

Патогенез деяких соматогеній у світлі вчення І. П. Павлова про вищу нервову діяльність

Є. В. Маслов

В цій статті ми зробимо спробу хоч би частково висвітлити питання про дезорганізуючий вплив порушень внутрішнього середовища (патології внутрішніх органів) на коркові процеси, на процеси вищої нервової діяльності, тобто на психічні процеси.

Згідно з вченням І. П. Павлова, кора головного мозку постійно одержує сигнали не тільки із зовнішнього середовища через органи почуттів, а й з внутрішніх органів. Про фізіологічну природу цих імпульсів із внутрішніх органів геніальну здогадку висловив ще І. М. Сеченов у своїх «Рефлексах головного мозку». Говорячи про непевні і темні відчуття, зв'язані з процесами, які виникають у внутрішніх органах, І. М. Сеченов вважав, що саме ці відчуття лежать в основі так званих підсвідомих психічних процесів. Слід відзначити, що можливість сигналізації з внутрішніх органів у кору мозку багатьма психологами і фізіологами довго заперечувалася. Відповідаючи цим скептикам, І. П. Павлов у статті «Відповідь фізіолога психологам» писав: «...вважаю більш ніж імовірним існування їх (сигналів.— Є. М.) навіть для всіх тканин, не говорячи про окремі органи. На мою думку, весь організм з усіма його складовими частинами може давати себе відчутти великим півкулям» (І. П. Павлов, Полное собрание трудов, т. III, 1949, стор. 430).

Продовжуючи творчо розвивати ідею І. П. Павлова, К. М. Биков численними дослідженнями показав, що кора головного мозку і внутрішні органи мають постійний зв'язок і взаємодію і що в кору головного мозку з внутрішніх органів надходять різноманітні імпульси, які, поєднуючись з подразненнями, що надходять в кору мозку через органи почуттів із зовнішнього середовища, перетворюються в той психічний стан, який ми усвідомлюємо як добре або погане самопочуття. В інших випадках імпульси, які виходять з патологічно змінених органів, викликають дезорганізацію вищої нервової діяльності (психіки), що проявляється у вигляді неврозів і психозів.

На підставі цих досліджень точно встановлено, що різноманітні подразнення, сприйняті інтерорецепторами, закладеними у внутрішніх органах, судинах, м'язах, залозах тощо, трансформуються в корі мозку в різні відчуття, які при певному характері цих подразнень і стані психіки можуть перетворитись у хворобливі симптоми, що носять назву іпохондричних скарг, а через деякий час набути характеру іпохондричного маячення. Крім того, подразнення, що виходять з внутрішніх органів, поєднуючись з різноманітними зовнішніми впливами, можуть послужити базою для утворення патологічних умовних рефлексів інтерорецептивного характеру. Інакше кажучи, подразнення з внутрішніх органів можуть відновити або спричинити дезорганізацію вищої нервової

діяльності, що раніше була зумовлена зовнішніми подразненнями, з якими інтерорецептивні подразники зв'язались за механізмом умовного рефлексу.

Все сказане вище має дуже близьке відношення до медицини і, зокрема, до психіатрії. В радянській психіатрії питанням раціональної патогенетичної терапії психозів з обов'язковим урахуванням цілісності організму присвячені багаторічні і глибокі дослідження В. П. Протопопова. Водночас слід відзначити, що питанням соматогеній радянської психіатрією також приділено велику увагу, особливо школою В. А. Гіляровського.

Соматогенії, становлячи порушення психіки, що настають під впливом патології внутрішніх органів, можуть мати різноманітний клінічний прояв. В одних випадках їх психопатологічна картина полягає в різних невротичних і психопатичних проявах, а в інших випадках вони проявляються у вигляді психозів, які прийнято називати симптоматичними психозами.

Протягом 1951 р. ми дослідили 25 хворих з різними формами соматогеній, які клінічно проходили переважно під виглядом неврозів і психопатій. Наведемо короткі витяги з історій хвороби деяких хворих.

1. Хворий Т., 50 років, технік-будівельник. Поступив у психіатричну клініку з діагнозом шизофренія.

Спадковість не обтяжена. Ріс і розвивався нормально, в дитячі роки нічим не хворів. У 30-річному віці переніс гонорею. Не курить, алкогольні напої вживає у помірній кількості.

З 1941 по 1945 р. був у діючій армії. В 1943 р. був контужений і втратив притомність на дві години.

Жонатий, має двох дорослих здорових дітей. Хворим себе не вважає, заявляє, що в лікарню його помістили після скандалу з дружиною, яка його систематично зраджує.

За словами дружини, жінки тихої, скромної, вона живе з чоловіком понад 20 років і протягом усього цього часу у них були добрі взаємовідношення. Чоловік завжди був спокійний, стриманий, уважний. У червні 1960 р. без видимих причин в нього з'явилися хворобливі ревності, що останнім часом набули небезпечного характеру. Скрізь він підстерігав її, підглядав, після повернення дружини з роботи завжди її допитував і вимагав зізнатися в зраді. Часто бив дружину, знущався, водив на експертизу, щоб довести її зраду.

Клінічне дослідження показало, що хворий середнього зросту, правильної будови, ніяких ознак виснаження не помітно. Видимі слизові рожевого кольору, язик вологий, обличчя гіперемійоване. Спостерігаються надмірні відкладення жиру на животі, грудях і спині. Легені без патологічних змін. Серце розширено в поперечнику. Судинний пучок розширений, тони серця приглушені, акцентуація другого тону на аорті. Кров'яний тиск 170/100 мм рт. ст. Діяльність серця ритмічна, пульс 68 ударів на хвилину. За висновком консультанта-терапевта (М. Ф. Ковальова), у хворого є кардіосклероз, склероз аорти, гіпертонія, стенокардія.

Нервова система: різко виражений міоз з доброю реакцією зіниць на світло, конвергенцію й акомодацию. Координація рухів не порушена. Сухожилльні рефлекси з кінцівок жваві, рівномірні; патологічних рефлексів нема. Дослідження крові і спинномозкової рідини на РВ дало негативний результат. Зіниці звужені, тензія очних яблук пальпаторно підвищена, судини очного дна виявляють перегин через край сосків. Діагноз — звичайна глаукома обох очей.

Психіка: добре орієнтований у місці, часі і навколишній обстановці, але усвідомлення хвороби нема. Себе вважає цілком здоровим. Перебіг уявлень прискорений, настрої підвищені, висловлює безглузді маячні ідеї ревностей. Поведінка в лікарні правильна. Щодня наполегливо вимагає, щоб його з лікарні виписали. Дізнавшись, що в нього виявлено артеріосклероз і гіпертонію, став ще наполегливіше вимагати виписки з психіатричної лікарні і переведення в соматичну лікарню, причому давав у листовній формі обіцянку дома більше з дружиною «не скандалити».

У хворого була проведена терапія сном у поєднанні з ін'єкціями біохінолю і лікуванням сальсоліном. В кінці перебування в клініці став спокійнішим і стриманим при побаченнях з дружиною. Був виписаний під нагляд невропсихіатричного диспансеру.

Хворий повернувся на свою попередню роботу. Через півроку він почував себе добре. Повідомив, що з дружиною він все ж розлучився.

Аналіз цього захворювання показує таке: у 50-річного чоловіка, перед тим цілком здорового, раптом з'явилося і почало інтенсивно розвиватися маячення ревнощів і шлюбної зради, яке дуже нагадувало маячення ревнощів, що спостерігається в алкоголіків, хоч алкоголізму у нашого хворого виявлено не було. В той же час жвавість і яскравість емоцій з деякою переоцінкою власної особи, повне збереження працездатності і прагнення до трудової діяльності, поєднані з безглуздим маяченням без галюцинацій, дуже нагадують картину паранойї. Проте збереження особи і згасання через рік маячних ідей свідчать не про паранойю як таку, а скоріше про паранойяльний синдром соматогенного походження. Наявність вираженої гіпертонії та артеріосклерозу в поєднанні з зміною особи вікового характеру з'явилися, на нашу думку, тією патофізіологічною основою, яка в даному випадку послужила причиною розвитку паранойяльного маячення.

Це повністю підтверджується вченням І. П. Павлова про етіологію і патогенез паранойї. В етіології і патогенезі паранойї І. П. Павлов підкреслював значення перенапруження подразнювального процесу і сутички подразнювального і гальмівного процесів, а також можливість ненормального розвитку або тимчасового порушення інстинктивної діяльності. З повсякденних спостережень добре відомо, що в період інволюції у деяких людей може розвинути порушення інстинктивної діяльності у вигляді порушення статевого інстинкту й інстинкту самозбереження. Звідси виникають тривога, туга, неспокій, очікування чогось страшного.

Як відомо, в основі паранойяльного маячення, за Павловим, лежать три патофізіологічних явища — ізольованість функціонально патологічних пунктів кори мозку, явища патологічної інертності подразнювального процесу й ультрапарадоксальна фаза.

У нашого хворого під впливом описаних вище причин (загострення сексуального інстинкту інволюційного походження і судинні розлади) потік подразнюючих імпульсів, що невинно надходять у кору мозку, дедалі різкіше розвивав в останній явища патологічної інертності подразнювального процесу. Навколо цього вогнища збудження, за законом генералізації (І. П. Павлов), за принципом домінант (О. О. Ухтомський), концентрувались усі подібні та споріднені подразнення і водночас, за законом негативної індукції, від цього вогнища відштовхувались усі сприйняття й уявлення, чужі патологічному інертному подразнювальному процесу в корі мозку. Отже, маячення у цього хворого не є специфічного, токсичного характеру, як це буває при алкогольному паранойї. Розвиток паранойяльного маячення у хворого Т., очевидно, є наслідком описаних вище соматичних змін інволюційного характеру і вторинної гіпертонії.

2. Хвора М., 30 років, домашня господарка. Кілька разів була на консультації з приводу приступів «істерії». При обслідуванні виявилось, що під впливом незначних неприємних переживань у хворі бувають бурхливі приступи дисфорії, під час яких вона падає на підлогу, б'ється руками, ногами і головою об підлогу, кричить, лається, буває агресивна тощо. Такий стан триває близько півгодини, іноді більше, після чого хвора, знесилена, лягає в ліжку і після «каяття» засинає.

Старанне обслідування не виявило органічної патології центральної нервової системи. Відзначено тільки підвищення сухожильних рефлексів і вазомоторної збудливості. Поза приступами хвора спокійна, ввічлива, товариська. З неприємним почуттям розповідає про свої вчинки під час приступів, причину яких пояснити не може.

Як виявилось, у хворі відзначається тривала субфебрильна температура, часто бувають ангіни, є гепатит, бувають часто шлунково-кишкові розлади. В крові — підвищений лімфоцитоз. Болючість в ділянці апендиксу.

Зроблена хворій під час судорожного приступу спинномозкова пункція відразу ж припинила приступ і привела до різкого покращання загального стану (рідина витікала струменем!). Проведене лікування пеніциліном, глюкозою і сном супроводжувалось різким покращанням стану хворої і ослабленням істеричних приступів.

На нашу думку, приступи бешкетування, що траплялись у хворої, можна пояснити «буйством підкорки» (І. П. Павлов), яке проходить майже при повному виключенні притомності і нагадує епілептичний параморочний стан. Слід гадати, що в даному випадку імпульси токсико-інфекційного походження, надходячи з внутрішніх органів у кору мозку, рефлекторним і гуморальним шляхом викликали в ній явища позамежного гальмування. Звідси — виключення другої сигнальної системи з втратою притомності. Водночас за механізмом позитивної індукції ці імпульси викликали різке збудження підкоркових механізмів.

Соматогенія, що проявлялась у вигляді істероїдних випадків, в цьому випадку особливо виражена і ясна, оскільки з ліквідацією соматичних розладів, які розвинулись на ґрунті прихованої інфекції, припинились і невротичні розлади, що проявлялись в істеричних випадках.

Інших прикладів соматичного розвитку різних неврозів і психопатоподібних синдромів ми наводити не будемо, оскільки механізм їх утворення приблизно такий самий, як і в описаних випадках.

Наприкінці цього повідомлення треба сказати, що ми зробили спробу висвітлити на основі вчення І. П. Павлова та його школи про патофізіологію вищої нервової діяльності патогенез деяких соматогеній. З наведених історій хвороби, а також з великої кількості історій хвороби, які ми тут за браком місця не могли викласти, видно, наскільки різноманітна клінічна картина цих захворювань, які можуть давати різні психопатологічні дані. В одних випадках вони дають картину гострих або затяжних психозів, в інших — різні неврозоподібні стани і, нарешті, в ряді випадків демонструють патологічні зміни, що за своїм характером нагадують психопатію.

Їх причиною можуть бути різні патологічні зміни внутрішніх органів, точніше кажучи, порушення внутрішнього середовища організму. В зв'язку з великою подібністю з невротичними станами психогенного характеру і з «ендогенними» психозами, ці захворювання можуть іноді повести до неправильної діагностики, а звідси — до призначення неправильного лікування.

Патогенез соматогеній, як ми прагнули показати, буває дуже складний, і тільки глибоке вивчення вказівок І. П. Павлова про кортико-вісцеральні взаємовідношення може допомогти викрити патофізіологічні механізми цих захворювань і дати можливість застосувати раціональну патогенетичну терапію.

ЛІТЕРАТУРА

- Павлов І. П., Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, 1938.
Павлов І. П., Полное собрание трудов, т. III, 1949.
Быков К. М., Стенографический отчет Научной сессии, посвященной проблемам физиологического учения И. П. Павлова, 1950.
Быков К. М., Кора головного мозга и внутренние органы, 1947.
Гиляровский В. А., Основные моменты во взаимоотношениях соматического и психического в клинике соматогеней. Труды III Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, 1948.
Иванов-Смоленский А. Г., Стенографический отчет Научной сессии, посвященной проблемам физиологического учения И. П. Павлова, 1950.
Протопопов В. П., Патофизиологические основы рациональной терапии шизофрении, 1946.

Протопопов В. П., Соматическая характеристика маниакально-депрессивного психоза, Труды III Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, 1948.

Львівський медичний інститут,
психіатрична клініка.

Патогенез некоторых соматогений в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности

Е. В. Маслов

Резюме

В советской психиатрии вопросам рациональной патогенетической терапии психозов с обязательным учетом целостности организма посвящены многолетние и глубокие исследования В. П. Протопопова. В то же время необходимо отметить, что вопросам соматогений советской психиатрией также уделяется большое внимание, особенно школой В. А. Гиляровского.

Соматогении, представляя собой нарушения психики, наступающие под влиянием патологии внутренних органов, могут иметь разнообразное клиническое проявление. В одних случаях психопатологическая картина их может выражаться в виде невротических и психопатических картин, в других случаях они могут проявляться в виде психозов, которые принято называть симптоматическими психозами.

В течение 1951 г. мы исследовали 25 больных с различными формами соматогений, клинически протекавших главным образом под видом неврозов и психопатий.

В данной работе сделана попытка осветить на основе учения И. П. Павлова и его школы о патофизиологии высшей нервной деятельности патогенез некоторых соматогений. Из представленных историй болезни, а также из большого числа историй болезни, которых мы здесь из-за недостатка места не могли изложить, видно все разнообразие клинической картины этих заболеваний. В одних случаях они могут давать картины острых или затяжных психозов, в других — различные невротоподобные состояния и, наконец, в ряде случаев патологические изменения, по характеру напоминающие психопатии.

Причиной их могут являться различные патологические нарушения внутренних органов, а более точно говоря — нарушения внутренней среды организма. Имея большое сходство с невротическими состояниями психогенного характера и с «эндогенными» психозами, эти заболевания могут в ряде случаев повести к неправильной диагностике, а отсюда и к назначению неправильного лечения.

Патогенез этих заболеваний, как мы старались показать, бывает очень сложным, и, только глубоко изучая учение И. П. Павлова о кортико-висцеральных взаимоотношениях, мы можем вскрыть патофизиологические механизмы разбираемых заболеваний и применить рациональную патогенетическую терапию.