

УДК 616.89:619.9

А. Б. Вартамян

К КЛИНИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ТЕЧЕНИЯ
РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ
ИНФЕКЦИОННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Резидуально-органические психозы инфекционной этиологии различными клиницистами частично были описаны под названиями: «экзогенная шизофрения» [8, 9], «симптоматическая шизофрения» [10], «шизофрения как психическая реакция шизоидных личностей» [1], «шизофреническая форма реакции» [7]. Эти психозы, возникающие спустя много лет после перенесения больными экзогенно-органических изменений головного мозга различной (в том числе инфекционной) этиологии и проявляющиеся в форме «следовых явлений типа органических изменений мозга» [2—4], назывались «органически отставленные аффективные психозы с короткими приступами» [5], «органически отставленные органические типы реакции» [7, 11—13] или же «органически обусловленные экзогенные типы реакции» [10]. При этом разные авторы под вышеуказанными названиями подразумевали совершенно разные, порой даже взаимоисключающие и диаметрально противоположные понятия. Кроме того, в приведенных выше органических психозах недостаточно были изучены вопросы синдрома кинеза и структуры, что и привело к расширению или сужению границ этих психозов за счет сужения границ эндогенных психозов или отнесения части этих психозов к шизофрении [14].

Целью работы было изучение структуры и закономерностей течения указанных психозов, и выяснение их отличия от внешне сходных психозов эндогенной природы.

Диагностика этих психозов, возникающих в остром или отдаленном периоде травматической болезни или различных интоксикаций, не представляет больших трудностей, гораздо труднее диагностика аналогичных психозов, возникающих спустя много лет после перенесения больными различных инфекционных заболеваний и связанных с ними экзогенно-органических изменений головного мозга, особенно при эндоформном течении этих психозов.

С целью изучения вышеуказанных вопросов нами обследовано 200 больных, страдающих рецидивирующими формами резидуально-органических психозов инфекционной природы. Из обследованных больных 79 чел. перенесли экзогенные психозы гриппозной этиологии, 37—ревматической, 23—туберкулезной, 33—бруцеллезной, 17—малярийной и 11—неуточненной инфекционной этиологии. Психоти-

ческие приступы резидуально-органической природы обычно возникали спустя 5 (32 чел.)—25 (168 чел.) лет после перенесения больными инфекционных заболеваний. Органическая природа возникших психозов была подтверждена не только клинико-психопатологическими, но и электроэнцефалографическими, эхоэнцефалографическими, реоэнцефалографическими, пневмоэнцефалографическими, рентгенокраниографическими исследованиями и исследованиями глазного дна. К моменту катamnестического исследования больные находились в 55—75-летнем возрасте и в течение последних 30 лет перенесли от 3 (101 чел.) до 4—21 (99 чел.) психотических приступов.

Психотические состояния у этих больных протекали в форме экзогенных типов реакции, а также экзогенно провоцированных или аутохтонно возникающих резидуально-органических психозов. Экзогенные типы реакции, наблюдаемые после повторных инфекций различной природы, обычно возникали на фоне невротических (неврозоподобных или психопатоподобных) расстройств, а также очаговых или рассеянных неврологических симптомов резидуально-органической природы и протекали в форме оглушенного, делириозного, онейроидного, аментивного, сумеречного помрачения сознания, острого галлюциноза или эпилептиформного возбуждения. В отличие от аналогичных экзогенных психозов, возникающих у лиц, не страдающих резидуально-органической патологией головного мозга, при изучаемых психозах вышеуказанные формы обычно наблюдались в период обострения невротических расстройств органической природы; переходили друг в друга даже в рамках одного психотического приступа (т. е. носили смешанный характер) и характеризовались оглушенно-делириозным, делириозно-аментивным, делириозно-онейроидным, делириозно-галлюцинаторным или онейроидно-галлюцинаторным течением; нередко прерывались судорожными припадками или эпилептиформным возбуждением; часто переходили в экзогенно провоцируемые формы резидуально-органических острых или затяжных психозов и имели литическое окончание—после прояснения сознания протекали резидуальным бредом или длительным астеническим состоянием. Экзогенно-провоцируемые формы резидуально-органических психозов первоначально протекали в форме вышеуказанных смешанных картин экзогенных психозов, а затем переходили в депрессивные или маниакальные состояния, протекающие с делириозными, оглушенными, сумеречными, ступорозными, параноидными включениями. Эта разновидность изучаемых психозов нередко протекала в форме апатического ступора, галлюцинаторно-параноидных, парафренических состояний, остро возникающего синдрома психического автоматизма, транзиторного Корсаковского синдрома или конфабулеза.

При аутохтонно возникающих резидуально-органических психозах психотические состояния возникали без участия в их генезе непосредственно действующих на организм внешних вредных факторов и протекали в форме аффективных (маниакальных или депрессивных), аффективно-галлюцинаторных (гипоманиакально-галлюцинаторных или субдепрессивно-галлюцинаторных) и аффективно-бредовых (гипоманиакально-бредовых или депрессивно-параноидных) со-

стояний, которые также временами прерывались вышеуказанными различными формами помрачения сознания. В структуре этих аутохтонно возникающих резидуально-органических психотических приступов нередко выявлялись также слуховые и зрительные псевдогаллюцинации, бредовые идеи воздействия, отдельные проявления синдрома психического автоматизма, придавая клинической картине эндоформное течение. По типу течения описанные нами спонтанно возникающие психозы, как правило приводили к развитию парциальной органической деменции или выраженного органического психосиндрома.

Психотические приступы резидуально-органической природы в связи с их специфическим течением и особенностями синдромотаксиса (синдромокинеза) качественно отличаются от других, внешне сходных психозов эндогенной и экзогенной (но не резидуально-органической) природы. В первоначальных приступах они обычно протекают в форме экзоформных психозов, однако по мере учащения психотических приступов включают в себя и некоторые наиболее характерные для эндогенных психозов (шизофрении и циклофрении) синдромы, такие как: различные псевдогаллюцинаторные явления, бред воздействия, отдельные проявления синдрома Кандинского—Клерамбо, маниакальные или депрессивные явления. В этот период психотические приступы принимают эндоформное течение. Со временем проявления признаков парциальной органической деменции или психоорганического синдрома постепенно исчезают вышеуказанные шизофреноподобные и циклофреноподобные картины, и в дальнейшем (в экзоформно-дементном периоде болезни) психотические приступы снова протекают в форме типичных экзогенных типов реакции.

Вышеуказанный стереотип развития синдромов и этапов течения болезни достаточно патогномоничен для резидуально-органических психозов и может служить основой при дифференциальной диагностике изучаемых психозов от эндогенных.

Кафедра психиатрии
Ереванского ИУВ

Поступила 8/VI 1989 г.

Ա. Բ. Վարդանյան

ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ԲՆՈՒՑԹԻ ՄՆԱՅՈՐԴԱՅԻՆ-ՕՐԳԱՆԱԿԱՆ ՊՍԻԽՈՋՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐԶ

Հենվելով 200 հիվանդների մոտ նկատվող օրգանական բնույթի պսիխոզների մանրազնին կլինիկական-կատամնեստիկ հետազոտությունների տրվյալների վրա նկարագրվում են տարբեր ինֆեկցիոն հիվանդություններից առաջացած գլխուղեղի օրգանական ախտահարման ժամանակ նկատվող էկզոգեն տիպի հոգեախտաբանական ռեակցիաները, էկզոգեն ախտածին ազդակներով պայմանավորված էկզոգեն-օրգանական և սպոնտան ձևով առտահայտվող մնացորդային-օրգանական պսիխոզների կառուցվածքը, ընթացքը և տարբերակիչ ախտորոշման առանձնահատկությունները:

About Clinical Peculiarities of Residual-Organic Psychosis of Infectious Genesis

On the basis of detailed clinical and follow-up analysis of post-infectious residual-organic psychosis in 200 patients, questions of the structure, process and differential-diagnostical peculiarities are described. These psychoses, which are observed in patients with organic brain damage resulted in different infectious illnesses, may occur either as exogenous psychopathological reaction, or in exogenous-organic or spontaneous forms.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснушкин Е. К. Совр. проблемы шизофрении. М.—Л., 1933, с. 64.
2. Розенберг А. З. Сб. трудов Ставропольского мед. института, т. 3. Ставрополь, 1949, с. 196.
3. Розенберг А. З. Журн. невропатологии и психиатрии, 1952, 10, с. 34.
4. Розенберг А. З. В кн.: Вопросы психиатрии и невропатологии. Л., 1958, с. 5.
5. Хейливицкий Т. Я. В кн.: Актуальные проблемы психоневрологии детского возраста, М., 1973, с. 26.
6. Bumke O. Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden, Bergmann, 1919, 657.
7. Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten.—München, 1924, 1176.
8. Kahn E. Ltschr. Neurol. Psychiatr., 1921, 66, 273.
9. Kahn E. Die Psychopathische Persönlichkeit. New Haven, Press, 1931, 521.
10. Krisch H. Die organischen eischlich der exogenen Reaktionstypen. Berlin; Kargen, 1930, 146.
11. Stertz G. Typus und Nervensystem. Berlin, 1917, 104.
12. Stertz G.—M. Lewandowski: (Hrsg.). Handbuch der Neurol. 194, 81.
13. Stertz G. Die ekogenen Beaktionsformen und die organischen Psychosen (Einleitung) // O. Bumke. Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin, 1929, 7, 1.
14. Williams. Die Schizophrenie. Ltschr. Neurol. Psychiatr., 1922, 78, s. 117.

УДК 616.155.2:616.127—005.8—036.7

К. Г. Адамян, И. А. Геворкян, С. Э. Акопов, Л. А. Мкртчян

ВЛИЯНИЕ СТРЕПТОДЕКАЗЫ НА ТРОМБОЦИТАРНО-СОСУДИСТЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

В современном комплексе патогенетического лечения острого инфаркта миокарда (ОИМ) важное значение имеет тромболитическая терапия (ТЛТ). Однако достаточно высокий процент реокклюзий и реинфарктов остается нежелательным осложнением ТЛТ [9, 15]. Известно, что в основе процесса артериального тромбогенеза лежит нарушение тромбоцитарно-сосудистого гемостаза, в частности гипер-агрегация тромбоцитов (ТЦ). Изучение функционального состояния ТЦ обычно проводится в богатой ТЦ плазме (БТП), что не позволяет оценить поведение ТЦ в реальных условиях, то есть в цельной крови. В отличие от БТП в цельной крови агрегация обусловлена сложным взаимодействием с другими клетками [2, 3].

Настоящая работа посвящена изучению функционального состояния ТЦ в цельной крови и влияния на нее ТЛТ у больных ОИМ.

Обследовано 35 больных ОИМ в возрасте от 35 до 60 лет (29 мужчин и 6 женщин), поступивших на стационарное лечение в пер-