

Основными критериями снятия с диспансерного учета являются:

1. Выздоровление или установление глубокой, без позитивной симптоматики, ремиссии.
2. Отсутствие необходимости в терапевтической и социальной помощи.
3. Устойчивость социальной адаптации, ее повышающийся уровень.
4. Установление диагностической ошибки.

Вопрос о снятии с диспансерного учета готовится участковым психиатром, при этом особое внимание уделяется сбору субъективных и объективных сведений, характеризующих состояние больного за период стойкой ремиссии.

В случае необходимости решению вопроса о снятии с учета может предшествовать углубленное стационарное обследование.

Решение о снятии с учета выносится комиссионно (ВКК), о чем в амбулаторной карте делается мотивированная запись.

В отношении лиц мужского пола вопрос о снятии с учета может решаться только после минования призывного возраста.

Накопленный опыт позволяет сделать вывод о том, что диспансерный учет должен быть более динамичным, с жестко регламентированными сроками пересмотра его необходимости в соответствии с медико-социальными и клинико-терапевтическими основаниями, а также с учетом того, что практика снятия с учета должна касаться всего спектра нозологических форм.

РОЛЬ СЕЗОННОСТИ В ЧАСТОТЕ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ

Г. Т. СОННИК, А. А. РАСПОПОВ

Полтава

С целью характеристики закономерностей сезонного хода алкогольных психозов нами изучены материалы на лиц мужского пола с острыми алкогольными психозами за 5 лет (1983—1987 гг.) в границах одного административно-географического региона. В момент возникновения психоза в возрасте от 20 до 30 лет было 11,9% человек, от 31 до 40 лет — 35,1%, от 41 до 50 лет — 36,9%, от 51 года до 60 лет — 13,7%, 61 год и старше — 2,4% лиц.

Белая горячка имела место в 87,4% случаев, острый алкогольный галлюциноз — в 10,7% и острый алкогольный паранойд — в 1,9%. Экстенсивные показатели психозов по изучаемым годам выглядели таким образом: в 1983 году они занимали 26,5% от всех лечившихся по поводу алкоголизма, в 1984 году — 32,3%, в 1985 году — 22,2%, в 1986 году — 8,7% и в 1987 году — 10,3% случаев.

При изучении зависимости количества психозов от сезонности нами отмечена определенная корреляция количества случаев их в разные месяцы года. Суммарно по месяцам за 5 лет эти данные оказались следующими: в январе было 9,2% с белой горячкой, 11,1% — с острым алкогольным галлюцинозом и 3,6% — с острым алкогольным паранойдом; в феврале соответственно — 6,4%, 9,1%, 7,1%, в марте — 9,4%, 11,7%; 7,1%; в апреле — 9,9%, 3,9%; 3,6%; в мае — 10,8%; 9,1%. 7,4%; в июне — 8,3%, 8,4%, 14,3%; в июле — 9,5%, 9,7%; 7,1%; в августе — 7,7%, 11,7%, 14,3%; в сентябре — 6,1%, 7,8%, 10,7%; в октябре — 8,9%, 6,5% не было; в ноябре — 6,5%, 3,9%, 10,7%; в декабре — 7,1%, 7,1%, 14,3%.

При сопоставлении суммарного количества поступлений больных с психозами в стационар по сезонам года отмечено, что с белой горячкой чаще поступают весной (30,0%) и летом (25,5%), а с острым алкогольным галлюцинозом и паранойдом — зимой (27,0%) и летом (30,7%).

Острые алкогольные психозы поражают самый трудоспособный возраст (30 — 50 лет). С выходом в 1985 году постановления ЦК КПСС «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма» количество острых алкогольных психозов резко сократилось, что указывает на большую роль социальных факторов в борьбе с этим злом.

Для острых алкогольных психозов, как и для других болезней, характерна сезонность. С белой горячкой в стационар поступают чаще весной и летом с пиком в мае, а с острым алкогольным галлюцинозом и паранойдом чаще летом с пиком в августе. Сдвиг поступления в стационар больных с разными психозами по времени объясняется тем, что с белой горячкой на первый план выступают симптомы нарушенного сознания, что вызывает необходимость госпитализации и принятия срочных мер, в то время, как нарушения в сфере восприятия (галлюциноз) и сфере мышления (паранойд) носят определенное время более скрытый характер, и эти больные длительное время нахо-

дятся вне поля зрения психиатров и, естественно, стационарного лечения. Все вышеизложенное указывает на необходимость проведения активных профилактических мероприятий лицам, страдающим алкоголизмом в весенний период года.

ЛЕЧЕНИЕ СЕНЕСТОПАТО-ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ КЛИМАКСОМ И ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

З. Ю. ФЕСЕНКО

Полтава

Нами проанализированы результаты лечения 526 больных с сенестопато-ипохондрическими расстройствами, связанными с климаксом, и явлениями церебрального атеросклероза, находившихся в отделении неврозов Полтавской областной клинической психиатрической больницы с 1983 по 1987 гг.

Лечение носило комплексный характер. Применялись нейрорептики пиперазинового ряда (френолон 5—10 мг два раза в день; этеперазин 4—8 мг два раза в день) в сочетании с транквилизаторами, обладающими вегетотропным действием (седуксен, феназепам, мезапам и др.), и седативными средствами (м-ры Равкина, Кватера, н-ка пиона и др.).

После окончания курса стационарного лечения, длившегося 3—4 недели, как правило, рекомендовалось продолжение его в амбулаторных условиях. Больные принимали френолон или этаперазин в минимальных дозах еще несколько недель.

Проводимое лечение позволило в большинстве случаев уменьшить выраженность сенестопато-ипохондрических расстройств или ликвидировать их полностью.

ПРИМЕНЕНИЕ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ (АТ) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ У ПОДРОСТКОВ

И. А. ЧЕРНЫШЕВ

Полтава

Нами изучены результаты применения АТ в процессе комплексного лечения гиперкинезов у подростков. Объектом исследования послужила группа из 10 больных в возрасте от 14 до 18 лет с функциональными гиперкинезами.