

Отдел II. Обзоры, рефераты, рецензии и пр.

К вопросу об активной терапии алкоголизма.

Д-ра Ивана Стрельчука (г. Москва).

Наряду с профилактикой алкоголизма, выражающейся в поднятии культурного уровня населения, оздоровлении труда и быта, широкой антиалкогольной пропаганде, развитии достаточной сети школ, клубов, библиотек, читален, радио, антиалкогольном воспитании растущей молодежи и т. д., мы также не должны забывать о лечении уже имеющегося кадра алкоголиков. Лечение алкоголизма занимались еще в глубокой древности. Плеяда выдающихся умов разных эпох искала «философского камня», могущего исцелить алкоголиков от их недуга; и несмотря на разочарование, ошибку за ошибкой, погоня за эликсиром трезвости продолжается и ни на минуту не прекращается. Лечение алкоголиков доходило просто до несуразностей, так например, несколько столетий тому назад алкоголиков лечили экстрактом мацерии лягушек в алкоголе, по ложке 2 раза в день. В Англии долгое время некоторые видные ученые возлагали надежду на какао, как на средство, могущее заменить и вытеснить алкоголь. Некоторые ученые мужи в свое время алкоголизму противопоставляли вегетарианство, считая, что при вегетарианском питании алкоголизм не может иметь места, но мы видим, как раз противное, ибо наиболее маломощные слои населения, в силу необходимости из-за отсутствия средств питающиеся вегетарианской пищей, как раз наиболее подвержены алкоголизму.

Д-р Mason добыл интересные сведения о взглядах на пьянство и его лечение, существовавших более трехсот лет тому назад. В изученном им сочинении Wirtrung'a, написанном в 1617 году, взгляд на пьянство, бывший в то время, мало чем отличается от современного учения о пьянстве. В этой книге говорится, что пьянство болезнь и при том болезнь ужасная, которую автор помещает сейчас же после учения о чуме. Признаки этой болезни он описывает почти такими же, как и в настоящее время. Наше современное лечение не намного опередило лечение, проводившееся 313 лет тому назад. Автор требовал не давать таким лицам алкоголя, чтобы устранить основную причину болезни, как антидот рекомендовал горький миндаль, лимон, мед, так как будто эти средства оттягивают действие алкогольных паров на мозг. По словам Wirtrung'a, некоторые одевали на голову венок из шафрана и фиалок; полагали также, что прекрасно действует против пьянства аметист. Wirtrung к этим средствам относился скептически и советовал при опьянении вызывать рвоту, давать снотворные, производить ароматические растирания, на голову класть компресс из сока соленых огурцов и т. д. Наряду с этим должна быть легкая питательная диета.

В конце XVIII и XIX века хинная корка пользовалась славой антиалкогольного антидота, и один шарлатан так ее рекламировал, что десятки тысяч людей стекались к нему за получением этого «могущественного антидота».

Метод, основанный на принципе *similia similibus curantur*, состоял в том, что к каждому блюду прибавлялось достаточное количество спирта в надежде на то, что этим удастся вызвать отвращение к алкоголю, давно уже отжил. Пропета также вечная память многим патентованным средствам, наводнявшим собой рынок, не приносившими никому, кроме изобретателей, пользы. Если некоторые из этих средств и имели некоторый успех, то он базировался исключительно на психотерапии. В конце XIX века выплыли на сцену *extracium coca* и *strychnin*, которым приписывали антиалкогольные свойства; о последнем упомяну особо. Во второй половине XIX и первом десятилетии XX столетия большую надежду возлагали на лечение алкоголизма гипнозом, и ряд видных ученых (Бехтерев, Форель, Левенфельд) считали чуть ли не 70% алкоголиков, подвергавшихся гипнотерапии, выздоровевшими, но и гипнотерапия радужных надежд не оправдала и все более и более вытесняется рациональной психотерапией по Дюбуа и другим авторам. Имеются попытки лечить алкоголизм психоанализом, но последний не нашел себе должного применения в СССР.

Современное лечение алкоголизма состоит из следующих компонентов: 1) немедленного прекращения употребления спиртных напитков; 2) лекарственной терапии, задачи которой: улучшить самочувствие, урегулировать сон, укрепить нервную систему и поднять питание организма; 3) психотерапии, задача которой: укрепить волю, вызвать отвращение к спиртным напиткам, сообщить больному уверенность в своих силах и плюс пункты 2 отд; 4) гидро-электротерапии, значение которой общеизвестно; 5) воздействия на быт больного, устранения причин, способствовавших развитию алкоголизма.

Безуспешное или малоуспешное действие многочисленного арсенала лекарственных средств породило в XX веке реакцию к лекарственной терапии алкоголизма, а потому и неудивительно, что таковая многими совершенно заброшена, но уже сам по себе пустой факт принятия даже по сущности индифферентного средства настолько большой психотерапевтический фактор, что пренебрегать им ни в коем случае не следует. Современная терапия алкоголизма обогатилась новым способом лечения: введением под кожу кислорода по методу Toulouse, который почти во всех Наркодиспансерах завоевал себе должное место. Применение кислорода основано на свойстве его вызывать эйфорию, что облегчает некоторые неприятные симптомы при воздержании от алкоголя, привлекая этим больных к данному способу лечения. Исследования показали (Лифшица, Смородинова), что кислород повышает количество гемоглобина крови и увеличивает ее сухой остаток, ибо по некоторым наблюдениям кровь при хроническом алкоголизме обедняется гемоглобином и эритроцитами, кислород же эту недостаточность быстро выравнивает. Кислород обыкновенно назначают по 200—300 кубиков подкожно, через день или ежедневно в зависимости от статуса, в течение 1-го—2-х месяцев. Противопоказаниями служат: эпилепсия, активный туберкулез, декомпенсированные пороки сердца, заболевания почек. Глинчиков в наблюдательном Наркодиспансере отмечен один случай смерти во время процедуры вдвухания кислорода, который произошел, по всей вероятности, от газовой эмболии. При правильной технике и соблюдении соответствующих предосторожностей осложнений, как правило, не наблюдается. Я лично, больше чем на 4000 вдвуханий кислорода, не наблюдал ни одного осложнения.

В последнее время некоторые наркологи употребляют сернокислый атропин, употреблявшийся еще ранее (Р. И. Тувим) (0,5 на 200,0 Aq. destil по 2—3 чайных ложечки на день, прибавляя на 5-й и 6-ой день по полложечки, доходя до 8 чайных ложечек на день). Последний применяется тайно от больного, в случаях, когда больной не желает лечиться, в пищу или питье. Появляющаяся от интоксикации атропином сухость полости рта, извращенный вкус от спиртных напитков, расстройство зрения от паралича аккомодации заставляют больного считать все эти явления вызванными алкоголизмом и многие бросают пить. Я лично этого метода не применял, не могу высказаться ни за, ни против, но считаю данный метод довольно рискованным, могущим привести иногда к печальным результатам.

Делались попытки лечить дипсоманию insulin'ом, считая, что при последней имеется недостаточность функции pancreas; попытки, как и следовало ожидать, кончились полным крахом (Голпсихколония). Некоторые наркологи (Фельдман) пробовали лечить алкоголизм lypo-cerebrin'ом Лифшица, никаких реальных результатов не получилось. Чисто эмпирически проводятся при алкоголизме интравенозные вливания sol. calcii chlorati 10% по 5—7 куб. через день, в течение 2—4-х месяцев, имеющие главным образом психотерапевтическое значение, правда, во многих случаях дающие благоприятный результат.

Чисто симптоматическим средством следует считать выброшенный на рынок и широко рекламируемый немецкой фирмой «квадронал», назначаемый по 2 таблетки 3 раза на день. Правда, испытывая данное средство на своих больных, я отмечал у последних улучшение самочувствия, благоприятное действие на головную боль, разбитость, и его вернее нужно рекомендовать при опьянении или в похмелье. При хроническом алкоголизме вряд ли от квадронала можно ожидать пользы.

Применяемое в последнее время интравенозное вливание 40% sol. urotropini по 2—4 кб. через 1—2—3—7 дней в течение 2-х, 3-х, 5-ти месяцев основано на суждении, что при хроническом алкоголизме нарушается обмен веществ, в крови скапливаются продукты неправильного обмена веществ, вызывающие у алкоголиков плохое самочувствие, разбитость, головные боли, быструю утомляемость,

уротропин же, благодаря своему мочегонному действию, способствует выведению этих веществ из организма, устраняя этим неприятные симптомы алкоголизма. Некоторые авторы (Кацман) находят уротропин специфическим средством против алкоголизма. Я лично, не являясь адептом какого-либо одного метода, чисто с экспериментальной целью применял вливания 40% sol. urotropini на 50 больных хроническим алкоголизмом, комбинируя вливания с рациональной психотерапией по Дюбуа. Результаты лечения таковы: (наблюдения в течение 1—2 лет) 36 человек перестали пить с начала лечения, 14 человек продолжало пить. Из 36 переставших пить на первом месяце дали срывы 2 человека, на 2-м месяце 1 человек, на 3-м—2 человека; на 4-м—1 чел.; на 6—11 человек. У 3-х человек не удалось выяснить время срыва. Группа же в 16 человек не пьет в течение 1—2 лет. Следовательно, хороший длительный результат мы имеем лишь в 32% больных, лечившихся интравенозными вливаниями уротропина. Особой специфичности на алкоголизм уротропина я не вижу, а считаю уротропин, кроме его мочегонного действия, имеющим благоприятное влияние на печень, которая у многих алкоголиков недостаточна, а самую процедуру интравенозного вливания—большим психотерапевтическим фактором, небезразличным для алкоголиков.

Лечение стрихнином и мышьяком, в виде подкожных курсовых инъекций или в виде капель, имеет чисто симптоматическое значение, задача которого укрепить нервную систему и поднять питание организма. В последние годы выплыла на сцену всеми уже оставленная и забытая *t-ra asae foetidae*, назначаемая по 10—15 капель 3 раза в день. Ждать каких-либо хороших результатов от этого средства не приходится. Я лично пользы от *t-rae asae foetidae* не видел. Арсенал других новых и вновь извлекаемых из архива старых противоалкогольных средств, без меры выпускаемый на рынок усердными изобретателями, не заслуживает особого внимания. Не нужно забывать, что все лекарства являются настолько хорошей палкой, настолько плохим костылем, что ими можно и нужно пользоваться, но целиком опереться на них нельзя. Каждое, даже по сущности пустое само по себе лекарство в руках опытного врача-психотерапевта может быть радикальным. По меткому выражению проф. Минора, алкоголик, обращающийся к врачу, уже на 50% препарирован для выздоровления, а врач должен закрепить эту установку. В этом его задача. Прежде чем приступить к лечению, целесообразно больному назначить 2—3-хдневную выдержку; если этот срок выдерживается, больной приобретает известную уверенность в своих силах, ибо главная задача лечения должна заключаться в развитии у больного уверенности, что он с собой справится, укреплении и тренировании его воли.

В данной статье я хочу поделиться результатом лечения алкоголиков в Винницком округе и Рязани. После 2-х—3-хдневной выдержки я проводил больным подкожные вдувания кислорода по 250—300 куб. через день или ежедневно в зависимости от психического статуса в течение 2—3 месяцев. В течение 2—3 месяцев больным делались 2 раза в неделю интравенозные вливания 40% sol. urotropini по 3—4 куб. При бессоннице, раздражительности и перевозбудимости нервной системы, особенно при алкогольной эпилепсии, я проводил интравенозные вливания 10% sol. calcii bromati по 10 кубиков ежедневно, благотворно влияющие на все перечисленные симптомы и прекращавшие припадки алкогольной эпилепсии. Далее проводилась индивидуальная и коллективная гипнотерапия. Во время коллективной гипнотерапии не так нужно утрачивать больных мрачными перспективами, как нужно их ободрить, дать надежду на лучшее будущее, и если они хоть немного уверены в своей будущей абстиненции, необходимо внушить им еще большую уверенность в свои силы. В процессе лечения я втягивал больных в антиалкогольную работу через участие в антиалкогольных ячейках, газете диспансера, Котыбе и работе в антиалкогольном семинаре диспансера. В процессе лечения, в зависимости от физического статуса, больные получали курс инъекций мышьяка со стрихнином (25—30 штук).

Всего лечилось вышеописанным способом и прослежено в течение 1—2 лет 277 алкоголиков, сделавших 4225 повторных посещений. По социальному положению алкоголики делятся так: 83 рабочих, 88 служащих, 3 членов семейств рабочих и служащих, 14 крестьян, прочих граждан 54, женщин 35. Душевные болезни в анамнезе у 12 человек, что составляет более 4%. Алкогольная наследственность имела у 131 больного (47%). Алкогольный стаж больных следующий: от года до 5 лет—65 чел., от 5 до 10 л.—127, от 10 до 15 л.—43, от 15 и выше—42 чел. Из них болело белой горячкой 16 и алкогольным галлюцинозом 26. В общем болело душевными расстройствами 15,16%. 40% больных значительно деградированы.

По формам заболевания 234 болело хроническим алкоголизмом, 27 дипсоманией и 16 человек алкогольными душевными расстройствами. Из данной группы 28⁰/₀ болело венболезнями. Обычное количество выпиваемой водки 1—2 бутылки ежедневно. Почти у всех алкоголиков отмечалось понижение внимания, памяти и комбинаторной способности. Соматическое обследование выявило у 12,5⁰/₀ больных органические поражения сердца, у 8⁰/₀ заболевания легких и плевры. Увеличена и болезненна печень у 11⁰/₀ больных. Катарральные состояния желудка и кишок отмечались у 23⁰/₀. В 3⁰/₀ был положительный (с. Romberg'a. В 18⁰/₀ невротические боли по ходу нервных ветвей. Положительный Phrenicusphenomen у 37⁰/₀. Положительный симптом Quinquaud у 68⁰/₀.

Результат лечения, проведенного мной по вышеописанному способу, следующий. Из 277 перестало пить 208, продолжало пить 69. Из переставших пить дали срыв в конце 1-го месяца 13; на 2-м месяце 18; на 3-м месяце 12; на 4-м месяце 13; на 5 месяце—5; на 6 месяце—18; на 7 месяце и дальше срывов не наблюдалось. Всего срывов 79; особенно много срывов на 2 и 6 месяцах. Перевалившие за 6 месяц остаются пока абстинентами в течение 1—2 лет. Анализируя ряд срывов, я пришел к выводу, что большая часть срывается благодаря соблазну своих товарищей, часть желает испытать силы, а часть из-за любопытства: что, мол, с ним станется, когда он выпьет. Таким образом, мы видим, что из 277 человек—129 человек (46,56⁰/₀) не пьет в течение 1—2 лет; 79 человек (28⁰/₀ с дробью), хотя и сорвались, но дали известное улучшение; 69 человек (24,9⁰/₀) без улучшения. Результаты лечения нужно считать вполне удовлетворительными, учитывая, что лечение проводилось амбулаторно и контингент больных состоял из старых алкоголиков с солидным стажем. Соматические расстройства лечились по методам, применяемым современной терапией. Результаты лечения у переставших пить быстро сказываются. Больные быстро прибывают в весе, улучшается внимание, восстанавливается, хотя и более медленно, память, улучшается самочувствие, сон и аппетит, восстанавливается также соматическое здоровье. Каждый излечившийся алкоголик является живой антиалкогольной рекламой и проводником антиалкогольных идей. Важно в дальнейшем не порывать связи с больными, патронируя их, втягивая их в общественную и антиалкогольную работу.

Специфического средства против алкоголизма нет и трудно таковое предвидеть, а посему многие врачи-скептики считают напрасным трудом лечить алкоголиков. Успешность лечения зависит не так от лекарств, как от такта и умелого подхода врача, а потому и неудивительно, что результаты лечения у разных авторов не одинаковы: колеблются от 0 до 70⁰/₀. Только терпеливая, стойкая работа врача, не опускающего рук при неудачах, может служить залогом успешности в его трудной работе.

Библиография и рецензии.

Д-р П. Белошапко и прив.-доц. И. Яковлев. *Руководство по оперативной помощи при родах*. Госмедиздат 1930 г. 388 стр. Цена в переплете 3 р. 50 коп.

Эта книга, изданная под редакцией проф. Р. В. Кипарского и с предисловием прив.-доц. М. Елкина, представляет собой краткое практическое пособие по оперативному акушерству, предназначенное не только для специалиста акушера-гинеколога, но и для участкового врача (врача-универсалиста).

Содержание книги расположено в 2-х частях—общей и специальной. В общей части кратко очерчены задачи акушера, даны основные акушерские сведения по анатомии головки плода и костного таза матери, изложены практически-важные способы акушерского исследования роженицы и затронута вкратце клиническая картина родового акта. В специальной части, обнимающей около 300 страниц, изложены—нормальный механизм родов при затылочном предлежании и механизм родов при узких тазах; общие показания и условия для оперативного вмешательства при родах; техника операции щипцов при нормальном механизме и при механизме узких тазов—техника, основанная на точном знании этих механизмов; далее приведены оперативные пособия при тазовых предлежаниях, техника опе-