

Из клиники I Ленингр. медиц. ин-та проф. П. А. Останкова.

Факторы, способствующие развитию прогрессивного паралича¹⁾.

Доктор А. А. Зайцев.

В настоящее время на прогрессивный паралич смотрят как на поздний спирохетоз, как на настоящий сифилис мозга; однако, почти всеми признается, что для поражения ц. н. с. необходимы еще какие-то *дополнительные условия* для проявления деятельности спирохеты в нервной ткани. 5% подверженности люэтиков заболеванию прогрессивным параличем заставляет исследователей искать эти условия в конституции (Kretschmer, Kalman, Rüster, Шостакович и др.). Высказывался также взгляд о различном характере спирохет, дающих в одних случаях картину общего сифилиса, в других случаях—картину невро-люэса. Невротропность спирохеты отстаивается Левадити и Мари (Levaditi, Marie).

По Skalweit'у „неспособность к сенсibiliзации (к люэтину) у паралитиков указывает на слабость защитных реакций к люэсу и что эта слабость защитных реакций организма есть конституциональная“.

Заслуживает внимания указание на то, что прогрессивный паралич находится в обратно пропорциональном отношении к кожным явлениям, что как бы показывает, что кожная и лимфатическая системы не одинаково реагируют у всех люэтиков.

Что касается наследственности в заболевании прогрессивного паралича, то она многими авторами решается по разному, так Näcke допускает даже особое „паралитическое расположение“, другие же авторы вообще отрицают наследственную отягощенность, особенно, если понимать ее в более узком смысле. Есть также указания на климатические условия (Крепелин, Гольцингер и др.). Равным образом, отмечается многими авторами и расовая предрасположенность. Странный взгляд высказывает Даркшевич, ставя в связь развитие прогрессивного паралича с предохранительными прививками оспенной вакцины.

Алкоголь и разного рода переутомления, как способствующие моменты особенно акцентируются Краерелин'ом и др.

Физическая травма, правда в единичных случаях, также ставится некоторыми авторами в связь с развитием прогрессивного паралича.

Гертнер и Вильманс ставили в связь развитие прогр. паралича с проведением специфической терапии (ртуть и сальварсан), ослабляющих, по их мнению, защитные силы организма.

За последнее время поднимается вопрос о том, не влияет ли прерванное антилюэтическое лечение на развитие прогр. паралича.

Нет сомнений, что для проявления своей деятельности в мозгу спирохета нуждается в *суммарных особенностях* и состояния нервной ткани, в непосредственной связи с наследственностью, и ряда ослабляющих явлений жизни люэтиков.

¹⁾ Доложено на научном собрании врачей психиатрической клиники I Л. М. И. проф. П. А. Останкова 23/III 1932 г.

Поэтому, отвергая одностороннее освещение этого вопроса только с биологической точки зрения, а также и „сплошной социогенизм“, мы, полагая, что в данном случае решающее значение имеет известное соотношение сил организма и специфической инфекции, считаем, что недоучет в роли конституции и ее физиологической особенности наследственности и особенно социальных влияний—в форме ли травматизма трудового, военного и ряда ослабляющих факторов в жизни люэгики, как-то: личный алкоголизм, вредное производство, переутомление и т. д. только бы затемнили вопрос о патогенезе.

Развитие прогрессивного паралича не может оставаться безразличным к отягчающим факторам.

Наш материал (118 случаев прогрессивного паралича и 17 случаев табопаралича) дает следующие указания относительно отягчающих факторов.

Из 118 случаев прогр. паралича отмечается, что

- 1) Отцы и деды злоупотребляли алкоголем 89 чел.—75%
- 2) Личный алкоголизм (значительно выраженный) . . . 77 чел.—65%
- 3) Сердечно-сосуд. заболев. в роду и у братьев и сестер 42 чел.—36%
- 4) Пребывание на фронте 48 чел.—41%
- 5) Работавших на вредных производствах 42 чел.—36%
- 6) Контузия с потерей сознания 29 чел.—25%
- 7) Душевнобольные в роду (из них 2-ое прогр. пар.) 19 чел.—16%
- 8) Душевнобольных братьев и сестер 10 чел.— 8%
- 9) Содержание под стражей перед заболеванием . . . 8 чел.— 7%
- 10) Спинная сухотка у братьев и сестер 7 чел.— 6%

Примерно такие же соотношения получились и по табопараличу.

По вопросу о соотношении инкубационного периода к полу, возрасту и специфическому антилюэтическому лечению с учетом отягчающих факторов, находим, что из 118 случаев прогр. парал. было 99 мужч. и 18 женщин, что составляет отношение 5,5 к 1-му.

Из мужчин 78 человек указывают сифилис в анамнезе, 40 человек отрицают заболевания люэсом, заявляя, что они никогда не наблюдали у себя кожных явлений или язвы.

Из женщин сифилис в анамнезе указывают 7 человек; не отмечая у себя сифилис, но отмечают у мужа—4 человека; на сифилис родителей указывают 2 ч. (это относится к юношеской форме прогрессивного паралича) и 5 человек вовсе отрицают сифилис.

Из 18 табопаралитиков—женщин 3; т. е. отношение мужчин к/ж 6:1, все же знали о заболевании сифилисом; из мужчин сифилис указывают 12 человек и не знали о заболевании 3 чел.

Таким образом, наши данные расходятся с данными Нонне, который указывает, что из 96 женщин, болевших табесом, 89 чел. не знали о своей сифилитической инфекции. Возможно, что и наши случаи относятся к латентной сифилитической инфекции (*lues asymptomata*), не дающей кожных реакций, что находится в согласии с давними утверждениями авторов, что заболевание прогрессивным параличом находится в обратно-пропорциональном отношении к кожным явлениям.

Интересно также отметить, что из 18-ти замужних и разведенных женщин, болевших прогрессивным параличом, (8 не рожавшие и 10 рожавшие), у 2-х из 8 не рожавших беременность закончилась выкидышами, что как бы указывает на большую склонность к заболеванию прогр. параличом рожавших женщин.

Из больных прогр. параличом 61 человек проделали раньше энергичную специфическую терапию и 57 человек не лечилось совсем или крайне недостаточно (11 чел. проделавших не более 3-х вливаний салварсана). Из больных с табопараличом не лечилось или плохо лечилось 10 человек и лечилось хорошо 8 человек.

Таким образом, соотношение между лечеными и нелечеными почти одинаковое.

Проявление первых признаков прогрессивного паралича с момента заражения, т. е. инкубационный период, по нашему материалу в случаях *леченных* колеблется от 7 лет до 23 лет, а наибольшая частота проявляется в пределах от 10 до 14 лет для мужчин, а для женщин от 7 до 10 лет и, в подавляющем большинстве, падает на возраст заразившихся люэсом от 21 до 30 лет.

В случаях *нелеченных*, но знавших время заражения, инкубационный период колеблется от 6 до 21 года, т. е. имеет чуть заметную тенденцию к сокращению инкубационного срока, а наибольшая частота от 7 до 13 лет для мужчин, а для женщин — от 7 лет до 10 лет и также как и в случаях *леченных* — время инфицирования в подавляющем большинстве падает на возраст от 21 до 30 лет.

Таким образом, на нашем материале видно, что инкубационный период для женщин имеет определенную тенденцию к сокращению и что специфическое лечение несколько удлиняет инкубационный период. Однако, последнее положение, при сопоставлении с наследственностью и учетом отягчающих экзогенных факторов инфицированных, не может считаться доказанным, что видно из приводимой ниже таблицы соотношения случаев *леченных* и *нелеченных*, инфицированных в возрасте от 21 до 30 лет.

Из 36-ти случаев леченных отмечается:

Алкоголизм в роду	22 ч.—61%	Контузии	7 ч.—19%
Личный алкоголизм	21 ч.—58%	Работа во вредных цехах	11 ч.—30%
Пребывание на фронте	12 ч.—33%	Душевно - больных в роду	4 ч.—11%
Серд.-сосуд. заболевания в роду	11 ч.—30%	Содержание перед за-болеван. под стражей	2 ч.—6%
Туберкулез в роду и личный	9 ч.—25%		

Из 35-ти случаев нелеченных отмечается:

Алкоголизм в роду у отца или деда	23 ч.—66%	Контузии	9 ч.—27%
Личный алкоголизм	24 ч.—69%	Работа во вредных цехах	12 ч.—34%
Пребыван. на фронте	16 ч.—46%	Душевно - больных в роду	6 ч.—17%
Серд.-сосуд. заболевания в роду	14 ч.—20%	Содержание перед за-болеванием под страж.	2 ч.—6%
Туберкулез в роду и личный	8 ч.—23%		

Примерно такие же результаты мы получили и по табопараличу, с той только разницей, что здесь инкубационный срок увеличивается по сравнению с прогрессивным параличом, т. е. колеблется от 9 до 24 лет без отчетливой разницы для случаев леченных и не леченных с частотой случаев от 12 до 17 лет.

Два наших случая не исключают возможности развития прогрессивного паралича после полученной физической травмы, что подчеркивает провокационную роль экзогенных социальных факторов в развитии прогрессивного паралича.

Что касается длительности ремиссии у прогрессивных паралитиков, леченных малярией, то она по нашему материалу находится в прямой зависимости от степени личной и наследственной отягощенности, времени прививки малярии и ни в какой мере не стоит в связи с проведенным ранее антилюэтическим лечением.

Выводы. 1) При сравнении количества мужчин и женщин нужно отметить, что последние в 5 раз заболевают прогрессивным параличом реже, чем мужчины.

2) Из заболевших женщин отмечается как будто большая склонность к заболеванию рожавших по сравнению с нерожавшими.

3) Инкубационный срок у женщин по сравнению с мужчинами значительно меньше.

4) Дополнительными условиями в развитии прогрессивного паралича служат главным образом алкоголизм в роду и личный, сердечно-сосудистые заболевания в роду, истощающие моменты жизни люэтиков, и, в меньшей мере, наследственная отягощенность в смысле душевно-больных.

5) Физическая травма, как провоцирующий фактор, не исключается в развитии прогрессивного паралича.

6) Предшествующее антисифилитическое лечение не только не предохраняет от заболевания прогрессивным параличом, но и не удлиняет инкубационного периода, продолжительность которого главным образом зависит от перечисленных выше условий, ослабляющих организм, и сердечно-сосудистых заболеваний в роду.

7) В случаях, в которых ослабляющие организм факторы равноценны, нельзя подметить связи длительности инкубационного периода с сделанным ранее антилюэтическим лечением.

8) Трудоспособность после малярии-терапии, как это отмечалось нами в другой работе¹⁾, состоит в непосредственной связи с отягчающими факторами жизни люэтиков.

9) Возраст инфицирования главным образом падает от 20 до 30 лет и не играет значения в длительности инкубационного периода.

10) Инкубационный период у табопаралитиков продолжительнее, чем у паралитиков.

11) Профилактика развития прогр. паралича есть борьба за здоровые условия труда и быта у люэтиков.

¹⁾ „О трудоспособности прогрессивных паралитиков, леченных малярией“, напечатано в журнале „Советская психоневрология“ № 6 за 1932 г.