

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 сприятливо 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 відзначені 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 провадилися 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 — Феофанію, 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 організаційною 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 ельбруській групі хворих і окремо по групі, що знаходилась у Феофанії. На підставі зіставлення даних обох експедицій будуть зроблені загальні висновки і пропозиції.

1. Вивчення Ельбру

Склад експедиції

Ведення лабораторних від Інституту фізіології С. Д. Расін — нач. рії С. А. Рушкевич і Т. Н. Є. А. Рушкевич і Т. Н. ім. І. П. Павлова І. І. В. П. Єзерська, лікарі тарка лікарні. Всього дарсько-технічним пер

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

Організація переїз

хворі були в автобусі міщені в спальному т і обслуговуючого пер чергування молодшого Після прибуття в П'ят машинах у Горячеводі в заздалегідь спорудж були два дні.

5 липня, тобто на і обслуговуючий персон ревені в Терскол (ви

Перебування в Тер

містилися в заздалегі В одному з них були і мала окреме ліжко), в мала окрему постіль.

Було організоване на день для них готува тричне освітлення. Були раторії.

Починаючи з третьої участь у тренувальних висоти підйому до Кругі нізовані так, щоб хворі від двох до восьми го усі хворі і весь обслугов походів кожні 50 хв. р можливість відпочити. С для приймання їжі. Хворі складався з сиру із сме цукерок.

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

Поступово хворі зви

1. Вивчення Ельбурською 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 Є. А. Рушкевич і Т. Н. Токмакова, лаборанти відділу психіатрії і лікарні ім. І. П. Павлова І. І. Чернецька, Ф. А. Любашенко, Б. С. Калантирська, 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: галюцинально-параноїдна — 9, кататонічна — 2, гебефренічна — 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 прибуття в П'ятигорськ хворі були відвезені на вантажних автомашинах у Горячеводськ (околиця П'ятигорська), де були розміщені в задалегідь споруджених двох фанерних будиночках. Тут вони пробули 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 приїзду в Терскол усі хворі розмістилися в задалегідь 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 повертати 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-й 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 годин.

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

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

Перебування на Кругозорі (3000 м). 24 липня всі хворі і обслуговуючий персонал піднялись на Кругозір, де заздалегідь були підготовлені фанерний будиночок для хворих, будиночок і палатки для персоналу й один будиночок для лабораторій. 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 Льодовій базі хворі знаходились 3—4 год., після чого спускались на Кругозір.

На Кругозорі дальшого покращання стану хворих не було відзначено. У двох хворих (Туп-ної і Гр-н) навіть спостерігалось деяке погіршення.

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 збирали ягоди, купалися під нарзанним душем, грали з м'ячем.

За два тижні перебування в Терсколі хворі добре відпочили, застали, 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 палатках. 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 поводити себе настільки спокійно, що сторонні люди не могли помітити, що їдуть 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 сеч

Кров досліджували п
Перше дослідження крові
Києва, потім кров дослід
Терскол, а в дальшому —
значне поліпшення складу
троцитів і гемоглобіну. Д
еритроцитів не досягала
трохи більше (від 4 070 0
хворих коливався від 62

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

Після повернення з
еритроцитів і гемоглобіну
ному ступені. Проте вони в
від'їздом з Києва. Після п
цитів і гемоглобіну продо
еритроцитів майже в усіх
хворих стала навіть нижчо

У переважної більш
лейкоцитів. Тільки у чоти
ною. Однак у більшості с
троцитів і гемоглобіну. В
кількості лейкоцитів, яке
Терсколі, наставало зниже
серпня, і тільки після др
шляху) було відзначене н
ни хворих була констатова
тів, тобто максимальний п
ня — на початку серпня.
повернулися в клініку, кіль
но знизилась у порівнянні
в багатьох стала нижче від

Описані зміни складу
ливо свідчать про те, що с
стану не втратив здатност
процесі акліматизації ад
кровотворення на недоста
цей високий рівень формен
як уже зазначалося, після
двох місяців, а потім зниз
нижче їх.

Крім дослідження крові
реакцію зсідання еритроцит

Щодо рівня цукру крові
не провадилося, і перше д

основного обміну, провадилися 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 кількість 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 спостерігалось 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 відзначене нове збільшення кількості лейкоцитів. У частини 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 знизилась 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 провадилося, 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 піднявся 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 прибуття 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, спостерігалось 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 $\pm 5\%$; 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 висоти підвищується.

Щодо окисного коефіцієнта сечі, то він відзначався крайньою несталістю, здебільшого він був підвищений, нерідко доходючи 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 істотне 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 знаходилась 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 посилювався. Хвора твердила, що її «гіпнотизують», «віднімають думки», часто відмовлялася від їжі. 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 напружена, 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 покращився, пояснити те, що їй було незрозуміло повернення до Києва 2 вересня додому. Вдома стан хворої до всього домашню роботу, любов до міг виявити будь-яких ознак радісно, але про своє колишнє життя не згадувала.

Так тривало 2,5 місяця, добування і отруєння. В зв'язку з тим, що діагноз — шизофренія, хвора Кан-а, 29 р. Поступила до Терскола, має дитину двох років, доглядала по господарству, догледати її в справі. Чоловік старший бив її.

У червні 1953 р. хвора Кан-а, 29 р. Поступила до Терскола, має дитину двох років, доглядала по господарству, догледати її в справі. Чоловік старший бив її.

У червні 1953 р. хвора Кан-а, 29 р. Поступила до Терскола, має дитину двох років, доглядала по господарству, догледати її в справі. Чоловік старший бив її.

Вперше поступила в клініку 5 жовтня, всупереч попереднім висновкам, поведінка була ненормальною. Хвора Кан-а, 29 р. Поступила до Терскола, має дитину двох років, доглядала по господарству, догледати її в справі. Чоловік старший бив її.

Згодом стала замикаючись, розмови про своє здоров'я.

5 жовтня, всупереч попереднім висновкам, поведінка була ненормальною. Хвора Кан-а, 29 р. Поступила до Терскола, має дитину двох років, доглядала по господарству, догледати її в справі. Чоловік старший бив її.

23 грудня 1953 р. була доставлена до Терскола, лікування (інсулін, сірка) з нею не проводилося, прищепили вагітність, оскільки хвора Кан-а, 29 р. Поступила до Терскола, має дитину двох років, доглядала по господарству, догледати її в справі. Чоловік старший бив її.

5 липня разом з іншими хворими була доставлена до Терскола, лікування (інсулін, сірка) з нею не проводилося, прищепили вагітність, оскільки хвора Кан-а, 29 р. Поступила до Терскола, має дитину двох років, доглядала по господарству, догледати її в справі. Чоловік старший бив її.

Після повернення до Києва хвора Кан-а, 29 р. Поступила до Терскола, має дитину двох років, доглядала по господарству, догледати її в справі. Чоловік старший бив її.

Хвора Кан-а, 29 р. Поступила до Терскола, має дитину двох років, доглядала по господарству, догледати її в справі. Чоловік старший бив її.

Хвора Кан-а, 29 р. Поступила до Терскола, має дитину двох років, доглядала по господарству, догледати її в справі. Чоловік старший бив її.

Хвора Кан-а, 29 р. Поступила до Терскола, має дитину двох років, доглядала по господарству, догледати її в справі. Чоловік старший бив її.

В 1950 р. захворіла в Терсколі, біль, нудота, блювання, безсоння, курорті в Одесі і в кількох інших містах. 13 січня 1953 р. Скаржилась на тривогу, їй здавалося, що її відлучає, незабаром помре. І в мозкових судин. Під час розтину здебільшого лежить у ліжку.

ним чином інтерпретувала навколишні 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 висловлювала 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. Лікаря 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 довелося 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 ключ, роздавала різним особам гроші, а сім'ю годувала впроголодь. Запевняла, що підмінили її дитину, загрожувала вбити себе і дитину.

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

5 липня разом з іншими хворими була привезена до Терскола. За час перебування на Ельбрусі стан хворої мало змінився. Запевняла, що її завезли в Сибір, недовірили 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 окремих будинок. Все ж, незважаючи на це, вона протягом семи місяців залишалася вдома, виконуючи всю роботу по господарству і доглядаючи дитину. Проте маячне витлумачення навколишнього згодом різко посилювалось, особливо щодо дитини. Їй 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 посилювалась. Хвора замикалася на ключ 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 видужала від обох приступів хвороби. Під час обох приступів спостерігались численні іпохондричні скарги, кволість, тужний настрій.

В 1950 р. захворіла втретє також після грипу. З'явилися серцебиття, головний біль, нудота, блювання, безсоння, настрої пригнічений, часто плакала. Лікувалася на курорті в Одесі і в кількох психіатричних лікарнях. У Київську лікарню поступила 13 січня 1953 р. Скарги на хворобливі точки в голові і серці, відчувала неспокій і тривогу, їй здавалося, що вона «збожеволіє». Висловлювала певність, що ніколи не видужає, 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, посиляючись на те, що їй важко ходити, її нібито похи-

(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 злорякисного перебігу. Крім того, на кінцевий підсумок захворювання вирішальний вплив справляє 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 хворі 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 галюцинації 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 появи першого приступу, то у хворі П-чук давність хвороби становитиме 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 хворій Кан-ої з давністю захворювання в один рік і у хворій Кр-чек з давністю захворювання 1,5 року спостерігалось більш виразне покращання, ніж у хворій 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 спостерігалось покращання, а в решти хворих ніякого зрушення не було. У хворій М-ко з давністю захворювання в 2,5 року спостерігалось помітне покращання, а в хворій 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 прагнули, 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 різномірну 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 проською 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 знаходилося шість хворих. В одній квартирі, крім того, були розміщені клінічна та біохімічна лабораторії і в другій — матеріальний склад і кімната чергової сестри. Окремо 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, лаборанти 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 астеною.

У багатьох хворих цієї групи приступи психозу спостерігалися неод-

норазово, у деяких — протягом давності захворювання були ні ми у відповідних випадках приступів.

Як видно з наведеної таблиці, діялися на дві підгрупи: хворі, які захворіли повторно. Тривалість перебування від 4 місяців до 5 років.

4 міс.
1,5 р.
1 р.
2 р.
2,5 р.
5 р.

Тривалість захворювання до цього приступу:

3 р. — 1
5 р. — 1
6 р. — 1

12 р. —

Якщо порівняти склад і тих, що були у Феофанії, нії, менше хворих з першим приступом, що захворіли повторно. І в хворих у Феофанії виявився брусський групи.

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

Хвора Гел-д, що хворіла на шизофренію, вийшла з психозу, роботи, доглядає дітей. Неодноразово що вивело її із стану рівноваги, вона все ж залишається вдома.

Дуже значне покращання хворих, зникли тяжкі кататонічні симптоми, змозгою зонда; хвора контактує з родичами, галюцинацій. Вона знаходиться в стані спокатку скаржилась тільки при фізичній роботі. Тепер хвора зуміла, логічно написані листи.

Виключно різка зміна стану хворих у 1948 р., вдруге — в 1950 р. Ремісії, що спостерігалися у хворій Зол-р ще на початку захворювання, ній негативізм, вона просто не могла лягати від їжі, годували її примусово, лучали до прогулянок, до прийняття їжі. Тепер Зол-р виконує домашню роботу, піклується про себе, цілком байдуже до 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 скаржилась тільки на поганий апетит і швидко стомлюваність при фізичній роботі. Тепер вона цілком здорова, 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 спостерігалися 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 залучали 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 будинкоуправління, 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 цурається.

Приблизно такого ж характеру покращання, але тимчасове, спостерігалось 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 прогулянки 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 Ельбрус.

Дм-ко протягом понад 1 р. 8 міс. була в стані кататонії, Кол-ц — в стані реактивної депресії, ускладненої постінфекційною астеною 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-ц. Під час перебування на Ельбрусі її з великими 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 була неохайною. Після повернення з Ельбрусу хвору взяли додому, де в перші дні вона поводити себе цілком задовільно, була поживлена, 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-

ляти з іншими людьми, не стан тривав понад місяць її в лікарню. В клініці при самому стані і, коли прибіже весь час лежала в ліжодягалась з допомогою не проявляла інтересу.

Під час перебування став помітно змінюватись ватись, одягатись, прибир обличчі з'явилася посмішступово вона включалася розмовляти, співати пісень говірками. Інтерес до навиконувала різноманітні рколо будинку, пиляла і його у в'язанки і приноси режливість: хвора легко хворих і персоналу, робиполіпшенням самопочуття, ступи гострого суму, зв'яз тяжку сердечну травму. В вдалу любов, іноді плакала: «Ніколи ніхто не дізн відкрию свого серця». Під лася втекти з прогулянки повішуся. Я вже попросила хвору повели в палату, від'їздом з Феофанії була ре співала, не журилася,

Як видно з нашого о зюча зміна: загальмовані млявість змінилися актив діяльністю, причому все і лікування, а лише завдяк Київській області, які для дящими, ніж ті, в яких в

Ла

Залишається ще роз крові, гемоглобіну, цукру ходились у Феофанії, і по ельбурської групи.

Зміни, що були вияв також гемоглобіну, були відзначені в ельбурській і шення кількості еритроцит більше. Різниця полягала першого місяця перебуван приріст кількості еритроци ження цих показників. У цитів і гемоглобіну збільш

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, причісуватися, одягатися, 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, поговірками. Інтерес до навколишнього зростав день-у-день, хвора охоче виконувала різноманітні роботи, прибирала палату, підмітала сміття навколо будинку, пиляла і колола дрова, збирала в лісі хмиз, зв'язувала його у в'язанки і приносила 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, пожвавленістю, у хворої спостерігалися і приступи гострого суму, зв'язані, очевидно, із спогадами про перенесену тяжку сердечну травму. Вона гірко плакала, коли слухала пісню про невдачу любові, 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 повішусь. 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 пожвавлена, 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 раптова зміна: загальмованість, пасивність, інтелектуальна й емоційна млявість змінилися активністю, емоційною 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 виявились 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 ельбруської групи.

Зміни, що були виявлені у хворих щодо червоної і білої крові, а також гемоглобіну, були в значній мірі аналогічні тим змінам, які були відзначені в ельбруській 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 ельбруської 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-

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 фінді знижується, але не в такому ступені, як це спостерігалось 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, здійсненням, можливо, тільки при легких ступенях шизофренії. Інші ж хворі здатні справитись з цим завданням лише на короткий строк і в обмеженій мірі, що і 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 санаторних, сприятливо впливає на їх здоров'я і психічний стан. Насамперед це відбивається 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 Феоданії. У більшості хворих покращали сон, апетит, усі вони фізично зміцніли. Ці зміни спричиняють позитивні зрушення і в психіці хворих. Як загальне явище можна відзначити їх більшу м'якість, поступливість, ослаблення замкненості, негативізму, більшу товариськість, посилення активної уваги, 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 покращанням, 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 й 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 поради́ти Міністерству охорони здоров'я організувати для кожної психіатричної лікарні невеликі санаторні відділи, які були б додатково корисною ланкою у структурі психіатричної допомоги, проміжною ланкою між стаціонаром і трудколоне́ю.

У ці санаторні відділи можна було б направляти хворих, що пройшли 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, ані передати в колонії, кількість яких до того ж дуже мала.

Таки 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. Запроваджені заходи повинні сприяти збудженню у хворих позитивних емоціональних переживань, підвищенню активної уваги та інтересу до людей і навколишньої природи та ліквідації навичок і переживань, зв'язаних з тривалим перебуванням у стаціонарі. Режим у санаторних відділах психіатричних лікарень має наближатись 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 палатках.

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 условиях высокогорья и в условиях санатория

В работе приведены результаты обследования групп психически больных, находящихся в условиях высокогорья (на склонах Эльбруса под Киевом), в условиях санатория. Оценка полученных результатов лечения больных на летние месяцы показала, что в условиях высокогорья, оказывает благоприятное влияние. Прежде всего это отражается на уровне гемоглобина, который повышается, без исключения, у всех больных, что улучшает их состояние. Сдвиги приводят к положительным изменениям, как общее явление, можно отметить ослабление замкнутости, повышение активного внимания, гипнотического состояния.

В силу подобных изменений легко подчиняются установкам, инструкции, самостоятельные постепенно пробуждаются, тип, полностью отпадает, и не бывает агрессивных проявлений, нередко наблюдающихся в характере и поведении больных. Соматическим оздоровлением в санаторных условиях больных, в этих условиях, и то, что больные весь день проводят на прогулках, трудятся, разговаривали, совместно живут, что и способствует укреплению контактности.

У некоторых больных, в условиях высокогорья, настолько упорядочились мысли, что затихли галлюцинации, что является полезной деятельностью.

Полученные результаты обследования психически больных, находящихся в условиях высокогорья, на летние месяцы из санатория, показывают, что в условиях высокогорья, устройство для каждой психически отделимой. Подобные изменения в структуре этапов между санаторием и условиями высокогорья.

В эти санаторные отделы, в условиях высокогорья, в условиях санатория.

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 совершали 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 галлюцинации, что они возвратились 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 трудовыми колониями.

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

