

За 3 года повторно поступили в нашу больницу 10 человек. Из них один поступал повторно 3 раза, двое по 2 и семеро — по одному. При выписке первый раз эти больные были квалифицированы так: выздоровление — у 3, улучшение — у 4, без перемен — у 3.

Надо сказать, что все трое больных, выписанных первый раз с оценкой состояния как «выздоровление», и в последующем оценивались так же. Следовательно, здесь речь идет о рецидивах психоза. Так можно думать потому, что в светлых промежутках как будто нет признаков хотя бы слабых его проявлений. Но, разумеется, нельзя исключить и такое положение, что здесь очень высок уровень компенсации на фоне ослабления болезненного процесса. В таком случае следовало бы рассматривать повторные поступления как обострение, а состояние при выписке как ремиссию.

После повторного лечения обострения были ликвидированы.

Группа, у которой мы не получили успеха при лечении, состоит из 5 больных с шизофренической картиной болезни, 4 — с эпилептиформным типом реакции, 6 — с церебрастенией, 1 — с гиперкинетической формой и 2 — с признаками психопатизации.

Больные со шизофреноподобной картиной раньше рассматривались как страдающие шизофренией и были пользованы шокowymi дозами инсулина. А мы уже имели случай говорить, что инсулинотерапия церебрального ревматизма ухудшает состояние больных и может сделать их некурабельными, хотя ревматический процесс при этом может и не затухать (1). Примерно такую картину болезни представляли и наши больные этой группы.

При эпилептиформном типе реакции ревматического происхождения можно получить успех в любом случае болезни, развившейся на неблагоприятной конституционально-наследственной основе. В двух наших случаях, видимо, так и было. Хотя нельзя исключить крайне неблагоприятное влияние до того проводимого лечения кармановскими пилюлями, как это наблюдалось в одном опубликованном нами случае (1). В одном случае успех зависел от сочетания припадков с тяжелыми сердечно-сосудистыми нарушениями и еще у одного — в связи с хроническим тонзиллитом. Хронический тонзиллит — постоянный источник сенсибилизации организма и сам по себе не исчезает под влиянием рекомендуемой нами терапии. Поэтому, прежде чем приступать к лечению церебрального ревматизма, в таких случаях требуется ликвидировать тонзиллит. Так, у одной нашей больной с церебрастенической формой болезни проведено с укороченным перерывом два курса лечения, но улучшения не наступило. Тогда мы направили больную в ларингологическую клинику для тонзиллэктомии. После операции проведен еще один курс лечения, который дал разительный результат: у больной нормализовались температура и картина крови, а состояние психики настолько улучшилось, что позволило больной возвратиться к труду. Но не во всех случаях при помощи тонзиллэктомии можно добиться таких результатов.

Среди соматических факторов, определяющих успех терапии, большое место занимают почечные нарушения. Трудно добиться успеха у тех больных, у которых стойко держится белок в моче, появляются время от времени в большом количестве лейкоциты, а иногда и гиалиновые цилиндры.

Безуспешна терапия у лиц, у которых можно предположить законченность процессуальной фазы болезни и анатомически-энцефалопатические структуры. Для этой группы больных нужно изыскать другие приемы лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Выясновский А. Ю. Журн. невропат. и псих. им. С. С. Корсакова, 1952, 11; Тр. межобл. совещ. невропат. и псих. Поволжья и примыкающих областей 29/V—1/VI-1956 г., Куйбышев, 1957. — 2. Протопопов В. П. и Полищук И. А. Пробл. совр. псих. Сб., посвящ. проф. В. А. Гиляровскому. М., 1948. — 3. Сырнев В. М. Вopr. педиатрии и охр. матер. и дет., 1949, вып. 2. — 4. Storek. Schweizerische Med. Wochenschrift, 1956, 22.

Поступила 20 октября 1959 г.

### О КОМАТОЗНОЙ ФОРМЕ ГРИППОЗНОГО ЭНЦЕФАЛИТА<sup>1</sup>

*Асс. В. И. Танкеевская*

Кафедра нервных болезней (зав. — проф. Л. И. Омороков)  
Казанского медицинского института

Клиника гриппозных поражений нервной системы многообразна. Описаны гриппозные мононевриты, радикулиты, миелиты, наиболее часто диагностируются арахноидиты, меньше изучены гриппозные энцефалиты.

<sup>1</sup> Доложено на заседании Казанского общества невропатологов и психиатров 19/I-61 г.

Многочисленными исследованиями подтверждается, что, наряду с первичной локализацией вируса в верхних дыхательных путях, он может размножаться и в других органах и, в частности, в мозговых оболочках.

Эпидемия гриппа 1943—44 гг. сопровождалась преимущественным поражением периферической нервной системы (С. Н. Давиденков, И. И. Русецкий). Пандемия 1957 г. характеризовалась осложнениями со стороны центральной нервной системы (Э. А. Эдельштейн). Ряд авторов считает, что клиника, а также осложнения гриппа А и В различны (Л. Я. Шаргородский), другие отрицают это (Ф. Г. Эпштейн). М. Д. Тушинский и А. А. Коровин наблюдали осложнения при гриппе В вдвое чаще, чем при А. По И. Я. Раздольскому, частота осложнений гриппа В — 24,2%, А — 6,7%. Л. Я. Шаргородский и С. Н. Давиденков подчеркивают более тяжелые осложнения при гриппе В.

Гриппозные энцефалиты протекают с общемозговыми и очаговыми симптомами. По мнению многих авторов, локальные симптомы слабо выражены, чаще они выявляются в виде легкой пирамидной недостаточности (С. Н. Давиденков, Ф. М. Лисица). В зависимости от течения гриппозных энцефалитов Э. А. Эдельштейн выделяет три их формы: легкие (стертые), средней тяжести — без остаточных явлений и тяжелые — коматозные с быстрым летальным исходом (через 1—2 дня).

Патологоанатомические изменения при гриппозных энцефалитах свидетельствуют об общетоксическом вазотропном действии вируса гриппа, что проявляется множественными кровоизлияниями на серозных и слизистых оболочках, резким отеком и полнокровием головного мозга и его оболочек. Описаны множественные точечные и кольцевидные кровоизлияния, а также милиарные очажки размягчения головного мозга, деструктивные изменения ганглиозных клеток коры и стволочной части мозга. Со стороны верхних дыхательных путей и легких выявляются полнокровие, геморрагические и десквамативные пневмонии.

Под нашим наблюдением находилось 10 больных коматозной формой гриппозного энцефалита. Во всех случаях диагноз подтвержден патологоанатомически.

Женщин было 5 (от 35 до 56 лет), мужчин — двое (37—56 лет), детей — трое (2 года).

Почти у всех заболевание началось остро, только у двух отмечались легкие катаральные явления в виде небольшого кашля и насморка. Первым симптомом была головная боль, у ряда больных она сопровождалась однократной или многократной рвотой, затем наступало коматозное состояние. У семи больных коматозное состояние развилось в первые часы заболевания, и только у одного — спустя несколько дней.

У 6 больных наблюдались клонические и тонические судороги, у одного ребенка клонические судороги носили парциальный характер — только в мускулатуре правой половины лица. У ряда больных судорожные припадки наблюдались сериями. Обычно судорожный припадок развивался в начале болезни, в дальнейшем судороги не повторялись; если припадки носили характер эпилептического статуса, то продолжались до самой смерти. У нескольких больных отмечалось выраженное моторное беспокойство на фоне бессознательного состояния. У 5 больных наблюдались менингеальные симптомы в виде резко выраженной ригидности затылочных мышц. У всех были вегетативные сдвиги: у большинства отмечались тахикардия, гиперемия лица и шеи, гипергидроз. У двух были гиперемия зева и увеличение миндалин, герпес.

Ряд авторов отмечает полиморфизм поражения нервной системы при гриппе (Э. А. Эдельштейн, З. Я. Елецкая). Е. Н. Ковалев указывает на мало выраженную очаговую симптоматику при гриппозном энцефалите, которая выражалась в пирамидной недостаточности. Мы также отметили пирамидную недостаточность и синдром пирамидного выпадения, вплоть до глубоких параличей с повышенным мышечным тонусом, и только у двух в парализованных конечностях имелась гипотония. У всех вызывался рефлекс Бабинского, у некоторых и другие патологические рефлексy (Россолимо, Жуковского, Гордона). У трех отмечались поражения глазодвигательных нервов (чаще — косоглазие, птоз). У пяти больных наблюдались изменения со стороны зрачков (чаще анизокория, иногда миоз, у двух — расширение зрачков).

Изменение со стороны глазодвигательных нервов, а также зрачков отмечали Э. А. Эдельштейн, Е. Н. Ковалев и др.

Шести больным сделана спинномозговая пункция. У всех было повышенное давление, у одного — кровянистая жидкость, у другого ксантохромная, у остальных — прозрачная, цитоз — от 3 до 18, количество белка не превышало нормы.

На фоне повышавшегося иногда лейкоцитоза (18800) у всех была ускоренная РОЭ (от 21 до 30 мм/час), в лейкоформуле изменений не было.

Результаты патологоанатомических вскрытий с гистологическим исследованием препаратов мозга во всех наших случаях подтвердили отек и набухание мозга.

Наши материалы подтверждают, что патология со стороны центральной нервной системы при вирусном гриппе возникает за счет нарушения мозгового кровообращения вследствие поражения сосудистого аппарата и приводит к развитию церебрального гипертензионного синдрома.

Учитывая патогенез гриппозных энцефалитов, следует предпринимать самые срочные меры по борьбе с отеком мозга и, наряду с дегидратационной терапией, применять противовоспалительные средства.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Давиденков С. Н. Клинические лекции по нервным болезням. 1952.—
2. Елецкая З. Я. Мед. журн. Узбекистана, 1959, 12.— 3. Жданов В. М. и Ритова В. В. Клин. мед., 1959, 12.— 4. Ковалев Е. Н. Сб. научн. раб., Рязань, 1959, т. 1.— 5. Лисица Ф. М. Клин. мед., 1959, 9.— 6. Морозкин Н. И. Врач. дело, 1959, 4.— 7. Шаргородский Л. Я. Клиника острых заболеваний центральной нервной системы, 1957.— 8. Эдельштейн Э. А. Педиатрия, 1957, 1; Журн. неврол. и псих. им. Корсакова, 1958, 7.

Поступила 24 января 1961 г.

### ТКАНЕВАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ТРАХОМЫ

*Проф. А. Н. Круглов, канд. мед. наук М. С. Зарбеева*

Кафедра глазных болезней (зав.— проф. А. Н. Круглов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Целый ряд антибиотиков (синтомицин, левомицетин, биомицин, тетрациклин и тетрациклин), а также сульфаниламидных препаратов (альбуцид, этазол, норсульфазол и др.) весьма эффективен при лечении трахомы как в свежих ее случаях, так и в поздних, когда нет тяжелых поражений роговицы.

При тяжелых поражениях роговицы мы проводили тканевую терапию на фоне обычного лечения (закладывание за веки 5—6 раз в день 1% тетрациклиновой мази).

Тканевую терапию мы применяли в виде имплантации тщательно измельченной ткани под конъюнктиву переходной складки и глазного яблока, вблизи лимба, и одновременно под кожу.

Ткань готовится перед самой операцией при соблюдении полной асептики. Берется консервированная, автоклавированная ткань пуповины, тщательно измельчается и растирается в ступке с прибавлением нескольких капель изотонического раствора