

Ф.З. Фаттахов, И.В. Тазетдинов, Б.Е. Быков (Казань). Использование плацебо для потенцирования психотерапии больных алкоголизмом

Контингент больных алкоголизмом в настоящее время весьма разнообразен по уровню образования, культуры, медицинской осведомленности и притязаний к объему и качеству наркологической помощи. Однако наш клинический опыт показывает, что больные ориентированы в основном на фармакотерапию, особенно в виде капельниц, и на психотерапию, содержащую элементы разъяснения и внушения. В результате поиска комплексного метода лечения больных алкоголизмом, понятного и удобного для пациентов, а также экономичного и нетрудоемкого для врачей, нами разработана модификация фармакотерапевтического потенцирования психотерапии больных алкоголизмом. Мы с успехом применяем ее с 1997 г. и считаем, что она может представлять интерес для врачей-наркологов.

Метод основан на фармако- и психотерапевтическом пролонгированном воздействии. В самом начале ремиссии, после купирования запоя или психоза, больному предлагают имплантацию препарата эсперали и последующее длительное лечение с помощью регулярных "подпиток" для мозга. Процедура "подпитки" заключается во внутривенном капельном вливании 5% раствора глюкозы или изотонического раствора хлористого натрия. Фармакотерапевтическое действие препарата значения не имеет. Основным лечебным фактором является сама процедура капельного вливания незнакомого препарата с многообещающим и привлекательным для больных алкоголизмом названием "подпитка", которое соответствует их концепции лечения. О целебном действии подпитки сообщается всем родственникам больного. Они также участвуют в формировании положительного плацебо эффекта, вовлекаются в лечебный процесс как эксперты и наблюдатели. Им дается инструкция напомнить пациенту о сроке следующей процедуры. Назначение очередных капельниц позволяет осуществлять активное наблюдение за больным, создавать у него установку на воздержание до следующей процедуры и дает возможность чувствовать себя защищенным действием "хорошего" препарата, "питающего" мозг. Это также способствует повышению уверенности в успехе лечения и активности во всех сферах функционирования больного — трудового, бытового, сексуального и др.

Под нашим наблюдением в течение 1997—1999 гг. находились 587 больных алкоголизмом 2 стадии. Возраст больных варьировал от 30 до 50 лет. Проведено сравнение длительности ремиссий у больных двух групп. Основную группу составили 587 пациентов, леченных по методу "подпитки" после имплантации эсперали. В контрольную группу вошел 641 пациент с клинической характеристикой, сходной с таковой в основной группе. Им также имплантировали препарат эспераль, но курс подпитки не проводили. Критерием эффективности лечения больных двух групп была длительность ремиссии (см. табл.).

Как видно из таблицы, длительность ремиссий у больных алкоголизмом, леченных методом акцентирования психотерапии путем использования плацебо-"подпитки", на 19% выше, чем у лиц контрольной группы. Такое повышение эффективности лечения представляется нам достойным вниманием врачей и указывает на целесообразность применения данной модификации в их практической работе.

Эффективность лечения больных алкоголизмом

Инфузии	Число пациентов, получивших лечение	Число пациентов в ремиссии	
		абс.	%
В течение одного года	<u>92</u> 234	169 150	88 64,3
В течение 2 лет	<u>214</u> 198	163 117	76 59,1
В течение 3 лет	<u>181</u> 209	130 116	72 55,3

Примечание. В числителе — показатели больных основной группы, в знаменателе — контрольной группы.

УДК 617.3-089.23

М.И. Садыков (Самара). Анализ неудовлетворительных результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов

Целью работы являлись систематизация и анализ причин неудовлетворительных результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов.

Нами изучены истории болезни и наряды-заказы 1765 пациентов в возрасте от 45 до 84 лет, получивших полные съемные протезы в стоматологических поликлиниках г. Самары с 1996 по 2000 г. Среди всех обследованных 509 (28,8%) человек (женщин — 64,6%, мужчин — 35,4%) не пользовались этими протезами по различным причинам.

Нами выделены пять основных групп факторов: анатомо-физиологическая, клинико-технологическая, психологическая, токсико-аллергическая и комбинированная. Анатомо-физиологическая группа факторов являлась основной, так как из-за них 271 (53,2%) пациент не мог пользоваться полными съемными протезами. Исключительную сложность проблемы фиксации и стабилизации протезов создавали 74,5% таких факторов. Пациенты с резкой атрофией альвеолярных отростков, остроконечными альвеолярными гребнями и истонченной слизистой оболочкой протезного ложа не пользуются протезами из-за плохой фиксации и болей под базами протезов.

150 больных с полным отсутствием зубов не пользовались протезами из-за клинико-технологических факторов, составивших 29,5%. Из них 80% больных протезировались у специалистов со стажем работы не более пяти лет. От психологического настроения пациента зависит во многом успех ортопедического лечения. Психотерапевтическое влияние на больного обязан оказывать каждый врач, в том числе стоматолог-ортопед. Однако психотерапевтическая подготовка может быть действенной только тогда, когда учитываются особенности личности больного, динамика психических процессов, т.е. темперамент пациента. В своей работе мы выделили отдельную группу психологических факторов — у 34 (6,7%) больных. В эту группу вошли два отдельных фактора: невозможность преодоления психологического барьера к съемному протезу (у 25) и зависимость успеха протезирования от типа высшей нервной деятельности пациентов — холериков или меланхоликов (у 9). При обследовании 34 больных с полным отсутствием зубов, не пользующихся протезами, мы установили, что врачи перед протезированием не проводили никакой психотерапевтической работы с ними, и считаем это их основной ошибкой. Токсико-аллергологическая

группа имела место у 30 (5,9%) больных с полным отсутствием зубов, не пользующихся съемными пластмассовыми протезами. У 60% из них были токсико-химические стоматиты, у 16,6% — протезные стоматиты травматической природы. 24 (4,7%) пациента не носили полные съемные пластмассовые протезы из-за сочетания различных групп факторов (комбинированная группа).

Таким образом, для снижения количества неудовлетворительных результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов резервы имеются. Это прежде всего касается больных, не пользующихся протезами из-за клинико-технологических факторов (29,5%).

УДК 616.714.1—007.249—053.2

Е.В. Маврина, Н.В. Соловьева, В.М. Локоткина, А.В. Кузнецова (Казань). Два наблюдения синдрома Апера

Известно 5 типов синдрома Апера. 1-й тип — это типичный синдром Апера, включающий акроцефалию брахиофеноцефального типа, синдактилию на верхних и нижних конечностях, различные аномалии внутренних органов. 2-й тип представляет собой болезнь Апера—Крузона, при которой аномалии конечностей, свойственные типичному синдрому Апера, сочетаются с черепно-лицевыми деформациями, характерными для болезни Крузона. При 3-м типе умеренная акроцефалия сочетается с асимметрией черепа и частичной кожной синдактилией II—III пальцев рук и II—IV пальцев ног. К 4-му типу относится синдром Варденбурга: акроцефалия, асимметрия черепа и деформация орбит, гидрофтальмия, косоглазие, брахидактилия, кожная синдактилия, контрактуры коленных и локтевых суставов и к 5-му — синдром Пфайффера: акроцефалия, синдактилия, сочетающаяся с характерной для этого типа аномалией больших пальцев, проксимальная фаланга которых имеет треугольную или трапециевидную форму, в связи с чем у этого пальца широкое основание и он выгнут кнаружи.

До сих пор не установлена причина, приводящая к генной мутации; не разработана пренатальная диагностика. Невозможно выделить группы риска по развитию этого синдрома среди родителей, а также трудно прогнозировать с периода новорожденности, каково будет психическое развитие ребенка. Эти сведения имеют для родителей очень большое значение, так как в литературе описаны случаи сочетания данного симптомокомплекса с сохраненным интеллектом и прямо противоположные случаи с развитием олигофрении в стадии глубокой дебильности. Примером тому является наблюдение двух детей, родившихся почти одновременно в одном из родильных домов г. Казани.

М., родилась от девятой беременности, протекавшей с гестозом 1-й половины. Матери 40 лет, отцу 43 года, оба профессиональные и вредные привычки отрицают; у матери варикозная болезнь и хронический холецистит. В семье еще 2 здоровых мальчика 14 и 15 лет, остальные беременности закончились медицинскими абортми. На сроке 25 нед данной беременности в связи с возрастом родителей было проведено кариотипирование (патологии не выявлено, кариотип нормальный 46XX). Роды третьи, срочные, после родостимуляции, масса тела ребенка — 3270 г, рост — 50 см, окружность головы — 33 см, оценка по шкале Апгар — 7—8 баллов. Период адаптации протекал без особенностей. Ребенок поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте 5 дней.

При осмотре обращали на себя внимание характерные аномалии развития:

1. Со стороны головы — "башенная" форма черепа, поперечное расширение головы, сглаженность шейно-затылочного профиля; плоский нависающий лоб, седловидная переносица, выступающий крючковидный нос, гипертелоризм, гипоплазия орбит без экзофтальма, высокое готическое небо, гипоплазия верхней челюсти.

2. Со стороны верхних конечностей — I палец утолщен, проксимальная фаланга имеет треугольную форму, полная кожная синдактилия III—IV пальцев, частичная кожная синдактилия II—III пальцев слева, частичная кожная синдактилия III—IV пальцев справа.

3. Со стороны нижних конечностей — I палец утолщен и выгнут кнаружи, полная кожная синдактилия II—III пальцев, частичная синдактилия III—IV—V пальцев.

Дополнительные методы обследования (клинический и биохимический анализы крови, анализы мочи, нейросонография (НСГ), ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенография грудной клетки) патологии не выявили. Ребенок осмотрен окулистом: на свет реакция хорошая, оптические среды прозрачные, глазное дно без патологии.

Характерные черепно-лицевые аномалии в сочетании с синдактилиями позволили диагностировать синдром Апера 5-го типа (синдром Пфайффера). Девочка в возрасте 12 дней была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Г., родилась от первой беременности, протекавшей с многоводием во II триместре, циститом. Матери 33 года, здорова, отцу 39 лет, здоров. Роды первые, срочные, преждевременное отхождение околоплодных вод, упорная первичная слабость родовой деятельности, экстренное кесарево сечение. Ребенок извлечен в асфиксии, оценка по шкале Апгар — от 1 до 5 баллов. Масса тела — 3300 г, рост — 50 см, окружность головы — 33 см.

В отделение патологии новорожденных ребенок поступил в возрасте 10 дней. Обращают на себя внимание грубые аномалии развития со стороны черепа и конечностей: "башенная" форма черепа, поперечное расширение и уменьшение переднезаднего диаметра головы, сглаженность шейно-затылочного профиля, плоский нависающий лоб, гипертелоризм, косое асимметричное расположение глазных щелей (левая ниже правой), гипоплазия глазниц, выраженный экзофтальм, больше слева, птоз, седловидная переносица, крючковидный выступающий нос, высокое "готическое" небо, расщелина твердого неба, гипоплазия верхней челюсти, выступающая нижняя челюсть; тяжелые смешанные костно-кожные синдактилии II—V пальцев кистей ("рука акушера"), общий ноготь II—IV пальцев кистей, на ногах — брахидактилия, полная синдактилия межпальцевых промежутков.

НСГ — борозды не изменены, желудочки мозга расширены в лобных отделах.

УЗИ печени и почек — патологии нет.

ЭХО-КГ — сердце сформировано правильно, септалных и клапанных дефектов не обнаружено.

Кариотип нормальный (46XX), клинические и биохимические показатели в норме.

Осмотрена окулистом: экзофтальм, зрачок хорошо реагирует на свет, оптические среды прозрачные, диск зрительного нерва бледный, границы нечеткие, сосуды умеренно сужены.

Девочка находилась в отделении 2 месяца. Период новорожденности протекал без особенностей: имела место умеренно выраженная конъюгационная желтуха, которая купировалась без лечения, ОРЗ в легкой форме. Выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Второй пример свидетельствует о наличии у ребенка синдрома Апера 2-го типа (болезнь Апера—Крузона).