

Изъ клиники нервныхъ болѣзней Казанскаго Университета (Дир.  
проф Л. О. Даркшевичъ).

## Случай хронической прогрессивной хорей.

Ординатора В. Д. ЛАПУХИНА.

Больной Т., котораго имѣю честь представить Обществу <sup>1)</sup>, страдаетъ той формой заболѣванія, которая по типической картинѣ можетъ быть опредѣлена, какъ chorea chronica progressiva. Первымъ выдѣлвшимся хроническую прогрессивную хорей, какъ отдѣльную нозологическую единицу, былъ американскій невропатологъ *Huntington*, въ честь котораго хроническая хорей долгое время носила названіе „*Huntington*’овской хорей“, въ отличіе отъ chorea minor, описанной впервые *Sydenham*’омъ; послѣдняя является болѣе обычной формой Виттовой псыски и носить на себѣ всѣ признаки остраго инфекціоннаго заболѣванія. Какъ извѣстно, *Huntington* держался взгляда, что хроническая прогрессивная хорей всегда является наследственнымъ страданіемъ. Но позднѣйшія описанія уже не придаютъ такого исключительнаго значенія наследственности. *Hofmann* усматриваетъ главный признакъ въ хроническомъ прогрессивномъ теченіи болѣзни и предлагаетъ замѣнить названіе „chorea hereditaria“ терминомъ chorea chronica progressiva. Имѣя въ виду, что chorea chronica progressiva ни разу не демонстрировалась въ Обще-

---

<sup>1)</sup> Доложено въ Обществѣ невропатологовъ и психіатровъ при Казанскомъ Университетѣ въ октябрѣ 1910 г.

ствѣ невропатологовъ и психіатровъ и встрѣчается довольно рѣдко, я хочу воспользоваться этимъ случаемъ въ качествѣ демонстраціи. Вотъ что дали анамнезъ и клиническое наблюдение:

Больной Т., 28 лѣтъ, крестьянинъ новоузенскаго уѣзда Самарской губерніи, поступилъ въ клинику 25 сентября 1910 года съ жалобами на постоянныя подергиванія и движенія во всѣхъ частяхъ тѣла. Изъ разспросовъ больного выяснилось, что его мать страдала такою же болѣзью, при чемъ болѣзнь у матери началась незначительными подергиваніями въ возрастѣ 40 лѣтъ и постепенно непроизвольныя движенія у нея усиливались, такъ что къ концу ея жизни судороги у нея были гораздо сильнѣе, чѣмъ у нашего больного. Всего дѣтей у отца больного было 6 члѣовѣкъ, изъ которыхъ трое умерло въ дѣтскомъ возрастѣ; причины ихъ смерти больной не знаетъ. Оставшіяся въ живыхъ сестры здоровы. Отецъ умеръ—причина его смерти больному неизвѣстна. Самъ больной родился въ 1882 году; никакихъ поврежденій при рожденіи не было. Въ дѣтствѣ никакой болѣзью не страдалъ, вообще росъ здоровымъ. Учился въ сельской школѣ; ученье больному давалось легко. Половая зрѣлость прошла безъ болѣзненныхъ явленій; половыя сношенія съ 15 лѣтъ, частыя. Имѣеть двухъ дѣтей: сыну 5 лѣтъ, дочери 4 года, дѣти здоровы. Въ теченіе послѣднихъ пяти лѣтъ больной алкоголя не употреблялъ; раньше пилъ, хотя не въ очень большомъ количествѣ. Курить много и съ малолѣтства. Половая способность сохранена. Сильныхъ потрясеній въ жизни не помнить, кромѣ одного случая, когда больной испугался свиньи, которая его хотѣла укусить во время освобожденія завязшаго въ воротахъ поросенка. Травму, простуду, инфекціонныя заболѣванія, сифилисъ и туберкулезъ больной отрицаетъ. Причину настоящаго заболѣванія указать не можетъ, хотя связываетъ свою болѣзнь съ вышеупомянутымъ испугомъ. Судороги у больного начались лѣтъ 6 тому назадъ и, по словамъ больного, съ верхнихъ конечностей. Первое время эти подергиванія были очень слабы и замѣтны только самому больному, но постепенно эти подергиванія усиливались и перешли на все тѣло, такъ что послѣдніе три года больной уже не въ

состояніи работать. Болѣзнь все время прогрессируетъ и какихъ-нибудь ремиссій въ теченій болѣзненнаго процесса не имѣется.

*Status praesens.* Произвольныя движенія глазъ въ предѣлахъ нормы. Актъ жеванія и глотанія не разстроенъ. Высунуть языкъ впередъ не можетъ, мѣшаютъ произвольныя движенія въ мышцахъ языка. Произвольныя движенія головы, туловища, верхнихъ и нижнихъ конечностей по объему и силѣ въ предѣлахъ нормы. Со стороны произвольныхъ движеній у нашего больного отмѣчаются судорожныя движенія и подергиванія во всѣхъ частяхъ тѣла. Голова больного находится въ постоянномъ движеніи, она то наклоняется, то разгибается, то вращается въ разныя стороны; въ то же время въ лицѣ больного можно видѣть массу всевозможныхъ гримасъ и ужимокъ; то онъ наморщитъ лобъ, то закроетъ одинъ глазъ, какъ бы подмигивая, то вытянетъ впередъ губы, то обнаружитъ зубы, благодаря произвольной обширной улыбкѣ. Глазные яблоки также участвуютъ въ произвольныхъ движеніяхъ. Рѣчь больного отрывиста и не ясна. Руки больного находятся въ непрерывномъ движеніи; то заноситъ ихъ на голову, то закинетъ ихъ на спину, то сгибаетъ ихъ въ локтѣ, то разгибаетъ, то провируетъ, то супенируетъ; къ произвольнымъ движеніямъ присоединяются и пальцы въ смыслѣ сгибанія, разгибанія, отведенія и приведенія. Если больной сидитъ, то и туловище его принимаетъ участіе въ произвольномъ движеніи: больной то наклонится впередъ, то назадъ или въ бокъ, то поворачивается винтообразно вокругъ продольной оси туловища. Въ нижнихъ конечностяхъ также замѣтны судороги; онѣ выражаются движеніями отведенія и приведенія въ тазобедренномъ суставѣ, разгибанія и сгибанія ноги въ колѣнѣ и движеніями въ разныхъ направленіяхъ въ голеностопномъ суставѣ. Походка больного сильно разстроена и неправильна. Шаги больного не равномерны, при чемъ больной качается изъ стороны въ сторону и часто уклоняется то вправо, то влѣво отъ прямого направленія. Всякія волненія усиливаютъ описанные выше произвольныя движенія, подъ вліяніемъ же воли больного онѣ на нѣкоторое время стихаютъ и больному часто удается достигнуть намѣченной цѣли; такъ, онъ можетъ ѣсть, пользуясь ложкой, надѣть чулокъ на ногу и т. п. Во время сна всѣ произволь-

ныя движенія у нашего больного прекращаются совершенно. Сухожильные рефлексy на верхнх конечностяхъ оживлены. Колѣнные и ахилловы живые; клонуса стопы нѣтъ. Подошвенный, брюшной и на cremaster нормального типа. Зрачки равномерны, съ живой реакціей на свѣтъ. Рефлексy: корнеальный конъюнктивальный, глоточный и съ мягкаго неба нормальны. Анальный рефлексъ сохраненъ. Функція тазовыхъ органовъ въ порядкѣ. Пассивныя движенія совершенно свободны, нѣтъ никакого намека на тугоподвижность. Зрѣніе, вкусъ и слухъ—нормальны. Со стороны глазного дна нѣтъ никакихъ измѣненій. Обоняніе понижено вслѣдствіе закупорки носового отверстія засохшими выдѣленіями со слизистой оболочки носа. Всѣ виды чувствительности въ предѣлахъ нормы. Похудѣнія конечностей не отмѣчается. Питаніе мышечнаго скелета, кожныхъ покрововъ и костей удовлетвори-тельно. Электровозбудимость мышцъ и нервовъ нормальна. Тоны сердца чисты. Моча нормальна. Поясничныи проколъ, произведенный 6 октября 1910 года ассистентомъ клиники В. П. Первушинымъ, далъ слѣдующіе результаты: давленіе черепно-мозговой жидкости нормально, лимфоцитовъ 4, 3; реакція Nonne положительна: имѣется легкая муть.

Со стороны психической сферы слѣдуетъ отмѣтить: уость кругозора; больной незнаетъ названія рѣки, которая протекаетъ черезъ его село; недостаточное количество представлений и понятій: изъ 12 мѣсяцевъ въ году можетъ назвать только четыре: январь, февраль, сентябрь, октябрь. Изъ время года знаетъ только три, при чемъ перечисляетъ ихъ въ слѣдующемъ порядкѣ: зима, осень, лѣто. Дни недѣли перечисляетъ; сколько дней въ мѣсяцѣ не знаетъ; недостаточное развитіе ассоціативныхъ процессовъ и логическихъ операций; задержка мышленія; напр., осень помѣщаетъ послѣ зимы; 4 и 4 складываетъ правильно, а 3 изъ 8 отнять не можетъ, даже если ему показываютъ на пальцахъ; слабость сужденія; хочеть поправиться, чтобы весело жить; настроеніе благодушное; незамѣтно, чтобы тяготился своими умственными дефектами; легко смѣется, особенно, когда отвѣчаетъ невпопадъ; вниманіе ослаблено.

21 октября с./г. въ 5 час. 25 мин. вечера было произведено экспериментально-психологическое изслѣдованіе психики Т., по атласу прив.-доц. Рыбакова, врачомъ Л. Воскре-

*сенскимъ*, работающимъ при каедрѣ душевныхъ болѣзней. Передъ изслѣдованіемъ больной былъ въ нѣсколько угнетенномъ состояніи, ночь и день провелъ нормально. I. *Зрительныя ощущенія*. Способность къ различенію оттѣнковъ цвѣтовъ понижена, ошибки въ сторону большей интензивности. Коэффициентъ свѣтовыхъ ощущений=1,6; Коэффициентъ способности къ различенію цвѣтовъ=0,6. II. *Вниманіе*. Вниманіе значительно разстроено. Показатель степени напряженности вниманія=1. Изслѣдуемый не могъ правильно сосчитать 12 бѣлыхъ кружковъ. Активное вниманіе съ выборомъ ослаблено: не могъ сосчитать 46 черныхъ кружковъ въ теченіе 85 секундъ. Показатель объема вниманія=2. III. *Наблюдательность*. Наблюдательность понижена; показанные рисунки: замокъ, топоръ и клещи не могъ указать при другомъ расположеніи среди многихъ рисунковъ. IV. *Память*. Память значительно ослаблена: не могъ повторить 4 обыкновенныхъ слова въ опредѣленномъ порядкѣ. Коэффициентъ запоминанія рисунковъ=0,6. V. *Сужденіе*. Способность сужденія и умозаключенія представляютъ серьезныя уклоненія отъ нормы: изслѣдуемый не могъ объяснить картину, на которой изображено, какъ мальчикъ, вздумавшій воровать яблоки, былъ жестоко за это наказанъ садовникомъ. VI. *Воспріятіе и запоминаніе*. Воспріятіе и запоминаніе въ значительной мѣрѣ ослаблены: показанную въ теченіе 30 секундъ картину, изображающую 2-хъ коровъ, изъ которыхъ одну доить женщина, могъ на словахъ передать такъ: „корова..... доять ее..... двѣ бабы....“; при чемъ на это ушло 95 секундъ.

Уже при одномъ взглядѣ на больного первое, что обращаетъ на себя наше вниманіе,—это произвольныя, неправильныя судороги въ области различныхъ мышцъ, а потому первый вопросъ, который приходится рѣшать при постановкѣ діагноза хронической прогрессивной хореи—это вопросъ о томъ, имѣются ли въ данномъ случаѣ дѣйствительно хорейческія движенія или другой какой-нибудь видъ судорогъ, сходный по внѣшнему виду съ хорейческими. Въ этомъ отношеніи хроническую хорею легче всего смѣшать съ той болѣзненной формой, которая носитъ названіе *maladie de tic со-*

nvulsif или *myospadia impulsiva*. Болѣзнь эта, какъ и *chorea chronica progressiva*, — неизлѣчима, наследственна, развивается не остро, а медленно, и длится многіе годы, но несмотря на это сходство, между обѣими формами имѣется и существенное различіе. При тикѣ произвольныя движенія большою частью бывають въ однѣхъ и тѣхъ же мышечныхъ группахъ, отличаясь болѣе быстрымъ, такъ сказать, молніеобразнымъ сокращеніемъ мышцъ; кромѣ того, функція конечностей почти не разстраивается; для *myospadia impulsiva* характерно повтореніе какого-нибудь слова, насильственное произнесеніе бранныхъ словъ и фразъ, явленіе, извѣстное подъ названіемъ копролаліа, также повтореніе видѣнныхъ движеній (*эхопраксія*), подражаніе звукамъ (*эхолалія*); ничего подобнаго у хореиковъ мы не встрѣчаемъ. Можно бы принять подергиванія у нашего больного за судороги при *chorea posthemiplegica*, такъ какъ хореическія движенія при этой формѣ болѣзни имѣють хроническое теченіе, оставаясь на всю жизнь больного, но главнымъ отличіемъ служить то обстоятельство, что судороги при *chorea posthemiplegica* бывають въ одной части тѣла, при чемъ изъ анамнеза всегда выясняется, что судороги развились на пораженной половинѣ тѣла послѣ мозгового кровоизліянія или размягченія, а посему двустороннія судороги у нашего больного и отсутствіе мозгового инсульта въ анамнезѣ, говорятъ за хроническую хорею. Отсутствіе тугоподвижности и характернаго ритмическаго *tremor*'а кисти и пальцевъ, а также отсутствіе застываго, маскообразнаго выраженія лица, исключаютъ въ данномъ случаѣ дрожжательный параличъ. Не слѣдуетъ упускать изъ вида и истерію, проявляющуюся въ хореиформныхъ судорогахъ; но не имѣя въ данномъ случаѣ ни одного изъ симптомовъ, свойственныхъ истеріи, какъ то: быстрой смѣны настроеній, черемѣрно-развитого воображенія, различныхъ разстройствъ чувствительности, судорожныхъ, объемистыхъ, сложныхъ движеній въ рукахъ, ногахъ и головѣ, движеній, которыя повторяются одно-

образно, съ большой правильностью, ритмически, и не видя въ теченіе самой болѣзни никакихъ колебаній въ проявленіяхъ болѣзни, мы имѣемъ полное основаніе исключить здѣсь истерію. Но особенно легко можно впасть въ ошибку, принявъ за хроническую хорею обыкновенную chorea minor. Однимъ изъ отличительныхъ признаковъ chorea chronica progressiva отъ chorea minor является наследственность, при чемъ заболѣваніе хронической хореей въ молодыхъ годахъ особенно часто наблюдается при семейной формѣ страданія, при которой каждое слѣдующее поколѣніе обыкновенно поражается все въ болѣе и болѣе раннемъ возрастѣ. Обращаясь въ исторіи болѣзни нашего больного, мы видимъ, что онъ заболѣлъ въ болѣе раннемъ возрастѣ (22 хъ лѣтъ), чѣмъ его мать (на 40-мъ году). Другимъ такимъ же важнымъ отличительнымъ признакомъ хронической хореей отъ chorea minor, носящей всѣ признаки острого инфекціоннаго заболѣванія, является хроническое прогрессирующее теченіе болѣзни у нашего больного, по большей части безъ ремиссій въ теченіе болѣзненнаго процесса; говоря „по большей части“, я имѣю въ виду то обстоятельство, что ремиссії могутъ, хотя и рѣдко, наступать и при хронической хорее, какъ объ этомъ сообщаетъ *Schulze*. Изъ анамнеза больного мы видимъ, что болѣзнь его въ теченіе 6-ти лѣтъ все прогрессируетъ, а по амбулаторнымъ даннымъ клиники, которую больной впервые посѣтилъ въ 1908 году, мы имѣемъ основаніе заключить, что въ теченіи его болѣзни не имѣется никакихъ ремиссій, а напротивъ, болѣзнь его все болѣе и болѣе усиливается. Далѣе, мы знаемъ, что хореическія движенія при хронической прогрессивной хорее, подчинены произвольнымъ движеніямъ, и нашъ больной самъ ѣстъ, пользуется ложкой, можетъ самъ надѣть на ногу чулокъ и т. д. Наконецъ, въ пользу хронической хорее говорятъ и очень сильное измѣненіе психики нашего больного.

Для полноты обзора остановлюсь еще на двухъ формахъ мозгового заболѣванія, которыя при сочетаніи психическихъ

и нервныхъ симптомовъ могутъ подать поводъ къ смѣшенію съ хронической хореей. Эти формы: общій прогрессивный параличъ помѣшанныхъ и разсѣянный склерозъ. Прежде всего анамнезъ нашего больного указываетъ на однородную наслѣдственность; далѣе, на первый планъ у нашего больного выступаетъ забывчивость, благодушное настроеніе, тогда какъ при началѣ болѣзни у паралитиковъ эвфорическій стадій сопровождается маниакальнымъ возбужденіемъ съ повышенной предприимчивостью и большою аффективностью. Кромѣ того, прогрессивный параличъ начинается разстройствомъ психики, тогда какъ у хореевъ болѣзнь обыкновенно начинается двигательнымъ разстройствомъ. По клинической картинѣ судороги паралитиковъ—это клоническія судороги съ распределеніемъ въ порядкѣ корковыхъ центровъ, у нашего больного имѣются беспорядочныя, разнообразныя, размахистыя движенія. Отличіе заключается и въ теченіи болѣзни: прогрессивный параличъ начинается острѣе, течетъ скачками, даетъ ухудшенія и улучшенія; хроническая прогрессивная хорея нашего больного началась медленно, прогрессивно увеличиваясь безъ колебаній въ ту или другую сторону. Отличіе разсѣяннаго склероза отъ хронической хореей въ данномъ случаѣ не представляетъ затрудненій; нѣтъ у больного нистагма, очень частаго при разсѣянномъ склерозѣ; судороги при разсѣянномъ склерозѣ носятъ характеръ дрожанія, усиливающегося при произвольномъ движеніи; размахистыя и какъ бы цѣлесообразныя движенія хореевъ у склеротиковъ не наблюдается, затѣмъ у склеротиковъ обычны спазмы и гипертонія, при прогрессивной хорее, если и бываютъ параличи, то слабые. Теченіе разсѣяннаго склероза скачками, съ значительными ремиссіями, при прогрессивной хронической хорее теченіе болѣзни лавинообразное, прогрессивное, съ ухудшеніемъ. Съ психической стороны при хорее уже въ началѣ замѣтны разстройство памяти и слабоуміе, при разсѣянномъ склерозѣ разстройство памяти выступаетъ въ позднѣйшее вре-



мя, а на первомъ планѣ картина психоза сказывается легкой депрессіей и раздражительностью.

Такимъ образомъ медленно прогрессирующее теченіе болѣзни у нашего больного, разлитыя, не ритмическія, хорейскія судороги, нормальная чувствительность, отсутствіе тугоподвижности при живыхъ рефлесахъ, измѣненіе психики и однородная наслѣдственность даютъ мнѣ полное основаніе поставить здѣсь діагнозъ *chorea chronica progressiva*.

Что касается этиологическаго момента у нашего больного, то главная роль выпадаетъ на долю наслѣдственности, которая при описываемой болѣзни представляетъ собою такое обычное явленіе, что *Huntington* и другіе авторы хроническую хорейку прямо отождествляли съ хореей наслѣдственной. Наслѣдственность при хронической хорейкѣ большей частью бываетъ прямой и передается отъ отца къ сыну, въ нашемъ случаѣ отъ матери къ сыну, отъ сына къ внуку и т. д. Сплошь и рядомъ *chorea chronica* является болѣзнью фамильной, но не подлежитъ сомнѣнію тотъ фактъ, что въ практикѣ встрѣчаются и такіе случаи, гдѣ самое тщательное изученіе генеалогіи больного не даетъ намъ права говорить ни о прямой наслѣдственности ни объ особыхъ предрасположеніяхъ къ заболѣванію нервной системы. Что же касается ближайшихъ причинъ возникновенія болѣзни, то въ литературѣ имѣются указанія на травму, ревматизмъ, эндокардитъ, а также на душевное волненіе, какъ таковой моментъ, вслѣдъ за которымъ наступило развитіе описываемой болѣзни. И для нашего больного, быть можетъ, при его наслѣдственности достаточно и того испуга, о которомъ мы упомянули въ анамнезѣ, чтобы на сцену выступила характерная картина хронической хорейки.

Что касается измѣненій со стороны нервной системы при хронической хорейкѣ, то при макроскопическомъ осмотрѣ нервной системы лица, умершаго при явленіяхъ хронической прогрессивной хорейки, въ нѣкоторыхъ случаяхъ не открывает-

ся ничего ненормального, въ нѣкоторыхъ же случаяхъ уже грубое обследованіе невооруженнымъ глазомъ обнаруживаетъ со стороны мозга цѣлый рядъ грубо-анатомическихъ измѣненій. Такъ, обычнымъ явленіемъ при chorea chronica можно считать картину розлитого церебральнаго пахименингита, лептоменингита, замѣтное утолщеніе мозговыхъ извилинъ, общую атрофію головного мозга и пр. Что касается микроскопическихъ измѣненій нервной системы, то они открываются, главнымъ образомъ, въ предѣлахъ головного мозга, но отчасти въ области мозжечка и въ области спинного мозга. Въ головномъ мозгу измѣненія констатируются по преимуществу въ корѣ двигательной области и въ подлежащемъ бѣломъ веществѣ. Здѣсь можно видѣть ясно выраженную мелкоклеточную инфильтрацію, при чемъ инфильтрирующіе элементы иногда бываютъ разсѣяны равномерно по всей корѣ и субкортикальномъ бѣломъ веществѣ, иногда особенно обильно скапливаются въ перичеллюлярныхъ пространствахъ гангліозныхъ клетокъ и при томъ въ тѣхъ отдѣлахъ, гдѣ располагаются малыя и среднія пирамиды, при чемъ въ малыхъ и среднихъ пирамидахъ можно констатировать или сравнительно ничтожныя измѣненія или же рѣзкую деструкцію ихъ, какъ то: хромотолизъ клеточнаго тѣла, распадъ внутриклеточныхъ волоконъ, перемѣщеніе ядра, измѣненія ядрышка; Бетцевскія же клетки обычно сохраняютъ свой нормальный видъ. Рядомъ съ пораженіемъ гангліозныхъ клетокъ мозговой коры нерѣдко, имѣетъ мѣсто убыль тангенціальныхъ волоконъ и волоконъ str. superradialis. Кровеносные сосуды также могутъ претерпѣвать рядъ измѣненій, чаще всего констатируется рѣзкое утолщеніе адвентиціи. Въ предѣлахъ мозжечка можно констатировать тѣ же самыя измѣненія, какія мы встрѣчаемъ въ головномъ мозгу. Въ спинномъ мозгу очень часто не удается открыть ничего ненормального, хотя въ литературѣ есть указанія на пораженія клетокъ переднихъ ро-

говъ, перерожденіе заднихъ корешковъ и на отдѣльныя мѣста пораженія периферической части боковыхъ столбовъ.

Такимъ образомъ въ настоящее время хроническая прогрессирующая хорея относится къ разряду органическихъ страданій нервной системы. Данныя поясничнаго прокола у нашего больного даютъ мнѣ нѣкоторое основаніе думать, что у него имѣется органическое заболѣваніе, такъ какъ лимфоцитозъ у больного равняется 4,3, близкій къ патологическому, а главное, реакція Nonne дала положительный результатъ—очень слабая муть.

Всю суть страданія при хронической хорей авторы усматриваютъ не въ грубоанатомическихъ измѣненіяхъ, находящихся со стороны центральной нервной системы, а въ измѣненіяхъ микроскопическихъ, отрывааемыхъ въ области коры большого мозга. Возвращаясь къ нашему случаю, мы всѣ главнѣйшіе элементы клинической картины страданія больного безъ труда можемъ объяснить локализацией болѣзненнаго процесса въ корѣ двигательной области головного мозга. Наличие двигательныхъ расстройствъ въ формѣ хореическихъ судорогъ у нашего больного мы можемъ связать съ пораженіемъ малыхъ и среднихъ пирамидъ мозговой коры; наоборотъ, цѣлость Бетцевскихъ клѣтокъ, которыя признаются за начало волоконъ пирамидныхъ путей объясняютъ намъ, почему нашъ больной можетъ подавлять свои судороги собственной волей. Непорядки же въ сферѣ интеллекта нашего хорейка съ полнымъ правомъ могутъ быть отнесены на счетъ убыли тангенціальныхъ волоконъ и волоконъ str. superradialis, но если мы еще примемъ во вниманіе, что болѣзненный процессъ захватываетъ лобныя доли, то намъ уже совсѣмъ понятно измѣненіе психики у нашего больного.