинике малярийных психозов. Совет. Психоневрол. № 5. 1936 г.

94. СНИЖНЕВСКИЙ А.А. - К клинике психических расстройств в течении пеллагри.
Тр. Ин-та Ганнушкина. Вып. I. 1936г.
95. СУХАРЕВА Г.Е. - К структуре посттравматических изменений психики.
96. ОНА-же - Психические изменения в связи с травмой головы у детей. Тр. 2 Вс. съезда невр. и псих. вып. II. 1937г.
97. СОЛОВЬЕВА М.В. - Клиника и течение посттравматических изменений у детей. Журн. невроп. и псих. №10. 1928г.
98. БРОВА О.Г.
99. РАВКИН И.Г. - Структура, клиника и патогенез экзогенных психозов. Труды псих. кл. I М.М.И. Вып. VI. 1937г.
100. ОН-же. - Экзогенные психические расстройства Журн. невр. и психиатр. № 7. 1938г.
101. ОН-же. - Течение и исход экзогенных психозов. Журн. невр. и псих. № 5. 1938г.
102. ОН-же. - Проблема так называемой экзогенной энцефалопатии. Тр. 2 съезда невр. и псих. Вып. 1937г.
103. РОЗЕНШТЕЙН Л.М. - К патопатологии и клинике делириозного состояния. Журн. Психоз., невр. и псих. Т. III 1923г.
104. РОЗЕНЦВЕЙГ В.М. - К вопросу о малярийных церебропатиях в детском возрасте. Жур. невр. и псих. № 2. 1926г.
105. РОЗЕНЦВЕЙГ С.П. - К анализу обманов восприятия при нескальновом отравлении. Тр. I сессии Обл. Псих. Ин-та 1937г. Пермь.
106. ТАТАРЕНКО Н.П. - Современное состояние вопроса об э.т.р. Севр. Психоневрол. № 1. 1933г.

107. ОНА-же.- Роль эндогенного фактора в экзогенном психозе.
Совр. психон. № 4-5. 1935г.
108. ТРИУМФОВА А.Б. - О психич. нарушениях в течении сыпного тифа.
109. ФИЛАТОВ Н.- Семiotика и диагностика детских болезней. 1902г.
110. ШИНКЕЛЬШТЕЙН В.И. - К вопросу о расстройствах сознания при острых экзогенных психозах. Сб. под ред. Юдина и Гольденберга. Проблема острых экзогенных психозов. Харьков. 1933г.
111. ШИНКЕЛЬШТЕЙН В.И. - К структуре острых экзогенных психозов. Проблемы психиатрии. Сборн. посвящен. Бруханскому. Москва. 1935г.
112. ФРАНК.- Психич. расстройства при сыпном тифе. Врач. Дело № 1-2. 1920г.
113. ФРАНК. - Психич. расстройства в связи с гриппом. Днепрпетров. мед. Журнал № 5-6. 1937г.

МНОГОВАЯ ИТЕРАТУРА.

1. BONHOEFFER - 1) Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen.
Aschaffenburgs Handb. Wien, Deut. 1910.
2) Die exogenen Reaktionstypen.
Arch. psych. und Nervenkrank. Bd. 58, 1917.
2. BUMKE - Lehrbuch der Geisteskrank. Wien, 1929.
3. GRIESINGER - Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten.
4. KRAEPELIN - Über den Einfluss akuten Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Arch. Psych. u. Nervenkrankheit. Bd. II, 1881.
5. KLEIST - 1) Episodische Dämmerzustände. Leipzig, 1926.
2) Die Influenzapsychosen und die Anlage zu Infektionspsychosen. Berlin, Inl. Springer, 1920.
6. KRISCH - Die symptomatischen Psychosen und ihre Differentialdiagnose.
Abh. a. d. Gesamtgebiet der Neurol. Psych. und Psychol. N 9. Berlin, Vargen, 1920.
7. PASMANIK - Über Malaria Psychosen. Wien med. Wochen 1897.
8. EWALD - 1) Zur Frage der klinischen Zusammengehörigkeit der symptomatischen Psychosen. Mon. f. Psych. u. Neur. Bd. 44, 1918.
2) Über die Motilitätspsychosen. Arch. f. Psych. u. psych-gerich. Med. Bd. 76, 1925.
3) Psychosen bei akuten Infektionen.
Bumke's Handb. 7, Bd., Sp. t. III, Berlin Spt. 1928.

9. HOCHÉ - Die Bedeutung der Symptomenkomplexe.
Zeitschr. f.d. ges. Neur. u. Psych. Bd.12,
s. 540 - 1912.
10. RÜDIN - Erbllichkeit und Psychiatrie.
Zeitschr. f.d. ges.Neur. u. Psych. Bd.93,
s. 93, s.502 - 1924.
11. STERTZ - Zur Frage d. exogenen Reaktionstypen.
Zentralbl. f.d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 46,
s. 68, 1927.
12. STERTZ - Psychiatria und nervöse Erkrankungen nach
Allgemeinleiden, Infektion u. Intoxikation.
Handb. d. Neur. v. Lewandowsky - Erg. Bd.
s. 639, 1924.

СО Д Е Р Ж А Н И Е

<u>Глава первая</u>	- К современному учению об экзогенном типе реакций.....	1
<u>Глава вторая</u>	- Клиника экзогенного типа реакций у детей и подростков.....	13
<u>Глава третья</u>	- Нервно-психические изменения при некоторых детских и общих инфекциях у детей и подростков (корь, скарлатина, крупозная пневмония).....	57
<u>Глава четвертая</u>	Типы реакции детей - шизофреников и некоторых органиков на привитую малярию и инсулин в гипогликемических дозах.....	95
Заключение.....		108
Литературный указатель.....		111