

1. Вивчення Ельбрусу

Підсумки перебування психічно хворих в умовах високогір'я і в звичайних санаторних умовах

В. П. Протопопов

У 1954 р. в липні—серпні була проведена друга експедиція на Ельбрус, організована Інститутом фізіології ім. О. О. Богомольця Академії наук УРСР і Міністерством охорони здоров'я УРСР. Експедиція мала на меті продовжити вивчення впливу умов високогір'я на перебіг деяких психозів, яке було розпочате в обмеженому масштабі у 1952 р. і продовжене в ширшому розмірі в 1953 р.

Перші дві експедиції показали, що перебування психічно хворих в умовах високогір'я сприяливо впливає на стан здоров'я деяких з них. У невеликій кількості випадків спостерігався повний вихід з психозу, в інших — часткове поліпшення різного ступеня і різної тривалості — від кількох годин до кількох місяців.

Найкращі результати спостерігалися при реактивному і маніакально-депресивному психозі, а також при циркулярній формі шизофренії, тобто при тих психозах, які і при інших умовах звичайно мають сприятливий перебіг.

Менш сприятливі результати були відзначенні при параноїдно-галюцинаторній, кататонічній і звичайній формах шизофренії.

В зв'язку з недостатньою певністю одержаних результатів, особливо щодо шизофренії, в 1954 р. була організована ще одна експедиція в ті самі місцевості Ельбрусу, де провадились спостереження і в попередні два роки. Група хворих, взятих в експедицію 1954 р., складалася з 17 чол., з них 15 хворих на шизофренію і два — на невроз типу психастенії. Одночасно для контролю друга група хворих з 13 чол., з яких у 11 була діагностована шизофренія і в двох — реактивна депресія, була направлена в рівнинну дачну місцевість поблизу Києва — Феофанию, де, як і перша група, провела два місяці — липень і серпень в умовах, близьких до санаторних.

Хворі як першої, так і другої групи — усі жінки, що були на лікуванні в Київській психіатричній лікарні ім. І. П. Павлова. Більшість з них лікувалася в керованій мною клініці відділу психіатрії Інституту фізіології Академії наук УРСР. Відбір хворих провадився з усією старанністю особисто мною при обов'язковій участі всіх лікарів клініки і тривав понад три місяці. Керівництво організацією і науковою частиною обох експедицій, а також оброблення одержаного матеріалу було покладене на мене. В цій статті зібрані обома експедиціями матеріали будуть мною викладені окремо по ельбрусській групі хворих і окремо по групі, що знаходилась у Феофанії. На підставі зіставлення даних обох експедицій будуть зроблені загальні висновки і пропозиції.

Склад експедиції: ведення лабораторній роботи — Інститут фізіології С. Д. Расін — нач. Е. А. Рушкевич і Т. Н. ім. І. П. Павлова І. І. В. П. Єзерська, лікарі та лікарні. Всього дарсько-технічним пер-

Хворі, що були в 15 р. — 1; до 20 р. — 2, 1, понад 40 р. — 2; за кінічними формами: торно-параноїдна — 9,

Організація перевезення: хворі були в автобусі міщені в спальному та і обслуговуючого перечергування молодшого. Після прибутия в Гірські машинах у Горячеводськ в заздалегідь спорудженні були два дні.

5 липня, тобто на 1 обслуговуючий персонал перевезені в Терскол (ви-

Перебування в Терсколі: містилися в заздалегідь. В одному з них були 1 мала окреме ліжко, в іншому — мала окрему постіль.

Було органіоване на день для них готовування, тричне освітлення. Були раторії.

Починаючи з третьої участі у тренувальних висоті підйому до Круглої гори, місцевості так, щоб хворі від двох до восьми годин, усі хворі і весь обслуговувальний походів кожні 50 хв. розмежувались можливістю відпочину. Стільки часу для приймання їжі. Хворої складався з сиру із смаженим цукерком.

Слід відзначити, що (Кр-чек, Сап-ва, Як-ва, особливо тривалі (Г-й, Т-й) з півдороги.

Поступово хворі зви-

1. Вивчення Ельбрусською експедицією впливу умов високогір'я на перебіг деяких психозів

Склад експедиції. Для нагляду за хворими, їх обслуговування і ведення лабораторних досліджень до складу цієї експедиції увійшли: від Інституту фізіології — старший науковий співробітник відділу психіатрії С. Д. Расін — начальник експедиції, молодші наукові співробітники С. А. Рушкевич і Т. Н. Токмакова, лаборанти відділу психіатрії і лікарні ім. І. П. Павлова І. І. Чернецька, Ф. А. Любашенко, Б. С. Калантірська, В. П. Єзерська, лікарі Л. А. Булахова і А. Є. Відренко, а також 21 санітарка лікарні. Всього в експедиції брало участь 38 чол. разом з господарсько-технічним персоналом.

Хворі, що були взяті в експедицію, за віком поділялися так: до 15 р. — 1; до 20 р. — 2; до 25 р. — 4; до 30 р. — 3; до 35 р. — 4; до 40 р. — 1, понад 40 р. — 2; за давністю захворювання — від 4 міс. до 3 р. За клінічними формами хворі на шизофренію поділялися так: галюцинаторно-параноїдна — 9, кататонічна — 2, гебефренична — 1, звичайна — 3.

Організація переїзду в Терскол (висота 2200 м). 1 липня 1954 р. хворі були в автобусі приставлені з лікарні на Київський вокзал і розміщені в спальному твердому вагоні, спеціально відведеному для них і обслуговуючого персоналу. В поїзді було організоване цілодобове чергування молодшого, середнього і старшого медичного персоналу. Після прибууття в П'ятигорськ хворі були відвезені на вантажних автомашинах у Горячеводськ (околиця П'ятигорська), де були розміщені в заздалегідь споруджених двох фанерних будиночках. Тут вони провалили два дні.

5 липня, тобто на третій день перебування в П'ятигорську, всі хворі і обслуговуючий персонал були одночасно на вантажних машинах перевезені в Терскол (висота 2200 м).

Перебування в Терсколі. Після приїзу в Терскол усі хворі розмістилися в заздалегідь підготовлених двох фанерних будиночках. В одному з них були розміщені сім неспокійних хворих (кожна з них мала окреме ліжко), в другому будиночку всі інші хворі. Кожна хвора мала окрему постіль.

Було організоване чотириразове харчування хворих, причому тричі на день для них готували гарячу їжу. В обох будинках обладнали електричне освітлення. Були також організовані клінічна і біохімічна лабораторії.

Починаючи з третього дня, хворі, за розробленим графіком, брали участь у тренувальних сходженнях на гору з поступовим збільшенням висоти підйому до Кругозора (3000 м). Тренувальні походи були організовані так, щоб хворі, включаючи і зупинки, знаходились в дорозі від двох до восьми годин. Як правило, в цих походах брали участь усі хворі і весь обслуговуючий персонал на чолі з лікарями. Під час походів кожні 50 хв. робили зупинки на 10—15 хв., щоб хворі мали можливість відпочити. Один тривалий перепочинок (до 1 год.) робили для приймання їжі. Хворі звичайно одержували холодний сніданок, що складався з сиру із сметаною або яєць, молока, печива і шоколадних цукерок.

Слід відзначити, що деякі хворі чинили опір проведенню походів (Кр-чек, Сап-ва, Як-ва, Кан-а). Деякі хворі погано переносили походи, особливо тривалі (Г-й, Туп-на) і їх часто доводилося повернати в табір з півдороги.

Поступово хворі звикали до цих походів і наприкінці перебування

в Терсколі більшість брала в них участь, добре переносила підйоми (за винятком Г-ї і Туп-ної) і проявляла добру витривалість.

У Терсколі хворі знаходились 20 днів. За цей час було проведено 10 походів, з них п'ять тривалих, щоразу з перебуванням у дорозі до 8 долин.

За час перебування в Терсколі було відзначено позитивне зрушення в психічному стані хворих Со-ки, Кр-чек, П-ч, М-ко і В-вої, а також значне покращання соматичного стану у всіх хворих.

Крім тренувальних сходжень на Кругозір, з хворими провадили прогулянки в Нарзан, де організовували ігри з м'ячом, купання під нарзальним душем тощо.

Перебування на Кругозорі (3000 м). 24 липня всі хворі і обслуговуючий персонал піднялися на Кругозір, де заздалегідь були підготовлені фанерний будиночок для хворих, будиночок і палатки для персоналу й один будиночок для лабораторії. Через п'ять днів після прибуття на Кругозір для хворих був виділений ще один будиночок. На Кругозорі обладнали кухню, де для хворих тричі на день готували гарячу їжу

На третій день після прибуття на Кругозір почалися тренувальні сходження до Льодової бази (висота 3900 м). За 21 день перебування на Кругозорі було проведено 10 тренувальних походів, з них два коротких, тривалістю кожний по 2 год., і вісім до Льодової бази, тривалістю в обидва кінці близько 4 год. На Льдовій базі хворі знаходились 3—4 год., після чого спускалися на Кругозір.

На Кругозорі дальнього покращання стану хворих не було відзначено. У двох хворих (Туп-ної і Гр-н) навіть спостерігалося деяке погрішенння.

Повернення в Терскол. 13 серпня вся експедиція пішки повернулася в Терскол і розмістилася в таборі, який раніше займала експедиція, очолювана проф. М. М. Сиротиніним. Тут було організовано волейбольний майданчик, і хворі разом з персоналом грали у волейбол. У Терсколі хворі продовжували прогулянки до Нарзана, по дорозі збиралі ягоди, купалися під нарзанним душем, грали з м'ячем.

За два тижні перебування в Терсколі хворі добре відпочили, замагли, фізично зміцніли, проте психічний стан у більшості хворих помітно не змінився. Ті зрушення позитивного характеру, які були відзначені у деяких хворих (Со-ки, Кр-чек, П-ч, М-ко і В-вої) на першому етапі, не привели до повного виходу з хворобливого стану на наступних етапах.

Переїзд у П'ятигорськ і Київ. 28 серпня експедиція перебазувалась у П'ятигорськ (Горячеводськ), де розмістилася в палатах. Частина хворих у супроводі персоналу брала участь в екскурсіях у Кисловодськ і П'ятигорськ, інші відпочивали в таборі, купалися в гірській річці тощо.

31 серпня експедиція поїздом виїхала з П'ятигорська і 2 вересня прибула в Київ. В поїзді хворі поводили себе настільки спокійно, що сторонні люди не могли помітити, що ідуть разом з психічно хворими. Після повернення в Київ 11 хворих були передані на піклування своїм родичам, що їх зустрічали.

Підсумки експедиції

Протягом перебування на Ельбрусі над усіма хворими провадились клінічні спостереження. Персонал експедиції стежив за їх поведінкою, висловлюваннями, самопочуттям, а також провадив лабораторні дослідження морфологічного складу крові, рівня гемоглобіну і цукру в крові,

основного обміну, провади
окисного коефіцієнта сечі

Кров досліджували в
Перше дослідження крові
Києва, потім кров досліді-
Терскол, а в дальшому –
значне поліпшення складу
троцитів і гемоглобіну. Д-
еритроцитів не досягала
трохи більше (від 4 070 000
хзорих коливався від 62

Перше ж дослідження значне збільшення кількості один мільйон. Потім після довжувала зростати і у 15 гемоглобіну у восьми хворих до 92—95 %. Найвищий в одних хворих був відзначений Терсколі, в інших — на Криму.

Після повернення з Європи вони від'їздили з Києва. Після повернення з Європи вони від'їздили з Києва. Після повернення з Європи вони від'їздили з Києва.

У переважній більшості лейкоцитів. Тільки у чотирьох. Однак у більшості є троцитів і гемоглобіну. В кількості лейкоцитів, яке Терсколі, наставало зниження серпня, і тільки після дрішляху) було відзначене носи хворих була констатована тів, тобто максимальний піння — на початку серпня. повернулися в клініку, кілька но знизилась у порівнянні в багатьох стала нижче від

Описані зміни складу ливої сільськогосподарської землі відбуваються в результаті процесів ерозії та акумуляції. Ерозія є процесом, який викликає втрату та зміну хімічного складу землі. Акумуляція, з іншими словами, це накопичення матеріалу на земельній поверхні.

Крім дослідження крові
реакцію зсідання еритроцитів

Щодо рівня цукру кров не провадилося, і перше д

основного обміну, провадились визначення реакції зсідання еритроцитів, окисного коефіцієнта сечі $\frac{vO_2}{N}$.

Кров досліджували в усіх хворих вранці перед прийманням їжі. Перше дослідження крові було зроблене за кілька днів до від'їзду з Києва, потім кров досліджували в перші 2—3 дні після прибуття в Терскол, а в дальшому — раз на тиждень. Ці дослідження показали значне поліпшення складу крові, насамперед збільшення кількості еритроцитів і гемоглобіну. До від'їзду з Києва у 9 хворих з 17 кількість еритроцитів не досягала 4 000 000 (від 3 600 000 до 3 840 000), у 8 — трохи більше (від 4 070 000 до 4 380 000); показник гемоглобіну у 10 хворих коливався від 62 до 70%, у семи — від 70 до 77%.

Перше ж дослідження, проведене в Терсколі 7—8 липня, виявило значне збільшення кількості еритроцитів, іноді навіть більш ніж на один мільйон. Потім після деякого зниження кількості еритроцитів продовжувала зростати і у 15 хворих досягала 5 000 000 і більше. Кількість гемоглобіну у восьми хворих підвищилась до 83—90% і у дев'яти — до 92—95%. Найвищий показник кількості еритроцитів і гемоглобіну в одних хворих був відзначений наприкінці першого перебування в Терсколі, в інших — на Кругозорі.

Після повернення з Кругозора в Терскол максимальні показники еритроцитів і гемоглобіну почали знижуватись у різних хворих в різному ступені. Проте вони все ж залишались на вищому рівні, ніж перед від'їздом з Києва. Після повернення в Київ зниження кількості еритроцитів і гемоглобіну продовжувалось і протягом 1—2 місяців кількість еритроцитів майже в усіх наблизилась до вихідних величин, а в деяких хворих стала навіть нижчою від них.

У переважної більшості хворих збільшилась також і кількість лейкоцитів. Тільки у чотирьох вона зменшилась у порівнянні з вихідною. Однак у більшості спостерігалася інша динаміка, ніж щодо еритроцитів і гемоглобіну. Вона полягала в тому, що після збільшення кількості лейкоцитів, яке спостерігалося в перші дні перебування в Терсколі, наставало зниження, яке трималося весь липень і початок серпня, і тільки після другого прибуття в Терскол (на зворотному шляху) було відзначено нове збільшення кількості лейкоцитів. У частині хворих була констатована така сама динаміка, як і щодо еритроцитів, тобто максимальний показник був зареєстрований наприкінці липня — на початку серпня. Після прибуття в Київ у всіх хворих, що повернулися в клініку, кількість лейкоцитів протягом двох місяців значно знизилася у порівнянні з відповідними показниками в Терсколі, а в багатьох стала нижче від вихідної.

Описані зміни складу гемоглобіну, білої і червоної крові переконливо свідчать про те, що організм хворих на шизофренію і невротичні стани не втратив здатності пристосовуватись до умов високогір'я і в процесі акліматизації адекватно реагував інтенсивним посиленням кровотворення на недостачу кисню в навколишньому повітрі. Проте цей високий рівень формених елементів крові і гемоглобіну зберігався, як уже зазначалося, після повернення в Київ тільки протягом одного — двох місяців, а потім знижувався до вихідних величин і навіть падав нижче їх.

Крім дослідження крові, в усіх хворих вивчали рівень цукру крові, реакцію зсідання еритроцитів, окисний коефіцієнт сечі і основний обмін.

Щодо рівня цукру крові, то перед від'їздом з Києва це дослідження не провадилось, і перше дослідження було зроблене незабаром після

приїзду в Терскол. Майже в усіх хворих рівень цукру крові виявився вищим (80—100 мг%), ніж це звичайно спостерігається у шизофреніків. Потім рівень цукру в усіх хворих підніався ще вище, досягаючи у деяких з них 120 мг%. Згодом він став поступово знижуватись. Все ж у шести хворих (К-ан, Сап-ва, Кан-а, П-чук, Як-ва, Гр-н) він перед від'їздом до Києва залишався ще вищим, ніж при першому дослідженні в Терсколі. В однієї хворої (Туп-ної) рівень цукру крові не змінився і у дев'яти осіб був нижчим, ніж під час першого дослідження в Терсколі (Ше-ра, П-ч, Кр-чек, Кр-ко, Со-ка, М-ко, Гр-а, В-ва, М-ва). Після прибутия до Києва рівень цукру крові у більшості не тільки не знизився, а навіть підвищився.

Основний обмін досліджували у 16 хворих. У дев'яти з них ще перед від'їздом до Києва було виявлене значне зниження обміну (у семи осіб воно досягало — 20—30%). Під час перебування у Терсколі і на Кругозорі у цих дев'яти хворих та ще в п'яти осіб, у яких в Києві основний обмін був нормальним або трохи підвищеним, спостерігалося значне його зниження, що досягало у семи осіб (Со-ка, Кан-а, Туп-на, Сап-ва, Г-й, Ше-ра, Гр-н) 40—50%, у семи (Кр-ко, Як-ва, П-ч, П-чук, Гр-а, М-ко, В-ва) в межах — 10—35%. У цих 14 хворих після повернення до Терскола основний обмін значно змінився: у 4 хворих (Со-ка, М-ко, Кан-а, В-ва) підвищився до показників від +14 до +38%; у двох (Туп-на, Гр-а) він підвищився до ±5%; у решти 8 хворих основний обмін залишився зниженим в межах ±10—20% (Кр-ко, Сап-ва, Г-й, Ше-ра, Як-ва, П-ч, П-чук, Гр-н). У двох хворих (М-ва, Кан-а) основний обмін ще до від'їзду з Києва був значно підвищений і залишався на високому рівні протягом усього перебування на Ельбрусі.

Отже, у більшості хворих основний обмін під час перебування на Ельбрусі був значно знижений. Звичайно ж у психічно здорових людей він при підйомі на висоту підвищується.

Щодо окисного коефіцієнта сечі, то він відзначався крайньою несталістю, здебільшого він був підвищений, нерідко доходячи до 2,0 і більше.

Наведені результати лабораторних досліджень вказують на те, що перебування психічно хворих в умовах високогір'я супроводжується різноманітними функціональними змінами в організмі. До найбільш значних змін, що спостерігалися в усіх без винятку хворих, треба віднести збільшення показників формених елементів крові і гемоглобіну, а також підвищення рівня цукру крові. Проте, незважаючи на ці дуже сприятливі зміни в соматичному стані хворих, у психіці більшості з них не можна відзначити істотного і тривалого покращання. Найбільш значне покращання спостерігалось у трьох хворих (Со-ка, Кан-а, В-ва).

Спинимось детальніше на характеристиці змін, що були відзначені в окремих хворих.

Хвора Со-ка, 33 р., захворіла незабаром після родів. Вагітність була важкою. Через короткий час після родів у хворої з'явилося недовір'я до оточуючих людей, поступово розвинулося маячення на відношення, хвора боялася вийти з дому, замикалася на ключ, постійно знаходилася у напружено-тривожному настрої. Потім з'явилися ілюзії, галюцинації, марення переслідування і отруєння.

Хвора поступила в клініку наприкінці квітня. Спочатку відзначалося покращання, вона стала спокійнішою, охоче розповідала про свої переживання, але потім маячний стан посилився. Хвора твердила, що її «гіпнотизують», «віднімають думки», часто відмовлялася від іжі. В такому стані хвора разом з іншими хворими була 5 липня представлена до Терскола. В дорозі і в перші два тижні перебування в Терсколі вона була напруженна, неспокійна, погано орієнтувалася в обстановці, майже недоступна контакту. Через два тижні стала значно спокійнішою, хоч ще погано орієнтувалася і маяч-

ним чином інтерпретувала на хвора охоче брала участь у Ельбрусі її стан ще покращав, пояснивши те, що її було незадовільно від повернення до Києва 2 вересня додому. Вдома стан хворої дівчини домашню роботу, любов міг виявити будь-яких ознак радісно, але про своє колишнє.

Так тривало 2,5 місяця, дування і отруєння. В зв'язку з цим діагноз — шизофренія.

Хвора Кан-а, 29 р. Постодружена, має дитину двох дівчат по господарству, дотезмій справі. Чоловік старší від неї.

У червні 1953 р. хвора вання, з'явилося почуття дівчини, що відчується вдруге минуле сторіччя мають повісті. Намагала

Вперше поступила в клініку роби. Спочатку досить вільно на іншу планету і там вчинила сполучення.

Згодом стала замикати розмови про своє здоров'я.

5 жовтня, всупереч поведінки була ненормальна. Ключ, роздавала різним особам підмініли її дитину, загрожуючи

23 грудня 1953 р. була під ліжко, іноді агресивна, в лікування (інсулін, сірка) з'явилися вагітність, осіклі раніше, твердить, що її підмінили. 5 липня разом з іншими дівчинами на Ельбрусі стан хворої недовірливо і навіть вороже неохоче.

Після повернення до Києва, визнала дитину своєї зубопротезних замовлень, виставилась вороже, маячним вимагала, щоб він придбав дівчину протягом семи місяців залишаючи дівчину. Проте з'явилося, особливо щодо дитини. Її відмовляється від іжі. Стала заснувати більше істі. Недовірливо і нікого, навіть рідних сестер, була знову вміщена в клініку.

Хвора В-ва, 43 р., одружені почалася після грипу і тричі почалася без видимих причин. Ністю видужала від обох прислінні іпохондричні скарги.

В 1950 р. захворіла від біль, нудота, бл�вання, безсоння, курорті в Одесі і в кількох 13 січня 1953 р. Скаржилася і тривогу, і здавалося, що видужає, незабаром помре. Під час розгляду мозкових судин. Під час розгляду здебільшого лежить у ліжку,

виявився
изофреніків.
чи у деяких
ж у шести
ді від'їздом
ї в Терсько-
ї у дев'яти
лі (Ше-ра,
прибуття до
навіть під-

х ще перед
у семи осіб
ї на Круго-
в основний
ося значне
на, Сап-ва,
-чук, Гр-а,
перенення до
Л-ко, Кан-а,
п-на, Гр-а)
залишився
Як-ва, П-ч,
до від'їзу
ні протягом

бування на
ових людей

крайньою
ячи до 2,0

на те, що
ується різ-
ьш значних
несті істот-
оглобіну, а
та ці дуже
більшості з
Найбільш
н-а, В-ва).
відзначені

уала важкою.
ючих людей,
дому, замика-
тим з'явилися

покращання,
отім маячний
ї, часто від-
б липня при-
олі вона була
оступна кон-
алася і маяч-

ним чином інтерпретувала навколоїні події; у мові спостерігались розриви. Проте хвора охоче брала участь у походах і легко їх переносила. В кінці перебування на Ельбрусі її стан ще покращав, хвора охоче вступала в розмову, сама просила пояснити те, що їй було незрозуміле, маячні ідеї висловлювали значно рідше. Після повернення до Києва 2 вересня радісно зустріла на вокзалі чоловіка, і він взяв її додому. Вдома стан хворої день-у-день кращав, незабаром вона повністю виконувала всю домашню роботу, любовно і вміло доглядала дітей. Лікар, що її відвідав, не міг виявити будь-яких ознак хвороби. Лікар'я вона зустріла привітно, ввічливо, навіть радісно, але про своє колишнє захворювання говорила дуже неохоче.

Так тривало 2,5 місяця, а потім відновилися галюцинації і маячні ідеї переслідування і отруєння. В зв'язку з цим хвора знову поступила в клініку, де знаходиться і тепер. Діагноз — шизофренія.

Хвора Кан-а, 29 р. Поступила в клініку 9 вересня 1953 р. Діагноз — шизофренія. Одружена, має дитину двох років. Після народження дитини довелось багато працювати по господарству, доглядати дитину і виконувати багато замовлень у зубопротезній справі. Чоловік старший від неї на 20 років, дуже вимогливий, грубий, навіть бив її.

У червні 1953 р. хвора стала висловлювати маячні ідеї відношення, переслідування, з'явилося почуття дереалізації: хворій здавалося, що змінився світ, повторюється вдруге минуле сторіччя, твердила, що від неї приховують якусь таємницю, що її мають повісити. Намагалася отруїти себе і дитину.

Вперше поступила в клініку через три місяці після появи перших симптомів хвороби. Спочатку досить вільно вступала в розмову, висловлювала бажання перейти на іншу планету і там вчити «ліліпутів». Була переконана, що існує міжпланетне сполучення.

Згодом стала замикатись, намагалася дисимулювати свій стан, ухилялась від розмов про своє здоров'я.

5 жовтня, всупереч порадам лікарів, була взята чоловіком додому. Вдома її поведінка була ненормальна. Вона не пускала чоловіка на роботу, замикала його на кілюч, роздавала різним особам гроши, а сім'ю годувала впроголодь. Запевняла, що підмінили її дитину, загрожувала вбити себе і дитину.

23 грудня 1953 р. була вдруге вміщена в клініку. Хвора стривожена, ховається під ліжко, іноді агресивна, відмовляється від їжі, годують її через зонд. Під впливом лікування (інсулін, сірка) знову стала їсти, трохи заспокойлась, але твердила, що її прищепили вагітність, оскільки протягом трьох місяців у неї нема місячних. Як і раніше, твердить, що її підмінили дитину, неохоче вступає в розмову, негативістична.

5 липня разом з іншими хворими була привезена до Терського. За час перебування на Ельбрусі стан хворої мало змінився. Залевняла, що її завезли в Сибір, недовірливо і навіть вороже ставилась до персоналу експедиції, в походах брала участь неохоче.

Після повернення до Києва була взята чоловіком додому. Вдома стала господарювати, визнала дитину своєю, добре її доглядала. Згодом приступила до виконання зубопротезних замовлень, виконувала їх правильно і старанно. Проте до чоловіка ставилась вороже, маячним чином тлумачила його вчинки, виганяла його з дому і вимагала, щоб він придбав для неї окремий будинок. Все ж, незважаючи на це, вона протягом семи місяців залишалася вдома, виконуючи всю роботу по господарству і доглядаючи дитину. Проте маячне витлумачення навколоїнного згодом різко посилилось, особливо щодо дитини. Її здавалося, що дитина мало їсть, що сусіди підбурюють її відмовлятися від їжі. Стала нещадно бити дитину при кожному годуванні, примушуючи більше їсти. Недовірливість до людей посилювалася. Хвора замікалася на кілюч і нікого, навіть рідних сестер, в квартиру не пускала. В зв'язку з таким станом вона була знову вміщена в клініку.

Хвора В-ва, 43 р., одружена, захворіла втретє. Перший раз у 1938 р. захворювання почалося після грипу і тривало два роки. Вдруге захворіла в 1945 р. Захворювання почалося без видимих причин і тривало півтора року. Лікувалася амбулаторно. Повністю відужала від обох приступів хвороби. Під час обох приступів спостерігались численні іпохондричні скарги, кволість, тужній настір.

В 1950 р. захворіла втретє також після грипу. З'явилися серцебиття, головний біль, нудота, блювання, безсоння, настір пригнічений, часто плакала. Лікувалася на курорті в Одесі і в кількох психіатричних лікарнях. У Київську лікарню поступила 13 січня 1953 р. Скаржилася на хворобливі точки в голові і серці, відчувала неспокій і тривогу, ій здавалося, що вона «збожеволіє». Висловлювала певність, що ніколи не видуває, незабаром помре. Говорила, що в неї пухлина в мозку, або якась хвороба мозкових судин. Під час розмови спостерігається ажитація, хвора стогне, плаче. Вона здебільшого лежить у ліжку, посилаючись на те, що їй важко ходити, її нібито похи-

тус і вона боїться впасти. Листів додому не пише, мовляв, нема про що писати. Вечорами субфебрильна температура.

Була включена до групи хворих, що мали поїхати на Ельбрус. За два місяці перебування в Терській і на Ельбрюсі стало значне покращання: замість постійного лежання в ліжку, як це було в лікарні, хвора багато ходила, охоче брала участь у всіх тренувальних походах, легко їх переносила. В неї з'явилась бадьорість, активність, вона засмагла, її вага збільшилась, зникли вечірні підвищення температури. Проте іноді вона проводжувала висловлювати попередні скарги, але немов за звичкою, без афективного забарвлення.

Коли експедиція повернулась до Києва, хвору зустріла дочка і взяла додому. За відомостями, що ми їх маємо, вона почуває себе добре і цілком задовільно виконує свої домашні обов'язки.

Діагноз — атиповий маніакально-депресивний психоз.

З інших хворих можна було відзначити деяке покращання у чотирьох: Туп-ної, Ше-ра, Гр-н, Сап-вої. Воно полягало у зникненні негативізму, відновленні мовного контакту, більшій ініціативі, в появі бажання повернутися до нормального життя, відновити роботу, але здійснити ці свої прагнення вони були неспроможні через нездатність до систематичної цілеспрямованої діяльності і наявність ряду відхилень від нормальної поведінки, а також некритичне ставлення до стану свого здоров'я і окремі маячні ідеї.

Ці хворі після повернення до Києва були взяті рідними в сім'ю, але поліпшення, що намітилось, тривало недовго, поступово наростало погіршення і протягом 2—3 місяців всі вони знову були повернені в клініку в зв'язку з неможливістю утримувати їх вдома.

В стані психічного здоров'я решти 10 хворих не можна було відзначити помітного перелому за винятком того, що вони стали трохи м'якшими і поступливішими у взаєминах з іншими людьми і без опору підкорялися режиму. Але основна шизофренічна симптоматика залишилась без змін. Частину цих хворих (Г-й, П-чук, Кр-ко, Кр-чек, М-ва) після приїзду в Київ відразу ж було вміщено в клініку. Інші (Гр-а, М-ко, Як-ва, П-ч, К-ан) — були взяті рідними в сім'ю, але незабаром знову вміщені в клініку за винятком хворої М-ко, яка протягом шести місяців залишалася вдома.

Отже, із 17 хворих, які провели два місяці в умовах високогір'я, 16 знову знаходяться в клініці. Хоч у всіх хворих без винятку можна було відзначити дуже інтенсивну реакцію з боку крові на кисневу недостатність в умовах високогір'я і настання певної акліматизації, все ж цей важливий фактор справив істотний вплив на перебіг психозу лише у небагатьох хворих, притому на короткий час. Очевидно, одного лише посилення кровотворних функцій недосить для того, щоб ліквідувати всі ті розлади, які лежать в основі шизофренічного процесу. Найбільш істотною ланкою в патогенезі шизофренії є низький рівень окисних процесів і зв'язана з цим церебральна гіпоксія, яка підтримує гіпнотичний стан у центральній нервовій системі. І якщо окисні процеси залишаються на значно зниженному рівні, то не дивно, що гіпнотичний стан не розсіюється і психопатологічна симптоматика мало змінюється.

Якщо судити про інтенсивність окисних процесів за показниками основного обміну, то у більшості наших хворих вони значно знижені. Як зазначалося вище, у більшості низький основний обмін спостерігався ще до від'їзду з Києва, він ще більше знизився під час перебування в Терсколі і на Кругозорі як у цих хворих (9 чол.) так і у тих, у яких в Києві він був нормальним і навіть підвищеним (5 чол.). Після повернення з Кругозора до Терскола тільки у трьох хворих (Со-ка, К-ан, В-ва) основний обмін значно підвищився (в межах від +14 % до +38 %), у двох

(Туп-на, Ше-ра) наблиз
особливо у перших трьо
а в 10 хворих, у яких осі
змін у психічному стату
червоної і білої крові, а
вищення окисних процес
нівним.

Треба ще розглянути кращі результати.

В психіатричній практиці давно вже відзначено, що більшого терапевтичного при більшій давності захворювання досвід показує, що захворювання і терапевтичні коли захворювання трическим або значним поліпшенням самого початку набуває сумок захворювання вивчених методів лікування протягом тривалого часу застосування нового методу веде до видужання.

Враховуючи всі ці обставини на Ельбрус насамперед ми доборі, який тривав півтора тижні. Ми відібрали хворих зі складу груп, які були підготовлені до походу, і вивезли їх в місто. Насамперед ми вивезли хворих зі складу груп, які були підготовлені до походу, і вивезли їх в місто.

За давністю захворювань

від 4 до 6
8 місяців —
1 рік — 2
1,5 року —
від 2,5 до
понад 3 років

У хворої М-ко окрім тому, але вона продовжувно захищала дипломну талюцинації і виявилась з чим хвора поступила

Повторно захворюва 1952 р., у жовтні 1952 р. потім захворіла в грудні

Якщо рахувати триє то тривалість захворювання року до від'їзду на Ельзас з появі першого приступу становить 6 років, у П-ч — 3.

Порівнюючи терапевтів, можна бачити, що різній тривалості захворювань

(Туп-на, Ше-ра) наблизився до нормального рівня (± 5). У цих хворих, особливо у перших трьох, і спостерігалось найбільш істотне покращання, а в 10 хворих, у яких основний обмін залишався зниженим, майже ніяких змін у психічному статусі не було, незважаючи на інтенсивну реакцію червоної і білої крові, а також гемоглобіну. Отже, істотне значення підвищення окисних процесів у механізмі видужання слід вважати безсумнівним.

Треба ще розглянути, при якій давності захворювання спостерігались кращі результати.

В психіатричній практиці, як і в інших галузях клінічної медицини, давно вже відзначено, що чим раніше приступити до лікування, тим більшого терапевтичного ефекту можна досягти. Проте це не означає, що при більшій давності захворювання видужання вже неможливе. Клінічний досвід показує, що постійного і чіткого паралелізму між давністю захворювання і терапевтичним ефектом нема. Спостерігалися випадки, коли захворювання триває багато років і все ж закінчується видужанням або значним поліпшенням. В інших же випадках захворювання з самого початку набуває зложікісного перебігу. Крім того, на кінцевий підсумок захворювання вирішальний вплив спровалює адекватність застосованих методів лікування. Нерідко спостерігаються випадки, коли хворий протягом тривалого часу безуспішно лікується різними методами, а потім застосування нового методу, який більш відповідає стану хворого, приводить до видужання.

Враховуючи всі ці обставини, ми під час добору хворих для експедиції на Ельбрус насамперед прагнули встановити точний діагноз і в цьому доборі, який тривав понад три місяці, брав участь весь колектив клініки. Ми відібрали хворих з різною давністю захворювання з метою встановити граничну можливість позитивного терапевтичного впливу умов високогір'я на перебіг шизофренії різної тривалості і тяжкості.

За давністю захворювання наші хворі поділялися так:

від 4 до 6 місяців — 2 (Со-ка, Туп-на);
8 місяців — 1 (Ше-ра);
1 рік — 2 (К-ан, Кан-а);
1,5 року — 5 (Кр-чек, Гр-н, Г-й, Як-ва, Сап-ва),
від 2,5 до 3 років — 2 (М-ва, М-ко);
понад 3 роки — 2 (Кр-ко, В-ва).

У хворої М-ко окремі маячні висловлювання спостерігалися 2,5 року тому, але вона продовжувала вчитися в інституті і навесні 1954 р. успішно захистила дипломну роботу. В цей час у неї з'явилися часті слухові талюючі і виявилась повна нездатність до розумової праці, в зв'язку з чим хвора поступила в клініку.

Повторно захворювали П-чук у 1946 р., у 1948 р., у квітні—липні 1952 р., у жовтні 1952 р.; П-ч хворіла з травня 1951 р. до вересня 1952 р., потім захворіла в грудні 1952 р.

Якщо рахувати тривалість хвороби з початку останнього приступу, то тривалість захворювання у цих двох хворих визначається у півтора року до від'їзду на Ельбрус. Якщо ж рахувати давність захворювання з появі першого приступу, то у хворої П-чук давність хвороби становить 6 років, у П-ч — 3,5 року.

Порівнюючи терапевтичний ефект, що спостерігався у хворих різних груп, можна бачити, що покращання психічного стану наставало при різній тривалості захворювання і що при однаковій тривалості хвороби

терапевтичні результати часто дуже відрізнялися; в деяких випадках при більшій тривалості захворювання були досягнуті кращі результати, ніж при меншій давності. Так, у хворої Кан-ої з давністю захворювання в один рік і у хворої Кр-чек з давністю захворювання 1,5 року спостерігалося більш виразне покращання, ніж у хворої Туп-ної з давністю захворювання 6 місяців.

В групі, до якої входять п'ять хворих з давністю захворювання 1,5 року, тільки в однієї Кр-чек спостерігалося покращання, а в решти хворих ніякого зрушення не було. У хворої М-ко з давністю захворювання в 2,5 року спостерігалося помітне покращання, а в хворої Ше-ра при давності захворювання у 8 місяців покращання було значно менш виразним. Отже, тривалість хвороби сама ще не визначає кінцевого її підсумку, хоч і є відносним показником тяжкості захворювання. Підсумок захворювання залежить від багатьох умов — його тяжкості, опірності організму, ступеня розвитку і збереження захисних механізмів і, нарешті, адекватності лікування. Добираючи хворих в експедицію, ми праґнули, як уже було зазначено, насамперед виділити хворих з незаперечним діагнозом і включити в групу хворих з різною тяжкістю захворювання, наскільки це можливо зробити при сучасних методах дослідження. Маючи різнопідвиди за давністю і тяжкістю захворювання групу, ми скоріше могли оцінити ефективність як самого методу лікування, так і межі його застосування.

Як видно з наведеного звіту, метод лікування хворих на шизофренію перебуванням в умовах високогір'я виявився недосить ефективним. До того одержані результати лікування щодо нашої групи хворих були недосить сталими.

2. Група хворих у Феофанії

Феофанія — це колишня психіатрична колонія. Знаходиться вона поблизу Києва у мальовничій лісовій місцевості. Тепер уся садиба колишньої колонії передана у відання Академії наук УРСР. За просьбою Міністерства охорони здоров'я УРСР та Інституту фізіології, президія Академії наук УРСР дала дозвіл використати для влаштування санаторного відділу для психічно хворих протягом двох місяців — липня і серпня невелику ділянку садиби з усіма розташованими там будівлями. Хворі були розміщені у двоквартирному фінському будиночку. В кожній квартирі з двох кімнат знаходилось шість хворих. В одній квартирі, крім того, були розміщені клінічна та біохімічна лабораторії і в другій — матеріальний склад і кімната чергової сестри. Окрім адміністрація психіатричної лікарні ім. акад. І. П. Павлова спорудила для персоналу два диктових будинки, душові установки, літню кухню, літню їдальню, були підведені вода й електрика.

Для нагляду за хворими, їх обслуговування і проведення лабораторних досліджень був виділений спеціальний штат: завідуючий відділом лікар Р. Е. Кравінська, старша сестра М. Є. Калитенко, п'ять чергових сестер, лаборантки Липська і Калінічева, десять санітарок, повар, буфетниця і нічний сторож.

Група хворих, направлена на два місяці у Феофанію, складалася з 13 чол., з яких у 11 була діагностована шизофренія, у двох — реактивна депресія, яка в однієї була ускладнена тривалою постінфекційною астенією.

У багатьох хворих цієї групи приступи психозу спостерігалися неодноразово.

норазово, у деяких — протягом відповідних випадків захворювання було ніколи не спостережено.

Як видно з наведеної в діялися на дві підгрупи: захворіли повторно. Тривалася від 4 місяців до 5 років

4 mic
1,5 p.
1 p.
2 p. 2
2,5 p.
5 p. -

Тривалість захворюваного приступу:

3 p. — 1
5 p. —
6 p. —

12 p. —

Якщо порівняти склад і тих, що були у Феофанії, нії, менше хворих з первинною захворюваністю повторно. І хворих у Феофанії виявив бруській групі.

Одна з хворих — К-че
і тепер знаходитьсья вдома
роботи.

Хвора Гел-д, що хворіністю вийшла з психозу, роботі, доглядає дітей. Нещо вивело її із стану рівності вона все ж залишається від

Дуже значне покраща-
зники тяжкі кататонічні с-
могою зонда; хвора контак-
галюцинацій. Вона знаход-
спочатку скаржилась тільк-
при фізичній роботі. Тепер
зумні, логічно написані лі-

Виключно різка зміна
у 1948 р., вдруге — в 1950 р.
Ремісії, що спостерігалися
У хворої Зол-р ще на початку
ній негативізм, вона просто
лялася від їжі, годували її
лучали до прогулянок, до риб
приймати їжу. Тепер Зол-р
домашню роботу, піклується
лась цілком байдуже, доп
велику допомогу бухгалтер

норазово, у деяких — протягом багатьох років, тому розподілити їх за давністю захворювання було важко. Для більшої ясності в цьому питанні ми у відповідних випадках будемо відзначати дату першого і повторних приступів.

Як видно з наведеної нижче таблиці, хворі, що були у Феофанії, поділялися на дві підгрупи: а) тих, що захворіли вперше, і б) тих, що захворіли повторно. Тривалість захворювання у першій підгрупі коливалася від 4 місяців до 5 років.

4 міс.	— 1 хвора (К-чек);
1,5 року	— 2 хворі (Г-ка і Гел-д);
1 р. 8 міс.	— 1 хвора (Дм-ко);
2 р. 2 міс.	— 1 хвора (Кол-ц);
2,5 р.	— 1 хвора (Шв-р);
5 р.	— 1 хвора (Ф-ва).

Тривалість захворювання в другій підгрупі, починаючи з часу першого приступу:

3 р.	— 1 хвора (Лар-на, 1951, 1953);
5 р.	— 1 хвора (Ск-б, 1949, 1950, 1954);
6 р.	— 3 хворі (К-га, 1948, 1951, 1952; В-ко, 1948, 1950, 1953; Зол-р, 1948, 1950, 1953);
12 р.	— 1 хвора (Б-ко, 1941, 1953).

Якщо порівняти склад хворих, що були в експедиції на Ельбрусі, і тих, що були у Феофанії, то побачимо, що в групі, яка була у Феофанії, менше хворих з первинним захворюванням і значно більше хворих, що захворіли повторно. І все ж терапевтичний ефект від перебування хворих у Феофанії виявився не меншим, а навіть більшим, ніж в ельбруській групі.

Одна з хворих — К-чек з діагнозом шизофренія повністю видужала і тепер знаходиться вдома без будь-яких ознак психозу; приступила до роботи.

Хвора Гел-д, що хворіла на реактивну депресію, також майже повністю вийшла з психозу, знаходиться вдома, бере участь у домашній роботі, доглядає дітей. Несподіване велике нещастя (чоловік втоп) дещо вивело її із стану рівноваги, загострило відношення з матір'ю, проте вона все ж залишається вдома.

Дуже значне покращання настало у хворої В-ко. У неї повністю зникли тяжкі кататонічні симптоми: ступор, мутизм, годування з допомогою зонда; хвора контактна, орієнтована, у неї нема ні марення, ані галюцинацій. Вона знаходиться вдома, виконує всю домашню роботу; спочатку скаржилася тільки на поганий апетит і швидку стомлюваність при фізичній роботі. Тепер вона цілком здорована, надсилає лікареві розумні, логічно написані листи.

Виключно різка зміна сталася у хворої Зол-р, яка вперше захворіла у 1948 р., вдруге — в 1950 р.; третій приступ тягнеться з березня 1953 р. Ремісії, що спостерігалася між приступами, були дуже неповноцінними. У хворої Зол-р ще на початку перебування у Феофанії відзначався крайній негативізм, вона простоювала цілими годинами в одній позі, відмовлялася від їжі, годували її з допомогою зонда. Згодом її поступово зачучали до прогулянок, до роботи, вона стала привітна, почала самостійно приймати їжу. Тепер Зол-р знаходиться вдома. Охоче і вміло виконує домашню роботу, піклується про дочку, до якої під час хвороби ставилась цілком байдуже, допомагає їй виконувати шкільні уроки, подає велику допомогу бухгалтеру будинку управління, де вона мешкає.

Можна відзначити поліпшення також у хворої К-га, яка вперше захворіла в 1948 р. Під час нинішнього, третього приступу, який стався у травні 1952 р., хвора була злоблива, негативістична, висловлювала уривчасті маячні ідеї отруєння, переслідування, часто відмовлялась від їжі, погано спала, галюцинувала. За час перебування у Феофанії поведінка хворої різко змінилася. Вона стала охоче вступати в контакт з іншими людьми, брала участь у прогулянках, іграх, виконувала доручення, добре спала, значно покращав апетит. Тепер К-га знаходиться вдома, виконує нескладну домашню роботу, прибирає свою кімнату, шие, в'яже, але з дому не виходить, сторонніх людей пугається.

Приблизно такого ж характеру покращання, але тимчасове, спостерігалося і у хворої Шв-р, яка хворіла на шизофренію два з половиною року. Знаходячись після Феофанії вдома, вона протягом трьох місяців допомагала матері по господарству, доглядала хворого батька, шила, читала, ходила на прогулочки з матір'ю, але сторонніх людей уникала. Потім з'явилися маячні ідеї переслідування, стала дратівливою, в зв'язку з чим була вміщена в клініку.

Крім цих хворих цікаво відзначити зміни в стані двох хворих — Дм-ко і Кол-ц, які роком раніше були в складі групи, що їздила на Ель-брус.

Дм-ко протягом понад 1 р. 8 міс. була в стані кататонії, Кол-ц — в стані реактивної депресії, ускладненої постінфекційною астенією протягом двох років. Дм-ко перед від'їздом у минулому році на Ельбрус була недоступна контакту, на запитання не відповідала, інструкцій не виконувала, їла тільки з рук обслуговуючого персоналу, була неохайна. Під час перебування у Терсколі і на Новому Кругозорі дуже неохоче включалася у тренувальні походи, в іграх участі не брала, харчувалась з рук персоналу, ні до чого не проявляла і найменшої цікавості і тільки приділяла деяку увагу десятирічній дівчинці, дочці однієї із співробітниць, часто її голубила, заплітала їй коси, у походах тримала за руку. Після повернення в Київ чоловік узяв хвору додому, де вона пробула близько місяця, залишаючись у тому самому стані загальмованості, була до всього байдужа. Потім її знову повернули в клініку, де вона провела всю зиму в такому самому стані.

Без будь-яких змін у загальному стані Дм-ко прибула у Феофанію. До кінця перебування у Феофанії говорила мало, тільки іноді відповідала на запитання і дуже рідко говорила з власної ініціативи. Все ж вона виявляла значно більшу активність, ніж під час перебування на Ельбрусі, охоче брала участь у прогулянках, в іграх з м'ячем тощо, виконувала деякі роботи на кухні, наприклад, чистила картоплю. Від їжі не відмовлялась, їла добре, охоче, але з рук обслуговуючого персоналу. Загалом проявляла значно менше негативізму і більше активності, ніж на Ельбрусі роком раніше.

Особливо різка зміна сталася у хворої Кол-п. Під час перебування на Ельбрусі її з величими зусиллями залучали до участі в тренувальних походах, пересувалася вона надзвичайно повільно і, як правило, з півдороги поверталася назад. Говорила дуже мало, з великою затримкою, відповіді на запитання часто були не адекватні, їла з рук персоналу, іноді бувала неохайнюю. Після повернення з Ельбруса хвору взяли додому, де в перші дні вона поводила себе цілком задовільно, була пожавлена, активна, всім цікавилась, дякувала рідним за те, що вони зберегли її речі, проявляла ніжну турботливість про матір. Проте цей стан через кілька днів різко змінився. Хвора стала усамітнюватись, перестала розмов-

лляти з іншими людьми, не стан тривав понад місяць її в лікарню. В клініці пр самому стані і, коли приб же весь час лежала в ліж одягалась з допомогою пе проявляла інтересу.

Під час перебування став помітно змінюватись ватись, одягатись, прибир обличі з'явилася посмішістурово вона включалася розмовляти, співати пісні говірками. Інтерес до на виконувала різноманітні ри коло будинку, пилила і в його у в'язанки і приносить речливість: хвора легко хворих і персоналу, робить поліпшенням самопочуття, ступи гострого суму, зв'я тяжку сердечну травму. Віддалу любов, іноді плакала: «Ніколи ніхто не дізнає відкрию свого серця». Під лася втекти з прогулянки повішуся. Я вже попрощали хвору повели в палату, від'їздом з Феофанії була ре співала, не журилася,

Як видно з нашого огляду зміна: загальованість змінилися активністю, причому все це відбулося завдяки Київській області, які для діяльності, ніж ті, в яких в

Залишається ще розі крові, гемоглобіну, цукру ходились у Феофанії, і по ельбрусської групи.

Зміни, що були виявлені також гемоглобіну, були відзначенні в ельбруській групі шення кількості еритроцитів більше. Різниця полягала в першого місяця перебування приrost кількості еритроцитів зменшення цих показників. У цитів і гемоглобіну збільшенні

вперше й стався влювала лась від нії пове- нтакт з та дору- ходиться ту, шиє,

спосте- ловиною місяців, шила, никала. зв'язку

зорих — на Ель-

бл-ц — в ю про- брус бу- є вико- Під час очалася к персо- идіяла часто її і повер- въко мі- рського зими

офанію. овідала ж вона Ельбу- ронувала відмов- Загалом на Ель- бування зальних, з пів- чимкою, ти, іноді додому, авлена, и її ре- зез кіль- розмов-

ляти з іншими людьми, не вставала з ліжка, відмовлялася від їжі. Такий стан тривав понад місяць, і врешті рідні змушені були знову помістити її в лікарню. В клініці протягом майже року хвора залишалась в такому самому стані і, коли прибула у Феофанію, була мовчазна, пасивна, майже весь час лежала в ліжку, закрившись ковдрою з головою, вмивалась, одягалась з допомогою персоналу, їла також тільки з рук, ні до чого не проявляла інтересу.

Під час перебування у Феофанії, починаючи з серпня, стан хворої став помітно змінюватись. Вона почала самостійно вмиватися, причісуватись, одягатись, прибирала своє ліжко, охоче вступала в розмови. На обличчі з'явилася посмішка, хвора часто сміялася, була пустотлива. Поступово вона включалася до ігор, прогулянок, при цьому стала багато розмовляти, співати пісень, частушок, її мова рясніла прислів'ями, поговорками. Інтерес до навколошнього зростав день-у-день, хвора охоче виконувала різноманітні роботи, прибирала палату, підмітала сміття навколо будинку, пилила і колола дрова, збирала в лісі хмиз, зв'язувала його у в'язанки і приносila на кухню. Відзначалася підвищена спостережливість: хвора легко помічала найменші недоліки в туалеті інших хворих і персоналу, робила влучні, дотепні зауваження. Проте поряд з поліпшенням самопочуття, пожавленістю, у хворої спостерігалися і приступи гострого суму, зв'язані, очевидно, із спогадами про перенесену тяжку сердечну травму. Вона гірко плакала, коли слухала пісню про не-вдалу любов, іноді плакала вночі в ліжку і на всі запитання відповідала: «Ніколи ніхто не дізнається, що в мене на душі, ніколи нікому не відкрию свого серця». Під впливом тяжких спогадів хвора якось намагалася втекти з прогулянки. Перед цим вона сказала: «Я втечу додому і повішуся. Я вже попрощалася з усіма, не знаю чи повернусь, чи ні». Коли хвору повели в палату, вона дуже опиралася і багато плакала. Перед від'їздом з Феофанії була пожавлена, уважна і привітна до лікаря, добре співала, не журилася, поводила себе природно і невимушено.

Як видно з нашого опису, в стані здоров'я хворої Кол-ц сталася розюча зміна: загальмованість, пасивність, інтелектуальна й емоціональна млявість змінилися активністю, емоціональною жвавістю, продуктивною діяльністю, причому все це настало без спеціального медикаментозного лікування, а лише завдяки перебуванню в санаторних умовах життя у Київській області, які для хворих Кол-ц і Дм-ко виявилися більш підходящими, ніж ті, в яких вони знаходились на Ельбрусі роком раніше.

Лабораторні дослідження

Залишається ще розглянути результати лабораторних досліджень крові, гемоглобіну, цукру крові та основного обміну у хворих, що знаходились у Феофанії, і порівняти їх з показниками досліджень у хворих ельбрусської групи.

Зміни, що були виявлені у хворих щодо червоної і білої крові, а також гемоглобіну, були в значній мірі аналогічні тим змінам, які були відзначенні в ельбрусській групі. У 11 хворих також спостерігалось збільшення кількості еритроцитів, у деяких дуже значне — на один мільйон і більше. Різниця полягала в тому, що у хворих ельбрусської групи в кінці першого місяця перебування в гірських умовах спостерігався найбільший приріст кількості еритроцитів і гемоглобіну, а потім було відзначене зниження цих показників. У хворих, що були у Феофанії, приріст еритроцитів і гемоглобіну збільшувався поступово, наприкінці перебування кіль-

кість еритроцитів і гемоглобіну не зазнала зниження і досягла максимуму. У двох хворих кількість еритроцитів трохи зменшилась при збереженні проценту гемоглобіну.

Щодо реакції білої крові, то в усіх хворих, що були у Феофанії, протягом першого місяця спостерігалося збільшення кількості лейкоцитів, але ця реакція була виражена менш інтенсивно, ніж у хворих ельбруської групи. У чотирьох хворих з 13 кількість лейкоцитів у кінці перебування навіть зменшилась у порівнянні з вихідною величиною, а в ельбруській групі зниження кількості лейкоцитів спостерігалося у чотирьох хворих з 17.

Щодо кореляції між змінами крові і гемоглобіну та змінами у психічній сфері, то у хворих, які повністю вийшли з психозу або в яких спостерігалося значне покращання, частіше відзначалася більша кількість еритроцитів і гемоглобіну, ніж у тих, у яких психічний стан не змінився. Особливо різке поліпшення складу червоної крові спостерігалося у хворих К-чек і Зол-р, які повністю вийшли з психозу, і найменше — у хворих, у яких не було ніякого покращання. Слід відзначити, що збільшення або зменшення кількості лейкоцитів однаково спостерігалося як в групі хворих з покращанням психічного стану, так і у хворих без його поліпшення.

Щодо рівня цукру крові, то майже в усіх хворих він під час перебування у Феофанії значно підвищився і ще у жовтні залишився значно вищим, ніж це звичайно буває у шизофреніків. Основний обмін спочатку знижувався так само, як і в ельбруській групі, але не так інтенсивно. Згодом він в тому чи іншому ступені підвищився майже в усіх хворих.

Отже, результати лабораторних досліджень крові хворих, що були у Феофанії, в значній мірі збігаються з результатами досліджень крові хворих ельбруської групи. Деякі відміни, крім уже зазначених, полягали ще в тому, що реакція крові у хворих ельбруської групи розвивалася бурхливіше, ніж у хворих у Феофанії, зате основний обмін у хворих феофанійської групи не знижувався так різко, як в ельбруській групі, і вирівнювався краще. В зв'язку з цим окисні процеси були більше ослаблені у хворих ельбруської групи, про що до певної міри можна судити на підставі величин окисного коефіцієнта сечі $\frac{VO_2}{N}$. Останній у хворих ельбруської групи завжди перевищував 1,0 і дуже часто досягав 2,0 і більше. Водночас у хворих феофанійської групи, особливо тих, у яких спостерігалося покращання психічного стану, окисний коефіцієнт майже завжди був нижчий від 1,0. Можливо, що менший терапевтичний ефект у хворих ельбруської групи в значному ступені зумовлений ослабленням окисних процесів. Це припущення частково підтверджується і тим, що у тих хворих ельбруської групи, у яких відзначалося покращання, основний обмін і окисний коефіцієнт сечі, як уже зазначалося, були близче до норми, ніж у хворих, що не дали покращання. Зниження окисних процесів повинно мати особливо негативне значення для шизофреніків, оскільки у них і в звичайних умовах окисні процеси відбуваються на низькому рівні, і якщо в умовах високогір'я він ще більше знизився, то це й могло несприятливо вплинути на їх клінічний стан.

Вище ми відзначали, що організм шизофреніків не втратив здатності реагувати в порядку акліматизації до умов високогір'я інтенсивним посиленням кровотворення. Проте пристосувальні реакції, що розвиваються в організмі здорової людини на недостачу кисню на висотах, не обмежуються посиленням кровотворення, а становлять-

складний комплекс реакцій об'єму серця, зниження в крові, нагромадження в виділення CO_2 , збільшення печіють його повну активацію і усі ці процеси в ослаблення основного обміну мальних людей, як це відбувається, а потім іноді спостерігалося у наших хворих з спокою та із збільшенням 1,0 і більше (Байченко); від 1,0, 0,85, 0,75, 0,65, обміну і дихального коефіцієнту, які роком раніше були на висотах основний обмін стосувальних реакцій до у порівнянні із здоровими.

Так, згідно з дослідженнями під час експедиції підйомі на висоту 2100 м відзначалося збільшення виділення CO_2 і споживання в них легенева вентиляція на висоті 2200 м (Терсько) збільшувались, але частота процесів у шизофреніків дещо більше ніж у здорових. Це є найважливішою ланкою в цих дуже важким завданням, тільки при легких симптомах вони змінюються з цим завданням і визначає малу терапевтичну ефективність.

На підставі викладеного переведення психічно хворих близькі до санаторних, спостерігається зниження основного обміну, підвищення рівня цукру на Ельбрусі і у Феофанії. Усі вони фізично змінені і в психіці хворих. Як зміні, поступливе зниження товариськість, посилення ослаблення гіпнотичного сплять. Завдяки цим змінам у повільному режиму, виконуються у мовний контакт, у співжитті, повністю зникають їх поведінці зовсім не будуть симптомів, які нерідко спостерігаються у хворих з соматичним покращанням.

складний комплекс реакцій (зміна легеневої вентиляції, хвилинного об'єму серця, зниження вмісту CO_2 в крові і первинне підвищення рН крові, нагромадження в крові молочної та інших кислот, підвищення виділення CO_2 , збільшення споживання O_2 тощо), які в цілому забезпечують його повну акліматизацію. Ми ще не знаємо наскільки здійсненні усі ці процеси в організмі шизофреніків, але, судячи з крайнього ослаблення основного обміну, можна в цьому сумніватися. Адже у нормальних людей, як це встановлено експедиціями Академії наук СРСР, на висотах основний обмін у перший час здебільшого значно підвищується, а потім іноді знижується, але не в такому ступені, як це спостерігалося у наших хворих. Крім того, дихальний коефіцієнт у стані спокою та із збільшенням висоти у здорових людей підвищується до 1,0 і більше (Байченко); у наших же хворих він завжди був нижчий від 1,0, 0,85, 0,75, 0,65, 0,56 і т. ін. Такий низький рівень основного обміну і дихального коефіцієнта спостерігався і в більшості хворих, які роком раніше були на Ельбрусі, що вказує на недостатність пристосувальних реакцій до висоти у шизофреніків і значну їх відмінність у порівнянні із здоровими людьми.

Так, згідно з дослідженнями К. М. Бикова і Е. Е. Мартінсона, проведеними під час експедиції 1930 р. у передгір'ях Кавказу, уже при підйомі на висоту 2100 м значно збільшуються легенева вентиляція, виділення CO_2 і споживання O_2 . Щодо наших хворих — шизофреніків, то в них легенева вентиляція, виділення вуглекислоти і споживання кисню на висоті 2200 м (Терскол) і 3000 м (Новий Кругозір) не тільки не збільшувались, але часто зменшувались. Тому підвищення окисних процесів у шизофреніків до ступеня ліквідації церебральної гіпоксії, яка є найважливішою ланкою у патогенезі шизофренічного процесу, є для них дуже важким завданням в умовах високогір'я, здійсненним, можливо, тільки при легких ступенях шизофренії. Інші ж хворі здатні спратитись з цим завданням лише на короткий строк і в обмеженій мірі, що визначає малу терапевтичну ефективність перебування шизофреніків у горах.

Висновки

На підставі викладених матеріалів можна зробити висновок, що переведення психічно хворих на літні місяці з стаціонара в умови, близькі до санаторійних, сприятливо впливає на їх здоров'я і психічний стан. Насамперед це відбувається на їх соматичному стані, що знаходить свій вираз у значному збільшенні кількості еритроцитів і гемоглобіну, підвищенні рівня цукру крові в усіх хворих без винятку, що були на Ельбрусі й у Феофанії. У більшості хворих покращали сон, апетит, усі вони фізично зміцніли. Ці зміни спричиняють позитивні зрушенні і в психіці хворих. Як загальне явище можна відзначити їх більшу м'якість, поступливість, ослаблення замкненості, негативізму, більшу товариськість, посилення активної увати, що можна розглядати як ослаблення гіпнотичного стану і підвищення збудливості мозкової кори. Завдяки цим змінам у психіці хворі досить легко підкоряються встановленому режиму, виконують без опору інструкції, самостійно вступають у мовний контакт, у них відновлюються й інші навички, прийняті у співжитті, повністю зникає потреба годувати їх з допомогою зонда, в їх поведінці зовсім не буває агресивних вчинків та інших хворобливих симптомів, які нерідко спостерігаються в стаціонарах. Такі зміни в характері і поведінці хворих, очевидно, зумовлені не тільки загальним соматичним покращенням, але й впливом переходу хворих з стін ста-

ціонара з його суворим режимом закритого лікувального закладу до санаторних умов більш вільного життя, при системі відкритих дверей. У цих умовах особливо сприятливе значення має те, що хворі весь день знаходяться разом з персоналом, разом беруть участь у прогулянках, працюють, обмінюються враженнями, читають, розмовляють, спільно приймають їжу, одне слово здійснюють колективний спосіб життя, що сприяло пробудженню у них соціальних навичок і зміцненню контактності.

У деяких хворих, особливо у тих, що були у Феофанії, настільки впорядкувалися мислення і поведінка і зникли маячні трактування та галюцинації, що їх можна було повернути в сім'ю, де вони здійснюють корисну діяльність.

Ці результати дають підставу запровадити в практику лікування психічно хворих як постійний захід переведення деякої їх частини на літні місяці з стаціонара в заклади санаторного типу. Можна порадити Міністерству охорони здоров'я організувати для кожної психіатричної лікарні невеликі санаторні відділи, які були б додатковою корисною ланкою у структурі психіатричної допомоги, проміжною ланкою між стаціонаром і трудколонією.

У ці санаторні відділи можна було б направляти хворих, що прошли в стаціонарі лікування біологічними методами, але без істотних зрушень, тобто хворих, які немов застигли в одноманітному стані замкненості, пасивності, негативізму, зниженого мовного контакту і соматичної астенії. Таких хворих не можна ні повернути в сім'ю, а ні передати в колонії, кількість яких до того ж дуже мала.

Такі хворі потребують стимулюючих впливів, проте методами, здійснення яких не вимагає значного фізичного або розумового напруження, але достатніми для поступового ослаблення і розсіювання гіпнотичного стану, особливо в руховому аналізаторі. Запроваджувані заходи повинні сприяти збудженню у хворих позитивних емоціональних переживань, підвищенню активної увати та інтересу до людей і навколошньої природи та ліквідації навичок і переживань, зв'язаних з тривалим перебуванням у стаціонарі. Режим у санаторних відділах психіатричних лікарень має наблизатись до режиму санаторіїв для психічно здорових. Харчування повинно бути кількісно та якісно значно кращим, ніж у стаціонарі.

Ці санаторії найдоцільніше влаштовувати у дачних, переважно лісових місцевостях, поблизу озера або невеличкої річки, де була б можливість організовувати щоденні прогулянки, колективні ігри, купання, повітряні і сонячні ванни. Ці санаторії доцільно організовувати також у палатах.

Влаштування великого санаторію на Ельбрусі ми вважаємо нерациональним, оскільки перебування психічно хворих в умовах високогір'я не має будь-яких переваг перед перебуванням у звичайних санаторних умовах. До того створення центрального гірського санаторію для всієї України потребувало б дуже великих коштів і не задовольнило б потреб. Водночас влаштування невеликих відділів санаторного типу для кожної психіатричної лікарні наблизило б цей вид допомоги до населення і дало б можливість щороку охоплювати 200—400 хворих.

Інститут фізіології ім. О. О. Богомольця Академії наук УРСР.

Итоги пребывания психически больных в горы и в общество

В работе приведены результаты работы группы психически больных высокогорья (на склонах Западных Карпат под Киевом), в условиях, оценка полученных терапевтических результатов на летние месяцы, оказывает благоприятное действие. Прежде всего это отражением чего является значительное увеличение концентрации гемоглобина, повышенное, без исключения, самочувствие больных улучшилось, сдвиги приводят к положительным явлениям. Как общее явление, можно отметить ослабление замкнутости, наложение активного внимания гипнотического состояния.

В силу подобных изменений легко подчиняются установленные инструкции, самостоятельно постепенно пробуждаются, полностью отпадает опасение не бывает агрессивных, нередко наблюдающиеся характере и поведении болезни, соматическим оздоровление стационара с его строгим в санаторные условия больших дверей. В этих условиях и то, что больные весь день проводят прогулки, трудились, разговаривали, совместно проводили время, что и способствует укреплению контактности.

У некоторых больных, несмотря на то что упорядочились мышечные рефлексы и затихли галлюцинации, имеются полезной деятельности.

Полученные результаты душевнобольных как постоянного проживания летние месяцы из стационара, выполнения этого можно построить устройство для каждой психиатрической отделений. Подобные стационары с помощью звеном в структуре этапом между стационарами.

В эти санаторные отделения в стационаре в условиях

Итоги пребывания психически больных в условиях высокогорья и в обычных санаторных условиях

В. П. Протопопов

Резюме

В работе приведены результаты двухмесячного пребывания двух групп психически больных, преимущественно шизофреников, в условиях высокогорья (на склонах Эльбруса) и в Феофании (в дачной местности под Киевом), в условиях, близких к санаторным, и дана сравнительная оценка полученных терапевтических результатов. Перевод душевно больных на летние месяцы из стационара в условия, близкие к санаторным, оказывает благоприятное влияние на состояние их здоровья. Прежде всего это отражается на их соматическом состоянии, выражением чего является значительное увеличение количества эритроцитов и процента гемоглобина, повышение уровня сахара в крови у всех больных, без исключения, бывших на Эльбрусе и в Феофании. У большинства больных улучшились сон и аппетит, они физически окрепли. Эти сдвиги приводят к положительным изменениям и в психике больных. Как общее явление, можно отметить большую мягкость, уступчивость, ослабление замкнутости, негативизма, повышение общительности, усиление активного внимания, что можно рассматривать как ослабление гипнотического состояния и повышение возбудимости мозговой коры.

В силу подобных изменений со стороны психики больные довольно легко подчиняются установленному режиму, выполняют без сопротивления инструкции, самостоятельно вступают в речевой контакт, у них постепенно пробуждаются и другие навыки, принятые в общежитии, полностью отпадает необходимость кормления через зонд; совершенно не бывает агрессивных поступков и других болезненных симптомов, нередко наблюдающихся в стационарах. Подобное изменение в характере и поведении больных, видимо, обусловлено не только общим соматическим оздоровлением, но и влиянием перехода больных из стен стационара с его строгим режимом закрытого лечебного учреждения в санаторные условия более свободной жизни, при системе открытых дверей. В этих условиях особенно благоприятное влияние оказывало и то, что больные весь день проводили вместе с персоналом, вместе совершили прогулки, трудились, обменивались впечатлениями, читали, разговаривали, совместно питались, словом вели коллективный образ жизни, что и способствовало пробуждению социальных навыков и укреплению контактности.

У некоторых больных, особенно среди бывших в Феофании, настолько упорядочились мышление и поведение, отпали бредовые трактовки и затихли таллюсины, что они возвращались в семью и занимаются полезной деятельностью.

Полученные результаты дают основание ввести в практику лечения душевнобольных как постоянную меру перевод некоторых больных на летние месяцы из стационара в учреждения санаторного типа. Для выполнения этого можно посоветовать Министерству здравоохранения устройство для каждой психиатрической больницы небольших санаторных отделений. Подобные санаторные отделения явились бы дополнительным звеном в структуре психиатрической помощи, промежуточным этапом между стационаром и трудколонией.

В эти санаторные отделения можно направлять больных, получивших в стационаре в условиях охранительного режима лечение биологи-

ческими методами, но без значительных сдвигов и как бы застывших в однообразном состоянии замкнутости, пассивности, негативизма, пониженного речевого контакта и соматической астении. Такие больные не могут ни возвратиться в семью, ни быть переданы в колонии, которых к тому же очень мало.

Эти больные нуждаются в стимулирующих воздействиях, однако методами, не требующими значительного физического или умственного напряжения, но достаточными для постепенного рассеивания гипнотического состояния, особенно в двигательном анализаторе. Проводимые меры будут способствовать возбуждению у больных положительных эмоциональных переживаний, повышению активного внимания и интереса к окружающим людям и природе и ликвидации навыков и переживаний, связанных с длительным пребыванием в стационаре. Режим в предлагаемых санаторных отделениях должен приближаться к режиму санаториев для психически здоровых. Питание должно быть количественно и качественно значительно лучше, чем в стационаре.

Эти санатории следует устраивать в дачных, преимущественно лесных местностях, вблизи озера или небольшой реки, где возможно было бы организовать ежедневные прогулки, коллективные игры, купание, воздушные и солнечные ванны. Хорошо было бы использовать для этих отделений палатки.

Создание крупного санатория на Эльбрусе мы считаем нерациональным, поскольку пребывание душевнобольных в условиях высокогорья не показало каких-либо преимуществ, и, кроме того, постройка центрального санатория для всей Украины стоила бы слишком дорого и не удовлетворила бы потребностей, в то время как устройство небольших отделений для каждой больницы отвечало бы принципу децентрализации, приблизило бы помочь к населению, что имеет особо важное значение, и дало бы возможность ежегодно охватить 200—400 больных.

НЕРВОВА СИСТЕМА

(За матеріалами сесії науково-практичної радиологічної конференції)

У квітні 1955 р. Комісія з дослідження злоякісних новоутворень і Клінічного дослідження провела наукова лінійну процесу.

В роботі сесії взяли участь відомі науковці з Москви, Ленінграда, Києва, Харкова, Донецька, Воронежа, Алма-Ати, сумки вивчення проблем злоякісних новоутворень.

У великій доповіді дійсного членів АН УРСР про роль нервової системи в розвитку злочинності було висловлено думки вивчення про роль і значення нервової системи в процесі злочинності.

Доповідач зазначив, що «різних незвичайних подразників, які передковано через нервову систему, можуть викликати патологічні рефлекси», які перевороти, насамперед білковий, проліферації, що передують злочинності, питання про те, чи потрібне для агента — вірусу, або досить дії та процесу.

Р. Є. Кавецький відзначив, що «одного порушення трофічних рефлексів з яких є порушення захисної функції».

Викладаючи результати дослідження в лабораторії експериментального логічного інституту (КРРОІ) К. П. Л. І. Кореневського, В. В. Маркевича, С. П. Сизенка, Н. М. Туркевича, плантованих, індукованих і так рефлекторна діяльність тварин. нервової системи впливає на розвиток злочинності.

Р. Є. Кавецький не відносить хворювань, які є прийнято вважає необхідним дальнє вивчення пухлинної хвороби. Це необхідний патогенез і розвиток хвороби і найменше профілактики.

Великий інтерес викликала докторська дисертація Академії медичних наук СРСР про методів умовних рефлексів у вивченнях. У своїй доповіді автори наводять доказами, що вживаннями пухлинами прийшли до високої умовнорефлекторної діяльності, які утворення. У тварин, у яких не були пухлини, не виникали. Типологічні особливості утворення: тварини сильного типу виникнення новоутворень, ніж тварини слабкого типу.