

вой зонд на протяжении всего периода разгара болезни.

Таким образом, несмотря на плановую иммунизацию против столбняка детей вакциной АКДС с последующей ревакцинацией населения, заболеваемость столбняком хотя и редко, но продолжает иметь место. Поэтому в случае угрозы развития столбняка при различного рода травмах необходима экстренная профилактика с учетом срока проведения последней прививки.

УДК 616.895.87—06:616.895.4—085

**Б. М. Омороков, А. Л. Гамбург, А. Г. Аронович, Ю. Н. Котелькевич (Саратов).** Лечение больных параноидной шизофренией с депрессивными состояниями

При лечении больных шизофренией со сложными депрессивно-параноидными состояниями широкое распространение нашли различные сочетания нейролептиков с антидепрессантами, однако тактика их применения разработана еще недостаточно.

Мы сопоставляли регресс психопатологической симптоматики и результаты терапии у трех клинически однородных групп больных шизофренией при различном порядке назначения компонентов тимонейролепсии.

Под наблюдением находилось 330 больных параноидной шизофренией с депрессивными состояниями (женщин — 176, мужчин — 154 в возрасте от 18 до 50 лет). У 206 человек болезнь длилась 5 лет, у 124 — более 5 лет. У 176 больных отмечалось непрерывное, у 154 — приступообразно-прогредиентное течение заболевания.

Для проведения тимонейролепсии использовали такие нейролептики, как трифтазин, тизерцин, галоперидол или лепонекс, и антидепрессанты — амитриптилин или мелипрамин.

Больным 1-й группы (75 чел.) сначала назначали нейролептик, а затем к лечению присоединяли антидепрессант; во 2-й группе (95) нейролептик и антидепрессант давали одновременно; 160 больных 3-й группы вначале принимали антидепрессант, а затем нейролептик.

Начальное лечение одним нейролептиком приводило к относительно небольшому числу удовлетворительных и хороших терапевтических ремиссий.

При одновременном назначении нейролептика с антидепрессантом параноидные и депрессивные симптомы редуцировались почти параллельно, притом в несколько большем объеме и в более короткие сроки, чем при первой схеме лечения. Наиболее ригидными являлись параноидный бред, психические автоматизмы, тусклая, монотонная или апатическая депрессия.

Назначение в начале курса антидепрессанта у больных с ведущим депрессивно-параноидным синдромом большей частью довольно быстро приближало к норме аффективность, что иногда сопровождалось дезактуализацией несистематизированного бреда, который после подключения нейролептика обычно проходил полностью.

У больных с преобладанием параноидных явлений при лечении антидепрессантами в зависимости от их спектра действия уменьшалась интенсивность депрессии и других аффективных расстройств — тревоги, напряженности, страха или апатии. Бредовые переживания при лечении амитриптилином иногда несколько дезактуализировались, а от мелипрамина в некоторых случаях даже обострялись. Добавление нейролептика большей частью приводило к окончательной ре-

дукции продуктивных и оставшихся аффективных психопатологических симптомов. Такой порядок применения компонентов тимонейролепсии оказался наиболее действенным.

Таким образом, вариант тимонейролепсии с предварительным назначением антидепрессанта является оптимальным, так как быстрее и полнее купирует различную психопатологическую симптоматику, чем с одновременным (параллельным с нейролептиками), особенно с отставленным их применением. Данное обстоятельство следует учитывать при проведении комплексной психофармакотерапии больных параноидной шизофренией с депрессивными состояниями.

УДК 612.782.5—002.3+616.22—002.1]—06:616.22—007.271—08:616.231—089.85

**В. М. Бобров, О. П. Кашникова (Ижевск).** Абсцессы надгортанника, язычной миндалины и острый подскладочный ларингит с развитием острого стеноза гортани

Одновременное сочетание абсцессов надгортанника, язычной миндалины и острый подскладочный ларингит с развитием острого стеноза гортани у больных пожилого возраста на фоне респираторно-вирусного заболевания встречается исключительно редко. Приводим собственное наблюдение, представляющее несомненный интерес для врачей-отоларингологов.

Т., 54 лет, доставлена бригадой скорой помощи в ЛОР-отделение 08.10.86 г. с диагнозом: острый ларинготрахеит, стеноз гортани, грипп. При поступлении больная жаловалась на затрудненное дыхание, резкие боли в глотке, невозможность проглотить слюну, высокую температуру до 39°, общую слабость. Из анамнеза выяснено, что с утра была высокая температура. Затрудненность глотания и дыхания появилась около 21 ч, когда пришла с работы. После наложения полуспиртового компресса на шею дышать стало еще хуже.

При поступлении в ЛОР-отделение общее состояние больной средней тяжести. Температура тела — 39°. Частота пульса — 118 уд. в 1 мин, АД — 22,6/13,3 кПа. Поверхностное дыхание, инспираторная одышка, втяжение над- и подключичных ямок, акроцианоз, посинение ногтевых валиков.

При осмотре ЛОР-органов слизистая оболочка полости носа цианотична, без патологических изменений. Болезненность при высовывании языка и давлении на него шпателем. При ларингоскопии: на корне языка имеется инфильтрация, слизистая оболочка гортани ярко гиперемирована, выраженный отек надгортанника, вестибулярных и черпаловидных складок. Голосовая щель не видна, при вдохе отчетная слизистая оболочка в виде воронки втягивается в предполагаемый просвет гортани. В приемном покое внутривенно введены 20 мл 40% раствора глюкозы, 30 мг преднизолона и 2 мл пипольфена. Дыхание не улучшилось, явления стеноза нарастали. Больная срочно переведена в операционную. В 23 ч под внутривенным общим обезболиванием выполнена трахеотомия. Разрез произведен через все слои, так как большую заинтубировать не удалось.

09.10.86 г. дыхание через трахеостому свободное. Больную беспокоят общая слабость, вялость, температура до 39°. Зеркальная ларингоскопия показала гиперемию слизистой оболочки, выраженный отек язычной миндалины и надгортанника; последние покрыты фибриновым налетом; вход в гортань не определяется. Язычная минда-