

Проводится в эксперименте вено-венозное охлаждение до умеренной гипотермии с выключением сердца и перфузией головного мозга.

А. М. Сазонов (Ленинград) экспериментально разрабатывает вариант изолированной коронарно-каротидной перфузии.

Активные противоопухолевые препараты обладают многими побочными действиями, в частности угнетают функцию костного мозга, поражают слизистые оболочки. Поэтому стала разрабатываться методика регионарного введения противоопухолевых препаратов в артерии, питающие опухоль. В эксперименте разработаны методы изолированной перфузии конечностей и выявлены необходимые дозы сарколизина.

В Институте экспериментальной и клинической онкологии перфузия конечностей проведена 50 больным со злокачественными опухолями костей, саркомами мягких тканей и меланомами.

Сарколизин при остеогенных саркомах почти не имеет практической ценности, так как больные погибают через 1—1,5 года от метастазов.

Лучшие результаты получены при саркоме Юинга (ряд больных после перфузии живет в течение нескольких лет без оперативных вмешательств при последующей лучевой терапии).

Проводилась изолированная перфузия органов брюшной полости и малого таза. После лапаротомии на брюшную аорту и нижнюю полую вену на уровне почечных сосудов накладываются зажимы. Через катетеры, введенные в бедренные сосуды, осуществляют перфузию органов малого таза.

Проф. Н. П. Медведев
(Казань)

ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛКОГОЛИЗМА С НЕВРОЗАМИ И СОСУДИСТЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

(По материалам IV Всесоюзного съезда невропатологов
и психиатров 1—7/VII 1963 г. Москва)

В докладе на съезде министр здравоохранения СССР С. В. Курашов указал на важность разработки вопросов профилактики и лечения алкоголизма, так как новые задачи в области воспитания советского человека побуждают уделять этому особое внимание. Медики должны быть инициаторами в постановке всех вопросов, связанных с проблемой борьбы с алкоголизмом, ибо они лучше и ближе, чем кто бы то ни было, знают тяжелые последствия алкоголизма.

Как известно, в нашей стране алкоголизм как болезнь является следствием длительного чрезмерного употребления спиртных напитков.

Этому способствуют закрепившиеся в сознании людей вредные привычки не обходиться без алкоголя при семейных событиях, встречах и проводах и праздниках. Нередко к алкоголизму постепенно приближаются молодые люди под пагубным влиянием привыкших к алкоголю старших или товарищей, пример которых оказывается заразительным. В этом отношении наибольшее значение имеет то ближайшее окружение, в которое попадает человек. В ряде стран алкоголизм настолько распространен, что представляет собою буквально социальное бедствие как по количеству алкоголиков, так и по причинам, их порождающим. Так, по данным Айви, как сообщает Б. М. Сегал (Москва), только в США имеется около 7 миллионов алкоголиков. Большое распространение алкоголизма в западноевропейских странах зарубежные авторы склонны связывать с ростом неврозов. Параллелизм роста неврозов и алкоголизма за рубежом действительно имеет место. Однако истинные причины этого, коренящиеся в самом капиталистическом строе, или обходятся молчанием, или объясняются не выдерживающими научной критики теориями. Наибольшее хождение имеет психоаналитическая концепция, относящая причину неврозов к неотрагированным с раннего детства сексуальным конфликтам. В них будто бы повинна цивилизация, которая накладывает запрет на выявление сексуальных инстинктов, вследствие чего они вытесняются из сознания и, создавая напряжение в сфере «бессознательного», ведут к неврозам. В этом случае алкоголизм якобы и является симптомом неврозов, средством компенсации невротического состояния. При этом в таких теориях обходится молчанием значение в возникновении многих разновидностей неврозов социального неравенства, нищеты и эксплуатации широких слоев населения в условиях капиталистического общества.

Какова роль неврозов в этиологии алкоголизма по мнению отечественных авторов?

По данным Б. М. Сегала, из 475 лечившихся в наркологических учреждениях Москвы и Московской области только у 10,3% был невроз до начала алкоголизма

или же развился в первые годы злоупотребления спиртными напитками, а у 89,7% невроз явился следствием алкоголизма. Таким образом, невротическая и психопатическая почва в этиологии алкоголизма, по материалам Б. М. Сегала, была невелика, а там, где она имела, ее истоки лежали в дефектах воспитания, семейных конфликтах и других эмоционально-напряженных ситуациях.

Вторичные неврозы, возникавшие на почве хронического алкоголизма, протекали то в виде истинных неврозов (неврастения, психастения, истерия) и невротических реакций, то в форме неврозоподобных (псевдоневротических) проявлений. Для неврозоподобных состояний характерен похмельный абстинентный синдром с чувством вины, подозрительностью, нарушениями сна, тремором и проч. Наблюдались указанные состояния преимущественно при энцефалопатиях (сосудистого, травматического или другого происхождения), а также в результате алкогольного поражения мозга.

Рядом авторов подчеркивается значение осложняющих картину алкоголизма сосудистых факторов.

А. П. Демичев (Москва) у 250, а Г. М. Энтин (Москва) у 100 больных, страдающих хроническим алкоголизмом, выявили сосудистые расстройства различной тяжести, от функциональных до тяжелых органических. По их наблюдениям, многолетнее злоупотребление алкоголем приводило к нарушению регуляции артериального, венозного и капиллярного кровообращения, повышению порозности сосудистых стенок.

Сосудистые заболевания развивались по типу то острого геморрагического инсульта, то медленно нарастающей диапедезной геморрагии. Иногда наблюдались и субарахноидальные кровоизлияния. Острые геморрагии по типу инсульта возникали после сильных запоев, в состоянии похмелья, вследствие временного повышения АД, сочетающегося с повышенной проницаемостью сосудистых стенок. Диапедезные же кровоизлияния развивались медленно, исподволь, в течение продолжительной алкогольной интоксикации, достигая со временем массивных очагов поражения. Состояния диапедезного кровоизлияния больные долго могли переносить на ногах, не замечая или не придавая значения начальным симптомам моно- и гемипареза, пока не наступал тяжелейший инсульт.

Наиболее частой локализацией геморрагий была стволовая часть мозга.

При объяснении механизма поражения сосудистой системы при хроническом алкоголизме нельзя ограничиваться непосредственным воздействием алкоголя на сосудистую стенку, а также нарушением регуляции кровообращения, не учитывая также и расстройства обмена веществ. В частности склонность к геморрагиям при алкоголизме объясняется дефицитом витаминов, в особенности группы В. При этом имеют значение и нарушения питания, сна, как и частые психические травмы у страдающих алкоголизмом. Наиболее злокачественное течение приобретает сочетание алкоголизма с сосудистыми нарушениями, когда в сравнительно молодом возрасте возникают психические расстройства, ранняя инвалидность и нередко смертельные исходы (Г. М. Энтин).

Хронический алкоголизм нередко приводит к психическим расстройствам (В. В. Анучин, Москва), а также состояниям, внешне сходным с патологическим опьянением (А. К. Качаев, Москва).

Иногда острые сосудистые заболевания нервной системы, присоединяющиеся к алкоголизму, как об этом сообщает А. П. Демичев, принимаются врачами за пищевые отравления, что ведет за собою неправильные и даже противопоказанные мероприятия по оказанию лечебной помощи. Патогенетическое же лечение должно сводиться к витаминотерапии и йодистым препаратам, дезинтоксикационным и общеукрепляющим, а также спазмолитическим и стимулирующим сердечно-сосудистую систему средствам. При психических расстройствах показано назначение нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов.

При лечении хронического алкоголизма Г. М. Энтин рекомендует психотерапевтическое воздействие на больного и лечение гипноуггестивным методом с выработкой условнорефлекторной (тошнотно-рвотной) реакции на запах и вкус алкоголя. Б. М. Сегал рекомендует сочетать психотерапию с назначением транквилизаторов (андаксин, амизил и др.) и стимуляторов (центедрин и др.). В случаях вторичного развития алкоголизма у страдающих психопатиями и неврозами эффект лечения зависел не только от лишения алкоголя и противоалкогольных мероприятий, но и от лечения основного заболевания, а также воспитания характера. В качестве профилактики хронического алкоголизма и его рецидивов авторы указывают на значение психо-гигиенических мероприятий, в особенности среди детей и подростков; большое значение приобретает оздоровление окружающей больного среды, из которой могут исходить влияния, приводящие к рецидивам алкоголизма.

Важным лечебным и профилактическим мероприятием при хроническом алкоголизме и его осложнениях соматического и социально-правового характера является назначение больных на принудительное лечение. М. Х. Гонопольский (Алма-Ата) и Е. Д. Косенко (Кзыл-Орда), исходя из своего опыта, считают, что срок принудительного лечения должен колебаться от 4—6 до 8 и более месяцев. Максимальный срок принудительного лечения необходимо, по их мнению, распространять на больных с психопатизацией личности, алкогольной деградацией и в случаях большой со-

матической отягощенности. По их данным, у 30% лиц, находившихся 4—6 месяцев в психиатрических стационарах Казахской республики, был хороший эффект в течение 8—12 месяцев. Это были лица с небольшой давностью алкоголизма и положительными установками на труд; больные же, длительно злоупотреблявшие алкоголем и с выраженной деградацией личности, по окончании такого же курса лечения поступали с рецидивом алкоголизма в 2,5 раза чаще. Поскольку такие больные в условиях обычного стационара не выдерживали лечебный режим и вносили дезорганизацию в работу отделения, встал вопрос о специальной лечебно-трудовой колонии в системе Министерства охраны общественного порядка.

С. В. Курашов в своем докладе указал, что социальный аспект проблемы алкоголизма требует привлечения значительно большего внимания к борьбе с алкоголизмом со стороны внебольничной психиатрической сети. Областные и городские диспансеры должны организовать в городах и областях всю работу, связанную с амбулаторным лечением страдающих хроническим алкоголизмом. Назрел вопрос о создании в крупных городах специальных стационаров для страдающих алкоголизмом с тем, чтобы в дальнейшем освободить психиатрические больницы от этого контингента больных. Работу по созданию на местах специальных закрытых учреждений для принудительного содержания и трудового перевоспитания лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, в системе органов общественного порядка можно вести только при активной помощи местных советских, партийных и профсоюзных организаций.

Е. С. Станкевич
(Казань)

НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ САРАТОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ПО ПРОБЛЕМЕ «РЕВМАТИЗМ»

(14—15/X 1963 г.)

В конференции участвовали интернисты, педиатры, невропатологи, оториноларингологи, психиатры и патологоанатомы.

Проф. П. И. Шамарин в докладе «К вопросу о распознавании ревматических кардитов» заострил внимание на диагностике первичного или возвратного ревмокардита без клапанного порока, а также выявлении латентных форм ревмокардита. Он указал на ошибку клиницистов, которые к латентному ревмокардиту относят вялотекущие, с клинически маловыраженными симптомами. Это не мобилизует врачей к стремлению распознавать действительно скрыто протекающие формы его. Ранее выявление латентного ревмокардита на данном этапе возможно. Путь к этому — тесный контакт педиатров и терапевтов, диспансерный метод обслуживания и наблюдения лиц с предполагаемым ревматизмом, а также профилактическое обследование некоторых групп населения, в первую очередь детей и подростков, поиски специфических для ревматизма антигенов и особенностей нарушений в обмене веществ больных ревматизмом.

Г. К. Бутковский с помощью реакции непрямой агглютинации изучал соотношение между антигенами и антителами в различные периоды течения ревматизма и пришел к выводу, что наряду с антигенами стрептококка в крови больных, очевидно, присутствуют антигены иного происхождения (вирус или аутоантигены) и соответствующие антитела.

Л. И. Фишер изучал функциональное состояние центральной нервной системы у больных ревматизмом. В острой фазе заболевания, как и в межприступном периоде, наблюдается высокая реактивность по отношению к электрическим, световым и механическим раздражителям, что объясняется стойкой сенсibilизацией организма больного ревматизмом по отношению к этим раздражителям.

А. Г. Левина и проф. М. С. Образцова представили итоги диспансеризации и противорецидивного лечения больных ревматизмом. Из 441 больного, которым систематически проводилось противорецидивное лечение, активация ревматического процесса наблюдалась у 23, а из 80, не получавших его, обострение было у 14.

С. Б. Давидсон с соавторами сообщила о результатах наблюдения, о течении и отдаленных последствиях ревматического процесса у детей дошкольного возраста. Авторы нашли увеличение удельного веса дошкольного возраста среди детей, больных ревматизмом. По их данным, они составили 23,9%. Авторы не наблюдали тяжелых, катастрофических форм заболевания, не было и летальных исходов. После выписки дети находились на диспансерном учете и получали противорецидивное лечение. Рецидивы заболевания в течение 2—3 лет отмечены лишь у 5 больных из 103, порок сердца развился у одного ребенка, перенесшего одну атаку, и у трех после рецидива заболевания.