

из столовой, иногда из класса, в зависимости от того, где он проводился. В состав рациона включался также и чай. Каждую порцию рациона взвешивали, измельчали и заливали раствором поташа, а затем весь рацион тщательно перемешивали и из него брали навески для исследования. Каждая проба состояла из двух или трех параллельных анализов. Одновременно определяли содержание в суточных рационах белков, жиров и углеводов (с помощью теоретического подсчета по меню-раскладкам).

Содержание йода в суточных рационах колебалось от 86,2 до 244,6 мкг. Удельный вес белков, жиров и углеводов был также резко различным. Однако установить какую-либо закономерность между количеством йода и пищевых веществ в рационах нам не удалось (по-видимому, из-за небольшого числа исследований). Колебания же содержания йода в рационах можно объяснить неодинаковым составом продуктов, а также способом кулинарной обработки. В среднем содержание йода в суточных рационах составляет 176,9 мкг. Сравнение результатов наших исследований с данными других авторов показало, что количество йода в рационах воспитанников школ-интернатов Казани примерно такое, как в рационах населения Закарпатья (173 мкг), где отмечается зобная эндемия. Наши данные близки также к полученным Г. М. Гильмановой (1963) по Альметьевскому району ТАССР (145,6—152,2 мкг) и в то же время значительно выше, чем установленные ею по Шугуровскому району (101,8—108,6 мкг). Если принять за норму количество йода, предлагаемое О. В. Николаевым и В. В. Хворовым для взрослых — 200—220 мкг в сутки, то содержание йода в рационах воспитанников школ-интернатов г. Казани является лишь относительно пониженным.

Небольшое число проведенных исследований заставляет нас расценивать полученные данные как ориентировочные. Выявленная нами относительная недостаточность поступления йода в организм может усугубляться тем, что не все дети потребляют весь суточный рацион. Прежде всего не полностью съедаются овощные блюда, гарниры из тушеных овощей, овощные котлеты, супы. Особенно это характерно для учащихся школы-интерната № 10, где воспитываются дети татар из различных районов нашей республики.

Высокий процент увеличения щитовидной железы среди детей школ-интернатов Казани, несмотря на достаточное содержание йода в рационах, возможно, зависит от каких-то факторов, мешающих усвоению йода щитовидной железой.

Результаты наших исследований подтверждают взгляд, что вопрос об этиологии эндемического зоба не может решаться только с точки зрения теории йодной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гильманова Г. М. Эндемический зоб и содержание йода в воде, почве и пищевых продуктах Альметьевского и Лениногорского р-нов ТАССР. Автореф. канд. дисс., Казань, 1963. — 2. Драгомирова М. А. В кн.: Методы определения микроэлементов. Изд. АН СССР, М., 1959. — 3. Ковальский В. В. Применение микроэлементов в сельском хозяйстве и медицине. Изд. АН Латвийской ССР, Рига, 1959. — 4. Коломийцева М. Г. Содержание и соотношение некоторых микроэлементов (J, Fe, Cu и Co) во внешней среде и тканях. Автореф. докт. дисс., М., 1961. — 5. Милославский В. В. Сборник научн. работ, вып. 1, гигиена. Казань, 1957. — 6. Хворов В. В., Николаев О. В. Эндемический зоб. Медгиз, М., 1959.

УДК 616.85

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ В МЕСТНЫХ САНАТОРИЯХ

*В. М. Сироткин, Г. Г. Гайнуллин, В. Ф. Рыжов, Т. И. Чачко
и Ф. А. Яхин*

Кафедра нервных болезней (зав. — проф. Л. И. Омороков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и санаторий «Васильево»

В системе неврологической помощи местные санатории имеют особое значение в качестве учреждений для стационарного лечения больных с функциональными заболеваниями центральной нервной системы.

Больной с невротическим расстройством нуждается в индивидуализированном режиме лечения и отдыха, максимально исключающем отрицательные эмоции, что может быть обеспечено в местном санатории, где, кроме того, представляется возможность широкого использования природных лечебных факторов (аэро-, геллю-, гидротерапия).

Изъятие из среды привычного производственного и семейного окружения показано, по-видимому, также и для лиц с простым переутомлением и различными функциональными заболеваниями вообще.

В кардионеврологическом санатории «Васильево» в течение ряда последних лет больные с заболеваниями преимущественно нервной системы составляли около половины всех лечившихся. Из них почти 50% страдали функциональными заболеваниями центральной нервной системы. Нозологическая структура этой группы характеризуется следующими соотношениями: неврастения — 75% к общему числу больных, соматогенные астенические состояния (церебрастения) и реактивные невротические состояния — 15%; неврозы преимущественно с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы — 6%; неврозы с эндокринными дисфункциями (главным образом гипертиреоз и климакс) — нередко; истерия и психастения в выраженных проявлениях — как исключение.

Лучшие результаты были получены при лечении больных неврастениями. У большинства существенно улучшалось самочувствие и нормализовалась работоспособность. Лечение больных с психогенными невротическими реакциями и неврозами с нарушениями сердечно-сосудистой системы протекает длительно; особенно торpidными являются соматогенные церебрастения. Санаторное лечение больных с этими формами дает лишь субъективное улучшение в отношении некоторых проявлений болезни и общего состояния. Перевозбужденные больные («невроз тревоги»), больные с депрессивными и ипохондрическими настроениями требуют психотерапевтического подхода, организации индивидуального режима и окружения, а также применения современных психофармакологических средств и, по-видимому, не соответствуют профилю санатория.

Гипертензия была диагностирована у 70% больных, раздражительная слабость — у 20% и гипостения — у 10%. По гипертензическому типу протекает большинство невротических расстройств, вызванных нервным переутомлением; это наиболее благоприятная для выздоровления форма, и, по-видимому, в санаторном контингенте она преобладает.

В санаторном терапевтическом комплексе для больных неврастениями, обычно получавших ранее фармакотерапию, максимально использовались физические методы лечения и заменялись, насколько это возможно, лекарства.

Санаторий расположен в обширном лесопарке с преобладанием сосны, что имеет существенное значение для устранения хронической гипоксии, играющей существенную роль в патогенезе невротических расстройств у лиц умственного труда.

Утренняя гигиеническая гимнастика, лечебная физкультура, терренкур, купание в реке, воздушные и солнечные ванны летом, сон на веранде в спальных мешках зимой, катание на лыжах и санях позволяют в достаточной мере использовать лечебные свойства метеорологических факторов в условиях лесного курорта.

В лечении каждого больного неврастениями применяли различные души и ванны (радоновые, хвойные, хвойно-радоновые, жемчужные), а также бром-кофеин по Вермелю, гальвановоротники по Щербаку, статдуш, электросон. При выборе процедур и дозирований учитывали фазу неврастенического процесса. Для возбудимых больных ограничивали раздражители, при гипостении подбирали тонизирующие. Однако наиболее эффективными оказались комбинации из процедур с тонизирующим и успокаивающим действием. В этом мы усматриваем аналогично с высокой эффективностью комбинации брома и кофеина в популярной микстуре И. П. Павлова.

В ходе санаторного лечения прежде всего улучшается самочувствие больного: проходит ощущение слабости, исчезают головные боли, улучшается сон (обычно не сразу); затем уменьшается раздражительность и исчезает внутреннее беспокойство, улучшается аппетит. К более стойким симптомам относятся головокружение, плаксивость, тахикардия и импотенция.

Нейродинамические сдвиги во второй сигнальной системе у больных неврастениями в результате лечения в санатории «Васильево» были прослежены методом ассоциативных экспериментов. Каждый из 59 больных неврастениями был подвергнут ассоциативному эксперименту в начале и в конце санаторного курса. Исследование свободных рече-речевых ассоциаций производилось в соответствии с рекомендациями Б. В. Зайгарник (1958). Предлагались 22 индифферентных и 3 «эффективно заряженных» слова, касающихся психотравмирующей ситуации. Время реакции отмечалось на ручном секундомере. В каждой из 2 серий (до и после лечения) исследование было зарегистрировано по 1475 свободных ассоциаций, содержание которых было проанализировано со стороны интеллектуального их качества. Соотношение высших, средних и низших ассоциаций в обеих сериях оказалось практически одинаковым.

В серии экспериментов, проведенных до лечения, обнаружилось, что у 46 больных из 59 средняя величина скрытого периода лежит выше верхней границы нормы (норма по Б. В. Зайгарник — 0,5—0,2 сек.). Выше этой границы лежит также средняя латентного периода для всех 1475 ассоциаций, зарегистрированных до лечения (2,9 сек.). В конце санаторного курса у 55 больных средняя латентного периода снизилась, причем у 32 больных до нормы (1,9 сек.).

Влияние комплекса санаторного лечения на корковую нейродинамику I сигнальной системы у 25 больных неврастениями было прослежено в исследованиях скрытого периода простой двигательной реакции (нажатие кнопки) на условный зрительный (белый свет) раздражитель; в качестве дифференцировочного раздражителя давали красный свет. Был использован безынерционный телехронорефлексометр ТХР-56, скомпонованный с электросекундомером, включавшимся в момент дачи раздражения и останавливавшийся нажатием кнопки. В первые и последние дни пребывания больного

в санатории проводилось 40—50 измерений скрытого периода и, кроме того, 9—10 проб на дифференцировочное торможение. Всего было сделано 2500 замеров скрытого периода и 500 проб на дифференцирование. Процент сорванных дифференцировок для всей группы исследованных до лечения составил в среднем 46,8, после лечения — 17,64%.

Полученные данные свидетельствуют, что у больных с гиперстеническим синдромом повышена реактивность и значительно ослаблено дифференцировочное торможение при усиленной иррадиации пассивного торможения, проявившегося в резком удлинении скрытого периода после каждой дифференцировки. В ходе санаторного лечения нормализуется двигательная реактивность и улучшается процесс дифференцировочного торможения, особенно нарушающийся при гиперстенической форме неврастении.

Безусловный тепловой рефлекс вазомоторов был исследован у 77 больных с функциональными расстройствами нервной системы в начале и в конце курса санаторного лечения.

Подкорковый сосудодвигательный рефлекс вызывали холодным (+6°С) раздражением кожи, дозированным по площади, на передней поверхности левого локтевого сгиба и определяли электротермометрически на симметричном участке правой руки. Для каждого исследования вычерчивали кривые отклонения температуры во времени и полученные данные использовали для характеристики вазомоторного рефлекса в отношении выраженности (по амплитуде отклонения), быстроте и стабильности. Изменения показателей вазомоторного рефлекса под влиянием санаторного лечения были неоднозначны и зависели от исходного состояния. У 28 больных до лечения амплитуда была незначительна — 1,5°С (условно — группа гипореактивных); из них в конце курса показали повышение амплитуды 23 больных.

До лечения у 23 больных амплитуда превышала 2,5°С (условно гиперреактивные); из них в конце курса обнаружили уменьшение амплитуды только 8; у 9 она даже возросла. Ускоренная реакция вазомоторов была установлена до лечения у 26 больных, в конце санаторного курса значительное ее замедление было выявлено у 21. У 20 больных в начале санаторного лечения кривая вазомоторного рефлекса имела ремиттирующую форму; из них в конце курса 15 дали кривую стабильного типа. Таким образом, в ходе санаторного лечения у больных неврастением происходит нормализация ускоренных, неустойчивых и уменьшенных по амплитуде безусловных вазомоторных рефлексов. Вместе с тем у некоторых больных с гиперреактивным по амплитуде рефлексом отмечается ухудшение характеристик рефлекса, вероятно за счет неадекватности терапевтического комплекса. В группе больных, гиперреактивных по амплитуде, следует ограничивать возбуждающие сосудистую систему процедуры.

Клиническое улучшение у больных неврастением в процессе санаторного лечения сопровождается нормализацией соотношений основных нервных процессов — возбуждения и торможения в корковой нейродинамике. Однако у некоторых больных неврастением констатированы неблагоприятные сдвиги по результатам физиологических исследований, совпадающие с недостаточным клиническим эффектом санаторного лечения. Это особенно отчетливо проявилось при ассоциативном эксперименте в форме повышения утомляемости рече-речевого рефлекса некоторых больных, а также в ухудшении показателей вазомоторных реакций после санаторного лечения. Каждый больной неврастением получал 4—5 лечебных процедур и принимал участие в общественной жизни санатория (экскурсии, лекции, эстрадные представления и т. д.). Это требовало надлежащей организации режима лечения и отдыха, который стандартизировался по трем основным типам: шадающий, тренирующий, тонизирующий.

Больные с гиперстенией, составлявшие большинство (70%) больных неврастением, последовательно проводились от ограничительного к режиму с повышенной нагрузкой. Тем не менее приведенные выше данные свидетельствуют о неадекватной для некоторых нервной нагрузке. К сожалению, практически удобные способы количественной оценки раздражающих факторов по всему комплексу лечения и отдыха, которые пришли бы на смену существующему способу «проб и ошибок» в выработке индивидуального режима, отсутствуют.

По нашему мнению, сон является наиболее чувствительным клиническим индикатором реакций центральной нервной системы на совокупное раздражающее действие среды, санаторного режима и лечебного процесса. У неврастеников всякий случай нарушения сна должен немедленно нотироваться с последующим уменьшением раздражающих моментов и процедур.

Опыт работы санатория «Васильево» свидетельствует, что местные санатории могут обеспечить наиболее адекватное лечение функциональных расстройств нервной системы и особенно неврастении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайгарник Б. В. Нарушения мышления у психически больных (экспериментально-психологическое исследование). Медгиз, М., 1958 — 2. Крейдлер А. Астенический невроз. Изд. Академии Румынской Народной Республики. Бухарест, 1963.