

16. Cronholm B. Scand. J. Rehab. Med., 1972, 4, 35.
17. Fordyce D. J., Rouché J. R., Prigantano G. P. J. Neurol., [Neurosurg. Psychiatr.] 1983, 46, 620.

УДК 616.89—008.441.13

Л. А. МИРАКЯН, А. А. ПИЛИПЕНКО

АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ЛОР-ПАТОЛОГИЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Сделано заключение о необходимости предоперационной подготовки больных, страдающих хроническим алкоголизмом, при операциях на ЛОР-органах с целью предупреждения алкогольных делириозных состояний.

В настоящее время алкоголизм относится к числу распространенных заболеваний. По данным ВОЗ, смертность от алкоголизма и обусловленных им заболеваний занимает третье место в мире.

Алкоголь и продукты его распада вызывают определенные изменения в организме, влияют на психическую и эмоциональную деятельность человека. Как установлено, в организме больных алкогольными психозами имеет место нарушение проницаемости клеточных мембран головного мозга.

Под нашим наблюдением находились 30 больных с различной ЛОР-патологией, страдающих хроническим алкоголизмом преимущественно II стадии. Возраст больных колебался от 42 до 63 лет. Среди них было 28 мужчин и 2 женщины. Больные были разделены на 2 группы по 15 в каждой. I группа в предоперационном периоде получала медикаментозную подготовку, во II (контрольная группа) операция производилась без предварительной лекарственной терапии.

Больным I группы в предоперационном периоде проводили следующую подготовку: за 3 дня до операции—оксипутират натрия 2—3 раза в сутки по 2—3 г внутрь, предварительно растворив в 50—60 мл кипяченой воды или в 5% растворе глюкозы, панангин—1—2 драже 3 раза в день, АТФ 1%—1 мл 1 раз в день, кокарбоксилаза—0,05 г в сутки, витамин В—0,3—0,5 г, непосредственно перед операцией—промедол 2,0 внутримышечно. В послеоперационном периоде вышеуказанные препараты назначались в течение 5 дней.

Больным II группы начинали проводить лекарственную терапию в послеоперационном периоде при первых признаках делирия. Все больные находились под наблюдением психиатра.

В результате проведенной лекарственной терапии в послеоперационном периоде ни у одного больного I группы не наблюдали делириозных состояний.

Наблюдения показали, что алкогольные психозы возникали при злоупотреблении алкоголем не менее 5 лет, при наличии массивной кровопотери, при дисциркуляторных нарушениях церебрального кровообращения, у больных с конституциональными и психопатическими особенностями характера.

Приводим 3 наблюдения больных II группы.

Больной Ж., 61 года, история болезни № 39447/0098. Поступил в ЛОР-отделение с диагнозом: алкогольное опьянение, открытый скользящий перелом передненижних стенок лобных пазух, костей носа со смещением, рвано-ушибленная рана лба, наружного носа. На рентгенограмме черепа: перелом правой лобной пазухи (передненижней стенки), переносицы и костей носа. Произведена операция: ревизия лобных пазух с наложением носолобного соустья.

Больной страдает хроническим алкоголизмом в течение 35 лет, в связи с чем лечился в 1961 г., с 1961 по 1965 г. алкоголь не употреблял, а с 1965 г. злоупотреблял алкоголем. Перед тем как попал в клинику выпивал в течение нескольких дней. Предварительной лекарственной терапии перед операцией не проводилось.

Через сутки после операции больной сорвал с себя асептическую повязку, вытащил из носа дренажную трубку, пытался выброситься из окна. Свое поведение объяснял тем, что ему «слышались голоса». Осмотрен психиатром. Диагностировано, что у больного имел место кратковременный делирий.

В зависимости от объема и длительности хирургического вмешательства наблюдалась различная степень выраженности реакции: чем травматичнее и продолжительнее вмешательство, тем значительнее реакция, при малых операциях наблюдались лишь стертые формы императивных и вербальных галлюцинаций.

Больной Н., 49 лет, история болезни № 36973. Поступил в ЛОР-отделение с диагнозом: рак гортани, состояние после ларингэктомии, метастазы в лимфатические узлы шеи. Во время операции на лимфатических узлах шеи у больного появился психопатологический синдром, проявившийся в виде психомоторного возбуждения, раздражительности, патологической недоверчивости, неузнавания лечащего врача, окружающей среды. Страдает алкоголизмом 5 лет. Диагноз, установленный психиатром: алкогольный делирий.

Больной К., 47 лет, история болезни № 33039. Поступил в ЛОР-отделение 19.04.85 г. с диагнозом: рак гортаноглотки. Алкогольный стаж—10 лет. С целью предоперационной подготовки, учитывая выраженную интоксикацию организма, предстоящую расширенную операцию, проведен сеанс гемосорбции. 26.04.85 г.—осложнений во время гемосорбции не было. 11.05.85 г. предстояло сделать ларингэктомию с циркулярной резекцией глотки, операцию по Крайлю справа. После местной анестезии 1%—250,0 раствором новокаина сделан разрез для операции по Крайлю. В момент подхода к лимфатическим узлам шеи у больного возникло двигательное беспокойство, судороги. Нарушение психики сопровождалось расстройством сознания, слуховыми и зрительными галлюцинациями, больной стал размахивать руками, появилось затрудненное дыхание. Был вызван психиатр. По рекомендации психиатра операция была прекращена. Наложены швы на рану. После введения седуксена больной успокоился. При беседе с психиатром выяснилось, что последний раз он выпивал накануне операции. С утра почувствовал, что у него отнимаются руки, ноги, появилось чувство страха, смерти.

Диагноз, установленный психиатром: алкогольный делирий.

Проведенные наблюдения позволяют сделать вывод о целесообразности и необходимости предоперационной подготовки больных с хроническим алкоголизмом при операциях на ЛОР органах.

Городская клиническая
больница № 67, г. Москва

Поступила 7/X 1987 г.

Л. А. МЕРКЗАН, А. А. ЧЕРНЫШОВ

ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԱԼԿՈԳՈԼԻԶՄՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ԼՕՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻՈՎ
ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԱԼԿՈԶՈԼԱՅԻՆ ՊՄԻՈՋՆԵՐԸ

30 դիտարկումների վերլուծությունից եզրակացվում է, որ խրոնիկական
ալկոհոլիզմով տառապող հիվանդների մոտ ԼՕՐ օրգանների վրա կատարվող

վիրահատությունների ժամանակ ակտիվացին դեիրիոզ վիճակից խուսափելու համար անհրաժեշտ է կատարել հիվանդների նախավիրահատական դեղորայքային նախապատրաստում:

L. A. MIRAKIAN, A. A. PILIPENKO

ALCOHOL PSYCHOSIS IN POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH LOR-PATHOLOGIES, SUFFERING WITH CHRONIC ALCOHOLISM

The analysis of 30 observations carried out by the authors, allow to draw the conclusion about the necessity of preoperative medicamentous preparation of the patients, suffering by chronic alcoholism. In operations of LOR-organs for the prevention of alcoholic delirious conditions.

УДК 616.853 : 615.3

В. Ж. ДАРБИНЯН

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ТРОМБОКСАНА A_2 В ПАТОГЕНЕЗЕ ЭПИЛЕПСИИ

Изучено содержание тромбоксана A_2 (его метаболита TXB_2) в сыворотке больных эпилепсией. Выявлено значительное увеличение его содержания у больных с парциальной формой эпилепсии. В этой же группе больных высока концентрация гаплотипа HLA-A2-B27, который расценен как генетический фактор, предрасполагающий к повышению концентрации тромбоксана A_2 . Гаплотип HLA-A9-B14 рассматривается как превентивный фактор в процессе тромбообразования и адгезии. Предлагается использовать полученные данные для профилактики судорожных пароксизмов у больных группы риска по «сосудистой эпилепсии».

Одним из важнейших событий в биологии и медицине последних двух десятилетий явилось открытие простагландинов (ПГ). Изучение этих физиологически активных соединений позволило уточнить механизмы воспаления, секреции гормонов, расширило представления о регуляции функций легких, желудочно-кишечного тракта, гемодинамики, а также деятельности центральной и, в частности, вегетативной нервной системы [7, 9].

Еще более резко интерес к ПГ возрос в последние годы в связи с открытием новых простагландиноподобных соединений, производных арахидоновой и некоторых других полиненасыщенных жирных кислот. Стало известно, что из простагландиновых эндоперексидов, занимающих промежуточное место в биосинтетической цепи ПГ, под влиянием соответствующих ферментов могут образовываться как классические ПГ, так и простаглицлины и тромбоксаны. Являясь сильнейшим агрегирующим агентом, тромбоксан A_2 (TXA_2) крайне нестабилен (период его полураспада равен примерно 30 сек) и превращается в стабильный продукт тромбоксан B_2 , поэтому в клинических исследованиях о содержании TXA_2 судят по уровню его стабильного метаболита TXB_2 .

Благодаря исключительно высоким проагрегационным свойствам TXA_2 можно рассматривать как основной фактор агрегации тромбоци-