

Т. А. ЧИЗМЕДЖЯН

## ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СОМАТИЧЕСКИХ ФОРМАХ РЕВМАТИЗМА

Проблема ревматизма является одной из самых актуальных в медицине. Последнее обусловлено сравнительной частотой этого страдания в любом возрасте. Указанное заболевание часто длится долгие годы, время от времени обостряясь в виде атак, и нередко приводит к инвалидности. Проблеме ревматических поражений нервной системы посвящено много ценных работ, являющихся результатом долголетних наблюдений (В. В. Михеев [1], Е. К. Скворцова [3], Н. В. Маньковский [2] и др.). Работы этих авторов указывают на пестроту и многообразие неврологических форм ревматического процесса. Эти же авторы говорят о тесной взаимосвязи соматических и нервных поражений ревматизма.

По вопросу этиологии ревматизма вплоть до нашего времени существуют разногласия. Большинство исследователей как отечественных, так и зарубежных, принимает стрептококковую теорию этиологии ревматизма; последняя клинически и бактериологически была в свое время обоснована Н. Д. Стражеско. Что касается вопросов патогенеза, то у отечественных ученых наибольшее признание получила инфекционно-аллергическая теория патогенеза ревматизма.

М. В. Черноруцкий в патогенезе ревматизма первоначальное значение придает инфекции, считая, что инфекционно-токсические механизмы при ревматизме вызывают нарушения высшей нервной деятельности, последние в свою очередь в процессе заболевания могут привести к расстройству кортико-висцеральных взаимоотношений.

По А. Н. Нестерову ревматизм представляется инфекционно-аллергическим заболеванием с инфекционно-неврогенным патогенезом, причем ведущую роль в развитии и более или менее благоприятном течении болезни играет нарушение деятельности коры больших полушарий.

Не останавливаясь на общей классификации ревматизма, мы ниже приводим классификацию нейро-ревматизма; она наиболее полно представлена в классификации В. В. Михеева (1958), в основе которой лежат клинико-морфологические данные.

1. Сосудистая церебральная форма с ревмо-васкулитами и очаговыми поражениями в нервной ткани, причиной которых могут явиться: а) тромбоз артерий головного мозга, б) тромбоз артерий ствола мозга, в) субарахноидальное кровоизлияние, г) кровоизлияние в вещество мозга, д) эмболия в сосуды головного мозга, е) нейродинамические ревматические инсульты (малые инсульты).

2. Ревматические менинго-энцефалиты: а) малая (ревматическая) хорей и другие гиперкинезы, б) ревматические диэнцефалиты, в) паркинсонизм при ревматическом энцефалите, г) корковые и ствольные ревматические менинго-энцефалиты.

3. Ревматические поражения головного мозга (менингиты, менинго-энцефалиты и васкулиты с кровоизлиянием).

4. Мозговой ревматизм с эпилептиформным синдромом.

5. Церебральный ревматический арахноидит.

6. Острые и затяжные ревматические психозы.

7. Неврологические микросимптомы и невротические состояния при ревматизме.

8. Ревматические энцефаломиелиты.

9. Ревматический менингомиелит.

10. Спинальный ревматический арахноидит.

11. Ревматические невриты и полирадикулиты.

Среди разнообразных форм нейроревматизма особое место занимает форма так называемая неврологических микросимптомов и невротического состояния. Эта форма встречается у больных с соматическими формами ревматизма при их тщательном и неоднократном обследовании.

В настоящем сообщении мы приводим данные наших исследований нервной системы у больных, бывших под нашим наблюдением с соматическими формами ревматизма, преимущественно с сердечно-суставной формой в активной фазе. В преобладающем большинстве случаев у наших больных имела место повторная ревматическая атака. Больные подвергались детальному обследованию клиническими и аппаратурными методами исследования. Из 32 больных, бывших под нашим наблюдением, женщин было 16, мужчин—16. Работников умственного труда было 17, физического труда 15; возраст больных колебался от 15 до 20 лет у 11 человек, от 20 до 40 лет—у 17 человек, свыше 40 лет—у 4 больных. Ревматическая инфекция поражала одинаково часто мужской и женский пол. По характеру труда примерно в равной степени страдали как представители умственного, так и физического труда. Больных в возрасте до 40 лет было значительно больше (28 человек), чем в возрасте выше 40 лет (4 чел).

У больных, бывших под нашим наблюдением, на фоне сердечных и суставных проявлений ревматизма имелись изменения и со стороны нервной системы. Последние проявлялись в виде преходящих непостоянных микросимптомов в неврологическом и психическом статусах.

Со стороны психики имелись нарушения в основном в эмоциональной сфере. Неврологически—это непостоянные изменения со стороны черепномозговых нервов, как-то: анизокория, асимметрия носогубных складок, неравномерность сухожильных рефлексов с некоторым их снижением или наоборот—повышением с расширением рефлекторных зон; указанные симптомы носили непостоянный и изменчивый характер, по мере затихания ревматической инфекции (атаки) они сглаживались. У преобладающего большинства больных, бывших под нашим наблюде-

нием, отмечался общий гипергидроз, стойкий красный дермографизм, асимметрия кожной температуры, асимметрия артериального давления. Описанные симптомы связываются с поражением подбугровой области. С наступлением периода клинической ремиссии вышеописанные симптомы исчезают, в некоторых же случаях они продолжают оставаться и в стадии ремиссии.

На фоне вышеописанных симптомов у наших больных наблюдались признаки невротического состояния; у них отмечалась раздражительная слабость, истощаемость; они отличались повышенной утомляемостью при физической и умственной работе, пониженным вниманием, нетерпеливостью, несдержанностью, эмоциональной лабильностью. Сон у больных бывал поверхностным, прерывистым без ощущения бодрости после сна, иногда же страдали бессонницей. Описанные неврастенические симптомы наблюдались в основном у лиц, которые до заболевания ревматизмом не болели неврастением. Только в незначительном числе случаев функциональные нарушения высшей нервной деятельности имели место и до заболевания ревматизмом.

У большинства больных, бывших под нашим наблюдением, неврастенический синдром был выражен в периоде очередной атаки ревматизма; по мере излечения основного заболевания невротические явления стихали; в очень ограниченном количестве случаев они оставались на более длительный срок, что связывалось с окружающими неблагоприятными условиями (неудачно сложившаяся семейная и бытовая жизнь, потеря близких и т. д.).

У наших больных мы изучали функциональное состояние коры головного мозга методом хронаксиметрии в начале поступления в клинику и после принятого антиревматического лечения. Исследовалась оптическая хронаксия по общепринятой методике. Сначала определялась реобаза, а затем хронаксия; индифферентный электрод укреплялся к руке больного, дифферентный укреплялся в височной области (у наружного угла глазницы); предварительно оба электрода смачивались физиологическим раствором.

По принятым нормам оптическая хронаксия у здорового человека равняется 2 мсек. У преобладающего большинства больных оптическая хронаксия до лечения колебалась в пределах от 3 до 10 мсек. Таким образом, результаты исследования оптической хронаксии у больных с острым ревматизмом показали понижение возбудимости коры больших полушарий. По мере улучшения состояния больного возбудимость нормализовывалась или приближалась к нормальным цифрам.

В небольшом количестве случаев (у трех больных) возбудимость коры оставалась пониженной и после выписки больного из стационара. Эти больные чаще всего имели функциональные расстройства высшей нервной деятельности и до заболевания ревматизмом. По данным ряда авторов, имеющиеся изменения высшей нервной деятельности при ревматизме не специфичны, они могут встречаться и при других заболеваниях.

Лечение больных с нейроревматическим поражением мы тесно

связывали с лечением основного заболевания. С этой целью нами применялись салициловый натрий, пирамидон, бутадион в большинстве случаев с адренокортикотропным гормоном (последний применялся как ослабляющий воспалительную реакцию); одновременно применялось витаминное лечение (витамин В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, С) и седативное (препараты брома). Профилактика нейроревматических поражений сводится к предупреждению развития эндокардитов и повторных ревматических атак.

Наши наблюдения в клинике в отношении больных с соматическими формами ревматизма позволили прийти к некоторым предварительным выводам.

### В ы в о д ы

1. Поражение нервной системы при соматических формах ревматизма встречается довольно часто. Подобные больные подлежат детальному обследованию как со стороны терапевта, так и невропатолога с целью своевременного диагностирования и лечения болезни.

2. Характерной особенностью невротических симптомов при соматических формах ревматизма является их изменчивость и непостоянство.

3. В основе невротических состояний при указанных формах ревматизма лежат не только изменения соматики, но, по-видимому, и изменения сосудов головного мозга.

Институт кардиологии и сердечной  
хирургии АН АрмССР

Поступило 21.V 1962 г.

Տ. Ա. ԶԻԶՄԵԶՅԱՆ

### ՆԵՐՎԱՅԻՆ ՍԻՍՏԵՄԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՌԵՎՄԱՏԻԶՄԻ ՍՈՄԱՏԻԿ ԶԵՎԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Ներոռևմատիզմի զանազան ձևերի շարքում հատուկ տեղ են գրավում նյարդային միկրոսիմպտոմները և ներոտիկ դրությունը, որոնք հանդիպում են ոռևմատիզմի սոմատիկ ձևով տառապող հիվանդների մոտ և հայտնաբերվում են մանրակրկիտ ուսումնասիրման դեպքում:

Տվյալ աշխատության մեջ բերված են ոռևմատիզմի սոմատիկ ձևերով տառապող հիվանդների մոտ ներվային սիստեմի հետազոտությունների վերաբերյալ մեր դիտումները:

Հիվանդները հետազոտման են ենթարկվել կլինիկական և գործիքային քննության մեթոդներով: Ռևմատիզմի սրտային և հոգային երևույթների ֆոնի վրա առկա են ներվային սիստեմի փոփոխություններ, որոնք արտահայտվում են ներոլոգիկ ու հոգեկան ստատուսի կողմից ոչ կայուն փոփոխական միկրոսիմպտոմներով:

Մեր դիտումների հիման վրա հանգել ենք հետևյալ եզրակացության:

1. Ռևմատիզմի սոմատիկ ձևերով տառապող հիվանդների մոտ ներվային

սխտեմի ախտահարումը այնքան էլ հազվագեղ երևույթ չէ: Այդպիսի հիվանդները, ամբողջ օրգանիզմի ռևմատիկ ախտահարման բոլոր ձևերի ախտահարումը ժամանակին դիագնոզելու և բուժելու նպատակներով, անպայմանորեն պետք է մանրակրկիտ քննության ենթարկվեն ինչպես թերապևտի, նմանապես և ներոպաթոլոգի կողմից:

2. Ռևմատիզմի սոմատիկ ձևերի ներոտիկ սիմպտոմներին բնորոշ են նրանց անկայունությունը և փոփոխականությունը:

3. Ռևմատիզմի տվյալ ձևերի ներոտիկ վիճակի հիմքում ընկած են ոչ միայն սոմատիկ փոփոխությունները, այլև փոփոխություններ գանգուղեղի անոթների կողմից:

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Михеев В. В. Нейроревматизм. 1960.
2. Маньковский Н. Б. Вопросы этиологии и патогенеза церебрального ревматизма. В кн. Вопросы клинической невропатологии и психиатрии. Вып. II.
3. Скворцова Е. К. Нейро-психические нарушения при ревматизме. М., 1958.
4. Зборовский А. Б. К клинике и патогенезу гипоталамич. нарушений у больных ревматизмом. Тезисы докладов Всесоюз. ревматологич. конференции. М., 1961.