

вательности, с образованием элементов и структур, свойственных именно этой ткани, и в конечном итоге всегда происходит замещение дефекта соответствующей тканью нормального, зрелого гистологического строения.

Под влиянием пиримидиновых производных образуется тонкий, нежный и более прочный регенерат, чем при лечении без применения указанных лекарственных средств.

Можно ожидать, что пиримидиновые производные окажутся полезными при лечении больных с различными видами повреждений сухожильной ткани, в частности при повреждениях скользящего сухожильного аппарата пальцев кисти, где до сих пор малоуспешительные отдаленные результаты лечения объясняются в основном образованием спаек между стволом сухожилия и стенками сухожильного влагалища.

На идентичность строения сухожилий и связок указывал ряд авторов, а анатомическая и функциональная особенность избранного нами объекта для моделирования повреждения, заключающаяся в том, что изучаемый объект является одновременно и сухожилием и связкой, позволяет предполагать, что стимулирующее действие пиримидиновых производных скажется положительно при лечении больных с повреждениями и тех и других анатомических образований.

УДК 616. 831—005

Г. С. Бурд (Москва). Трудоспособность больных с церебральными сосудистыми кризами

При наблюдениях за 653 больными с церебральными сосудистыми кризами выявлено, что кризы возникли на фоне гипертонической болезни у 363 больных, атеросклероза — у 225, гипотонического состояния — у 36, вегетативно-сосудистой дистонии — у 29. При легких кризах нетрудоспособность колебалась от 3 до 35 дней (в среднем до 7—15), при кризах средней тяжести — от 3 до 65 (в среднем до 9—26), при тяжелых — от 9 до 95 (в среднем до 15—41).

При церебрально-коронарных кризах наступала временная утрата трудоспособности, а при инфаркте с церебральными расстройствами — более стойкая. Возможность трудоустройства может быть определена лишь при учете расстройств, остающихся после инфаркта миокарда.

Временная нетрудоспособность была наиболее продолжительной у больных гипертонической болезнью, несколько меньшей — у больных атеросклерозом, меньшей при гипотонических состояниях и наименее продолжительной — у больных с вегетативно-сосудистой дистонией.

Изучение катамнеза больных с церебральными сосудистыми кризами показало, что большинство обследованных больных обычно сохраняло трудоспособность, и только около 14% переведены на инвалидность, причем почти 50% из них продолжали работать в прежнем объеме, отказываясь от трудоустройства; лишь отдельные трудоустроены.

У 33,7% больных за время наблюдения до 7 лет, а у некоторых — до 15 лет кризы не повторялись. По два криза и более перенесли 66,3% больных. При этом с увеличением сроков наблюдения отмечается рост числа кризов вследствие их повторения. Повторные кризы наблюдались чаще у больных гипертонической болезнью (79,2%), затем при гипотонических состояниях и у больных вегетативно-сосудистой дистонией, несколько реже — у больных атеросклерозом мозговых сосудов. Кризы возникали через разные сроки, в основном до трех лет, в отдельных случаях периоды между кризами были 7 и более лет. Кризы чаще повторялись у лиц женского пола.

Лучший прогноз оправдывается у больных с меньероподобными и вестибулярными кризами, менее благоприятный — при общих кризах, наиболее неблагоприятный — при регионарных кризах полушарной и стволовой локализации.

Из 291 больного в зависимости от состояния здоровья профилактически госпитализировались 48 больных, санаторно-курортное лечение (Подмосковье, средняя полоса РСФСР) получили 49; в загородную больницу было направлено 28 и 12 больных был предоставлен дополнительный отпуск. 46 чел. было трудоустроено. 29 чел. переведены на инвалидность.

Результаты наблюдений свидетельствуют об эффективности диспансеризации больных с церебральными сосудистыми кризами.

УДК 613. 816

А. С. Старицын (Челябинск). Опыт амбулаторного применения антабуса для лечения алкоголиков

Лечение начинается с дозы 0,25. Антабус в виде таблеток мы выдаем на 7 дней родственникам больного. Больному объясняем действие лекарства и строго запрещаем употреблять алкогольные напитки, во избежание тяжелых последствий. Вручаем ему листок-памятку о правилах поведения в быту в период лечения антабусом. Пациент дает расписку в том, что ознакомлен с действием лекарства и обязуется не употреблять вина. Это имеет психотерапевтическое значение.

Лечение проходит по следующей схеме.

Срок	Доза	Порядок приема антабуса
1-я неделя	0,25	один раз утром за час до еды
2, 3, 4, 5 и 6-я недели	0,25	ежедневно с явкой в наркокабинет через каждые 10 дней. После 6-й недели — проба
7, 8, 9 и 10-я недели	0,25	через день
11, 12 и 13-я недели		отдых
14, 15 и 16-я недели		оксигенотерапия 3 раза в неделю
17 и 18-я недели		отдых
19, 20 и 21-я недели	0,15	через день
22, 23, 24-я недели		проводится психотерапия

Затем больной переходит в группу наблюдаемых с периодическим контрольным визитом к врачу; в случае срыва он принимает повторный курс лечения в течение 10 недель. Поддерживающая терапия в группе наблюдаемых продолжается от 3 до 6 месяцев; доза антабуса на период лечения — 0,25 через день с 2-недельным отдыхом через 1,5—2 месяца.

Из 40 женщин и 320 мужчин после такого лечения не пьют 182 чел., пьет 91, выбыли из-под наблюдения 87.

УДК 616. 895. 8

Ю. А. Ильинский (Пермь). Терапия шизофрении комбинацией инсулина с аминазином

Наряду с клиническими показателями эффекта лечения, мы изучали показатели аллергической реактивности (частоту и интенсивность сыпчаточной болезни, сенсibilизации кожи, титр преципитинов к чужеродному белку и динамику его в сыворотке крови) после внутримышечного введения 5 мл нормальной лошадиной сыворотки больным в процессе терапии. Из 65 больных шизофренией (средний возраст 30 лет, длительность заболевания 6,3 года) с апатическим синдромом было 24, параноидным — 26, гебефренным — 4, ступорозным — 5; у 6 были другие синдромы (кататонно-гебефренный, кататонно-параноидный и др.). У 15 больных течение болезни характеризовалось прогрессивным нарастанием дефекта, у остальных оно было ремитирующим; у большинства из них преобладали неглубокие и недлительные ремиссии. Терапия инсулином или аминазином (преимущественно) ранее проводилась 63 больным.

Инсулинотерапия вызывает стимуляцию иммунологической и аллергической реактивности больных шизофренией. Аминазинотерапия почти не изменяет иммунологическую реактивность и значительно угнетает аллергическую.

Применение комбинации аминазина с инсулином проявилось в смягчении и нивелировании сенсibilизации кожных покровов, которая не коррелирует с улучшением состояния и является нежелательной. Отмеченные особенности ценны при терапии больных с явлениями аллергии.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616. 348—002—616—07

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ КОЛИТОВ

О. С. Радбиль

(Казань)

Дифференциальная диагностика хронических колитов представляет нередко большие трудности. В ряде случаев только тщательное клиническое исследование больного, суммарная оценка лабораторных данных, в том числе и бактериологических, и результатов применения инструментальных методов (ректоскопия, рентгенологическое исследование) позволяют поставить правильный диагноз. К тому же требуется и хорошее знание клиники и классификации колитов.

В настоящее время наиболее приемлемой является классификация, предложенная проф. А. Г. Гукасяном. Он различает: 1) инфекционные колиты (специфические и неспецифические), 2) постдизентерийные (парадизентерийные), 3) паразитарные, вызванные дизентерийной амёбой, кишечными лямблиями, балантидиями, трихомонадами, гелиминтами и пр., 4) токсические, 5) механические, 6) аллергические, 7) невrogenно-дискинетические, 8) симптоматические, 9) язвенные колиты невыясненной этиологии.