

Заключение

Мы можем сказать, что подавляющее число работ зарубежных ученых имеет частный характер; в них не поднимаются крупные теоретические вопросы; по своей сущности, они отчасти дополняют, отчасти несколько расширяют наши знания по патологии и физиологии органов пищеварения. В докладах авторы ограничились сообщением собственного опыта без широкого обобщения полученных фактов с работами других авторов.

Сопоставляя итоги четвертого Международного конгресса гастроэнтерологов с состоянием гастроэнтерологии в Советском Союзе, мы можем сказать, что достижения советских ученых в области изучения физиологии и патологии органов пищеварения превышают то, что имеется в зарубежных странах. И это не случайно. Система социалистического здравоохранения, построенная на принципах профилактической медицины, с широким охватом населения курортно-санаторным лечением, диспансеризацией больших контингентов людей, бесплатным лечением, с использованием новейших методов и средств лечения и т. п., создает условия для резкого снижения заболеваемости и предупреждения их возникновения. С другой стороны, широкая сеть научно-исследовательских институтов и клиник, разрабатывающих актуальные вопросы теории и практики гастроэнтерологии, в значительной мере способствует разработке проблем этиологии, патогенеза и терапии заболеваний пищеварительного аппарата. Конечно, многие вопросы гастроэнтерологии остаются и по сей день не выясненными, требуя дальнейшего углубленного и всестороннего изучения.

Академик К. М. Быков

Проф. И. Т. Курцин

(Ленинград)

Поступила 14 января 1959 г.

ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ВОПРОСАМ БОРЬБЫ С АЛКОГОЛИЗМОМ

(19—21 февраля 1959 г., Москва)

На конференции присутствовало более 500 врачей из различных городов Советского Союза.

В отношении организационных форм лечения алкоголизма большинство авторов высказалось за „ступенчатую“ систему (А. Я. Доршт, Г. В. Зеневич, Г. Э. Рихтер, Е. М. Экелова-Багалей, Е. В. Маслов и др.). Наиболее стройно эта система была представлена Г. В. Зеневичем (Ленинград), который предложил считать: первой ступенью — вытрезвление острого алкогольного опьянения в вытрезвителях; второй — амбулаторное лечение в психоневрологическом диспансере; третьей — комбинированное лечение с кратковременным содержанием в стационаре и продолжением лечения в диспансере; четвертой — длительное больничное лечение с последующим наблюдением в диспансере; пятой — помещением в трудовые колонии с длительным содержанием и обязательным применением трудового режима.

Указанное предложение имело возражение лишь в первом пункте, принцип же лечения в других звеньях лечебно-профилактической помощи никем не оспаривался. Вопрос шел лишь о различных вариациях этого принципа, а также о том, считать ли предпочтительным лечение в амбулаторных условиях, или в стационаре, с какими формами алкоголизма направлять в различные системы противоалкогольных учреждений, как бороться с отказами от лечения, рецидивами, отсевами при данных организационных формах работы.

Если ряд врачей выдвигает на первый план преимущества амбулаторного лечения, то некоторые авторы находят большую целесообразность длительного стационарного лечения. Так, А. Я. Доршт (Ставрополь-Кавказский) на основании сводки по борьбе с алкоголизмом в Ставропольском психоневрологическом диспансере в 1955 и 1956 гг., при давности наблюдения в течение двух — трех лет, отметил положительный эффект при амбулаторном лечении только в 38,8%, тогда как при длительном лечении в стационаре за те же годы — в 71,7%.

Наибольший материал представил И. К. Янушевский (Москва), который на 1768 лицах, обследованных катamnестически, установил, что длительность ремиссий некоторых групп алкоголиков в амбулаторных условиях более продолжительна, чем после лечения в стационаре. Меньшую эффективность стационарного лечения он связывает с отсутствием преемственности между алкогольными отделениями психиатрических больниц и диспансерами, а также с краткостью содержания в стационарах, где часто больных держат только до вытрезвления, и больница тем самым выполняет как бы функции вытрезвителя. На вышеуказанном материале автор

отмечает, что женщины составляют 80%, что пить они начинают большей частью после 30 лет, тогда как мужчины начинают пить после 20 лет. Автор приходит к выводу, что алкоголизм поражает самый цветущий возраст, причем $\frac{2}{3}$ алкоголиков привыкали к нему постепенно. Пример и влияние товарищей, „алкогольные традиции“ имели существенное значение в этиологии алкоголизма.

Анализ 500 случаев алкоголизма в Москворецком районном психоневрологическом диспансере за последние 2,5 года, представленный А. Б. Александровским, Т. И. Ивановой, М. Ю. Новак, показал, что стационарным лечением было всего охвачено 14% и по эффективности оно не выше амбулаторного. Авторы подчеркивают необходимость выявления начальных форм хронического алкоголизма, которые при амбулаторном лечении наиболее курабильны. До последнего времени этой группе больных не уделялось должного внимания. Об этом же говорят и другие авторы (С. И. Полинковский, Е. Д. Красик и Л. В. Колтун и др.).

Н. Кравченко и Я. Ойфа (Одесса) эффективность амбулаторного лечения показывают на 200 больных и считают, что лица, имеющие начальные формы алкоголизма без выраженных соматических и психических нарушений, но с положительной установкой на лечение, подлежат мерам общественного воздействия с последующим амбулаторным лечением по месту жительства; больные же с изменениями со стороны внутренних органов и нервной системы, без выраженной деградации личности и положительной установкой на лечение — должны лечиться амбулаторно и только в случаях частых рецидивов направляться в специализированные стационары. После выписки из больницы лечение их должно быть продолжено в амбулатории по месту жительства. Наконец, больных, имеющих нервно-психические и соматические заболевания, с выраженной деградацией личности, без положительной установки на лечение необходимо направлять в специальные отделения психиатрических колоний со строгим закрытым трудовым режимом и комплексным лечением.

Е. В. Маслов (Львов) вносит коррективы лишь во вторую группу больных, к которым он относит хронических алкоголиков, желающих лечиться и продолжать работу, но страдающих резким ослаблением воли при сохранившейся критике. Он считает, что больные такого профиля должны помещаться в наркоотделения или острые отделения психоневрологических больниц закрытого типа, с твердым трудовым режимом. Более упрощенную схему дифференциации больных по профилю предлагают Г. Э. Рихтер, Е. М. Экелова-Багалей (Харьков). Они находят, что для обеспечения лечебной помощью всех групп больных хроническим алкоголизмом необходимо их направлять: без психического расстройства — в амбулаторию, с психическим расстройством — в стационары, со стойким снижением личности — в психиатрические колонии.

Н. В. Кашина (Одесса) установила, что с 1954 г. по январь 1959 г. на амбулаторном лечении Одесского психоневрологического диспансера находилось 630 больных. Из них у 360 отмечался хороший результат лечения, а именно: от 1 до 2 лет не пьют 124 чел., от 2 до 3 лет — 92, от 3 до 4 лет — 45. После 2—4-летней ремиссии употребляют алкоголь 99 чел., но в умеренных дозах.

Н. А. Лябкин (Одесса) сообщил следующие цифры по психотерапевтическому кабинету при Одесском психоневрологическом диспансере за 8 лет, начиная с июня 1950 г.: всего прошло через комплексное лечение 389 чел., закончивших полный трехмесячный курс антиалкогольного лечения. Из них у 92,8% удалось достичь выздоровления, и только у 7,2% лечение оказалось безрезультатным. М. И. Фель и Л. З. Фарзалибекова (Баку) хороший результат при амбулаторном лечении отмечают в 56,2%.

Как видно, большинство врачей отдают предпочтение амбулаторному лечению, в пользу которого выдвигаются следующие мотивы: амбулаторное лечение не ограничено сроками, не отрывает больного от обычной для него обстановки, дает возможность сократить сроки и количество госпитализаций, что способствует разгрузке больниц. Указывается и на то, что частота рецидивов у одних и тех же немногих больных будет служить плохим образцом для начинающих и заканчивающих лечение в стационаре, поэтому лучше подобных больных лечить амбулаторно.

Однако, если некоторые авторы одним из положительных сторон амбулаторного лечения считают момент отсутствия элементов принуждения в лечении больных, то другие, напротив, находят, что необходимы меры общественного и административного воздействия для борьбы с чрезвычайно большим отсевом начинающих алкогольное лечение (Н. А. Лябкин).

Г. И. Волошин, Л. А. Степанов, В. М. Шумаков (Ярославль) отмечают, что после стационара обращается в диспансер очень мало больных, не более 25%. На этом основании они приходят к выводу о необходимости специального наркологического диспансера.

А. М. Рапорт (Москва) подчеркивает, что борьба с алкоголизмом во всех ее звеньях (профилактика, лечение) должна осуществляться врачами любой специальности, работающими в клиниках, стационарах, диспансерах, а не только психиатрами-наркологами. Он призывает к тому, чтобы вопросы алкоголизма шире освещались

на кафедрах внутренних болезней, психиатрии, невропатологии, гигиены и др. Н. Кравченко и Я. Ойфа, говоря о том же самом, добавляют, что необходимую подготовку специалистов следует проводить на базе специализированных учреждений. Эту мысль поддерживает и И. М. Невский (Ленинград). Последний упоминал также о явно недостаточной коечной сети и необходимости ее расширения. Н. Кравченко и Я. Ойфа сообщают, что через Одесский наркокабинет проходит в течение года всего 140 больных, а в стационарах — 267, что свидетельствует о небольшой пропускной их способности.

Длительность пребывания в стационаре одни авторы определяют в 3 месяца (Н. А. Лябакин), другие в 1,5 месяца (М. А. Чалисов). Т. Н. Карапина, Е. Д. Красик и Л. В. Колтун (Рязань) считают, что ранние формы алкоголизма без деградации личности должны лечиться амбулаторно и что хронические алкоголики, независимо от эффективно проведенного курса лечения, должны находиться под наблюдением диспансера не менее двух-трех лет, периодически проводя поддерживающую терапию через каждые 3—5 месяцев. Авторы полагают, исходя из своего опыта, что только срок воздержания в 2—3 года можно считать излечением от алкоголизма. Поддерживающей терапии придерживаются Г. Э. Рихтер, Е. М. Эkelова-Багалей (Харьков), Н. В. Канторович (Фрунзе), В. В. Михайлов, И. П. Попов, Б. Л. Шендеров (Ленинград) отмечают, что при подкреплении процент стойких ремиссий достигает 90—95%.

На конференции говорилось и о том, что стационары не должны выполнять функций вытрезвителей, что организация вытрезвителей должна быть расширена, исходя из нужд каждого района (И. М. Невский).

Новые предложения внесли Г. В. Зеневич (Ленинград) и З. А. Родионова (Горький), которые считают, что вытрезвители должны иметь врачей для избежания диагностических ошибок, оказания необходимой помощи, выявления ранних форм и осуществления преемственности. Э. К. Ключт, А. Н. Шогам (Ашхабад) делятся своим опытом в отношении формы связи республиканской психоневрологической больницы с вытрезвителем. Они проводят методическую помощь, цикл теоретических и практических занятий с фельдшерами, практикуют активное направление алкоголиков из вытрезвителя в диспансер.

Ряд выступлений были посвящены необходимости организации принудительного лечения тяжелых алкоголиков (А. Я. Доршт, Г. С. Амадян). Другие авторы, не упоминая слово „принудительное“, говорили о необходимости „организации“ разнообразных мер общественного и административного воздействия для привлечения уклоняющихся и отсеивающихся в процессе лечения алкоголиков“ (Н. А. Лябакин), о необходимости организации не психиатрических, а трудовых колоний для алкоголиков (И. О. Нарбутович — Сталинград, И. М. Невский, А. Р. Тадтаев, И. Т. Виктор — Ленинград и др.).

В отношении порядка направления на принудительное лечение интересными и принципиально новыми являются предложения ленинградских авторов. Н. С. Лейкина, П. С. Элькинд, И. Ф. Случевский, Н. Н. Тимофеев предлагают помещать хронических алкоголиков через суд в психоневрологическую больницу на общих основаниях. Эту меру они называют административным принуждением. Для организации административного принуждения рекомендуют создать при райсоветах комиссии с участием психиатров, которые будут рекомендовать суду форму принудительного лечения. Авторы считают, что необходимо проводить также принудительное лечение в системе органов наказания. Это лечение при хроническом алкоголизме должен назначать суд вместе с наказанием. Этот доклад вызвал оживленное обсуждение. С. И. Полинковский (Киев) не согласен с проведением принудительного лечения в психоневрологических больницах. Он предлагает проводить принудительное лечение в специальных трудовых колониях закрытого типа. Э. А. Бабаян (Москва) и Мазур (Кемерово) предложили нарушение режима психиатрической больницы и отказ хронических алкоголиков от лечения приравнять к уголовно-наказуемому преступлению.

Принципиально новыми являются и высказывания Э. К. Ключт, А. Н. Шогам о том, что „основным видом принудительного лечения должно быть амбулаторное лечение в психоневрологических диспансерах, наркоотделениях общесоматических больниц, а в отдельных случаях — при крупных вытрезвителях“.

В отношении порядка направления на принудительное лечение большинство участников конференции высказывалось, что это направление необходимо осуществлять через судебные органы после совершения правонарушения.

Говоря о профилактике, все авторы заявляли о необходимой связи диспансеров с общественными организациями, членами семьи для воспитательной работы и осуществления контроля, о необходимости налаживания вопросов быта, семейных отношений, трудоустройства. Акцентировалось внимание и на антиалкогольном воспитании детей, молодежи.

Л. В. Орловский (Москва) отметил, что после некоторого оживления в 1954—55 гг. противоалкогольной работы начался ее спад, о чем свидетельствуют хотя

бы такие цифры: в 1954 г. было выпущено 38 изданий литературы по алкоголизму, а в 1957 г. — только 5 изданий. Он призвал к активному включению в борьбу против алкоголизма всех медицинских работников: профессоров, сотрудников научных институтов, врачей всех специальностей, средних медицинских работников, студентов-медиков. В. В. Михайлов, И. П. Попов, Б. Л. Шендеров (Ленинград) советуют в лекционной пропаганде не расценивать алкоголизм как болезнь, независимо от личных точек зрения врача.

Много говорилось о профилактике хронического алкоголизма путем выявления ранних форм, о профилактике рецидивов. С. М. Беляев, А. Г. Макеева (Томск) приводят большие цифры рецидивов. Из числа леченных за период с 1954 по 1957 гг. прослежены катamnестически 500 чел. Рецидивы в течение полугода возникли у 45% больных. Число не пьющих более года составляет 31%. Упомянулось и о такой мере профилактики профессиональной вредности, как реорганизация технологии производства алкогольных напитков, с исключением контакта рабочих как с винными парами, так и самими напитками. Н. В. Канторович на примере знакомства с ликвидацией алкоголизма в Китайской Народной Республике считает, что большое значение имеет „хорошо организованное общественное и моральное осуждение пьянства“.

На конференции обсуждались и вопросы клиники и патогенеза алкоголизма и алкогольных психозов.

В последний день конференции обсуждались вопросы лечения хронического алкоголизма, по которым опубликованы тезисы 50 сообщений и выступили с докладами 17 участников конференции. Многие докладчики, приводя статистику эффективности лечения, показали, что около 30% хронических алкоголиков, леченных различными методами, не рецидивируют в течение года после первого курса лечения, а 70% начинают вновь злоупотреблять алкоголем в различные сроки, до года.

Много докладов было посвящено лечению хронического алкоголизма антабусом и осложнениям, возникающим в связи с таким лечением. По некоторым сообщениям, эффективность антабуса несколько больше условнорефлекторных методов, по иным данным, применение его не имеет преимуществ перед другими методами. Сложилось общее мнение о целесообразности применения антабуса в стационарных и амбулаторных условиях, при строгом учете и профилактике возможных осложнений.

И. В. Стрельчук и А. И. Воздвиженская (Москва) наблюдали на 4116 случаев 8 антабусных психозов, которые длились от 5 до 25 дней и выражались в галлюцинозно-параноидном синдроме с напряженностью, страхом и агрессивностью. Психозы хорошо поддавались лечению нейролегическими средствами (аминазин, резерпин). Авторы считают, что психотические нарушения возникают при передозировке антабуса или у больных с травмой головного мозга в анамнезе. При непереносимости к антабусу рекомендуется делать 5—6-дневный перерыв с проведением дезинтоксикационного лечения.

В. И. Максименко (Тамбов) сообщила о 22 случаях антабусных психозов, в двух случаях закончившихся летально. Автор делит развитие психического расстройства на три периода. Первый период характеризуется параноидным синдромом при сохраненной ориентировке, второй — психомоторным возбуждением с нарушением ориентировки, третий — коматозным состоянием. После выхода из них длительно отмечается дезориентировка, спутанность сознания, нарушение памяти, изменение настроения. Иногда наблюдаются эпилептиформные припадки.

В. С. Андреева (Москва), описав побочные явления после приема антабуса, исчезавшие при снижении дозировки, сделала вывод, что у больных алкогольной энцефалопатией антабусная терапия не эффективна и вызывает злокачественное течение хронического алкоголизма.

С. М. Беляев и А. Г. Макеева (Томск) сообщили, что из 208 больных, леченных антабусом при хроническом алкоголизме, не пьют свыше года 58%. Они наблюдали в 6 случаях делириозные состояния и в 3 — смертельные исходы после употребления алкоголя в домашних условиях.

Н. В. Иванов (Горький) и В. Е. Рожнов (Москва) высказали мнение, что различные методы лечения алкоголизма не могут быть действенными без сочетания с психотерапией. Они предлагают проводить психотерапию по методу мотивированных внушений, удлинённой гипнотерапии, а остальные методы предлагают применять как вспомогательные.

И. В. Стрельчук (Москва) доложил о применении настоя плавунца болотного для получения отрицательной реакции на алкоголь.

А. П. Исаенко (Львов), применив в комплексе с другими мероприятиями инъекции 0,37% раствора сульфазина подкожно, отметил, что после первой инъекции ликвидировался абстинентный синдром и снижалось артериальное давление. Вместе с ликвидацией влечения к алкоголю улучшалось самочувствие больных. В руках автора данный метод по эффективности не уступал антабусу. Он предлагает проводить всего 3 инъекции в течение 10 дней с дальнейшей аутогемотерапией, совместно с дублексом.

Большинство участников конференции склонялось к большим преимуществам лечения шадящими методами (апоморфин, гипнотерапия, рациональная психотерапия и пр.), а также к необходимости изыскания менее токсических методов лечения, взамен антабуса.

Е. С. Станкевич, Ю. Г. Шапиро
(Казань)

Поступила 13 марта 1959 г.

ПЕРВАЯ ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ КУРОРТОЛОГОВ И ФИЗИОТЕРАПЕВТОВ

(24—28 ноября 1958, Свердловск)

На конференции было представлено из различных республик и городов более 40 докладов по экспериментальному, терапевтическому и неврологическому разделам бальнеофизиотерапии различных заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Конференция была открыта вступительным словом проф. Н. С. Четверикова. Доклад о состоянии и развитии курортов, санаториев и домов отдыха в РСФСР в 1959—65 гг. сделал зам. министра здравоохранения РСФСР Г. М. Еременко.

Проф. А. Н. Обросов сообщил о перспективах развития физиотерапии в РСФСР в 1959—1965 гг.

Доклад на тему: „Итоги изучения Свердловским научно-исследовательским институтом курортологии и физиотерапии применения курортных и физических факторов при сердечно-сосудистых заболеваниях“ сделал проф. Д. Г. Шефер.

Пленарное заседание открылось докладом проф. А. Н. Обросова (Москва) о современном состоянии вопроса о механизме действия лечебных физических факторов.

Состояние и перспективы санаторно-курортного лечения сердечно-сосудистых больных на Урале и в смежных областях были освещены в докладе директора Свердловского института курортологии и физиотерапии, кандидата медицинских наук Н. В. Орлова и в ряде сообщений сотрудников этого института.

Живой интерес вызвал доклад С. Н. Ардашникова и проф. Е. С. Щепотьевой (Москва) о радонотерапии сердечно-сосудистых заболеваний в свете новых данных о действии ионизирующих излучений на сосуды. По данным авторов, для рационального использования альфа-облучения больного необходимо знать величины и распределение поглощенных доз альфа-излучения в организме, а также роль фактора времени, для чего требуется разработка ряда радиометрических и дозиметрических вопросов (поведение радона и продуктов его распада в воде ванн и во вдыхаемом воздухе, пути облучения организма при той или иной форме процедуры, законы распределения радона и продуктов его распада в организме и скорость выделения их из организма и т. п.). Имеющиеся клинические и экспериментальные данные по действию относительно малых доз излучения (единицы и десятки рентгенов) на сосуды в норме и патологии указывают на то, что основные изменения, наступающие под действием ионизирующего излучения, могут быть охарактеризованы как нейроциркуляторная дистония гипотонического типа, в развитии которой принимают участие нейроэндокринные механизмы.

В докладе „К теоретическому обоснованию кинезитерапии при сердечно-сосудистых заболеваниях“ проф. М. Р. Могенович (Пермь) отметил, что при некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы нарушается нормальный механизм моторно-висцеральных (проприоцептивных) рефлексов, наступает диспропорция между интенсивностью мышечной деятельности и реактивностью сердечно-сосудистой системы. По его мнению, восстановление нарушенного механизма моторно-висцеральных рефлексов может быть осуществлено кинезитерапией (лечением движениями), которая, включая ходьбу и пассивные движения, при соответствующей дозировке и индивидуальном подходе может применяться и в отношении таких заболеваний, при которых до сих пор рекомендовался только покой (инфаркт миокарда, аневризма сердца и т. д.).

Учитывая благотворное влияние занятий физическими упражнениями на лиц пожилого возраста и успешное применение ЛФК при некоторых сердечно-сосудистых заболеваниях, ст. научн. сотрудн. К. И. Сальникова и Р. А. Шибакина (Свердловск) применяли ЛФК в комплексной терапии (сероводородные ванны, аскорбиновая кислота и т. д.) больных атеросклерозом. Авторы пришли к выводу, что такая терапия улучшает функцию сердечной мышцы и сердечно-сосудистой системы в целом, оказывает положительное влияние на липоидный обмен (повышая лецитинохолестериновый индекс), что весьма существенно в лечении и профилактике атеросклероза.

Значение климатотерапии в санаторно-курортном лечении сердечно-сосудистых заболеваний было представлено А. Ф. Никитиной и А. П. Шушаковым (Свердловск). Авторы сообщили о том, что недостаточность кровообращения, часто сопровождаю-