

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Доц. В. Е. Добрускин

Кафедра физиотерапии (зав. — доц. В. Е. Добрускин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Под нашим наблюдением находилось 112 больных клещевым энцефалитом, из них с полиомиелитической формой 40 (28%), в возрасте от 20 до 55 лет. Женщин было 25, мужчин 15.

Начало и развитие заболеваний у большинства больных полиомиелитической формой клещевого энцефалита протекали следующим образом. Через 10—14 дней после укуса клеща температура повышалась до 39—40°, наступали менингеальные явления. На высоте подъема или начала спада температуры развивался паралич одной или обеих конечностей, чаще всего верхних. У многих наступал и паралич шейных мышц («свислая шея»). Паралич был периферического характера с атрофией и гипотонией мышц, ослаблением или полным отсутствием сухожильных и периостальных рефлексов и изменением электровозбудимости периферического характера. В крови отмечался умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево и снижением эозинофилов и моноцитов. При спинномозговой пункции давление жидкости у большинства было повышено, цитоз — от 10 до 100 клеток, белок — от 0,5 до 1,5%, а иногда и выше. У ряда больных наблюдались изменения со стороны внутренних органов и расстройства вегетативно-трофического характера.

По локализации патологического процесса мы можем разделить больных на следующие группы: 1) с поражением двигательных клеток нижнешейного отдела спинного мозга на одной половине (8 больных) и 2) на обеих половинах (8); 3) с поражением двигательных клеток всего шейного отдела спинного мозга на обеих половинах (17); 4) с поражением двигательных клеток шейного и поясничного отделов спинного мозга на обеих половинах (4); 5) с поражением двигательных клеток спинного мозга на одной половине (2); 6) с поражением двигательных клеток поясничного отдела спинного мозга на одной половине (1).

По течению заболевания больные распределяются на следующие группы: 1) с острым началом заболевания без прогрессирования (26); 2) с острым началом заболевания и с прогрессированием (7); 3) с острым началом заболевания и ремитирующим течением (3); 4) с хроническим началом и течением без прогрессирования (4).

Все больные должны быть немедленно госпитализированы, и с первого дня следует проводить комплексную терапию. В первую очередь необходимо введение сыворотки реконвалесцентов от 8 до 15 мл субарахноидально или гипериммунной лошадиной сыворотки по 50 мл внутримышечно (по Безредка) 2—3 раза, следует сразу провести 2—3 спинномозговые пункции (осторожно при бульбарных явлениях) в диагностических и лечебных целях. Ежедневно вводят внутривенно 40% раствор глюкозы по 15—20 мл (15—20 вливаний), 10% раствор сернокислой магнезии по 10 мл (15—20 вливаний), 10% раствор хлористого натрия по 15 мл (15—20 вливаний). В остром периоде введение подкожно от 1 000 до 3 000 мл кислорода может принести значительное улучшение. Имеет большое значение применение прозерина, дибазола, мышьяка со стрихнином, витамина В₁ и ряда других препаратов.

Одним из важных видов терапии является применение физических процедур. Поперечная диатермия на пораженный отдел спинного мозга с силой тока от 0,5 до 1 А по 15—20 мин (15—20 сеансов) чередуется с поперечным ионофорезом с кальцием, йодом или фосфором с силой тока от 5 до 15 мА по 15—20 мин (15—20 процедур). Через 2—3 месяца можно провести курс электростимуляции мышц на аппарате АСМ-2 или ритмической гальванизации до 30 сеансов на курс. В хроническом периоде показаны грязевые процедуры на очаг поражения с температурой грязи 42—46° по 15—20 мин (12—15 сеансов), парафин с температурой 55—60° по 20—30 мин (15—20 процедур), также могут быть применены и другие пелоиды, как серая или желтая глина, песок и т. п.

Эффективность лечения больных бывает разной в связи с его методами и временем от его начала; в зависимости от этого мы можем подразделить больных на следующие группы:

1) Больные с хорошим исходом (4). У них почти полностью или значительно были ликвидированы явления паралича или пареза. Такой исход наблюдался у тех, которые были рано госпитализированы и где с самого начала было применено комплексное лечение с повторными курсами в дальнейшем.

2) Больные с малым улучшением в виде небольшого увеличения объема активных движений, увеличения силы в конечностях, мышцах шеи (уменьшалась «свислость шеи») и другими некоторыми улучшениями. Это наблюдалось у госпитализированных через несколько месяцев после заболевания (10).

3) Больные с незначительным улучшением. Это были поступившие для лечения спустя много лет после заболевания, ранее не леченные (24).

4) Больные с неуклонным прогрессированием заболевания, несмотря на все лечебные мероприятия (2).

Лечение должно проводиться во всех стадиях длительно, с повторными курсами через каждые 8—12 месяцев.

ПРИМЕНЕНИЕ АМИНАЗИНА В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ПРИ ПСИХОТИЧЕСКОМ ОБОСТРЕНИИ

Асс. Е. С. Станкевич

Кафедра психиатрии (зав. — проф. М. П. Андреев) Казанского медицинского института и Республиканская клиническая больница (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Аминазин в психиатрической практике широко применяется при лечении различных форм шизофрении, инволюционных депрессий и других заболеваний. Он купирует эпилептический статус, снимает галлюцинации и бред при белой горячке у алкоголиков, применяется при лечении наркоманий. При хронических душевных заболеваниях на курс лечения тратится от 20,0 до 60,0 и выше аминазина. Под влиянием аминазина исчезают, в первую очередь, аффективная напряженность больных, психомоторное возбуждение, галлюцинации, а затем бред и другие болезненные проявления.

Лечение аминазином больных, страдающих психическими заболеваниями, принято проводить в стационарах. Только после выписки из больницы больным разрешается прием подкрепляющих доз аминазина внутрь, иногда в течение 2—3 лет. Считается, что парентеральное введение аминазина более эффективно, чем прием внутрь.

Лечение аминазином на дому не нашло себе применения из-за необходимости постоянного врачебного контроля за его действием и опасения возможных без этого осложнений. Поскольку нам по необходимости пришлось проводить лечение одного больного в домашних условиях и наши надежды на успех оправдались, считаем целесообразным привести описание этого случая.

15/IX-59 г. мы были вызваны на дом к 6-ному Ж., 55 лет, на переосвидетельствование в связи с окончанием срока инвалидности по второй группе. Сам 6-ной в связи с тяжелейшим физическим и психическим состоянием явиться во ВТЭК не мог. Он лежал в постели, говорил еле слышным голосом, непрерывно бредил и галлюцинировал.

Три месяца назад 6-ной лежал в психоневрологической больнице. Был выписан по настоянию жены, вопреки совету врачей. В больнице постоянно кормился искусственно, а потому активному лечению не подвергался. После выписки продолжал высказывать бред отравления, преследования, испытывал слуховые галлюцинации, отказывался от еды, считая, что пища отравлена. Хлеб не употреблял совершенно и только изредка кушал бульон, пил кисель и чай. Из-за негативизма и бреда он отказывался от исследований. Пришлось ориентироваться по исследованиям, проведенным в больнице. В то время у 6-ного была постоянная субфебрильная температура, повышенная РОЭ (от 22 до 36 мм/час), эритропения (3 470 000—3 700 000), лейкоцитоз (до 15 100), лимфопения (14—17%), нейтрофилез (до 80%). В моче временами появлялись белок до 0,033%, зернистые и гиалиновые цилиндры. При сахарной нагрузке до введения отмечалось 93 мг% сахара, а через 2,5 часа — 141 мг%, что говорило о явной печеночной недостаточности. АД в первые дни пребывания в больнице колебалось от 160/100 до 130/100, а к моменту выписки — от 95/60 до 80/50.

Перед выпиской температура пришла к норме, исчез нейтрофилез, появились эозинофилы от 1 до 3%, хотя лейкоцитоз и эритропения держались. В моче исчезли белок и цилиндры.

Все эти данные четырехмесячной давности, безусловно, не могли удовлетворить клинициста, приступающего к лечению, но тем не менее, за отсутствием других, им пришлось воспользоваться. Доверие 6-ного к лечврачу, под наблюдением которого он находился много лет, имело большое значение, поскольку при его настороженном поведении все же удалось уговорить принимать аминазин внутрь, запивая молоком.

Аминазин 6-ной принимал малыми дозами: в первые два дня утром и вечером по 25 мг, на следующий день в те же часы по 50 мг и в середине дня — 25 мг. На 4 день первые два приема — 50 мг и вечером — 75 мг. На 5 день — по 75 мг утром и вечером, на 6 — утром — 75 мг, вечером — 100 мг. Далее с 7-го дня ежедневно принимал по 75 мг аминазина утром и вечером, так как от большей дозы у него появлялась слабость. С 11 дня он принимал в течение месяца по 75 мг в обеденное время и вечером, а потом перешел на дозу 100 мг на ночь.

Улучшение состояния 6-ной почувствовал на 9-й день: «Я весь как-то переродился, что-то мне хорошо стало. Появились ясность, уверенность, Звуки стали пропадать. Совсем иной взгляд какой-то стал». Появился сильный аппетит. Но еще не было сил, не мог ходить. Через месяц исчезли голоса, с которыми он расставался с сожалением, так как привык к тому, чтобы они им «руководили».

По словам жены, с 9-го дня лечения 6-ной поднялся с постели, впервые сел ку-