

Однако заслуживает внимания факт, что дельта-сон под действием дифенизида увеличивается незначительно, хотя субъективная оценка улучшается существенно. Это противоречие требует дальнейшего анализа. Несмотря на то, что механизм действия дифенизида изучен недостаточно, можно предположить, что, будучи транквилизатором, он оказывает существенное влияние на причину нарушений сна, то есть на эмоциональные нарушения. С этих позиций можно понять и терапевтическое его влияние на течение вегетативно-сосудистых кризов, являющихся неизбежным следствием эмоционального напряжения. Вероятно, в прямой связи с уменьшением эмоционального напряжения находится удлинение латентного периода быстрого сна при приеме дифенизида. Действие плацебо, по-видимому, также нельзя объяснить иначе как влиянием через эмоциональную сферу.

В наших исследованиях препарат хорошо зарекомендовал себя при лечении неврозов с нарушениями сна и вегетативно-сосудистыми кризами. Группу обследованных с вегетативно-сосудистыми кризами (11 чел.) составили в основном больные с астеническим неврозом, которым дифенизид назначали в дозе 0,25 г 3 раза в день. Кроме того, начаты исследования лечебного действия препарата у больных с вегетативно-сосудистыми кризами, развившимися на почве гипоталамического синдрома. У большинства больных уже к концу 1-й недели наблюдалось улучшение самочувствия, урежение кризов, а у некоторых — их прекращение. Дальнейшее лечение в течение 2 недель еще более закрепляло этот эффект. Однако у 3 больных, в том числе у 2 с неврозами и у 1 с гипоталамическим синдромом, не было отмечено существенного улучшения. Предварительные данные клинического изучения препарата позволяют рекомендовать его при лечении неврозов, в клинической картине которых ведущими являются вегетативно-сосудистые кризы в сочетании с нарушениями сна. Применение дифенизида в указанных дозах не сопровождается побочными явлениями, аллергическим или токсическим действием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ржевская Г. Ф. В сб.: Действие нейротропных средств на нервную и гормональную регуляцию. Л., 1968.— 2. Ржевская Г. Ф., Яфаров Р. Л. Материалы 5 Приволжск. конф. физиологов, биохимиков и фармакологов с участием морфологов. Ярославль, 1969.— 3. Rechtschaffen A., Kales A. A manual of standardized terminology, techniques and scoring System for sleep stages of human subjects. Bethesda, 1968.

Поступила 15 января 1974 г.

УДК 613.816

ПРИМЕНЕНИЕ ДИФЕНИЗИДА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

*Н. А. Блюхерова, проф. И. В. Заиконникова,
канд. мед. наук Г. Ф. Ржевская, проф. В. С. Чудновский*

Кафедра психиатрии (зав. — проф. В. С. Чудновский) и кафедра фармакологии (зав. — проф. И. В. Заиконникова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, Казанский городской психоневрологический диспансер им. В. М. Бехтерева (главрач — И. Д. Биргер)

Дифенизид является новым фармакологическим препаратом из группы фосфорорганических соединений. По действию на ц. н. с. его можно отнести к транквилизаторам; он обладает центральным холинолитическим эффектом. При введении препарата мышам у них регистрировалось уменьшение содержания серотонина в мозговой ткани. В результате экспериментального и клинического изучения нами установлено, что дифенизид оказывает выраженное нормализующее влияние на нарушения центральной регуляции вегетативных функций организма. Это дало нам основание провести испытание дифенизида при состояниях похмелья у больных алкоголизмом, при которых колебания настроения, тревога сочетаются со значительными вегетативными нарушениями. Под нашим наблюдением было 60 больных (возраст — от 20 до 60 лет) во второй стадии алкоголизма, обратившихся в наркологический кабинет Казанского городского психоневрологического диспансера. Длительность алкоголизма составляла от 2 до 20 лет. Больные обращались к врачу на 1—2-й день после запоя, продолжавшегося от 7 до 30 дней, в период лечения дифенизидом находились в состоянии тяжелой алкогольной абстиненции. Они испытывали чувство тоски, страха, были склонны к тревожно-параноидной интерпретации происходивших вокруг них событий: им казалось, что окружающие смеются над ними, смотрят на них с подозрением; они чувствовали себя виноватыми перед родными, женой, детьми, вздрагивали от малейшего шороха, стука, держались неуверенно, робко. Все больные жаловались на слабость, тошноту, головные боли, отсутствие аппетита, неприятные ощущения в области сердца. Отмечалось расстройство сна, доходящее до полной бессонницы. Если больные и засыпали, то сон был неглубокий, тревожный, сопровождался кошмарными сновидениями.

При объективном обследовании бросается в глаза характерный внешний вид больных: лицо опухшее, гиперемированное с багрово-синюшным оттенком, у некоторых больных — серое. Склеры субиктеричны, сосуды инъецированы. Голос хриплый, зев несколько гиперемирован, язык обложен, губы сухие, потрескавшиеся. Определяется крупноразмашистый тремор, тахикардия, часто — артериальная гипертония, диспепсические расстройства, усиленная жажда. Тonus мышц понижен, сухожильные рефлексы повышены, выявляется выраженный гипергидроз.

Всем больным с первого дня их обращения в наркологический кабинет назначали глюкосу (40% раствор внутривенно), магнезию (25% раствор), витаминотерапию. Наряду с этим 30 больных с самого начала лечения получали дифенизид по 0,5 утром и днем, 1,0 на ночь. Одновременно мы проводили наблюдения над группой из 30 больных с аналогичной картиной заболевания, которые на фоне того же дезинтоксикационного лечения получали плацебо. Длительность назначения дифенизида или плацебо составляла от 4 до 7 дней.

При оценке результатов лечения сопоставлялись изменения состояния больных в той и другой группе. При лечении дифенизидом значительное улучшение было достигнуто у 20 чел., улучшение — у 10; в то же время при назначении плацебо улучшение отмечено у 10, а у 20 эффекта не было.

В процессе терапии дифенизидом заметное улучшение в состоянии больных наблюдалось уже на 2-й день: уменьшались тревога, депрессия, страхи, улучшался ночной сон; он становился глубже, спокойнее, но длительность его оставалась недостаточной. На 3-й день лечения дифенизидом самочувствие больных продолжало улучшаться, выравнивалось настроение, исчезали немотивированные страхи, тревога, сон становился более продолжительным, сновидения переставали носить устрашающий характер. Появлялось чувство бодрости и уверенности в себе, улучшался аппетит. К концу 5-го дня лечения дифенизидом больные чувствовали себя вполне удовлетворительно. Вегетативные же расстройства и тремор исчезали медленнее, а к 7-му дню лечения они практически полностью отсутствовали.

У больных, которые получали плацебо, самочувствие улучшилось в незначительной степени. У 10 из них уменьшились страх, тревога, слабость, головные боли, тошнота, улучшился аппетит. Но большинство больных продолжало испытывать чувство тревоги, беспричинного страха, были депрессивными. Сон был резко нарушен, сопровождался кошмарными сновидениями, некоторые больные предпочитали вообще не ложиться спать, не выключали свет, так как в темноте у них возникали устрашающие гипнагогические галлюцинации. На 5-й день наблюдения больным был назначен дифенизид, который быстро приводил к исчезновению основных симптомов похмелья.

Наиболее эффективным было лечение алкогольной абстиненции у лиц более молодого возраста (до 40 лет) и с меньшей длительностью алкоголизма (до 12 лет). В этих случаях больные непосредственно после купирования похмельного синдрома не испытывали влечения к употреблению алкоголя. При менее выраженном терапевтическом эффекте у больных длительным и тяжелым алкоголизмом сохранилось желание выпить: у 10 из 20 таких больных в течение ближайших 3—5 дней после окончания лечения вновь возник запой.

Сравнивая общие результаты лечения в группах больных, которые получали дифенизид и плацебо, нужно заметить, что лечение дифенизидом приводило к сокращению периода похмелья в 2—3 раза. При этом речь идет об ослаблении абстинентных явлений и влечения к повторному употреблению спиртных напитков, но не о подавлении этого влечения. Следует особо подчеркнуть, что наряду с транквилизирующим эффектом дифенизид оказывает отчетливое регулирующее влияние на нарушенные функции вегетативной нервной системы. Препарат представляется полезным в качестве средства для купирования синдрома тяжелого похмелья.

Поступила 17 мая 1973 г.

УДК 616.832 — 007.235

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ И ВЫЧИСЛИТЕЛЬНОЙ ТЕХНИКИ В МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

*В. М. Сироткин, И. Пазони, Р. Х. Фарзан, В. В. Демарина,
В. И. Петрова, Л. Ф. Шатруков, А. И. Шепеткина,
Ш. З. Камалетдинов, Р. И. Ярмухаметов*

Казанский ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт им. С. В. Курашова, Казанский инженерно-строительный институт, ГНИПИ-ВТ, вычислительный центр Физико-технического института Казанского филиала АН СССР

Основной практической задачей медико-генетической консультации является вероятностное прогнозирование наследования болезни потомком. Этим в известной мере стимулировалось развитие некоторых областей так называемой математической гене-