

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 сыровоточной болезни, сенсibilизации кожи, титр преципитинов к чужеродному белку и динамику его в сыровотке крови) после внутримышечного введения 5 мл нормальной лошадиной сыровотки 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.