

- Magill A. H., Morborger J. P., J. Aviat. Med., 4, 26, 1955, p. 308, реф. ж. «Биология», 19, 1956, 82941.
 Regno F. del., Boll. Soc. Ital. Biol. Sper., 31, 9—10, 1955, p. 1087, реф. ж. «Биология», 9, 1958, 40937.
 Reeder W. H., Goodrich B., J. Lab. a. Clin. Med., 36, 6, 1950, p. 979.
 Tabusse L., Curveille J., Olsen O., Compt. rend. Soc. Biol., 148, 5—6, 1954, p. 567, реф. ж. «Биология», 21, 1955, 60714.

Надійшла до редакції
25.XI 1963 р.

Про динаміку деяких патофізіологічних показників при судинних психозах

Н. І. Протасевич

Український психоневрологічний інститут

Протягом двох років ми вивчали деякі клінічні та патофізіологічні особливості при судинних захворюваннях мозку з психотичними проявами.

У 110 хворих ми відзначили поліморфність психотичної картини з явним переважанням параноїдної та галюцинаторно-параноїдної форм з ведучим синдромом порушення свідомості, а також органічну недостатність інтелекту і емоційні зміни, які являли собою в ряді випадків, можливо, фон, на якому розвивались психотичні картини.

Проведені нами оксигеметричні дослідження виявили зниження споживання кисню тканинами.

Стан вищих відділів мозку вивчали за допомогою орієнтувальних реакцій зіниць і судин, причому, було виявлено масивне зниження збуджувального тону — підвищення порогу збудження вищих відділів головного мозку.

Ми наводимо дані 63 хворих із 110, одержані в динаміці за трьома вищезгаданими методиками — до лікування, під час його та після закінчення лікування, незалежно від його виду і результатів з метою виявити співвідношення між клінічним станом і порушенням деяких патофізіологічних механізмів у цих хворих. Всього було проведено 1874 дослідження.

Після лікування, яке проводилось загальноприйнятими методами, 38 з 63 хворих вийшли з психічного стану, навіть без помітних емоційних порушень, а у 32 хворих після зниження психотичних явищ виявились ознаки органічного дефекту, проте більша частина хворих зберігала навіть професійну працездатність.

Дослідження споживання тканинами кисню показало, що початкова величина вмісту кисню в крові була більша (98—99%), ніж у здорових (96%).

Середня величина зміни вмісту кисню в крові хворих при розумовому навантаженні — 1%, при фізичному — 2%. При вивченні оксигеметрії в динаміці виявилось, що час стабілізації при клінічному покращенні проявляє тенденцію до зменшення; початкова ж величина вмісту кисню (загалом) залишалась такою ж, як і була.

Споживання кисню тканинами при фізичному навантаженні виявилось більш інтенсивним, ніж при розумовому, тоді як у здорових, за нашими даними, кисень споживається більш інтенсивно при розумовому навантаженні.

Отже, незважаючи на відому торпідність цієї методики, при вивченні хворих на судинні психози вона може служити одним з показників для оцінки їх стану і ефективності лікування.

Стан основних нервових процесів вищих відділів головного мозку досліджували за допомогою зіничного і судинного компонентів орієнтувальних реакцій.

Особливий інтерес викликав у нас, зрозуміло, судинний рефлекс та його динаміка.

В початковому стані виявлено, що амплітуда судинної кривої менша, ніж у здорових, а орієнтувальна реакція на подразник знижена дуже часто до повної відсутності.

За характером виділено III типи кривих: 1) криві з достатньою амплітудою (меншою, ніж у здорових), але з відсутністю реакції на подразник; 2) криві з малою амплітудою, яка інколи наближається до прямої лінії (що вказує на зниження тону судинозвужуючого центра), а також з відсутністю реакції на подразник; 3) криві з різними, безладними спонтанними коливаннями, також без реакції на подразник.

Всі вони, звичайно, були ареактивними, іноді з орієнтувальними реакціями, причому, реакції за обсягом були, як правило, незначні і переважно на сильні подразники. Всі ці порушення свідчать про зниження збуджувального тону і підвищення порогу збудливості у цих хворих. Можна думати про переважання наркотичної фази у вищих відділах головного мозку (реакція лише на сильні подразники).

В процесі лікування у 40 хворих реакції залишалися без зміни, а у 23 відбулося поживлення. Воно відбувалося, переважно, при більш сильних подразниках. Результати цього дослідження відповідали змінам у клінічному стані і відносилися до груп хворих переважно з параноїдним, присмерковим та депресивним синдромом.

Ми досліджували також зіничний компонент орієнтувальної реакції.

Зіничні реакції в початковому стані у більшості хворих були відсутні. Це спостерігається і при інших захворюваннях, наприклад при шизофренії, але у хворих на судинні психози ми не відзначали ні парадоксальних, ні ультрапарадоксальних реакцій, які нерідко бувають при шизофренії.

Це, мабуть, свідчить про більш глибоке гальмування у вищих відділах головного мозку у хворих даної групи, тому що воно охоплює не лише регулюючі коркові, але й виконавчі нижчерегаштовані механізми.

В процесі лікування у 23 хворих відповідно покращанню їх клінічного стану відбулося поживлення зіничних реакцій (також переважно на сильні подразники).

У деяких хворих стан покращав, але реакції зіничі не поживались, що можна частково пов'язати з тим, що це були люди похилого віку, а в 60—70 років орієнтувальні реакції зіничі слабшають.

У деяких хворих поживався тільки зіничний або судинний компонент орієнтувального рефлексу, тоді як реактивність другого не змінювалася, а іноді, навіть, знижувалася.

Іноколи в цьому випадку надалі відзначено ремітуючий перебіг хвороби і хворого госпіталізували повторно. Це розходження в ступені нормалізації двох компонентів орієнтувального рефлексу набувало деякого прогностичного значення.

Дані наших експериментальних досліджень показують, що вони відповідають картинам клінічних змін і можуть якоюсь мірою служити для фізіологічної оцінки результатів лікування, а може, навіть, для оцінки прогнозу.

З усіх застосованих нами методик динаміка даних дослідження зіничного орієнтувального рефлексу найбільше корелює з динамікою психопатологічного стану. Так при дослідженні за цією методикою хворих з покращенням клінічного стану часто спостерігалось поживлення зіничних реакцій. Це пояснюється тим, що зіничний компонент орієнтувальної реакції, очевидно, є найбільш кортикалізованим.

Висновки

1. Фізіологічні зміни, відзначені нашими методиками, мають однаковий характер при різних клінічних формах судинних психозів (параноїдному, депресивному).
2. Дані комплексного дослідження дають підставу вважати, що вищі відділи головного мозку хворих на судинні психози перебувають в стані глибокого гальмування. Характер відповідних реакцій на пред'явлені подразники свідчить про переважання наркотичної фази неповного гальмування на відзнаку від шизофренії, при якій переважають парадоксальні та ультрапарадоксальні фази.
3. Виявлені патофізіологічні зміни в гострій стадії захворювання (наркотична фаза) в ряді випадків носять зворотний характер, про що свідчать результати терапії.
4. При вивченні в динаміці дослідження зіничного компонента орієнтувального рефлексу результати найчастіше корелюють з даними клінічного дослідження.
5. Методика дослідження судинного компонента орієнтувальної реакції і оксигеметрія поступають в цьому відношенні дослідженню зіничної орієнтувальної реакції.
6. Запропонована методика може служити для оцінки результатів лікування.

при запал

Дитяча психонев

Проблема с часній медицині.

Багато досл патологічних зру органічних ураж властивості судин

При вивчен [3, 5, 8], що суди кривої залежить

Описана сер методом електро кардія, гіпотонія систоли.

Проте, незв дослідників [1—1

В літератур лексів у дітей з феномени у цих інтерес і має пра

Наша мета діагностики і лік хворих виражено

Під нашим мозку різної лок у 14 — залишков ічного процесу з центральних звив

У всіх хвор за методом Ма Майже у всіх х методом плетизм їх на одній ру С. Я. Штейнберга

Як контакті вільною рукою і слідуваного пр стосовано дзвони

Ми вивчали судинних колива

Застосоване вільну кисть рук цього руку висун навантаження. Т менше 3 хв (під

Найбільша досліджених). На

В клінічній ня терморегуляції ди, в окремих ви

При виміріс теріальну гіпотон

У всіх хвор вого тиску спост спостерігалось по вий тиск був виш

Електрокард була виявлена па

У більшості