

при показателе выше 45% можно надеяться на благоприятное течение послеоперационного периода. При 35—45% могут возникнуть показания к производству трахеотомии, а при показателе ниже 35% почти всегда возникает необходимость наложения трахеостомы, поэтому ее лучше сделать профилактически. Автор останавливает внимание на эффективном методе борьбы с послеоперационными осложнениями — трахеоцентезе Кинга. Излагается техника этой простой операции, предназначенной для введения антисептиков и отсасывания слизи. К сожалению, собственный материал автора крайне мал — 3 наблюдения, а трахеоцентез, сделанный один раз, оказался неэффективным.

Раздел VI посвящен хронической дыхательной недостаточности. Этот раздел написан очень обстоятельно и дополнен исследованиями газового состава крови, венозного давления, кислотно-щелочного равновесия, скорости кровотока, максимальной вентиляции легких, минутного объема, альвеолярной вентиляции, диуреза.

А. А. Шипов совершенно справедливо указывает, что вопрос о лечении таких больных требует еще своего разрешения.

Автор останавливается на преимуществах у подобных больных фенестрации, описывает технику этой операции по Рокки. Очень ценно, что автор разработал и применил на практике свой, технически более простой, чем у Рокки, способ фенестрации. Произведенная им у 14 больных операция дала хорошие отдаленные результаты. Они подтверждаются изучением у этих больных БКГ, венозного давления, скорости кровотока, массы циркулирующей крови. Можно с уверенностью сказать, что данные А. А. Шипова по применению фенестрации при хронических легочных страданиях заслуживают внимания не только хирургов, но и терапевтов.

В целом работа интересная и полезная для хирургов. Будем надеяться, что автор продолжит свои исследования.

Проф. П. В. Кравченко, канд. мед. наук О. С. Кочнев (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 616.831—005.1—613.816

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ РЕАДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА И АЛКОГОЛИЗМА

(По материалам специальной Всесоюзной научной конференции)

10—13/XI 1965 г., Ленинград

О восстановлении движений и речи после инсульта доложили Г. З. Левин, Э. Д. Тыкочинская, И. М. Тонконогий, Е. И. Бондаренко, С. А. Дорофеева (Ленинград). Под восстановлением функции имеется в виду не только реституция, но и компенсация посредством включения новых нервных элементов, которые либо не участвовали в нормальной функции до болезни, либо играли второстепенную роль.

Довольно большое количество больных, перенесших инсульт с расстройством движений, может восстанавливать сложные двигательные функции лишь постепенно, и это зависит, по-видимому, не только от естественного чувства страха и «недоверия» к своим еще слабым движениям, но и от распада сложного стереотипа их, который необходимо восстановить или, лучше сказать, перестроить. Чем дольше больной остается в постели, тем сложнее восстанавливать ходьбу. Выработка схемы сложного двигательного акта в новых условиях есть важнейшая задача компенсации, решение которой должно непременно сочетаться с психотерапевтическими воздействиями; у больного необходимо поддерживать стремление к восстановлению движений.

Применение спазмолитических средств, антикоагулянтов, сердечных, антибиотиков и др. является необходимым условием успеха, поскольку они способствуют восстановлению общего и мозгового кровообращения, уменьшению перифокального отека, улучшают деятельность сердца, облегчают борьбу с часто возникающей пневмонией и др. Уже в раннем периоде следует правильно располагать парализованные конечности, начинать пассивные и пассивно-активные движения, поворачивать больного, начинать пассивную гимнастику верхних конечностей и дыхательную гимнастику.

Противопоказано раннее начало лечебной физкультуры лишь у больных с кровоизлиянием в мозг, с высоким АД и при тяжелых поражениях сердца (ревматизм, атеросклероз), при мерцательной аритмии или частых стенокардитических приступах. Начало

лечебной физкультуры спустя месяц после инсульта дает сравнительно с ранним уже худшие результаты.

Для борьбы со спастичностью авторы применяют разработанный ими «точечный» массаж, соответственно так называемым «активными точкам».

Для ликвидации речевых нарушений необходима ранняя логопедическая работа; она является методом растормаживания речи и методом стимуляции. Этому способствуют и приемы кофеина и прозерина.

Каждая форма афазии нуждается в специально направленном, дифференцированном логопедическом воздействии. При удовлетворительном состоянии больного логопедические занятия следует начинать на 5—15-й день после инсульта по 15—20—30 мин. в день.

Поздно начатые логопедические занятия безрезультатны.

Специальный доклад о лечебной гимнастике и массаже при постинсультных двигательных нарушениях сделала Г. Р. Ткачева (Москва). Лечебная гимнастика в раннем периоде болезни должна быть направлена на предупреждение образования патологических функциональных доминант в центральной нервной системе, на растормаживание старых условнорефлекторных связей и на образование новых двигательных стереотипов, на уменьшение нейродинамических нарушений в непострадавшем полушарии головного мозга; такая гимнастика дает снижение тенденций к развитию патологической мышечной гипертонии, предупреждает развитие болевого синдрома и контрактур в суставах паретичных конечностей. Применялся следующий лечебный комплекс: 1) лечение положением; 2) избирательный массаж; 3) пассивные движения; 4) дыхательные упражнения; 5) активное и пассивное расслабление мышц; 6) комплекс упражнений по борьбе с синкинезами; 7) активная гимнастика; 8) обучение ходьбе.

Наряду с массажем и лечебной гимнастикой большое значение для восстановления движений имело применение элатина, тропазина, теберина и мелликтина, обладающих свойством снижать тонус спастических мышц паретических конечностей.

Л. О. Бадалян (Москва) доложил о восстановлении и компенсации двигательных нарушений при сосудистых поражениях головного мозга. Наблюдения над больными с гипертонической болезнью, атеросклерозом мозговых сосудов, ревматическими васкулитами, сосудистыми поражениями головного мозга, после операций на сердце, а также анализ исходов мозговых инсультов показывают, что своевременно начатая комплексная восстановительная терапия обеспечивает заметное улучшение двигательных функций у большей части больных. Восстановительный период продолжается многие месяцы, иногда и годы. Поэтому не следует выделять период «остаточных явлений» после перенесенного мозгового инсульта, а надо говорить о «последствиях перенесенного инсульта».

В комплексной восстановительной терапии существенная роль принадлежит борьбе с нарушением мышечного тонуса, профилактике контрактур, деформаций и порочных положений. Раннее применение консервативных ортопедических мероприятий, лечебной гимнастики, массажа, а также фармакологических средств, в частности медокалма, необходимо для профилактики вторичных изменений со стороны опорно-двигательного аппарата.

Важно строго дозировать лечебную гимнастику, особенно самостоятельные упражнения. Сосудистые поражения головного мозга нередко сочетаются с хронической коронарной недостаточностью (коронарно-церебральный синдром). Может возникнуть «сте-нокардия напряжения».

Большое значение имеет психологическая настроенность больного.

В период лечения необходимо поддерживать оптимальный уровень АД и адекватное внешнее дыхание. Назначают эуфиллин, кордиамин, наперстянку, гипотензивные средства, дибазол. Больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями нередко плохо переносят прозерин, который ухудшает коронарный кровоток и бронхиальную проходимость.

Задачи дальнейшего совершенствования лечения больных, перенесших инсульт, требуют ряда организационных мероприятий: создания в крупных городах специализированных центров по восстановительной терапии, организации методических кабинетов в поликлиниках, осуществляющих диспансеризацию больных, перенесших инсульт, организации для этих больных кабинетов трудотерапии, создания сети загородных больниц, профилированных в соответствии с задачами комплексной восстановительной терапии.

Присоединение к алкоголизму церебрального сосудистого заболевания, как отметил Г. М. Энтин (Москва), придает особенно злокачественный характер его течению.

На первый план здесь выступает мнестико-интеллектуальное снижение и преимущественно депрессивный фон настроения, расстройство сна. Быстро наступает обеднение имевшихся знаний, выраженное слабоумие, еще более снижается критическая оценка своего состояния, больные становятся безразличными к окружающему, утрачивают социальные связи, у них угасает желание и способность к труду. Появляются признаки преждевременного старения и одряхления, угасание половых функций, головные боли и головокружение, пирамидные, экстрапирамидные и мозжечковые расстройства, поражение миокарда, коронарных и периферических сосудов, нарушение регуляции кровообращения — артериального, венозного и капиллярного.

Лечение этой группы больных малоэффективно, но оно все же приводит к временному улучшению состояния больных, уменьшению алкогольной интоксикации, а у некоторых больных — к компенсации церебрального сосудистого процесса с частичным или даже полным восстановлением трудоспособности.

Восстановление социально-адекватного поведения лиц, которых нельзя отнести к «алкогольным наркоманам» (бытовое пьянство), целиком должно входить в компетенцию общественных организаций и административных органов. Медицинские мероприятия в таких случаях не только неэффективны, но подчас и вредны, так как создают у лиц, злоупотребляющих алкоголем, паразитические рентные установки. Имеет значение общественное воздействие и в отношении алкогольных наркоманов. Любое лечение от алкоголизма без сочетанного воздействия терапевтических приемов с мерами общественно-воспитательного характера будет малоэффективным. Врач, а также и сестра должны быть своего рода стимуляторами общественного воздействия на пациента, принимать меры по оздоровлению ближайшей микросреды лечащихся.

Необходимо предотвращать совместный прием алкоголиками спиртных напитков и барбитуратов или кодеина. Чаше это алкоголики в III ст. заболевания.

Все случаи атипичной абстиненции должны настораживать врача, ибо такой пациент после выписки продолжает вести себя асоциально или даже антисоциально.

У тяжелых больных требуется продолжать лечение и по окончании «курса», а иногда и помещать их в специальные учреждения, лечебно-трудовые колонии для принудительного лечения.

Как при выписке больного из стационара, так и при окончании амбулаторного курса лечения врач не должен ограничиваться лишь трудовыми рекомендациями и добрыми пожеланиями, а поддерживать тесный контакт с общественными организациями и администрацией по месту работы больного, а также контролировать микросоциальную среду пациента.

В. М. Воловик (Ленинград) подчеркнул, что отсутствие параллелизма между тяжестью алкогольных расстройств и степенью социальной декомпенсации свидетельствует об огромных возможностях общественно-трудовой реабилитации больных алкоголизмом на любых этапах болезни, а существование прямой взаимозависимости уровня социальной компенсации и темпа развития алкогольной наркомании, определяющего прогноз, делает ее особенно необходимой.

Г. Н. Соцевич (Москва) подразделяет хронических алкоголиков на 3 группы.

К первой он относит больных с течением алкоголизма без острых психических эпизодов. Им показано лечение в наркологических диспансерах, специальных отделениях с трудовым режимом и последующим контролем за ними со стороны общественности на предприятиях.

Вторая группа включает лиц, страдающих алкоголизмом большой давности, протекающим с повторными психотическими состояниями в форме abortивных или развернутых делириев и тяжелыми состояниями похмелья. При лечении этой группы больных предусматривается не только купирование острого психотического состояния, но и проведение в последующем обязательного курса принудительной антиалкогольной терапии в колонии.

К третьей группе отнесены больные с затяжными алкогольными психозами.

Б. М. Сегал и Э. С. Дроздов (Москва) подтвердили, что «алкогольные традиции», наблюдаемые в определенной микросоциальной среде, существенным образом влияют на развитие бытового пьянства и возникновение рецидивов. Эффективность борьбы с алкоголизмом зависит, с одной стороны, от проведения систематической поддерживающей терапии, а с другой — от таких факторов, как характер «компаний», взаимоотношения с коллективом, администрацией, влияние общественных организаций и семьи.

Материалы конференции были изданы к ее открытию в виде книги в 24 п. л.

Е. С. Станкевич (Казань)

УДК 616—091.5—616—053.2/5

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ДЕТСКИХ ПАТОЛОГОАНАТОМОВ

(17—19/XI 1965 г., Москва)

Зам. министра здравоохранения РСФСР Л. С. Кутин а отметила значительное снижение детской и общей смертности в РСФСР за последние годы. Однако перинатальная смертность, смертность детей в роддомах и мертворождаемость, так же как и смертность недоношенных, не имеют тенденции к снижению. Причины перинатальной смертности недостаточно изучены. Клинико-анатомические конференции в родильных домах и детских больницах должны стать систематическими. Детальное клинико-анатомическое изучение причин детской, особенно перинатальной, смертности поможет сохранить жизнь и здоровье детей.