

в оправдание пьянства целой системы «оправдывающих» ситуаций, которые якобы способствовали приему алкоголя (имеется в виду система «алкогольных алиби»). К этому времени относится начало диссоциации внутрисемейных отношений. Чем выше меры воздействия со стороны семьи, чем больше факторов, подавляющих личность извне, тем, зачастую, выраженнее сопротивление; хотя оно и не носило явно осознаваемого характера, больному тем не менее было трудно встать на позицию критического взгляда на самого себя со стороны.

В данном случае можно говорить о неосознанном включении механизмов психологической защиты. Каждая личность, будет ли это ею осознаваться или нет, стремится хотя бы в глазах окружающих быть социальной. В дальнейшем влечение приобретает такие формы, что даже случайные ситуационные моменты побуждали к приему спиртного. Завязывались случайные связи: задачи, цели, интересы жизни подавлялись все возрастающим влечением, страстью к спиртному. Влечение, достигшее значительной силы, следует назвать страстью. Теперь, на этом этапе, жизненные напряжения могли быть «разрешены» только в случае приема спиртного. Стимулы, задерживающие пьянство, влечение к спиртному, приобретали кратковременный характер, стимулы же, побуждающие влечение, проявлялись все настойчивее и длительнее. Все в меньшей степени больным были свойственны мотивы борьбы, влечение становилось все более выраженным.

При формировании абстинентного синдрома больные в большинстве случаев уже могли определить в себе наличие влечения. В психологической интерпретации больных это звучало как ощущение «внутренней тяги» или как физиологической потребности («жажда», «сосет» и т. п.). Больные отмечали также неопределенные ощущения телесного или психического происхождения. К этому времени хорошо определялись и внешние симптомы зависимости — при упоминании о спиртном происходило оживление мимики, двигательных реакций, оживлялась речь, повышалось настроение. Однако во многих случаях осознание «тяги» и «влечения к спиртному» не ассоциировалось с их болезненным характером, эмоционально не переживалось на должном уровне. Затем мотивы борьбы уступали влечению настолько, что исчезало и желание сопротивляться этому влечению. Этот момент мы расценивали как этап компульсивности влечения; проявлялась она всегда после первых доз спиртного и в похмельном состоянии.

Однако не всегда еще каждый прием спиртного означал неконтролируемость питания, здесь играли роль и определенные задержки. Крайним вариантом выраженной зависимости от спиртного следует считать ее проявление в период, свободный от алкоголизации, на фоне обычных жизненных ситуаций. Были больные, для которых один вид, запах спиртного исключал способность к сопротивлению, к анализу своих ощущений, поведения, к волевому управлению своими действиями. Возникла тотальная (физическая и психическая) зависимость. На этом этапе запой заканчивались физическим и нервнопсихическим истощением больного. По восстановлении определенного уровня психофизиологического состояния организма компульсивный характер влечения вновь включался в мотивы потребности, осознание болезненности влечения могло присутствовать полностью, но зачастую внутренних волевых ресурсов для самостоятельного выхода из болезни могло уже и не быть.

Поступила 8 мая 1979 г.

УДК 616.89:615.851.3

ОСОБЕННОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ ДУШЕВНОБОЛЬНЫХ В ЗАГОРОДНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Д. А. Абрамов

*Ижевская загородная психиатрическая больница Министерства здравоохранения
Удмуртской АССР (главрач — Д. А. Абрамов)
Научный руководитель — проф. В. Н. Белоусова*

Реферат. Обобщен опыт внедрения комплексных реабилитационных мероприятий при лечении психически больных в загородной психиатрической больнице. Показаны экономический эффект трудовой терапии и ее особенности в сельской местности. В результате реабилитационных воздействий уменьшается длительность пребывания душевнобольных на стационарном лечении. Внедрение реабилитации повышает экономическую эффективность использования коечного фонда.

Ключевые слова: душевнобольные, реабилитация.
Библиография: 3 названия.

Одним из важнейших этапов восстановления социальных связей, навыков трудовой деятельности душевнобольных является реабилитация в психиатрическом стационаре.

Мы хотим поделиться опытом реабилитационной работы в психиатрической больнице, находящейся в сельской местности. Ижевская загородная психиатрическая больница расположена в 40 км от города. Из 500 развернутых в ней коек 60 предназначены для больных алкоголизмом, остальные — для душевнобольных. В лечебных отделениях введен активизирующий режим, направленный по профилактику госпитализма. С этой целью применены дифференцированные режимы наблюдений по методике Е. Д. Красика (1975), в соответствии с реабилитационными мероприятиями изменен распорядок дня [3].

Вся система реабилитационных мероприятий направлена на обеспечение душевнобольным возможности разнообразной и содержательной духовной жизни в больнице, на создание условий для преодоления ими преувеличенных представлений о собственной ущербности, для восстановления положительного отношения к труду, жизни, семье, обществу.

Принимая во внимание специфику функционирования психиатрической больницы в загородной зоне, мы уделяем большое внимание трудовой терапии, так как трудовая компенсация считается самым важным критерием стабильности выздоровления или наступления ремиссии [1, 2].

Сразу по стиханию у больных острых психотических явлений или с наступлением начальных проявлений адекватной активности у хронических больных заведующие отделениями и лечащие врачи стремятся вовлечь их в трудовые процессы. Первоначальным этапом трудовой реабилитации является вменение в обязанности больных самообслуживания, выращивания цветов, других работ внутри отделения. Дифференцированной психофармакотерапия в сочетании с активизирующими реабилитационными мероприятиями ведет к быстрому улучшению психического состояния больных и позволяет в дальнейшем включать их в составы бригад по трудотерапии вне отделения, в которых они работают вплоть до выписки из больницы. Проведению лечения трудом благоприятствует большое число объектов трудотерапии, имеющихся в больнице и его подсобном хозяйстве: различные мастерские, объекты капитального строительства, кирпичный завод, 2 лесорамы, пасака, поля, сад-огород, свиноводческие фермы, конный двор.

Наличие большого числа объектов трудотерапии позволяет проводить ее дифференцированно с учетом специальностей, образования, профессиональных навыков больных, их желания выполнять ту или иную работу. Больные выполняют сельскохозяйственные и различные подсобные работы, трудятся в качестве каменщиков, маляров, штукатуров, столяров, плотников, швей, сборщиков электрооборудования и др.

На объектах строительства бригады больных, руководимые мастером по строительству и инструкторами по труду, за последние 7 лет выстроили в кирпичном исполнении хозяйственный корпус, 2 шестнадцатиквартирных благоустроенных жилых дома для медицинских работников, аптеку, узел связи, пекарню, наркологический корпус на 60 коек, лечебный корпус на 240 коек. Общая сметная стоимость строительства этих объектов составила 1 млн. рублей. Все строительство ведется из красного кирпича, изготовляемого больными (ежегодно обжигается около 500 тыс. штук кирпича).

Бригады больных принимают участие в заготовке и вывозке дров для нужд больницы, выработке различных видов пиломатериалов, ежегодное производство которых составляет около 1 тыс. м³. За эти годы все 8 лечебных корпусов и другие вспомогательные помещения подключены к общей канализации, к ним подведена горячая и холодная вода, смонтировано центральное водяное отопление. Значительную роль в проведении этих работ сыграли также организованные бригады больных. Разнообразие видов трудовой терапии позволяет достичь в процессе ее проведения возврата установок на труд при выписке, а во многих случаях способствует переквалификации больных или восстановлению сниженных профессиональных навыков. Вся постановка работы по трудовой реабилитации направлена на то, чтобы закончивший стационарное лечение человек убедился, что труд — самая важная потребность человеческой жизни, от которого зависит его положение в семье и обществе, его психическое здоровье в будущем. Приведенные перечень и объемы выполненных работ показывают экономическую эффективность трудовой терапии. Это же подтверждается следующими цифрами: в 1971 г. освоено средств на капитальное строительство и капитальный ремонт, произведено кирпича, пиломатериалов, свинины, зерновых, картофеля, овощей на 140 тыс. руб., в 1972 г. — на 184 тыс. руб., в 1973 г. — на 251 тыс. руб., в 1974 г. — на 298 тыс. руб., в 1975 г. — на 371 тыс. руб., в 1976 г. — на 374 тыс. руб. Возможности для дальнейшего совершенствования и дифференциации трудовой терапии не исчерпаны, нами планируется расширение площадей лечебно-трудовых мастерских и введение новых методов этого вида терапии.

В комплексе реабилитационных мероприятий в больнице важное место занимает культуротерапия, рациональная постановка досуга больных. Для больных открыта биб-

лиотека, имеются комплекты настольных игр, цветные телевизоры, баяны, проигрыватели, магнитофоны, бильярд, волейбольная площадка; демонстрируются художественные фильмы. В лечебных отделениях созданы бюро добрых услуг, органы самоуправления в виде советов больных, дежурных по палатам. Из проводимых мероприятий по культуртерапии можно перечислить коллективное чтение статей из периодической печати, журналов, организацию шахматных, шашечных и других турниров с вручением призов, викторины, вечера танцев, хоровое пение. Наши пациенты сами участвуют в художественном оформлении отделений к юбилейным и торжественным датам, с большим желанием и заботой выращивают цветы. С созданием советов больных в 1974 г. регулярными стали концерты силами больных в поселковом клубе, включающие, как правило, все эстрадные жанры, их с удовольствием смотрят не только больные, находящиеся на лечении, но и работники больницы и жители поселка. Лучшему созданию атмосферы доверия и сотрудничества способствуют проводящиеся с конца 1975 г. совместные концерты медицинского персонала и больных. В планы культуртерапии в последние годы в больнице введены библиотерапия с элементами музыкотерапии.

Наш наибольший опыт культуртерапии показывает, что комплексные культуртерапевтические мероприятия являются важными слагаемыми восстановительного лечения, они благоприятствуют отвлечению больных от патологических переживаний, способствуют активации психической деятельности, предотвращению депривации.

Указанные выше реабилитационные мероприятия позволили значительно сократить длительность пребывания больных в стационаре, и многие показатели последних лет приближаются к средним по РСФСР. Это в свою очередь привело к увеличению числа пользованных больных: в 1970 г. в больнице находилось на лечении 1316 чел., в 1976 г. — 1713. Есть все основания надеяться, что дальнейшее совершенствование реабилитационной работы позволит добиться еще более благоприятных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Геллерштейн С. Г., Цфасман И. А. Принципы и методы трудовой терапии психически больных. М., 1964.— 2. Красик Е. Д. В кн.: Вопросы реабилитации больных нервно-психическими заболеваниями. Томск, 1975.— 3. Мазур М. А. Реабилитация психически больных с затяжным течением заболевания на различных ступенях психиатрической помощи. Автореф. канд. дисс., М., 1970.

Поступила 3 января 1978 г.

УДК 618.711—006.6—089:612.017.1

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ И ПОГРАНИЧНЫМИ «ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ» ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

Г. Н. Кольцова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра патологической физиологии (зав.— проф. И. М. Рахматуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. В результате исследования показателей гуморального и клеточного иммунитета у больных с доброкачественными и пограничными «эпителиальными» опухолями яичников установлено, что наиболее показательными изменениями иммунологической реактивности организма у данной группы больных являются дефекты Т-системы лимфоцитов. В системе гуморального иммунитета выявлено повышение содержания Ig A у всех групп больных; в послеоперационном периоде у всех больных отмечено снижение содержания Ig G.

Ключевые слова: яичники, доброкачественные опухоли, иммунологическая реактивность.

Цель настоящего исследования заключалась в изучении динамики иммунологического статуса больных с доброкачественными и пограничными «эпителиальными» опухолями яичников до операции и на различных сроках после хирургического вмешательства.

Оценку состояния клеточного иммунитета (Т-системы лимфоцитов) мы проводили с помощью теста бласттрансформации лимфоцитов в культуре с фитогемагглютинином (ФГА). О состоянии суммарной антителообразующей функции иммунокомпетентной ткани судили по количественному содержанию иммуноглобулинов M, G, A в сыроворотке крови, определение которых проводили методом простой радиальной иммуно-