

динг М. Н. Сб. «Опухоли центральной нервной системы», Украинской психоневрологической академии. Госмедиздат, Киев, 1936. — 5. Раздольский И. Я. Опухоли головного мозга. Клиника и диагностика. Медгиз, М., 1954. — 6. Рапорт М. Ю. Неврологическая диагностика опухолей височных долей. Медгиз, М., 1948. — 7. Руководство по неврологии, т. 5. Опухоли нервной системы. Медгиз, М., 1961. — 8. Сура т В. С. и Беликова О. П. Вopr. нейрохир. 1947, 2. — 9. Шмарьян А. С. Невропат. и псих. 1946, 6.

Поступила 19 мая 1962 г.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ СОЧЕТАНИЕМ РЯДА ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ

В. М. Левятов

Львовская психоневрологическая больница (главврач — А. И. Ковалюх, научный консультант — проф. Е. В. Маслов)

Началом современной эры в лечении эпилепсии принято считать 1857 г., когда впервые были предложены бромиды. С 1879 г. применяется бура, а с 1912 г. — люминал (фенобарбитал). В 1938—1939 гг. появились сообщения о новом противосудорожном средстве — дифенин-гидантоин-натрии (дифенине).

Наиболее широко применяются мезантонн, триметин (тридион), тексамидин (майсолин), хлоракон (гибикон), диакарб (диамокс), сукцинимиды (целонтин, заронтин), феноурон, бензонал и др.

Вместе с тем уже давно замечено, что во многих случаях можно добиться хороших результатов, используя рациональные сочетания уже известных проверенных средств.

Одним из пионеров комбинированного лечения эпилепсии был В. М. Бехтерев. Предложенная им микстура, содержащая бромиды, адонис и кодеин, и поныне сохраняет почетное место в арсенале противосудорожных средств.

При лечении эпилепсии успешно используется идея сочетанного применения тормозящих и стимулирующих средств, обоснованная в трудах И. П. Павлова и его школы.

В последние годы особенно широкое распространение получили таблетки Е. И. Кармановой, порошки М. Я. Серейского, порошки С. П. Воробьева. Эти средства способствовали заметному повышению эффективности лечения больных эпилепсией. Однако в поликлиники и больницы обращается много больных эпилепсией, у которых применение уже известных препаратов и смесей оказывается безуспешным. Разрешение проблемы лечения этой категории больных настоятельно требует поисков новых эффективных методов.

Проводя с 1952 г. клинико-лабораторные исследования больных эпилепсией, поступавших в больницу, как правило, после безуспешного лечения различными средствами, мы постепенно выработали систему лечения этих больных, сущность которой и предварительные итоги ее применения излагаются в настоящем сообщении.

В состав применяемых нами противосудорожных смесей входят: фенобарбитал (от 0,025 до 0,1), дифенин (от 0,025 до 0,1), бромистый калий и бура (от 0,25 до 1,0), триметин (от 3,05 до 0,3) на прием (pro dosi) в различных сочетаниях. Прописи применяемых нами лечебных смесей схематически представлены в таблице.

Критериями для выбора той или иной смеси служили клиническая форма эпилепсии, частота и характер припадков, выраженность психических изменений, вес и возраст больного, его индивидуальная реакция на противосудорожные средства. Обязательно следует также учитывать противопоказания к назначению каждого компонента, входящего в состав смеси.

При так называемой «симптоматической» эпилепсии, если предполагаемый этиологический фактор еще не утратил свою актуальность, противосудорожные средства необходимо сочетать со специфическим лечением, направленным на предполагаемую причину болезни.

У детей до 10 лет, а также у взрослых при небольшой давности заболевания лечение следует начинать с меньших дозировок и более простых прописей (смеси 1а и 1б) по 1 порошку 2—4 раза в день.

При отсутствии выраженного терапевтического эффекта после трех-четырехнедельного срока лечения следует постепенно переходить к более высоким дозировкам и более сложным прописям (смеси №№ 2, 3 и 4 типа «б», «в» и «г»). При

№№ смесей	Названия медикаментов и дозы					
	фенобарбитал	кофеин	бромистый калий	бура	дифенин	триметин
1. а)	0,025	0,005	0,25	0,25	—	—
б)	0,025	0,005	0,25	0,25	0,025	—
в)	0,025	0,005	0,25	0,25	0,025	0,05—0,1
г)	0,025	0,005	0,25	0,25	—	0,05—0,1
2. а)	0,05	0,01	0,5	0,5	—	—
б)	0,05	0,01	0,5	0,5	0,05	—
в)	0,05	0,01	0,5	0,5	0,05	0,1—0,2
г)	0,05	0,01	0,5	0,5	—	0,1—0,2
3. а)	0,075	0,015	0,5—0,75	0,5—0,75	—	—
б)	0,075	0,015	0,5—0,75	0,5—0,75	0,075	—
в)	0,075	0,015	0,5—0,75	0,5—0,75	0,075	0,15—0,3
г)	0,075	0,015	0,5—0,75	0,5—0,75	—	0,15—0,3
4. а)	0,1	0,02	0,5—1,0	0,5—1,0	—	—
б)	0,1	0,02	0,5—1,0	0,5—1,0	0,1	—
в)	0,1	0,02	0,5—1,0	0,5—1,0	0,1	0,2—0,3
г)	0,1	0,02	0,5—1,0	0,5—1,0	—	0,2—0,3

большой давности болезни, частых полиморфных припадках, особенно если больной уже принимал в прошлом различные противосудорожные препараты, нередко целесообразно начинать лечение с относительно больших доз более сложных прописей (смеси №№ 2, 3 и 4 типа «б», «в», «г»), чтобы добиться быстрого улучшения. Это помогает укрепить веру больного в выздоровление и побудить его к систематическому аккуратному лечению. Следует отметить, что при известном опыте во многих случаях сразу удается подобрать адекватные дозировки.

При преобладании больших припадков, как правило, лучше назначать смеси типа «а» и «б», если в клинической картине преобладают малые припадки — смеси типа «г». Однако в отдельных случаях смеси с триметином оказывались эффективными и при больших припадках, а смеси типа «а» и «б» (без триметина) — при малых.

Если у больного отмечается повышенная чувствительность к какому-либо из компонентов смеси, то следует соответственно уменьшить дозу последнего или исключить его вовсе из состава смеси. Например, при явлениях бромизма количество бромистого калия в смеси № 4 может быть уменьшено до 0,3—0,5 и т. д. Кроме того, иногда целесообразно назначать и «промежуточные» дозировки между отдельными ступенями повышения доз («номерами»), указанными в приведенной выше таблице.

Когда припадки прекратятся или, по крайней мере, достигнуто значительное сокращение их частоты, лечение найденной прописью следует проводить не менее 6—12 месяцев. Затем можно начинать осторожное снижение дозировок, удерживая больного на каждой очередной ступени снижения около трех месяцев. Если во время снижения вновь возникнут припадки, следует немедленно возвратиться к предыдущей «ступени», при которой припадков не было. При отсутствии припадков в течение двух-трех лет можно попытаться полностью прекратить лечение, сводя постепенно прием противосудорожных средств на нет, причем это снижение должно продолжаться около одного года.

Порошки следует приготавливать в вошеной бумаге или в капсулах и хранить в стеклянной посуде с притертой или плотно завинчивающейся пробкой в сухом прохладном месте.

Во время лечения необходимо один-два раза в месяц производить анализы мочи и крови.

При лечении по вышеуказанной методике каких-либо осложнений, кроме описанных в литературе побочных явлений, встречающихся и при раздельном применении входящих в состав лечебных смесей препаратов, мы не наблюдали. Симптомы интоксикации отмечались иногда у больных, получавших в смесях относительно большие дозировки триметина и дифенина. Однако, по нашим наблюдениям, частота этих явлений отнюдь не выше, чем при применении триметина и дифенина в чистом виде.

При появлении признаков медикаментозной интоксикации (продолжительная сонливость, атаксия, сильный кожный зуд, обильные сыпи, повышение температуры, заметные сдвиги со стороны крови и др.) следует снизить дозу соответствующих медикаментов (чаще всего триметина, реже — дифенина), а иногда и совсем исключить их из состава лечебных смесей. Полезно также назначать в таких случаях никотиновую кислоту и другие витамины, сернокислую магнезию, глюконат кальция, димедрол, пентоксил. Интересно, что повторное назначение триметина и дифенина после ликвидации побочных явлений в ряде случаев уже не давало токсического эффекта.

Как известно, притивопоказаниями к применению триметина и дифенина (а следовательно, и смесей типа «б», «в» и «г») являются заболевания печени, почек, кровеносных органов, декомпенсация сердечной деятельности, кахексия, поражения зрительного нерва, выраженная идиосинкразия. Следует отметить, что М. Я. Серейский считал необходимым во время лечения триметином усиливать гематологический контроль если нейтрофилов меньше 2500, а если меньше 1600 — немедленно прекращать дачу триметина.

Переходя к оценке терапевтической эффективности описанной выше системы комбинированного лечения эпилепсии, следует иметь в виду, что, по мнению некоторых авторов (Шваб, Шолл и др.¹), даже уменьшение частоты припадков на 50% является очень хорошим результатом лечения противосудорожными средствами. Эти авторы считают, что новый противосудорожный препарат следует рекомендовать к применению, если он оказался эффективным у 25% больных; эффективность у 40—50% больных оценивается как высокая.

Всего по описанному выше методу лечилось свыше 200 больных эпилепсией в возрасте от 6 до 60 лет. Произведен анализ 110 историй болезни. Оказалось, что у 25 больных в анамнезе была черепно-мозговая травма, у 34 — различные инфекции и интоксикации, у одного больного отмечены явления церебрального атеросклероза. У 50 больных судорожные припадки и другие симптомы эпилептической болезни возникли без видимых причин. Улучшение в той или иной степени отмечено у 104 больных (94,5%). У 58 больных (52,7%) припадки полностью исчезли. Значительное улучшение (резкое сокращение частоты припадков, улучшение психического состояния) отмечено у 31 больного (28,2%), у 15 — незначительное улучшение (13,6%), у 4 — состояние не изменилось (3,7%), у 2 наблюдалось ухудшение (1,8%).

Таким образом, удавалось добиться исчезновения или резкого снижения частоты припадков свыше чем у 80% больных. Малые припадки прекращались или заметно урежались примерно у 50%. У большинства больных наряду с исчезновением или урежением припадков заметно улучшалось и психическое состояние — они становились живее, активнее, подвижнее. Ускорялся темп мыслительных процессов, несколько улучшалась память, сообразительность, исчезали резкие колебания настроения, постепенно укреплялась вера в свои силы. Все это способствовало тому, что значительная часть больных смогла возвратиться к труду и учебе.

Ободряющие результаты получены и у трех больных с так называемой (Г. Г. Соколянский и В. Н. Ключиков) «гиперкинез»-эпилепсией.

У одного больного с остаточными явлениями перенесенного в раннем детстве энцефалита со спастическим гемипарезом и атетодным гиперкинезом правой кисти и частыми эпилептическими припадками после назначения сложных порошков судорожные припадки исчезли, а через несколько месяцев прекратились и атетодные движения.

У девочки 14 лет с последствиями перенесенного в трехлетнем возрасте поствакцинального энцефаломиелита с синдромом кожевниковской эпилепсии после назначения комбинированных порошков исчезли большие судорожные припадки, а через 4—5 месяцев после начала лечения почти прекратились и миоклонические подергивания мышц руки.

У одного больного с миоклонус-эпилепсией типа Унферрихт — Лундборга заметно уменьшилась частота судорожных припадков и интенсивность миоклонических подергиваний. Походка стала более устойчивой.

Изучение катамнеза наших больных показало, что у большинства терапевтические результаты, достигнутые в больнице, при правильном и систематическом лечении сохранились и дальше. У ряда больных улучшение прогрессировало, и припадки прекращались уже после выписки. Рецидивы чаще всего были связаны с нерегулярным лечением по вине самого больного. Иногда это было вызвано затруднениями в получении нужных медикаментов в аптеках или тем, что необоснованно прекраща-

¹ Epilepsia, 1960, 1, 4—5; Реф. мед. ж. IX, 1961, 3, № 629.

лось лечение либо изменялась его методика кем-нибудь из врачей, к которым боль- ной в дальнейшем обращался.

Известно, что У. Пенфилд, М. Я. Серейский, Е. С. Ремезова, С. П. Воробьев и многие другие настаивают, чтобы лечение эпилепсии продолжалось не менее трех-пяти лет, а иногда и больше. Идея длительной «поддерживающей» терапии получает все более широкое признание не только у психоневрологов, но и у интер- нистов и у врачей других специальностей. Лечение эпилепсии вообще является в ос- новном «поддерживающим». Эпизодический, нерегулярный прием противосудорожных средств, равно как и неадекватная их дозировка приносят нередко больше вреда, чем пользы.

В заключение мы хотели бы подчеркнуть, что указанные выше результаты лече- ния получены у больных с преобладанием тяжелых форм эпилепсии, до этого уже пользовавшихся различными противосудорожными средствами. В свежих случаях эф- фективность лечения может быть еще выше.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А. Л. и Хализева Е. К. Журн. невропатол. и псих. 1955, 5. —
2. Бехтерев В. М. Невролог. вестн. 1894, т. 2, 3. — 3. Бродский Ф. И. Журн. невропатол. и псих. 1955, 9. — 4. Воробьев С. П. В кн.: «Вопросы психиатрии и невропатол.» Научн. о-во невропатологов и психиатр., Л., 1958, вып. 3. — 5. Кан- торович Н. В. Цит. Л. М. Лопухина в кн.: Тр. межреспубликанской конф. психиатр. и невропатол. Казахстана и респ. Ср. Азии, Министерство здравоохран. Казахской ССР, Кызыл-Орда, 1958. — 6. Карманова Е. И. Невропатол. и псих. 1950, 5. — 7. Марков Д. А., Гельман Т. М. Эпилепсии и их лечение, Изд-во АН БССР, Минск, 1954. — 8. Mendel. Цит. Минор Л. С. «Лечение нервных болез- ней». Биомедгиз, М. — Л., 1935. — 9. Пенфилд У., Эрикссон Т. Эпилепсия и мозговая локализация. Медгиз, М., 1949. — 10. Плотичер А. И. Журн. невро- патол. и психиатр., 1957. Приложение. — 11. Ремезова Е. С. Методическое письмо о лечении больных эпилепсией в амбулаторных условиях. Гос. научно-иссл. ин-т психиатрии МЗ РСФСР, М., 1957. — 12. Серейский М. Я. Журн. невропатол. и псих. 1955, 9. — 13. Он же. В кн.: «Проблема эпилепсии», Медгиз, М., 1959. — 14. Соколянский Г. Г. и Ключиков В. Н. Журн. невропатол. и псих. 1955, 5. — 15. Sieveking. Цит. Michalski T. Padaczka, PZWL, Warszawa, 1959.

Поступила 10 августа 1962 г.

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

Проф. И. Ф. Харитонов

Факультетская хирургическая клиника им. А. В. Вишневского (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Диагностика камней мочеточников вне приступов колик при возможности при- менения современных урологических методов обследования больных (обзорная рент- генография мочевой системы, экскреторная и ретроградная урография, хромоцисто- скопия, катетеризация мочеточников и др.) не является трудной. Однако довольно большое число ошибок, допускаемых при распознавании этого заболевания в период колик, заставляет нас обратить внимание на диагностику камней мочеточника и выяс- нить причины, ведущие к ошибкам при распознавании этого болезненного процесса.

Указания на диагностические ошибки при камнях мочеточников имеются в рабо- тах А. В. Гораш (1922), А. И. Маянц (1927), Л. Н. Погожевой (1945), М. Д. Джа- вад-Заде (1961), А. Я. Пытель и М. Д. Джавад-Заде (1962), И. Г. Рабинович (1962) и др.

Особенно большой процент ошибок наблюдается при дифференциальном диаг- нозе камней мочеточников и аппендицита. По данным А. В. Гораш, 33,3% больных с уретеролитиазом, находившихся под его наблюдением, были прежде оперированы по поводу «аппендицита», А. И. Маянц указывает на 22,2% больных с камнями мочеточников, у которых было произведено удаление червеобразного отростка, из 1839 больных с камнями мочеточников, наблюдавшихся М. Д. Джавад-Заде в уроло- гической клинике II Московского медицинского института и других учреждений, 211 были доставлены с диагнозом «острый аппендицит».