

## ЛИТЕРАТУРА

1. А вакян Н. М., Гречкина А. К., Митяева Н. А. Материалы III Всесоюзн. совещ. суд. мед. эксп. и III Всесоюзн. конф. научн. общ. суд. мед. и криминалистов. Рига, 1957.—2. А вдеев М. И. Сб. научн. раб. по суд. мед. и погран. обл., 1955.—3. Д ергачев И. С. Педиатрия, 1941, 1.—4. Леонтьев А. Г. Сб. научн. раб. по суд. мед. и погран. обл., 1955, 2.—5. Митяева Н. А. Вопр. суд. мед. (под ред. Прозоровского), М., 1959.—6. Самотейкин М. А. Педиатрия, 1959, 3.—7. Пирогова К. Е., Краснова и др. Суд. мед. экспертиза, 1960, 3.—8. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме, 1960.—9. Туровцев А. И. Суд. мед. экспертиза, 1960, 3.—10. Харитонов О. И. Сб. тр. научн. о-ва суд. мед. и крим. Алма-Ата, 1961.—11. Adelson а. Киппенеу. Реф. суд. мед. эксперт., 1958, 4.—12. Е мегу а. G rowley. Britich Med. J., 1956, 5008.—13. H avelka St. Kinderärztliche Praxis, 1957, 6.—14. M a n k e. Kinderärztliche Praxis, 1960, 3.—15. S towens D. Am. J. Dis. Childr., 1957, v. 94, 6.—16. Tессерах H. Physiologie und Pathologie des Thymus. Leipzig, 1959.

Поступила 14 июня 1961 г.

## ПРИМЕНЕНИЕ СУЛЬФОЗИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО РЕВМАТИЗМА<sup>1</sup>

*Проф. А. Ю. Выясновский и Н. Н. Лапирова*

Кафедра психиатрии Башкирского мединститута (зав. — проф. А. Ю. Выясновский)  
и Республиканская психиатрическая больница (главврач — Г. А. Головач)

В основу принципиальной схемы лечения церебрального ревматизма нами были взяты следующие положения: ревматизм — инфекционно-аллергическое заболевание, вызываемое, с наивысшей долей вероятности, стрептококком; б) успех лечения всякого аллергического заболевания зависит, в первую очередь, от степени десенсибилизации организма.

Принято считать, что салициловый натрий имеет свойства десенсибилизатора. Слых показывает, что назначение одних только салицилатов при лечении церебрального ревматизма не приносит никакой пользы. Димедрол также не оправдал себя из-за кратковременности десенсибилизирующего действия.

Путем клинических наблюдений мы пришли к выводу, что наилучшими десенсибилизирующими свойствами обладает сульфозин в малых дозах. Этот факт подтвердил еще в 1947 г. проф. В. М. Сырнев, исследовавший наших больных методом аускульто-аффрикции в отношении «ревматической дуги» (3). Насколько нам известно, в эти годы в литературе не было указаны на десенсибилизирующие свойства сульфозина. Лишь в 1956 г. в «Швейцарском медицинском еженедельнике» появилась статья Шторека, в которой автор указывает на применение серы для снижения сенсибилизации (4).

Сульфозин (однопроцентная эмульсия очищенной серы) нашел применение в психиатрии как пирогенный препарат. Однако разбор материала показал, что терапевтический эффект зависит не столько от пирогенного фактора, сколько от прямого влияния серы. Установлено, что сера фиксируется в организме печенью и надпочечниками. Серы оказывает влияние на гликогенез, гликолиз, на основной обмен в смысле его повышения и т. п. (3). В свете новейших данных о роли надпочечников при аллергических заболеваниях можно составить общее представление о сульфозине (в малых дозах) как о десенсибилизирующем средстве.

Методика применяемого нами лечения заключается в следующем. Больному через день вводится внутримышечно сульфозин в возрастающих дозах: от 0,1 до 0,5—0,7 мл. Всего таких инъекций делается в течение одного курса 5, 8 или 10. Одновременно больной получает внутривенно по 10 мл 10% раствора салицилого натрия, по

<sup>1</sup> Доложено на заседании Башкирского общества невропатологов и психиатров.

10 мл 40% раствора уротроцина и внутримышечно — пенициллин. Для каждого вырабатывается индивидуальный план. При этом учитываются: а) продолжительность заболевания; б) температурная реакция; в) картина крови (с учетом большей или меньшей выраженности бактериальной пробы); г) состояние сердечно-сосудистой системы; д) состояние функции почек; е) формы проявления психоза. В соответствии с этим устанавливается: 1) количество курсов лечения; 2) продолжительность каждого курса; 3) его структура.

Обычно первый курс продолжается 15—20 дней. Салициловый натрий вводится в чередование с уротропином в двух вариантах: 2 дня салициловый натрий, на третий день уротропин; или 1 день салициловый натрий, другой — уротропин. Выбор варианта зависит главным образом от темпа развития заболевания и температурной реакции: в острых случаях, при повышенной температуре (свыше 38°) мы предпочитаем ежедневное чередование салицилова натрия и уротропина (1:1). В практике доводится чаще пользоваться первым вариантом (2:1).

Пенициллин вводится через каждые 4 ч. в количестве 3—5 млн. ед. на курс. Опыт показывает, что, как правило, достаточно 3 миллионов ед. (600 000 ед. в день). При гиперкинетических формах церебрального ревматизма, а также при других формах, протекающих бурно, с высокой температурой, мы предпочитаем вводить пенициллин по так называемой зигзагообразной схеме: в течение суток чередовать малые дозы с большими. Конкретно это выражается чаще всего в назначении одной дозы в 150 000 ед. и следуемой за ней дозы в 75 000 ед.

Через 4—6 недель каждому больному проводится повторный курс, независимо от продолжительности и тяжести заболевания. В некоторых же случаях требуется несколько курсов в течение года в зависимости от общего самочувствия. Для повторного курса чаще всего достаточно 5 инъекций сульфозина, 8—10 вливаний салицилово натрия и 5—7 вливаний уротропина. Если повторный курс не обусловлен обострением болезни, то пенициллин не вводится.

В подавляющем большинстве случаев уже после первого курса у больных наступает столь выраженное улучшение, что позволяет выписать их из стационара. Поэтому повторный курс мы часто проводим амбулаторно. К сожалению, значительная часть больных не соблюдает указаний о необходимости повторного лечения, и возникают рецидивы. Иногда, хотя и редко, заметное улучшение наступает не сразу после окончания лечения, а спустя некоторое время. И, наконец, могут встретиться случаи, когда такая терапия безуспешна.

Остановимся на температурной реакции под влиянием малых доз сульфозина. Обычно взрослому мужчине первую инъекцию мы назначаем в дозе 0,2 или 0,3 мл. В ответ температура повышается на 0,4—0,5°, реже — на 1°. В этих случаях не рекомендуется в последующем увеличивать дозы сульфозина. При повышении же температуры на 0,2—0,5° можно повышать дозу на 0,1 мл. Обычно нет необходимости вводить сульфозин выше дозы в 0,8 мл. Нужно стремиться к тому, чтобы температурная реакция на сульфозин не превышала 1°. В процессуальной стадии ревматизма температурная реакция на сульфозин бывает порой очень значительной (свыше 39°). Хотя сульфозин и оказывает некоторое астенизирующее действие, но больные в процессе лечения чувствуют себя заметно лучше: улучшается сон, исчезает тяжесть в голове, уменьшается аффективное напряжение, исчезают парестезии и различные неприятные ощущения, если они были.

Мужчин у нас лечилось 54, женщин 48. До 20 лет было 38 больных; от 20 до 30 лет — 52 и старше — 22.

Продолжительность заболевания (по анамнезу): до 1 г.—у 12, от 1 г. до 3 — у 51 и более — у 39.

В прошлом находились в нашей же больнице на лечении с различными диагнозами 15 человек: эпилепсия, инфекционный психоз неясной этиологии, шизофрения, из них были госпитализированы 4—3 раза, 3—2 и 8 — по одному разу.

Общие результаты терапии, как они представлены в оценке врачей, выписавших больных после лечения, таковы: выздоровление — у 16, улучшение — у 69 и без перемен — у 17 человек.

Имея в виду, что церебральный ревматизм по своей природе заболевание хроническое, о выздоровлении можно говорить лишь в тех случаях, когда больные были в больнице с выраженным психотическими расстройствами (делирий, галлюцинации и т. д.) и после лечения выписаны без признаков психоза. Даже если у больного остаются легкие явления церебрастении, не мешающие ему возвратиться к труду, и тогда врач вправе оценить состояние больного как выздоровление, хотя не исключена возможность рецидива.

При затяжных церебрастениях и особенно эпилептиформном типе реакции мы добиваемся значительного смягчения церебрастении или прекращения припадков, но не можем быть уверены, что эти проявления болезни не возникнут вновь. Даже благоприятные соматические показатели не исключают рецидива или обострения болезни, поэтому мы говорим в таких случаях об улучшении. Катамнез показывает, что в некоторых случаях фактически лицо выздоровление. К сожалению, мы не располагаем подробными сведениями о всех наших больных. Зато мы можем привлечь к оценке такой факт, как повторные поступления. Они, в известной степени, отражают успехи и неуспехи терапии.

За 3 года повторно поступили в нашу больницу 10 человек. Из них один поступал повторно 3 раза, двое по 2 и семеро — по одному. При выписке первый раз эти больные были квалифицированы так: выздоровление — у 3, улучшение — у 4, без перемен — у 3.

Надо сказать, что все трое больных, выписанных первый раз с оценкой состояния как «выздоровление», и в последующем оценивались так же. Следовательно, здесь речь идет о рецидивах психоза. Так можно думать потому, что в светлых промежутках как будто нет признаков хотя бы слабых его проявлений. Но, разумеется, нельзя исключить и такое положение, что здесь очень высок уровень компенсации на фоне ослабления болезненного процесса. В таком случае следовало бы рассматривать повторные поступления как обострение, а состояние при выписке как ремиссию.

После повторного лечения обострения были ликвидированы.

Группа, у которой мы не получили успеха при лечении, состоит из 5 больных с шизофренической картиной болезни, 4 — с эпилептиформным типом реакции, 6 — с церебрастенией, 1 — с гиперкинетической формой и 2 — с признаками психопатизации.

Больные со шизофреноидной картиной раньше рассматривались как страдающие шизофренией и были пользованы шоковыми дозами инсулина. А мы уже имели случай говорить, что инсулиновтерапия церебрального ревматизма ухудшает состояние больных и может сделать их некурабельными, хотя ревматический процесс при этом может и не затухать (1). Примерно такую картину болезни представляли и наши больные этой группы.

При эпилептиформном типе реакции ревматического происхождения можно получить неуспех в любом случае болезни, развившейся на неблагоприятной конституционально-наследственной основе. В двух наших случаях, видимо, так и было. Хотя нельзя исключить крайне неблагоприятное влияние до того проводимого лечения кармановскими пилолями, как это наблюдалось в одном опубликованном нами случае (1). В одном случае неуспех зависел от сочетания припадков с тяжелыми сердечно-сосудистыми нарушениями и еще у одного — в связи с хроническим тонзиллитом. Хронический тонзиллит — постоянный источник сенсибилизации организма и сам по себе не исчезает под влиянием рекомендованной нами терапии. Поэтому, прежде чем приступить к лечению церебрального ревматизма, в таких случаях требуется ликвидировать тонзиллит. Так, у одной нашей больной с церебрастенической формой болезни проведено с укороченным перерывом два курса лечения, но улучшения не наступило. Тогда мы направили больную в ларингологическую клинику для тонзиллэктомии. После операции проведен еще один курс лечения, который дал разительный результат: у больной нормализовались температура и картина крови, а состояние психики настолько улучшилось, что позволило больной возвратиться к труду. Но не во всех случаях при помощи тонзиллэктомии можно добиться таких результатов.

Среди соматических факторов, определяющих неуспех терапии, большое место занимают почечные нарушения. Трудно добиться успеха у тех больных, у которых стойко держится белок в моче, появляются времена от времени в большом количестве лейкоциты, а иногда и гиалиновые цилиндры.

Безуспешная терапия у лиц, у которых можно предположить законченность процессуальной фазы болезни и анатомически-энцефалопатические структуры. Для этой группы больных нужно изыскать другие приемы лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Выясновский А. Ю. Журн. невропат. и псих. им. С. С. Корсакова, 1952, 11; Тр. межобл. совещ. невропат. и псих. Поволжья и примыкающих областей 29/V—1/VII-1956 г., Куйбышев, 1957.—2. Протопопов В. П. и Полищук И. А. Пробл. совр. псих. Сб., посвящ. проф. В. А. Гиляровскому. М., 1948.—3. Сыренев В. М. Вопр. педиатрии и охр. матер. и дет., 1949, вып. 2.—4. Stogek. Schweizerische Med. Wochenschrift, 1956, 22.

Поступила 20 октября 1959 г.

## О КОМАТОЗНОЙ ФОРМЕ ГРИППОЗНОГО ЭНЦЕФАЛИТА<sup>1</sup>

Acc. B. I. Танкеевская

Кафедра нервных болезней (зав.—проф. Л. И. Омороков)  
Казанского медицинского института

Клиника гриппозных поражений нервной системы многообразна. Описаны гриппозные мононевриты, радикулиты, миелиты, наиболее часто диагностируются арахноидиты, меньше изучены гриппозные энцефалиты.

<sup>1</sup> Деложено на заседании Казанского общества невропатологов и психиатров 19/VI-61 г.