

мечались болевые ощущения в различных органах и частях тела, нарушения сердечной деятельности, дыхания, желудочно-кишечного тракта, вегетативные расстройства, головные боли.

Все больные получали сигнопам в дозе 30 мг в сутки в сочетании с небольшими дозами нейролептиков и антидепрессантов. Кроме того, всем больным проводили патогенетическую психотерапию по традиционной методике. Динамику лечения контролировали по вопроснику из «Руководящих методических материалов по экспериментальному и клиническому изучению новых лекарственных средств» (М., 1980), включавшего в себя 16 вопросов. Ответы больных позволяли оценивать с учетом клинических данных терапевтическое действие данного препарата на симптомы различных невротических состояний, а также его побочные эффекты. Продолжительность лечения составляла 45 дней.

Установлено мягкое общее седативное действие сигнопама на подавляющее большинство больных; как правило, постепенно уменьшались эмоциональная напряженность, тревога и страхи. Выраженное редуцирующее действие сигнопама на симптомы различных невротических расстройств, протекающих с повышенной возбудимостью и раздражительностью, было выявлено у 27,8% больных. Препарат вызывал значительный снотворный эффект: нормализация сна отмечалась у 63% пациентов, уменьшение агрипнических расстройств — у 100%. Вегетосоматические нарушения уменьшались медленно, постепенно; излечение началось не ранее 2 нед, обычно после восстановления сна. Так, у 10 из 18 больных указанная симптоматика полностью исчезла, а у остальных уменьшилась. Выраженное антидепрессивное действие препарата констатировано у 35% больных, умеренное — у 10,6%. Сигнопам вызывал постоян-

ный легкий стимулирующий эффект: активация, энергизация происходила на фоне уменьшения слабости, истощаемости и наблюдалась у 53,4% больных. Навязчивые страхи редуцировались в значительной степени у 20% больных, в меньшей — у 30%.

Лечение головных болей было менее успешным: выраженный эффект получен у 18,2% больных, небольшой — у 9,1%. Побочные действия сигнопама были легкими, проходящими и появлялись чаще у больных с наличием симптомов сопутствующих органических заболеваний головного мозга (черепно-мозговая травма, энцефалопатии, психоорганический синдром различного генеза) и у больных старше 40 лет. Они выражались в усилении головных болей у 22,7% больных, тахикардии — у 10%; утренняя сонливость была у 7 больных, мышечные подергивания — у 4.

Изучение эффективности лечения сигнопамом в комплексной терапии невротоз выявило наибольший его эффект у больных затяжной неврастенией, невротической депрессией и невротом навязчивых состояний при превалировании в клинической картине болезни агрипнических расстройств и эмоциональных нарушений. Вегетосоматические расстройства редуцируются в меньшей степени. Лечение больных логоневротом оказалось малоэффективным, отмечалось усиление тревоги и заикания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю. А. // Клиническая фармакология транквилизаторов. — М., Медицина, 1973.
2. Карвасарский Б. Д. // Неврозы. — М., Медицина, 1980.
3. Кирпиченко Л. А. // Психиатрия. — Минск. «Вышэйшая школа», 1984.
4. Свядоц А. М. // Неврозы. — М., Медицина, 1982.

Поступила 15.06.88

УДК 616.89—008.441.33—02:616.89—085.835.3

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ТОКСИКОМАНИЯХ

А. С. Чудин, Н. М. Епифанова

Отделение острых психосоматических расстройств (научный руководитель — канд. мед. наук Е. А. Чуркин), отделение гипербарической оксигенации (научный руководитель — проф. Ю. В. Исаков) Научно-исследовательского института скорой помощи имени Н. В. Склифосовского, Москва

В последнее время все большую актуальность приобретает проблема ингаляционных отравлений, наблюдающихся, как правило, среди детей и подростков, пользующихся веществами, применяемыми в бытовой химии, с целью достижения эйфорического состояния. Такие вещества обладают избирательным токсическим действием и

вызывают изменения в тканях, сопровождающиеся органной и общей гипоксией [4]. Это служит основанием для применения гипербарической оксигенации, оказывающей мощное антигипоксическое и дезинтоксикационное действие в качестве средства патогенетической терапии при данной патологии, а также психоэнергизирующее действие [2]

при различных астенических расстройствах [1, 31].

Цель работы — выяснить влияние гипербарической оксигенации на клиническое течение острого периода интоксикации у больных, страдающих ингаляционной токсикоманией.

Гипербарическую оксигенацию применяли в лечении 25 больных (мужчин — 23, женщин — 2) с ингаляционной интоксикацией. 15 пациентов (мужчин — 14, женщин — 1), получавших лишь медикаментозную терапию, составили контрольную группу. Больные обеих групп были в возрасте от 14 до 22 лет. Основная и контрольная группы были сопоставимы по химическому характеру интоксикации, выраженности общесоматических и психоневрологических расстройств, возрасту и полу. Подавляющее большинство обследованных были учениками производственно-технических училищ (28), меньшую часть составили школьники (8) и рабочие (4).

При обследовании преморбидно у большинства из них выявлены выраженные психопатические черты характера (34), причем у части больных они сформировались на резидуально-органическом фоне (16). Резидуально-органическая неполноценность центральной нервной системы была обусловлена пренатальной и постнатальной патологией, в том числе перенесенными тяжелыми черепно-мозговыми травмами.

В формировании психопатического характера большая роль принадлежала психопатической наследственной отягощенности — хроническому алкоголизму (19), шизофрении (2) и эпилепсии (1).

Немаловажную роль играло в этом плане семейное неблагополучие: у 28 пациентов была неполная семья в связи с разводом и уходом одного из родителей; у 3 больных родители были лишены родительских прав, и они воспитывались родственниками. В ряде случаев (6) имело место раннее начало самостоятельной жизни — поступление подростков в ПТУ с проживанием в общежитии без родительской опеки. Взаимодействие всех указанных факторов и вызвало у большинства обследованных развитие психофизического инфантилизма и выраженных психопатических черт характера.

Данные о длительности болезни, то есть о периоде времени от первых сеансов вдыхания паров растворителей до поступления в стационар с признаками ингаляционного отравления, являются относительными из-за лживости больных, стремления скрыть свой порок. Для всех родителей факт отравления и стационарирования их детей был полной неожиданностью. Ретроспективная оценка родителями своих наблюдений за детьми, сведения, полученные от воспитателей общежитий, классных руководителей,

руководителей учебных групп ПТУ, рассказы соучастников пострадавших, повторные поступления их с явлениями ингаляционной интоксикации и, наконец, данные, полученные от самих пострадавших, позволили предположить, что длительность болезни была от нескольких дней до 2—3 лет. Вначале сеансы вдыхания были редкими — 2—3 раза в месяц, затем стали более частыми — 2—3 раза в неделю, причем по 3—6 раз в день в течение нескольких месяцев с перерывами на 1—6 мес. Интервал в использовании растворителей был обусловлен не столько сознательным отказом от своего пристрастия, сколько их отсутствием и другими факторами, не зависящими от самого больного.

Признаки физической зависимости от вдыхания паров растворителей достоверно были выявлены только у 2 из них. Они жаловались на то, что при воздержании в течение 3—6 дней у них появлялись вялость, слабость, состояние разбитости, неприятные ощущения в теле, головная боль, головокружение, подташнивание, плохой сон, пониженное настроение. Возникали эти состояния примерно через 6—12 мес ингаляционного употребления растворителей. Во всех остальных наблюдениях абстинентного синдрома не наблюдалось, хотя психическая зависимость имела место.

Количество растворителя зависело от способа ингаляции: на кусок материи выливалось от 10 до 30 мл, в полиэтиленовые мешки и грелки — до 500 мл.

Продолжительность одного сеанса была от 5—10 вдохов до 3—5 мин, непрерывного вдыхания ингалируемых паров, затем следовал перерыв от нескольких минут до 20—30 мин в зависимости от отсутствия или появления определенных ощущений или переживаний. По мере их исчезновения вдыхание паров растворителей неоднократно повторялось. Последующий перерыв длился иногда несколько часов, в тот же день повторялись новые сеансы, но чаще воздержание длилось несколько суток.

В большинстве наблюдений сеансы вдыхания паров растворителей проводились в компании таких же подростков с целью обмена впечатлениями и возможностью контакта; к уединению больные стремились реже, получая в этом случае большее удовольствие от возникающих переживаний. У одних больных «приятные» ощущения возникали сразу же после первого сеанса ингаляции, у других — только после повторных сеансов. У части пациентов вообще не появлялось никаких ощущений, и продолжавшаяся настойчивая ингаляция приводила их с первых же сеансов к острому отравлению.

Клиническая картина острой ингаляционной интоксикации парами растворителей складывалась из комплекса соматических, неврологических и психических нарушений

и проявлялась нарастающими симптомами оглушения в виде обнубляции и сомноленции. Более глубоких расстройств сознания в момент поступления больных в стационар не отмечалось.

Первые признаки отравления возникали крайне быстро, уже через несколько вдохов, так как пары растворителей моментально всасывались слизистыми дыхательных путей. У больных при этом возникало состояние опьянения с эйфорической беспечностью, стремлением к общению, двигательная расторможенность, потеря контроля своего поведения, дезориентировка во времени, месте, окружающем. После ингаляции паров растворителя в каком-либо одном уединенном месте они собрались на улице, в подъезде, посещали школу, училище и другие общественные места, где их нелепое поведение привлекало внимание случайных прохожих, воспитателей, постовых милиционеров и являлось в конечном счете причиной стационарирования.

При вдыхании паров растворителей больные часто отмечали обманы восприятия преимущественно зрительного и реже слухового характера. Они имели приятный для них характер и в известной мере были сходны с кинофильмами фантастического содержания. Эти переживания в отдельных случаях в какой-то степени контролировались и управлялись больными даже в тех случаях, когда они имели угрожающий характер и были связаны с военной тематикой. Больные воспринимали разворачивающиеся перед ними события как бы со стороны, наблюдали за ними с интересом, «как в кино». Слуховые обманы восприятия, которые сопровождали разыгрывавшиеся события, также не были угрожающего или устрашающего характера, а лишь комментировали эти картины. В подавляющем же большинстве наблюдений образных и ярких зрительных и слуховых обманов восприятия не было либо они полностью амнезировались больными. Для их формирования была необходима склонность больных к фантазированию, так как чаще всего эти явления возникали при групповом вдыхании паров растворителей с возможностью обмена переживаниями, а также у лиц, способных образно мыслить.

При поступлении в стационар у больных в состоянии интоксикации отмечались явления оглушения с расстройствами ориентировки во времени, месте, окружающем при правильной ориентировке в собственной личности; имели место замедление ассоциативных процессов с трудностью осмысления задаваемых вопросов и задержкой ответов, повышенная истошаемость психических процессов с затруднением концентрации внимания и высокой отвлекаемостью посторонними событиями. Обманов восприятия в момент поступления в отделение уже не было.

Со стороны нервной системы у больных выявлялось окулостатические и психовестибулярные нарушения в виде расстройств координации, локомоторных нарушений, головокружения, тошноты, рвоты, мышечной атаксии, дизартрии, горизонтального и вертикального нистагмов, слабости конвергенции, повышения периостальных и сухожильных рефлексов с расширением рефлексогенных зон. Вегетососудистые расстройства проявлялись бледностью кожных покровов в отдельных случаях акроцианозом, брадикардией, неустойчивым АД со склонностью к гипотонии (среднее АД — 14,0/9,3 кПа), анорексией, склонностью к задержке мочеиспускания.

При электрокардиографическом исследовании у части больных были обнаружены неполная блокада ножки пучка Гиса, признаки нагрузки на левый желудочек, умеренные изменения миокарда. С учетом юного возраста больных можно предположить, что указанные патологические изменения в проводящей системе сердца были связаны с кардиотоксическим действием ингаляционных паров.

Состояние оглушения с вялостью, заторможенностью, сонливостью и речедвигательными расстройствами сохранялось в некоторых случаях до 3 сут, хотя в большинстве наблюдений сознание восстанавливалось быстрее. Явления сомноленции постепенно уменьшались, сонливость проходила, и психомоторная заторможенность становилась все менее выраженной, а поведение больных все более адекватным. Восстанавливалась правильная ориентировка во времени, месте, окружающем. Больные становились все более контактными и общительными. Они охотно отвечали на вопросы окружающих и врача, но в отношении своего заболевания оставались скрытными, стремясь объяснить отравление случайными эпизодами. Острый период интоксикации почти полностью амнезировался, сохранялись лишь частичные воспоминания о пережитом и тех событиях, которые имели место после начала очередного сеанса ингаляции паров растворителей. Фиксационная амнезия с расстройствами внимания и неспособностью к его концентрации была более длительной. Завершилось отравление в благоприятных случаях соматогенной астенией, при менее благоприятном исходе наблюдалось выраженное поражение центральной нервной системы в виде токсической энцефалопатии, психоорганический синдром с расстройствами памяти, внимания, интеллектуальным снижением, которое стойко сохранялось.

Лечение, проводимое больным в остром периоде интоксикации, включало терапию витаминами группы В, а также назначение аскорбиновой кислоты с целью восстановления нарушенных окислительно-восстановительных реакций в организме. 25 боль-

ных наряду с этой терапией получала гипербарическую оксигенацию с целью наиболее ранней детоксикации.

Сеансы гипербарической оксигенации проводили в одноместных барокамерах «ОКА-МТ». Режим и количество сеансов определяли индивидуально в зависимости от выраженности интоксикации, динамики психического и соматического состояния больных. Курс состоял из 1—3 сеансов при экспозиции под давлением 1,6—2,0 атм в течение 40 мин.

Сравнительный анализ результатов лечения больных этой группы и контрольной выявил непосредственное воздействие сеанса на клиническое течение интоксикации. Эффект гипербарической оксигенации проявлялся в двух аспектах. У части больных (7) отмечалось его транквилизирующее и седативное действие. Эта группа больных была представлена лицами с преморбидной резидуальной психоорганической симптоматикой с возбудимыми чертами характера. Период острой интоксикации протекал у них с психомоторным возбуждением на фоне оглушения. Во время сеанса у них возникало состояние расслабленности, и оглушение сменялось физиологическим сном, продолжавшимся и после окончания гипербарической оксигенации с последующим полным восстановлением сознания.

Другая часть больных (18), у которых в состоянии оглушения преобладали психомоторная заторможенность, вялость и слабость, напротив, испытывали во время сеансов сохранявшееся и после их окончания психоэнергизирующее действие гипербарического кислорода. Субъективно оно выражалось в ощущении физической бодрости, прилива сил, прояснения в голове и легкости мысли.

Стойкий терапевтический эффект после первого сеанса был получен у 13 больных. Экспозиционный эффект (положительная динамика только во время сеанса) отмечался у 5 больных, нестойкий пролонгированный (сохранение действия гипербарической оксигенации в течение нескольких часов после сеанса) — у 7. Такие результаты потребовали проведения повторного сеанса.

Гипербарическая оксигенация способствовала более быстрому восстановлению сознания у больных, их поведение уже в первые сутки становилось адекватным. Восстанавливался естественный ритм бодрствования и сна, практически отсутствовали явления фиксации амнезии с расстройствами внимания. В процессе курса гипербарической оксигенации исчезали слабость, головокружение, проходили головные боли, розовели кожные покровы, нормализовались артериальное давление, функция желудочно-кишечного тракта, улучшался аппетит.

После курса лечения отмечался регресс неврологической симптоматики — исчезал нистагм, восстанавливались нарушенная конвергенция, координационные пробы выполнялись правильно, устранялась локомоторная атакия.

Положительное воздействие гипербарической оксигенации на динамику острого периода ингаляционных токсикоманий, по видимому, связано с ее антигипоксическим, дезинтоксикационным и биоэнергетическим эффектами.

Наблюдение за относительно немногочисленной группой больных представляет трудности в оценке полученных результатов лечения, тем не менее сравнительный клинический анализ показал ускорение на 1—2 дня редукции психоневрологических и вегетососудистых расстройств под воздействием гипербарической оксигенации.

Таким образом, при ингаляционных токсикоманиях целесообразно применение гипербарической оксигенации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефуни С. Н., Демидов Е. И., Леонов А. И., Фокина Т. С. // Руководство по гипербарической оксигенации. — М.: Медицина, 1986.
2. Кондрашенко В. Т. // Невропатол. и психиатр. — 1980. — № 6. — С. 898—904.
3. Кондрашенко В. Т., Гланц Б. Р., Маслов И. М. // Невропатол. и психиатр. — 1971. — № 3. — С. 271—277.
4. Lange E. // In: Beiträge zur biologischen Psychiatrie. — Leipzig, 1982.

Поступила 18.07.88.

УДК 616.831—005.1—06:616.8—009.11.12—031.4—072

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ЕДИНИЦ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМ ГЕМИПАРЕЗОМ

Э. И. Богданов, Р. Р. Фасхутдинов, Д. Л. Галямов

Кафедра невропатологии, нейрохирургии и медицинской генетики
(зав.— доктор мед. наук М. Ф. Исмагилов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института имени С. В. Курашова

Среди механизмов двигательных нарушений при поражении центрального двигательного нейрона, наряду с изменением

нисходящей импульсации на мотонейроны, предполагаются также сегментарные нарушения. В 1879 г. Шарко выдвинул гипотезу