

ИЗ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ СВЕРДЛОВСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА.

Директор клиники, доктор медицинских наук,
профессор П.Ф.МАЛКИН.

А.Г.ГИРЛЯНДИНА.

СТРУКТУРА ИЩОХОНДРИЧЕСКОГО СИНДРОМА.

Диссертация на соискание ученой
степени кандидата медицинских наук.

Гор. Свердловск.

1 9 4 6 г.

OF JASPER.

ВВЕДЕНИЕ	2 - 3	стр.
Глава I - ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ ОБ ИПОХОНДРИИ	4 - 16	"
Глава II - КЛИНИКА СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ-ИПОХОНДРИЧЕ- СКИХ РЕАКЦИЙ	17-120	"
1. Экзогенные сенестопатически-ипохондри- ческие состояния	17-20	"
2. Экзогенно-психогенные сенестопати- чески-ипохондрические состояния	20-102	"
3. Психогенные сенестопатически-ипохондри- ческие реакции	102-112	"
4. Выводы по главе II-3.	112-120	"
Глава III - КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКИХ СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ- ИПОХОНДРИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	121-192	"
1. Хронические сенестопатически-ипо- хондрические состояния, как исход реактивных ипохондрий.	122-132	"
2. Хроническое постепенно развивавшееся сенестопатически-ипохондрическое состояние	132-162	"
3. Ипохондрическая психопатия и ипо- хондрическое развитие личности.	164-170	"
4. Сенестопатически-ипохондрические состояния при эндогенных заболеваниях	171-190	"
5. Случаи с деперсонализацией.	181-191	"
6. Выводы по главе III-4.	192-192	"
Глава IV - ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ С.	194-209	"
ОТЕ РАПИИ	209-211	"
Глава V - ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ	212-217	"
ЛИТЕРАТУРНЫЕ УКАЗАТЕЛИ	218-231	"
ПРИЛОЖЕНИЕ	табл. 1-6.	

ВВЕДЕНИЕ.

Ипохондрия - одна из больших пограничных медицинских проблем.

До XIX века ипохондрия связывалась с заболеваниями органов, лежащих ниже реберного края (*hypochondrion*) и составляла главу внутренней медицины.

В конце XVIII и начале XIX века ипохондрия рассматривалась как ^{нервное} заболевание - симпатический невроз.

В дальнейшем, в течение XIX века, она все больше и больше отходит к психиатрии, сначала как самостоятельное заболевание, а затем как синдром различной структуры и генеза.

Больные ипохондрией, страдая от мучительных ощущений, обращаются, раньше всего, к врачам соответствующих специальностей, как правило, не находящим у них объективного подтверждения заболевания.

Между тем, тягостные ощущения, испытываемые больными, вполне реальны.

В этом интерес и громадное практическое значение проблемы ипохондрии как для невропатологии, так и для внутренней медицины.

Но одни лишь ощущения и эндосоматические восприятия, как бы они ни были важны в генезе ипохондрического синдрома, сами по себе еще не делают больного ипохондрикком. Для этого, в громадном большинстве случаев, нужно еще "нечто". И это "нечто" - от личности.

Таким образом, ипохондрия находится на стыке соматической медицины, невропатологии и психиатрии.

В наше время, когда делаются исключительные усилия для соматического, церебрально-патологического обоснования психических расстройств, проблеме ипохондрических состояний, казалось-бы, должно быть уделено большое внимание.

Этого, к сожалению, нет.

Так, в больших монографиях, посвященных проблеме синдромов (Кронфельд, Гольденберг), ипохондрические состояния почти не упоминаются. В нескольких же журнальных статьях описываются, главным образом, ипохондрические формы шизофрении.

Вместе с тем, крупнейшие достижения в изучении физиологии и патологии мозга позволяют, как нам думается, именно теперь вернуться к этому вопросу.

Настоящей работой мы имеем ввиду подвести некоторые итоги изучения этой сложной и чрезвычайно важной проблемы современной психиатрии.

В соответствии с общим направлением нашей клиники, наряду с клинической характеристикой различных ипохондрических состояний, в центре нашего внимания стояли также вопросы этиопатогенеза и активной терапии.

1-я ГЛАВА. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ
ОБ ИПОХОНДРИИ.

Уже Гален — крупнейший представитель медицины начала нашей эры, дал законченное учение об ипохондрии "ипохондрический бо-
лезни" (*Morbus hypochondriacus*). Он считал, что болезнен-
ные изменения в соках организма и, раньше всего, в крови и
желчи, приводят к нозофобическим представлениям.

Гризингер (1817-1868 г.), основоположник соматологического
и церебрально-патологического направления в психиатрии, отно-
сит ипохондрию к "состояниям психической подавленности: тоски
или меланхолии". Гризингер подчеркивал безусловную реаль-
ность ощущений, на которые обычно жалуются ипохондрики. "На-
сколько эти представления составляют настоящее безумие, —
писал он, — настолько же ИСТИННЫ САМЫЕ ОЩУЩЕНИЯ, СЛУЖАЩИЕ ИМ
ОСНОВАНИЕМ^{х)}".

По Мейнерту (1833 — 1892) ипохондрия, как и истерия, за-
болевание, возникающее вследствие расстройства питания мозга
и раздражения подкорковых центров общего чувства.

Большой интерес представляют воззрения на ипохондрию круп-
ного представителя психиатрии второй половины XIX века —
Крафт-Эбинга. В отличие от Гризингера, он относит ипохондрию
к "помешательствам, развивающимся из конституциональных
невропсихозов", наряду с неврастеническим, истерическим и
эпилептическим помешательством. Крафт — Эбинг различает

х) Курсив шаш. А.Г.

ипохондрический невропсихоз, состояние психической слабости при ипохондрии и ипохондрическое сумасшествие.

Тоска и меланхолия, описанные Гризингером, действительно имеют место при ипохондрии, но они возникают "не первичным, а последовательным образом и служат реакцией на тягостные общие чувствования, паралгии и так далее и на связанные с ненормальными ощущениями, угнетающие представления".

В этом смысле ипохондрию, по Крафт-Эбингу, можно даже назвать неврозом чувствительной сферы, — "неврозом общего чувства".

Облегченная способность психики к восприятию "возбуждений, происходящих в других органах", доминирование в сознании этих реальных и необычайно тягостных ощущений, их вторичное истолкование, вторично развивающийся уход в себя, в мир своих ощущений, "крайний эгоизм" — таковы основные черты ипохондрии — болезни, встречающейся по Крафт-Эбингу, чаще у мужчин.

Постоянная готовность к аллегорическому истолкованию своих ощущений сближает параноика с ипохондриком, отличающегося с малых лет своеобразной логикой. Это истолкование иногда переходит в нелепейший ипохондрический бред.

Подобно Гризингеру, Крафт-Эбинг считает, что в основе ипохондрии всегда лежит какое-нибудь телесное заболевание. "Ипохондрики, утверждает он, не мнимобольные".

Автор выделяет нажитую ипохондрию у лиц без наслед-

ственного предрасположения, с благоприятным течением и исходом в выздоровление. При тяжелой, преимущественно, конституциональной ипохондрии вслед за ипохондрическим невропсихозом, развивается состояние психической слабости и ипохондрическое сумасшествие.

Жолли - автор первой большой монографии об ипохондрии (1883 г.) - считал некоторые формы ее тяжелым, хроническим страданием, длящимся "гораздо чаще годами, чем месяцами и остающимся нередко десятки лет и не покидающим больного всю жизнь". Он же выделяет ипохондрию с поражением субстрата и без поражения его.

Наконец, Вернике - последователь Майнерта, в его попытках церебральной локализации психозов, относит ипохондрию к сомато-психозам и видит в ее основе психо-сенсорные парестезии органов, в связи с нарушением их функций.

Таковы некоторые этапы учения об ипохондрии в донологическую эпоху.

Разумеется, что одновременно с развитием учения о неврозах и, главным образом, о неврастении (Бирд 1880 г.), не было недостатка в попытках отнести ипохондрию к неврозам.

О "многочисленных точках соприкосновения с неврастением, так как этот невроз нередко составляет у ипохондрика соматическую основу и исходный пункт для мрачного настроения и систематизированных идей бреда" говорит уже Крафт-Эбинг.

Черемшанский, переводчик учебника Крафт-Эбинга на русский язык, отражая довольно распространенные мнения, предлагает отнести ипохондрию к неврастеническим психозам.

В группе невротозов это заболевание описывают Шарко, Дюбуа. Сиденгам идентифицирует ипохондрию с истерией.

Во взглядах на ипохондрию большое, иногда даже решающее, значение имел тип учреждения, в котором авторы изучали это болезненное состояние.

Гризингер, Крафт-Эбинг, Жолли и другие изучали больных больших психиатрических больниц. Дюбуа, изучавший эту же проблему в условиях санатория с психотерапевтической направленностью, вообще отрицает какую бы то ни было органическую основу ипохондрии и видит в ней только способ мышления (*une maniere de penser*). и неврастении, в комбинации с дегенеративными особенностями, относил ипохондрию и Корсаков, допускавший соответственно и психологический ее патогенез. На такой же точке зрения стоял и Сербский.

Таким образом, можно считать, что еще в донозологическую эпоху было установлено, что ипохондрия — это далеко не единое заболевание. Правильнее говорить не об ипохондрии, а об "ипохондриях", поскольку они имеют различную структуру, течение, исход, а также, по видимому, этиологию и патогенез.

Результатом именно такого "понимания ипохондрического помешательства" явилось требование Мерклина (1892 г.) не ограничиваться диагнозом "ипохондрия", а полное опре-

делать то болезненное состояние, при котором между прочим симптомами наблюдаются и ипохондрические идеи.

Из развития учения об ипохондрии вытекает, что в нозологической классификации психических заболеваний она вряд ли могла найти место.

И в самом деле, ипохондрия Эскироля и Гризингера, ипохондрическое сумасшествие Мореля и Крафт-Эбинга, ипохондрический психоз Шюле, сомато-психический Вернике -- все они постепенно исчезают, как нозологические единицы в эпоху Крепелина.

Крепелин описывает ипохондрию лишь в разделе состояний, а не болезней. По его мнению, это синдром, встречающийся при разнообразных заболеваниях: неврастении, неврозе ожидания, неврозе навязчивых состояний, травматическом неврозе, у психопатов, в частности, при дегенеративной истерии.

При описании ипохондрии, Крепелин явно акцентуирует не ощущения, а представления о, будто-бы, имеющих ощущениях.

Этой же точки зрения придерживается и ряд современных психиатров.

Так, в объяснении терминов распространенного учебника по психиатрии профессоров Гуревича и Серейского, ипохондрические идеи определяются как "мысли о мнимом заболевании, причем больной жалуется на несуществующие или преувеличенные боли". Профессор Грумкин в "психиатрической

терминологии" пишет: "ипохондрические тенденции проявляются в склонности к обнаружению у себя несуществующих в действительности заболеваний".

Что же касается ипохондрических психозов, то они все больше описываются то в группе шизофрении (Блейлер, Кречмер, Бориштейн, Консторум, Окунева, Барзак, Момот и другие), то как маниакально-депрессивный психоз (Фридман, Шварц и другие), то включаются в пресенильные психозы.

Для изучения психопатологической структуры ипохондрического синдрома были использованы все достижения структурного анализа психозов и, раньше всего, понятие об ипохондрической конституции.

По Брауну, это с одной стороны, личности с мягкими эстеническими депрессиями, с другой — истерики.

Кречмер подчеркивал значение депрессивного фона; но в то время, как Крафт-Эбинг, Колли, Хитцинг и другие выводили депрессивное настроение из болезненных изменений самосознания, Кречмер допускал более сложные взаимодействия настроения и ощущений.

Не только ощущения определяют настроение, но и настроение через изменение вегетатики дает соматические сенсации, создающие, в свою очередь, ипохондрическую настроенность.

Кан считает, что конституциональным ипохондрикам свойственны: сосредоточение на себе, большой педантизм, пассивность, повышенная утомляемость, гипофункция инстинктов, влечений и недостаточность каких-либо органов.

Школа психоаналитиков, во главе с Фрейдом, считает ипохондрию нарцисстическим неврозом.

Характерным для ипохондриков является "нарциссизм - либидинозное дополнение к эгоизму....фиксирование либидо вместо об"екта на собственном теле и собственной личности".

Помимо изменения направления либидо от об"екта - к личности, у ипохондриков, по Фрейду, происходит своеобразное изменение в частях тела, приобретающих характер "эrogenных зон".

Яррайс считает ипохондрическую идею "молекулой ипохондрического синдрома".

К особенностям ипохондриков, по Яррайсу, относятся: боязнь, нерешительность, впечатлительность, округлость и медлительность, своеобразная установка личности во взаимоотношения "Я" и внешнего мира; установка, определяемая автором как "астенический интроспективный эгоизм".

Особенное значение здесь имеет готовность к сверхценным идеям, к которым, по мнению большинства авторов, и относятся мнргие ипохондрические опасения.

При совпадении переживания, соматической недостаточности и конституционального предрасположения формируется, обычно, ипохондрический синдром.

Однако, он нередко развивается, как-бы, аутохтонно.

Доказано, что громадное значение в развитии ипохондри-

ческого синдрома имеют нарушения чувствительных импульсов от органов к мозгу - сенестопатии (Дэпре и Камто, Денбел-Девасти, Керер и другие).

Однако, как правильно указывает Эррадо, "одни измененные ощущения еще не делают ипохондрика". Это добавочное "нечто" авторы, обычно, видят в конституции ипохондриков. Но во многих случаях даже самое тщательное исследование не устанавливает каких-либо существенных особенностей в их преморбидной личности.

Да и вообще, апелляция к конституциональным свойствам, особенно в случаях, принимающих тяжелое, хроническое, как бы даже процессуальное течение, и в то же время не укладывающихся в рамки известных нам процессуальных психозов, - явно недостаточна.

Новые возможности анализа этих состояний дает церебральная патология, достигшая за последние десятилетия громадных успехов.

Так, Шильдер, один из первых описавший схему тела и ее расстройства, указал, что ипохондрия, расстройства схемы тела и деперсонализация стоят в одном клиническом ряду и родственны друг другу.

Достаточно просмотреть работы о описании мозговых поражений, сопровождающихся расстройствами схемы тела, деперсонализацией, а иногда даже синдромом Котарра - нигилистическим бредом, чтобы не осталось никаких сомнений в том, что во многих этих случаях описывается симптоматика, хорошо известная нам при ипохондрическом синдроме (Шильдер,

Петцль, Эренвальд, Гуревич, Членов, Шмарьян, Залкинд и другие).

В этом смысле представляют большой интерес сравнительно старые работы Клерамбо о хронически галлюцинаторных психозах.

В основе этих психозов, по Клерамбо, лежат автоматизмы центрального сенсориума.

При соматических ощущениях трудно установить, являются ли они настоящими соматическими галлюцинациями или реальным расстройством ощущений. При этом нет параллелизма между силой ощущений, глубиной переживания и степенью реакции на них.

Таким образом, можно различать следующие разновидности ипохондрии:

Во-первых, конституциональную ипохондрию (*hypochondrie constitutionnelle* Брамэ 1844 г.), характеризующуюся мнительностью, то красной нитью проходящей через всю жизнь, то выступающей временами при особых условиях (заболевание, психогения и тому подобное).

Во-вторых, более или менее "случайные" (*hypochondrie accidentelle* Брамэ) преходящие ипохондрические реакции, как у конституционально-здоровых, так и у субъектов предрасположенных.

В-третьих, различные картины ипохондрических психозов, являющихся исходом острых ипохондрических реакций.

В-четвертых, ипохондрические состояния при различных душевных заболеваниях, занимающие в основной картине бо-

лезни более или менее второстепенное место.

Однако, "между ними", то вырастая из конституциональ-
ных особенностей личности, то часто и вне связи с ними,
неизменно остаются многочисленные ипохондрические кар-
тины с разнообразной структурой и течением (Шаранова,
Шлессо, Сканави).

Исходя из взгляда на ипохондрию, как на синдром, в ос-
нове которого на разных этапах болезни лежат то реальные
ощущения — онеместонатии, то, главным образом, представления,
а чаще всего их комбинация, мы в дальнейшем будем его име-
новать онеместонатически-ипохондрическим синдромом.

Задачей нашей работы является изучение клинической
структуры и соматических основ этого синдрома, причем
особое внимание мы уделяем тем разновидностям ипохондрия-
ческих состояний, которые не укладываются в рамки извест-
ных нозологических групп и приближаются к понятию "ипо-
хондрия — болезнь".

Наша работа основывается на клиническом изучении
100 больных по материалам психиатрической клиники, больни-
цы и эвакогоспиталя.

Общая характеристика больных такова:

мужчин — 20, женщин — 80.

Возрастной состав:

от 16-20 лет	-	6	больных
от 20-30 "	-	40	"
от 30-40 "	-	47	"
свыше 40 "	-	7	"

Наследственная отягощенность отмечалась в 16 случаях:

эпилепсией	-	5 случаев
шизофренией	-	3 "
психическим заболеванием невыясненного характера.		4 "
психопатическая отягощенность		4 "

По конституции наши больные распределяются следующим образом:

1. Атлеты	-	41
2. Астеники	-	28
3. Пикники	-	11
4. Пикники с атлетическими компонентами		5
5. Астеники с атлетическими компонентами		6
6. Диспластики	-	5
7. Инфантильно-грацильные		4

Характерологические особенности больных таковы:

эпитимы	-	42 чел.
тревожно-мнительные		14 "
циклотимы	-	14 "
шизотимы	-	13 "
сплав цикло и эпитимных черт	-	10 "
"средние"	-	7 "

По клиническому течению больные разделяются на 2 группы:

1- ГРУППУ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ (59 больных), в которой заболевание начинается остро, кончается полным выздоровлением или значительным улучшением.

II-ГРУППУ ХРОНИЧЕСКИХ ИПОХОНДРИЙ (41 больной). Эта группа, в свою очередь, также подразделяется на 2 подгруппы:

- 1) ипохондрические реакции, перешедшие в хроническое ипохондрическое состояние (6 больных);
- 2) случаи, где заболевание с самого начала развивается постепенно (12 человек).

Для хронических ипохондрий характерна тенденция к процессуальному течению с обострениями и исходу к более или менее выраженным изменениями личности.

Мы пытаемся классифицировать ипохондрический синдром по ведущему этиологическому признаку. В соответствии с этим, в группе ипохондрических реакций мы различаем:

- 1) **ЭКЗОГЕННЫЕ СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ-ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ**. - 42 случая

- Из них: а) сенестопатически-ипохондрический синдром в связи с закрытой травмой мозга - 16 больных
- б) сенестопатически-ипохондрический синдром в связи с ранениями мозга. - 3 "
- в) сенестопатически-ипохондрический синдром в связи с экстракраниальными ранениями - 19 "
- г) сенестопатически-ипохондрический синдром в связи с хроническими интоксикациями и инфекциями. - 4 "

- 2) **ЭКЗОГЕННО-ПСИХОГЕННЫЕ СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ-ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ** - 3 случаев

- 3) **ПСИХОГЕННЫЕ СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ-ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ**. - 9 "

Группу хронических ипохондрий составляют, главным образом, больные с органическим поражением мозга.

Кроме того, в целях дифференциации, в этой группе уделяется внимание ипохондрической психопатии с патологическим развитием (6 случаев), эндогенным заболеваниям с ипохондрической симптоматикой (13 случаев), а также больным с деперсонализацией (4 случая).

II-я ГЛАВА. КЛИНИКА СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ-ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ.

Заболевание, чаще всего, проявляется остро. Внезапно. Возникают разнообразные мучительные, трудно поддающиеся описанию ощущения.

Они отличаются "згучестью", отсутствием точной локализации, способностью приковывать к себе все внимание, все помыслы больных.

"Греть жимы.... горит мозг.... весь в огне.... желудок, сердце останавливается.... мураши все тело опоясывают... то будто холодной водой поливают, то - крапивой жгут.... Кто-то за сердце дергает.... оборвалось сердце.... кожу одирают.... что-то булькает, переливается.... кости тают как дым.... мышцы расплавились!" - таковы характерные жалобы.

Новые, необычайно тягостные ощущения потрясают душевную жизнь больных. Они охвачены смятением и тревогой. На высоте же заболевания, нередко наблюдается приступ безотчетного страха, близкого к панике.

Гонимые этим страхом, больные повторения подобных состояний, бегут от врача к врачу, ища помощи и спасения.

Иногда безотчетный страх смерти сменяется осознанным опасением какого-либо определенного заболевания: "рак пищевода", "сифилис". Нередки попытки к самоубийству, вызываемые страхом перед повторением подобных приступов.

"Острые" ипохондрии возникают то под влиянием исключительно психогенных факторов, то при наличии какого-либо

соматического заболевания с последующим психогенным наслоением, то в результате лишь экзогенны.

Исход ипохондрических реакций различен: от полного выздоровления до перехода в хронические ипохондрии.

Ажитация, тревога и страх, отремление больных быть "в поле зрения" врача, мучительная потребность их говорить только о себе, о своих ощущениях, переживаниях, — своеобразный эгоизм, эгоцентризм приводит к внешнему сходству с истерией.

Впечатление о нем усиливается благодаря возникновению все новых и новых разнообразных и причудливых, иногда, несаях характер "надуманных" ощущений.

Своеобразная аутичность ипохондриков, всецело поглощенных своими ощущениями, их вторичная депрессия, наконец, уже упомянутая "истеричность", — заставляют при поверхностном знакомстве с больными штамповать их состояние диагнозом: "ишиасия", "депрессивная фаза циркулярного психоза" или "истерия".

В зависимости от уровня развития больных, их культуры, интеллекта, знакомства со специальной литературой, благодаря ощущениям может возникнуть ипохондрический бред разнообразного содержания.

То это примитивный бред одержимости: "змея, лягушка в животе", то различные неспособности: "зипинная сухотка", "рак пищевода". Часто бред этот укладывается в синдром Катарра: "все высохло... иссохло... желудок атрофировался".

1. Экзогенные сенестопатически-ипохондрические состояния.

Война, сопровождавшаяся различными травмами, интоксикациями, инфекциями, дала для изучения острых экзогенных богатый клинический, близкий к экспериментальному, материал.

В клинике психических заболеваний военного времени нам пришлось наблюдать сенестопатически-ипохондрические состояния в результате закрытой травмы мозга, экстрацеребральных и черепных ранений и у ампутированных.

Переходим к описанию отдельных групп.

СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ-ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ МОЗГА.

В начале заболевания в клинической картине больных с закрытой травмой мозга преобладала повышенная возбудимость, астения, апатичность и заторможенность.

Лишь спустя довольно продолжительный период (от 3 до 6 месяцев), на фоне общей астении, все более и более рельефно выступала "ипохондричность" больных. Появлялись разнообразные ощущения, варьирующие от обычно испытываемых больными головных болей, общей слабости, шума в ушах, до странных, необычных ощущений изменения восприятий своего тела: "легкость", "невесомость", "пустота внутри", "кожа ссыхается".

У всех больных наблюдалась легкая, но отчетливая симптоматика органической недостаточности центральной нервной системы. Отмечалось нарушение черепно-мозговой

иннервации по центральному типу, повышение охуживных рефлексов с анизо-рефлексов, отсутствие брюшных рефлексов, часто - патологические рефлексы: Гордона, Оппенгейма, Бабинского.

Последование ликвора давало указание на повышение внутричерепного давления.

В спинно-мозговой жидкости в трети случаев имело место повышение количества белка до 0,75%, при нормальном цитозе.

Со стороны вегетативной нервной системы наблюдалась повышенная вестибулярная неустойчивость, гипергидроз, влажные теплые ладони, тахикардия.

У большинства больных отмечалось значительное повышение кровяного давления (максимальное по Рива-Роччи 130 мм/м), повышение кислотности желудочного сока (без анамнестических указаний на желудочно-кишечные заболевания).

Среди вегетативных расстройств наблюдалась также неясная "необъяснимая" гипертермия, не отражающаяся на термограмме. У ряда больных констатировалась полидипсия, никтурия, расстройства сна, углеводного обмена.

Приводим историю болезни:

Сл. 1-й В-в Н.Т. 33 лет. Находился в психиатрической больнице с 20/УП-40 до 19/Ш-41г. Красноармеец. Участник финской войны. При разрыве снаряда был засыпан землей. Терял сознание на 3 часа. Лечился в одном из эвакугоспиталей. При эвакуации в тыл - случайное падение с лестницы, сопровождавшееся ударом головы о потерей сознания и закрытым переломом бедра.

Впервые неправильности в поведении отмечены через 2 месяца после падения с лестницы: отказывается от пищи, не разговаривает.

Поступил в Свердловскую психиатрическую больницу через 4,5 м. после фронтальной травмы и 2 месяца после падения с лестницы.

Соматический статус: Астеник. Кахексия (при росте в 167 см. — вес 46 кг.). Старческий облик. Тонкая, сухая, морщинистая кожа.

Приглушены тоны сердца. Брадикардия: пульс равен 60 ударам в минуту. Кровяное давление — 90/70 мм. Hg.

Нервная система: Инт. Зрачки равномерны с вялой реакцией на свет. Опушен правый угол рта. Язык при высосывании отклоняется влево. Отсутствуют брюшные рефлексы. В остальном нервная система — без патологии.

Психическая сфера: В начале поступления — расстройство сознания. Дезориентирован в месте, времени, не знает окружающих. Разговаривает с галлюцинаторными голосами. Состояние психомоторного возбуждения, периодически, сменяется прострелами. Абсолютная бессонница, несмотря на прием наркотиков. Отказывается от еды — производится искусственное кормление.

Через 2 месяца — сознание ясное. Упорядочен.

Адинамичен, безынициативен. Много времени проводит в постели. Безнадежно-тоскливое выражение лица. Спонтанно ни на что не жалуется. При расспросах же масса недифференцированных жалоб: "все болит..."

давит... жмет... здесь не могу". Амнезировал пребывание на фронте, лечение в госпитале, падение с лестницы, период острого психотического состояния.

Остойкая безсонница. Аморекия. Не ест по 3-4 суток: "нет аппетита, не хочется".

В личном анамнезе нет ничего, заслуживающего особого внимания. Характеризует себя мягким, тихим, добрым человеком. По словам родных никогда ничем не болел.

Данные лабораторных исследований:

Гемограмма: лейкоцитов 6600, лимфоц. 45%, сегмент. 40%, пал. 6, 3%. Эозиноф. 3%, моноц. 5, 5%. РОЭ 14 м/м.

Спинно-мозговая жидкость вытекала под высоким давлением. Патологических отклонений в ликворе не обнаружено. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательна. Моча - без патологии. Никтурия. Ночной диурез 350, 0, дневной - 250, 0.

Сахарная кривая крови с нагрузкой 50, 0 глюкозы. № - 74, через 0,5 ч. - 80, через 1 час - 111, через 2 часа - 170. Отсутствует потовая реакция на прием 1,0 аспирина.

Проба Вонтека в кресле Барани вызвала бурную моторно-вегетативную реакцию: сильное головокружение, аффект страха. Слабая эритемная реакция^{х)} на облучение УВЧ - "2".

х) Исследование эритемной реакции проводилось нами по методу д-ра Плеско и некоторых других авторов, согласно которым интенсивность реакции на определенно дозированное облучение оценивается по пятибалльной системе. Наивысшая оценка "5". Отсутствие реакции - 0.

Применялась инсулинотерапия (от 5-15 межд.единиц), с последующим внутривенным вливанием 40% глюкозы. После 8 месячного пребывания в клинике у больного появился аппетит, наладился сон. Больной стал активнее, общительнее. Прибыл в весе на 10 кг. Сгладились ощущения тяжести, давления. В таком состоянии выписан под наблюдение родных.

РЕЗЮМЕ. У здорового человека после двукратной закрытой травмы черепа развивается острое психотическое состояние с расстройством сознания, психомоторным возбуждением. На первом этапе - картина экзогенного типа реакции, в форме аментивного состояния. В дальнейшем - ретро и антероградная амнезия.

Адинамия, абulia, кахексия с расстройствами сна и обмена, вегетативно-трофические нарушения, тягостные ощущения на фоне депрессии - весь этот симптомокомплекс говорит об органическом заболевании мозга с преимущественной заинтересованностью областей, регулирующих вегетативно-трофические функции.

Этиологическим фактором, в данном случае, является повторная тяжелая закрытая травма мозга.

Сл. 2-й К-й П.Ф. Красноармеец 42 лет. В личном анамнезе - ничего особого. Мягкий, застенчивый, замкнутый и впечатлительный человек.

В феврале 42 г., при разрыве авиабомбы, был отброшен на несколько метров и засыпан землей. Находился без сознания около 2-х часов. Через 50 дней после травмы поступает в специализированный эвакуационный госпиталь с жалобами на мучительные ощущение

ния: "сохнет кожа....горит все огнем....щелкает, булькает...током бьет".

Больной астенизирован. Отмечается бессонница, плохой аппетит. Кроме постоянных жалоб на необычные ощущения и легкого состояния тревоги, в поведении больного - ничего психотического. Он мягок, приветлив, адекватен.

Сомато-неврологический статус: Астено-атлет. Бледность кожных покровов. Ныющие теплые ладони. Тахикардия: пульс 100 ударов в минуту. Кровяное давление 170/80 мм. Глуховатые тоны сердца.

Открыт левый угол рта. Язык отклоняется вправо. Отсутствуют брюшные рефлексы. Высокие сухожильные *37d*, слева Гурдон и Бабинский.

Лабораторные исследования:

РСО 10 м/м. Гемограмма, моча - без патологических изменений. Ликвор вытекает фонтаном. В спинно-мозговой жидкости цитоз - 3, белка 0, 39%₅₀, реакции Коши и Коши-Апельта - положительны. Ланге - 121000000000. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательна. В желудочном соке свободной соляной кислоты 75, общая кислотность 93. Никтурия (Н.Д. = 1150, Д.Д. = 620). Проба Воячека дала резкое усиление болезненных ощущений с бурной моторной и вегетативной реакцией.

Терапия - внутривенные вливания 40% глюкозы. Постепенно уменьшалось количество неприятных ощущений, оглаживалась их острота. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Рисунки. Развитие заболевания в непосредственной связи с травмой, неврологическая симптоматика, изменения спинно-мозговой жидкости, наличие диффузных, протопатических ощущений в сочетании с расстройством сна и аппетита, - говорит за заболевание такого же типа, как и в случае № 1.

В ряде случаев, кроме тягостных, диффузных ощущений, имелись психоветивбулярные расстройства с деперсонализацией.

Так, в сл. 3-м Мв С. Красноармеец 30 лет. Через 6 месяцев после полученного им "оглушения" от разорвавшегося вблизи снаряда поступает в специализированный эвакуационный госпиталь с жалобами: "в воздух подымает...крутит, вертит и кружит". Наряду с этим - ощущения ясно протопатического характера: "огнем горю...кости рубят, крутят и тянут".

Больной тревожен, растерян, испытывает страх. Отмечается бессонница. Неоднократны под "ёмы" температуры до 39° без изменения формулы крови.

Сомато-неврологический статус: Астеник. Бледность кожных покровов. Сухая, шелушащаяся кожа. Тахикардия: пульс 110 в 1 минуту. Кровяное давление - 160/80 мм Hg. Внутренние органы - без патологии.

Левосторонний ПТОЗ. Язык отклоняется вправо. Коленные рефлексы 87d. Слева - Оппенгейм и Гордон. Очень явные браширы 82d.

Лабораторные исследования:

РСО - 7 м/м. Гемограмм, моча - без патологических изменений. В крови плазмидиев малтрин нет. Повышена кислотность желудочного сока: свободной соляной кислоты 80, общая кислотность 140. Ночной диурез равен дневному. Ликвор без патологических изменений. Реакция Нассермана в крови и ликворе отрицательна.

Терапия - инсулином от 5-10 межд. ед. в комбинации с внутривенным вливанием 40% глюкозы. Постепенно налаживался сон. Прекращались под "емн" температуры, исчезли жалобы на неприятные ощущения. Параллельно с улучшением состояния отмечалось снижение кислотности желудочного сока до нормальных цифр (свободной соляной кислоты 40, общая кислотность 60), дневной диурез стал превышать ночной. Через 3 месяца выписан в хорошем состоянии.

В клинической картине некоторых больных привлекали внимание разнородные жалобы на состояние желудочно-кишечного тракта. Заболевание начиналось приступами, кризами: "невероятные боли... закупорка кишек... они лопнули и содержимое вытекает". Больные в тревоге и беспокойстве требовали "немедленной операции, чтобы спасти жизнь".

По миновании криза наступала апатия и отмечались постоянные тягостные, ноющего характера, ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта. Тщательное симптоматическое исследование таких больных не давало обяснения их жалобам.

Таков сл. 4# К-в М. 16 лет. Находился в психиатрической клинике с 6/II-40 г. по 15/II-41 г.

В 1937 г., качаясь на качелях, сильно ударился затылком о столб. Долго был без сознания. В 1940 г. получил удар по левой теменной кости (упал телеграфный столб). В течение нескольких часов — бессознательное состояние. Через 3 месяца после удара появились омабоот, головокружение, "колотье в животе". Часто обращался к терапевтам, ничего не находившим у него. Последнее время беспокоят "приступы". Внезапно появляется головокружение, резкие боли в животе, жжение и боль в области сердца, страх. В эти моменты все "делается ненастоящим". Приступ кончается потерей сознания.

Врачи скорой помощи, неоднократно вызывавшиеся к больному по поводу этих приступов, диагностировали то "сердечный припадок", то "почечные колики".

Характеризует себя веселым, общительным, жизнерадостным.

Данные об объективного исследования:

Соматический статус: — атлет, пониженного питания. Тахикардия. — пульс 100 ударов в минуту, кровяное давление 140/70 мм Hg. Внутренние органы без патологии.

Нервная система: опущен правый угол рта. Высокие сухожильные рефлексы α_1 и α_2 . Валье брадические α_1 и α_2 гипокинезии.

Психическая сфера: Правильная ориентировка во времени, месте. Производит впечатление сонного, как-то, несколько отлученного человека. Тихий, еле слышим голосом жалуются на слабость, "боли и рези" в желудке, "боли и спазмы" в сердце. Временами ощущает "как немеют руки": то они становятся очень тонкими, худыми и длинными, то "раздуваются как подушки". Иногда, все окружающее становится "ненастоящим", неясным.

О труде говорит, о труде переживает. Полностью поглощен своими ощущениями. Ни о чем другом не может думать, говорить. Оценивает свое положение безнадежным и, в то же время, настоятельно требует лечения.

Лабораторные исследования:

Гемограмма - норма без патологии. Ночной диурез равен дневному. Отсутствует ритмичная реакция на облучение УФЛ, потовая реакция на прием асперина.

Слизисто-косточная жидкость вытекает свободно. Патологических изменений при исследовании ликвора не обнаружено. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательна. Сахарная кривая с нагрузкой 30,0 глюкозы имеет растянутый характер с замедлением падения уровня сахара.

$N = 105$, через $1\frac{1}{2}$ ч. - 108, через 1 час - 108, через 2 часа - 105.

Проба Воячека привела к реактому усилению ощущений, появлению тревоги, страха смерти.

Терапия - малые дозы инсулина (от 10-20 межд. единиц), в комбинации с внутривенными введениями 40% глюкозы и 10% хлористого кальция.

Прекратились приступы болей в желудке, страха и головокружения. Больной стал активнее, менее психондричным. Выписан на работу.

РЕЗЮМЕ: Приступы ангиоспастического характера, сопровождающиеся страхом, головокружением, расстройством схемы тела, состоянием дереализации, появившиеся вскоре после тяжелой травмы черепа у здорового юноши, не составляют никакого сомнения в травматической этиологии заболевания.

Состояния, отмечающиеся у больного, укладываются в понятие "автономной дисинцефальной эпилепсии", Пенфилда и напоминает картины, описанные Имарианом при височко-теменных поражениях.

Ст. 5-й М-в В.В. Красноармеец 29 лет. Наследственно не отягощен. Ничем не болен. Жизнерадостный, веселый человек. В августе 1941 г. "контузия" безсознательное состояние в течение 11 часов. Отмечалось носовое кровотечение. Через 4 м. после травмы, внезапно - резкие боли в области живота: "будто кишка лопнула и полилось что-то". В тревоге и смятении требовал немедленной операции - "иначе помру!"

Консультацией терапевтов и хирургов были исключены какие-либо соматические заболевания. В связи с непрерывными "необоснованными" жалобами и требованиями операции - переведен в специализированный эвакугоспиталь.

Социальный статус: Атаст. Внутренние органы без патологии. Мысли безбеспокойный тавот.

Нервная система: Нарез конвергенция. Отсутствуют бранные расщепок. В основном центральная нервная система - норма.

Психическая сфера: Сознание ясное. Делые дни прово-
дит в постели. Адинамичен. Несколько понавлен. Масса
ощущения, в основном локализующихся в желудочно-
кишечном тракте: "тапет.... жмет.... давит". Иногда
требует операции, чтоб элиминировать "переносимые
ко краев желудка, кишечника", так как в них образовал-
ся застои. Спит лишь после приема жаростатков.

Лабораторные исследования: крови, мочи, ликвора па-
тологических отклонений не обнаружили. Ночной ди-
урез равен дневному. Слабая эритемная реакция на
уш.

Терапия - небольшими дозами инсулина (10-15 монед.).
Постепенно ощущение отяжи менее тягостными, появи-
ся аппетит. Личная выдержка.

(одном аналогичном сл. 8-й В-д А. Н. 30 лет. Через месяц,
после падения с крыши, в животе появляются ощущения
чего-то холодного, скользкого - "холодное ползает
и урчит". Настроение, суеверный и примитивный
большой интерпретирует эти ощущения, как движения
змеи, которая "вобралась в живот заглалась во время
работы на болоте". Требует операции - "надо разрезать
живот и вынуть змею". Иногда наблюдаются вспышки
взбуждения, о аффектом страха. "Змея к сердцу под-
ступила.... жалит и глотает меня..... умирать".

После курса мягкой инсулинотерапии, ощущений стало значительно меньше. Появились элементы критического отношения: "может не змея, а гадюка, а может и ничего не было - казалось". Выписан выздоровевшим.

Возникновение локализованных ощущений, в особенности, в области сердца и желудочно-кишечного тракта, далеко не редки в клинике закрытых травм мозга. Возможно, что в связи с травмой возникает нарушение в области вегетативных центров отдельных органов, имеющих, по данным ряда авторов, представительство в коре головного мозга (Бехтерев, Мислявский, Шеррингтон, Дессерде Барен, Дж. Фултон, Гринштейн).

Состояния тревожного беспокойства в сочетании с апатией, так часто встречающиеся при болезнях желудка, являются, по Аствадатурову, специфическими пропатическими эмоциями при заболевании этого органа. Аствадатуров объясняет эту "специфичность" эмоций тем, что на низших ступенях развития, состояние желудка было основным побуждителем деятельности.

Представляет большой интерес сл. 7-й^х пережития закрытой травмы с психогенезом.

Д-ко Н.К. Красноармеец 30 лет. В прошлом - жизнерадостный, веселый, энергичный, мягкий человек. Переболел оспой, тифом, малярией. В июле 1941 г., при разрыве бомбы, был засыпан землей, потерял сознание. После пяти-месячного лечения выписался в хорошем состоянии в часть. Особа, с товарищем вызвала у Д-ко истерическую реакцию: кричал, плакал, рвал на себе белье. Эта

^х) Доклад на научной конференции УралМУ в 1943г. и описан в сборнике "Самолужба в дни О.В." 1943 г. г. Свердловск.

реакция сопровождалась повышением температуры до 39°.

Приступы гипертермии наблюдались в дальнейшем, большей частью, провоцируясь аффектогенно. Повышение температуры не отражалось на морфологической картине крови.

Тщательное терапевтическое исследование и лабораторные данные полностью исключают малярию, туберкулез и бруцеллез, поочередно привлекавшиеся значаще для объяснения гипертермии.

С января по апрель 1942 г. лечился в эвакогоспитале.

Соматический статус: Пикно-атлет, удовлетворительного питания. Внутренние органы без патологии. Тахикардия. Пульс - 100 в 1 минуту. Кровяное давление 150/80 мм. Hg.

Нервная система: Легкая анизокория d78 . Язык отклоняется вправо. Горизонтальный нистагм, при взгляде вправо. Очень высокие сухожильные рефлексы, с клonusом коленных чашечек. Отсутствуют брюшные рефлексы.

За время пребывания в эвакогоспитале наблюдались неоднократные приступы гипертермии, без каких либо соматических жалоб.

Психических расстройств нет. В личности - ничего истерического. Мягкий, сентиментальный, подвижный человек.

Беспокоит невыносимый зуд в ладонях и ощущения "осыхания кожи под глазами". Для облегчения этих тягостных ощущений он вынужден смачивать холодной водой или слюной нижние веки, прикладывать ладони к холодной стене. Иногда появляются ощущения нару-

нения целостности конечностей - "руки, ноги порезаны" и
он оцупыванием и движениями проверяет целостность их.
Плохой сон. Булимия, с отсутствием чувства насыщения:
"ем, ем - даже стыдно сколько пищи съел, а сытости
нет".

Лабораторные исследования:

Моча - без патологических изменений. Гемограмма -
даже на высоте гипертермии - норма. Плазмодиев маля-
рии в крови не обнаружено. Реакции Райта, Видала от-
рицательны. Рентгенокопический изменений со стороны
органов грудной клетки не обнаружено.

Спинально-мозговая жидкость вытекает под большим
давлением. Нитос - 3, белка - 0,5%. Реакции Нонне -
Апельта, Панди - положительны. Ланге 1110000000. Реак-
ция Вассермана в крови и ликворе - отрицательна.
Ночной диурез равен дневному. Общая кислотность желу-
дочного сока - 80, свободная соляная кислота - 36.

Проба Воячека вызвала бурную вегетативную реакцию
с резким сдвигом в сторону ваготонии: липкий холодный
пот, брадикардия, головокружение, тошнота. Обострились
неприятные ощущения: "будто кожу с ладоней одирают...
всю кожу сосхлась".

Больной получал малыми дозами (10-15 ед.) инсули-
на, с последующим внутривенным введением 40% глюкозы.

Выписался здоровым. Исчезли неприятные ощущения.

РЕЗЮМЕ: Гипертермия без соматических заболеваний, булимия
с акорией, сенестопатии, напоминающие каузалические боли и
сопровождающиеся гидроманией, закрытая травма мозга в анам-
незе, - все это достаточно убедительно говорит за церебраль-
ный генез заболевания.

Интерес данного случая в проявлении болезни лишь после нейрогенеза. Она, сыграв роль "второго удара" по пораженному физическою травмою мозгу, дает церебральную "органическую" симптоматику.

Особого интереса заслуживает казуистически редкий случай (В-*) сочетания ишикондрии с гипоманиакальностью.

С-р С.И. девушка 24 лет. Поступила 7/ХП-44 г. Выписана 20/ХІ-45 г. Переведена из клиники нервных болезней, где "лежала без движения". Органическое повреждение центральной нервной системы neuropathologами исключено.

Анамнез от слов больной. Гемелогически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. По характеру добрая, веселая, оживленная. Мензес с 14 лет. В течение 3 мес. отсутствовали. В 1937 г. после воспаления легких, осложнившегося плевритом, перенесла какое-то "нервное заболевание". Из-за болезни прекратила учебу в институте. Работала кассиром, бухгалтером, вахтером.

В 1942 г. эвакуировалась с Сев. Кавказа на Урал. В дороге, при разрыве снаряда, была засыпана землей, потеряла сознание на 2 часа. Около 2-х недель не говорила, не слышала. С того времени чувствует себя больной. Всплеск систематические головные боли, боли в позвоночнике, потеря его эластичности, "паралич" ног и масса других недомоганий.

Окружающие не верили в ее болезнь, считая ее капризом "притворством и симуляцией". За все на посту имели выписки — гауптвакту.

Освобожденная, прибежала домой в состоянии резкого возбуждения. Цинично бранилась, дралась с окружающими. Много смеялась. Совершенно не спала. Из-за слабости неподвижно лежала в постели. С XI-1944 г. живала в II группы, из-за "мизобрении" и "психастении", якобы диагностированных у нее.

Соматический статус. Пикничка с диспластическими компонентами. Элегантное отложение жира в области плечевого пояса, живота и бедер. Выглядит значительно старше своих 24 лет. Цветущий вид. Яркий румянец.

Внутренние органы без патологии. Пульс 95 ударов в 1 минуту. Артериальное давление 120/80 мм/гг. Со стороны центральной нервной системы признаков органического поражения ее нет.

Вегетативно-эндокринная система.

Широкие зрачки. Экзофтальм. Влажная, теплая кожа. Тахикардия. Красный, стойкий диффузный дермографизм. Увеличена щитовидная железа.

Психическая сфера. Снитонна. Думлива, поет и хохочет. Схотно вступает в беседу. Вмешивается в разговор окружающих. Ускоренное течение ассоциаций. Отвлекаема. Переоценивает свои качества. Она очень способна и "многознающая". "От того все в голове и перепуталось". Она обладает редким темпераментом, страстными черными глазами и, вообще, внешностью, приводящей мужчин к ее ногам. По выздоровлении она освоит специальности врача, инженера и профессора. Читает стихи, якорь, написанные ею. Эротична. Довольна, развязна. На фоне выраженной гипоманиакальности - крайне шизоидична.

Испытывает массу разнообразных неприятных ощущений: "болят и давят сердце.... тянет слева под ребрами....

по горлу комок....язык не чувствует ни горечи, ни сладости....не сгибается позвоночник....не ходят ноги".Большую часть времени лежит.Передвигается при помощи 2-х санитарок, повиснув на их руках, или ходит на носках, едва переставляя ноги, напряженно вытянувшись и придерживая руками поясницу.

Подробно, многословно с выразительной, театральной жестикულიцией и несколько восторженным выражением лица повествует о своих ощущениях и болезнях. У нее туберкулез позвоночника, "тумор", "попхастения", гангрена и цинга, солитер. Она — конченый человек. Ей никто не верит, но она действительно больна "тяжелым нервным истерическим психозом". Ее внешность не соответствует тяжести ее состояния и в этом трагедия — "румяное яблочко, да гнилое". Периодически у нее "отнимаются ноги", язык". Она вскоре умрет, если ей на помощь не придет наука, так как у нее поврежден "руководитель всего организма — турецкое седло". Ей необходима срочная операция.

Часто охает, стонет и плачет, прерывая ох и песни. Периодически возбуждается. Кричит. Зовёт на помощь. Судорожно, с выражением ужаса цепляется за окружающих. Уверяет, что "глист пошел горлом". Он душит и давит ее. Уже раз, якобы, так было с ней. Сама она, потеряв сознание, этого не видела, но соседка говорила, что из горла "вышел глист длиной в 17 аршин". Оставшаяся же часть размножилась, свилась клубком и теперь своей массой давит сердце, сосет из него кровь, стоит колом в горле, либется слюной, пищей. Иногда заявляет, что это не глист, а "ребенок слева под

ребрами". Правда ей "непонятно, как это у девушки - ребенок, однако это так". Очень внушаема. Кусок хлеба, поданный врачом и запитый глотком воды заставляет "глотать ити обратно". Все внимание, все интересы больной сосредоточены на себе, своих ощущениях. Вне этого для нее ничего не существует: "ничего не знаю и знать не хочу".

Со слезами просит ее "молодую, красивую" вылечить от этой ужасной болезни, требует от врача последовательности лечения: "сначала выведи глистов, проверь рентгеном Позвоночник - если понадобится - полостить в глине, а затем лечить сердце".

Критически относится к своему состоянию, улавливает совершившуюся с ней переменную: "что случилось?! Из скромной девушки такая шумная и бодливая стала!".

Несмотря на выразительную гипоманиакальность - ни следа полипрагматизма. Бездействительна. Много времени проводит в постели. Посещает столовую по приглашению, но начав есть - прожорлива. Острая бессонница. Отмечается полидипсия (за сутки выпивает до 5 л. жидкости), никтурия: НД = 2,5, ДД = 1,0. Последнее время стала менее гипоманиакальной, чаще плакала.

Лабораторные исследования.

Гемограмма; моча - без патологии. Спинно-мозговая жидкость вытекает фонтаном. Патологических изменений в ликворе нет. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательна. Сахарная кривая с нагрузкой 50,0 глюкозы: N = 100, через 1/2 ч. = 102, через 1 час = 110, через 2 часа = 120.

Потовая аспиринная проба отрицательна. Снимок турецкого седла изменений не обнаружил.

Терапия - Повторные пункции, внутривенные вливания 40% глюкозы, в комбинации с 20% серно-железной магнией; в дальнейшем - мягкая ^{инсулиновая} гипогликемия.

Выписана в состоянии улучшения: передвигается легко и свободно без посторонней помощи, находит сон, уменьшилась прожорливость. Спонтанно жалоб не высказывает.

Данный случай требует дифференциации, прежде всего, от истерии и циркулярного психоза.

Отсутствие истерических черт в личности больной, повода для истерической реакции, сомато-вегетативные расстройства церебрального, "органического" характера, сопровождающие ее заболевание, витальные колебания настроения, - все говорит против истерии.

Гораздо больше данных для признания циркулярного психоза. Низкая и системность больной, гипоманиакальность, сменяющаяся депрессией, при поверхностной оценке ее состояния, позволит отнести его к маниакальной фазе маниакального-депрессивного психоза. Но гипоманиакальность больной не заражает окружающих. Наоборот, она тягеловесна.

В противоположность легкому блаженному состоянию гипоманиакального больного, здесь - мучительные, тягостные ощущения, с опасениями за свое здоровье,

Сочетание гипохондрических суждений с депрессией — явление частое (Вестерман, Ланге, Векоберг) и вполне понятное, так как расстройства в сфере витальной аффективности идут параллельно с нарушением витального общего чувства.

Значительно реже встречается указание на гипохондрический синдром в гипоманиакальных состояниях. Так, Ланге считает, что при нем возможны гипохондрические идеи, в особенности отдельные гипохондрические жалобы. Шварц описал ряд случаев "*hypochondria circumscripta*", обозначая их парадоксальным термином "гипоманиакальные гипохондрии" и отнес их к кругу маниакально-депрессивного психоза.

В случаях Шварца, гипохондрические идеи изолированы, ограничиваются отдельными органами и возникают в острых депрессивных состояниях, но удерживаются в быстро сменяющейся депрессии гипоманиакальной фазе.

В нашем случае у молодой, эндокриннопатичной женщины, перенесшей закрытую травму мозга, психогения провоцирует витальное расстройство эмоций, общего чувства и приводит к резким изменениям вегетативных функций.

Заболевание идентично с описанным Гомант диенцефалопатическим психозом, этиологией которых, по автору, чаще всего является травма мозга.

Общим для сенестопатически-ипохондрических состояний в связи с закрытой травмой мозга является:

1. Выявление ипохондрии, спустя длительный период времени после травмы. Этот период времени, как бы, необходим для своеобразной "перестройки" нервной системы и "созревания" синдрома.

2. Наличие расстройства церебрального порядка. Нарушение витальных функций сна, аппетита, настроения; обмена, вестибулярной неустойчивости, — при полной сохранности личности.

3. Независимость возникновения сенестопатически-ипохондрического синдрома от преморбидных свойств больного. На 1-м этапе заболевания, синдром этот является лишь непосредственным следствием поражения ствола мозга — поражения, ведущего к активизации протопатической чувствительности и эмоциональности.

И лишь на 2-м этапе включаются компоненты реакции личности, а иногда и все заболевание, как бы, опосредуется ею.

4. Почти полностью отсутствует бредовая интерпретация ощущений.

5. Легкость психогенных провокаций сенестопатически-ипохондрических состояний; с истероформным характером реакции.

СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ-ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ
ПРИ РАНЕНИИ ЧЕРЕПА.

Ст: Я-м Н-в В. А. - 30 лет. Участник Отечественной войны. В прошлом - активный общественный работник. Вспыльчивый, резкий, откровенный и подозрительный. Любопытник справедливости и порядка: "стоял и стоять буду за правду!"

В июне 1944 г. получил проникающее слепое осколочное ранение левой лобно-теменно-височной области. Осколок удален.

Через год после ранения перенес 2 психотические вспышки, спровоцированные психогенкой и перегревом на солнце.

Клиническая картина заболевания заключалась в экстазе с идеями величия и преследования, галлюцинациях мистически-религиозного содержания, типа "гибели мира", агрессии, бессоннице. В дальнейшем - смутное: "как со сна", воспоминание о переломе в болезненном периоде.

Последняя психотическая вспышка сопровождалась серией тяжелых эпилептических припадков.

По выходе из острого психотического периода, больном внезапно почувствовал, как "остановились и не работают глаза". Проверил наличие движения глазных яблок опросом соседей по палате и длительным наблюдением в зеркале.

Ничто не могло убедить его в отсутствии поврежденных глаз. Чувствовал: "не двигаются, не передвигаются".

Настаивал на отсрочке "пока не поздно - к глазнику для операции". Отмечалась тревога, бессонница.

Сомато-неврологический статус: Атлет. Внутренние органы - норма. В левом, лобно-височно-теменной области - треугольный дефект черепа размером 4х6 см. Видна пульсация мозга. Гипомимия. Некоторая скованность движений. Высокие сухожильные рефлексы *S7d*
В основном со стороны центральной нервной системы без патологии.

Лабораторные исследования:

Гемограмма, моча - без отклонений. РОЭ 2 мм. В ликворе патологических изменений не обнаружено. Ночной диурез равен дневному.

Терапия - внутривенные вливания 20% серно-кислой магнезии с 40% глюкозой, регулирование сна баралту-ратами.

Постепенно исчезали необычные ощущения, "восстанавливалось нормальное движение глаз". Выписан без поисков. Однако, остался в убеждении, что "глаза не двигались" и движение их "восстановилось" лишь благодаря лечению.

Расстройство сознания, типа острого состояния его, с яркими оценочными галлюцинациями, переживаниями "гибели мира", состояния экстаза, наконец, *Status epilepticus* и возникновение всей этой сложной патологической картины после ранения мозга, дает полное право диагностировать симптоматическую эпилепсию. Эквиваленты эпилепсии провоцируются как экзос, так и эндогенными факторами.

Интерес данного случая, помимо исключительно яркой и убедительной иллюстрации возникновения картины "эндогенного" психоза, в связи с экзогенной, в наличии нарушения схемы тела "глаза оставшихся, неподвижных" и кратковременного эпихондрического аффекта.

В этом случае, как нам кажется, особенно ясны "патогенетические понятные связи" (Малкин) между вредностью, местом ее приложения и личностью.

Поражение теменно-височной области приводит к расстройствам схемы тела, дезинтеграции различных восприятий, с оживлением протопатических ощущений (Шмарлян).

На фоне особого состояния сознания с переживанием ирреальности окружающего, рельефно выступают фрагменты распада синтеза восприятий собственного тела. Терпидность и вязкость мышления больного somehow фиксирует его на раз возникающих расстройствах ощущений и восприятия.

Сл. 10-2 В-ко И.Г. - 22 лет. лейтенант.

В анамнезе - злоупотребление алкоголем. В январе 44 года - проникающее осколочное ранение правой затылочной области и левой голени. Трепанация черепа. Обнаружен вдавленный перелом задних отделов теменной кости. Удалена "большая субдуральная гематома и мозговой детрит". Определен дефект вещества мозга, глубиной в 1 см. В марте 44 года - ртек и острая болезненность левой стопы. Установлена аневризма левой передне-берцовой артерии.

С 14 по 23 апреля - под^нем температуры до 38⁰. Диагностируется грипп, хотя в истории болезни никаких обоснований этого диагноза нет. Гемограмма - без особых изменений.

С 23 апреля отмечены отклонения поведения: больной многословен, излишне весел. Отказывается от еды. Не спит.

28 апреля - операция удаления аневризмы передне-берцовой артерии. Послеоперационный период - без осложнений.

7-го июня больной возбужден. Кричит: "нет больной ноги.... сердце останавливается!". Срывает повязки.

Поставлен в психиатрическую больницу с темп. 37,3⁰, в состоянии резчайшего психомоторного возбуждения. Кричит, ругается, смеется. Называет себя Тарасом Бульбой, Богданом Амелинским.

Сомато-неврологический статус: Атлет. Треугольный дефект черепа в правой затылочно-височно-теменной области. Левая стопа отекает и холодна на ощупь. Внутренние органы без патологии.

Правая глазная щель уже левой. Левый зрачок чуть шире правого. Горизонтальный нистагм при взгляде вправо.

Психическая сфера: В течение двух дней - резкое психомоторное возбуждение, дезориентация в окружающем. В дальнейшем - упорядочен, сознание ясное. Дневное - сном сменяется, но за фасадом циклоидности - напряжен, злобен, обострен и ипохондричен. Часто осведомляется: "правильно ли лечение? Нет ли чего в организме вредного?" Считает, что сердце

и нога "испорчена недоброкачественной пищей".

О своем заболевании сообщил следующее:

После операции удаления аневризмы, в оперированной ноге появились странные ощущения: "кровь текла не туда, куда надо... стопу выворачивало в одну сторону, пальцы - в другую". Временами совсем не ощущал ноги, "даже думал, не отрезали ли?" и проверял наличие ее окуныванием.

Чувствовал сильные боли в затылке, области сердца. Испытывал "отраж". "Было отрадно... сердце ожималось... Вот-вот умру!" Стал думать, что "отравлен принесенной с бара пицей", "испорчен соседом по палате". Во время перевязки мучался кровотечением и убежал. Затем "стало очень весело - будто я на сцене, все кругом актеры". Представлял комедианта "смутно", как "со она", помнит поведение первых дней пребывания в больнице. Достаточной критики и перенесенному нет: "Подучуся и смогу всем руководить... Хотели отравить и, вообще, в госпитале ничего принесенного есть нельзя". Упрям, медлителен, мнительен. Бессонница. Аппетит снижен.

Лабораторные анализы мочи, крови, ликвора - патологических изменений не обнаружили. Отмечается никтурия. В таком состоянии переведен для дальнейшего лечения в нехирургический госпиталь.

РЕЗЮМЕ: У больного комбинация правостороннего поражения затылочно-теменно-височной области с ранением левой ноги.

В течение заболевания наблюдалось 12-дневное повышение температуры. Одновременно с гипертермией - бессонница, гипоманиякальность. Непосредственно после операции на передне-

берцовой артерии психотический эпизод, озаглавленный из санектопатии: "кровь не туда течет, ногу выворачивает", явленный негативного галлюцинации: "нет ноги — отрезана" (*pseudomelia paraesthetica*). На высоте заболевания — приотуп ангинозоподобных болей в области сердца, страх, бредовая интерпретация. В дальнейшем — несколько измененное сознание на гипоманиакальном фоне.

Нарушение функции сна, расстройство настроения, схемы тела, сочетавшиеся с гипертермией, говорит за церебральный, преимущественно, дисцифальный генез заболевания.

В дальнейшем — "второй удар" по нервной сети, нанесенный уже с периферии — операция на сосудах.

Комбинация поражения правой теменно-височной доли мозга, имеет, как известно, большое значение для функции сна, с контралатеральным поражением периферической нервной системы, ассоциирующейся на измененную гемисферу, дает сложную психопатологическую картину нарушения схемы тела, расстройства сознания и аффективности.

Значимость обоих случаев 9-го и 10-го в связи локализации поражения теменно-височной доли с возникновением приотупов расстройства схемы тела. Дальнейшее развитие экскондрического синдрома можно объяснить только особой структурой личности больных. Оба они влажные, торпидны, инертны.

Сл:11-м.Г-в П.П. - Красноармеец 30 лет. 28/1-431

получил осколочное слепое ранение правой лобной области. Через 6 дней - трепанация черепа. Обнаружена и удалена нагноившаяся экстрадуральная гематома. Рана долго не заживала, гноилась. Рентгеноскопически обнаружено инородное тело у края костного дефекта. В апреле - удаление осколка. Вскоре - свищ. В конце апреля - секвестротомия. В мае больной жалуется на неприятные ощущения в области сердца, боли в спине, онемение зубов, "колотье рук", "давление в горле". Отмечается резкий гипергидроз, гиперемия лица. Вскоре отказ от пищи: "в горле сдавило". Бессонница. 10/VI снят с петли в состоянии афлексии.

О начале заболевания сообщает следующее. Лишился сна. Однажды увидел, как из под пола "зверья" появились: "крысы, мыши - прыг-прыг". Одновременно почувствовал удушье "дышать стало нечем, похолодало". Стало страшно - понял, что через его голову и сердце "разлагается белок, из которого природа создана и все кругом замерзает". Так как "профессора не принимали мер", то, во избежании катастрофы, решил покончить с собой.

Данные анамнеза: отец - алкоголик. Умер в белой горячке. Вольной также злоупотреблял алкоголем. Перенес малярию, ревматизм. Характеризует себя вошмывчивым, "скачавым", но очень совестливым:

"всю жизнь мечтал, читал - правду искал, мучил себя".

Соматический статус: Циклик с атлетическими компонентами. Выглядит значительно старше своих лет. В правой лобной области - дефект черепа размером 3х5 см. Внутренние органы - без патологии. Кровяное давление 130/70 мм ртутного столба.

Нервная система: Парос конвергенции. Правое глазное яблоко отходит кнаружи. Реакко повышены все сухожильные рефлексы.

Психическая сфера: Сознание ясное. Депрессивен и истощен. Ночным тоном беспрерывно просит лечить его: "лечите как надо, получше!" Лечить надо голову, сердце, желудок, горло, грудь - все отказало... неверно работает". "Сердце сжимается, замирает, полового члена нет". Коштитывает сильный зуд, об "активно ничем не об"яснимый. Продуцирует бредовые идеи самообвинения. из-за него длится война, болеют люди, держатся холода. Обвиняет себя в самостреле. Ночами, несмотря на прием наркотиков, не спит. То отказывается от еды, то прожорлив.

Лабораторные исследования крови, мочи, ликвора не обнаружили ничего патологического. Ночной диурез - 450, о дневной - 300,0.

Интерпретация случая:

Ранение черепа. Ряд оперативных вмешательств. Длительно незаживающая рана, остеомиелит. Психическое заболевание дебютирует гаммой разнообразных эндосоматических ощущений

в сочетании с резкими вегетативными нарушениями, расстройством сна. Вскоре — делириозное состояние, опять таки, в сочетании с онейстопатиями. В дальнейшем ряд вегетативных нарушений, масса самых разнообразных неприятных ощущений, депрессия. На депрессивном фоне — бредовые комплексы высказывания, обусловленные содержанием психической жизни больного (примитивный, совестьливый, с комплексом вины). Изменение таламо-гипоталамических функций, нарушение кортико-таламических связей обусловило у нашего больного как онейстопатии, так и расстройство сна и эмоциональной сферы. В связи с этим же изменением у больного, в прошлом алкоголика, развился делириозный синдром. Инехондричность больного, оужение всех его интересов, помислов и желаний вокруг ощущений и состояния своего здоровья, можно объяснить лишь преморбидными особенностями его личности: инертностью, малоподвижностью.

В клинике нередки случаи тяжелых поражений мозга, бедных неврологической симптоматикой, но богатых психопатологическими нарушениями. Наличие определенных психических расстройств является иногда почти единственным признаком органического поражения мозга.

В работах Зерстера, Гагеля, Гампера, Фейхлангера, Петцля, Крейссельда, Членова, Гуревича, Шмарьяна, Зинштейна и других описаны при ряде органических заболеваний синдромы эмоциональных расстройств, нарушения схемы тела, деперсонализации, бреда двойника, синдром Котарра.

Шмарин считает сенсорно-вегетативные и витальные нарушения, характерными для поражения височной области. Они проявляются ангинозоподобными приступами, расстройством дыхания, схем тела и аффектом отчая. Патогигиологической основой этой "сенсорно-эмоциональной гиперпатии" (Рисе) является, по данным авторов, перевозбуждение зрительного бугра и обострение протопатической чувствительности в смысле Аствацатурова.

Заслуживает интереса то обстоятельство, что в наших случаях нарушение схемы тела проявляется лишь после до-
бавления к ранению мозга еще какого-либо фактора (сл. 9-й - психогении и перегрева, сл. 10-й - повреждение периферического кровоснабжения, сл. 11-й - длительно незаживающее ранение у хронического алкоголика). Эти факты находят подтверждение в теории академика Сперанского о "втором ударе", не только выявляющем бывшие ранние повреждения нервной сети, но и вовлекающем в болезненный процесс другие здоровые участки ее.

СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ-ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

ПРИ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ РАНАХ.

Через несколько месяцев после ранения, ампутации или повторных операций появляются разнообразные сенестопатии, всецело привлекающие к себе внимание и мысли больного. Состояния настолько тягостны, что ряд больных заявляет о своем предпочтении лимиты и второй конечности лишь бы избавиться от этих ощущений. В 2-х случаях подобные состояния наступили после ранения глаз с последую-

щей слепотой.^{x)}

Таков сл.12-м С-в^{x)}-красноармеец 40 лет.Генеалогически не отягощен.Мягкий, добрый, тихий человек. После ранения разрывной пулей глаза - энуклеация одного и операция по поводу травматической катаракты второго глаза.Вскоре, внезапно, ощутил "торчащую в горле кость".С этого момента больной во власти мучительных, неопишуемых ощущений.Высказывания его близки к нигилистическому бреду: "отняли бока от костей,проходная кишка лопнула,оторвалась,хлопает внутри...воздух сквозит половые органы проходит,дует в нее,позвоночник хлопает".Больной полон мучительных ощущений, омятения и тревоги.Он ищет помощи, спасения, сочувствия.Просит осмотреть его и принять срочные меры: "сделать операцию или ввести кровь в совсем высохший позвоночник".Со слезами заявляет: "вот умру - воскресите - увидите как все внутри перевернуто".Отказывается от еды: "и так дышать нечем".Совершенно не спит.Мучительность и необычность ощущений приводит к неоднократным суицидным попыткам.Вместе с тем,больной несколько благодушен, приветлив,охотно и легко контактирует.К постигшей его слепоте относится довольно легко: "на зрение не

x) Демонстрирован водьянским в 1944 г. на Свердловском обществе психиатров и невропатологов.

обитанье - на то и война". Считаю самым тяжелым в своем состоянии - опущения: "вот внутренности - беда!" Он в дополнение к онемению "согласен без рук, без ног, хотя бы с одним туповидцем быть, лишь бы не чувствовать, что творится".

В сомато-неврологическом статусе, кроме отсутствия одного глаза, резкого падения зрения второго (визус-0,02) - ничего патологического.

Больной совершенно не спит. Пресорлив. Постоянно испытывает жажду (за сутки выпивает до 3 лит. воды). "Без воды совсем пропаду".

Лабораторные исследования:

Гемограмм, моча, ликвор - без патологических изменений. Никтурия. НЦ-1500, ДД-800. Сахарная кривая с нагрузкой 50,0 глюкозы: натощак -110, через 30 - 130, через 1 час -110, через 2 часа - 100. Потовая аспиринная проба - отрицательна. Зрительная реакция - 3.

После мягкой интубации больной выписывается в компенсированном состоянии. Уменьшилось количество неприятных ощущений, острота их. Урегулирован сон, аппетит.

РЕЗЮМЕ: У здорового человека после ранения и энуклеации глаза возникают необычные ощущения, сопровождающиеся сомато-вегетативными нарушениями. Непосредственное возникновение заболевания в связи с ранением; грубо органический характер симптоматики, сенестоз и гиперпатии, своеобразная "лобная" анозогнозия дефекта (Шмарьян) - дает нам право

считать, что основой заболевания является органическая недостаточность центральной нервной системы, с преимущественным поражением области, регулирующей инстинкты, вегетативные отправления и протопатическую чувствительность.

Подобного рода симптоматику при фронто-орбитальных ранениях Шмарьян относит за счет поражения лобно-базально-таламических функций.

Сл. 13-й С-в - красноармеец 29 лет. Множественные осколочные ранения, в результате которых ампутировано левое плечо в верхней его трети, и неоднократно производились операции на левой ноге. Через 3 месяца после последней операции возникает необычные ощущения: он не чувствует левой ноги, у него нет пульса, внутренности пустые, "а может быть и чужие", "кости растаяли как дым", "легкие и сердце не работают". Тяжестю ранения больной не удручен. Он просит избавить его лишь от ощущений пустоты и чуждости. Он не спит, не ест (применяется искусственное кормление). Высказывает суицидные мысли. После длительного лечения в специализированном эвакуационном госпитале переводится в психиатрическую больницу.

Сомато-неврологический статус: Как эконя. Ампутационная культя левой плечевой кости в верхней трети. Анкилоз левых тазобедренного и коленного суставов. Малиново-красный с глубокими бороздами

языки. Тахикардия. Очень глухие тоны сердца. Кровяное давление 100/70 мм ртутного столба.

Резкая сухость языка и гиперсаливация. Язык, как-бы обильно смазан вазелином, подушка мокрая от слюны.

Лабораторные исследования.

В моче, ликворе - патогенических изменений нет. Кровь: эр. 5000000, гем. - 98, $\mathcal{F}$ = 1, лейкоц. 3500, э- 1%, пат. 3%, лимф. 35%, сегм. 50%, моноц. 6%, РОЭ 30 мм. Бикурия:

НД=400, ДД=200.

Несколько раз удары по нервному стволу: тяжелые ранения, операции - и здесь, как и в случае 12-м, привели к тяжелым нарушениям в области вегетативных центров. Результатом этих нарушений явились как вегетативные расстройства, так и сенестопатии. В дальнейшем - на основании осуждения - явления негативного синдрома, деперсонализации, нигилистического бреда.

Большой интерес представляет также больной А-м П. (случай № 14). Красноармеец 28 лет. В прошлом - студент педтехникума. Характеризует себя настойчивым, общительным, энергичным и очень мыслительным. В феврале 1942 года - осколочное ранение левой руки, с последующей ампутацией плеча в верхней его трети.

По выписке из госпиталей - хорошее самочувствие. Работал. Через год в культю появились острая и сильные боли. В апреле 1943 г. - сенестопатия. Боли не утихают. В мае 43г. - реампутация с удалением 2 нервов. Боли держатся, но терпимы.

В июне 43 г. — артерэктомия. С этого момента состояние резко ухудшается. Рука, по выражению больного, "стала бужевать, стала психовать". Растет тревога, беспокойство. Больной не спит, не ест. Он требует повторной операции, считая, что "нервы к кости приросли". Из хирургического госпиталя переводится в психиатрическую больницу.

При поступлении тревожен. Испытывает страх. Не находит себе места из-за необычайно мучительных ощущений: "током крови бьет в голову... жилы окоченели, расходятся... горит позвоночник... хлещут отруби... стреляет по телу... сердце замирает... нервы стывают. Что-то прирастает, что-то замирает, булькает".

Ощущения исходят из культи и, проходя через голову, распространяются по всему телу. "Культи то становится короткой, то необычайно длинной; во всю комнату". И на ней "висит кость, погруженная во влажное тесто". В ладони ампутированной руки чувствует боль. При закрытых глазах видит "в голове торчащую руку, скатую в кулак". Больной всецело поглощен своими ощущениями. Ни о чем ином не в состоянии думать и говорить. Он вялок и обессилен. Ему "не хватает слов и бумаги для описания" того, что он чувствует. Анализируя свое состояние, он приходит к выводу, что "самое мучительное — ощущения! Боли то терпимы. Ощущения — беда! и то, что сам как в тумане, как во сне".

Появляются слуховые псевдогаллюцинации гинно-гогического типа, дезориентация в пространстве, де-реализация, деперсонализация. Он ходит "как во сне, как в тумане. Все неясное... все вверх дном и сам вывернут наизнанку". Нарастают смятение, трево-га и страх. Речь становится бессвязной. Упорная бес-сонница, анорексия. Отмечается повышенная жажда (вы-пивает за день до 3 л. воды). Никтурия, гипергидроз. Поливитаминная (в, н^ико^ити^новая и аскор^би^нов^ая) терапия, лечение дли-тельным сном - безэффективны.

Через 4 месяца: кашель, повышение температуры. Диагностируется туберкулез легких.

Лабораторные исследования: крови, мочи и ликвора вначале не обнаруживают ничего патологического. В д^иа^гн^ост^ическом крове: РОЭ - 30 мм/ч, лейкоц. 10000, сдвиг влево, лимфоцитоз - 45%. В мокроте БК.

Через 5 месяцев больной погибает от истощения и активного туберкулеза.

Данные секции: Истощение. Экссудативно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого. Атрофия слизистой оболочки кишечника. Белковое перерожде-ние печени, почек. Атрофия селезенки.

Заключение патолого-анатома (канд. мед. наук К. А. Вангенгейм). Раневое истощение с последующим обостре-нием туберкулеза легких. Легочный процесс характе-ризуется массивной альтерацией, экссудацией и почти полным отсутствием пролиферативного компонента воспаления. Макроскопически мозг неизменен.

Особое значение данного случая заключается в тесном переплетении фантомных, отчасти и каузалгических, более сложным ипохондрическим синдромом, развивающимся, в свою очередь, в тесной связи с нарушением схемы тела и деперсонализацией на фоне гипноидного состояния сознания.

Возникновение описанных болезненных состояний, в общем, идентичных по своему содержанию, в непосредственной связи с различными повреждениями у людей разнообразной характерологической структуры, с несомненностью говорит за экзогенную природу данного синдрома.

Это — не реактивная ипохондрия, возникающая как реакция на увечье. Наоборот, ряд больных предпочитают испытываемым им ощущениям еще большее увечье. "Пусть хоть без рук, без ног буду". Это — ипохондрия агностическая, органическая, витальная, по выражению проф. Малинина.

Изменение рецепторного синтеза, сенестопатии, нарушение схемы тела, схемы личности, деперсонализация и дереализация лежат в основе этих витальных ипохондрий.

Преморбидные особенности личности создают предпосылки для затяжного течения заболевания. Больные, отличающиеся вязкостью, торпидностью, скрупулезностью мышления долго не могут приспособиться к перестройке представлений о собственном теле.

Наличие гиперпатии, вегетативных расстройств, стирание границ между эмоциями и ощущениями, наконец, характерологические особенности — оближают, до некоторой степени, сенестопатически-ипохондрические состояния с каузальгией.

Оппенгейм, Ферстер, Дерриш, Шведов, Серафимов, Членов, Вяземский и другие отмечают значение прекоординных свойств, — в смысле лабильности и ранимости вегетативной нервной системы, — для возникновения каузалгии.

Вайер-Митчелл, впервые описавший каузалгию в 1864г., считал каузалгиков истериками. Дерриш говорил "дело не в ране, а в раненом".

Клиническая близость ипохондрии и каузалгии подчеркнута еще старыми психiatрами. Так, проф. Рыбаков, в своем учебнике "Душевные заболевания" (изд. 1915 г.), иллюстрируя ипохондрическое состояние, описывает типичную каузалгию. "Один больной Московской психиатрической клиники, пишет проф. Рыбаков, — солдат, после небольшого ранения в плечо, почувствовал чрезвычайно неприятную сухость в пальцах, которая продолжала беспокоить его долго после того, как рана уже зажила. Чтобы избавиться себя от этого тягостного ощущения, он все время держал перед собой чашку с водой, в которой непрерывно смачивал кисть руки".

Биологическая взаимосвязь между протопатическими эмоциями и болью, лежащими в основе как ипохондрии, так и каузалгии, подчеркивается Ферстером, Аствацатуровым и рядом других авторов.

Особого внимания заслуживает факт сравнительной частоты витальных ипохондрий у ампутированных. Так, по данным проф. Маткина, на всем контингенте, прошедшем за годы войны через Свердловские психиатрические учреждения, сенестопатическо-ипохондрический синдром при закрытой травме мозга составляет 7%, при раневых психозах — 6,9%, у ампутированных 17%.

СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ-ИНХОНОДРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В СВЯЗИ
С ХРОНИЧЕСКИМИ ИНТОКСИКАЦИЯМИ И ИНФЕКЦИЯМИ.

Мы наблюдали сенестопатически-инхондрические состояния при хронической малярии, хроническом алкоголизме и диабете.

Приведем одну историю болезни:

Ол. 15-й С-й № 24 лет. Слесарь. Стационарировался Свердловской психиатрической больницей на протяжении 8 месяцев 1941-42 года 4 раза. Длительность пребывания в больнице от 3-х недель до 2-х дней.

Из анамнеза: Наследственно не отягощен. Отец вспыльчивый, добрый и веселый. Мать - сварливая, ворчливая, желчная и неуживчивая, перенесла тетраплегия.

Наш больной окончил 4 класса. С 13 лет работает слесарем. 3,6 года служил в гидроавиационных частях РККА. До 10-летнего возраста отмечалось заикание. В детстве часто испытывал ночной страх, страдал ночным недержанием мочи. Перенес корь. В 1938 г. поражение молнией, с потерей сознания. В 1939 г. - малярия. Часты заболевания ангиной. Злупотребляет алкоголем в течение 15 лет. Не опохмеляется. Женат. Характеризует себя веселым, общительным, вспыльчивым и мотильным. В гневе способен "автоматически" убить человека. При волнении бледнеет. От обиды - плачет. После поражения молнией стал очень мнительным. Боятся болезней, смерти.

Считает себя больным с 1940 года. Еще работая в гидроавиационных частях отмечал укачивание, тошноту и головокружение во время пребывания на судне. Однажды в таком состоянии чуть не упал за борт.

Наказуе первого стационарирования психиатрической больницей выпил более полуведра пива. Ночь провел спексяно. Утром, на работе, внезапно "все поплыло". Почувствовал охлывающую боль в груди: - "сжало, сдавило сердце". Было страшно "зот вот оно разорвется!" В панике прибегая в ближайшую поликлинику, умоляя спасти его от "неминуемой смерти". Требовал валерианки "побыстрее, иначе умру!" или пива - "может от него легче будет".

Сомато-неврологический статус в момент первого стационарирования: Агит. Удовлетворительного лизания. Мраморовидность кожи. Увеличены, рыхлы и слегка гиперемизированы миндалины. Границы сердца расширены справа на 2 см., тоны его несколько приглушены. Резко выражен защитный рефлекс с печени. Кровяное давление 140/60 мм ртутного столба.

Левая глазная щель уже правой. Зрачки равномерны, с хорошей реакцией всех видов. Язык отклоняется вправо. В остальном без отклонений.

Вегетативная нервная система: Красный, разлитой очень стойкий дермографизм. Лабильный пульс. Мраморная мраморовидная кожа. Гипергидроз.

Психическая сфера: Сознание ясное. Галлюцинации отрицает. Несколько тревожен. Часто вскакивает со стула, порывается бежать, жалуясь на "неловкость и давление в сердце". Язык и обстоятелен. Детально повествует о своих ощущениях, переживаниях. Мнитель. Боится, что в результате "изменений в сердце наступит тяжелая болезнь или моментальная смерть". Прimitивен и суеверен. Верит в то, что его бабка

была ведьмой "по ночам летала, молоко от коров отнимала". Считает вполне возможным и причастие своей матери к колдовству и ведьмовству, так как заметил, что после ссор с ней чувствует себя плохо - "изводит она". Ночами не спит. Аппетит снижен.

Лабораторные исследования:

Гемограмма, анализы мочи - патологических отклонений не обнаруживают. Плазмодиев малярии в крови не найдено. Реакция меланофлюкуляции (Henry) с кровью больного дала резко положительный результат. Сахарная кривая с нагрузкой 50,0 глюкозы: N - 104, через 1/2 часа - 141, через час - 87, через 2 часа - 76. Спинально-мозговая жидкость вытекает частыми каплями. Патологических изменений в ликворе не обнаружено. Иктурия: ИД-750, о, ДД-400, о. Проба Воячека вызвала резкую вегетативную реакцию с приступом страха.

Терапия: Внутривенно 10% хлористый кальций, регулирование сна барбитуратами.

Через 11 дней больной выписывается в хорошем состоянии. Спокоен, не предъявляет никаких жалоб. Через 8 дней поступает вторично. Дообследан каретой скорой помощи в состоянии возбуждения. Многословен, подвижен, отвлекаем. Считает, что завтра умрет. Просит убедиться в этом по пульсу. Собирается, что по выписке из больницы был приступ головокружения, резко усилившийся от поездки в трамвае. Боится из-за страха смерти оставаться

одни. Ощущал "сжатие и давление в груди".

Сомато-неврологический статус соответствует ранее описанному.

Психическая сфера: Вязок,язолия. Считает себя тяжело и безнадежно больным. Стоит и плачет. Неотступно следует за врачом, предъявляя массу жалоб соматического порядка: "сердце болит.... совсем перестает стучать.... дыхание захватывает.... ноги не такие как раньше". Умляет "прослушать сердце, спасти от смерти", лечить кальцием.

Отмечались колебания состояния: от гипоманиакальности с грубым юмором, шлоками шутками, до тревоги, угрюмости, страха.

Проводилась мягкая инсулинотерапия. Гипогликемическая доза - 40-60 межд. единиц. В гипогликемии был эйфоричен, груб, развязан. Полностью освобождался от неприятных ощущений и представлений о них: "Ничего не болит, ничего о болезни не думаю". "Легко".

Через две недели выписывается здоровым.

2 последующие направления его в психиатрическую больницу (через 2,5 месяца и 5 месяцев) были вызваны агрессией в отношении близких, неудовлетворенных его требованиями в отношении ухода за ним, как "за тяжело больным". Находясь в больнице психических расстройств не проявлял. Был ипохондричен, вязок,язолия, требователен и раздражителен.

Интерпретация случая: С детства вегетативно-неустойчивый "невропат", вязкий, обстоятельный и примитивный,

злоупотреблениями алкоголем, вызывающим, как известно, вестибулярные расстройства. В 1938 году - малярия, в 1939 г. - электротравма. Алкогольный эксцесс вызывает антиновосодобный приступ с неприятными ощущениями в области сердца, головокружением и страхом смерти. Алкоголизация и, может быть, хроническая малярия являются в этом случае "ключом", "открывающим" особенности личности.

Экзогенные факторы вызывают в жизни преформированные особенности: мнительность и мизохондричность, давшие в дальнейшем у крайне примитивной личности мизохондрическое развитие.

Преобладающие свойства больного, полная его сокращенность, доступность и адекватность в психотическом периоде, являясь следствием заболевания с алкогольным эксцессом, являются, исходя заболевания полностью исключают диагноз мизофрении.

Суммируя данные по экзогенным мизохондриям, отмечаем следующее: закрытые травмы мозга, черепно-мозговые и экстра-черепные ранения, хронические инфекции и интоксикация могут вызвать сенестопатически-мизохондрический синдром. Он дебютирует реальными ощущениями, как правило, проявляется спустя длительный промежуток времени после непосредственного влияния на организм экзогена (3-6 мес.). Показательно, для соответствующей перестройки нервной системы необходим определенный инкубационный период.

Почти во всех случаях, сенестопатически-ипохондрический синдром сопровождается массивными сомато-вегетативными нарушениями, характерными для поражений функций высших вегетативных центров.

Для возникновения экзогенного сенестопатически-ипохондрического синдрома прерогативные особенности личности не играют существенной роли. Он может возникнуть у человека любой характерологической структуры.

Для дальнейшего же развития этого синдрома и фиксации его такие особенности личности, как мнительность и вялость, качества, по мнению ряда авторов (Яруйс, Шиллер), необходимые для формирования ипохондрического мышления, — являются одним из решающих патогенетических факторов.

Возможность возникновения сенестопатически-ипохондрического синдрома в связи с различными экзогенными факторами правомерно выдвигает вопрос о рассмотрении его в свете учения об экзогенном типе реакции.^{х)}

Основными вехами в истории развития психиатрии, как клинической науки, считаются появление нозологической классификации Крепелина с его концепцией эндогенных психозов и учения Вонгестера об экзогенном типе реакции.

х) В дальнейшем "экзогенный тип реакции" будет сокращенно обозначаться з.т.р.

Как известно, Бонгестер рассматривает определение синдромов: делирий, оумеречное состояние сознания, аменцию, эпилептиформное возбуждение, галлюциноз, как типовые, неспецифические реакции мозга на различные экзогенные вредности.

Противники Бонгестера (Крепелин, Шпехт, Клейст, Криш и другие) выступили против отграничения экзо и эндогенных факторов и процессов, отмечая трудность, а порой и невозможность этого деления.

Крепелин и Шпехт клиническую картину э.т.р. выводят: первый - из темпа действия вредности, второй - из дозы ее.

Большие дозы вредности с бурным темпом действия дают картину э.т.р. Малые дозы, длительно поступающие в организм и действующие медленно - обуславливают "эндогенную" симптоматику. Клейст, не вдаваясь в определение геноза синдрома, выдвигает психопатологическую трактовку его. Он различает гомеомные синдромы, лишь количественно отличающиеся от нормальных свойств психики (депрессия, максимальное состояние) и гетеромные - чуждые нормальной психике (делирий, галлюциноз).

С Клейстом обближается Итерв, в своей концепции об облигатных и факультативных симптомах. Облигатные - (делирий, галлюциноз и аменция) зависят от нарушения функции мозга. Факультативные - преформированные симптомы, и которых относятся депрессия, маниака, - зависят от ослабления или усиления функции мозга.

Клиника безпрестанно оспаривает догматическое разделение на экзо и эндогенные болезни.

Все больше и больше накапливается фактов наличия при симптоматических психозах "эндогенных", "факультативных", "гомоморфных" картин (например: лизосомный статус при энцефалите, эпилептические психозы при ранениях височной области, маниакальный синдром — при бруцеллезе и так далее), а при эндогенных процессах — экзогенного типа реакции.

Таким образом, "принципиальное противопоставление" концепций об эндогенных психозах и э.т.р. "является теоретически и клинически ошибочным не только для отграничения действительных нозологических единиц, но также и для синдромологического исследования" (Хронфельд).

Четыре критерия Крепелиновской нозологической концепции: этиология, анатомия, симптомы, течение и исход, не удовлетворяют больше клинициста.

Сам Крепелин, в своих позднейших работах, осознавая недостаточность нозологической концепции, считает необходимым углубить синдромологический метод исследования. Он предлагает сочетать его с нозологической точкой зрения и выдвигает свою известную теорию "регистров".

Основываясь на несомненном, по его мнению, наличии "преформированных механизмов", выявляющихся под воздействием вредностей различной этиологии, Крепелин сравнивает психотические синдромы с различными регистрами органа. Они приводятся в действие "в зависимости от силы или

распространенности патологических изменений и, независимо от того, какие именно влияния вызвали их игру, регистры придают картине болезни своеобразную окраску и свое звучание".

Крепелин подчеркивает родство той или иной вредности с "регістром". Он пишет: "само собой понятно, что расстройства, в которых обнаруживаются такие преформированные синдромы, не могут быть специфичны для какого-нибудь определенного этиологического момента. В крайнем случае, они могут быть специфичны лишь постольку, поскольку данный этиологический фактор пользуется предпочтительно тем или другим регистром (синдромом) или, даже ограничивается им".

Одним из наиболее известных сторонников синдромологического течения в психиатрии является Гоше.

На примере "трех болезней", трех бывших "позологических единиц": ипохондрии, истерии, неврастении, утративших свою позологическую самостоятельность, Гоше подчеркивает значение синдрома и настаивает на изучении "внутренней взаимосвязи отдельных частей целого".

Причиной этой "внутренней взаимосвязи" он считает присущие мозгу "реактивные готовности", начинающие звучать при различных факторах.

Как видно, понятия Гоше о реактивной готовности, Крепелина — о регистрах очень близки друг к другу.

Обливание психодетического и психомоторического направления отмечается в концепции диссоциации Джексона.

Диссоциация - нарушение дифференцировки, разрыв связей между гипотетически предполагаемыми слоями мозга.

Структура психоза, по Джексону, зависит от 4-х факторов: 1) степени глубины расстройств - дифференциации, 2) темпа этого расстройства, 3) соматических и экзогенных условий и 4) индивидуальных особенностей личности.

Джексон вводит понятия "минус поражения", "минус симптомов", вытекающих непосредственно из патологических процессов в мозгу и "плюс симптомов", возникающих вследствие расторможения деятельности более глубоких, менее дифференцированных, непосредственно не затронутых процессом слоев.

Таким образом, в теории психиатрии, все более и более утверждаются понятия того, что картина психоза зависит от взаимодействия вредности и индивидуальной структуры больного.

Уже Бонгеффер доказывал, что такие экзогенные синдромы, как эпилептиформное возбуждение, сумеречное состояние сознания, кататония и галлюциноз зависят от индивидуальных особенностей личности и, следовательно, не являются типовыми.

Крим, Кан, Биркбаум и Вестфаль считают, что картина э.г.р. зависит от индивидуального предрасположения.

По Криму "любые симптомы преформированы и являются эндогенными" - "каждый реагирует свойственным ему образом".

По Бестфелю, — "экзогенные типы реакции не типичны для болезни, а типичны для больного".

Равкин относит к "чистым" э.т.р. лишь оглушение и кому, делирий и аментивный синдром. Остальные зависят, по автору, от взаимодействия экзогенных со свойствами личности.

Клиницисту необходимо в каждом конкретном случае проследить пути этого взаимодействия.

"Задача заключается в том, чтобы показать путь, механизмы патогенетического действия той или иной вредности. Показать, как в результате их взаимодействия вредности с конкретным организмом, конкретной личностью конструируются патомеханизмы, определяющие клиническую картину, течение и исход заболевания" (Малкин).

Возникновение сенестопатически-ипохондрического синдрома у людей различной характерологической структуры, в непосредственной связи с экзогенными дает нам право считать его своеобразным экзогенным типом реакции.

Однако, в литературе об э.т.р. (Вонгеффер, Равкин, Гольденберг) мы до сих пор, среди описаний таковых, не встречали указаний на данный синдром.

Между тем, ряд работ нашей клиники об экзогенных военного времени делает вполне правомерной постановку вопроса о расширении рамок классических э.т.р. за счет включения некоторых новых синдромов.

На опыте изучения экзогенных военного времени, проф. Малкин, в согласии с Гольденбергом, считает, что расстройство

сознания не является обязательным для экзогенных типов реакции.

Он считает основными и ведущими экзогенными синдромами при ранних психозах, наряду с галлюцинозом, сумеречным состоянием сознания и маниакальным синдромом, также и септопатически-ипохондрические.

При психозах, в связи с закрытыми травмами мозга - церебрастеническим, атактико-абулическим, маниакальным и септопатически-ипохондрическим синдромами.

В основе большинства из этих синдромов, по Мазнину, лежит своеобразный органический процесс с преимущественным поражением определенных функциональных областей мозга, главным образом, лобно-висцеральных.

Таким образом, проф. Мазнин не проводит принципиальной грани между экзогенными и так называемыми органическими формами реакции.

В этом смысле, возможно, стоит рассматривать интересующий нас синдром скорее как параксотию, в смысле "позднего симпометического психоза" Сикстисовского.

ЭКЗОГЕННО-ПСОЗОГЕННЫЕ СЕПТОПАТИЧЕСКИ-ИПХОНДРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ.

До 1939 г. в литературе были описаны 3 случая Симондсовского психоза с гистопатологическими изменениями как в гипоталамусе, так и в мозочном мозгу. Это - 2 случая Якоба и один Симонсона, обследованный гистопатологически, Леви

В дальнейшем появились описания Симондзобовской "гипосимарной" мажонии при полной интактности гипосимы (Симондзобов), при опухах медуллярного мозга и энцефалита (Ратнер).

Патологоанатомические уточнения связи между мажонией при некоторых интенционных расстройствах и изменениями в вегетативных центрах медуллярного мозга (морели, Салата, Могильницкий, в случаях описанной сухотки, прогрессирующего паралича, опистиса).

В 1955 г. Бандре описал случаи прогрессирующего истощения с морфологическими изменениями в медуллярном мозгу. Он же в 1949 г. опубликовал еще 3 аналогичных случая, описанных вкратце.

Таким образом, устанавливается, что Симондзобовская мажония может быть чисто церебрального, дисциркуляторного происхождения.

Мы наблюдали несколько случаев Симондзобовской мажонии с вегетативной симптоматикой сенестопатическо-инкоординированного синдрома.

Заблевание начиналось постепенно: после какой-нибудь сенестопатии и резко ухудшалось и прогрессировало в связи с помехами.

Таков сл. 15-я Н-я (х) 39 лет. Поступил в поликлирическую клинику 3/III-49г., анализ 13/II-49 г.

Вспышка демоторизации в марте 49 г. на заседании Свердловского общества невропатологов и психиатров.

Находился по поводу болезни в клинике в состоянии в разгаре болезни. Ввиду упорного отказа от еды и требования "операции" направлен в психиатрическую клинику.

Анамнез со слов больного. Родителям не помнит. С семилетнего возраста - "воспитанник" одного из Уральских заводов. С 1947 г. работает на этом же заводе учеником токаря. Считает себя человеком происхождения. Не злоупотребляет. Не инфекционными заболеваниями перенес корь, в 1935 г. гриппом и тиф, в 1937 г. "простуду - грипп".

Характеризует себя обидчивым, веселым, добрым, интеллигентным: "Безусловно болезненным".

Больной себя считает с 1937 г. После "простуды" почувствовал слабость в области сердца, учащенное сердцебиение после еды. Несколько раз обращался к врачам, ничего не находившим у него: "было обидно, так как чувствовал себя больным". Постепенно нарастающая слабость в подлопаточной области ограничивала себя в еде. Вскоре исчез аппетит. Появились запоры, иногда, стрижка.

Перебывая у ряда врачей, диагностировавших то "язву желудка", то "катар" его, то "язву двенадцатиперстной кишки".

После ряда исследований врачи в конце концов признали и закончили, что у него "нет никаких заболеваний".

В марте 1960 г. его арестовывают по подделке в кресте. Не имея за собой вины, он тяжело реагирует на арест, часто плачет. В тюрьме боли в подложечной области обостряются. Мало ест и пьет - "и анестетик не сымо и болой болом". В июне 40 г. был освобожден и освобожден. В этот день отметили необычную для него преклонившая и ма-ду - выжила около 4 года.

Через 3 дня, из-за резкого усиления болей, стационаризуется районной больницей. Там, обнаружив на области желудка язву, почувствовал, что "она порывалась - горячо слезалось и что-то пошло". Уменьша "орачие" прооперировать, отказываясь от приема пищи, но ощущая ни голода, ни жажды.

С момента ареста резко ухудшался.

Статус. Нахохелся - при росте в 160 см., вес 34, 1 кг. Сухая, желвавшаяся, сероватого цвета, кожа. Неб рта запад адегона. Сухой, обложенный язык. Очень охот. На ногах не удерживаются (достален на помякит). Тахикардия тоня сердца. Пульс 80 ударов в минуту, охотого нахожения. В легких изменений не обнаружено, свист слышен. При паль-

наши его - развитая болезненность. Кровяное давление 90/60 мм. Hg

Со стороны нервной системы, кроме гиперэстезии при взгляде вправо, акинами, гипотонии мышц - ничего патологического не обнаружено.

Психическая сфера: Новое сознание. Точная ориентировка. Страдальчески-болезненное выражение лица. Тихим, шепелявым голосом, высказывает массу жалоб: "Болят желудок... Болят руки, ноги... пи-
ня не проходит... эспоры... слабость... ходить нет сил... нет аппетита". Считает себя тяжело и безнадежно больным "желудком", просит направить его в терапевтическую больницу. В то же время уверен, что "я там ничего не найду, ничем не помо-
гут".

Лабораторные исследования:

Моча - без патологических изменений. Формула кро-
ви до октября месяца опомыта, в дальнейшем, в
течение 2,5 месяцев, следит бледно, лейкоцитоз от
10 до 12000 при РОЭ 7-16 мм.

КАРТИНА КРОВИ БОЛЬНОГО НАПОЛОВА. ел. 16⁵

Чис- ла.	НВ.	Эр.	Фи.	Лейк.	Эоз.	Юн.	Пал.	Сег.	Лимф.	Мон.	РОЭ
6/VIII	62%	4810000	0,6	9400	1%	—	—	60	33%	6%	13 мм
25/IX	75%	5090000	0,75	8200	3%	—	2,5	52,5	36%	6%	4 "
30/X	70%	4410000	0,8	12600	—	0,5	5,5	70	18,5	5,5	1 "
10/I	75%	4910000	0,7	11350	9%	0,5	10,5	42	33%	5	5 "
6/II	70%	4170000	0,8	11550	5%	0,5	4%	54	29%	7,5	16 "

Желудочный сок содержит свободной Нсс — 23,
общая кислотность = 50.

Больной Н-в. Рост = 160 см. Вес = 41 кг.

(прибыл в весе с момента поступления на 10 кг.)



Уровень сахара в крови колеблется от 70 до 88 мгтр. Сахарная кривая с нагрузкой 60,0 г глюкозы - № 65, через 1/2 часа - 138, через час - 116, через 2 часа - 119. В спинно-мозговой жидкости патологических изменений не обнаружено. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательна. Орбитальная реакция - 0. Энцефалография не выявила никаких изменений в ликворных пространствах мозга.

Турецкое седло - норма. Рентгенограмма органов грудной клетки, желудка также не обнаружила ничего патологического.

Постоянная аспириновая проба отрицательна. Снизительный коэффициент, по Мюллеру^{х)}, очень низок. Также низок уровень компонента (по Бадю) - 0,06. Стоячая гипотермия - 35-35,9. Никтурия - д-1100, дд - 460.

Квалифицированные терапевты, консультировавшие больного, подяют необходимость излечения желудка и двенадцатиперстной кишки.

Больной не поднимается с постели. Стонет, плачет. Вообще поглощен тягостными ощущениями в области желудка, фиксирован на них. Требуется "настоящего лечения, операции".

х) К. М. Относительное количество O_2 , необходимого для окисления недоокисленных продуктов мочи к общему аэро/ту мочи $\left(\frac{O_2}{N}\right) N = 1,56$. Низкий коэффициент - показатель снижения окислительных процессов.

Астенизирован, раздражителен. Иногда бьет себя по голове, рвет волосом, визгливо кричит об inadequately-отвах, грозит самоубийством. Опикивает персонал.

"На эа" неспирити экскрементами. Соарвение не оит.

Отмечалась анорексия, омекившаяся впоследствии бунимией, с отсутствием чувства насыщения.

Больной очень отпадал от своей "ненасытности" - "есть совсем не хочу и не вспоминаю, то насберет - как воки голодом. ... как обвиня ем, ем. ... и ничего не чувствую, сколько бы ни о"ем. ... нуотота внутри".

Одновременно с бунимией появилась поладиния, уонизавшаяся и вечеру - выливая до 3 жидкости. В этот же период времени - никтурия.

В течение 5 месяцев проводилась инсулинотерапия от 2-5 межд.ед. с последующим внутривенным введением 40% глюкозы, парентерально-большее количество физиологического раствора.

В результате терапии появился аппетит. В психическом состоянии изменений не замечалось. Больной попрежнему астенизирован, эксхондричен, эгоцентричен.

Наблюдалось резкое колебание веса: прибав в весе в начале инсулинотерапии, в дальнейшем, неометрия на бунимию, худеет (за месяц потерял 6 кг.).

С 3 по 13 января - частые рвоты, не эст. Нарастает кахексия, появились пролежни. Больной уверен в смерти. Предается с окружающими, плачет.

Терапевт констатирует прогрессирующую наклонность к "гастралгии", не находя для них "органических причин".

По предложению проф. Малинина, больному были отменены все предыдущие назначения и начата была терапия пролактомом с кортином.

С 12/1 больной получил 3 ин"екции пролакта по 40 м.ед через день.

Уже 20/1 - встать превратилось. Вот самостоятельно, поднимается с постели. Находится среди больных, развлекает их игрой на мандолине. Приблиз в весе за неделю на 1,5 кг.

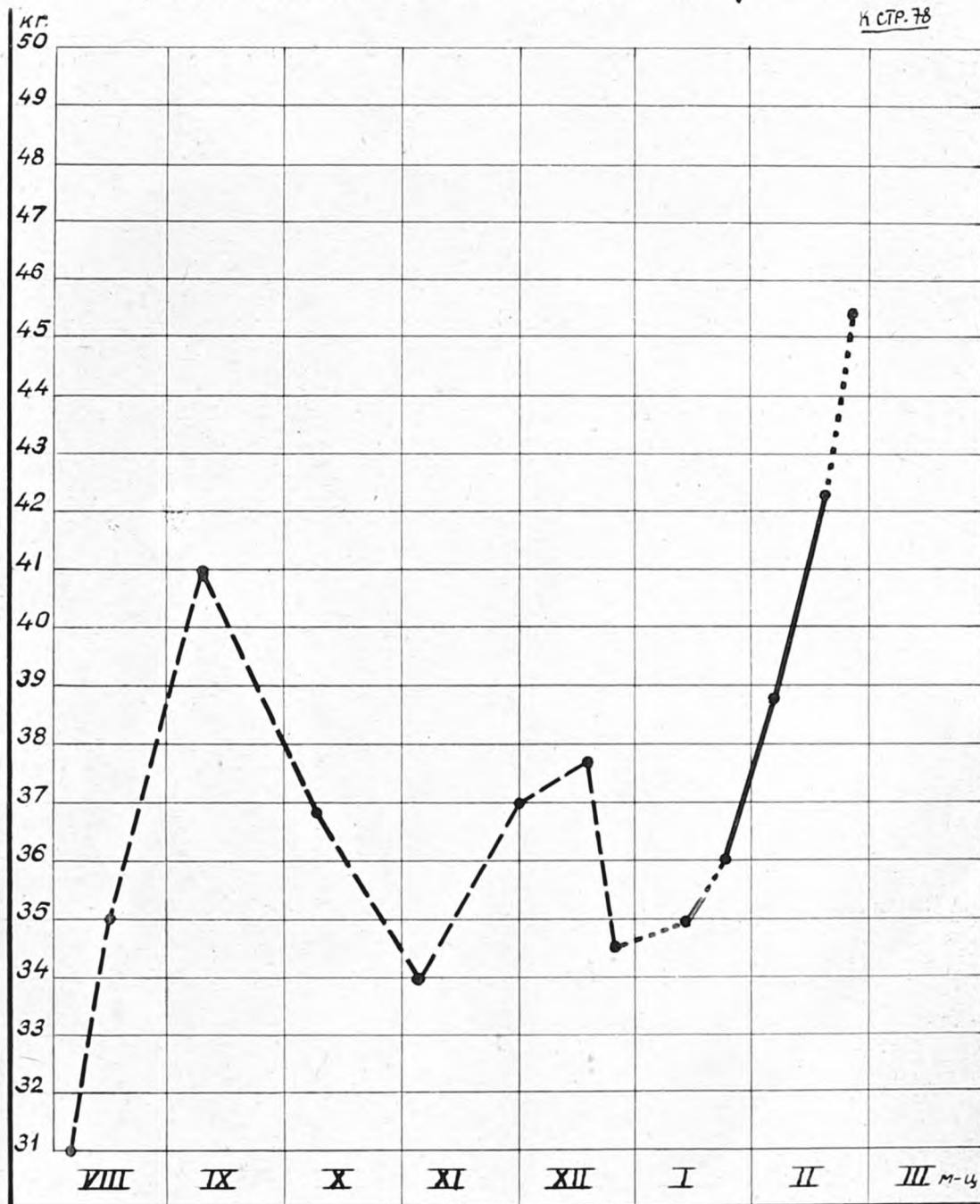
Суб"ективно отмечает некоторое улучшение, но боится это признать: "раньше бы легче, но не верю".

С 22/1 начал курс ин"екций кортина. С этого времени улучшение приобрело стойкий характер. Постепенно исчезли неприятные болезненные ощущения, прошел страх смерти - "ничего теперь не боюсь... чувствую - выдох-развиваю". Стал активным, энергичным, опрятным, вежливым, приветливым.

12/II на пробу встает и в кресло Марии дал бурную вегетативную реакцию с многократной рвотой, онемением голеностопов, слабостью. Был ошеломлен и несколько растерян. В течение последующих 5 дней не поднимается с постели, плачет, не ест. Затем - вновь хорошее самочувствие. Приблиз в весе на 12,1 кг.

кривая веса больного Наполова в связи с терапией. /с августа 40г. по март 41г./

к стр. 78



----- инсулин + глюкоза.

..... без терапии.

===== пролан.

===== кортин.

Параллельно улучшению физического и психического состояния, улучшилась реакция кожи на облучение УВЧ с "0" до "5", исчезли никтурия, булимия.

Выписан совершенно здоровым.

Анализ случая: У здорового жизнерадостного инжи, перенесшего лишь морь и бранный тиф, через 3 года после него, в непосредственной связи с какой-то, возможно гриппозной инфекцией, возникает и постепенно усиливается болезненные ощущения в желудочно-кишечном тракте. Неподволь нарастает кахексия, адинамия. Болезненные явления резко обостряются после тяжелой поночки - ареста.

Клиническая картина заставляет предполагать "ка-тарр", "гастрит", "язву". Так как все эти диагнозы объективно не подтверждаются, то, очевидно, ощущения больного чисто "неврогенного" характера.

Кахексия, гипер и сенестопатии, извращение аппетита, никтурия, полицидозия, бессонница, снижение аппетита - говорят, по данным ряда авторов (Гатнер, Наказовский, Зайнберг, Маркелов и другие) о дисэнцефальном заболевании.

Симптоматика нашего случая, как будто, описана из статьи Напиро "о церебральной кахексии" и очень похожа на описанный Герцбергом витально-астенический синдром. Разница лишь в том, что во всех приведенных авторами случаях заболевание кончалось летально.

Напиро отмечает, что заболевание вызывается разнообразными инфекциями (грипп, бранный тиф), ведущими в

большинстве случаев в обратимому инфекционно-токическому поражению мозга. Под влиянием малейшего раздражителя "обратимые" сдвиги могут дать тяжелые, уже необратимые явления дезорганизации в эндокринно-вегетативной системе.

У нашего больного в анамнезе бронхит туб.

Начало заболевания он непосредственно связывает с "простудой" (гриппом?), а галопирующее ухудшение состояния стоит в прямой связи с похолоданием, модно потраченной вою вегетатику больного.

Эмоциональное напряжение, в связи с арестом, сыграло роль "второго удара" по измененному инфекционным процессом мозгу.

Мы знаем здесь случай обострившегося вследствие похолодания Шмигдасонподобного синдрома.

Знаком к описанному сл. 17-8, закончившийся летально и подвиг в различных комбинациях с разнообразными диагнозами: "вегетативный невроз", "депрессивная фаза маниакально-депрессивного психоза", "истерическая реакция", "инсценировка" и "дисцифалес с иксондрически-истерическим симптоматикой".^{х)}

Приводим подробную историю болезни.

С-и А.Г. - 1905 г. рождения. Врач. Поступил в клинику 22/II-39 г., выписан 16/У-39 г.

Анамнез со слов жены: Знает больного в течение 23 лет. Характеризует его необщительным, несчастливым, но

^{х)} Диагноз нашей клиники.

режним. Отличался чрезмерной мнительностью. Всегда панически боялся смерти. В 12-летнем возрасте, после дисентерии, решил, что у него дыра в кишечнике и начал проникать в область брюшины.

В 1936 г. тяжелая психогения - умер ребенок.

Винновником его гибели считал себя, так как не проявлял трахестонии.

После этого надолго замкнулся, оторвался и избегал людей. За последний год состояние стало выравниваться.

Настоящее заболевание началось в октябре 38 г. после "колиты", сопровождавшегося субфебрилитетом и необычайной прожорливостью. Появлялась слабость, боли и жжение в мочеиспускательном канале, что больной об "якобы" возбуждением нервов и нарушением вследствие этого "терморегуляции".

В дальнейшем решил, что болен энцефалитом и стал "необращать перинисоника". С диагнозом "вегетоневроз" стационарируется перинской канникой нервных болезней. Но "так как не знал какой рукой и когда тряхоти, то разоблачается".

Вскоре появились галлюцины на бодь в глазах. Смотрел на свет лишь сквозь синие очки. Перестал есть. Говорил о самоубийстве. В таком состоянии был переведен в перинскую психиатрическую больницу, где диагностировалась депрессивная фаза маниакально-

депрессивного психоза.

Анамнез со слов больного: Заболел остро в октябре 1963 г. Появились "нестерпимые, зудящие внутренности" боли и спазмы в животе, субфебрилитет. Непосредственно перед заболеванием - сложная травмирующая ситуация: - "конфликт между требованиями жизни и совестью". Поступился проходной, ноытная затем раскаяние. Недавно решил, что болел недрогосом. Перестал есть. За последние 4 месяца снижлся вес на 15 кг. Принял к мысли о необходимости покончить жизнь самоубийством. Характеризует себя очень интеллигентным.

Соматический статус: Высокий рост. Астеник. Резко истощен. Бледная, влажная кожа. Ноз рта - запах ацетона. Границы сердца в норме. Тоны его чисты. Тахикардия: пульс 100 в 1 минуту. Я легит - патологических изменений не обнаружено. Печень выступает на под края реберной дуги на 3,5 см. Отмечается болезненность при пальпации эпигастриальной и печеночной областей. Кровяное давление 90/60 мм Hg.

Нервная система: В сознании. Зрачки равномерны, правильной конфигурации, с хорошей реакцией на свет. Симметричный оксал зубов. Цени - по средней линии. Болезненность при давлении на супра и инфраорбитальные ветви тройничных нервов. Общая гипотония. Снижение сухожильных рефлексов. Патологических рефлексов нет. Резкая гиперпатия. Астения - абанел.

Вегетативная нервная система: Резко выраженная психомоторная реакция. Гипергидроз с постоянным ощущением зябкости. Красные, отекающие, дисфоричные дермографизмы.

Психическая сфера: Зевот, нахмуренные глаза, с наваливающимся на лоб полнотеневой. Страдальчески-болезненное выражение лица. Говорит еле слышным, прерывающимся голосом, беспрестанно повторяя: "Воздух мой! Тяжелый! Не хватает воздуха!"

Сознание ясное. Точная, четкая ориентировка в правильной оценке ситуации. Интеллектуальный интеллект.

Склонен к мрачному юмору. Эрудирован. Обладает большими специальными познаниями.

Воспринимает массу разнообразных мучительных ощущений: - "жжение и дрожь в затылке... ощущение вращения на каруселях... дерганье и колкание... ощущение зноя в голове... чувство легчайших обмороков". Постоянно жалуется на боль в желудке, невозможность ходить, смотреть на свет, принимать пищу. Эмоционально адекватен. Эгоцентричен. Полностью поглощен своими ощущениями и переживаниями. О своей болезни может говорить часами. Ничем другим не интересуется.

Есть лишь смутная и затуманенная мысль, об "этой таинственной избирательности" "очевидным отсутствием фер-

ментов, необходимых для переработки пищевых веществ".
 С постели не встает, там как может ходить "только
 умом", как только исключая участие воли в практическо-
 миз - "проявлялся".

Уверен, что более оптимистичен в 1933 г.

Первым прожитиком L была знь, якобы, очевидно,
 диатезисированная чернухой. Разлика Эммермана, произ-
 веденная по его настоянию тогда же "в соматическо, дава
 отрицательный результат и врачи - сорицисты закли-
 нивали отсутствие описания". Теперь же у него "экзо-
 ральная татао". В этом его убедили "сух"ективные огу-
 щения, которыми он, как сторонник Захарьинской школы,
 привык верить больше чем врачам".

В дншнотном - отказ от еды; - прекращение кормле-
 ния. Совершенно не открывает глаз. Отверкая бессознания.

Лабораторные исследования: Кровь и моча: на 37%,
 эр - 42600000, gl - 0,02, лейкоц. - 6400, эл. 15, лиз. - 24,
 сегм. - 12%, лимф. - 10%, моно. - 11. Рес - 10 м/м.

Моча - ур. 200 1933. Следи чедни, а после двойной на-
 грузки галактозой - галактозурия. В моче в моче также об-
 наружены следы белки и сахара.

Сахарная кривая с нагрузкой 50, в галактом

$\checkmark$ - 30 мгр		$\checkmark$ - 65 мгр	
3/3	1/4-130 "	3/3	1/4-130 "
	1 ч-130 "		1 ч-170 "
	2 ч-105 "		2 ч-190 "

Сахарная кривая при двоякой нагрузке по Штауб-

Трауготу - 80

1/2 - 135

2ч - 133

3ч - 133

4ч - 133

Пиктурин - ДД - 400, НД - 700

Рентгеноскопических изменений со стороны органов грудной клетки не обнаружено.

Линкор и желудочный сок не исследовались ввиду категорического отказа больного.

В течение полутора месяцев проводилась интубационно-терапия от 8 - 20 мехл. единиц, затем рентгенотерапия с воздействием на область турецкого седла - 45х НЭД. Отмечалось незначительное, кратковременное улучшение: приоткрывал глаза, поднимался с постели, отвечал более громким голосом, появлялся аппетит.

Но вскоре с каждым днем появлялось все новые и новые мучительные ощущения в различных органах и частях тела: "болит внутренняя сторона запястной кости... проваливается и задирается внутрь нижняя челюсть... адская боль внутри живота... жутко болит боковая, задняя поверхность языка, губы... болят суставы... отсутствует *deans penis*".

Отмечались приступы тахикардии и гипергидроза, с усилением тягостных ощущений.

Перестает различать цвета, не-за "тетанического сведения" их". Считает, что у него "тенденция к чешотному вывиху, тетанусу или бешеному", "нарастает деменция, арроферируется волевое импульсом". Умолкает лечить его от "сифилиса", "прогрессирующего паралича". Не учит несмотря на прием наркотиков.

Тягостные ощущения привели больного к серьезной попытке самоубийства.

Полный скептицизма, изверившись в возможности получения помощи "от современной медицины", он, со словами, просит лишь одно - не считать его "окультистом и истериком - никогда в жизни им не был, хотя все давшие, как будто бы, за истерию". Уверен, что является "органиком" и что "свидетель подтверждает органичность такой истерии".

Консилиум профессоров терапевта и невропатолога согласился в диагнозе "органическое поражение промежуточного мозга", установленным в клинике.

В мае больного выписали, по просьбе жены, с рекомендацией повторного стационарирования через 1-2 месяца.

В пазу клинику больной больше не поступал.

Катамнез: Скончался через год в Пермской психиатрической больнице, где был установлен диагноз "деменция", от эмфиземы и абсцесса правого легкого. Секции не было.

С какого рода заболеваниями мы внесли этот дело ? Это не невроз. Протис нее говорят охранимость личности, эмоционального мира ее, доступность больного, критическое отношение его к своему состоянию, отсутствие расщепления, параноидальности. Это - не депрессивная фаза циркулярного психоза. Депрессия больного не паралична, не итимальна. Она вторична и возникает на фоне психических изменений.

Ряд тяжелых сомато-вегетативных расстройств, при безусловно не истерическом характере, заставляет нас категорически отвергнуть также истерическую природу заболевания.

Острое начало болезни, сопровождавшееся субфебрилетом, мелочливо-мичичными криками и буйными говорит о каком-то энцефальном заболевании, возможно, энцефалите.

Сонотес и гипернатия, нарушение оеки тела, вегетативные крики, извращение инстинктов, нарушение обмена подтверждают органическую природу заболевания и указывают на заинтересованность как нерва, так и, главным образом, медуллярного мозга.

Астенизация в связи с заболеванием, наличие неупитных болезненных ощущений, нервозность больного в то время конфликт "между совестью и требованиями женой" - предпосылки возникновения у тревожно-мнительного лица мучительного "судорожного" (Шильер) самоубийства, самоанализа. Тансом в данном случае механически формируются

эгоцентризма, "интроспективного эгоизма", так характерного для инкоординического мышления.

Основным и ведущим в клинической картине являются ощущения и представления о них.

Настоящий случай поразительно напоминает описанные Гердбергом органические поражения мозга с симптомами "витапно-астенического синдрома".

Острые инфекционные заболевания, по данным наблюдений, приводили к органически-инкоординическому синдрому лишь в сочетании с психогенной.

Таков сл. 15-й 5-ва^{х)} М. Г., 30 лет. Лаборантка. Находившаяся в клинике с 3-13/11-33 г.

Данные анамнеза: Отец умер от болезни сердца.

Мать "нервная" женщина, страдавшая "каверзой сердца", умерла от рака. Больная развивалась правильно.

В детстве перенесла корь, в 1931 г. — малярию. 26 лет была замужем. Беременностей не имела. Характеризует себя общительной, податливой, оживленной и колебавшимися настроениями, очень трусливой и мнительной. Заболевание началось 2 недели тому назад во время болезни с высокой температурой. Из-за сильных болей в горле не могла говорить. Врач высказал предположение о дифтерии. С этого момента больная лишилась голоса. Несмотря на неоднократные отрицательные исследования на дифтерию и исключение болей в горле, она беспрерывно думает "об этом

х) Данный случай, как и сл. 20-й, описаны в работе Плесса Г. В. "Клинические варианты инкоординического синдрома".

тяжелой болезни", поглощена мыслями о неизбежности своей гибели. Нарастала тревога. Больная перестала есть, лишилась сна. По ночам появились сильнейшие страхи смерти.

Соматический статус: Иктерична с атлетическими конституциями. Гиперемия зева. Тахикардия - пульс 120 в 1 минуту. В остальном со стороны внутренних органов отклонений не обнаружено. В течение первых нескольких дней - субфебрилитет.

Нервная система: Черепно-мозговая иннервация не нарушена. Сухожильные рефлексы равномерно снижены. Патологических - нет. Тремор пальцев вытянутых рук.

Вегетативная нервная система: Гипергидроз. Гормональная дисфункция. Лабильность. Красный, очень отечный, диффузный дермографизм.

Психическая сфера: Сознание ясное. Тревожно, депрессивно. Полна опасений за свою судьбу. Уверена, что больна дистерией и вскоре умрет, так как "дистерия - болезнь смертельная, если не вводится сыворотка". Попытывает неприятные ощущения в различных органах и частях тела: "оалезенка пухнет", "спина отнимается". Интерпретирует эти ощущения, как симптомы дистерии. В тревоге и ожидании неизбежной гибели, больная в течение нескольких суток совершенно не спит. Ночью испытывает страх смерти: "мгновения распухают... дыхания нет..., вот, вот умру!" Целком сосредоточенная на своих переживаниях, совершенно недоступна контактам.

Лабораторные исследования:

В моче патологических изменений нет.

Кровь: нг - 70%, эр.-8020000, Hb - 0,75, лейкоц.8700,
эос.-4%, пал.з.5%, сегм.-53,3%, лимф.-34%, моноц.-6%,
РОЭ - 18 мм.

Проводилась инсулинолечение по 10-30 мкг.ед.инсу-
лина.Через несколько дней наладился сон, исчезли
неприятные ощущения.Мысли о смерти покинули боль-
ную.Появился интерес к окружающему.В конце концов
она пришла к заключению, что дистерии у нее не было
и нет.Вскоре после выписки приступила к работе.

Намечен в 1940 г.- Совершенно здорова.Работает.

Анализ случая:

У эмоционально-неустойчивой личности, постоянно за-
нятой наблюдением за своим здоровьем - острое инфекцион-
ное заболевание.

Благодаря мнительности, больная фиксируется на мыслях
о дистерии, предположительно диагностированной у нее:
"онкозная, смертельная болезнь!"

Появляются тревога, опасения за жизнь, страх смерти, -
гипостические, экипритические эмоции, вызванные психогенно,
патогенно.

Эти эмоции усиливают болезненные ощущения, обуслов-
ленные ангиной и вызывают к жизни новые, необычные -
"селезенка пухнет".

Особенности личности: ее постоянная близость, мни-
тельность, при комбинации острой экзогенной с психогенными
факторами, - почва для пышного расцвета ипохондрического
состояния.

Подобные картины названы Плессо "острым аффективно-ипохондрическим параноидом".

Патогенетически Плессо трактует их, как "аллергические энцефалопатии".

Если и правомерна здесь аналогия с аллергическими состояниями, то лишь в смысле "психической аллергии" с "психическим аллергеном".

Как показывают наши наблюдения, одной лишь острой экзогенной для развития ипохондрических состояний, даже в случаях предварительной сенсориализации организма какой-либо токсико-инфекцией, — явно недостаточно.

Здесь обязателен дополнительный фактор. И этим обязательным фактором является психогения. И чаще всего — "специфическая" психогения для личности данной характерологической структуры (угроза здоровью, жизни).

Психическая травма, в этих случаях, заменяет действие фактора времени при возникновении сенестопатически-ипохондрических состояний в связи с хроническими экзогенными.

Психогения усиливает (многократно) одыжки, вызванные соматогенно.

Дальнейшее развитие ипохондрического состояния, в подобных случаях, зависит, главным образом, от преморбидных особенностей больного и от возникновения временных связей между неприятными ощущениями и тревогой.

Ол. 19-27-0 А.К. - 35 лет. Младший лейтенант.

Поступил в клинику 20/VI-41 г. Записан 19/IX-41 г.
Доставлен из Свердловского госпиталя с диагнозом
"рассеянный склероз с психическими расстройствами".
На приеме тревожен, беспокоен. Бежит по кабинету,
сжимая голову, скупывая тело, сжимая кулак. Восхи-
щает: "сердце разрывается! Страшно! Умираю!"

Анамнез: Генетикой не отягощен. Родители трудо-
любивые, сдержанные, "аккуратные". Сестра - тревожная,
беспокойная, суеверная. Остальные члены семьи - жизне-
радостные, энергичные люди. Окончил 6 классов. Работал
котельником. 2 года служил в пограничных войсках.
Последнее время - в противотанковых частях. Женат
4 года. Семейная жизнь неудачна - полная ссор и драг.
Несколько раз пытался развестись с женой, но удержива-
ла любовь к ребенку.

Ангиолилизираторы редко. Инфекционные болезни, кроме
"легкого гриппа" в феврале 1941 г., отрицает. В ию-
ли трижды перенес острые приступы мигри. Характеризует
себя общительным, веселым, добросовестным и аккурат-
ным. Всегда очень точен, пунктуален, трудолюбив и
усидчив. Считает себя больным с конца 1940 г. - вне-
зпно во время заседания упал без сознания. С тех
пор часто отмечал учащенное сердцебиение, тяжесть в
голове. Все время много и напряженно работал. Подни-
жал семейные неприятности, конфликтная ситуация на
работе. В феврале 41 г. почувствовал недомогание -

"болит", "болит голова", "вижу, как будто града",
"машину пошу". К врачу не обращался.

6/8-41 г. ночью внезапно появился сильнейший
страх смерти, депрессивное ощущение в области сердца,
странное беспокойство. Не мог уснуть ни на минуту.
Беспрерывно ходил по комнате. Думал "сердце вот-
вот разорвется".

В течение 10 дней лежал в Челябинском военно-
госпитале с диагнозом "истощение нервной системы
с психоастеническими реакциями и выраженными расст-
роениями со стороны вегетативной нервной системы".
Абсолютно не спал. На госпиталь переводился в Уфим-
скую психобольницу, где его лечат гипнозом. Но
состояние не улучшается - "от боли был возбужден".
Соматический статус: высокий рост. Атлетического
сложения. Хорошо убитая. Глухое сердце.
Брадикардия: пульс 50 ударов в минуту. Аритмия -
экстрасистолия (терапевты исключили органическое
поражение сердца, признав больного годным к службе
в Армии). В остальном, со стороны внутренних органов
отклонений нет. Кровяное давление - 100/80 мм
ртутного столба.

Нервная система: зрачки равномерны. Реакция их на
свет, аккомодацию и конвергенцию - хорошая. При кон-
вергенции правый глаз отходит наружу. Горизонтальные
нижние. Взгляд при вертикальном отклонении вправо.

Вражные рефлексы вымываются, но легко восстанавливаются. Существенные рефлексы равномерно снижены. Патологических нет. Дыхания координированы. Чувствительность не нарушена.

Психическая сфера: Ясное сознание. Галлюцинации отрицает. Адекватен. Эмоционально возбужден. Интенсифицирует массу неприятных ощущений. Беспокоит "пустота, удары в голову, ползание мурашек по телу, ощущение перебоев сердца". Находится в состоянии внутренней тревоги, беспокойства, страха перед "плоским излодом" - "смертью или сумасшествием". Очень обострен. Детализирует и застревает на мелочах, передает о беспокоящих его ощущениях и переживаниях.

В дальнейшем - крайне изменчивое состояние - то спит, контактен, весел, чрезвычайно возбудим и подтянут, то - угрюм, напряжен, не поднимается с постели. Иногда, в тревоге и страхе, не находя себе места, бегает по отделению, жалуясь на скатие и боли в области сердца. В отчаянии сжимает голову, кусает руки, заглушая вырывающиеся стоны и крики, омачивает голову и грудь холодной водой. Ночами, несмотря на прием наркотиков, плохо или совсем не спит. Не ест. Иногда беспокоит головная боль.

Периодически все кажется нереальным: "как во сне.. как с похмелья". Даже изменяет свою форму, окраску: "люди - как статуи... все становится то желтым, то зеленым".

Безотрадное одиночество, в котором усиливается тревога и страх смерти. Знает помощи и сочувствия у врача. Подробно анализирует свое состояние, перебирая все возможные варианты течения болезни.

Данные лабораторного исследования:

Кровь: гем. - 90%, эр. - 5140000, $\overline{F}$ = 0,9, левк. - 3550, эос. - 1%, нейт. - 7%, сегм. - 46%, лимф. - 33%, моноц. - 3%.
РСО - 8 м/м.

В моче патологических изменений не обнаружено. Сахарная кривая с нагрузкой 50,0 г глюкозы: Δ - 36 мг/дл, через 1/2 ч. - 90, через 1 час - 106, через 2 часа - 75.

Спинально-мозговая жидкость при лумбальной пункции вытекает струей. Цитоз - 4, белка - 0,46%. Реакция Панди и Кошке-Данельи - слабо положительная, Вангс 1110000. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательна. Орбитальная реакция - 5. Потовая ацириновая проба отрицательна. Дневной диурез превышает ночной.

Проба Волчке привела к бурной длительной вегетативной реакции с обострением неконсультативной симптоматики. Отмечалась растерянность, тревога, все нарастающий страх близкой смерти.

Терапия: 100 мг хлористых кальция внутривенно. Инсулино-терапия до 35 ед. инсулина.

С радостью ожидает каждого звонка, из "экстренных", "улучшающих здоровье на 5-10%". Настоятельно просит не жалеть лекарств... поскорее добить остаток бо-

жизни". Твердо верит "в полное исцеление на все 100%".

Через 2 месяца выписывается в часть выздоровевшим.

Анализ случая: Эпизентоническая больная и пароксизмы
отрица могут служить основаниями для диагностики
генуинной эпилепсии. Однако, движение этот будет опи-
сочным.

Связь заболевания с какой-то инфекцией, отсу-
тствие расстройств сознания, эпилептические припадки
и тенденция к эпилептической дегенерации - позволяют
полностью исключить эпилептический процесс.

Сосудисто-неустойчивый, возможно в связи с пере-
несенными закрытыми травмами мозга, эпитан, страдает
с 1940 г. обморочными состояниями и все время нахо-
дится в состоянии резкого эмоционального напряжения,
постоянной психической травматизации (семья, работа).
В феврале какой-то инфекции, сопровождавшейся присту-
пом сердечной астмы со страхом смерти. Пиковое пере-
живание испуга, затормозившееся в сознании аффект
отрица и наличие функциональной недостаточности
сердечной деятельности (аритмия), способствует раз-
витию болезни по условно-рефлекторному механизму.

Теряемость и вязкость больного создает фиксацию
и застревание на болезни.

Поэтому, в феврале больной перенес эпизодиче-
ский как психоневрологический расстройство - дереали-
зацию с метаморфопиями, так и неврологическую симптоматику.

матку с летками непонятным образом.

Л. 20-22-4 М.И. - 36 лет. Заместитель районного прокурора. Находилась в клинике с 14/X-38 г. по 9/1-38 г.

Анамнез: Отец в старости - "чудак и пьяница". Перенесла корь, какой-то тиф. Заболела в 3 года. Детей не было. Общительная, мягкая, "болела за все душой".

Впервые заболевает в 1933 г., в непосредственной связи с противотифозной прививкой. Внезапно ощутила боль в левом боку и области сердца. Несколько дней пролежала в больнице, затем лечилась амбулаторно. Через месяц - резкое ухудшение состояния в непосредственной связи с арестом матери. В течение 4-х месяцев была прикована к постели из-за боли в области сердца.

Постепенно состояние улучшалось, но за несколько месяцев до поступления в нашу клинику - вновь боли в области сердца, с иррадиацией в левую половину тела.

Врачи диагностировали "невралгия". После курса лечения в физиотерапевтической клинике боли утихли.

В марте 38 г. - грипп и ангина с очень высокой температурой. "Все растерялась". Появились мысли о неизбежности смерти, страх перед ней.

Считая себя тяжело и неизлечимо больной, она и после того, как прошел грипп, снизила температуру, оберегала себя от малейших движений и волнений. Почти не покинула кровати. Отказалась от развлечения, знакомств. Через 2 месяца — состояние улучшилось. Приехала для консультации в Свердловск. Терапевт, якобы, определил "склероз сердца". Диагноза "окончательно испугалась". Жизнь превратилась в мучительное ожидание разрыва сердца, смерти. Обострилась боль. Вскоре вновь грипп и ангина, сопровождавшиеся сильнейшим страхом приближающейся смерти. Непрерывно кричала: "держите пульс! Сердце останавливается! Гибрар!"

Ее заторможенное совпадает со смертью близкого знакомого, умершего, якобы, от "разрыва сердца". Это окончательно убеждает ее в неизбежности и для себя такого же конца. Слегка и больше не поднималась из-за мучительных ощущений в левой половине тела: "изменялись зубы слева... нос подтягивает влево... левое легкое и половина носа не дышат".

Соматический статус: Ничего с черепными отклонениями жара в области плеч и бедер. Гиперемия века. Увеличены миндалины. Со стороны внутренних органов отклонения не обнаружено.

Со стороны нервной системы признаков органического поражения также нет.

Вегетативная нервная система: Сильное лицо. Гипергидроз.

Психическая сфера: Тревожна, агитирована. Делает руки, сжимает и стонет, беспрерывно одушевляет свое тело, причитает: — "я живой труп... я потерял свое тело... ног нет... жила нет... кости как дичь... желудок не работает". Никто, кроме своих ощущений, не интересует. Говорит лишь о них. Плохо спит и ест.

За время пребывания в клинике — двухнедельное повышение температуры в связи с ангиной. В этот период усиливается тревога, растерянность.

С падением температуры состояние улучшается. Усиление тревоги и страха отмечалось также в период внутримышечной инъ. окисной мозоли.

Данные лабораторных исследований:

Кровь: гем. — 60%, эр. — 4400000, $Hb = 0,7$, лейкоц. 3300, эоз. 2%, ней. — 3, 5%, лимф. — 25%, сегм. 33, 5%, моноц. 12%, клеток Тарки 2%. Плазмоземная реакция в крови не обнаружена.

Терапевтические и рентгенологические данные отвергли предположение об органическом поражении сердечно-сосудистой системы.

Большая польза от инсулина (10-15 ед.). Постепенно агитация, тревога стихают. Появляется интерес к внешнему миру. Отмечается уменьшение неприятных ощущений. Выписана в состоянии улучшения.

Интерпретация случая: Постоянное повышение психических расстройств, в связи с легкой протеканием инфекции, связано с "симптоматической лабильностью" (Кларет). В связи с

противоброунтизмической прививкой возникает функциональная недостаточность и лабильность сердечно-сосудистой системы. Ангиспазмами, сенестопатиями, иррадиация ощущений в левую половину тела — возникают после каждой экзотемии. Особенно же резкое обострение наблюдается в связи с психогенными факторами.

Тревожность и мнительность, присущие больной, держат ее в плену у этих ощущений.

Интересно постепенное развитие и нарастание симптомов: сенестопатии → агностические эмоции страха → нарастание его в гностический психриктический страх и, наконец, появление серьезных нарушений схемы тела и деперсонализации.

Анализируя группу экзогенно-психогенных сенестопатически-индохондрических реакций, мы отмечаем следующее:

1. При сочетании острой экзотемии с психической травмой, тревожно-мнительные личности, склонные к застреванию и фиксации мыслей на своем здоровье, могут дать реактивное сенестопатически-индохондрическое состояние (сл. 12, 19, 20).

Аналогичные состояния дают при психогенной лихорадке те же психопатологической структуры с органической недостаточностью центральной нервной системы, возникшей в результате перенесенных когда-либо острых инфекций.

В последних случаях, до известной степени, можно говорить о "реакции сомат", в понимании К. Янгера. Однако, в отличие от последних, здесь больше ^{акцентированы} психопатологические особенности больных.

3. Заболевание начинается остро, с элементарных фиксированных ощущений, обусловленных реальной ситуацией. На этом этапе еще нельзя говорить о сенестопатически-ипохондрическом синдроме.

В дальнейшем, благодаря психогенной, возникает гностические эмоции. Они обостряют воображаемые ощущения и путем психосоматических переключений вызывают новые, необычные, невыводимые из известного соматического заболевания.

Характерологические особенности больного создают порочный круг взаимодействия, представлений о болезни с реальными ощущениями.

3. Психогенная в этих случаях, большей частью, неспецифична.

Не всегда удается установить психофизиологически понятные связи между психической травмой и картиной болезни.

4. Бредовая интерпретация ощущений редка.

5. Для возникновения сенестопатически-ипохондрического синдрома даже у лиц с "ипохондрической готовностью" одной лишь острой экзотемии недостаточно.

Психогенная, играя роль "второго удара", помогает в этих случаях "перестройке" нервного аппарата, заставляя при экзотемии заболевание.

Психогенная пускает в ход механизм некоторой недостаточности церебральных функций, заменяя своим действием фактор времени при чистых экзогенных сенестопатически-ипохондрических состояниях.

6. Исход заболевания зависит от степени недостаточности нервной системы. В тяжелых случаях грубой дезорганизации вегетативно-эндокринных функций, возникшей под влиянием экзогенных факторов, возможен даже летальный исход.

ПОСХОЖДЕНИЕ СИМПТОМАТИЧЕСКИ-ЭНДОКРИННЫЕ РЕАКЦИИ.

В 9 случаях мы наблюдали возникновение симметрично-симметричного синдрома в результате психогенной.

Сл. 31-я К-ва^х - 37 лет. Домохозяйка. Поступила в клинику 12/11-40 г., выписана 12/11-40 г.

Анамнез: Психоневрологически не отягощена. Отец - алкоголик, умер от заболевания сердца. Мать - от "водянки". Менструации с 11 лет, регулярны. Замужем с 15 лет. Выкидышей, мертворожденных не было. Имеет одного здорового ребенка. Перенесла корь, оспарьину. В 1931 г. - сифилис. Интенсивно лечилась. Характеризует себя настойчивой, живой, энергичной, но необычайно мнительной. Дарянина заставляет думать: "а заражен ли? Не получится ли заражение крови?"

В ноябре 1939 г., в период проведения международной противораковой недели, появилась сыпь на лице. Возмущалась - "не ран ли?" Думала она. Обращалась к врачам различных специальностей, категорически отвергали рак. Не успокаивалась. Часто, запрокинув голову, разглядывала в зеркало лицо. Вскоре сыпь на лице,

х) Краткая история болезни приведена в работе Плессе "Клинические варианты эндогенного синдрома".

но появились непереносимые и болезненные ощущения в различных частях и органах тела: "язык распух и при этом вход в носоглоточную полость", "стала отмирать", "глас в правой части языка".

Лекарства, принимаемые ею, "не возымели толку". Обращалась к онкологам, хирургам, терапевтам, в институт экспериментальной медицины.

Узнав от одного врача слово "атрофия" - и прочитав где-то, "что" заболевания языка ведут к атрофии кишок", решила, что у нее "атрофия желудка и кишок". Подвигаясь к осознанию тяжести и неизлечимости своего заболевания, пыталась покончить самоубийством.

Соматический статус: Астеник. Рост не измерен. На лбу кровоизлияния. На носу отравляющая борода. Нос рта - запах ацетона. Язык обложен. Зев гиперемизован. Границы сердца расширены вправо на 1 см., влево - на 1,5 см. На верхушке сердца - акцент 1-го тона, систолический шум. Пульс 130 ударов в минуту, ритмичный. Кровяное давление - 120/70 мм/и Hg. Со стороны легких и органов брюшной полости отклонения не обнаружено.

Нервная система: Незначительная анксиозность.

Реакция зрачков на свет удовлетворительна. Легкий горизонтальный нистагм при взгляде вправо. Язык при высовывании отклоняется вправо. В остальном - норма.

Вегетативная нервная система: Тахикардия. Красный разлитой, стойкий дермографизм. Сухая, несколько мелу-

падаются ноги.

Психическая сфера: Сознание ясное. Находится в состоянии агитированной тревоги и депрессии. В выражении ее несколько театральна. Лежача руки, урет на себе волосом, бьется головой о стены, валится на пол. Кричит и причитает: "погибла, погибла !" Отвечает тихим голосом, стиснув зубы, закрыв глаза, но очень обстоятельно, детализируя, но несколько раз повторив одно и то же. Жалуется на "снижение всех ощущений". У нее постепенно атрофирует организм: "исчезли слезы, прекратились менструации, нет позывов к мочеиспусканию и дефекации, даже перестала кашлять и чихать". Все это произошло из-за частого запрокидывания головы, "вследствие чего неким образом вход в мозговой канал и еще куда-то", "поврежден головной мозг" и "теперь нет спасения".

Видит в своем состоянии врачей, не обративших внимание на частые запрокидывания ее языка.

То поступательно, отделично требует исследовать ее, "дав в руки материал для мнения врачей", доведени ее "до такого состояния", то - умоляет отравить ее, так как она "неизлечима и существует один исход - смерть". Настойчива, требовательна, назойлива. Стремится обратить внимание на тяжесть своего заболевания.

Имения, жесты адекватны высказываниям, несколько патетичны.

Часто облизывает губы, высовывает и подбавляет язык, окусывает им доски, кося.

Не ест. Совершенно не спит.

Лабораторные исследования:

Гемогрaммa и мочa без патологии. Сахарная кривая с нагрузкой 50,0 г глюкозы $M = 85$, через $1/2$ ч. - 130, через 1 час - 90, через 2 часа - 80.

В ликворе патологических изменений нет, реакция Вассермана в крови и спинно-мозговой жидкости отрицательна.

Потовая ацирифовая реакция - положительна. Эритроцитарная реакция - 3. Дневной диурез превышает ночной. Заключение рентгенолога: "комбинированный митрачный порок?"

В течение первых дней пребывания в клинике - возбуждена, тревожна, высказывает суицидальные мысли, не спит. Ни с кем, кроме врача, которому постоянно перечисляет "симптомы постепенного отмирания организма" и отчаянно требует от него помощи, - не контактирует. Убеждению недоступна.

В течение месяца проводилась мягкая инсулинотерапия. В гиповолемии обостряется психопатологическая симптоматика.

Постепенно становится ровнее, спокойнее. Прекращаются мысли на "отмирание". Бредовая интерпретация ощущений все больше и больше поддается коррекции. Соглашалась, что "многое — от характера: голова болит, думаю — тиф, умираю". Урегулировалась сон и аппетит. Прибыла в весе на 3,5 кг. Выписана домой без психических расстройств и болезненных ощущений.

Через 2,5 месяца поступает вторично в отделение, аналогичном описанному выше. Делосимулирует бредовые идеи эпилептического содержания. Через 6 дней выписывается без перемен, но настоящие муча.

Катамнез 1945-1946 г. Совершенно здорова. Полная критика и перенесенному психическому состоянию. С начала войны работает.

Анализ случая: У тревожно-мнительной, с эпитимными чертами характера личности — психологически понятная настороженность к болезненным ощущениям в период популяризации сведений о раке.

Незначительная царапина вызывает нозофобию, страх за жизнь. Благодаря фиксации внимания на эндосоматических ощущениях, последние обостряются, возникает паника. Ощущения же, в свою очередь, усиливают и удерживают страх и тревогу за здоровье.

Скупучиваемость, обстоятельность, потребность в самонаблюдении не дает возможности больной освободиться от ощущений и идей, восходящих на высоте заблуж-

важны характер синдрома Котарра: "все високое, атрофированное".

В дальнейшем - элементы шизохондрического развития личности.

Данный случай сходен с описанным Крафт-Эбингом "шизохондрическим парансией".

Он пишет: "ощущения вызывают представления о характере бреда, представления же - ощущения".

У больной шизохондрическое состояние является "психической реакцией, наступающей ненормальной, но представляющей собой логически правильные реакции центральных элементов на ненормальные раздражения" (Танци. Дитировано по Астивацатору).

Клинический диагноз болезни: "психогенная реакция в форме сенестопатически-шизохондрического синдрома" требует, конечно, дифференциации и, прежде всего, от паранойской формы шизофрении.

Психологически позднее развитие синдрома, эмоциональная сохранность больной, отсутствие расщепления, наконец, течение и исход - все это говорит против шизофрении.

Сл. 22-2 Д-в С.М. - 39 лет. Евдокимы. Поступил в клинику 3/IV-41 г. Выписан 6/XI-41 г.

Характеризуется явной оцель мнительным. Боится "каждой малочи", болезни, темноты, одиночества, новой ситуации.

Анамнез по слову больного: Генетологически не отягощен. По окончании 4-х классов, работал чернорабочим; последнее 3 года - кладовщиком. Алкоголем не злоупотреблял. Ушел 15 лет. Имеет 2-х здоровых детей. Обычная жизнь дружная. Член лишь говаррсов. В 1923 г. - "искуп". Во время забоя свиней, одна из них вырвалась и бросилась на него. После этого долго беспокоило сердцебиение. Врачи диагностировали "невроз сердца". Очень встревожился, стал "беречься". Прекратил курить. Появлялась боязнь сна, ночества, внезапной смерти "от разрыва сердца".

Характеризует себя интимным, застенчивым, робким, крайне тревожным и мнительным. Тяжело реагирует на жизненные невзгоды, длительно переживает их. Хороший семьянин. Общительный, веселый - "гитарист и пианист".

Заболел 1/1-41 г. внезапно, во время свидания с квартиранткой.

Его влекло к ней. Иногда появлялось "новельное" много о возможности интимной близости между ними.

Заика к этой женщине, в оторванности ее взрослого сына, обнял ее. В это время укачивал чай то чага. "Сверкнула мысль - сын идет!" "Ударил в совесть". "Нельзя заикаться и свалось тихим сердцем". Оттолкнув женщину, убежал к себе. Там, взглянув на спящих жену, детей - спустился на колени и вновь почувствовал "боль и жар в сердце". Последующие 3-4 дня работать не мог. Была высокая температура и сильное потостекание. Врачи диагностировали "сердечный припадок".

По выходе на работу чувствовал себя очень плохо. Беспрекословная слабость, "ужасно истощающая боль в сердце". Около 2-х месяцев лечился амбулаторно, но состояние ухудшалось. Злилась она, злилась. Покупал. Попытки "сердечную тоску" и "приступы страха и боли в сердце, подобно тому ужасному припадку, в котором убеждал от инвентаризации".

Соматический статус: Атлет. Удовлетворительного питания. Гиперемия лица. Границы сердца в норме. Тоны его несколько приглушены. В правом легком - частое дыхание. В остальном со стороны внутренних органов - без патологии. Артериальное давление - 130/90 мм Hg. Признаков органического поражения центральной нервной системы нет.

Вегетативная нервная система: Нервное. Тахикардия. Лабильный пульс. Гипергидроз. Красный отекший дермографизм.

Психическая сфера: Сознание ясное. Расстройство восприятия нет. Состояние интимирированной депрессии, тревоги, значительного двигательного беспокойства.

Постоянно беспокоит, бегает из угла в угол. Сила - дергается всем телом, расклевывается.

Патетически возмущенная, вскрикивает на "ужас! Тоску! Страх! Невозможность есть - "не могу не пережаривает", невозможность спать.

Полно опасений за свое здоровье и жизнь - "сердце лопнет! не выдержать ему!" Причитает: "о, на кого же отойти и поехать?" (смотрит в зеркало) - "Скоро же а" или

меня! Ой, ой! Много я потерял: здоровье потерял... курорт потерял... жену и детей - все потерял! Не быть уж мне «издарадостным!» Травомно добивается о методах лечения. "Чем надо лечить?" Предупреждает "вот сейчас будет припадок и я умру". С тревожно-выжидательным выражением лица, заатака дыхание, кладет руку на сердце. Затем, облегченно вздыхает - "отлегло! Пока еще жив!"

Лабораторные исследования:

Кровь и моча без патологии.

Уровень сахара крови при разовых исследованиях колебался от 83-84 мг%.
Сахарная кривая с нагрузкой 50,0 сахара: $N = 68$, через 1/2 часа - 113, через 1 час - 75, через 2 часа - 75. Ликвор без изменений.

Дневной диурез превышает ночной.
Потовая аспиринсовая проба положительна.
В течение долгого времени больной находился в состоянии двигательного беспокойства, депрессии, страха перед возможностью наступления "припадка", близкой смерти. Стоял и плачет. Охватив обеими руками оплоухенную голову, бегаёт, вдали от всех, по саду, всегда по одному и тому же направлению. За лето протоптал тропу в неоскошенной траве. Возкликает: "такой молодой!... сердце разорвется!"

Жаловался на отсутствие "вкуса пищи и ощущения сытости".

Спал очень мало и то после приема наркотиков. Отмечались упорные запоры, извращение аппетита: то анорексия, то булимия с акорией.

Проводилась инсулинотерапия. Коматозная доза - 80 ед. В гипогликемический обострялась психопатологическая симптоматика. Непытливый потрясательный страх смерти. Наблюдались браговая интерпретация ощущений: "покадите! поногите!... Вот-вот умру! Окажите меня скорее!" В тревожной и опасенном разглядывает и ошупывает свое тело. Волнуясь, настаивает на операции, так как он "идеалом не человек" - у него "внутренности гризуна". Об этом он знает "по пережитому наму". Опасается "уж не отравился ли квартирником ?!"

Всюду поглощен наблюдениями за своими ощущениями. Кроме и вне их его ничего не интересует: ни семья, ни начинавшая война. Он занят лишь постоянным тревожным ожиданием "прихода и смерти".

Инсулинотерапия заметного улучшения не дала.

Проводилось рентгенооблучение^х области турецкого седла (401 НЭД); ни"онда картина.

Психическое состояние улучшилось. Стал спокойнее. Меньше фиксируется на своих ощущениях. Исчезли агитация и страх. Начал интересоваться семьей, военными событиями. Параллельно улучшению психического состояния снижались сен, урегулировался аппетит. В таком состоянии выписан. Катанков в 1945-46 г. Совершенно здоров. Работает.

Выводы: Эмоциональное, психическое потрясение в связи с опасением за жизнь (в 1943 г. - "семья сгорела") вы-

х) По методике Бехтеревского института.

вызвет у элементальной, с чертами тревожной мнительности, личности функциональное расстройство сердечной деятельности - "невроз сердца".

Мнительность и опасения за свое здоровье обостряются, давая картину фобий.

Вторичное аффектогенное потрясение (в связи с боязнью компрометации) дает картину, близкую к ангионеврозу коронарных сосудов: "теснело... давило... дышать было нечем... было страшно - умиру!"

- Приступ сопровождается гипертермией и пототделением.

В дальнейшем - "приглушенность" и онемения, наблюдение за ними, фиксация на них и постоянный страх перед могущим наступить припадком.

На высоте заболевания - картина, внешне напоминающая как деперсонализацию: "человеческий облик потерял... внутренности не те... переродился", сопровождаемая расстройством сферы инстинктов.

Картину следует дифференцировать от депрессивной фазы циркулярного психоза.

В обоих случаях: тревога, депрессия, отчуждение она и апатия, что наблюдалось также и у нашего больного. Но такая вторичность депрессии, обусловленная эндоэмоциональными ощущениями и психогенной, булемия, обычно не встречающаяся при витальных депрессиях, активная заинтересованность в лечении, наконец, не циклическая структура личности больного, - дает право отрицать маниакально-депрессивный психоз.

Здесь, как и в предыдущем случае - психогенная сомато-патическо-висцеральная реакция, претендующая с расстройством вегетативно-трофических функций.

В 2-х случаях (23 и 24-й) у больных У-ва 1906 г. рождения и Б-ва 1913 г. рождения острая половая связь порождает опасения заражения венерической болезнью. Эти мысли заставляют энцефалоидных, вялых и мнительных суб"ектов тщательно подстергивать изменения в своем организме. Они следят за отправлениями его и поспешили интерпретировать малейшие нарушения - "сифилис", "гонорея".

Опасения путем психосоматических переносов влияют на соответствующие ощущения, поддерживая, в свою очередь, идеи о наличии болезни.

Таким образом, замыкается порочный круг из представлений и ощущений.

Внутренние введения 10% хлористого кальция, мягкая очистительная" психотерапия привели к выздоровлению.

Вольные этой группы отличаются рядом особенностей:

Во-первых, - структура личности. Преморбидно их характеризует чрезмерная мнительность, тревожность, "будничная готовность к самонаблюдению". Они торmented и вялы. Эта обстановка создает потенциальную готовность к интоксикации.

Вторая особенность - специфичность психогенности: то это непосредственная угроза жизни, то - опасения за здоровье,

то - специфический кон.

Мы знаем во всех этих случаях, в подлинном смысле, психогенную сенестопатически-инкоординированную реакцию, где клиническая картина отражает психологически понятные связи ее с травмирующей ситуацией.

Третьей особенностью является отсутствие инкубационного периода.

При экзогенных сенестопатически-инкоординированных реакциях мы отмечаем развитие синдрома лишь спустя известный период времени, как бы требующийся для "перестройки" вегетативной нервной системы. Экзогенным результатом этой перестройки и является различные случаи.

По аналогии с понятием об алергии, здесь действие хроногенного фактора можно уподобить действию неспецифического раздражающего фактора.

Мы видим также, что одна лишь острая экзогенная, сама по себе, не вызывает сенестопатически-инкоординированных состояний. Для возникновения их обязательна комбинация с психогенной, играющей роль такого же раздражающего фактора, как и время в случаях экзогенного сенестопатически-инкоординированного синдрома. Но в этих случаях - уже специфического раздражающего фактора.

"Специфичность" психогенной в том, что она имеет точкой приложения своего действия те же системы мозга, что и экзогенные вредности - области регуляции вегетативно-трофических функций.

Психогения как бы ускоряет перестройку вегетативной нервной системы, установку ее на новые регистры.

В противоположность этим соотношениям, одним лишь "специфическим" психогениям, при наличии особой структуры характера, вполне достаточно для возникновения вегетативно-патического-инволюционного синдрома.

"Специфическая" психогения бьет по наиболее глубоким слоям личности - инстинкту самосохранения и сильно потрясает вегетативно-эмоциональную сферу.

Заболевание в большинстве случаев начинается сразу "идеогенис" и лишь вторично возникает ощущение, вызванное путем психосоматических переключений.

Все же, анализируя структуру психогенного синдрома - патического-инволюционного синдрома, мы различаем 3 варианта механизма возникновения болезни.

В первом варианте первичными являются ощущения. И как-бы незначительны они сами по себе ни были, заострение на них создает/исключительную настроенность.

Явность мышления, способность к самонаблужу усиливает и обостряет ощущения.

При втором варианте болезнь начинается не с ощущения, а с представлений. Лишь в последующем развитии заболевания представления вытесняют к жизни ощущения. Они, являясь вначале лишь ослеплением, в дальнейшем все более и более становятся причиной болезни и играют ведущую роль в картине ее.

На этом, втором этапе, заболевания "психогенные энцефалопатии" уже несомненно соматически болезненны.

У них возникают тяжелые расстройства сна, аппетита, сердечной деятельности, функции желудочно-кишечного тракта и так далее и тому подобное, хотя, как правило, интрузивности не находят у них "чужах заболеваний".

Тесной взаимосвязи представлений и ощущений отсутствуют, как и в случаях первого варианта, особенности характера. Дилетантизм в вопросах симптоматики, примитивности и ограниченности личности создает стойкое убеждение в наличии у нее какогонибудь определенного заболевания (сл. 20 и 34).

В третьем варианте наблюдается совпадение ситуаций с ощущениями или интерференция этих двух факторов (сл. 22-я).

Так создается невротическая симптоматика, где совпадение во времени переживания с проявлением слабости функции какого-либо органа обуславливает фиксацию этой слабости и дальнейшую манифестацию ее по механизмам временных связей.

Характерным является отсутствие пиктурной и положительная водная аспиринная проба. Это не во всех случаях психогенных энцефалопатий в противоположность эндогенным.

Этот факт служит как бы косвенным доказательством известной функциональности синдрома в данных случаях. Хотя в тяжелых случаях, таких с дезорганизованной вегетативно-трофической функцией, картина иллюстрирует все большее

и большее перерастание "функциональных" нарушений в "органические".

Сенестопатии дают реальную почву для тревоги и страха, а иногда и для бредовой интерпретации ощущений.

Путем психо-патетических переключений гипостические анкиретирующие эмоции сменяются за здоровье, через обострение таламической чувствительности переходят в эмоции агностические, протопатические. Безответность, неосознанность их порождает неправильные бредоподобные толкования, даже бред, в конце концов, теряющий психологическую логическую связь с психогенной.

Поток тягостных и неправильных ощущений, наряду с нарушенным сна и снижением коркового контроля, создает немотивированную тревогу и страх. Появляется безответное чувство изменения собственной личности, полностью овладевающее больными.

В смутенки и тревоге переживают они эти чувства и обычно восприятия, как гибель своего "я".

Эти состояния на высоте заболевания близки к синдрому "гибели мира". Подобно тому как при указанном синдроме возникает "нарушение покоя в мире вещей и полный оптический распад восприятия" (Эштерн), так и в описанных нами состояниях нарушается покой в мире эндосоматических ощущений, наступает дезинтеграция их.

Отсюда — деперсонализация, иллюзорный бред типа синдрома Котарра.

По механизму возникновения психоневротический бред, хотя и сходный в некоторых случаях с психотическими, является всегда вторичным - психосоматическим.

Подразделяя соматопатически-психоневротические реакции на экзогенные, экзогенно-психогенные и психогенные, мы не-
мо отдаем себе отчет в условности этой схематизации. Часто в нашем распоряжении, на пути к этой классификации, нет ни-
каких данных для распознавания этиологии синдрома.

Первопричина (психогенная, экзо или соматогенная ?)
указывает от внимания или настолько тесно переплетаются
между собой все эти факторы, что искусственное подразделе-
ние их невозможно (случаи 16 и 17).

Видно, что психогенными факторами могут быть как психиче-
ские, так и соматические факторы пороков, так те и другие
одновременно или последовательно - "двойной генез" (Вы-
ковский).

Академическая психиатрия считает психогенными не толь-
ко те заболевания, которые являются психическими факто-
рами, но где и этиологическое промежуточное звено находится
в сфере предстатических, а не в соматике (Кронфельд).

Однако, хорошо известно, что психогенные могут возникнуть
даже такие грубо соматические заболевания, как болезни Ба-
зедова, Симмондса, Аддисона, нарушения сердечной деятельно-

отх, деятельности желудочно-кишечного тракта - "медвежья болезнь" и так далее.

Шоковое эмоциональное потрясение может привести и к смерти.

В литературе периода военного времени имеются указания на аффектогенную превакцию э.т.р.

Так, профессор Гончаровский описывает случаи нейро-сенестопатических расстройств с картиной э.т.р., вызванных эмоциональным, шоковым потрясением. Установив, что в большинстве этих случаев наблюдалась преимущественно левосторонняя, автор назвал эти картины "аффектогенно-сенестопатическими вариантами".

Эти случаи убедительно доказывают близость механизмов действия шоковых психогенных и экзогенных факторов. Как в том, так и в другом случае - действие физиогенно.

Сильные эмоции вызывают изменения в талламо-гипоталамической области. А нарушение этой системы является физиологическим условием для психоэмоциональных и соматопсихических переключений.

Сенестопатически-эпихондрические реакции, в большинстве случаев, текут благоприятно. Больные полностью выздоравливают. В особенности характерен исход и выздоровление в случаях психогенных и экзогенно-психогенных сенестопатически-эпихондрических состояний. Но в этих же случаях, благодаря характерологическим особенностям больных,

остается постоянной и повышенной готовность к реактивному возникновению подобия же состояния.

Эндогенные же митохондрии, очевидно, благодаря более грубым эндогенным нарушениям в области витальных функций, текут длительнее. В этой группе мы имели два случая смерти вследствие истощения из-за упорного отказа от еды.

Во всех случаях, когда наблюдалось хроническое течение севастопатическо-митохондрического состояния, мы сталкивались либо с органическим поражением центральной нервной системы, либо с исходом эндогенных процессуальных заболеваний.

ГЛАВА II-я. КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКИХ СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИХ- МИОХОНДРИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ.

Хронические сенестопатические-миохондрические состояния, объединяемых, главным образом, больных с органическим поражением мозга, в основном подразделяются на две группы.

В первой заболевание начинается остро - реакцией. В дальнейшем, острота ощущений, элементы речивости стихают и наступает анксиозная миохондрическая оцепенелость и предстательство и своеобразные изменения личности.

Вторая группа характерна отсутствием острого периода и постепенным развитием сенестопатическо-миохондрического синдрома. Здесь изменения личности еще более массивны, чем в первой группе.

Эта вторая категория больных представляет наибольшие диагностические трудности. В клинической картине - такое всего психопатологическое состояние, которое трудно отличить от эндогенного процессуального заболевания.

В целях дифференциации мы упоминаем здесь также о психопатиях с ведущей ролью миохондрического синдрома, об эндогенных заболеваниях с миохондрической симптоматикой и, наконец, вообще, о случаях с выраженной органической психопатологической симптоматикой - нарушениями схем тела и деперсонализацией.

Переходим к характеристике отдельных групп.

1. Хронические вегетативно-висцеральные
расстройства как исход реактивных психозов.

Сл. 22-й К-н А.С. - 22 лет. Слесарь. Поступил в клинику 22/II-41 г. Выписан 17/IV-41 г.

Анамнез: Генетически не отягощен. В 14-летнем возрасте, при падении с телеги, перенес закрытую травму мозга. Сознание не потерял, но несколько дней ходил, как "оглуженный". С 1938 г. часто страдает гриппом, с очень высокой температурой. Характеризует себя оптимистом, добрым. Любит порядок, чистоту. Висцерителен. Всегда очень мнительен и обеспокоен состоянием своего здоровья. Так, раз уколол палец "чуть не умер от страха - вдруг вырвение крови".

Заболел 5/II на работе. Внезапно "ожало грудь, голову - как бы пронизало током".

Осугил сильнейшим страхом смерти: "вот, вот помру!" В панике подбежал к товарищу, умоляя спасти, помочь. С работы был доставлен к врачу, диагностировавшему "грипп" (температура 37,2°). 5 дней не работал. Совершенно не спал, мучаясь от сильной головной боли. Выйдя на завод, работать не мог - должен был руками поддерживать "разрывающуюся от боли голову". Были приступы сердцебиения, сопровождавшиеся страхом смерти. Болел одиночеством, "что внезапно одного смерть не застанет". Во время одного из приступов сердцебиения, каретой скорой помощи был доставлен в поликлинику нервных болезней, из которой с

с диагнозом: "истерия ?", "истерия ?" направлен в психиатрическую клинику.

Сомато-неврологический статус: Атлет. Внутренние органы без патологии. Артериальное давление - 140/80 мм ртутного столба.

Несколько разглаженное лицо. В остальном черепно-мозговая иннервация не нарушена. Не бранных рефлексов вызываются лишь верхние. Суховязальные рефлексы с нижних конечностей снижены 87d. Патологических нет.

Психическая сфера: Несколько депрессивен. Обстоятельств и иллюзий нет. Предъявляет ряд соматических жалоб: "болит голова, грудь, болит ноги". Констатирует неопределяемый страх: "страшно, как ночью, а чего ? - не помню - верна смерть". Ежедневно появляются все новые и новые болезненные ощущения в различных органах и частях тела. "Болит живот, сон, печень... сердце рвется... что-то ползает по спине... болит, жжет, околдит", "немеет рука - паралич ее". Несколько раз среди ночи просыпался в отчаянии и криком: "умираю!", выбегал в коридор. Сон недостаточен. Аппетит снижен. Несмотря на прекрасный физический статус - отчаянное выражение лица, жалобный голос.

Лабораторные исследования:

Кровь и моча без патологий. Спинно-мозговая жидкость вытекшая под большим давлением. В ликворе цитоз - 0, белки 0,84%, реакция Панди и Лисса Анолита положительны, реакция тукета-ара - отрицательна, Ланге - 111100000000. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательна.

При рентгеновском исследовании органов грудной клетки не обнаружено ничего патологического.

Данные вицесамоскопии: "Величина и форма желудков не изменена. Субарахноидальные пространства равномерно заполнены воздухом".

Сахарная кривая с нагрузкой 50,0 тростникового сахара: натощак - 83 мг%, через 1/2 часа - 137, через 1 час - 83, через 2 часа - 75. Инсулин - HD - 700, ДД - 800.

Потная мениринговая проба отрицательна.

После спинно-мозговой пункции отмечалось некоторое кратковременное улучшение: "носов... легче глотать".

Проводилась выжкая инсулинотерапия (20-40 единиц) но дала значительного эффекта.

Выписан без назначения.

Через 1,5 месяца поступает повторно. По словам жены, все время болел. Стал очень раздражительным.

При приеме температура 37,3°. Наоборот. Гиперемия века.
Увеличены миндалины. В легких отдельные буллы крины.

Психическая: Подавленное выражение лица. Часто плачет.
Воспевает железенные и неприятные ощущения: "болит
темя, ватылок, живот, бок. Болит и шипит, рвет и ломает
тело. Как-то изменилась глаза, лицо". Испытывает бес-
отчетный страх. Наставляет на инсультотерапии.

Гемограмма, моча - без отклонений от норм.

Пунктирован. Димвор вытекал под повышенным давлением.
В спинно-мозговой жидкости указанный от норм не
обнаружено.

После пункции уменьшилась головная боль, стал меньше
плакать.

14/УН-01 г. выписан на работу.

Катализ: В течение 5 лет находится под амбулаторным наблю-
дением психиатра. Психических расстройств, по существу, нет,
но есть "изменения". Снижена трудоспособность. Всегда обеспоко-
лен, "тянут", инкоординирован. Считает, что "отал не тот", что не
долечен, "включая изоболелост". Атакуют врачей, требуя "напоко-
щего" лечения. Кошут рецепты, оправки. Обеспокоен "правиль-
ное ли лекарство выписали?", "правильна ли диагноз?". Круг
интересов ограничивается лишь состоянием своего здоровья.

Вывод: у молодого, физически крепкого человека, внезапно
развивается картина, близкая к *angina pectoris*

Объективно отмечается лишь некоторое повышение максимального артериального давления.

Острое начало заболевания, сопровождавшегося повышением температуры, сильной головной болью, бессонницей; четкие неврологические знаки, появившаяся в начале заболевания эпилепсия, наконец, лаученная эпилепсия после пункции, — все это симптоматика органического поражения центральной нервной системы.

Очевидно, больной перенес какой-то энцефалит.

Острый период болезни с яркими страхами прошел в течение нескольких дней. Остались сенестопатии, вызванные поражением мозга. Особенности характера больного и измененный органический процесс создают условия для инертности восприятия и представления, для развития хронического сенестопатическо-инкоординированного синдрома с измененной личностью.

Ист. № 4-1 К-2 С.К. — 1901 г. рождения. Поступил в Свердловскую психиатрическую больницу 4 раза. Первое стационарирование с 1 по 18/V-1933 г. Поступил из травматологического института.

Анамнез: Тетка по отцу — немка, душевно-больная. Мать — "черная, слабая", умерла молодой от какого-то инфекционного заболевания. Отец — алкоголик. В семье больной всегда возбужден. Приучен к систематическому и обильному употреблению алкоголя и являлся больным.

Он окончил 8 классов. Учился хорошо. Работал жестянщиком, ошестником.

В детстве болел правым глазом. Вскоре ослеп на него. "От рождения тупой". Перенес малярию.

Характеризует себя сердитым, набегавшим людей, будто бы, смеющимся над его глухотой. Религиозен.

История настоящего заболевания: 20/7-39 г., переходя ночью в/дор., попал под паровоз. "Проталина" около 100 м., "оглушило голову", поранило ногу. От боли в ноге плохо спал. Частое плакат, считая, что должен умереть. С 5/12 по 27/12 находился на лечении в психоневрологическом институте по поводу туберкулезной инфекции левой голени.

Соматический статус: Астеник. Истощен. Границы сердца увеличены влево на 1,5 см. Тоны его акцентированы.

В легких рассеянные сухие хрипы. На левой голени - вялая гранулирующая язва. Крепкое давление 120/80 мм/м
 $V.O.d. = 0$. Тугоух. на левом глазу.

Нервная система: Левый зрачок деформирован; *occlusio pupillae*. Границы левого зрачка удовлетворительны. Нарушено косоглазие правого глаза. Опущен правый угол рта. Язык при высосывании отклоняется вправо. Сухожильные рефлексы d_{75} . Справа - наклон на патологический рефлекс Оппенгейма.

Вегетативная нервная система: Тахикардия. Акроцианоз. Холодные потные ладони. Стойкий красноватый диффузный дермографизм.

Психическая сфера: Сознание ясное. Депрессивен и инконкретен: "болит живот, грудь, сердце". Уверен, что он должен умереть - "основ салат", что никогда не пригосуден: "слепой и глухой". "Не чувствует голода", ничего не понимает. Умолет спасти его. Обстоятелен и влиск. Навязчиво и отчаянно требует лечения, много внимания. Несмотря на депрессию, очень требователен и конфликтосклонен, в особенности по отношению к младшему персоналу. Наркотики.

Физиологические отправления в норме.

Через несколько дней "признался", что под поезд "бродил сам, - надоело такому уроду жить". Часто причитает: "лучше дома умереть".

Лабораторные исследования:

Моча - без патологий. Кровь из - 75%, эр. - 4830000, Si - 0,8, лейкоц. - 2000, эоз. - 9%, баз. - 5%, сегм. - 46%, лимф. - 32%, моноц. - 3%, РОЭ - 80 мм. Плазмодиев малярии не обнаружено.

Синдром-мстительная «идиотия» не исследовалась ввиду категорического отказа больного от пункции.

Терапия - внутривенные вливания 30% сернокислой магнезии. Выписан без переноса.

Исторично поступил 5/II-1944 г. Доставлен в больницу из амбулатории, где он в состоянии возбуждения разбил окно.

Сообщил о себе следующее: с 1939 г. не работает, находится на инвалидности II группы. Все время лечился от "нестарра желудка", "невросса сердца" и трофической язвы голени. С 22/III-40 г. состояние ухудшилось. "Остало все немало". "Начал задумываться", плакать. Непоспокоила нитота и чувство давления под лопаткой.

Основной-неврологический статус соответствует описанному ранее.

Психическая обора: Сознание ясное. Находится в состоянии агитированной депрессии: плачет, стонет, мечется. На коленях умоляет "выслушать всю историю болезни, обязательно, еще не минуто", иначе он потеряет нить мыслей или сойдет с ума.

Жалобы на сильные головные боли, неприятные ощущения в области сердца, чувство тошноты и трезоты, давление и нитоту по ходу пищевода.

Считает, что все это время "неправильно - не у тех докторов и не от тех болезней лечился. Зря время терял, а теперь должен умереть". Все агрессивное поведение в амбулатории помнит и объясняет его реакцией на длительное ожидание приема.

Во время беседы сжимает руками голову, поглаживает область сердца.

Общительен, назойлив. С врачом - угодлив. С младшим персоналом - груб, злобен, резок, неадекватно агрессивен.

Упорная бессонница. Наблюдались приступы сильного страха смерти. Мечется по палате, сжимая голову, грудь. Лицо искажено ужасом.

Задыхающимся голосом призывает на помощь врача, умоляет спасти его от грозящей "смерти в минуту смерти" от удара. Приступ сопровождается резким побледнением лица, холодным потом, тахикардией. Купируется приступ одним лишь присутствием врача.

Аналогичный приступ с падением температуры до 36° наблюдался после 1-го внутривенного введения 20% сернокислотной магнезии в количестве 2,0. После этого начал вновь обвинять врача в ухудшении своего состояния. Потребовал выписки.

Выписан без формальных психических расстройств, под наблюдение родных, но настоятельно последних.

3/17-44 г. поступает в 3-й раз.

По словам отца, в течение нескольких дней после выписки был опущен, вполне терпим. Последние дни - тревожен, часто плачет, не спит. Жалуется на ряд болезненных ощущений. Занимается аутоагрессивными. Пытался покончить самоубийством. Не признает плачет. Прощается с родными - "смерть пришла". Категорически оспаривает правильность сведений, сообщенных о нем родными. Уверен, что все себя абсолютно правильно и его "оспаривают". Считает себя тяжело соматически больным. Но так как ему не оказывают никакой лечебной помощи или последней поступает неправильно, то "возможно близкое сумасшествие или даже смерть - все равно!" Обстоятелен. Плаксив. Визит. Инкогнито.

жалобы на боли сжимающего характера в области сердца, желудка, отсутствие аппетита, длительные запоры. Требу-
ет тщательного и неосторожного обследования и лечения
и в то же время отказывается от него, боясь, что "оно
неправильно - повредит". Призывы к труду не удаются -
"я ослаб. У меня сердце разорвется от работы. Вам же
отвечать придется!" Раздражителен. Груст.

Иногда наблюдались состояния экзистированной трево-
ги. Мечется, стонет, причитает: "пропал! ох пропал! Надо
было раньше лечить меня!"

Часто отказывается от еды, демонстрируя затем свое
покушение: "смотрите, какой стал!"

Периодически, в связи с приступами страха смерти,
возбужден. Кричит: "Умираю! опасите! Желудок, кишки -
все занеклось, пропало!"

Уверен, что в больнице не ест, не спит, не оправляется -
"я уж не человек, а зверь или камень". Иногда рвота.
Упорная бессонница.

Данные лабораторных исследований:

Моча - без патологии. Кровь: гем. - 90%, гем. - 54, сегм. -
33, 54, лимф. - 25, моноц. - 3, эр. - 7 н/м.

Анализ желудочного сока: Реакция кислая. Свободной HCl
43, общая кислотность - 90. Никтурия - Нд-1000, Дд-300.

Проводилась длительная перитерепия, затем инсулинотерапия по 10-20 ед. Улучшения не наступило.

Однажды, во время прогулки, спрятался в кочегарку. Отказался вернуться в палату. Приблизившись к нему встретил крестным знаменем. Приведен в отделение в состоянии экстаза. Лицо свирепо улыбкой. Руки сильно треморно сложены. Обнимает и целует окружающих, радостно восклицая: "все кончилось! Все! Здоров!" На следующий день - вновь треморно-депрессивен. Через 3 дня (26/VI) ушел из отделения. Обнаружен дома. Жел себя так совершенно упорядоченно, целесообразно. Отказался вернуться в больницу и, по просьбе родных, оставлен.

Через месяц заручилась мачеху, считая ее виновницей своей болезни.

4-5 раз поступил в больницу для стационарной судебно-психиатрической экспертизы.

Находится в больнице до сего времени.

Психицизм. Вообще поглощен своими суждениями. Физически очень слаб. Отказывается от еды - проводится искусственное кормление. Нарастает кахексия.

Клиническая картина и особенности личности больного: религиозность, ханжество, обстоятельность и вялость, заставляя, в данном случае, предположить беспринадлежную энцефалопатию.

Однако, явные "органические" изменения характера:

возбудимость, эмоциональность, поддержание эмоций - обычно для постэнцефалитических изменений.

Комбинация этих эмоциональных расстройств с расстройствами сна, влечению и инстинктов, наряду с неврологическою симптоматикой, заставляет нас остановиться на диагнозе органического поражения мозга, типа энцефалита.

Больной, очевидно, еще в детстве перенес какой то энцефалит (парэнцефалит ?), приведший к слепоте и глухоте. Осознание своей инвалидности толкает больного под паровоз. Закрытая травма мозга, полученная им при этом, вызвала сенестопатик и реактивное истондрическое состояние с ангинозоподобными приступами страха смерти. Последние можно объяснить также фиксацией временных явлений, создававшихся при понятии и самоубийству.

Прочность этих связей обусловлена особенностями преформированной личности (вязкость, мнительность) и нейрофизиологической структуры больного (инертность, даже патологическая инертность нервных процессов).

Примитивность больного ведет к бредовой интерпретации понятываемых им ощущений.

Таким образом, почвой для развития, в данном случае, хронического сенестопатически-истондрического состояния является энцефалит + закрытая травма мозга.

9. Граничское. Постановка развивающейся генерализирующей-эпилепсии-психоневротического состояния.

Сл. 27-й П-я Л.з. - 1912 г.р. Поступая в клинику 4 раз. Первое стационарирование с 12/II по 21/IV-1939 г.

Анамнез со слов жены: Генерализирующий на отягощен. Общительный, подвижный, добрый человек. Окончил 8 класса. С 1932 по 1938 г. служил в войсках НКВД. Последнее время работал пожарником. Ничем не болен.

Настоящее заболевание началось в июне 1938 г. в лагерях, куда уехал с сильной головной болью, вызванной проводками у него ярых запоев. Вскоре прекратил переписку с женой. Товарищи отметили, что через месяц не прибыл в лагерь у него появилась бессонница. Он часто плакал, жаловался на сильную головную боль. Просил отправить его домой. Врачебная комиссия была признана абсолютно здоровым и годным для службы в лагерях. Вскоре стал прятаться от окружающих, "опасаясь ареста". В таком состоянии в сентябре 1938 г. помещен в районную больницу. Через 3 недели совершенно выздоровел и приступил к работе. В ноябре заболел "гриппом". В течение 2-х недель держалась высокая температура. Слаб. Совершенно не спал. "Задумывался" и плакал.

Вторично стационарируется местной больницей.

Вскоре жена заметила, что у больного резко снизилась память. Он забывал о посещениях жены, о том, что ел за обедом. В таком состоянии направлен в психиатрическую клинику.

Соматический статус: Астеник. Пониженного питания.

Бледные кожные покровы. Внутренние органы без патологии. Кровяное давление - 100/80 мм ртутного столба.

Черепная система: Разглаженное лицо. Правосторонний парез. Анизокория 37d. Брачные реакции удовлетворительны. Глазница правая несгубная складка, опущен левый угол рта. Язык при высосывании отклоняется вправо. Проглатывание пищи без отклонения. Сухожильные рефлексы снижены 37d. При пальценосовой пробе - нисходящее. Ахиллохвост. Мышечные подергивания оральной мускулатуры. Двусторонний Маринеско.

Психическая сфера: Грубо ориентирован во времени - "весна", формально - в месте: "больница". Не знает в каком городе находится. Нарушена схема тела: не может отличить правую руку от левой. Не может понять "есть или нет", "нет понятия, что делается кругом: есть вещь или нет ее". Несложные счетные операции производит совершенно неправильно. Не помнит таблицы умножения. Вместо задания ему для письма слов, пишет 1-2 слова, с пропусками букв. Прочитать написанное им не может: "самому не разобрать". Также не может прочесть печатного текста.

Неправильно называет окружающие предметы. Не знает названия пальцев рук. С закрытыми глазами, вслепую, не узнает предметов. Подражательные тесты не удается осуществить. Нарушена пространственная ориентировка: не

может валять своею палатой, кровати.

Иногда ответы больного носят характер псевдодементных: "11 пальцев на руках". Крайне инкоординирован. Плавающим голосом выдает на голосные боли, боли в груди, спине, животе, ногах, "во всем теле". Напористо требует "снять рентгеном....проверить внутренности".

Активен лишь в вопросах своего здоровья. Интересуется диагнозом, назначениями, прогнозом. В остальном — абулличен. Ночами не спит. Аппетит снижен.

Лабораторные исследования:

Кровь и моча без патологии. Спинально-мозговая жидкость вытекает под большим давлением. В ликворе цитоз — 6, белки — 0,32%, реакции Паули и Коппе-Адамца — положительные, Таната-Ара — отрицательная, Зинге — 1:11000000000. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательна.

Никтурия: ночной диурез — 1000, дневной — 750,0.

Сахарная кривая с нагрузкой 50,0 тростникового сахара: натощак — 80, через 1/2 часа — 85, через 1 час — 90, через 2 часа — 120.

Терапия: внутривенное введение 40% уротропина и 50% серно-кислой магнезии.

После спинно-мозговой пункции уменьшились головные боли. Постепенно начал правильно ориентироваться в собственном теле, читать, писать, считать. Стал активнее, общительнее. Одновременно с улучшением гистоп-

ческих функций, усиливается инкоординированность. Назоно-
зо, заложе и раздражительно перераспределяет беспорядочно
его ощущения "в голове, сердце, животе, ногах, спине,
носу, руках". Требует "правильного лечения нервно-
системы и умственной". Безразличен ко всему, кроме
своего здоровья. Полная критика к нему: "отам ведь
дурак-дураком... нервы и умственность страдают".

21/IV-39 г. выписан самостоятельно, без помощи.

Через 1,5 года стационаризуется вторично.

По словам брата; после выписки из больницы не ра-
ботает. Стал очень подозрительным, придурчивым. Считает
себя тяжело больным. Требует "создать совет врачей,
лечить нервы".

Сомато-неврологический статус: Бледен. Неполноценное пи-
тание. Нарастающая неврологическая симптоматика. Усилен-
ся гипотония. Отсутствуют бурные рефлексы ослепления. Усилен-
ная гиперкинезия оральных мускулатуры. Отмечается об-
щая слабость. Гиперсаливация.

Психическая сфера: Инкоординирован. Придает большое зна-
чение факту вторичного стационарирования: "Значит не-
долеченным выписали". Ежедневно пред"намет все но-
вые и старые соматические жалоб. Часто эмоционально
выскакивает: кричит, ругает врачей, обвиняя их в невежест-
ве. Конфликтует с больными.

Стойкая бессонница. Частые отказы от еды - "кишеч-

ник не работает, - атрофировался... тает", почки
застывшая, спинной мозг". В постели не поднимается.

В крови лейкоциты - 12%, моноциты - 10%. В
остальной гемограмме - без отклонений. Плазмозмен
на крови в крови не обнаружено. В кале - яйца глисты
ascaris lumbricoides

В спинно-мозговой жидкости: цитоз - 5, белок - 0,450
Рейндис Норме-Амальта и Амальта положительные. Бэнге -
1:1000000. Рейндис Эссермана в крови и ликворе
отрицательна.

Никтурия: ночной диурез - 800, дневной - 600.

Проводилась мягкая безэпидуральная - 10-20 инъекций,
не давшая результатов.

В апреле 1960 г. больной был переведен в психиатрическую
колонию.

16/IX-1960 г. поступает в больницу 3-й раз.

Соматический статус: Слаб. Росток. Мышцы - бледен.
Выпадает прямая жила. Слизистая ее из "изменен и
кровоточит. Правосторонняя левая рука. Глухие то-
ны сердца. Тахикардия.

Неврологический статус соответствует описанному
при 2-м поступлении.

Психическая сфера: Неточно ориентируется во времени,
сับสนенно - в месте. Очень астенизован. Раздражте-
лен и депрессивен. Безпрерывно стонет, всхлипывает.
Копит массу неприятных ощущений в различных
частях тела. Считает себя тяжело больным и сомати-
чески и психически, боится свое безнадёжностью: -

"Ремонтировать машину надо было во время, а теперь
маша уже сгорит надо на тот свет". Часто бывают
состояния, во время которых "ничего непонятно и голо-
ва как у пьяного". Персеверировать отдельные
слова, слога. Несмотря на физическую слабость и
истощение - безрассуден.

Лабораторные исследования:

Кровь: гем. - 60%, эр. - 3300000, Fi - 0,8, лейкоц. - 9200,
всех. - 3%, баз. - 5%, сегм. 52%, лимф. - 36%, моноц. - 1%.
СОЭ - 22 мм/ч.

В моче патологических отклонений нет.

Проводилась трансфузия больших количеств одно-
групповой крови. В моче 44 г. произведено грубокаче-
ние и операция подкашивания оживотом прямой кишки.
Вскоре вновь выпадение ее.

В дальнейшем - нарастающее истощение.

В октябре 1948 г. смерть от истощения и туберну-
лезной легочной.

Данные вскрытия (Патологоанатом М. А. Зантганем.) Твердая моз-
говая оболочка без особенностей. Мягкая мозговая оболочка
местами мутноватая, кое-где сливается с тонкими хлопьями. Особен-
но заметно помутнение оболочки на основании мозга, в области
отвода. Задние отделы лобных долей, прилегающие слезы и
зрительным нервам и их перекресту, вдавлены. Между поверхно-
стью коры этого участка и мягкой мозговой оболочкой - де-

вольно значительное скопление светлой прозрачной жидкости.

Боковые желудочки на фронтальном разрезе мозга умеренно расширены; неравномерны - правый чуть шире левого. 3-й желудочек и Сильвиев водопровод расширены.

Сердце, ворота гипопластичны. Верхняя доля правого легкого резко спилась с пристеночной плеврой, неравномерно уплотнена, узловата и оспунь. В ней около десятка каверн (величиной с лесной орех), чередующихся с уплотненными участками легочной ткани, либо с участками воздухоносными, эластичными. Нижняя доля легкого умеренно полнокровна.

Слизистая оболочка кишечника бедна складками. Печень небольшая. Селезенка и мочеполовые органы - без особенностей.

Патолого-анатомический диагноз: Остаточные явления менинго-энцефалита. Кавернозно-экзудативный туберкулез верхней доли правого легкого. Гипоплазия сердечной-сосудистой системы.

Микроскопическое исследование мозга:

Мягкая мозговая оболочка местами незначительно утолщена, свободна от инфильтрата, богата крупными, светлыми ядрами.

Кора мозга: В верхних отделах ее можно отметить некоторое сморщивание нервных клеток и очень легкую пролиферацию ядер глии в молекулярном слое коры.

В подкорковых узлах нервные клетки нагружены лимфофункцион; реже встречается жировая дегенерация; эпендима — без особенностей.

В ядрах, непосредственно прилегающих к стенкам центральной части желудочков (архитектальный бугор, головка хвостатого тела, гипоталамус) — клетки более резко изменены. Кроме того, здесь имеет место отчетливая гиперплазия и пролиферация микроглиальных клеток, глиоцитрофия и пролиферация дремальных элементов. Наиболее интенсивные продуктивные изменения в мягкой мозговой оболочке и в веществе мозга в гипоталамической области.

Кроме диффузной пролиферации микроглиальных элементов здесь можно видеть пролифераты в адвентиции сосудов, немногочисленные компактные микроглиальные узелки.

Резюме: у наследственно не отягощенного, общительного человека после незначительной похоти возникают сильные головные боли и бессонница ("грипп"?).

Отрицание врачами болезни вызывает кратковременную похотенную реакцию в форме параноидного синдрома.

Через 3 месяца — вновь какое-то соматическое заболевание, сопровождающееся очень высокой температурой.

В непосредственной связи с этим заболеванием появляются симптомы церебрального поражения: сенестопатии, нарушения схемы тела, деперсонализация, ряд агностических расстройств.

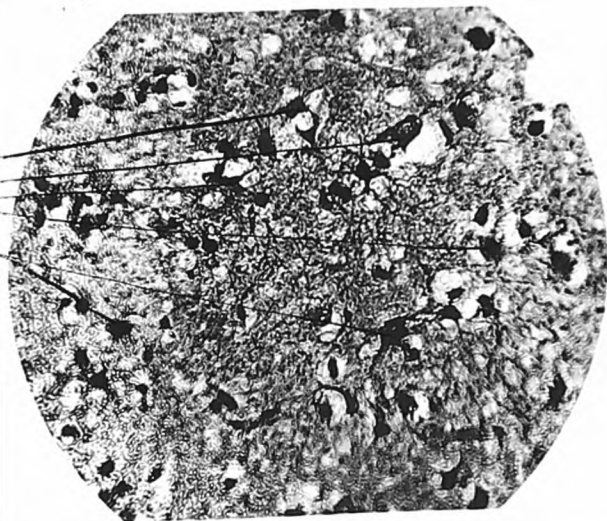
Психопатологическая симптоматика указывает на преимущественное поражение функций левой теменной и, отчасти, височной долей.

N1

гипоталамическая
областьмикрогмальный
узелокпролиферация
адвентици
сосуда(окраска по
Ниссли)
об. 40

N1

N2

гипоталамическая
областьДисфузная
пролиферация
микрогмальных
элементов(импрегация)
серебром

N2

N3

гипоталамическая
областьПродуктивные
изменения
молкой
мозговой
оболочки(окраска по
Ниссли)
об. 40

Острое начало заболевания, неврологические расстройства и изменения спинно-мозговой жидкости - позволили еще при жизни больного установить у него диагноз органического заболевания центральной нервной системы, типа энцефалита.

Диагноз подтвержден патолого-анатомически.

В первых днях заболевания обращает на себя внимание "инкоординированность" больного. Она имеет вполне реальную почву - сенесто и гиперпарии, возникшие благодаря изменениям в области регуляции вегетативных функций.

Нам думается, что помимо центрального происхождения ощущений нашего больного, их можно рассматривать также, как предвосты тех болезненных состояний, которые дали повод к оперативному вмешательству (*prolapsus recti hernia*).

Этиологическими факторами возникновения грыж и выпадения прямой кишки, как известно, считается физическое напряжение и конституциональная слабость тканей.

У нашего больного физическое напряжение, в качестве этиологического момента, устраняется полностью. Он никогда не занимался особенно тяжелым физическим трудом, последние же 6-7 лет, находясь на инвалидности, совсем не работал, а с 1941 г. ведет паразитическое "постельное" существование.

Таким образом, причиной возникновения грыжи и выпадения прямой кишки в данном случае следует считать конституциональную слабость мезодермальной ткани и истощение. В дальнейшем, спустя 6 лет от начала заболевания, больной погибает от туберкулеза.

Интерес данного случая в том, что "изменение биологической ситуации организма" (Зергман) проявилось суб"ективными ощущениями и жалобами больного задолго до клинического выявления болезни.

Это — иллюстрация сигнализации интерорецепторами в кору головного мозга состояния "внутреннего хозяйства" организма, благодаря "телесным ощущениям" и их ассоциациям. Энцефалитические изменения личности (вялость, застревание), при наличии висцеросоматических ощущений, — явилась почва для развития хронического соматопатического-индохондрического состояния.

Сл. № 11-а. С-ко И.И. — 22-х лет. Красноармеец. Поступил в клинику 12/III-1940 г. Выписан 14/V-1940 г.

Доставлен из травматологического института. Забросился на полном ходу поезда из окна вагона.

Соматический статус: Атлет. Удовлетворительного питания. На внутренней поверхности правого бедра глу-

бежная раная рана с обильными кровоизлияниями-геморрагиями в подкожной клетчатке. Внутренние органы без патологий.

Кровяное давление - 100/70 мм Hg.

Нервная система: Анкимиз. В остальном черепно-мозговая иннервация не нарушена. Брызжечные рефлексы не вызываются. Сухожильные рефлексы в нижних конечностях снижены 87d. Слова - выходящие.

Психическая сфера: Сознание ясное. Тревожен. Депрессивен. Испытывает массу неприятных ощущений, на основе которых продуцирует неясные инкоординированные идеи: "пища не проходит через пищевод, не переваривается... кишки огнива". Ощущения граничат с деперсонализацией: "тело не мое, не живое - только все его чувства... много от постов отвалилось". То отказывается от пищи, то - булимический. Отмечает отсутствие чувств насыщения: "ем, ем как волк и все не сыт". Уверен, что "4 месяца нет сна, стужа, еда".

Эмоционально адекватен, но аффект односторонний - окрашивает лишь его инкоординированные комплексы.

Безнадежно тяжело оценивает свое состояние и в то же время просит лечить его всеми методами науки - "рентгеном, лучами... проверить и лечить".

Данные лабораторных исследований:

Кровь: гем. - 65, эр. - 4000000, $\bar{V}_i$ - 0,8, лейкоц. 8200, эоз. - 1,5%, п. - 2,5%, сегм. - 82%, лимф. 36%, моноц. - 7%.
Тем. 37,0 м/м.

В моче патологических отклонений не обнаружено. Сахарная кривая с нагрузкой 50,0 г глюкозы натощак - 92 мг%, через 1/2 часа - 124, через 1 час - 108, через 2 часа - 105. В ликворе цитоз - 5, белок - 0,66%, реакции Папани и Конне Ангелта - положительные, Такагава-Ара - отрицательная, Манге 122100000000. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательная. Данные энцефалографии: Величина и форма желудочков не изменены. Субарахноидальные пространства равномерно заполнены воздухом. Пиктурия: ночной диурез - 500, дневной - 300. Зрительная реакция - 0. Потовая аспиринсовая проба отрицательная.

Несмотря на прием наркотиков, больной совершенно не спал, в течение месяца. В дальнейшем, после внутривенного введения гексонала наступал кратковременный сон, категорически отрицавшийся больным, по пробуждению.

После отказа от пищи, больной длительное время находился на искусственном кормлении. Впоследствии - булимия, с акорией.

Наблюдались упорные запоры, с трудом устранявшиеся слабительными, клизмами.

За время пребывания в клинике дважды повышалась температура до 39°, без объективных к тому данных. Гемография оставалась спокойной.

Полной проявлял независимость и самостоятельность во всем касающемся его здоровья. Во всем остальном был безучастен. С большой заинтересованностью говорил о здоровье "всех других". Умел "рентгеном проверить, что делается с мозгом, когда человек отъезжает временно из ошпит".

Собрании о себе следующие сведения: Происходит из здоровой крестьянской украинской семьи. Все члены ее синтошные, жизнерадостные люди. Все здоровы, крепки. Ничем не болен. Успешно окончил 4 класса и ССУ. Работал электриком. Халост. Алкоголем не злоупотреблял. Характеризует себя, в противоположность другим членам семьи, очень заботливым, "без конца думу думающим", обидчивым.

Призван в Армию в 1939 году. В январе 1940 г. заболел воспалением легких, с каким-то последующим осложнением. Долго температуры, 4 раза стационаризован. Болезнь угнетала его морально: "не привык болеть... забывшая чужому здоровью, много думал как выздороветь".

С мая 40 г. разстроился сон. Живая спал тревожно, мало. Лично выступила стойкая бессонница. Постепенно нарастала слабость. Не мог самостоятельно пройти 3-х шагов. "Отнялось тело". Исчезли позывы к дефекации. Состояние было настолько мучительным, что пытался повеситься. На Киевского военного госпиталя был

о провозити направленою домою - в Одессу. Дорогой решил выброститься из окна вагона "чем домою та-ким выдаться".

Проводилась интенсивная терапия. В результате лечения начал самостоятельно есть. Наркотики засыпал без помощи наркотиков. В остальном скитанье не отмечалось.

Выписан с провозитой домою, без существенных пе-ремен.

ВЫВОДЫ: Нарушение схемы тела, деперсонализация, агнозия сна, резкое расстройство вегетативных функций, - с несом-ненностью говорят о церебральном характере данного заболе-вания.

Неврологическая симптоматика и данные исследования ликвора подтверждают органическое поражение центральной нервной системы.

Больной, очевидно, перебол какой то энцефалит, ошибочно расцененный как пневмония.

Сенестопатия и деперсонализация, обусловленные органиче-ским поражением мозга с этойкой фиксацией больного на пе-рвичных ощущениях и представлениях о них создают хрониче-ское сенестопатическо-инкогнитивное состояние с измене-нием личности.

Ол. 22-й О-на К.Я. - 24 лет. С 1940 по 1944 г.
стационаризовалась Свердловской психиатрической
клиники 4 раза, длительностью от 2-х до 5 меся-
цев и несколько раз лежала в Пермской психиатри-
ческой больнице.

Жалобы на "спазмированность головы", "чуждость
лица", "игол" в горле при глотании, разбитость и
слабость во всем теле".

Анамнез со слов больной: Отец злоупотреблял ал-
коголем. Умер от рана. Мать - тихая, скромная, за-
ботливая, "плаксивая". Старший брат - стеничный,
активный человек - крупный общественный работник.
После тяжелой психотравмы дал параноидную реакцию.
Раннее развитие больной протекало нормально.
Росла замкнутой, заучившей, мечтательной. Всегда
чувствовала себя "лишней" несмотря на прекрасное
и ней отношение со стороны всех членов семьи. Ме-
ссе с 15 лет. Обильны, регулярны. В детстве перенес-
ла ревматизм (?). Окончила семилетку, поступила в
фармтехникум. Училась средне, так как быстро утом-
лялась. Особого стремления и интереса к учебе не
проявляла.

Летом 1936 г. перенесла какое-то кратковремен-
ное заболевание с высокой температурой. Предпола-
гая малярию, принимала хинин.

Вскоре, впервые отметила боли во внутренних уг-
лах глаз "в костях носа". Врачи диагностировали

фронтит. Долго и упорно лечилась. Боли исчезли, но в 1938 г. после гриппа как-то "изменилось лицо". Оно стало "другим, неподвижным, скованным". Иногда чувствовала как части лица, "в которых раньше ощущалась боль, проваливаются". Ощущения скованности мешали занятиям. Упорно лечилась. В 1940 г. стационаризовалась Пермской психиатрической больницей с диагнозом "истерическая депрессия". Выписалась с "повысившимся настроением, но с окаменевшим лицом".

Соматический статус: Атлетичка с астеническими компонентами. Внутренние органы - без патологии. Температура 37,5°.

Нервная система: Язык влево. Высокие сухожильные рефлексы 4/5. Справа - Оппенгейм. В остальном со стороны нервной центральной системы - норма.

Психическая сфера: Тиха, задумчива, несколько депрессивна. Талосы на ощущения "скованности и стесня" в висках и глазах, "раздвоение". Не чувствует себя живой, ничем не может заинтересоваться. "И радость, и горе - все безразлично". Очень тяжело и болезненно переживает эту "отчужденность" от жизни. Во сне, стенично, умоляет лечить ее "какими угодно уколами, - готова муки терпеть", лишь бы избавиться от этих ощущений. Отмечалась стойкая бессонница, отсутствие аппетита.

Лабораторные исследования:

Кровь: нг - 88%, эр. - 5000000, Ht - 0,8, лейкоц. - 7300, эос. 3%, пат. - 3%, сегм. - 52%, лимф. 33%, моноц. 5%, РОЭ 17 мм/ч.

Моча - без патологии. Уровень сахара в крови - 66 мг%. Сахарная кривая с нагрузкой 30,0 глюкоз. Натощак - 70, через 1/2 часа - 80, через 1 час - 100, через 2 часа - 125 мг%.

Ночной диурез равен дневному. Потовая аспириновая проба отрицательна.

Проводилась комбинированная терапия, малыми дозами (10-15 единиц) инсулина и кирогенная (внутримышечными ин"екциями сульфозина).

Выписалась в состоянии значительного улучшения: - произошло в голове, почти исчезла окованность".

Через 3 месяца поступает вторично с температурой 37,3, с теми же жалобами на "окованность".

При об"ективном исследовании отмечено некоторое нарастание неврологической симптоматики: анизокория $\Delta 78$, очень высокие сухожильные рефлексы с нижних конечностей $\Delta 78$.

Психическая сфера: Подавленна, астенизирована. Часто плачет. Испытывает разнообразные мучительные ощущения в различных частях тела - "лицо ожего... глаза провалились... правое плечо придавлено, левое под-

нимается... тело надвое разделилось". Бессонница.

Кровь: гем - 80, эр. - 40000000, $H = 0,70$, лейкоц. 75000, эос. - 1,5%, лим. - 6%, сегм. - 48,5%, моно. - 3%. Рок - 32 м/м. Моча - без патологических отклонений.

Данные энцефалографии: форма и величина желудочков неизменены. Субарахноидальные пространства выполнены воздухом равномерно.

В спинномозговом - 6, белка - 0,450, манте - 111221100000, реакции Панди и Понсе-Алемита слабоположительны, Таката-Ара - отрицательна. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой отрицательна.

Терапия: внутривенные вливания 40% уротропина. Через 1,5 м. выписалась в хорошем состоянии и веселой, оживленной. Отмечалось почти полное исчезновение патологических ощущений.

Через 13 дней выехала в клинику, требуя продолжения лечения, так как, по ее мнению, "курс лечения не закончен" - возобновились те же ощущения.

Пробыла в клинике еще 5 месяцев. Повторно проводилась мягкая инсулинотерапия.

Выписалась в состоянии незначительного улучшения. В феврале 1944 г. - 4-е поступление.

Жалобы на плохой сон, плохое настроение, "скованность и оцепенение" лица. Последние 2 года не работала - лежала.

Основное-неврологический статус: Старообразный облик (34 года!). Увядшее оскверненное лицо. Внутренние органы

без патологии. Аменорея.

Амизонория d_{18} , левиз - левиз. Амизореденная из-
них концентрической d_{18} . В остальном со стороны централь-
ной нервной системы - норма.

Психическая сфера: Немного подавлена. Ни к чему,
кроме своего состояния, интереса не проявляет. Умоля-
ет лечить "чем угодно". Личность вполне сдержанна.
Плохо спит.

Лабораторные исследования:

Кровь, моча - без патологии. В ликворе дитоз 4,
белка - 0,4%, реакция Нанди и Пенне-Амелта поло-
жительны, Манге - 11120110000. Реакция Эиссериана в
крови и ликворе отрицательна. Энцефалограмма повтор-
но - ничего патологического. Никтурия.

Проводились внутривенные вливания 40% уротропина
с 20% сернокислой магнезией. Во время вливания
больная сидела с блаженно-удовлетворенным выражением
лица. Умоляла "вливать еще".

После 2-х месячного пребывания в клинике выписана
без перемен.

РЕЗЮМЕ: Эмоционально-любимая, даже низкоразвитая личность, в
пубертатном периоде переносит какое то инфекционное заболе-
вание (грипп ? малярия ?), приводящее к осложнению в форме
синусита.

В тесной связи с этим заболеванием отмечается появление
"ощущения" тела нарушения стати тела. В дальнейшем при
ощущения перерастают в явления деперсонализации, дереали-

зация с элементами *anaesthesia dolorosa* "мертва
я, неживая... и все кругом мертво... ни радость, ни горе
не всалят".

Эта непонятологическая симптоматика при наличии
неврологических знаков, изменения ликвора, нарушения обмена,
инсурина, агриппии, гипертермии, не сопровождающейся
морфологическим изменением крови — говорит за органиче-
ское поражение мозга характера энцефалита.

Описанные случаи особо трудны в смысле дифференциа-
ции от мизофрении.

В самом деле: явления деперсонализации, стереотипич-
ность жалоб, отчужденность от окружающего, внешне инхиби-
рующая, как аутизм, изменения личности — все имитирует
мизофреническую симптоматику.

Однако, досельно определенная и даже нарастающая це-
ребральная симптоматика при полной сохранности личности,
тяжело и естественно страдающей от переживаемых ее коле-
баний, позволяет отвергнуть мизофрению.

Понятному, мы знаем в этих случаях дело с энцефали-
том, поражающим, отчасти, как кору головного мозга, так и,
главным образом, область, регулирующую вегетативные функ-
ции — область промежуточного мозга.

Как и в случаях экзогенно обусловленного соматопа-
тически-индохондрического синдрома, мы знаем здесь "индохон-
дрии" витальные, агностические, органические.

3. ИПОХОНДРИЧЕСКАЯ ПОСХОПАТЯ И ИПОХОНДРИЧЕСКОЕ

РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ.

Ипохондрические посхопаты, "ипохондрики" характерны конституциональными особенностями вегетатики.

У них - понижение порога ощущений, общий гипотонус, повышенная возбудимость нервной системы. Эти особенности порождают постоянное плохое самочувствие и мрачный пессимистический взгляд на жизнь.

Ипохондрики всегда мнительны и фиксированы на своем здоровье. В их мышлении доминируют опасения и представления о грядущих им болезнях.

Нельзя, по выражению Пранса, "виртуозами ощущений", они улавливают тончайшие нюансы их, отмечают малейшие отклонения в своем здоровье, преувеличивая их значение.

Постоянной фиксацией внимания на том или ином соматическом расстройстве они дезорганизуют функции организма.

Этим об"ясняются легкие и частые возникновения у ипохондриков неврозов различных органов.

Этих людей характеризует понижение жизни влечений, резонерство, ослепленность и постоянному самонаблюдению, навязчивым и сверхценным идеям в вопросах здоровье - болезнь.

Вот пример самонаблюдения такого рода ипохондрика:

"..... В 1935 г. имел какие-то пятна подмышками и в обеих пахах. Последних и сейчас немного сохранилось, вид которых - вроде дышек. С ноября 1940 г. ощущается неимоверный зуд ниже пупка, примерно см. 2-3. В данное время на этом месте прыщ.

Такой же прыг образовался и среди носа. Утром шум в левом ухе. Слабость, половая усталость, головная боль..."

Легкая истощаемость и постоянное чувство усталости лишает ипохондриков возможности систематически заниматься чем-либо в все свои силы, все энергии они направляют на то, чтобы уберечь себя от чрезмерного напряжения и истощения.

Они обивают пороги врачей различных специальностей, доказывая свое "тяжелое" состояние; негодуют, когда с ними не соглашаются; собирают различные справки, рецепты; проверяют их правильность. Они ищут "самых новых методов лечения" у "самых" знаменитых "врачей".

В домашнем быту ипохондрики — тираны, порабощающие требованиями своею бережного отношения и своей особе всех членов семьи. В общении — это люди, истеричные своим эгоизмом, эгоцентричностью, тягучестью, бесконечными разговорами о своих болезнях, лечении.

Среди обычных "средних" людей бродят ипохондрики "лидные в футляре", влача свое навеселое, жалкое существование и вечно находясь под отраком болезни и смерти. Малейшие психические потрясения, какая-нибудь легкая инфекция, — окончательно декомпенсирует ипохондриков и тогда, гротескно-уродливо, гипертрофируются обычно присущие им черты характера.

В противоположность больным с соматопатически-ипохондрическими состояниями, описанным в предыдущих главах,

у ипохондрических психопатов доминирует не ощущение — самознания, а представления.

Проводящее значение как экзос, так и психогений для декомпенсации ипохондрических психопатов, — несомненно. Оно заключается в том, что минимальные ощущения, обусловленные соматогениями подхватываются и усиливаются готовыми представлениями и постепенно интроецируются психопатами.

В этих ипохондрических психопатах, "конституциональных ипохондриках" (Браше) красной нитью проходит эгоизм и нарциссизм.

Подобные состояния описаны Захаре под названием "нравственная ипохондрия с осознанием своего состояния" — (*hypochondrie morale avec conscience de son état*), Крафт-Эбингом — как "конституциональный истонченный невропатический".

Ганнушкин также относит подобных людей к категории конституциональной астении, характерными чертами которой являются раздражимость и истощаемость нервной системы и психики — "раздражительная слабость".

Эти же состояния и близки к состоянию "ипохондризма", в понимании Крепелина, Гуревича и Берера, Фруммена и других, где акцент ставится не на ощущениях, а представлениях о них.

Слабость и раздражительность ипохондрических психопатов, тугонедвижность и округленность, обстоятельность

и слабость, на высоте декомпенсации, связывает их с энцефалотоническими конкватами.

Своеобразное же опущение — нивелировка личности — "ипохондрическое слабосумие" приводит к мисии даже и об энцефалотонической деградации.

Однако, наличие помехи у ипохондриков жизни впечатлений, активность во всем, что не касается вопросов здоровья, в отличие от возмущающей активности энцефалотоников и помехи у них жизни впечатлений ("Grieblmenschen"), — позволяет выделить особый ипохондрический вариант конкватии, являющийся все же, в большинстве случаев, разновидностью энцефалотонической конкватии.

Ипохондрическое развитие личности, по клинической картине, почти неотличимо от конституционального состояния — ипохондрической конкватии. Лишь тщательный структурный анализ, изучение истории развития личности дает возможность отграничить эти состояния.

Ганнушкин считает понятие развития продолжением понятия о реакциях и "модах".

Между ними, пишет он, нет принципиального различия, так как "...развитие складывается из ряда реакций, сиюминутных состоятельно соответствующих клиническим явлениям, так что приходится условно говорить о стойком изменении личности, изменении, однако, не являющемся ничем общим с процес-

Для перерастания проходящей реакции в патологическое развитие требуется: либо длительная, почти постоянная травматизация организма, либо повторение реакции, ведущее к фиксированию симптомов, по принципу закрепления временных связей.

Длительная неблагоприятная ситуация создает привычные аффективные - депрессивный фон, состояние тревоги, ожидания неприятностей. Неоднократно повторяющиеся аналогичные реакции как психические, так и экзогенные, ведут к определенной перестройке функций вегетативно-эндокринной системы.

Все эти условия создают стойкие патологические изменения личности.

Ганнушкин различает 2 типа патологического развития:

1. Тип конституциональный, вытекающий из особенностей личности и носящий характер постепенной гипертрофии характерологических черт и

2. тип ситуационный, где в развитии личности наступает сдвиг, перелом и связи с травмой, необратимо заставляющей резонировать те или иные особенности личности.

Пользуясь образным сравнением проф. Жданова, можно 1-й тип развития сравнить с углублением русла и ускорением течения реки в обычных для нее берегах. Во 2-м же типе - река меняет свое русло; течение ее устроится по новому необычному пути; воды текут среди других берегов.

Мы наблюдали иррегулярное развитие личности, после перенесенных в прошлом заболеваний, поражающих и дезорганизуящих определенные системы мозга.

После ряда соматических заболеваний с повторными "ударами" по нервной системе, повторных оперативных вмешательствах, всеостановившихся иррегулярных реакций, — у людей единственного склада наступала стойкая деменция личности.

Восемь пришла. Отвучал процесс, утратил остроту вызванных им ощущений. Больные, как-бы, замыслив о них и больше уж не реагируют паническим страхом перед угрозой своей гибели. Но этот "поход" достался им дорогой ценой. Исчезла многогранность и яркая индивидуальность личности; круг интересов больных резко сузился. Они становятся крайне эгоистичными, всецело фиксированными лишь на происходящих в них изменениях. Делает и выявляют свои ощущения и с какой-то своеобразной самовлюбленностью часами повествуют о них, как-бы, ставя себе в заслугу перенесенные ими страдания. Оперировав различными призывами о помощи, их какое-либо заболевание, настоятельно добиваются они еще одного осмотра, еще новых назначений.

Их влечения и инстинкты кроме одного наиболее мощного, — самосохранения, — понижены и изменены.

Они все, как правило, асоциальны, обладают пониженным аппетитом, плоским сном. Настроения и трудоспособность резко

ониманы.

Таковы, например, следующие больные:

Сл. 30-й М-в^х А. В. - 30 лет. Инженер. Доцент. Находился
в клинике с 11/1 по 15/5-39 г.

Анамнез: По боковым линиям - случаи хронического
алкоголизма и рака. Родился единственным ребенком
в семье научного работника. Отец отличался аккурат-
ностью, пунктуальностью, размеренностью. Мать умерла
от туберкулеза легких. Страдала мигренью, была
"нервной". Доказан рос крепким, здоровым ребенком.
Отличался предрасположением к высоким умственным раз-
витием. Слов *Wunderkind* : начал читать с 4-х лет,
с 8 лет занимался механикой. До 14 лет обучался от-
цом, преподававшим ему блестящую научную деятель-
ность. Затем экстерном окончил среднюю школу, окончил
институт, получил докторскую. Полная жизнь с 15 лет,
хотя женщина им особого внимания не уделяла.
3 года тому назад женился на полуграмотной, невежест-
венно^{некрасиво} красивой, отличающейся крепким здоровьем. Этот
браком без любви - доволен, так как считал необходи-
мым "основать" свой род, по его мнению, деградиро-
вавшие из-за умственного труда в ряду поколения. Ожи-
дает ребенка.

х) Краткая история болезни приведена в работе
Влесса "Клинические варианты инкохондрического
синдрома".

С детства отличался "сумасшедшей" любовью к пунктуальности, брезгливостью, мнительностью, эгоизмом и деспотизмом.

Знал, что он "интеллектуально выдающийся" человек. Требовал к себе "особого" отношения. "Страдал страхом". Боялся всего: темноты, привидений, мертвецов; особенно же — болезни и смерти. Часто кричал во сне. У взрослого были случаи *enuresis nocturna*.

В 6 лет перенес брюшную и "периферическую" тифы. Часто болел ангиной. С 1920 по 1924 г. усложнено алкоголизировался. В 1924 г., в состоянии похмелья, впервые почувствовал неприятные ощущения в области сердца. Оно билось, холодело. Боялся внезапной остановки его. Появились приступы страха смерти, когда он, "ходящий от ужаса, ждал неизбежного конца". Решил, что неприятные ощущения в области сердца связаны с алкоголизацией, что подтвердили и врачи, и перестал пить.

Приступы страха исчезли, но появилась стойкая уверенность в тяжелом сердечном заболевании. Стал "беречь сердце". Появилась лихорадка для него. Выходил с провожатым. Передвигался осторожно, держась за заборы. Через каждые 10 шагов отдыхал на походном стуле. Вскоре почувствовал, как при ходьбе под ним проваливается пол. В 1937 г. в течение 2-х месяцев не поднимался с постели из-за сильных головных болей. Испытывал затруднения в речи, ходьбе.

В таком состоянии стационаризованая Симферопольской психиатрической больницы, где ставит диагноз — "инволюция". Выписан домой с провизитом.

Дома занимается "регламентируемым и дозированной" им самым легким физическим трудом. Колоса дерева, но к дереву не ходит в сопровождении жены, берущей топор. Совершал прогулки, но с провизитом, несущим за ним подлый стук. Ходил медленно, размеренно. Прямая спроецированная картина жизни, приватизация. Даже мысли об интеллектуальном труде ухудшали его состояние. Выходя, кроме домашнего непосредственного отношения к его болезни, не читал, не писал. Подбирал вырезки из газет и журналов с описанием различных методов лечения и оценок их. Ознакомился по медицинской энциклопедии с болезнями, диагностированными у него.

Тщательно, с точкой зрения "режима экономии сил", разработал ритуал таких обычных процедур, как бритье, умывание.

Отмечал в специальном "журнале" каждое свое движение и возникающие в связи с ним ощущения и мысли. Восклицательными знаками фиксировал их.

Человек сильно терроризировал своими требованиями "безразличного внимания" к своей особе.

Понимал всем, что он "опасно болен" и ничем кроме "легкого, дозированной, экономного труда" заниматься не может.

При поступлении в клинику жалоба на "скованность тела", боль и неприятные ощущения в сердце, невозможность заниматься умственным трудом.

Соматический статус: Высокий рост. Низкий с атлетическими компонентами. Значительное сжатие кисти в области плечевого пояса, плечер. Проросшие ногти ушей. Границы сердца расширены влево на 2 см., вправо - на 1,5 см. Тоны его приглушены. Кровяное давление 120/80 мм ртутного столба. Резкая гиперестезия печеночной области. В остальном со стороны внутренних органов отклонения нет.

Нервная система: Разглаженное, гипомимичное лицо. Парез конвергенции. В остальном черепно-мозговая иннервация не нарушена. Эрадикация титчек - общая скованность движений.

Врожденные расщелины без отклонения. Сухожильные с нижних конечностей повышены **d78**. Сараян - Дабанский, Шпенгенгер.

Психическая сфера: Сознание ясное. Многословно, обстоятельно, пользуясь медицинской терминологией рассказывает о своей болезни. Заостряет на мелочах. Стереотипен в витализме в оборотах речи. Язык. Инкохдричен: "совершенно большое сердце... окончательно истощена нервная система".

Рефлектор. Высоко оценивает свои интеллектуальные способности: "на 30% увеличенный, но и оставшаяся 10% превышает 100% других людей". Эгоистичен, эгоцентричен. К родным равнодушен. Предстоящие роды очень интересуют его лишь постольку, поскольку он должен оставить след на земле, в виде талантливого потомства". Эмоционален, адекватен. Аккуратен и пунктуален. Тщательно оберегает себя от

волнения, проводя "режим экономии возбуждения". Ходит медленно, бережно, как оссуд, наполненный драгоценной влагой, неся свое торо.

Иногда, играет в бильярд или семенящей рысью, деловито бегаёт по коридору "с целью укрепления моторных функций".

К своему состоянию относится вполне критически - "для общества - бэласт, для семьи - пагач".

Невозможностью заниматься умственным трудом не удручен. Считает, что с этим "минусом - симптомом" сам справится. Просит забавить его лишь от "психо-симптомов" - болезней и неприятных ощущений.

Лабораторными исследованиями крови, мочи, ликвора патологических отклонений в них не обнаружено. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательна.

Проводилась инсулино-терапия. В состоянии гипогликемии исчезали неприятные ощущения, становился эйфоричным, развязным.

Состояние постепенно несколько улучшилось. Притупилась острота ощущений: сгладились опасения за жизнь, расширился круг интересов. Больше стал моторно живее. Гулял без провожатых. Начал читать техническую литературу, отмечая, что "мозги проясняются".

При выписке больному рекомендовали работать по специальности.

КАТАНИН. Через 4 месяца детальным письмом на 38 листах сообщил о хорошем самочувствии. Работает бродячим фотографом. Проявляет много инициативы и практической сметки в устройстве материальных дел. Характер работы продиктован возможностью "довозировать по своему усмотрению труд". По-прежнему "бережет" себя.

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ.

Неврологическая симптоматика свидетельствует о резидуальных явлениях органического заболевания центральной нервной системы, по-видимому, энцефалита.

Однако, клиническая картина болезни не может быть обоснована одним лишь энцефалитом.

Больной с детства эгоцентричен, деспотичен, вязок и мнительен. Воспитан в особо бережном отношении к своей "таинливой, одаренной" особе, что его больше культивирует его врожденные эгоизм.

Все эти особенности характера свидетельствуют о том, что наш больной склонностью к "ипохондрическому мышлению" отличался и до появления у него каких-либо болезненных ощущений, т.е. есть был ипохондрическим психопатом.

В период злоупотребления алкоголем возникают неприятные ощущения в области сердца и больной переживает экзогенную сенестопатически-ипохондрическую реакцию.

В 37 году, очевидно, — энцефалит, приведший к усилению

имевшихся неприятных ощущений — с одной стороны и таких черт характера, как вялость, эгоистичность, — с другой. Поглощенный и подавленный мыслями о тяжести заболевания, возможности смерти, больной перестраивает весь свой жизненный уклад, еще больше подчиняя его "бережному" отношению к своей особе.

Восстраются и гипертрофированности особенности характера; возникает ипохондрическое развитие психопатической личности с резидуальными явлениями энцефалита.

Представляет большой клинический интерес развитие дисэнцефальной эпилепсии с последующим ипохондрическим развитием личности, после ряда оперативных вмешательств.

Сл. 88-й К-а А.М. 23 лет. Художница. Ильяид II группы. Находилась на исследовании в клинике с 20 по 23/II-1941 г.

Жалобы на стучащие боли во всем теле, слабость, припадки головокружения, сопровождающиеся побледнением или покраснением лица и "застыванием тела".

АНАМНЕЗ: Отец умер от заболевания почек, мать — после родов. Родители — общительные, очень аккуратные, педантичные, "хозяйственные" люди.

Больная в детстве перенесла скарлатину, с последующим заболеванием почек. Во время болезни на высоте температуры наблюдались обморочные состояния.

Болезнь почек и ее осложнения лечит всю жизнь.

Оперировалась по поводу предпологаемого опухоли печени. Диагноз не подтвердился. После операции появились сильные боли, находящие из брюшной полости и распространившиеся по всему телу. Врачи, об "явном болевом синдроме" настояли на оперативном удалении ин.

Вторая операция боли не уняла. Вскоре появляются частые припадки, начинающиеся с тошноты, "темноты в голове", с последующим расстройством сознания. От посторонних знает, что во время припадка, то краснеет, то бледнеет, покрывается потом, "заостывает как истукан". Иногда припадки сопровождаются непроизвольным мочеиспусканием. Боли приобрели приступообразный характер. Диагностируется холецистит и аппендицит. Оперируется в 3-й раз. Боли не утихают. Очень похудела. В течение 3-х лет - аменорея.

Характеризует себя обидчивой, аккуратной, неполитической, трудолюбивой, обстоятельной. Жизнь очень интересной. Пользовалась большим успехом. 19 лет вышла замуж. Через 3 года муж покинул ее, не желая "возиться с больной".

Письмо мужа, уведомляющее ее о разрыве, ей вручили тотчас же после одной из операций. Много плакала, волновалась. Раздумывала, как будет жить больная, одинокая. При появлении боли обострялось.

Живет одиноко, беспособно.

Все интересы сконцентрированы вокруг способов заработка и сохранения здоровья.

Обращалась к врачам различных специальностей в надежде вылечить от боли и слабости, но "терапевт" становится и хирургом, хирург - и невропатологом, а последние и психиатром" "и никто ничего не находит. Говорят - просто истеричка".

Данные об "активном исследовании": Соматический статус.

Резкое истощение, почти кахексия. Справа, в области прощупывания подлуночный рубец, переходящий на живот; рубец в области правого подреберья и висцерокальной области.

Границы сердца в норме. На верхушке сердца систолический шум. Болезненность при пальпации подложечной области. Повышение максимального кровяного давления - 140/80 мм ртутного столба.

В остальном со стороны внутренних органов патологии не отмечается.

Нервная система: Черепно-мозговая иннервация не нарушена.

Равномерно повышены сухожильные рефлексы. Патологических нет.

Вегетативная нервная система: Красный стойкий дермографизм.

Гипергидроз. Тахикардия. Маниакальный пульс.

Психическая сфера. Собственно психических расстройств нет. Психондрична. Прислушивается к малейшим ощущениям.

Бесконечно говорит о своей болезни, как бы любил переносить все страдания и ни за них компенсации.

Крайне эгоистична. Театральна, чужанна. Вязка и обстоятельна. Стойкая в вопросах лечения. Пикет наосу заявления в

разные адреса, начиная с Обледрова и кончая Бергманом Советом. Требуя помощи, "настоящего лечения", посылки на курорт. Хранит конки отки саламандры, массу рецептов, справок о болезнях. Отмечает отсутствие чувства голода.

В клинике припадков не наблюдалось.

Лабораторные исследования

В моче, крови, ликворе патологических изменений не обнаружено. Данные энцефалографии: форма и величина желудочков не изменены. Субарахноидальные пространства равномерно заполнены воздухом. Реакция Лассермана в крови и ликворе отрицательна. Микстурия: ночной диурез - 700, дневной диурез - 400.

Отсутствует кожная реакция на солирин.

АНАЛИЗ СЛУЧАЯ.

У больного в детстве - послеоперативное состояние нефрит. В дальнейшем подозрение об опухоли почки - оперативное вмешательство. После операции - боли. Постоянное, "жгучее" и диффузное более говорит за их "вегетативное" происхождение. Этот вегетативный синдром может рассматриваться, по Маркелову, как критическая вегетативная невралгия.

Последующие оперативные вмешательства усугубляют боли. Появляются припадки, начинающиеся с тошноты. С точки зрения того же автора эти припадки могут рассматриваться в плане "рефлекторной" эпилепсии, при которой волна возбуждения распространяется от пораженных на периферии нервов до коры.

Однако, ряд таких вегетативно-трофических расстройств, как кахексия, преждевременная инволюция, анорексия, микстурия, наконец, характер припадков типа дисэнцефальной эпилепсии

с каталексией, вазомоторными расстройствами, - говорит за нарушение области, обеспечивающей центральную регуляцию вегетативных функций. Поражение этой области, возможно, историческое - притетическое, благодаря беспрерывному раздражению периферии в связи с рядом больных полостных операций.

Параллельно с изменениями в вегето-соматической сфере, у больной формируется патологическое - эндохондрическое развитие личности, с асимметрией этических черт.

В этом патологическом развитии, помимо имеющихся ощущений и фиксации на них, большую роль играет комплекс неполноценности: потеря привлекательности, инвалидизация.

4. СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ-МИОХОНДРИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

Представляют интерес сенестопатически-миохондрические состояния в дебюте мигрени или проявляющиеся пароксизмами в процессе эпилепсии.

По клинической картине, в начале заболевания, нет возможности установить этиологию его. Как и реактивные сенестопатически-миохондрические состояния, заболевание, большей частью, начинается остро, нередко провоцируясь экзо или психогенной.

Только в дальнейшем, динамика состояния, учет структуры и вариации синдрома, преобладание основных симптомов данного процессуального заболевания над "миохондрическим" состоянием и своеобразная деградация личности, позволяют установить диагноз основного эндогенного психоза.

Всего наблюдалось 11 больных мигренью, 2 - эпилепсией.

Интересен факт преобладания среди этой категории больных оптимичных личностей (9 из 13).

Данные о наследственности таковы: отягощенность мигренью имела место в 3 случаях, эпилепсией - в 1 случае, в 4 случаях - психопатией, в 3-х - невыявленное психическое заболевание.

Мы имели возможность на части наших больных проследить динамику заболевания, благодаря ряду повторных стационаризований.

"Миохондрический" дебит мигрени характеризуется возникновением различных сенестопатий и парестезий, нередко в сочетании с нарушениями схемы тела, деперсонализацией:

"дрожь в затылке, жжение и покалывание в желудке....

пичевод непроходим.... лицо переко-
симо....нуется....не озем".

В начальном периоде легко просматривать психофренический процесс. На этом этапе психотическим является реакция личности на ондосоматическое изменение. Больные адекватно воспринимают происшедшие в них изменения. Они понятны и доступны; сознают свою болезнь; ищут помощи.

В дальнейшем, психондрическое состояние, значаще покрывающее и вуализирующее собой тяжелую процессуальность заболевания, постепенно меняется местами с "ядерными" симптомами психоза.

Стихает острота ощущений. Все чаще проскальзывает неслепая, паранормальная, бредовая интерпретация их: "пичевод непроходим, потому что не жил половой жизнью... делал в желудке, потому что изучал философию".

Блещет и постепенно угасает эмоциональность больного. Он становится тупым и вялым, парадоксальным и вычурным.

В течении болезни, наряду с психондричностью, нередко проявляется чередование и переплетение между собой различных клинических форм психоза. Гедофреничность и кататоническое состояние сменяет паранормальность или причудливо сочетается с ней.

Все больше и больше деградирует и распадается личность.

Ист. 22-й Б-й А. А. 24 лет. Студентка физкультурного техникума. Поступила 23/V-43 г. Выписана 3/V-44 г.

Важные анамнезы: Наследственность не отягощена. Раннее развитие - норма. Менструирует с 13 лет. В последние годы - аменорея.

Восседа отличалась неровным характером: то окудала приливы необычайной энергии, жизнелюбивости "добила жизнь и наслаждалась ею", то - одолевала злобность и зависть ко всем.

Мечтательница и фантазерка. В раннем детстве одухотворяла природу. Считала, что камни, деревья "живы и поют". Верила "подобно индусам" в перевоплощение и перевоплощение душ. Думала, что и она "вечная - будет и камнем и возном".

Окончила семилетку и балетную школу.

Обладая красивым голосом и эффектной наружностью, мечтала быть артисткой. Нормальной половой жизнью не жила, - не испытывала влечения к лицам мужского пола. Имела гомосексуальную связь с подругой по балетной школе, выполняя пассивную роль.

В детстве перенесла ветряную оспу. В 1940 г. тяжело ангины, осложнившаяся оститом, пневмонитом и, видимо, заболеванием сердца.

Настоящее заболевание началось в 1940 г, непосредственно, после ангины.

Появились неприятные ощущения в области сердца, учащенное сердцебиение и "заболевание всего тела". Оно времяами делалось "несущаемым, несвязанным".

Для того, чтобы "чувствовать себя" усилению занималась физическим трудом. Поступила в физкультурный техникум. Надеждалась тренировкой, гимнастикой восполнить прелесть ощущения, но ничего не помогало.

Данные об "активного исследовании": Инфантильно-грациозна.

Изящна, пластична. Легкий систолический шум на верхушке сердца. В остальном - внутренние органы норма. Признаков органического поражения центральной нервной системы нет.

Психическая сфера: Сознание ясное. Сохранены все виды ориентировки. Депрессивна. В отчаянии, горько рыдая, умоляет "любом ценом" избавить ее от страшных, мучительных ощущений. Вся она то сжимается в комок, то закручивается в спираль, то набухает, то сжимается. Проваливаются части лица. Она не чувствует своего тела: "вно как воздух, как стекло". Минимизм, жесты адекватны эмоциональным, но несколько театральны и патетичны.

Считает себя больной "живь телом - не душой".

Каждый день появляются все новые и новые, все более страшные и тягостные ощущения: "мышцы окручивает и раскручивает... вся извивалась... носа нет... лба нет... глаза позади... Я - больше не я! Я теряю себя!"

Прикрывает верхнюю часть лица полотенцем. Поминутно, быстрыми, скользящими движениями ощущивает нос, губ, веки: "чтоб чувствовать их присутствие". Иногда - возбуждена. Тихо воя, извивается на кровати, сквозь слезы причитая: "саяк-! я стала премией Лидер!"

Жадно приглядывалась к различным методам лечения, прося "все испробовать" на себе. Каждый метод встречала с верой и надеждой на выздоровление. Особенно непреклонно

верхла в никотиновую кислоту, ослепшую на ее глазах "кору" с болезнью (болела пеллагрой). Утверждала, что и она вся покрыта "корой", так как не чувствует себя.

Часто давала экзальтированные реакции: кричала, рвала на себе волосы, осыпалась на глазах у персонала демонстративные попытки к самоубийству.

В таком состоянии находилась около 4-х месяцев.

Гемограния, моча, ликвор - без изменений.

Внезапно опутала "внутреннюю связь" между собой и пожилой женщиной-близнецой с синдромом Жюгарра. Ясно чувствовала, что ее - лицом выразительное зависит от ухудшения состояния указанной больной: "та будет кружиться, я же - раскручиваться, пока совсем не выпрямлюсь и не почувствую себя".

Ревниво и злобно-радостно следила за ухудшением состояния больной: "ага! наконец ей хуже! Значит с меня "кора спадает".

Длительная и интенсивная психотерапия оказалась безрезультатной.

После маляриотерапии была кратковременное, незначительное улучшение.

В дальнейшем, все больше и больше тускнела и угасала аффективно. Жила "вод одеждем". Кошмары сну. Застывала в вечерних, полных лозах. Появлялись импульсивные поступки. Стала очень злобной, верещавой, неспретной.

Выводная под наблюдением родных в состоянии, близком к дефекту.

Резюме: У похоронившейся личности после ингибировки возникает ряд мучительных, необычных ощущений, быстро формирующихся в синдром деперсонализации. В начале заболевания - реакция личности на наступившие изменения. Постепенное угасание эмоциональности, вычурности, манерности и кататолличности больной, парадоксальности и бредом значимости, - не оставляет сомнений в динамике заболевания.

В других случаях заболевание начиналось незаметно и постепенно приводило к изменению личности. Относительно доброкачественное течение заболевания отмечалось у лиц с эпилептичной структурой характера.

Сл. № 1-2 К-2 Н. Н. - 33 лет, латышка. С 1939 по 1943 г. неоднократно стационарировалась психиатрической больницей.

Анамнез: По линии матери какое-то психическое заболевание. Отец скрытый, молчаливый, очень религиозный. Умер от "асонии". Мать слепотного характера, страдает мигренью.

Больная правильно развивалась. Подростком была физически крепкой, веселой, активной, очень аккуратной.

Окончила 5 классов. Работала секретарем. Половое развитие не шла. В Армию не служила. Инфекционных болезней не было.

В 13-летнем возрасте перенесла операцию по поводу опухоли мочеиспускательного канала.

Считает себя больной с 17 лет.

Появилась рассеянность, снижение инициативы, апатичность. Одновременно появились и нарастали неприятные и болезненные ощущения в различных участках тела и внутренних органах. Заметна импотенция. Долго лечился амбулаторно, затем у энколога. Никто не мог помочь. Изверженный в медицине, обратился к богу. Со слезами отчаяния, на коленях молился об исцелении, но - тщетно. Тогда понял, что он "испорчен" своей бабушкой.

Статус: Атлет. Внутренние органы и центральная нервная система без патологии.

Психическая сфера: Сознание ясное. Точная и полная ориентировка. Расстройства рецепторной сферы нет. Эмоционально вял, тускл, монотонен. Детализируя, рассказывает о различных ощущениях, мешающих ему жить, работать и "экзист" изменяющих его.

.... Болит голова.... ватом позвоночник опираю.... после еды было надутие живота.... мысли об ощущении желудка. Боль над левой бровью.... гниют внутренности". Записывает свои ощущения. Аутичен. Набегает общества.

Опрятен, аккратен, подтянут.

Проявляет внешне критическое отношение к своему состоянию: "живой труп и... чурка с глазами", но считает себя больным "половым оураном".

Кровь, моча, ликвор - без изменений.

Инсулинозависимая диабетическая в состоянии не дана.

В течение нескольких лет наблюдается амбулаторно.

Обращается к психиатру, завершая им, обычно, круг врачей разных специальностей. Последнее время беспокоит

частые позывы к мочеиспусканию. Решил, что у него "ран мочевого пузыря" или геморрой".

Упорно, монотонно и обстоятельно, без достаточной эмоциональности, доказывает необходимость проведения разных исследований "для устранения ненормальности в половом органе".

Безпримесному вежлив, податлив, аккуратен.

Несмотря на то, что все время работает, деэволюционируется. Из слесарей - котельников перешел в чернорабочие.

Изменения характера, начавшиеся без всякого повода в пубертатном периоде и заключающиеся в постепенном угасании эмоционально-волевой жизни, не оставляет сомнений в диагностике. Мы имеем здесь эндогенный процесс - инфантилизм.

Не относительно "мягкое" течение, имеющее вид характерологических изменений следует, по видимому, об "иметь гетерономность почек.

Сенестопатическо-ипохондрический синдром, занимающий в настоящее время главенствующее значение в клинической картине, является своеобразной формой исхода эндогенного заболевания - ипохондрическим развитием активной личности, пережившей ипсондрический процесс.

Мы имеем здесь не "ипохондрическую" форму ипсондризма, наличие которой весьма проблематично, а ипсондрическое состояние, как форму дефекта ипсондризма.

В одном из случаев нам пришлось наблюдать очень яркое
симптоматически-интерикрическое состояние и эпилепти-
ческие бури.

Сл. 34-2 В-в К.В. - 16 лет. Находился в клинике с 17 по
26/II-1940 г.

Чернорабочий. С 14 лет страдает эпилептическими при-
падками. В 1939 г. дважды обращался в травматологиче-
ский институт с жалобами на "перелом шеи" и невоз-
можность дышать. Хирурги никаких повреждений не на-
ходили, но удивленные странным поведением пациента
(лежал на пол, вертелся вокруг своей оси) направ-
или его в психиатрическую больницу.

По словам, доставившей его матери, - 3 дня тому на-
зад внезапно заявил: "шеи нет, онемела". При этом
странно вертел головой, беспрерывно окуливал шею.
Подобные же высказывания имели место в течение 2-х
дней и в январе 40 г.

Данные об "активном исследовании": Атлет. Внутренние
органы без патологии. Со стороны центральной нервной
системы - инс. Окулирует правые углы рта. В остальном -
без изменений.

Психическая сфера: Оглушен. Дезориентирован во времени.
Грубо ориентирован в месте, ситуации: "больница, где
лечат от припадков".

Вражески настроен. Отмечается олигофазия, тягучая и обсто-
ятельная речь.

Беспрерывно сжимает шею, вертит головой. Кричит, стонет. Иногда вскрикивает: "Я разве не вижу, что у меня все нет — ослепла?!"

За время пребывания в больнице — перенес 2 эпилептических припадков. Через 3 дня после припадка — сознание ясное. Больной полностью ориентирован во времени, месте. Он инициировал свое обращение к хирургам, поступление в районную больницу. Вздых, плаксивый и бранчивый. Утверждает, что был "совсем мертв". Из горла его вышел весь воздух. Он чувствовал, как шея "ушла набок и совсем отвалилась, оторвалась". Мертвого его закопали, о чем он слышал по радио.

Убеден в реальности перенесенного им перелома шеи. Постоянно проверяет "дела-ли?". Радостно благодарит врачей за полное излечение и установку "на место ватышка и дек".

Вывод: У пациента — омерочное состояние сознания, "упорядоченные омерки", по терминологии Исперса.

В этом состоянии дезинтеграции (Гуревич) корковой деятельности, выявляются изменения "схемы тела", как одного из важных компонентов сложной интегральной функции — сознания.

Нарушение схемы тела и сенестопатии при корковом поражении сознания, говорят, в первую очередь, о нарушении функций парieto-темперальных областей.

Итак, мы видим, что эндогенные психические заболевания, дающие, как известно, кроме общеперебральных изменений и преимущественное нарушение функций определенных мозговых систем: лобно-теменных — при шизофрении, теменно-височных — при эпилепсии, могут сопровождаться сенестопатическо-интоксикационным синдромом.

Он является показателем глубокой дезинтеграции функций указанных церебральных систем и нарушения кортико-таламических связей.

В противоположность мнению ряда авторов (Барзан, Окунева, Консторум, Ломот), мы считаем правильнее говорить не об особой "интоксикационной" форме шизофрении, а лишь о сенестопатическо-интоксикационном синдроме в течении основных форм этого заболевания.

Синдром этот проявляется преимущественно в дебюте, иногда — в исходном состоянии шизофрении, но наблюдается, главным образом, у лиц элитимного характера.

Этой гетерогенностью почвы можно попытаться объяснить относительную доброкачественность процесса с длительной сохранностью личности.

Основным в сенестопатическо-интоксикационном состоянии шизофреника, все же, является деперсонализация, обусловленная сенестопатиями и нарушением схемы тела.

Шизофрения с сенестопатическо-интоксикационным синдромом является, по нашим наблюдениям, терапевтически наиболее толерантной. Шизофренический процесс, в этих случаях, не дает ремиссий, а медленно, но неуклонно ведет к характерным изменениям личности.

5. СЛУЧАИ С ДИПЕРСОНАЛИЗАЦИЕЙ.

У ряда больных с легкой резидуальной неврологической органической симптоматикой наблюдались тяжелые явления нарушения схемы тела, деперсонализации, мучительные онемения, чувство ирреальности и чуждости всего окружающего.

Люди переставали ощущать себя собой. Деятельность, мысли, желания теряли связь с личностью — "отчуждались" от нее.

Краски окружающего блекли. Все воспринималось как-то измененным, нечуждым. Мир, ранее широкий, многогранный, красочный, полный ощущений и жизни становился тусклым, неживым, "ненастоящим".

Разнообразные мучительные ощущения, в сочетании с деперсонализацией, приводили к развитию катестезического бреда. То — наблюдался кинестетический бред: "все огнило, провалилось — ничего нет" (синдром Котарра), то — бред двойника, или — у наиболее примитивных больных — бред одеревенности: "непочтая сила внутри".

В ряде случаев имелись грубые сомато-вегетативные нарушения: расстройство функций сна, аппетита, терморегуляции, углеводного и водного обмена.

В анамнезе таких больных имелись указания на закрытую травму мозга или какую-то инфекцию, сопровождавшуюся сильными головными болями и расцененную как "грипп".

Большой интерес представляет случай 25-й, вначале расцененный как симуляция.

Речь идет о красноярщице Г-ке И.С. 22 лет. Поступил в

Как поступил в нашу клинику не помнит.

Анамнестических сведений собрать не удалось, так как больной "ничего не понимает", "не знает". Выяснилось лишь, что перенес какое то инфекционное заболевание "грипп".

Сомато-неврологически: Внутренние органы без патологии. Зрачки деформированы и слабо реагируют на свет. Язык отклоняется вправо. Анизорефлексия ^{нижних конечностей} $\sqrt{873}$.
Отсутствуют брачные рефлексы.

Лабораторные исследования:

Кровь и моча — без изменений. Спинально-мозговая жидкость вытекала под повышенным давлением. В ликворе цитоз — 4, белка — 0,5%, реакция Понсе-Апельта и Панди — положительные, Тихата-Ара-1-й тип, Ланге — 1112200000. Реакция Вассермана в крови и ликворе отрицательна.

Энцефалограмма отклонений в ликворных пространствах мозга не обнаружила. Сахарная кривая с нагрузкой 50,0 г глюкозы: $N = 80$, через 1/2 часа — 85, через 1 час — 90, через 2 часа — 110. Нитурии.

После курса лечения 40% уротропина и легкой инсулинотерапии (10-20 м.ед.) выписан в состоянии значительного улучшения. Стабилизась острота зрения и реакция на них.

Как органическая, так и особенность, психопатологическая симптоматика данного случая делает возможным диагноз органического поражения центральной нервной системы типа энцефалита, с преимущественной

заинтересованности левой теменной доли и связей ее с
средним мозгом.

Близкий по симптоматике случай 36-я.

Ч-на Ира 15 лет. Поступила в клинику 12/1-1937 г.

С жалобами на боль во всем теле, общую слабость, не-
возможность ходить.

По словам родных - с 11 лет наблюдаются припадки,
до 4 раз в год. Припадки, по описанию, истерического
характера.

Анамнез: Наследственно не отягощена. Родилась в здо-
ровом крестьянской семье. Отличалась мягким, покладчи-
стым характером. Окончила 3 классов. Учеба давалась
очень легко.

В одиннадцатилетнем возрасте, спасаясь от гнав-
шихся за ней мальчишек, упала. Ушибла голову. Потеря-
ла-ли при этом сознание - установить не удалось.
Через несколько недель после этого случая заболела.

Болезнь все текла. Нарастала слабость, затем "все
крутом и сама изменилась". Временами не ощущала своего
тела: "...как бы умирала....будто бы ожить перестала". Не узнавала своего голоса: "голос ста-
новился не мой".

Эти ощущения отчуждения обострились в связи с
психогениями. Постепенно состояние ухудшалось. Около
9 месяцев не поднималась с постели.

Статус: Инфантильно-грациозна. Питание похвально. Гипо-
генитальна. Внутренние органы без патологии.

Неврологических изменений в момент поступления и первые 2 месяца пребывания в клинике не наблюдалось.

Психическая сфера: Аллопсихическая ориентировка сохранена, аутопсихическая — грубо нарушена. Она не осознает себя Нирой, не знает: "Нирна ли, бревно ли, мальчишка ли лежит". Окружающие предметы, лица ей кажутся порой чуждыми, "ненастоящими" — "мама ли со мной говорит? Чужая ли, ненастоящая женщина — не могу узнать". Такими же чуждыми, далекими и незнакомыми кажутся голоса окружающих и собственный голос. Не может понять кто говорит — она или "кто-то посторонний".

Не поднимается с постели, жалуется на боль во всем теле, невозможность согнуть и разогнуть конечности. Станет, плачет, причитает. Совершенно не спит. Аппетит понижен.

После перенесенной болезни в больнице дизентерии, состояние резко ухудшилось.

Усилились явления деперсонализации, дерсализации. Со слезами умоляла подвергнуть ее любым мукам, но "сделать прелесть Ниркой", вернуть утраченное ею "прежнее чувство, когда было все знакомо" — она была "живой и среди живых ходила". "Теперь же сама мертва и мертвые кругом меня". Удивлялась своему отражению в зеркале: — "как же так? Это — я. Но я себя не чувствую! Иногда наблюдалось состояние полной простратии. Параллельно ухудшению психического состояния появилась и быстро нарастала неврологическая симптоматика. Анизокория $d7S$. Парез правого лицевого нерва. Анизорефлексия $d7S$, брюшные рефлексы $d7S$. Гипотония мышц. Пальцекожная проба.

Справа - миоподпадание. Астазия - абазия. В крови - эозинофилия - 11%, лейкоцитов - 10000, РОЭ 15 мм. В моче - явды ленточных глист. Моча - без изменений.

В ликворе: цитов - 6, белка - 0,6%, Ланге - 11223310000.

О диагнозе "органическое поражение головного мозга с локализацией в левой лобно-теменной доле" (арахноидит? *himo?*) больная была направлена в клинику нервных болезней.

7/1-38 г. 2/17 Энцефалография.

Выпущено 85 см³ ликвора, введено 75 см³ воздуха.

Данные энцефалографии: умеренное равномерное наполнение желудочков. Расположение последних симметрично.

Избыточное выполение воздухом субарахноидального пространства левой лобной области; расширение борозд этого отдела мозга.

7/17-38 г. Проф. Шефером Д. Г. произведена операция. Приводим протокол ее. В левой лобно-теменной области откинут кожно-костный лоскут основанием к зиску.

Полукруглым разрезом вскрыта плохо пульсирующая твердая мозговая оболочка. Лоскут откинут к средней линии. Мозг слабо пульсирует.

На поверхности большее количество мелких арахноидальных кист, возвышающихся над уровнем коры мозга. Паутинная оболочка мутна, утолщена. Ряд кист вскрыт тупым путем. Местами раз "единицы" складки между паутинной и твердой оболочками, после чего мозг стал пульсировать значительно лучше.

Кора как бы атрофична, извилины маленькие.

Резкая гиперемия поверхности коры.

В двух местах произведен прокол мозга, но ничего не обнаружено.

Нам на твердую мозговую оболочку; кости установлена на место; нам на мягкие ткани".

В течение месяца после операции чувствовала некоторое облегчение. Затем - обострилось состояние деперсонализации и ступора речи: "нет меня, нет... я - не я... не я разговариваю... я огнива... я умерла".

Вторично стационарировалась в нашей клинике с 14/IX по 20/X-1938 г. Проводилась мягкая инсулинотерапия (10-15 единиц), не давшая улучшения.

КАТАМНИЗ: в 39-40 г. в течение 18 месяцев находилась в Периской психиатрической больнице^{x)} с теми же явлениями деперсонализации, дереализации, осложнявшимися психоэстетическими расстройствами. Форма окружающих ее предметов искажалась, они принимали различную окраску; передвигались, падали, взлетали; по телу бегали разноцветные черви, они впивались в ее мозг, в позвоночник. Наблюдались приступы резчайшего психоэстетического возбуждения, эпилептиформные припадки, под "ею" температуры до 40°. В дальнейшем присоединяется туберкулез с правосторонним экссудативным плевритом и в мае 1940 г. больная умирает.

x) Аннотация из истории болезни любезно предоставлена нам доктором Андрейчиковым, опубликовавшим данный случай.

Данные секции: Послеоперационный рубец в левой лобно-теменной области, с дефектом ткани и со смещением отломков кости. Дефекты от давления на изогнутой оболочке и коре мозга в том же районе.

Множественные дефекты коры головного мозга левой лобно-теменной доли.

Ацидозно-подозрев, с обильным количеством свежих кавер, туберкулез легких. Туберкулезные бугарки в селезенке. Деве-неративное изменение всех паренхиматозных органов.

Связь психопатологической картины болезни с поражением лобно-теменной области, в данном случае ясна и не требует никаких комментариев.

Интерес и значимость этого случая:

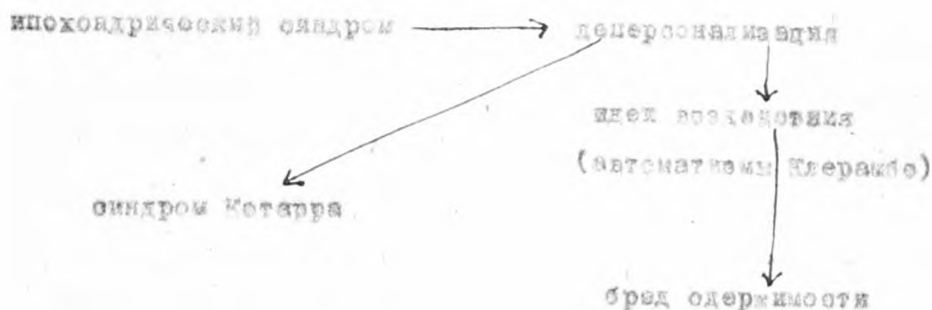
во-первых, - в дебютировании тяжелого органического заболевания мозга, психопатологической симптоматики, за-долго до появления неврологических изменений.

Во-вторых, в описании и обострении как психо, так и экзогенными факторами латентной церебральной симпто-матик, выражаемая в "истерических" реакциях и

в третьих, во взаимосвязи и переходе синдрома.

Заболевание, начавшись банальным "ипохондрическим" состоянием, заключающимся в мало дифференцированных ощущениях слабости, боли во всем теле, - в динамике своего развития прошло фазу деперсонализации, полного отчуждения личности и всех психических процессов ее - "нарушения функции реальности" (Жане) и закончилось синдромом Котарра: "нет меня...ничего кругом нет....Нирки нет...она исчезла....огниги".

Эле шаг, и через психические автоматы Клерамбо мог бы оформляться бред одержимости, зачатки которого можно было уже усмотреть в высказываниях больной: "кто-то за меня во мне говорит.... я не Юра... может быть и мальчишка или собака, но не Юрка я, а кто-то другой!" Именно такова, по мнению некоторых авторов (Кренделя, Фригман), эволюция ряда деперсонализаций:



Этиологией данного заболевания надо считать полученную больной травму головы.

В одном из аналогичных случаев (случай 37-й, Д-в Н.М., 47 лет. Находился в клинике с марта по май 1938 г.), после перенесенной в 1918 г. контузии, больной почувствовал себя под воздействием чуждой силы. Он ощущал внутри себя "голос", всецело порабощавший его. "Голос озвучивал и бесчинствовал" над отдельными частями тела, власть над которыми больной полностью утерял. "Тело жмет... сверлит, крутит". Голос принуждал больного "против воли" совершать нелепые поступки.

В течение 20 лет больной связан с "голосом", но "бесчинства", продолжавшиеся над его телом, вынудили его обратиться в больницу.

Сомато-неврологический статус: Атлет, со сжиганностью и сжиранием. Внутренние органы — норма. Кровяное давление 140/75 мм ртутного столба.

Кровь, моча, ликвор — не изменены.

Психическая сфера: Религиозный, привязанный, мягкий, контактный, "У науки" ищет освобождения от порабощающего его "голоса".

Явления деперсонализации: "тело не мое...много не мое...лицо и руки — все странно изменялось". Эти ощущения и слуховые псевдогаллюцинации: "внутри голос бесчинствует" бредово интерпретируются больным.

Он считает, что в него внедряется нечистая сила, приносящая образ врача и творящая над ним "бесчинства".

Проводившаяся гипно и инсулинотерапия улучшения не дали.

И здесь, как и в предыдущем случае сепарации → деперсонализация с псевдогаллюцинациями, которые можно рассматривать, по Шмарьелю, как "деперсонализацию речи" → бред возмездия → бред одержимости: "человек в человеке".

Исключительно на основании психоневрологической симптоматики можно предположить у нашего больного органическое поражение мозга, главным образом, левой теменно-височной области, возможно, в связи с перенесенной закрытой травмой мозга.

Психосенсорные расстройства, нарушения схемы тела, синдром деперсонализации и дереализация являются показателями как органического, так и функционального поражения парieto-темпоральных областей.

В то же время, эти расстройства, не являясь, разумеется, собственно сенестопатическим-ипохондрическим состоянием, феноменологически, а иногда и структурно близки к нему. В основе как деперсонализационного, так и "ипохондрического" (в нашем понимании) синдрома лежит распад рецепторного синтеза.

В этой генетической близости громадный интерес больных с деперсонализацией.

Приходим по данному разделу к следующим выводам:

1. Хронические сенестопатически-интоксикационные состояния наблюдаются при заболеваниях, поражающих определенные системы мозга: подкорковые узлы, темные 2, стволы, темные-височные и темные-лобные доли.

Эти состояния, на нашем материале, встречаются при энцефалите, арахноидите, после закрытой травмы мозга, в течении менингита и как эквивалент эпилепсии.

2. Сенестопатически-интоксикационные состояния при этих заболеваниях возникают в результате нарушения таламо-кортикальных и таламо-гипоталамических функций.

3. Основным симптомом хронических сенестопатически-интоксикационных состояний является деперсонализация - показатель нарушения функций коры головного мозга.

4. Особенности личности в возникновении хронических интоксикационных состояний большой роли не играет.

При формировании не так называемого интоксикационного развития личности, характер больного является одним из решающих факторов в структуре болезни.

5. Хронические сенестопатически-интоксикационные состояния характерны известной прогрессивностью, ведущей к изменению личности, иногда имитирующему менингеальный дефицит.

6. Сенестопатически-интоксикационный синдром, как и синдром деперсонализации, так часто, сопутствующий локальным органическим заболеваниям мозга, имеет общий патогенез - дезинтеграцию сенсорных функций.

Оба эти синдрома развиваются на сенесто и гиперпатии, нарушении схемы тела. Причем сенестопатический-миохондрический синдром часто является предшественником развития синдрома деперсонализации. Следовательно можно предположить и некоторую общность локализации расстройств при данных синдромах.

ГЛАВА 17-я. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.

В качестве этиологических факторов сенситивизмического-иско-
ндрического синдрома, на нашем материале, встречались как
"чистая" психогения, так и комбинация острой экзогенной и пси-
хогениями и различные, преимущественно, хронические соматоген-
ны.

Этиология, безусловно, влияет на структуру синдрома. Чистое
же разграничение этиологических моментов не всегда возможно.
Иногда исходные этиологические факторы вообще указывают от
нашего внимания, а общность клинической картины выдвигает тон-
кости различий.

На известном этапе заболевания - психогенное, аффектоген-
ное переходит в соматическое, соматическое же, в свою очередь,
влияет на сферу представлений.

Вопросы связи и зависимости психических и соматических
функций освещались многими авторами (Асташищев, Кронфельд,
Биков, Биковский, Маркелов, Краснушкин, Мурин и другие).

Так, Асташищев считает, что в области тапанической чувст-
вительности "психические и соматические элементы представляются
тесно связанными возможностью перехода друг в друга, доходящей
иногда до полного слияния их".

Корреляция между психической и соматической проявляется, по авто-
ру, между чувством боли и эмоциональной реакцией, сочетанием в одно
явление "болевой эмоции" (Рине). "Боль - пишет Асташищев -
есть эмоция".

Беротер^{х)} считает возможным говорить о боли не как об ощу-

х) Цитировано по Кривошеину.

жении, а как о "психическом феномене". Боль и эмоция, по автору, родственны и определяются одним и тем же нервным субстратом.

При таламических болях происходит психоэмоциональные переключения, в форме взаимоперехода эмоций в боль.

Так, в известном случае Года-Холмса "больной не мог выносить нехорошего запаха той стороны тела, в которой имелось нарушение чувствительности: — эмоции вызвали парестезии и боль".

Стирание границ между эмоцией и болью особенно убедительно при каузалгии.

Изменение "общего чувства" (кожестезии), проявляющееся изменением ощущений собственного тела (кожа или сенестопатии) является, по Астацатурову, патофизиологической основой протопатических эмоций.

Клиника внутренних болезней также хорошо знакома с этими эмоциями с психоэмоциональными ощущениями.

Так, общеизвестны приступы страха и тоски при заболеваниях сердца — "психическая ангины" *angina pectoris sine dolore* (Браун). Ощущение отвращения к окружающему при заболеваниях желудка; приступы гнева и раздражительности сопровождают заболевания печени; при невосприимчивости опорожнения полостных органов наблюдается тревожное беспокойство и так далее.

Большое того, известны случаи как афферентного возникновения ряда соматических заболеваний, например, базедовой, синдромовой, аддисоновой болезней, так и соматогенного

изменения аффективности — соматогенная депрессия.

Общепринятое "станционное" психофизического и соматопсихического переключения является диэнцефалом^{х)} — мощный координатор всех видов чувствительности и корреляционный центр вегетативных функций.

Благодаря "петально-бугальной" (Гуревич) связи между "психикой" и "соматикой" может возникнуть *circulus vitiosus*: (эмоция ↔ функциональное расстройство органа ↔ страх и тревога за него ↔ усиление функциональной недостаточности ↔ обострение страха и так далее), разорвать который стоит иногда колоссальных трудов и больному и врачу.

Длительное же функциональное расстройство, в конце концов, может привести к органическому, деструктивному поражению (Астацатуров, Гуревич, Маркелов и другие).

Интересующий нас сенестопатически-энцефалический синдром особенно ясно вскрывает механизмы связи соматического и психического.

х) *Diencerhalon*, промежуточный мозг развивается как и полушария конечного мозга из переднего мозгового пузыря.

Как на ранних ступенях филогенеза промежуточный мозг делится на верхний отдел — *epithalamus*, имеющий отношение, главным образом, к обонятельным функциям/средний — *thalamus* и нижний — *hypothalamus*. *Thalamus*, зрительный бугор составляет главную часть промежуточного мозга и является по своему происхождению дериватом верхней или чувствительной пластинки медуллярной трубы.

Зрительный бугор состоит из медиального, ^{переднего и} латерального ядер, ядра Флексига, Луисова тела, ядра *pulvinar* и *corp. geniculatum*. Центральное серое вещество зрительных бугров и клеточные элементы III желудочка связаны с гипоталамусом и признаются

Обращаясь к изученному нами материалу, мы видим преобладание соматогенных сенестопатически-искоординированных состояний? (61%).

Среди соматогенных мы отмечаем либо факторы непосредственно поражающие мозг и иногда ведущие в дальнейшем к прогрессирующему течению заболевания (закрытая травма мозга, ранения его, нейроинфекции, менингит), либо — экзогенные, связанные с токсической энцефалопатией (экстрацеребральные ранения с длительным токсикофункциональным процессом, хронические интоксикации).

Как известно, различного рода экзогенные при воздействиях их на центральную нервную систему, в первую очередь поражают промежуточный мозг.

"Нет ни одной травмы черепа, ни одной инфекции или интоксикации, не оставляющей последствий в гипоталамусе. Даже ограниченное поражение отдельных участков общей вегетативной нервной сети находят в нем свое отражение" — говорит Марксис.

"центральным аппаратом симпатикуса" (Однигер), вегетативными ядрами *thalamus'a*.

Зрительный бугор является корреляционным центром афферентных импульсов из всех областей мозга и передает в свою очередь импульсы в конечному мозгу через волокна лучистого венца *corona radiata*.

В *thalamus'e*, таким образом, об"единяются экстеро, проприо и интероцентральные пути, здесь же заканчиваются центро-стремительные пути *n. vagi*.

Тесная связь *thalamus'a* с вегетативно-чувствительной системой обуславливает формирование и регуляцию общего чувства — сенестезии, а нарушение этой связи — играет роль в происхождении нарушения общего чувства-сенестопатии.

Вентральные поверхности диэнцефалона обращены к базальным вещам большого мозга (*caraba interna*), верхние — покрыты мозолистым телом и сводом (*corpus callosum, fornix*), медиальные — служат отясками полостей и желудочка, переходящего спереди в отверстие Монро, задни — в Сильвиев водопровод.

Эта ранимость и в то же время исключительная способ-
ность к регитутации области промежуточного мозга обусловлена
анатомо-топографическими данными и, в частности, необычай-
но богато развитой сосудистой сетью.

К основато-неврологическим дисэнцефальным симптомам от-
носятся: расстройство функции сна, обмена, терморегуляции
(Карпинс и Крадль, Гессе, Аннер, Кушинг, Зеротер, Ратнер);
пола и ликтурин, наклония гиператия, вазомоторные расстройства,
нарушения жизни инстинктов (Ратнер, Маркелов, Вайсберг и
другие).

Поражения таламо-стриарной области могут привести да-
же к нарушениям охемы тела (Маркелов и другие), причем в от-
личие от таковых при теменной локализации они не сопро-
воджаются метаморфопсиями (Гуревич).

Менее систематизирована психопатология дисэнцефальных
расстройств.

Вентральная поверхность, расположенная между перекрестом
зрительных нервов и ножками мозга и единственно доступная
непосредственному осмотру, принадлежит *hypothalamus* у и
служит дном III желудочка. *Hypothalamus*, помимо отно-
шения к обонятельным функциям, является важным корреляцион-
ным вегетативным центром.

Он состоит из основных ядер сосочковых тел и серого
бугра, переходящего в воронку, на которой, как-бы, подвешен
гипофиз.

По данным Тренделенбурга и других авторов, секрет ги-
пофиза поступает в III-й желудочек, а оттуда в субаракноидаль-
ное пространство.

Питание промежуточного мозга обеспечивается богато разви-
той сосудистой сетью системы внутренних сонных и основной
артерия.

Среди них, главным образом, известны витально измененные настроения: гипонимия, эйфория (Серетер и Гагел, Потцль, Бурдэнко, Виземский); витальная тоска, "дисцефальная ярость", апатия (Рейхард, Штерн, Эвальд, Гагел, Клейот, Ратнер, Снегневский); экзоприжизнь *Salmon, Barab* (Яниновское и Дани).

Синдром деперсонализации при дисцефальных расстройствах описан Лерметтом, Клейотом, Обредом, Потцлем, Гампером, Шварцманом, Голант, Замкинцем).

Сенесто и гистерия - "телесные галлюцинации" при парасимпатическом мозге описываются Рейхардом, Шварцманом, Маркеловым).

Лишь за последнее время появились ряд работ о дисцефальных помехах.

Так, Голант описаны дисцефалопатические помехи с периферическим течением. Они заключаются в расстройствах настроения и характерны сомато-вегетативными дисцефальными нарушениями.

Этиологией этих помех Голант считает дисцефальную недостаточность различного генеза. Последствие этого мутного мозаикомы *locus minoris resistentiae* при воздействии различных экзогенных факторов.

Первое место среди экзогенных Голант отводит травмам мозга и интоксикации.

Грипп описан синдром "отчуждения витальных чувств". Клиника синдрома почти аналогична описываемым нами сенестопатическо-эндогенным состояниям.

Возникшие Гаркави ощущают слабость, усталость, отсутствие аппетита или чувства насыщения при "жестком голоде". Иногда их проявления близки к нигилистическому бреду Котарра.

Одним из механизмов патогенеза данного синдрома, Гаркави считает "участие таламо-гипоталамических связей".

Герцберг приводит описание органического поражения центральной нервной системы с синдромическими расстройствами витальных функций, гиперпатией и последующим астенией, адинамией и энкоприей.

Автор обобщает эти расстройства понятием синдромопротективного и витально-астенического синдромов.

Герцберг считает их проявлением дисцефальной недостаточности первичного или вторичного происхождения.

Клиническая картина некоторых из описанных нами случаев (например, случай 17) почти тождественна случаям Герцберга. Другие же (случай 16) близки, если не идентичны с церебральной кахексией, описанной Симондоом, Заниро и рядом других авторов.

Однако, особенно большое значение в диагностике центральных вегетативных и вообще дисцефальных расстройств имеет дальнейшая разработка и широкое использование доступных объективных методов исследования.

Так, Морес впервые указал на нитурно, как на характерный симптом дисцефальных отравлений. Гофф и Петль отметили при этом отсутствие влияния продольной диагнотрии головы на усиление диуреза.

Ратнер установил резкое понижение коаглемота, замедление РОЭ (что не подтверждается данными нашей клиники). Впервые Гофф, а затем Ратнер и Астахов показали также от-

отсутствии при дисцефальных Поражениях влияния пневмонического на лейкоцитоз. Отмечается изостерия в подмышечной ямке и прямой кишке (проба Лукателло).

По данным нашей клиники, как и по указаниям Ратнера, характерна также пониженная антропогенетическая способность организма (проба на сульфазин, терморегуляционный рефлекс). Так, применение местного термического раздражения в акте однокамерных ванн по Гаусе с повышением температуры воды от 36 до 45° или же не дает никакого общего повышения температуры или весьма незначительное, вместо нормального повышения на 0,2 - 0,4°).

Наконец, в нашей клинике установлено также некоторое понижение реакции кожи на ультрафиолетовые лучи, отсутствие потовой реакции при пробе с аспирацией и характерные изменения сахарной кривой с нагрузкой.

Сомато-вегетативные расстройства у наших больных представлены таблицами в приложении.

Как видно, почти у всех наших больных имеется расстройство функции сна, аппетита, иннервация, отсутствие потовой реакции на аспирин и характерные изменения сахарной кривой.

Однако и основной компонент сенестопатического-инкоординированного синдрома - тягостные ощущения - также, несомненно, таламической природы.

Эти ощущения носят характер расстройства элементарного "общего чувства". Они, как правило, диффузны, более или менее постоянны, по временам лишь обостряясь в "жгучи".

При расстройствах схемы тела они никогда, однако, не сопровождаются метаморфическими или другими изменениями восприятия пространства и времени. Все это доказывает несомненную связь изучаемого нами синдрома с поражением таламо-гипоталамических функций. Возможно же само наличие сенестопатии, как и гиперпатии с большим основанием объясняют с поражением мозжечного мозга.

Так, Снежневский в своей работе "о поздних онейротических психозах" считает наравне с другими онейротическими признаками дисаффективного поражения тревожную депрессию с сенестопатикой - "поражение витальной аффективности".

В действительности, в особо интересных нас его случаях 4-м и 6-м (с энохендрическим бредом Котарра, калеконей, булимией, агрипнией), закончившихся летально, гипоталамически обнаружены дегенеративные изменения ядер мозжечного мозга.

Сенестопатия и гиперпатия, в сопровождении ряда вегетативных расстройств, имелись у нашего больного П-6а (случай 27-а), несомненно, обуславливавшихся деструктивными изменениями, в основном, такой же природы.

Таким образом, эндогенный сенестопатическо-энохендрический синдром является показателем поражения, главным образом, таламо-гипоталамических функций (таламических, гипоталамических, таламо-гипоталамических, паравентально-диссептальных).

Но и психогения приводит к нарушению этих же функциональных систем.

Психогенные сенестопатически-интоксикационные реакции, — ущем определенной категории людей, у которых фиксация мысли и представления на своем здоровье приводит к формированию более или менее стойкой доминанты.

Эта установка внимания, с одной стороны, снижает порог ощущения, с другой — усиливает и обостряет их.

В мир продолжения большого вторгается "новое", бывшее ранее неосознаваемыми, ощущения. Постоянные потоки их с периферии, как-бы сенсебилизируют тамамо-гипоталамическую и мозжечково-мостовидные области.

Так возникает "психическая анафилаксия", при которой любая, в особенности, специфическая психогенная (угроза здоровью, жизни) является своего рода "психическим аналергеном" (Игров).

Благодаря инертности интероцепции создается долгая неутоляемая временная связь. Так, психогенная приводит к острому возникновению сенестопатически-интоксикационного синдрома, сопровождающегося нередко "напряжением" какого-либо органа, так как "аффект обладает соматопсихической силой, то-есть способностью психическое превратить в физиологическое или в соматические симптомы" (Краснянский).

Взаимосвязь "соматической истощенности" с последующей психогенной особенно ясна при анализе возникновения экзогенно-психогенных сенестопатически-интоксикационных состояний. Именно при сочетании данных этиологических факторов, сенсебильзация психики, благодаря углеродно-рефлекторным связям, создает "вторую болезнь", в смысле Вазнакера.

Материальным субстратом и физиологической основой

психогенных, также как и экзогенных сенестопатически-ипохондрических состояний, является таламо-гипоталамическая система и ее связи с корой головного мозга.

Схематически можно различать 2 варианта механизма возникновения сенестопатически-ипохондрического синдрома механизма, зависящего от взаимоотношений между "центром" и "периферией".

В первом "периферической" варианте длительное время протекающие из какого-либо органа болезненные ощущения приводят к сенсibilизации определенных центров с соответствующей фиксацией возбуждения. Это зафиксировавшееся возбуждение в дальнейшем уже не может быть устранено при воздействии на периферию.

Таков генез соматогенных сенестопатически-ипохондрических состояний.

При 2-м "центральной" варианте возможны 2 разновидности возникновения сенестопатически-ипохондрического синдрома.

При первой разновидности, яркие и длительно не сменяющиеся представления обостряют нормальные - обычные ощущения и снижают их порог. Это приводит к вторжению в сферу сознания "темных" ощущений, сопровождающих акты, совершающиеся в полости органов груди и живота" (Сеченов).

Тая представляется нам психогенные сенестопатически-ипохондрические реакции (например, натрогенной природы).

При 2-й разновидности-тормозное состояние определенных участков коры и непосредственное воздействие на

стволовую часть мозга приводит к высвобождению и активизации протонатической чувствительности.

Таким механизмом возникновения сенестопатического-ипохондрического синдрома в результате закрытой травмы мозга.

В зависимости от очага поражения, интересующий нас синдром начинается либо сенесто и гиперпатиями, либо нарушениями схемы тела и деперсонализацией.

Но "очаг" поражения, по мнению ряда авторов (Маргулис, Гуревич и другие), является лишь "динамическим условием измененного течения мозговых функций" и не может полностью обусловить патологическую симптоматику.

Она зависит также и от исходного функционального состояния нервной системы и от преморбидных свойств личности, в широком смысле этого понятия.

Тип высшей нервной деятельности, конечно, небезразличен для выявления расстройств определенных церебральных функций.

Так, работами Фролова по изучению высшей нервной деятельности собак при воздействии на них отравляющими веществами, доказана различная реакция собак в зависимости от их темперамента. У животных "слабого" нервного типа тормозится кора и подкорка, у "сильных" - только кора.

У людей с преобладанием 1-й сигнальной системы, по терминологии Павловской школы, прежде всего, дезинтегрируются подкорковые функции. Клинически мы имеем в этих случаях акцент на сенесто и гиперпатиях.

Преобразование II-й сигнальной системы - верховник, гипостетических функций приводит, в определенных случаях, к акцентуированию "ипохондричности", в собственном смысле этого слова. Больной не столько "чувствует", сколько "представляет" свою болезнь.

Как известно, образы об"являет такие различные клинические явления, как бред, каузалитизм и контрпунктуры патологической инертности процесса возбуждения, доминантой возбуждения в различных "этажах" нервной сети.

Так, фиксация возбуждения в сфере представлений приводит к навязчивым состояниям и бреду "паранос", в сфере чувствительной - дает явления каузалитизма, в моторной сфере - контрпунктуры.

К этому же клиническому ряду, обусловленному одними и теми же нейробиологическими механизмами, следует отнести и сенестопатический-ипохондрический синдром. Здесь патологическая инертность возбуждения фиксируется в сфере I-II сигнальной системы - интерорецепция.

Выгодные результаты лоботомии при тяжелых ипохондрических состояниях подтверждает, что в основе их лежит поток сенсорных импульсов из зрительного буфера и вторичная гипостетическая их переработка.

Лоботомия уменьшает не только количество и характер ощущений, но меняет также и отношение к ним больного - "выражен центр тревоги", по выражению одного из больных Фришмана.

Гистологическими исследованиями доказано, что после лоботомии наступает перерождение заднего внутреннего ядра зрительного бугра. (Фришман)

Таким образом, патогенез сенестопатически-ипохондрического синдрома, независимо от этиологии, в основном, один и тот же - это функционально-динамические или структурные изменения таламо-гипоталамической, а иногда и таламо-кортикальной области.

Центральным "соматогенным симптомом" (Кронфельд) данного синдрома являются сенестоз и гиперэстезии.

Однако, различная этиология синдрома сказывается на его структуре.

Так, при психогенном возникновении синдрома возможна бредовая интерпретация ощущений и меньше выражены сомато-вегетативные расстройства.

При соматогенном - бреда нет, но нередки явления деперсонализации и особенно часто массовые расстройства в соматической сфере.

В заключение необходимо остановиться на соотношениях между возникновением сенестопатически-ипохондрического синдрома, конституцией, полом и возрастом.

На соматической конституции среди наших больных преобладали атлеты (41), второе место занимали астеники (23).

В корреляции с соматической конституцией, по структуре личности преобладают эпитимии и тревожно-мнительные суб"екты (51 человек).

Эпитимные особенности личности: торпидность, округленность, вязкость мышления, как и судорожная готовность к самонаблюдению тревожно-мнительных явлений благоприятными физиологическими условиями для фиксации раздражения как в сфере интерорецепции, так и в сфере представления.

Необходимо также отметить, что уровень развития и интеллектуальные особенности больных отражаются на суб"ективном толковании когнитивных или ощущений.

Так, при некоторой общей культуре, в сочетании с дилетантизмом в области медицины, легко развязываются гипотезы.

У невежественного примитивного человека, на основе ощущений могут развиться идеи и даже бред одержимости.

Преобладание среди наших больных мужчин (80 из 100), отчасти, объясняется тем, что главной базой изучения сенсотопатически-апохондрического синдрома являлся невропатологическое и оперативное отделение клиники.

Что же касается возрастных соотношений, то в соответствии с литературными данными, мы отмечаем преобладание зрелого возраста.

Так от 16 до 20 лет	7 больных
от 20 до 30 "	40 "
от 30 до 40 "	17 "
с в м ш е 40 "	7 "

По выражению французских авторов прошлого века, "ипохондрики сохраняли за собой право на понятие зрелости".

Да это и, действительно, понятно.

Дети, благодаря структуре своего мышления, родко дают ипохондрические состояния. Сознание связей и следствий: болезнь → смерть, болезнь → личная или социальная катастрофа выражено у них меньше, чем у взрослых.

Наконец, дети более экстравертированы и обладают большей лабильностью нервно-психических процессов.

Несколько слов о терзании.

Она должна устанавливаться в зависимости от этиологии и "центрального" или "периферического" механизма возникновения синдрома.

По нашим наблюдениям, во многих случаях соматопатическо-ипохондрического синдрома, в особенности экзогенной природы, благоприятно действует лечение мягкой инсулиновой гипогликемией.

Это и понятно, так как соматопатическо-ипохондрический синдром связан с множественными вегетативными изменениями и, главным образом, с преобладанием тонуса симпатического отдела.

Жизненным же датумом мягкой инсулиновой гипогликемии — это стимулирующее воздействие на систему блуждающего нерва и на сферу аффекта (Мамкин, Середский).

"Жизненным воротами" и точкой приложения действия для инсулина является диэнцефалон" (Середский).

Необходимо также учесть благоприятное влияние инсулина на сон и аппетит, как правило, недостаточные у наших больных.

Кроме того, эйфория, мягкость и оговорчивость больных и гипогликемия облегчает возможность психотерапевтического воздействия на них.

Учитывая известную "симпатикотоничность" больных с сенестопатическо-миохондрическим синдромом, нельзя пользоваться высокими дозами инсулина и необходимо купировать гипогликемию до наступления фазы адреналовой контррегуляции.

В этой фазе, по нашим наблюдениям, у больных обостряется сенестопатия, нарастает страх и тревога.

Хороший терапевтический эффект также давала терапия длительным сном, с применением барбитуратов, действующих, как известно, главным образом, на подкорковые ганглии.

При сенестопатическо-миохондрическом синдроме в связи с закрытой травмой мозга мы получали хорошие результаты при дегидратационной терапии (внутривенно 40% глюкоза + 20% серно-кислая магния), в комбинации с длительным сном. В упорных случаях мы комбинировали дегидратационную терапию с мягкой инсулиновой гипокликемией. В этих же случаях, для стимуляции корковой деятельности, больному утром давался фенамин с витамином B₁, на ночь — для регулирования сна — барбитураты.

При психогенных сенестопатическо-миохондрических состояниях, помимо рационального психотерапии, применялось также лечение длительным сном.

При затлагуемых психогенных реакциях, на том этапе заболевания, когда можно предполагать, что психическое уже не только психореактивное, но и психо-соматическое, также показана мягкая инсулиновая гипогликемия.

ГЛАВА V-я. ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Учение об ипохондрии претерпело значительную эволюцию.

Старое обоснование этого заболевания соматическими, гуморально-перебральными причинами сменяется то объяснением его конституциональными особенностями личности, то психологической трактовкой болезни, с тем чтобы, в конце концов, вновь вернуться к современным взглядам на ипохондрию как на болезненное состояние, в основе которого лежат реальные соматические расстройства.

Ипохондрия постепенно теряет свою былую нозологическую самостоятельность и рассматривается ныне лишь как синдром, имеющий различную этиологию, структуру, течение и исход.

Основным физиогенным симптомом изучавшегося нами синдрома являются измененные восприятия своего тела-сенестопатии. Не менее важное значение имеют также предстарения больного об этих восприятиях.

Поэтому, по предложению проф. Малкина, мы и назвали данный синдром "сенестопатический-ипохондрический" синдромом.

Он встречается, по нашим данным, чаще всего у мужчин в возрасте от 20 до 40 лет.

По соматической конституции преобладают атлеты. Пренормидными особенностями личности больных являются вязкость и инертность- с одной стороны, с другой-тревожная мнительность.

Этиология сенестопатический-ипохондрического синдрома различна. Первое место среди этиологических факторов занимают соматогенные, главным образом, закрытая травма мозга,

энцефалиты и хронические токсинфекционные процессы.

На первом месте стоит комбинация экзогенных с психогениями.

Второе место принадлежит психогениям.

Острые экзогенные не приводят к сенестопатическим-ипохондрическому состоянию.

По течению наблюдаются:

I-сенестопатически-ипохондрические реакции с острым началом и исходом в полное выздоровление или значительное улучшение.

II-хронические сенестопатически-ипохондрические состояния. Эту группу составляют, главным образом, больные с органическим поражением мозга.

Хронические ипохондрии характерны процессуальным течением с обострением и изменением личности, имитирующим шизофренический дефект.

Сенестопатически-ипохондрический синдром может встречаться как эквивалент эпилепсии, в дебюте или в исходе шизофрении.

Необходим тщательный дифференциальный диагноз сенестопатически-ипохондрического синдрома от "больных" психозов: шизофрении, эпилепсии, циркулярного психоза, а также истерии. При дифференциации надо иметь в виду эмоциональность и адекватность больных с сенестопатически-ипохондрическим синдромом, полную сохранность ядра их личности, психологическую понятность их переживаний и явную связь заболевания с соматогениями или психическими травмами.

В результате длительного изучения значительной группы больных (100 человек), мы приходим к следующим выводам:

1. Материальным субстратом сенестопатически-ипохондрического синдрома является неуточненный пост-диэнцефалон.

2. Патогенез сенестопатически-ипохондрического синдрома, независимо от этиологии, всегда один и тот же - нарушения церебральных функций таламо-гипоталамической и теломо-кортикальной областей.

Нарушения эти возникают то вследствие деструктивных, то, главным образом, динамических изменений.

3. Показателями нарушений указанных функций, помимо сенестопатий, являются: никтурия, расстройство сна и аппетита, терморегуляции и потоотделения, истощение, изменение типа сахарной кривой с нагрузкой.

4. В случаях далеко зашедшей дезорганизации диэнцефальных функций возможен летальный исход, причем нет параллелизма в тяжести клинических явлений и степени поражения мозга.

5. Нейрофизиологической основой сенестопатически-ипохондрического синдрома следует считать патологическую инертность возбуждения как в сфере интерорцепции, так и в сфере представлений.

6. Сенестопатически-ипохондрический синдром может возникнуть как "центральный", так и "периферическим" путем.

"Центрально" возникают сенестопатически-ипохондрические состояния в результате психогений и травм мозга; "периферически" - различные соматогенные сенестопатически-ипохондрические состояния.

7. Соматогенные сенестопатически-ипохондрические состояния можно рассценивать как своеобразный экзогенный тип реакции.

8. Для возникновения сенестопатически-ипохондрического синдрома необходимо либо непосредственный "удар" по мозгу, либо длительное, хроническое токсико-инфекционное воздействие на нервную систему, либо комбинация острой экзогенной с психогенной. Острые же экзогенные сами по себе не ведут к возникновению сенестопатически-ипохондрического синдрома.

9. Структура сенестопатически-ипохондрического синдрома различна, в зависимости от "очага" поражения, этиологии, нервного типа и особенностей характера больного.

10. Экзогенный сенестопатически-ипохондрический синдром характеризуется длительным инкубационным периодом, как бы необходимым для перестройки функций нервной системы; преобладанием в клинической картине сенестопатий, отсутствием бреда и массивными сомато-вегетативными расстройствами.

Преворбидные особенности личности не играют никакой роли в возникновении заболевания.

11. Психогенно сенестопатически-ипохондрический синдром возникает у лиц с эпитимным или тревожно-мнительным характером.

Синдром этой этиологии отличается отсутствием инкубационного периода, сравнительной частотой бредоподобных идей и новобобий. Психогения в этих случаях "специфична" — угроза жизни или здоровью. В противоположность экзогенно-обусловленному сенестопатически-ипохондрическому синдрому, при психогенном нет никтурии, наблюдается положительная проба: реакция на аспирин, кожная эритемная реакция на УФА.

Все это является косвенным доказательством мягкости отмечающихся при этом функционально-динамических расстройств мозгового вещества.

12. Психогенный сенестопатически-ипохондрический синдром лежит в основе многих "неврозоз органов".

13. В случаях экзогенно-психогенного сенестопатически-ипохондрического синдрома, психогения, присоединяясь к действию острого экзогенного фактора, выступает в роли "специфического" разрешающего фактора и как бы заменяет действие фактора времени при сенестопатически-ипохондрических состояниях, вызванных хроническими экзогенными.

14. Имеется известная генетическая связь между сенестопатически-ипохондрическим синдромом, каузалгией и нарушением схемы тела, с одной стороны, с другой-данный синдром может быть лишь предюдой сложного церебрального локального расстройства с синдромом деперсонализации.

В основе всех этих явлений лежит дезинтеграция сенсорных функций.

15. Несомненная связь сенестопатически-ипохондрического синдрома с расстройством функций сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной систем.

16. По механизму действия, в наших случаях, нельзя провести грань между экзогенными и психогенными факторами.

Действуя через идентичные соматические звенья, они могут дать одни и те же физиогенные расстройства, один и тот же синдром.

17. Структура личности больного, эпитимность или тревожная интеллектность в характере, играет главную роль в возникновении психогенных и экзогенно-психогенных сенестопатически-ипохондрических реакций и обуславливает типичность

ную фиксацию этих состояний.

Причем, у людей с преобладанием I-II сигнальной системы имеется акцент на сенестопатиях, с преобладанием же II-й сигнальной системы - на ипохондричности, в сособранном смысле этого слова.

18. Больные с сенестопатическо-ипохондрическим синдромом, безусловно, не меньшие и нуждаются в тщательном комплексном как соматическом, так и психопатологическом исследовании.

19. Наиболее эффективными терапевтическими методами при сенестопатическо-ипохондрическом синдроме являются те, которые воздействуют на патогенетические механизмы заболевания и область поражения при нем.

С этой точки зрения, наилучшими методами следует признавать индую индуктивную гипотермию и спотворную терапию.

20. Изучение сенестопатическо-ипохондрических состояний помогает сужению рамок эндогенных психозов.

21. Проблема "ипохондри" является одним из узловых пунктов связи психиатрии с другими соматическими дисциплинами.

В заключение, привожу глубокую благодарность профессору
П.С.МАЛКИНУ за руководство, постоянную стимуляцию и
помощь в работе; проректору клиники К.А.ВАНГЕНГЕИМ
за консультации по гистопатологии; коллективу врачей
гинекологической клиники и больницы за оказанное мне
товарищеское содействие и внимание, немалого облег-
чившие мою работу.

ЛИТЕРАТУРНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ.

1. АСТВАНАТУРОВ М.И. - О патогенезе каузалгических болей.
Советская психоневрология, № 11-12,
1934 г.
2. О н и о - Современные неврологические данные
о сущности эмоций.
Советская невропсихиатрия, сборник Трчгов
1, 1936.
3. О н и о - О психосоматическом взаимоотношении
при заболеваниях внутренних органов.
Клиническая медицина № 9, 1934 г.
4. БОДИНСКАЯ Н.И.
и
ГИРЯЖИНА Л.Г. - Психические расстройства у ампутиро-
ванных.
Тезисы и рефераты докладов научной
сессии СНИИ, 1945 г.
5. ВИКОВ К.И. - Кора головного мозга и внутренние
органы.
Издание военно-морской медицинской
Академии, Киров, 1942 г.
6. ВАЙНБЕРГ И.С. - Материалы к семiotике поражения под-
бугровой области.
Ленинград, 1940 г.
7. О н и о - К клинике и терапии диэнцефалической
эпилепсии.
Невропатология и психиатрия, № 2, 1941г.
8. ГАВНУШКИН П.В. - Клиника психопатий. Москва, 1933 г.
9. ГАРКАВИ Н.Л. - Синдром отчуждения витальных чувств.
Труды психиатрической клиники им.
Корсакова 1 НИИ, 1945 г.

10. ГЕРЦЕГТ М.О. - К клинике и психопатологии дисцефальных расстройств.
Труды центрального института психиатрии, том 1, Москва, 1940 г.
11. ГИЛЯРОВСКИЙ В.А. - Введение в анатомическое изучение психозов.
Москва, 1928 г.
12. О н ж е - Инфекции и эндогенные психозы.
Труды 1 Украинского съезда невропатологов и психиатров, Харьков, 1935 г.
13. О н ж е - Психиатрия, Москва, 1938 г.
14. О н ж е - О сущности истерических расстройств в свете новых данных о вегетативной нервной системе.
Невропатология и психиатрия, № 6, 1942г.
15. О н ж е - К вопросу о структуре и динамике травматических психозов.
Невропатология и психиатрия, № 3, 1944г.
16. О н ж е - Концепция рефлекса на различных этапах развития психиатрии.
Невропатология и психиатрия, № 1, 1945г.
17. ГИЛЯНДИНА Л.Г. - Ипохондрическая форма "Коммоционного заболевания".
Санитарная служба в дни Отечественной войны, Свердловск, 1942 г.
18. ГОЛАНТ Р.Я. - О некоторых вопросах психопатологии аффективных расстройств.
Труды 1 Украинского съезда невропатологов и психиатров, 1935 г.
19. О н а ж е - Синдром отрицания и отчуждения восприятия речи. Советская психопатология, № 4, 1940г

20. ГОЛАНТ Р.Я. - Материалы и клиника травматических психозов.
Труды Центрального института психиатрии, том 1, Москва, 1940 г.
21. О н а ж е - Дивенцефалопатические психозы с периодическим течением.
Невропатология и психиатрия, № 3, 1941 г.
22. О н а ж е, АНДРЕЕВ В.П.
и
ЛУРИЯ Р.Л. - Клиническая группировка психозов и психических нарушений, преимущественно при закрытых травматических поражениях головного мозга.
Невропатология и психиатрия, № 6, 1943 г.
23. ГОЛАНТ Р.Я. - Некоторые данные по вопросу о локализации эндогенной депрессии.
Невропатология и психиатрия, № 1, 1945 г.
24. ГОЛДЕНБЕРГ М.А. - К учению об "экзогенных типах реакции". Проблемы острых экзогенных психических заболеваний. Труды Украинской психоневрологической академии, 5, 1935 г.
25. О н ж е - Инфекционно-интоксикационные психозы и экзогенный тип реакции. Труды 1 Украинского съезда невропатологов и психиатров, 1935 г.
26. О н ж е - Психические расстройства при острых инфекциях и интоксикациях и учение об экзогенных типах реакции. Харьков, 1941 г.
27. О н ж е - О психическом дефеооне при черепно-мозговых травмах.
Невропатология и психиатрия, № 4, 1945 г.
28. ГРАДЕНКОВ Н.Н.
и ЛУРИЯ А.Р. - О системной локализации функций в коре головного мозга.
Невропатология и психиатрия, № 1, 1945 г.
29. ГРИНШТЕЙН А.М. - Топико-диагностическое значение и патогенез неvroгенных дистрофий.
Соврт. психоневрология, № 6, 1936 г.

29. ГРИНШТЕЙН А.М. - Проблема лематизации в висцеральной нервной системе.
Труды 1 Украинского съезда невропатологов и психиатров, 1935 г.
30. О н ж е - Висцеральные функции коры головного мозга. Невропатология и психиатрия, № 3, 1945г.
31. ГУРВИЧ М.О. - Интерпариетальный синдром.
Советская невропатология и психиатрия, № 3, 1932 г.
32. О н ж е - Нарушение схем тела в связи с психо-сенсорными расстройствами.
Невропатология и психиатрия, № 4, 1935г.
33. О н ж е - Вестибулярные расстройства при травматических поражениях.
Обзоры общ. и клинической психоневрологии, № 3, 1935 г.
34. О н ж е - К проблеме лематизации психических расстройств.
Труды 1 Украинского съезда невропатологов и психиатров, 1935 г.
35. О н ж е - О диагностическом значении психо-сенсорных расстройств.
50 лет психиатрической клиники им. Корсакова, Москва, 1940 г.
36. О н ж е и СЕРЕНКОМ И.М. - Учебник психиатрии, Медгиз, 1940 г.
37. ГУРВИЧ М.О., СМОЛСКИЙ А.М. и ЛАЧАТУРЬЯН А.А. - Опыт лечения депрессии гипоксией.
Невропатология и психиатрия, № 9-10, 1941 г.
38. ГУРВИЧ М.О. - К построению теории психиатрии.
Труды психиатрической клиники им. Корсакова, 1 июня, 1945 г.

39. ГИРЯВИЧ И.О. - К теории локализации психических расстройств.
Невропатология и психиатрия, № 1, 1945 г.
40. О н к о - Нервные и психические расстройства при скрытых травмах черепа.
Медгиз, 1948 г.
41. ДИВУА Н. - О психотерапии. Москва, 1941 г.
42. О н к о - Психоневрозы и их психическое лечение.
С-Петербург, 1912 г.
43. ЧАНЕ Н. - Неврозы. "Медиос", 1903 г.
44. О н к о - Неврозы и фиксированные идеи, Москва, 1911 г.
45. О н к о - Психический автоматизм, Москва, 1913.
46. ЗАКНИН Э.М. - О психических расстройствах после травмы мозга.
Труды Центрального института психиатрии, том 1, Москва, 1940 г.
47. О н к о - Психодиагностика церебральных заболеваний.
Сборник невропсихиатрических работ, посвященных юбилею Р.А.Голант, Ленинград, 1948 г.
48. О н к о и ШАБАНОВА Г.П. - О клинике и структуре соматогенного паранойда в условиях военного времени.
Невропатология и психиатрия, № 5, 1944 г.
49. КАШАНИН В.В. - История психиатрии, 1929 г.

63. КРОЛЬ И.В. - Проблема доказывания.
Труды 1 Украинского съезда невропатологов и психиатров, 1933 г.
64. КРОЯЧЕНКО А.С. - К вопросу о синдроме раздвоения.
Труды 1-й Космопсихиатрической больницы, вып. 3, 1940 г.
65. О н ж е - Проблемы синдромологии и психологии в современной психиатрии.
Труды института имени Ганнушкина, 1940. ³¹
66. О н т е - К вопросу о низострессовых синдромах у органиков.
Советская психоневрология, 24, 1940 г.
67. ЛУКИЯ Р.А. - Интроспекция наркотической и психогенной зависимости.
Медгиз, 1944 г.
68. МАЛКОВ Н.Ф. - Патогенетически-понятные связи в психиатрии.
Труды Свердловского Медицинского института, вып. 3, Свердловск, 1936 г.
69. О н ж е - Вопросы терапии психозов.
Вопросы терапии психических заболеваний. Труды психиатрической клиники ЦНИИ, 1941 г.
70. О н ж е - "Коммодночная болезнь".
Санитарная служба в дни Отечественной войны, Свердловск, 1943 г.
71. О н ж е - Психические заболевания в связи с энцефалитическими ранениями.
Невропатология и психиатрия, 24, 1945 г.
72. О н ж е - Основные эндогенные военные и экзогенные типы психозов.
Тезисы и рефераты докладов научной сессии Свердловского Медицинского института, Свердловск, 1946 г.

73. МАРКИНОВ Г.И. - Классификация заболеваний вегетативной нервной системы.
Советы психоневрология, № 1-2, 1932 г.
74. О н ж о - О реактивных вегетативных синдромах
Клиническая медицина, № 9, 1934 г.
75. О н ж о - Семiotика и диагностика заболеваний вегетативной нервной системы.
Труды Одесского психоневрологического института, т.1, 1934 г.
76. О н ж о - Вегетативная нервная система в патологии.
Сборник, посвященный Сперанскому, архив биологических наук, 1937 г., том XL, с.1
77. О н ж о - Заболевания вегетативной нервной системы, Медгиз, 1939 г.
78. О н ж о - Онто-вегетативная система.
Невропатология и психиатрия, № 3, 1945 г.
79. КОКОТ Г.И. - Об энтодорическом синдроме при энтодорении у энтодориков и его социальной опасности.
Труды 1 Московской психиатрической больницы, вып. 1, 1938 г.
80. О н а ж о - К вопросу об энтодорической форме энтодорения.
Труды 1-й Московской психиатрической больницы, вып. II, Москва, 1940 г.
81. ОРБАН Л.А. - Лекции по физиологии нервной системы.
Биомедгиз, 1938 г.
82. О н ж о - Вопросы эволюционной физиологии.
Архив биологических наук, 1, том LXI, с.1, 1941 г.
83. О н ж о - Лекции по вопросам высшей нервной деятельности, 1945 г.

84. ОСИПОВ В.В. - Курс общего учения о душевных болезнях, 1938 г.
85. О н и с е - Материалы к вопросу о генезе аффективных состояний.
Невропатология и психиатрия, № 3, 1941 г.
86. ПАШОВ Я.Я. - Двадцатилетний опыт объективного изучения эпической нервной деятельности (поведения) животных, 1938 г.
87. ПЕВЕСО Г.И. - Клинические варианты эндогенного синдрома. Попытки терапии.

Вопросы терапии психических заболеваний.
Изд. Свердловск, 1941 г.

00. РАВНИН Н.Т. - Структура, химизм и патогенез экзогенных
Пончиков.

Труды психиатрической клиники 1 МИИ
и института невропсихиатрической профи-
лактики, вып. 91 (18), т. 1, 1937 г.

39. **О т е** - Клиника и патогенез основных психопатологических синдромов, обусловленных токсическим и инфекционным поражением центральной нервной системы.

Невропатология и психиатрия, № 5, 1941г.

20. 6 и 7 - Психические нарушения при раковом осповом
и травматическом состоянии.

Невропатология и психиатрия, № 3, 1943 г.
Роль лобно-висцерального фактора в формировании клини-
ческой картины симптоматических чужеродных психозов
в тесной взаимосвязи с аффективной патологией 1945.

91. О н т о - К теории построения экзотических полейков .
Невропатология и психиатрия, № 4, 1948г.

- В.В. РАТИНОВ Э.Д. - Синдром органического поражения центральной нервной системы при эндокринно-вегетативных расстройствах. Мед. биол. журнал, № 4, 1987 г.

93. РАТНЕР Я.А. - Спонтанная киноглимзия и нервно-психическая расстройство.
Советская невропсихиатрия, вым. 1, 1936 г.
94. О н т е, АСТАХОВ - О центральных вегетативных одянгах.
С.Я. КРЕСЛИН Г.М.
и РОЗЕНБЕРГ Д.Н. Труды 2-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, в. II, 1937 г.
95. РАТНЕР Я.А. - Травма и центральные вегетативные расстройства.
Невропсихиатрическая сессия по травматическим повреждениям центральной нервной системы, Москва, 1939 г.
96. О н т е - О некоторых ^{новых} методах лечения душевных болезней. Невропатология и психиатрия, 11-12, 1941 г.
97. РОНЧЕВСКИЙ С.Я. - Некоторые проблемы психопатологии в свете современных неврологических данных.
Советская психоневрология, 1941 г.
98. О н т е - О взаимоотношении аффектогенных и экзогенных факторов в структуре некоторых психозов военного времени.
Невропатология и психиатрия, № 3, 1944 г.
99. РИЗАНОВ Ф.Е. - Душевные болезни, 1916 г.
100. СЕРБСКИЙ ^{В.П.} - Руководство к изучению душевных заболеваний, Москва, 1906 г.
101. СЕРБСКИЙ М.Я. - Механизм действия активных методов лечения пизофрении.
Советская психоневрология, № 4, 1940 г.
102. О н т е - То же, второе сообщение. Невропатология и психиатрия, № 6, 1941 г.
103. СКАНАВИ В.Е. - Психоневрические состояния у детей и подростков. Москва, 1940 г. Вопросы детской психиатрии.
104. СИНЕВСКИЙ А.В. - О поздних симптоматических психозах.
Труды института им. Ганинукина, в. VII, в. V, 1940 г.

105. СИРАНСКИЙ А.Д. - Нервная система и патология, 1939 г.
106. О н т е - Элементы построения теории медицины.
Медгиз, 1939 г.
107. ФРИДМАН Б.Д. - К учению о деперсонализации.
Труды психиатрической клиники, 1 кн.,
выпуск 17, 1934 г.
108. ФРОЛОВ В.И. - Высшая нервная деятельность при токсикозах, Медгиз, 1944 г.
109. ЭЛЛТОН И
ДЖОЗЕФ ДЕ БАРЕН - Функциональная локализация в коре мозга,
Москва, 1937 г.
110. ЧЕНОВ Л.Г. - Опыт теории гиперпатии.
Советская невропатология, № 3-3, 1934 г.
111. О н т е - Новые идеи в учении о чувствительности.
Советская клиника, № 24, 1933 г.
112. О н т е - Схема тела и ее нарушения.
Новое в учении об апраксии, 1933 г.
113. О н т е - О патогенезе мучающих.
Вопросы нейрохирургии, в.3, 1944 г.
114. ШАПИРО Я.Б. - Эндокринное и церебральное возбуждение.
Медгиз, 1941 г.
115. О н т е - Дисцефальная мажорна.
Проблемы эндокринологии, № 4, 1943 г.
116. ШАРАПОВА - К этиологии острых инкоординированных
реакций и их дифференциальной диагностики
от истощения.
117. ШАРКО И. - Болезни нервной системы, СПб, 1877.
118. ШЕВЕР Д.Г. - Вегетативные расстройства и болезни фео-
маны при огнестрельных ранениях черепа и
мозга.
Невропатология и психиатрия, № 4, 1944 г.
119. ШИЛЬДЕР П. - Нейропатология в свете психоанализа.

120. КИНАРЬЕН А.О. - К психофизиологическим закономерностям деперсонализации.
Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, № 6, 1934 г.
121. О н ж е - Патологические оптические и психоэмоциональные расстройства.
Там же, № 5, 1935 г.
122. О н ж е - Основные проблемы взаимоотношения мозговой патологии и клинической психиатрии.
Труды центрального института психиатрии, том 1, Москва, 1940 г.
123. О н ж е - Психоневрологические синдромы при поражении височных долей мозга, Москва, 1940 г.
124. О н ж е - Общие и частные закономерности психоневрологии травм головного мозга.
Невропатология и психиатрия, № 6, 1943 г.
125. О н ж е - Клиника и психоневрология фронто-орбитальных поражений.
Невропатология и психиатрия, № 3, 1944 г.
126. О н ж е - Динамическая роль очага в мозговой патологии и психиатрии.
Невропатология и психиатрия, № 1, 1946 г.
127. ЗИНАТЕН А.А. - Рефлексы вегетативной нервной системы, 1935.
128. О н ж е - Вестибулярные расстройства при острых алкогольных психозах.
Сборник трудов Ленинградской психиатрической больницы имени Балинского, Ленинград, 1934 г.
129. О н ж е - Агрессивный синдром алкоголиков. Там же.

ENOSPIMHIA JETIP413P1.

1. BIRNBAUM - Über psychopathische Persönlichkeiten.
Weisbaden, 1899.
2. BONHOEFFER - Die symptomatischen Psychosen im Gefolge
von acuten Infectionen und inneren Erk -
rankungen.
Aschaffenburgs Handb. Wien, Belticke,
1910.
3. BONHOEFFER - Die exogenen Reaktionstypen.
Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankh.
Bd. 58, S. 358, 1917.
4. BONHOEFFER - Die exogenen Psychosen.
Arch. f. Psychiatr. 58, 1917.
5. BRACHER - Traité complet de l'hypochondrie.
Paris et Lyon, 1844.
6. BUMKE - Handbuch Teil 2 über Melancholie.
6.a BUMKE - Z. Neur. 101.
7. BYCHOWSKY - Über Diencephalosen.
Der Nervenarzt, 15, März, 1939.
8. DUPRÉ et CAMUS - Les cénestopathies.
B'Escephale, 1907.
9. REQUIROL - Des maladies mentales, 1838.
10. EWALD - Psychosen bei akuten Infectionen.
Handbuch von Bumke VII, Bd. V 1926.
11. FAURET - De l'hypochondrie et du suicide.
Paris, 1922.
12. FREUD - Einführung des Narkismus.
Jb. Psychoanal. 6.

13. WEFENAN a. WATTS - Psychosurgery, Intelligence, Emotion and Social Behavior Following Prefrontal Lobectomy for Mental Disorders, 1942.
14. GRISINGER - Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 1848, 4. Aufl. Braunschweig, 1876.
15. JAHREIS - Das hypochondrische Denken. Archiv für Psychiatrie, Bd. 92.
16. KRAEPPELIN - Psychiatrie 2 Aufl. Leipzig, Abel, 1887.
17. MEYNER - Psychiatrie Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns, Hälste 1884.
18. MOREL - Traité des maladies mentales 1860.
19. OPPENHEIM - Zur Pathologie der Grosshirngeschwülste. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 31, 22.
20. PICK - Über Störungen die Orientierung an eigenen Körper. Arbeiten aus der deutschen psychiatrischen Konferenz. Berlin 1925.
21. PÖTZEL - Über Herderscheinungen bei Läsion des linken unteren Scheitellappens. Med. Klinik. Bd. 19, S 7, 1923.
22. SCHILDER - Hypochondrie, Mschr. Psychiatr. 56.
23. SCHILDER - Das Körperschema, Berlin 1925.
24. SCHILDER - Psychogene Parästhesien. Deutsch. Z. Nervenheilk. 64.
25. SCHILDER - Selbstbewusstsein und Persönlichkeit Berlin, 1914.
26. SCHWAB - Cirkumscripte Hypochondrien, Mschr. Psychiatr. 72.

СОМАТО-ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ПРИ СЕНЕСТОПАТИЧЕСКИ- ИПОХОНДРИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

ТАБЛ. №1

		Группы больных			Итого	
		экзогенная	экзогенно-психогенная	психогенная	человек	% %
		37	6	7	50	100
		ч	е	л	о	б
		е	с	к		
Локализация тягостных ощущений						
1	Диффузные	26	2	2	30	60
2	Сердце	7	2	3	12	24
	в т.ч. приступы ^{Типа} Angina pectoris	6	1	2	9	18
3	Желудочно-кишечный тракт	2	2	2	6	12
	в т.ч. Желудочно-кишечные кризы	2	2	—	4	8
4	Лицо	1	—	—	1	2
5	Руки	1	—	—	1	2
Habitus						
1	Нупитанность	24	3	3	30	60
2	Ожирение	1	—	—	1	2
3	Истощение	7	1	3	11	22
4	Кахексия	5	2	1	8	16
Частота пульса						
1	Брадикардия	—	1	—	1	2
2	Умеренная тахикардия /80-90 в 1'	7	—	2	9	18
3	Значительная — /90-120 в 1'	30	5	5	40	80
Кровяное давление в мм Hg						
1	Гипотония /max до 100 мм/	7	2	4	13	26
2	Нормальное	7	1	2	10	20
3	Умеренно-повышенное /max 20-40 мм/	17	3	1	21	42
4	Значительно — /max 40-100 мм/	6	—	—	6	12

Температура тела

		Группы больных			Итого	
		экзогенная	экзогенно-психогенная	психогенная	человек	% %
		37	6	7	50	100
		человек				
1	Нормальная	30	4	4	38	76
2	Гипотермия до 36°	2	1	1	4	8
3	Субфебрилитет	1	—	—	1	2
4	Приступы гипертермии	4	1	2	7	14

сон

1	Нормальный	2	—	—	2	4
2	Недостаточный	4	2	2	8	16
3	Стойкая бессонница	27	4	5	36	72
4	Агнозия сна	4	—	—	4	8

Аппетит

1	Нормальный	1	—	—	1	2
2	Пониженный	5	3	4	12	24
3	Анорексия	19	2	2	23	46
4	Булимия	7	—	—	7	14
5	Булимия с акорией	2	—	—	2	4
6	Анорексия → булимия	3	1	1	5	10

Ликвор

		Группы больных			Итого	
		экзогенная	экзогенно-психогенная	психогенная	человек	% %
		37	6	7	50	100
		Человек				
1	N	22	6	7	35	70
2	Повышение белка до 0,5 %	8	—	—	8	16
3	Повышение белка до 0,9 %; реакция Ланге, Зудец	7	—	—	7	14

Диурез

1	HD < DD	1	—	7	8	16
2	HD > DD никтурия	29	4	—	33	66
3	HD = DD	7	2	—	9	18

Потовая реакция

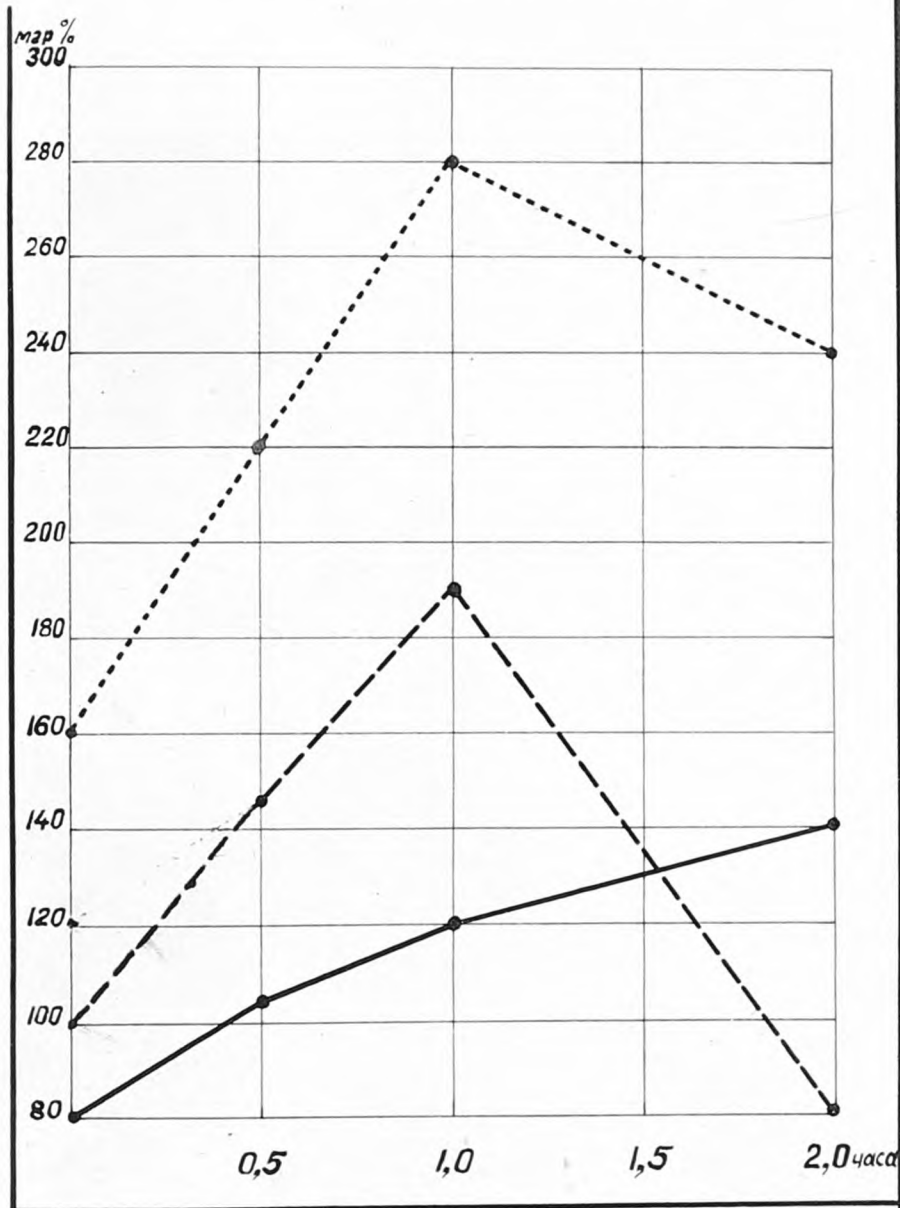
1	Положительная (появление пота)	—	—	6	6	12
2	Отрицательная (отсутствие пота)	37	6	—	43	86
3	Сомнительная	—	—	1	1	2

Вестибулярная реакция

1	Выраженная (2-3 вегетативно-моторная)	27	4	3	34	68
2	Резкая (с психовестибулярными расстройствами)	10	2	4	16	32

Сахарная кривая

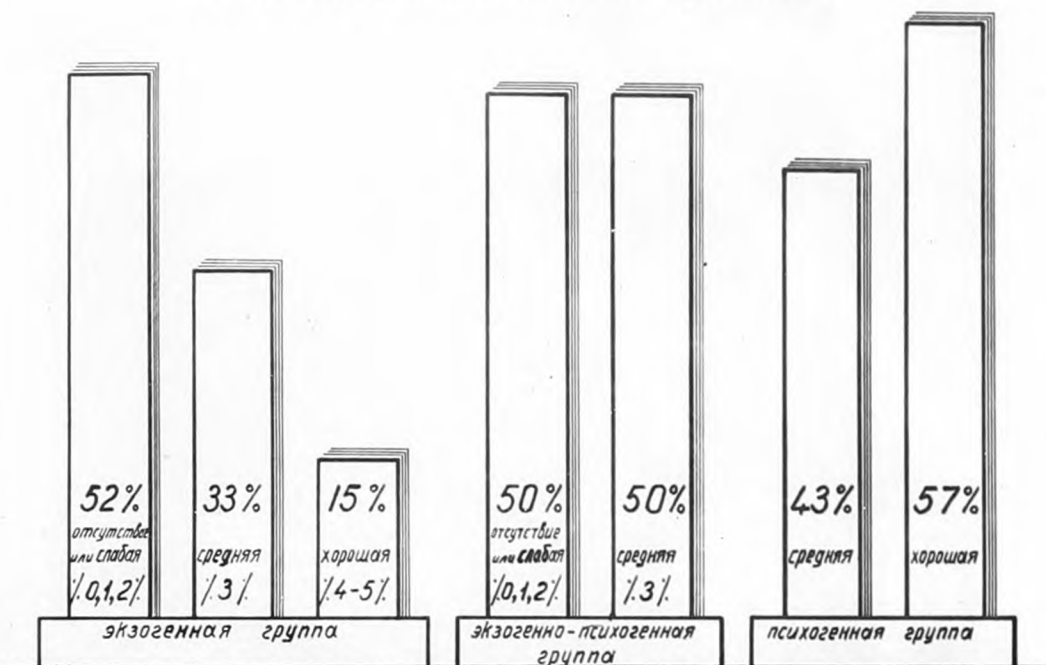
Больных с сенестопатически-
ипохондрическим синдромом.
%.с нагрузкой 50 грамм глюкозы/.



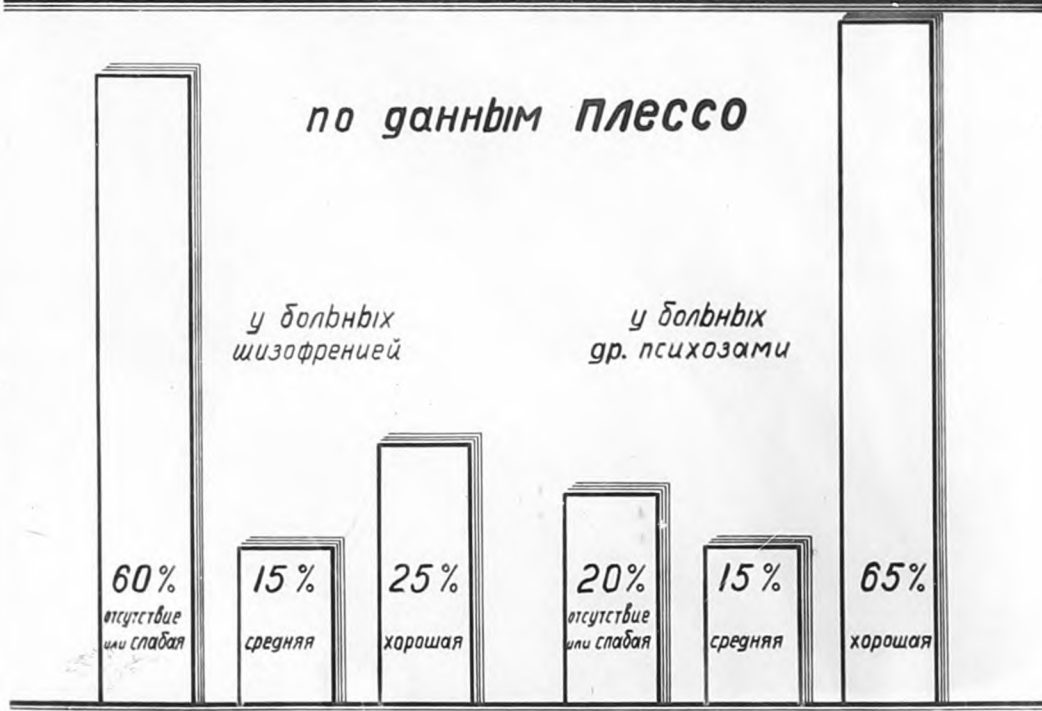
- норма.
- диабетическая.
- больных с сенестопатически-ипохондрическим синдромом.

ЭРИТЕМНАЯ РЕАКЦИЯ

у больных с сенестопатическо-
ипохондрическим синдромом



по данным Плессо



ТИПЫ САХАРНЫХ КРИВЫХ

Табл. №5

с нагрузкой 50 гр. глюкозы.
в 23% уровень сахара крови
ниже 80 мг. %

