

вающие, что ретикуло-эндотелиальная система у целого ряда душевнобольных (шизофреников, эпилептиков и т. д.) находится в состоянии астении и ведет себя крайне пассивно (Блиновский).

Следовательно, слабо выражена и защитная функция гемато-энцефалического (сосудистого) барьера. Повторные ежедневные введения в кровь больших доз KMnO_4 действуют раздражающим образом на эндотелий сосудов и прочие гистиоцитарные элементы сосудистой стенки (а возможно и на мезоглию), стимулируют защитную функцию гемато-энцефалического барьера и, вероятно, уменьшают его проходимость для токсических продуктов измененного обмена веществ (метаболитов). Эти вопросы требуют дальнейшего экспериментального исследования.

Из поликлиники ВЗО (Астрахань).

Микродозы брома при неврозах.

А. И. Шейкин.

Первая проба лечения неврозов микродозами брома принадлежит Бирману и Зигелю. Эти авторы в 10 случаях неврастении пользовали больных $\frac{1}{2}\%$ раствором брома по 1 столовой ложке 2 раза в день, в течение 3—5 недель, и почти во всех случаях получили положительные результаты. В дальнейшем Вайнберг и Бирман испытали этот метод лечения на большем количестве больных при дозировке брома $0,25\%$ и иногда $0,1\%$, причем, из 31 случая неврастении положительный результат был ими получен в 28 случаях. Терапевтический эффект отсутствовал или был незначительным в 3 случаях неврастении, в 1 случае с реактивной депрессией и в 8 случаях конституциональной истерии.

Основанием для этих проб послужили опыты лабораторий академика И. П. Павлова с экспериментально вызываемыми неврозами у животных. Нервной системе животного предъявлялась непосильная задача и вследствие этого происходил срыв высшей нервной деятельности. В одних случаях получалось преобладание возбудимого, в других—тормозного процесса, что зависело от типа нервной системы животного. А именно, у животного слабого типа получалось преобладание тормозного процесса, у животного сильного типа—преобладание возбуждения. В одних случаях этот срыв высшей нервной деятельности животного проходил самостоятельно под влиянием времени и отдыха, в других случаях требовалось специальное лечение, и особенно хорошие результаты были получены от применения брома. Было установлено, что дозу брома необходимо вариировать, считаясь с нервной системой животного. У животного с нервной системой сильного типа хорошие результаты получались от больших доз брома, и чем слабее нервная система животного, тем меньше должна быть дозировка брома. Бирма-

ном, Зигелем и Вайнбергом были получены положительные результаты в случаях неврастения, т. е. при той форме неврозов, которые по своей структуре ближе всего подходят к неврозам, искусственно вызываемым в лабораториях акад. И. П. Павлова.

Полученные вышеупомянутыми авторами от микродоз брома благоприятные результаты даже в части таких случаев, где от обычной дозировки брома эффекта не было, побудили меня испытать бром в микродозах и в вариированных дозах, тем более, что имеются вообще наблюдения, указывающие на ряд веществ, способных в ничтожных количествах вызывать заметное физиологическое действие в человеческом организме.

Мой материал составляют 129 человек, из них 22 с той или иной формой врожденной неполноценности нервной системы (конституциональная нервность, конституциональная истерия, психастения), 29—с теми или другими дефектами нервной системы, как результат патогенного воздействия среды и вредных соматических факторов в процессе формирования личности, 78—с реактивными неврозами, возникшими у лиц с относительно полноценной нервной системой и здоровой наследственностью. Из 78 ч. с реактивными неврозами у 53 определялось неврастеническое состояние, истощение нервной системы, раздражительная нервная слабость, 25 ч. были с той или иной невротической реакцией.

Все больные были всесторонне обследованы. Признаков органического заболевания нервной системы у них не было обнаружено. Также не было обнаружено существенных отклонений со стороны внутренних органов. Ни анамнестических, ни серологических указаний на *lues*. Возраст больных от 25 до 40 лет. Давность заболевания реактивным неврозом от нескольких месяцев до 4 лет, в 17 случаях от нескольких дней до 1 месяца. Дозировка брома 0,25%, в части случаев 0,5% и в нескольких случаях 0,1% по 1 столовой ложке 2 раза в день. Продолжительность курса лечения от 20 дней до 1½ мес. Терапия проводилась на амбулаторном материале. Больные оставались в своих обычных условиях труда, быта, отдыха и питания. Во время назначения микродоз брома никакой другой терапии, ни медикаментозной, ни физических методов лечения, не проводилось. Последующее наблюдение от 4 до 8 месяцев.

Что касается результатов, полученных мною при микробромной терапии у лиц с врожденной неполноценностью нервной системы и при „неврозах развития“, то терапевтический эффект получен лишь в единичных случаях, эффект незначительный и нестойкий. У части этой группы больных была налицо та или иная психотравматизирующая ситуация, у остальной части такой ситуации не было обнаружено. Отсутствие терапевтического эффекта у этой группы больных объясняется тем, что у данной категории больных медикаментозная терапия вообще мало эффективна, и здесь собственно требуется психотерапия. Вайнберг и

Бирман указывают на благоприятное действие микродоз брома на симптомы неврастенической навязчивости.

В 7 случаях с симптомами навязчивости терапевтический эффект был получен лишь в 2 случаях, эффект незначительный и нестойкий. Из 25 ч. с той или иной невротической реакцией положительный результат был получен у 7 ч. и улучшение только сна у 5 ч., причем 3 ч. (из 7) до микробромной терапии проделали обычную бромную терапию безрезультатно. Из 13 случаев этой группы с отрицательным результатом от микробромной терапии при переводе их на обычную дозировку брома в 4 сл. получен положительный результат. Перевод с микробромной дозировки на обычную и наоборот производился через известный промежуток времени, с учетом данных исследований биохимической лаборатории ВИЭМ (Минкер-Богданова и Поваринский). Эти исследования указывают, что при приеме 3‰—5‰ раствора брома накопление его в крови наблюдается на 4-й день приема и исчезновение его на 9-й день после прекращения приема. При 0,25‰—следы брома в крови на 5-й день приема, накопление не ранее 8-го дня приема и исчезновение на 4-й день после прекращения приема. Правда, здесь наблюдаются индивидуальные отклонения.

Наиболее благоприятные результаты были получены в случаях неврастения: из 53 сл. положительный результат был получен в 45 сл. и отрицательный—в 8 сл. Причем из 45 сл. с положительным результатом 7 ч. до микробромной терапии проделали обычную бромную терапию безрезультатно. Из 8 сл. с отрицательным результатом от микробромной терапии при переводе их на обычную дозировку в 3 сл. получен положительный результат. Больные быстрее засыпали, сон становился более глубоким и продолжительным. Улучшалось общее самочувствие, исчезали головные боли, уменьшалась раздражительность, повышалась работоспособность и т. д.

Терапевтический эффект при микробромной терапии в 19 сл. держался от 4 до 8 м-цев (срок наблюдения), в 21 сл. до 1½ мес. и в 12 сл. исчез вскоре после окончания лечения.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при неврастении в большинстве случаев наиболее эффективны малые дозы брома. Одним из первых признаков улучшения больные отмечают улучшение сна, в смысле быстроты засыпания, продолжительности сна и глубины его. Это положение находит свое объяснение в том, что бром имеет специфическое отношение к тормозному процессу, и что сон есть внутреннее торможение (И. П. Павлов). Для укрепления этого тормозного процесса в большинстве случаев необходимы малые дозы брома. Второй вывод, который можно сделать на основании полученных результатов, это то, что дозу брома необходимо варьировать, так как в части случаев положительный результат получен не от микродоз, а от обычной дозировки брома.