

была также более очевидной с соответствующим более отчетливым снижением резерва аккомодации. Этот аспект проблемы в дальнейшем требует особенно детального исследования.

Таким образом, первые результаты наших исследований свидетельствуют, что среди большого числа детей, страдающих близорукостью, имеется немало больных, у которых зрительные нарушения могут быть натально обусловлены вертебробазиллярной сосудистой недостаточностью. Особенно важно, что патогенетическая терапия по поводу основного неврологического заболевания привела к значительной положительной динамике зрительных функций. Мы не встретили в доступной литературе подобного рода указаний. Хотя вопрос о происхождении близорукости является актуальным, он и по настоящее время по сути не разрешен [5].

Представляет значительный интерес точка зрения С. Л. Шаповалова (1974), согласно которой снижение аккомодации при разных видах рефракции позволяет считать, что изменение аккомодации при миопии происходит по паретическому типу.

Было показано, что к миопии приводит пониженное кровоснабжение глаза [3]. При исследовании больных с миопией были обнаружены признаки отчетливой ишемии, которые (вероятно, по недоразумению) расценены как следствие (?) миопии. Нам близка гипотеза В. С. Дроздовской (1975), утверждающей, что иннервационные центры мышц глаза локализируются в области среднего мозга и степень аккомодационных нарушений зависит от тяжести заболевания головного мозга. Изменение аккомодации может быть использовано даже для топической диагностики поражения центральной нервной системы.

Наши первые наблюдения еще не позволяют серьезно говорить о патогенезе миопии у детей с натальной неполноценностью шейного отдела позвоночника и спинного мозга, но наиболее логичным в связи с этим нам представляется следующее предположение. Роль цилиарной мышцы в осуществлении аккомодации общезвестна, но иннервационные нарушения ее в литературе практически не обсуждались. Наиболее вероятно, что регуляция функций цилиарной мышцы действительно обеспечивается средним мозгом, кровоснабжение которого осуществляется из вертебробазиллярного бассейна. Позвоночные артерии плода часто вовлекаются в процесс даже при обычных родах. У таких детей вертебробазиллярная ишемия развивается, как правило, через дисфункцию среднего мозга, что может привести к тому самому паретическому типу нарушения аккомодации, о котором пишет С. Л. Шаповалов (1974). У всех наших пациентов и клинические данные, и дополнительные методы исследования свидетельствовали о явной неполноценности вертебробазиллярного кровотока, а нормализация резерва аккомодации происходила параллельно улучшению кровотока в позвоночных артериях. Следует подчеркнуть, что опосредованное, консервативное воздействие на аккомодацию привело к таким несомненным положительным сдвигам, каких не удается добиться обычными методами лечения близорукости. Перспективы изучения этой проблемы представляются нам обнадеживающими.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э. С. Охрана зрения детей. М., Медицина, 1975.— 2. Дроздовская В. С. В кн.: Материалы научной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения В. П. Филатова, Одесса, 1975.— 3. Дунаева Э. М. В кн.: Актуальные вопросы социально-трудовой реабилитации лиц с высокой близорукостью. М., 1978.— 4. Марулина В. И. В кн.: Тезисы II Республиканской конференции по детской неврологии. Казань, 1979.— 5. Радзиховский Б. Л. Близорукость. Л., Медгиз, 1963.— 6. Ратнер А. Ю. Родовые повреждения спинного мозга у детей. Казань, 1978.— 7. Шаповалов С. Л. В кн.: Миопия. Сборник научных работ. М., 1974.

Поступила 15 июля 1982 г.

УДК 616.89—008.441.13—08

ОПЫТ КУПИРОВАНИЯ ТЯЖЕЛОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ АБСТИНЕНЦИИ

В. П. Коваленко

Ульяновский областной наркологический диспансер (главрач — О. Г. Смирнов)

Вопросы лечения алкогольных психозов в настоящее время успешно решают, применяя форсированный диурез, инфузионную терапию, различные наркотические средства, гемодиализ с использованием аппарата «искусственная почка» и детоксикационную гемосорбцию. Купирование тяжелой алкогольной абстиненции должно напоминать, на наш взгляд, лечение алкогольных психозов, что требует организации палат интенсивной терапии в обычных наркологических стационарах.

Мы проанализировали эффективность лечения тяжелых абстинентных синдромов у больных хроническим алкоголизмом, находившихся на стационарном лечении в 1-м мужском отделении областного наркологического диспансера в течение 2,5 лет.

С целью установления действия смеси алкоголя с барбиталом (100,0 водки + 0,3—0,5 г барбитала) в комплексной терапии тяжелой алкогольной абстиненции мы сравнивали результаты лечения больных из двух групп. В 1-ю группу входили лица, получавшие смесь алкоголя с барбиталом, во 2-ю — больные, которым смесь не назначали. В обеих группах находились больные только с тяжелой алкогольной абстиненцией длительностью от 7 ч до 2 сут, у которых при поступлении наблюдался резкий тремор рук, губ, языка и век, ощущение дрожи во всем теле (чувство озноба), резкая слабость, шаткость походки, потливость, отсутствие аппетита и сна в последние 3—7 дней, изо рта пахло ацетоном («голодный» запах), язык был «тигровым», лицо гиперемизированным и пастозным. Определялось повышение АД до 24/12 кПа, а в некоторых случаях, наоборот, понижение до 12/7 кПа. Пульс учащался до 140 уд. в 1 мин, был слабого наполнения и напряжения, часто с нарушением ритма типа экстрасистолии и мерцания. У некоторых пациентов отмечалось повышение температуры до 37,4°. Одышка доходила до 30 дыханий в минуту. Как правило, больные стонали, просили помощи, были неусидчивыми, беспокойными, настроение снижалось вплоть до депрессии с суицидальными мыслями, идеями самообвинения и самоуничтожения. До поступления в стационар периодически в вечернее и ночное время они испытывали кошмарные гипногогические галлюцинации. Констатирована заторможенность (моторная и идеаторная). Около 95% больных испытывали желание опохмелиться. Обычно такое состояние наступало у больных после длительного запоя (от 5 дней до 1 мес). Во время запоя они употребляли большие дозы спиртного, 60% из них — различные суррогаты алкоголя (одеколон, денатурат, лекарственные настойки и т. д.). Тяжелый абстинентный синдром наблюдался у больных как во 2-й, так и в 3-й стадии алкоголизма, что подтверждает мнение, согласно которому степень клинических проявлений похмельного синдрома зависит от реактивных свойств организма с присущими ему индивидуальными особенностями реагирования на токсическое вещество [1].

У больных обеих групп применяли следующую дезинтоксикационную терапию: внутривенные вливания 25% сернокислой магнезии в физиологическом растворе или 10% раствор хлористого кальция, 30% раствор тиосульфата натрия, большие дозы витаминной группы В, пирроксан, лазикс, сердечно-сосудистые средства, седуксен до 30 мг в сутки, ноотропил. Учитывая имеющиеся данные о нарушениях метаболизма глюкозы, вызванных дефицитом тиамина при белой горячке [5], ее не давали. Из нейролептиков применяли в небольших дозах хлорпропиксен, этаперазин, меллерил, из антидепрессантов — амитриптилин. При купировании тяжелой алкогольной абстиненции не назначали такие нейролептики, как аминазин, тизерцин, трифтазин, галоперидол, из-за возможности осложнений [3] так же, как и при белой горячке [2]. Из транквилизаторов предпочитали седуксен, при этом учитывали не только его антипсихотические, но и противосудорожные свойства, так как 3% больных поступали с алкогольным эпилептиформным синдромом. На ночь назначали радедор до 10—15 мг, который был необходим в первые 3—5 дней, далее сон нормализовался, и привыкание к этому препарату у больных не наблюдалось. Больные 1-й группы получали смесь алкоголя с барбиталом в основном в первые два дня госпитализации.

В качестве критерия для сопоставления результатов терапии у больных двух групп использованы два показателя: средняя продолжительность купирования алкогольного абстинентного синдрома (период нормализации сна, аппетита, настроения, исчезновение головных болей, физической тяги к спиртному, общего тремора, то есть относительная соматическая и психическая готовность больного к трудовым процессам при отсутствии инвалидизации до поступления в стационар) и развитие алкогольных психозов. Первый показатель оказался в 1-й группе больных в 1,4 раза ниже, чем во 2-й (4,2 и 5,9 койко-дня соответственно).

Следует отметить, что у 90% больных 1-й группы после приема смеси алкоголя с барбиталом появлялся аппетит в первый же день поступления, нормализовался сон, уменьшался тремор, улучшалось настроение. В отличие от больных 2-й группы, они успокаивались, не беспокоили медицинский персонал с целью опохмеления, соматически легче переносили похмелье, испытывали менее страха за свою жизнь. У них не было случаев самовольного употребления алкоголя, которые иногда наблюдались в первые 2—3 дня среди лиц 2-й группы. У некоторых после приема смеси алкоголя с барбиталом не только исчезали тревога и депрессивные расстройства, но и отмечалась расторможенность и даже эйфория — больные пели, плясали, становились разговорчивыми и благодушными. Такое состояние длилось около 30—50 мин, а затем у них наступал сон на 1—3 ч. Психотических расстройств у больных 1-й группы не наступало, в то время как у 12 больных 2-й группы развился алкогольный психоз, из них у 2 — алкогольный делирий, у 8 — абортный делирий и у 2 — алкогольный галлюциноз.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о хорошей клинической эффективности применения смеси алкоголя с барбиталом на фоне дезинтоксикационной терапии при купировании тяжелой алкогольной абстиненции.

Наш опыт купирования тяжелой алкогольной абстиненции позволяет считать патогенетически оправданным назначение в первые два дня смеси алкоголя с барбиталом, которая применяется и при лечении белой горячки [2, 4]. Основное место

при этом должна, несомненно, занимать массивная дезинтоксикационная терапия, что диктует необходимость организации палат интенсивной терапии при наркологических отделениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуляева С. П. В кн.: Патогенез и клиника алкогольных заболеваний. М., 1970.— 2. Индикт С. Г. Журн. невропатол. и психиатр., 1979, 3.— 3. Портнов А. А., Пятницкая И. Н. Клиника алкоголизма. Л., Медицина, 1971.— 4. Feurlein W. Dtsch. med. Wschr., 1972, 97, 510.— 5. Schuller E. Vie med., 1965, 46, 11.

Поступила 1 июня 1982 г.

УДК 616.89—008.441.13—07

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНЫХ РЕМИССИЙ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Л. К. Шайдукова

Кафедра психиатрии (зав.—доц. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и Республиканский наркологический диспансер (главврач—Л. Д. Никольская) МЗ ТАССР

Мы изучили 418 ремиссий длительностью 2—7 лет у 110 мужчин (средний возраст—45 лет), больных хроническим алкоголизмом. 78 человек находились в ремиссии 2—5 лет, остальные 32 воздерживались от 5 до 7 лет.

Результаты клинических наблюдений показали неоднородность качества и структуры ремиссий. У 24 (21,8%) больных ремиссия протекала без клинически выраженных симптомов; у 75 (68,2%) обнаружены различные типы невротических состояний; у 8 (7,3%) в структуре ремиссий лежали сверхценные идеи; у 3 (2,7%) превалировали психоорганические симптомы.

У лиц с преобладанием в ремиссии невротической симптоматики нами выделены три типа клинических проявлений: истероформный, астенический, ипохондрический, причем их структура также была неоднородной.

Больные с истероформным типом невротизации (36 чел.) были распределены по двум подгруппам. В первой (истероипохондрический тип ремиссии) все 20 больных предъявляли обильные жалобы на боли в самых различных органах, акцентируя свое соматическое неблагополучие, «утраченное здоровье», требуя (и порой весьма жестко) признания своей болезни окружающими, демонстрируя свою стойкость в борьбе с недугами. В своем поведении больные руководствовались тем впечатлением, которое они оказывали на окружающих и которое цепко ими контролировалось. Больные хроническим алкоголизмом «играли» в соматических больных, подчеркивая жертвенность воздержания, настаивая на создании выгодных для них условий. Акцент на соматическом неблагополучии в данных случаях являлся одним из способов привлечения к себе внимания, освобождения от определенных обязанностей, ответственности. Больные «вживались» в свою роль, при людях настроение носило оттенок субдепрессивности.

У лиц второй подгруппы (16 чел.) эмоциональный фон был значительно повышен, поведение отличалось эйфорической окраской, возросшим уровнем активности как моторной, так и речевой и имело оттенки гипоманиакальности (истеро-эйфорический тип ремиссии). Этим больным следует дать более подробную характеристику, так как они отличаются своеобразным гиперкомпенсаторным поведением. Последнее является реакцией личности на изменившийся социальный статус в ремиссии.

Под гиперкомпенсаторным поведением мы понимаем систему поступков, которая характеризуется чрезмерной активностью в какой-либо одной сфере—бытовой, профессиональной, общественной (частичная гиперкомпенсация) или во всех сразу (полная гиперкомпенсация). Она может быть лишена гротескности, чрезмерной преувеличенности (умеренная гиперкомпенсация) или, напротив, в состоянии достигать карикатурных, гиперболизированных размеров (выраженная гиперкомпенсация). При длительных ремиссиях, которые мы изучали, клиническое проявление гиперкомпенсаторного поведения заключалось в следующем: имея достаточный «стаж трезвости», больные не только не боялись общественных выступлений, но и стремились к ним, демонстрируя при этом свою прямолинейность, категоричность, непримиримость в новых жизненных позициях и принципах, сформировавшихся в период ремиссии. Их общественная активность носила черты бахвальства, выражала претензии на роль примерного семьянина; успехи на профессиональном поприще преподносились окружающим с долей бравады. Подобные больные не только не стеснялись своего алкогольного прошлого, но даже выставляли его напоказ, кичились им. Их поведение характеризовалось самолюбованием, псевдогеройством, а факт воздержания от употребления спиртных напитков становился дополнительным способом привлечения к себе внимания.