

При изучении акушерского анамнеза удалось установить, что у 19 из 24 больных имела патология перинатального периода; токсикоз беременных (у 11 матерей), угроза прерывания беременности (у 4), слабая родовая деятельность (у 6); в 5 случаях потребовались акушерские пособия, 5 детей родились недоношенными, 6 — переносными.

Нам представляется важным, что инвагинация у детей появлялась на фоне предшествующих дискинезий желудочно-кишечного тракта (данный факт обычно ускользает от внимания врачей), что позволяет предположить взаимосвязь между этими, казалось бы, разными проявлениями патологии желудочно-кишечного тракта. Так, 17 из 24 детей в первые месяцы жизни постоянно срыгивали, причем у 9 из них срыгивания наблюдались с первых дней жизни, у 8 — с 2 нед. У 6 детей повторялась рвота фонтаном. У 15 из 24 детей в первый год жизни отмечались устойчивые запоры, у 5 обследованных запоры часто чередовались с поносами. Если учесть, что срыгивания и рвоту у новорожденных большинство исследователей относят к нейрогенным заболеваниям (и наши данные это подтверждают), то возникает аналогичное предположение и относительно инвагинаций.

У 11 из 24 детей в течение многих месяцев наблюдалась склонность к икоте. 18 из них были на грудном вскармливании и нарушении питания не было, 4 — на искусственном вскармливании и 2 — на смешанном. Тщательный анализ питания детей в дни, предшествовавшие инвагинации, позволил предположить возможное нарушение диеты лишь у 6 из 24 детей.

Достоин внимания наблюдения, что у 5 детей, у которых неврологической патологии не было обнаружено, течение основного заболевания отличалось особенностями. Так, у 2 из них удалось обойтись дезинвагинацией воздухом. У 3 оперированных детей этой группы послеоперационный период протекал более благоприятно: у всех рано появлялся стул, не было послеоперационной рвоты, выраженного пареза кишечника. Таким образом, видимо, у детей без неврологической патологии инвагинация протекает более благоприятно.

Механизм возникновения инвагинации кишечника у травмированных в родах новорожденных нам представляется следующим образом. Родовые повреждения шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий встречаются очень часто [5] даже при обычных родах. Развивающаяся при этом ишемия в системе позвоночных артерий распространяется на ствол мозга [4], высшие вегетативные центры гипоталамической области [6], которые участвуют в регуляции моторики желудка и кишечника. Судя по результатам экспериментов, это приводит к спазму привратника и тонкого кишечника, но не касается толстого кишечника: возникают предпосылки для развития инвагинации.

Приведенные наблюдения открывают новые перспективы в изучении патогенеза отдельных случаев инвагинации кишечника у детей, в разработке профилактических мероприятий и поисках путей более целесообразной падающей терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Ю. М. Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника. М., Медицина, 1975.— 2. Долецкий С. Я. В кн.: Функциональная непроходимость пищеварительного тракта. М., 1967.— 3. Князева А. С. В кн.: Вопросы неотложной хирургической помощи детям. М., 1975.— 4. Марулина В. И. Синдром диффузной мышечной гипотонии у детей с натальными повреждениями шейного отдела спинного мозга и его клиническое значение. Автореф. канд. дисс., Казань, 1980.— 5. Ратнер А. Ю. Родовые повреждения спинного мозга у детей. Казань, 1978.— 6. Романова В. М. Состояние гипоталамо-надпочечниковой системы у детей с натальными повреждениями спинного мозга. Автореф. канд. дисс., Казань, 1977.

Поступила 11.02.85.

УДК 616.89—008.441.13—08:616.28

КОНТРОЛИРУЕМЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛИЗМА

Ю. Г. Шапиро

Республиканский наркологический диспансер (главрач — Л. Д. Никольская)
МЗ ТАССР

Отсутствие эффекта лечения лекарственными средствами порою расценивается как резистентность организма к медикаменту. В то же время на практике приходится

сталкиваться со случаями уклонения больных от приема лекарств внутрь. Подобные факты часто наблюдаются среди психических больных [2, 3], у которых при длительных курсах лечения возникают «усталость» от процедур, недоверие к эффективности лекарств или появляется идея отравления. Такие больные обнаруживают психологическое сопротивление терапии, недостаточно ясно осознавая необходимость продолжения курса лечения.

Некоторые больные чрезвычайно ловко избегают приема лекарств. Они прячут таблетки под язык, в дупло зуба, между деснами и щекой, иногда проглатывают их, но через некоторое время активно вызывают рвоту. Продолжительные курсы лечения требуют объективного контроля за приемом лекарств. По наблюдениям Кубаского [5], около половины амбулаторных и четверть стационарных больных не принимают назначенных психотропных средств. В 1964 г. нами было обследовано 43 пациента, страдающих параноидной формой шизофрении и получавших внутрь аминазин. С помощью пробы Форристов было выявлено 14 человек, уклонявшихся от приема аминазина. Этим больным заменили способ введения препарата на внутримышечные инъекции. В результате у 10 больных наступило улучшение психического состояния, позволившее выписать их домой на амбулаторное лечение.

Продолжительная химиотерапия относится А. К. Качаевым [1] к лечебно-восстановительным факторам, определяющим длительность ремиссии при алкоголизме. Однако в процессе лечения со стороны больных можно отметить разнообразные формы психологического сопротивления терапии, что вынуждает врачей осуществлять объективный контроль за приемом препаратов.

С 1975 г. мы применяем пирамидоновый контроль за приемом тетурама. Он прост в исполнении. Больным дают внутрь порошковую смесь 0,25 г тетурама и 0,25 г пирамидона. Через 4—6 ч после приема порошка моча больного, смешанная в равных количествах с 2 % раствором полутораклористого железа, окрашивается в различные оттенки аметистового цвета. Такой периодически проводимый контроль дает возможность повышать эффективность лечения и успешно применяется в различных наркологических стационарах [4].

С целью ежедневного контроля за приемом тетурама внутрь нами предложено использование желатиновой капсулы, заполненной порошковой смесью 0,25 г тетурама и 0,005 г метиленового синего. После приема внутрь желатиновая капсула растворяется в желудке, а метиленовый синий всасывается и через 2—3 ч выделяется с мочой. По окрашиванию мочи в синий цвет можно убедиться в приеме препарата. Предложенная дозировка метиленового синего может применяться в течение длительных курсов лечения.

Смесь в желатиновых капсулах была назначена 16 пациентам в возрасте от 25 до 40 лет с хроническим алкоголизмом II и III стадии. Больные ранее неоднократно лечились по поводу алкоголизма и в стационаре под разными предлогами пытались уклоняться от сенсibilизирующего лечения. Трое из них ссылались на повышенную сонливость и вялость, двое — на появление болей в животе. Из-за отрицательного отношения больных к таблеткам тетурама им была предложена смесь в желатиновых капсулах по 2—3 раза в день. На 5-й день приема лекарства у 10 больных проводили тетурамовоалкогольные реакции: у 8 из них реакция достигала второй стадии, у 2 — третьей. Таким образом, мы убедились, что применяемая дозировка метиленового синего не снижает сенсibilизирующего эффекта тетурама. Она смягчает побочное действие препарата, которое обнаруживается у отдельных больных в виде вялости, сонливости и болей в животе. Визуальное изменение цвета мочи является для больных дополнительным психотерапевтическим воздействием, способствующим воздержанию от употребления спиртного. Применение смеси в капсулах позволяет преодолеть или нейтрализовать некоторые формы психологического сопротивления терапии со стороны больных. В комплексе лечебно-восстановительных мероприятий контролируемая химиотерапия повышает эффективность активного и поддерживающего лечения хронического алкоголизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Качаев А. К. В кн.: Алкоголизм. М., 1983.— 2. Пужинский С., Роговская Я. Журн. невропатол. и психиатр., 1964, 3, 437.— 3. Успенская Л. Я. Там же.— 4. Шапиро Ю. Г., Менделевич Д. М., Посаженкова М. Н. Казанский мед. ж., 1977, 2, 85.— 5. Кубаский А. Психиатр. пол., 1982, 16, 4.

Поступила 10.09.85.