

О ПРИМЕНЕНИИ НЕКОТОРЫХ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭПИЛЕПСИИ

В. Т. Лекомцев

*Кафедра психиатрии Ижевского медицинского института (зав. — проф. В. Н. Белоусова),
клиническая психиатрическая больница (главврач — П. В. Колесников)*

Опыт изучения эпилепсии говорит о важном месте в клинической картине ее эмоциональных расстройств, которые крайне полиморфны, могут выступать в качестве самостоятельных синдромов или входить в состав более сложных психопатологических образований. Кроме пароксизмов в виде вариантов дисфорий наблюдаются межпароксизмальные патологические изменения аффективности, имеющие тенденцию к углублению.

Возможности терапевтического воздействия на эмоциональные нарушения при эпилепсии стали вырисовываться с 60-х годов XX века — со времени введения психотропных средств в комплекс лечебных мероприятий. Так, Моер, Кинрос-Райт, Фини нашли, что аминазин улучшает поведение больных. В. П. Беляев также отмечает, что при лечении аминазином «уходят постоянные нарушения эмоциональности» больных эпилепсией. По данным Лидделля, Ретгерстёла, фенотиазин показан при повышенной эмоциональной возбудимости, несмотря на некоторое учащение припадков при его применении. М. Ш. Вольф для смягчения эмоциональных реакций с успехом применял седуксен, либриум, тизерцин. Т. А. Невзорова, М. И. Лукомский указывают, что сочетание аминазина, галоперидола, тизерцина с тегретолом улучшает общее состояние больных и урежает дисфории. В ряде последних работ (1971 г.) П. М. Сараджишвили и соавт., Г. Ф. Марьенко, Б. К. Шапиро и соавт., М. Ш. Вольф и др. также подчеркивают положительную роль транквилизаторов и нейролептиков в лечении дисфорических явлений и эмоциональных сдвигов при эпилепсии.

Признание благотворного действия психотропных средств на эмоциональность больных эпилепсией вызывает необходимость дальнейшего изучения вопросов индивидуализации показаний и методики лечения.

Мы изучали эффективность применения нейролептиков группы фенотиазина и бутирифенона и транквилизаторов в комплексном лечении 40 больных эпилепсией (19 мужчин и 21 женщины в возрасте от 16 до 65 лет, с давностью заболевания от 2 до 30 лет). Структура клинической картины складывалась из пароксизмальной симптоматики, к которой относились большие эпилептические, малые и полиморфные припадки, эквиваленты в виде сумеречных расстройств сознания, особых состояний (М. О. Гуревич), вариантов дисфорий, повторяющихся от 8—15 раз в день до 8—12 раз в год. Межпароксизмальная симптоматика была представлена изменениями интеллекта и характера. В клинической картине преобладали массивность и тяжесть эмоциональных нарушений. Наиболее часто отмечалось подавленное, раздраженно-тоскливое настроение, повышенная требовательность к окружающим, гневная обидчивость, постоянная неудовлетворенность отношением персонала, недовольство лечением, обстановкой. Аффективная взрывчатость больных довольно часто завершалась агрессивными действиями. Неизживаемость аффекта, длительное эмоциональное напряжение у ряда больных сочетались со сверхценными идеями, касающимися организации лечения, семейных и служебных отношений, с некоторой переоценкой собственной персоны. Надо отметить, что дисфории зачастую представляли собой заострение постоянного эмоционального фона; это создавало трудности в разграничении их от внешне обусловленных вспышек раздражительности.

Больные получали противосудорожные, дегидратационные, рассасывающие, седативные и симптоматические средства в сочетании с витаминотерапией и диетой.

Комплексное лечение эпилепсии с применением галоперидола проведено 10 больным. В эту группу вошли больные с выраженными эмоциональными расстройствами, готовностью к тяжелым конфликтам и стремлением к агрессивности. Дозировка галоперидола зависела от степени эмоциональных расстройств, в среднем достигала 30 мг в сутки, длительность лечения — до 2 лет. Побочные явления в виде скованности и акатизии проходили при снижении дозы галоперидола или введении корректоров. В процессе лечения у больных постепенно смягчалась эмоциональная напряженность, снижалась склонность к аффективным реакциям, злобность. Поведение становилось более упорядоченным, появлялась возможность приспособить больных к труду.

Комплексную терапию эпилепсии с включением нейролептиков фенотиазинового ряда (аминазина, тизерцина), транквилизаторов (элениума, триоксазина) и тегретола

проводили 17 больным. Психическое состояние больных этой группы также отличалось эмоциональной напряженностью, но несколько меньшей монотонностью аффекта. Эмоциональные нарушения вначале поддавались лечению транквилизаторами, однако чаще приходилось назначать нейролептические средства, в некоторых случаях эффект наступал при назначении тегретола. Дозы нейролептических средств колебались от 100 до 400 мг, транквилизаторов — от 10 до 50 мг, тегретола — от 200 до 800 мг в сутки. Лечение продолжалось в среднем 3 месяца. Выраженных побочных явлений и осложнений не наблюдалось. В процессе лечения постепенно уменьшалась склонность к аффективным реакциям, причем отмечалась меньшая вязкость и обстоятельность мышления.

Комплексную терапию эпилепсии с соблюдением преемственности и длительности в применении противосудорожных средств и назначением изредка транквилизаторов на 3—4 недели проводили 13 больным. Эмоциональные нарушения у больных не достигали большой степени и массивности, что и объясняло лишь эпизодическое назначение психотропных средств. Пароксизмальная симптоматика поддавалась лечению; что касается эмоциональных нарушений, то отмечалось нарастание их и учащение дисфорических состояний.

Наши наблюдения позволяют сделать некоторые выводы. Включение в комплексную терапию эпилепсии психотропных средств, даже при большой давности заболевания и выраженных характерологических изменениях, оказывает благоприятное влияние. Эффект терапии психотропными средствами наступает при лечении в течение месяцев и даже лет при индивидуально подобранной дозе. Нейролептики группы бутирфенонов и группы фенотиазина в наших наблюдениях оказывали идентичное терапевтическое действие, но применение галоперидола чаще сопровождалось побочными явлениями. Транквилизаторы более эффективны при их сочетании с нейролептическими средствами.

В теоретическом плане можно предположить, что благоприятный эффект лечения сочетанием противосудорожных и психотропных средств зависит от синергизма их воздействия на гипоталамо-лимбические структуры головного мозга, играющие роль в формировании вегетативных и эмоциональных компонентов поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баншиков В. М. В кн.: Современные психотропные средства. М., 1967.—
2. Беляев В. П. В кн.: Антидепрессанты и лечение депрессивных состояний. Л., 1966.—
3. Вольф М. Ш. Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1969, т. II; В кн.: Дифференцированное применение психотропных средств в психиатрии, неврологии. Диагностика, клиника и лечение инсультов. Львов, 1971.—
4. Маер, Гросс и др. Клиническая психиатрия. Медицина, М., 1967.—
5. Невзорова Т. А., Лукомский М. И. и др. В кн.: Материалы фармакологического и клинического изучения препарата тегретол. М., 1968.—
6. Сараджидзе П. М., Геладзе Т. Ш. и др. В кн.: Дифференцированное применение психотропных средств в психиатрии, неврологии. Диагностика, клиника и лечение инсультов. Львов, 1971.—
7. Шапиро Б. К., Баскевич К. Ф. и др. Там же.

УДК 611.342

О ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРЕВЯЗКИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. Х. Давлетшин, Н. М. Уразильдеев

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. — проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и хирургическое отделение Чистопольской центральной районной больницы (зав. — Н. М. Уразильдеев).

Панкреатодуоденальная область представляет собой зону, где сложные топографо-анатомические взаимоотношения органов и образований сочетаются с большой вариативностью архитектоники кровеносных сосудов. Литературные данные по вопросу о возможности и последствиях перевязки отдельных сосудов двенадцатиперстной кишки крайне разноречивы, что побудило нас уточнить некоторые детали кровоснабжения этого органа и попытаться проследить изменения в сосудах и в стенке кишки на отдаленных сроках после выключения магистральных артерий и их ветвей.

Изучение морфологии сосудов проведено на 50 коррозийных и 50 просветленных инъецированных препаратах артерий двенадцатиперстной кишки человека. Кроме того, сделано 20 экспериментов на собаках, в ходе которых путем оперативного трансабдоминального вмешательства выключали желудочно-двенадцатиперстные, краниальные и каудальные поджелудочно-двенадцатиперстные или прямые артерии.