

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

4) Больные с неуклонным прогрессирующим заболеванием, несмотря на все лечебные мероприятия (2).

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

ПРИМЕНЕНИЕ АМИАЗИНА 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. Бичурин)

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 курсе 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 б-ному Ж., 55 лет, на переосвидетельствование в связи с окончанием срока инвалидности по второй группе. Сам б-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 б-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 б-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 б-ного к врачу, 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 б-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 б-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 б-ной поднялся с постели, впервые сел ку-

шать за один стол с женой, поделился с ней, что голоса заставляли ее убить, внушали, что она отравляет пищу, запрещали есть. Постепенно начал ходить, самостоятельно умываться и бриться. В настоящее время он помогает по дому, а также занимается изобретениями и музыкой.

К 22/11-60 г. он получил всего 15,0 аминазина. У него еще остались шум и «звуки» (временами слышит один-два слова в левом ухе), а также нет достаточного критического отношения к прошлому состоянию.

Б-ной заметно пополнил, выражение глаз приобрело мягкий оттенок, он вполне доступен, заботлив к жене, корректен, учтив с врачом, преисполнен благодарности за лечение.

В данном случае речь идет о больном, страдавшем в течение 17 лет шизофренией с галлюцинозно-параноидным синдромом.

Лечение аминазином на дому в небольших, постепенно возрастающих дозах вывело больного из состояния психотического обострения и привело к ремиссии.

Приведенный пример показывает, что в некоторых случаях возможно применение аминазина внутрь при лечении психических больных дома под наблюдением лечащего персонала.

Поступила 24 февраля 1960 г.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

ПРОФЕССОР А. В. ПЕТРОВ (1837—1885) — ОСНОВОПОЛОЖНИК
КАЗАНСКОЙ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ
И ВЫДАЮЩИЙСЯ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ

Доц. Н. Ф. Порываев

(Казань)

Жизнь и деятельность Александра Васильевича Петрова являются ярким примером того, как капитализм, по образному выражению Ленина, «мял и душил» все прогрессивное. Человек передовых прогрессивных взглядов, кристальной чистоты, воспитанный на идеях русских философов-демократов, А. В. Петров всю свою энергию ученого посвятил борьбе за здоровье народа, против мракобесия царских чиновников.

А. В. Петров родился в Пензе в 1837 г. По окончании гимназии поступил на медицинский факультет Казанского университета, который окончил в 1859 г. Будучи студентом, он привлек внимание передового казанского профессора нормальной анатомии Е. Ф. Аристова, который одновременно читал курс патологической анатомии.

По получении диплома врача А. В. Петров по ходатайству Е. Ф. Аристова был назначен временно на должность прозектора кафедры нормальной анатомии, а затем оставлен на этой же кафедре для подготовки к преподаванию патологической анатомии. По представлению Е. Ф. Аристова А. В. Петров в 1861 г. командировался на один год для усовершенствования по патанатомии в Юрьевский университет (г. Тарту), где, ознакомившись с основами качественного химического анализа в лаборатории Шмидта, приступает к изучению вопроса об уремии, послужившего в дальнейшем темой его докторской диссертации, а затем в лаборатории Биддера углубленно изучает патологическую гистологию.

По возвращении из командировки А. В. Петров оказался без штатной должности из-за отсутствия в то время кафедры патанатомии в Казанском университете, получая лишь временное нерегулярное пособие от университета.

В этих условиях, без должности, без определенных материальных средств к существованию, он настойчиво и упорно работает над избранной им проблемой и уже в 1862 г. успешно защищает докторскую диссертацию на тему «К учению об уремии».

Критикуя в своей диссертации господствовавшие в то время теории уремии Фрерикса и Опплера, А. В. Петров приходит к заключению, что вопрос об уремии может быть решен химическим путем и что углекислый аммиак постоянно развивается в крови уремиков.

