

Из поликлиники шахты «Артем» Шахтинского Горздрава Аз.-Чер. края,  
(главврач Т. С. Мирющенко).

## К ВОПРОСУ О МАЛЯРИЙНЫХ ПСИХОЗАХ.

П. Е. Пономарев.

Столкнувшись с малярийными психозами на практике, мы вынуждены констатировать, что этой теме уделяется значительно меньше внимания, чем она заслуживает. Просматривая наиболее распространенную медицинскую периодическую литературу за последние 2 года, мы не нашли ни одной статьи, посвященной этому вопросу. Исключением является лишь работа А. Ю. Вяясновского<sup>1)</sup>, но она имеет определенное узкое назначение: автор отмечает, однако, что малярия в этиологии невропсихических заболеваний играет не меньшую роль, чем сифилис. То же утверждает проф. Мясников<sup>2)</sup>. Крепелин называл малярийный яд нервным ядом. Другие авторы, касаясь вопроса о малярийном поражении нервной системы, говорят исключительно о так называемой невромалярии, совершенно не затрагивая вопроса о малярийных психозах, или касаются его лишь слегка и в самых общих чертах.

Наши наблюдения говорят, что малярийные психозы встречаются значительно чаще, чем это удается диагностировать. Поэтому мы считаем, что на вопросе о психических расстройствах при малярии необходимо заострить внимание врача, тем более, что клиническая картина подчас нехарактерна, и заподозрить малярию, как причину страдания, в отдельных случаях бывает весьма затруднительно.

1. Как пример, приведем следующий случай. Больной Ф., 44 лет, кучер, поступил 5/VI 1936 г. с жалобами на прогрессирующую дезориентировку в адресах, головную боль, тошноту. Несколько лет тому назад болел малярией, в молодости—гонореей, других заболеваний не помнит, люес отрицает. Патологической наследственности в анамнезе не отмечается.

Статус: больной выглядит значительно старше своих лет; астенического телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые нормального цвета и влажности. Грудная клетка—эмфизематозна; перкуторный звук с коробочным оттенком; аускультативно—на фоне шероховатого дыхания выслушивается шум трения плевры. Сердце—глухие тоны, границы в пределах нормы. Лучевые артерии плотноваты, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, при пальпации безболезнен. Селезенка не прощупывается, но в левом подреберье отмечается небольшая болезненность при пальпации. Печень не прощупывается. Со стороны нервной системы отклонений от нормы не обнаружено.

<sup>1)</sup> «Советский врачебный журнал», № 9, 1936 г. «Опыт применения комбинированного метода провокации малярийных приступов при малярийных психозах».

<sup>2)</sup> Тот же журнал, № 12, 1936 г. «К клинике малярии».

Психическая сфера. Сознание ясное. Больной ориентирован, контактен, слегка депримирован. Восприятие, усвоение не нарушены. Слуховая и зрительная память ослаблена. Критика, осмысление удовлетворительны. RW с кровью—отрицательна. Плазмодии малярии в толстой капле не найдены.

С 5/VI по 30/VIII больной, оставаясь на работе, периодически посещал поликлинику, отмечая все прогрессирующие ослабления ориентировки в адресах и ухудшение общего самочувствия. 30/VIII больной был взят на больничный лист, т. к. состояние его значительно ухудшилось: он совершенно потерял способность находить хорошо знакомые ему адреса, усилилась головная боль, появились боли в животе.

Объективно: со стороны внутренних органов и нервного статуса без перемен. Селезенка не прощупывается. 6/IX больного привел в поликлинику его родной брат. Сознание сохранено, ступорозен, молчалив; на вопрос, почему пришел не один, а с братом—отвечает не сразу: «Куда мне, я не знаю, как и куда идти». Сидит, понуря голову. Вдыхает, часто трет себя лоб. То и дело осматривается по сторонам: как бы что-то ищет. Предлагает брату: «Пойдем». На вопрос «Куда?»—молчит, ложится, снова встает... Отвечает брату: «Домой»... и снова ложится на кушетку. Слез брата не замечает. Дома больной стал обнаруживать стремление куда-то уйти, молчалив, часто жалуется на головную боль. По вечерам, по словам брата, «кутается». Температура не измерялась.

О чем можно подумать в этом случае? Дезориентировка, ступорозность, легкое бредовое состояние, неясность мышления, головные боли, — вот кардинальные данные больного Ф., говорящие, повидимому, за какое-то острое психическое экзогенное заболевание. Ни селезенка, ни температура (во всяком случае ни больной, ни его родственники при посещении поликлиники повышения температуры не отмечают), ни цвет кожи—ничто не дает основания подумать о малярии. Однако весьма неопределенное заявление брата (оно было сделано как-то вскользь и в самом конце амбулаторного приема) о том, что по вечерам больной «кутается», позволило нам со слабой надеждой начать хинизацию больного.

Уже через 3 дня результаты противомалерийного лечения сказались с несомненной убедительностью: больной пришел на прием сам: он почувствовал, по его выражению, «какое-то просветление в голове». Головная боль продолжала оставаться, но была значительно меньше выражена. В дальнейшем был проведен курс хинизации по видоизмененной схеме Нохта, с дачей в промежутках, в свободное от хинина дни *T-rae Eucalypti*, *T-rae Heliantis aa*; давали также *Diuretin* в обычных дозах.

Кроме того, когда больным уже почувствовал себя здоровым и настаивал на выписке на работу, ему была проведена кальциевая терапия с общеукрепляющим лечением в тубкабинете. Болезненные явления со стороны психосферы были ликвидированы полностью. Головная боль прекратилась; тошнота и другие явления исчезли. 8/X б-ной был выписан на работу здоровым. Этот случай показывает, как зорко нужно следить за малярией при острых психозах.

2. Б-ной Б. 33 лет, служащий. Поступил 16/X с жалобами на боли в голове, начинающиеся где-то в затылочной области и отдающие в правую надбровную дугу; боли в суставах, раздражительность. Кроме того, больного беспокоит плач: он не может без слез говорить с окружающими, плачет, читая газету, не может выступать на собраниях, т. к. его душат слезы.

Последнее время он плачет даже при чтении плакатов. Появилась ступорозность: он сидит неподвижно, неопределенно долгое время не в состоянии двинуться с места. Слышит голоса, его окликающие, понимает, что надо отвечать, встать, пойти, сделать что-либо, но сидит, не будучи в состоянии двинуться с места. Однако, если его хорошенько окликнуть (как это часто делает его жена) больной, как-бы «придя в себя», может ответить, делать что-либо. Однажды ночью встал, взял ведро и к изумлению своей жены стал ловить крыс, которых на самом деле не было. Из перенесенных заболеваний отмечает: малярию, которой жестоко страдает в течение нескольких лет. Вензаболевания отрицает. В анамнезе патологической наследственности не отмечается. По записям амбулаторной карты значится: 17/IX поступил с приступом малярии, температура 39,4°, селезенка плотна, болезненна при пальпации. Направлен в стационар для лечения, где проведен курс хинизации.

2/X—остеомиелит верхней челюсти правой стороны. 5/X разрез десны; выпущено много гноя.

11/X сильные головные боли, по ночам бред, приступы малярии, нервничает, часто плачет. Направлен в невропатологу. Статус: температура—36,7. Сознание сохранено, контакт, ориентирован. Интеллектуальная сфера не нарушена. Эмоционально неустойчив: часто плачет. Амбулаторно волевых отклонений не обнаружено.

Со стороны нервного статуса отмечается болезненность, при надавливании на соответствующие точки V пары черепно-мозговых нервов; в остальных болезненных отклонений не отмечается. Сердце—тоны глуховаты; границы в пределах нормы. Легкие: везикулярное дыхание, перкуторный звук ясный, подвижность краев легких удовлетворительна, печень прощупывается на уровне реберной дуги, край ее острый, при пальпации чувствительна; селезенка плотна, болезненна на 3 см ниже реберной дуги. Диагноз: «малярийный психоз». Назначена хинизация по видоизмененной схеме Нохта.

Через 3 дня больной вышел на работу (по собственному желанию и без ведома врача), с явлениями небольшой раздражительности и легкой слабости. 22/X явился на прием. Чувствует себя удовлетворительно. Плакать перестал. Отмечает небольшую раздражительность. Селезенку прощупать не удается; температура 36,7.

Этот случай значительно проще предыдущего, тем более, что психоз развился одновременно с классически протекающими приступами малярии, при увеличенной селезенке.

3. Больной Ю., 29 лет, служащий. Поступил в поликлинику с жалобами на приступы озноба с последующим жаром и проливным потом. Приступы бывают по ночам, через день. Со стороны сердца, легких отклонений от нормы не обнаружено. Селезенка плотна, болезненна, на 5—6 см ниже реберной дуги. Через несколько дней 18/VI был доставлен в сопровождении двух мужчин, в состоянии острого возбуждения, бреда. Б-ной хохочет, окружающих не узнает, пытается куда-то уйти. Контакт невозможен: б-ной старается уйти; при попытке подойти к нему, то грозно и недоверчиво смотрит, то, всплеснув руками, простодушно хохочет. Впоследствии, когда больной уже выздоровел, установлено, что он в состоянии бреда бросился на своего знакомого и стал грызть ему голову, добродушно при этом смеясь. Удастся прощупать плотную селезенку, выступающую на несколько сантиметров из-под края реберной дуги. С диагнозом «острый психоз» (Malaria) б-ной был направлен в Шахтинский психоизолятор для проведения антималярийного лечения.

В психоизоляторе б-ной пробыл 1 месяц, где было проведено общеукрепляющее лечение с дачей мышьяка.

По заявлению зав. психоизолятором И. Е. Грандильевского, б-ной был выписан с диагнозом «острый психоз» с улучшением, но с остаточными явлениями психоза.

На основании всего лишь трех случаев нельзя, конечно, делать какие бы то ни было заключения. Однако, если принять во внимание, что эти три случая собраны всего лишь за 2½ месяца ра-

боты, то эта цифра приобретает некоторое значение, тем более, что всего за это время через кабинет нервных болезней прошло 7 человек душевно-больных: из них 3 падает на острые случаи, неоднократно бывавшие в прошлом в специальных закрытых учреждениях для душевно-больных, а 4 — на острые психозы с первичным обращением. И если из этих 4 случаев 3 приходится на малярию, то об этом молчать нельзя.

Мы не даем статистики малярийных психозов, но можно полагать, что эта цифра не так уже мала, как это кажется на первый взгляд. Из наших 3 случаев один остался нераспознанным (больной Ю.). Из статьи Вьясновского видно, что из 3 приведенных им для примера историй болезни был 1 нераспознанный случай, который так же, как и у нас, лечился мышьяком и выписан под диагнозом «инфекционный психоз».

**В ы в о д ы:** 1) Малярийные психозы, повидимому, встречаются значительно чаще, чем их диагностируют на практике.

2) Малярийные психозы могут протекать без выраженных явлений малярии: без температуры, без прощупываемой селезенки и других характерных для малярии признаков.

3) Благоприятный эффект общеукрепляющего лечения мышьяком может давать повод к неправильным диагностическим выводам.

---

Из хир. отд. 1-й сов. больницы г. Полтавы (глав. врач И. Г. Синиченко, зав. хир. отд. С. М. Эйбер).

## О ПОДКОЖНЫХ РАЗРЫВАХ СЕЛЕЗЕНКИ.

**И. Э. Сандуковский.**

Большинство сообщений о разрывах селезенки касается тропических стран, где малярия является эндемическим заболеванием. Глаулорд, работая в Индии, собрал 477 случаев разрыва селезенки. У нас в Союзе большинство работ по патологии селезенки исходит также из малярийных мест. Много работали по данному вопросу Финкельштейн, Березнеговский, Флоровский, Березов, Фаерман и др. Статистика травматических повреждений селезенки сводится к следующему: у Рокицкого за 15 лет было 7 случаев, у Герцена за 10 лет—2 случая, у Гильдебранда за тот же промежуток времени—4 случая, а у Подобедова на 83 случая подкожных повреждений органов брюшной полости, с 1913 по 1920 год было 6 повреждений селезенки. У Финкельштейна разрывы селезенки занимают  $\frac{1}{3}$  (30%) всех подкожных повреждений органов брюшной полости.

Наш материал составляет 5 случаев (3 смерти) травматического повреждения селезенки. По возрасту и полу наши больные распределяются так: 1 старик—70 лет, двое мужчин 27 и 35 лет, 1 женщина—30 лет и мальчик 8 лет. Малярией болели один мужчина и мальчик.