

ЛЕЧЕНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДОЗИРОВАННЫМ ГОЛОДАНИЕМ

(Инструктивно-методическое письмо)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

Государственный научно-исследовательский институт психиатрии

Утверждаю:

Зам. начальника Главного лечебно-профилактического управления Министерства здравоохранения РСФСР

П. С. Кузнецов

Методическое письмо составлено профессором Ю. С. НИКОЛАЕВЫМ.

Ответственный редактор — профессор Д. Д. ФЕДОТОВ.

1. НЕКОТОРЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ И ОБОСНОВАНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДОЗИРОВАННЫМ ГОЛОДАНИЕМ

Лечение голоданием известно еще со времени древнего Египта, Индии и Греции. Его применяли жрецы, йоги, врачи и философы: Пифагор, Гиппократ, Авиценна и другие.

Есть основания считать, что люди с доисторических времен прибегали к голоданию с лечебной целью. Известно, что животные при заболевании инстинктивно не принимают пищи, до тех пор, пока не наступает выздоровление.

На большую эффективность лечения дозированным голоданием указывали в XVIII веке профессора Московского университета П. Вениаминов и И. Спасский. Существует и зарубежная литература, подтверждающая значительную эффективность лечения голоданием многих острых и хронических заболеваний.

В Советском Союзе опыт врача Н. П. Нарбекова показал широкие терапевтические возможности применения голодания с лечебной целью, особенно при заболеваниях, связанных с нарушением обмена веществ (в частности жирового обмена), многих

сердечно-сосудистых, кожных и некоторых аллергических заболеваний (бронхиальная астма, экзема и др.).

Положительный эффект от лечения дозированным голоданием язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, а также многих сердечно-сосудистых заболеваний получил академик А. Н. Бакулев.

В настоящее время, в клинике, которой руководил А. Н. Бакулев, успешно проводится лечение дозированным голоданием холецисто-панкреатитов.

Лечение психических заболеваний этим методом впервые начато в Институте психиатрии АМН СССР в 1948 г., затем оно проводилось в Московской клинической психоневрологической больнице № 6, психиатрической клинике и больницах г. Ростова н/Д и Ростовской области, а также в Институте психиатрии МЗ РСФСР.

В настоящее время накопился достаточный клинический опыт, который послужил основанием для составления данного инструктивно-методического письма.

Основы физиологии голодания были изучены в эксперименте на животных в прошлом столетии Шосса, Фойтом, В. А. Манассеиным, В. В. Пашутиным и его учениками и др. Было установлено, что полное, голодание с потерей веса до 35–40 % от исходного веса полностью обратимо и что период откармливания животных после голодания характеризуется усилением процесса регенерации тканей, быстрым восстановлением веса тела.

Особенности физиологических и биохимических процессов у людей в период полного воздержания от пищи исследовались Ф. Бенедиктом, М. Н. Шатерниковым, О. П. Молчановой, Е. Е. Фромгольдом, Шенком и Майером и др. Эти исследования показали, что во время голодания происходит процесс адаптации к эндогенному питанию, характеризующийся в основном снижением интенсивности окислительных процессов и основного обмена, минимальной тратой белков и преимущественным использованием жировых запасов.

Голодание с применением воды переносится гораздо легче, чем голодание без нее. При голодании без воды расщепление тканей происходит более интенсивно, так как путем окисления содержащегося в тканях водорода до воды восполняется недостаток последней.

Вполне естественно, что при голодании вес тела непрерывно падает. Наибольшая потеря веса наблюдается в самый первый период голодания, затем постепенно потеря веса в каждый равный промежуток времени уменьшается. На характер потери веса при голодании влияют многие внешние и внутренние факторы: температура, влажность и чистота воздуха, состояние нервной системы, физическая нагрузка и пр. Как правило, чем моложе организм, тем интенсивнее он теряет вес при голодании.

Резкое падение веса в первые дни голодания объясняется: использованием в это время безазотистых, а именно углеводных запасов, в частности, гликогена печени. После относительного использования углеводных запасов интенсивность потери веса значительно уменьшается.

Переход на преимущественное использование жира выражается в значительном уменьшении дыхательного коэффициента.

Как известно, окисление жира при недостаточном количестве углеводов затруднено («жиры сгорают в огне углеводов»), при этом образуются продукты неполного сгорания жира, так называемые кетоновые тела — ацетон, ацетоуксусная и β -оксимасляная кислота, что способствует возникновению ацидоза.

Однако благодаря ряду защитных механизмов, в частности, использованию в качестве щелочи, аммиака, образующегося в результате распада белка, наличию в крови бикарбонатных и других буферных систем, кислотно-щелочное равновесие крови при голодании изменяется сравнительно мало и ацидоз у человека всегда носит компенсированный характер. Поэтому возможность возникновения ацидотической комы (как например, при сахарном диабете) при полном лечебном голодании в принципе исключена.

Однако, несмотря на все компенсаторные механизмы, ацидотический сдвиг при полном голодании у человека все же нарастает, достигая обычно максимума на седьмой — девятый день голодания. Этот период характеризуется значительным падением щелочных резервов крови, увеличением содержания кетоновых тел в моче и крови, понижением количества сахара в крови и пр. Субъективно в этот период человек иногда может испытывать плохое самочувствие, головную боль, тошноту, подавленное настроение, различные неприятные ощущения в теле. При продолжении голодания обычно довольно быстро, в один день или даже в несколько часов, явления ацидоза резко падают, что соответствующим образом отражается на клинических и лабораторных показателях.

В литературе этот период компенсации ацидоза получил название ацидотического криза. В основе последнего лежит один из главных механизмов приспособления организма к режиму полного голодания, или, иначе говоря, переключения на эндогенное питание.

Сущность этой перестройки заключается в возникновении синтеза гликогена из жира, что при обычном смешанном питании не свойственно человеку, так как углеводы поступают с пищей в достаточном количестве.

После такого приспособления к эндогенному питанию человек может воздерживаться от приема пищи и существовать без каких-либо вредных последствий для себя до тех пор, пока у него имеются энергетические ресурсы. Только после израсходования последних наступает истинное голодание, которое быстро ведет к деструкции тканей.

При переключении на эндогенное питание организм приспособляется к наиболее экономичным тратам энергии: наступает общая заторможенность, пульс и дыхание становятся реже, периферические сосуды суживаются, артериальное давление слегка понижается.

На основании исследований И. П. Павлова и его школы известно, что начиная с 7–9 дня полного голодания желудочная и пищеварительная секреция полностью прекращается, а вместо нее появляется так называемая спонтанная желудочная секреция. Образующийся секрет содержит большое количество белков, которые вновь всасываются через слизистую желудка в кровяное русло.

«Образование и использование спонтанной желудочной секреции при голодании является важным приспособительным механизмом, который снижает потерю белков и обеспечивает организм, постоянным притоком аминокислот — пластического материала, используемого для построения и воссоздания белков наиболее важных органов» (И. П. Разенков).

В процессе голодания наблюдается две выраженные тенденции, постоянно взаимодействующие между собой: с одной стороны, разрушительная, так как организм, лишенный экзогенного питания, вынужден существовать за счет собственных запасов, с другой — созидательная, поскольку голодание является мощным стимулятором для мобилизации защитных реакций, которые были выработаны и закреплены в процессе длительной эволюции животного мира. Комплексные исследования последних лет (биохимические, электрофизиологические, физиологические, иммунологические) позволяют рассматривать лечебное голодание как охранительно-стимулирующую терапию, сочетающую в себе, с одной стороны, охранительное торможение, а с другой — активацию элементов неспецифической реактивности с тенденцией к нормализации обменных процессов.

Имеются данные, указывающие, что при полном голодании осуществляется усиленное выведение продуктов метаболизма — шлаков, тормозящих внутриклеточный обмен. После прекращения голодания наблюдается усиленное самообновление тканей, выражающееся, в частности, в повышении регенеративной активности.

Последнее отчетливо было прослежено при изучении системы крови (Ю. Л. Шапиро). Во время полного лечебного голодания состав периферической крови существенно не изменяется, сохраняется нормальное количество эритроцитов и гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов. Однако морфологический гомеостаз и сохранность процесса гемоглобинизации достигается за счет мобилизации многочисленных, компенсаторных механизмов, в частности за счет приспособительных сдвигов в костномозговом кроветворении. После прекращения голодания наблюдается усиление регенерационных процессов в костномозговом кроветворении (увеличение числа митотически делящихся клеток и т. д.). Показатели

регенерации кроветворения в периферической крови (например, ретикулоциты), как правило, в 1,5–3,0 раза превосходят исходные цифры. Максимум регенераторных проявлений обнаруживается не сразу, а спустя некоторый «латентный» период, примерно через 10–20 дней после прекращения голодания.

Возникающие во время полного голодания функциональные сдвиги в конечном итоге отражают изменение реактивности организма. Так, например, наблюдающееся иногда в период нарастающего ацидоза временное обострение симптомов ранее перенесенных заболеваний является не чем иным, как проявлением повышения сопротивляемости организма к скрытым очагам интоксикации.

Параллельно сдвигам в обмене веществ при полном лечебном голодании отмечаются изменения в динамике соматического и психического состояния больных. Есть основания полагать, что ацидотический криз является одним из наиболее решающих моментов в переключении организма на эндогенное питание. Следует добавить, что сам по себе ацидотический криз должен расцениваться как один из основных терапевтических факторов. Выраженность его проявления служит прогностически благоприятным показателем. Многие из дополнительных (общегигиенических, физиотерапевтических и пр.) мероприятий применяются с целью индивидуальной регуляции ацидотического сдвига. Наблюдения показывают, что ацидотический криз со всеми его компонентами и в частности с компенсацией ацидоза возникает только при полном алиментарном голодании. Достаточно поступления в организм небольшого количества углеводов, чтобы ацидотического криза не возникло. В последнем случае (при одностороннем питании) быстро появляются явления дистрофии, тогда как при полном голодании в пределах допустимых сроков, в отличие от частичного, неполного голодания, дистрофических явлений не наблюдается.

2. МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ДОЗИРОВАННЫМ ГОЛОДАНИЕМ И РЕЖИМ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ПИТАНИЯ

Для лечения дозированным голоданием выделяется специальная палата.

Предварительно получается согласие больного и его родственников на данный вид терапии.

Проводятся все клинические и лабораторные исследования.

Затем больной полностью прекращает прием пищи^[1].

В большинстве случаев бывает целесообразно сразу назначать больным предлагаемые сроки воздержания от пищи, что соответствующим образом мобилизует их и создает у них должную установку. При этом важно сохранить для больного принцип добровольности. Длительность воздержания от пищи дозируется

индивидуально в зависимости от возраста, упитанности, особенностей заболевания. При психических заболеваниях в большинстве случаев проводится курс лечебного голодания в 20–30 дней, и лишь отдельным больным — 36–40 дней.

В общей сложности за весь период голодания больные теряют в весе в среднем 15–20 % от первоначального веса.

На все время голодания прекращается употребление каких-либо медикаментов. Категорически запрещается курение табака.

Количество выпиваемой за день жидкости должно быть неограниченным, не менее одного — полутора литров. Это может быть сырая или кипяченая вода или навар шиповника.

Перед началом голодания больному очищается кишечник путем дачи большой дозы слабительной соли — сернокислой магнезии 40,0—60,0 граммов (обычная доза сернокислой магнезии часто не оказывает надлежащего действия, вызывает только неприятные ощущения со стороны желудочно-кишечного тракта и требует повторного приема слабительного). В течение всего периода голодания больным соблюдается следующий режим дня.

Утром делается очистительная клизма из одного — полутора литров воды температуры тела, окрашенной до светлорозового цвета марганцевокислым калием.

После действия клизмы больные получают общую ванну с температурой 36,6—37°C в течение 110–115 минут.

Непосредственно после ванны делается давящий массаж, при котором желательно достигнуть гиперемии кожи, особенно в области позвоночника, его грудного и шейного отделов. Массаж проводится с мылом, которое смывается затем в ванне или под душем. Физически крепким больным массаж можно чередовать с душем Шарко.

О снятии больных с питания извещается бухгалтерия стационара, где находятся эти больные, для того чтобы можно было использовать при последующем (после голодания) питании средства, сэкономленные во время голодания.

После водных процедур больные пьют навар шиповника или воду, отдыхают в постели в течение 20–30 минут, затем идут на прогулку. В зимнее время необходимо тепло одеваться, так как во время голодания ощущается повышенная зябкость. На прогулке больные проводят комплекс свободных дыхательных гимнастических упражнений. Рекомендуется умеренно двигаться, не вызывая значительного утомления. Прогулка продолжается до 13–14 часов. Затем больные возвращаются в палату (желательно, когда уже закончилось время обеда других больных, чтобы избежать условно-рефлекторных раздражений), отдыхают в течение часа или полутора, а затем опять идут на прогулку, в летнее время продолжающуюся до 20–22 часов, в зимнее — до 16–18 часов.

Все свободное от сна и прогулок время важно занять трудотерапией, чтением, настольными играми и проч.

На ночь больные пьют, чистят зубы, полощут горло. Спят по возможности при максимальной вентиляции палаты, в зимнее время тепло укрытые.

Обычно в первые 3–5 дней голодания у больных исчезает аппетит, затухают все натуральные пищевые условные рефлексы. Больных уже не раздражает вид и запах пищи, звук тарелок и проч. Однако приятные воспоминания о еде остаются постоянно, особенно если больные не отвлекаются от мысли о пище. При этом большое значение имеет установка больного на лечение и доверие к лечащему врачу. Здесь важную роль играет соответствующая психотерапия и авторитет врача. Большое психотерапевтическое значение имеет контакт больных с другими больными, уже получившими положительный эффект при данной терапии. В отделении у больных и персонала быстро создается положительное отношение к лечению голоданием, и роль врача в этом значительно облегчается. Психотерапия врача сводится к объяснению больным назначения проводимых мероприятий, в частности необходимости прогулок и ограничения лежания в постели, а также объяснению субъективных ощущений, возникающих во время лечения. Настроение больных значительно улучшается, и они охотно продолжают голодание, как только появляется облегчение субъективно тяжело переживаемых проявлений болезни, что обычно возникает после ацидотического криза.

На 2–3 день голодания одновременно с исчезновением аппетита у больных обычно язык обкладывается белым или серым налетом, появляется слизь на зубах и неприятный запах изо рта. При этом важно постоянно следить за гигиеной рта: чистить зубы мягкой щеткой, зубным порошком, полоскать горло раствором формол-кислоты или марганцевокислого калия. При очень интенсивном налете можно и язык слегка чистить зубной щеткой. Губы во время голодания обычно сохнут, поэтому рекомендуется смазывать их вазелином, ланолином или сливочным маслом.

С 5–6 дня воздержания от пищи, помимо воды и отвара шиповника, желательно давать пить боржом (0,5–1,0 л), дозируя его индивидуально в зависимости от желания больных и степени возникающего ацидоза. Употребление только одного боржома часто вызывает отрицательное отношение к нему (чувство тошноты), что мешает пользоваться боржомом в дальнейшем.

Клиническими показателями окончания воздержания от пищи являются: появление аппетита и хорошего цвета лица, очищение языка от налета, исчезновение неприятного запаха изо рта и почти полное прекращение выделения кала с клизмой.

Однако иногда по целому ряду обстоятельств приходится начинать кормить больных раньше появления этих показателей, что все же не исключает возможности положительного результата лечения при условии, что продолжительность голодания была достаточной и миновал ацидотический криз.

С прекращением голодания отменяются клизмы, ванны и массаж. На первые 2–3 дня питания назначается полупостельный режим.

Начинать кормление больных лучше всего с только что приготовленных фруктовых соков. При отсутствии таковых можно пользоваться стерилизованными консервированными соками.

Ниже приводится примерная диета восстановительного периода при голодании до 20–30 суток.

1-й день даются соки (виноградный, апельсиновый, абрикосовый и пр.) из расчета 500 г сока в день. Сок в первый день дается разбавленным пополам с кипяченой водой. Больные начинают пить маленькими порциями по 1–2 чайных ложки через короткие промежутки времени (вначале через 5–10 минут).

Постепенно количество выпиваемого сока и интервалы приема его увеличиваются.

Рекомендуется начинать пить сок после исчезновения во рту вкусовых ощущений, остающихся от принятого сока.

Со 2-го дня даются цельные неразбавленные соки в количестве 1 литра в день. Больные принимают сок по 100–160 г через каждые 2 часа. Соки можно заменять соответствующим количеством свежего винограда или апельсинов; больной должен отсасывать сок, выплевывая клетчатку и зерна.

На 3-й день больные получают 1 л кефира и 500 г яблок. Последние даются в очищенном и протертом виде в смеси с кефиром, в виде жидкой кашицы. Больные питаются 5 раз в день через 3 часа (9–12–15–18–21 час).

На 4-й день к указанному питанию добавляется тертая свежая морковь 250 г. Морковь дается в смеси с тертыми яблоками и кефиром из расчета: 100 г яблок, 50 г моркови и 200 мл кефира.

На 5-й день смесь — яблоки, морковь, кефир — дается в количестве на один прием яблоки — 100 г, морковь — 100 г, кефир — 300 г. Сюда можно добавлять мед — 1 чайная ложка и орехи грецкие — 1–2 шт. Эта смесь принимается 5 раз в день. Кроме того, в 12 часов добавляется 150 г винегрета, в состав которого входят: картофель паровой — 250 г, свекла вареная — 80 г, морковь сырая тертая — 100 г, капуста свежая сырая мелкошинкованная — 50 г, лук репчатый или зеленый — 5 г, масло-растительное — 15 г. На весь день к указанному рациону добавляются сухари или черствый хлеб из муки цельного помола в количестве 100 г.

С 6-го дня больные переходят на 4-разовое питание (9–13–17–21 час). Каждый приём пищи начинается со смеси: морковь — 150 г, яблоки — 100 г, кефир — 300 г, мед — 1–2 чайных ложки, орехи — 1–2 шт. В 9 часов добавляется 150 г творога; в 13 и 17 часов добавляется винегрет — 200 г, хлеб — 100 г.

С 7-го дня к рациону предыдущего дня в 9 часов добавляются каши (гречневая, овсяная) на молоке, полужидкие, в количестве 200 г, без соли. В 9 часов и в 21 час добавляется творог по 150 г. Количество хлеба на прием увеличивается до 100 г.

8-й день — питание то же, что и в предыдущей.

На 9-й день к указанному питанию добавляется сметана 50 г, которая дается в смеси с творогом.

С 10-го дня в 13 часов добавляются овощные супы и картофельное пюре на молоке, то и другое без соли.

С 12-го дня к питанию предыдущих дней добавляется сливочное масло 30 г.

К вышеуказанному питанию больные могут добавлять соки, свежие фрукты, мед, орехи под контролем лечащего врача, с учетом индивидуальных особенностей больных.

Для больных, длительность голодания которых не превышала 10–15 дней, восстановительная диета может быть начата с неразбавленных соков, и со 2-го дня больные могут получать диету 4-го дня восстановления.

Приведенная примерная диета восстановительного периода может быть изменена применительно к имеющимся возможностям и индивидуальным особенностям больного. Следует только учитывать, что содержание овощей и фруктов должно быть максимальным. Поваренная соль должна быть исключена, особенно в первой половине восстановительного периода. Совершенно не допускается в восстановительном периоде употребление мяса, мясных продуктов, рыбы, яиц, грибов. Больные должны есть медленно, тщательно разжевывая пищу, а также употреблять достаточное количество жидкости. При отсутствии самостоятельного стула на 4-й день необходимо сделать очистительную клизму.

Такая растительно-молочная диета продолжается примерно столько же дней, сколько дней больной воздерживался от пищи. Больным обычно нравится эта диета, и они стремятся по возможности сохранить ее после лечения. Рекомендуется и в дальнейшем придерживаться растительно-молочной диеты, максимально содержащей овощи и фрукты. Значение этой диеты, помимо большого содержания в ней витаминов и минеральных солей, состоит в преобладании щелочной валентности.

Исходя из характера диеты и важности максимального пребывания больных на свежем воздухе во время голодания, можно считать, что наилучшим временем года для проведения данной терапии, является летне-осенний период. Однако это лечение без труда можно проводить круглый год, пользуясь в наименее благоприятное время года консервированными соками и фруктами, компотом с добавлением синтетических витаминов.

Примечания:

1. Диету с 16 по 30 день питания можно варьировать в зависимости от наличия продуктов, придерживаясь растительно-молочного питания с максимальным содержанием витаминов и минеральных солей.

2. При отсутствии свежих фруктов и овощей последние могут быть заменены соответствующим количеством их в консервированном или сушеном виде.

3. Следует учитывать, что из круп для приготовления наш наиболее рекомендуются гречневая и овсяная.

4. Вместо кефира можно употреблять любые молочно-кислые продукты.

3. КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ И НЕКОТОРЫЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ДОЗИРОВАННЫМ ГОЛОДАНИЕМ

На основании клинических наблюдений и ряда лабораторных исследований в динамике клинического состояния больных в процессе лечения можно отметить шесть стадий, из которых три относятся к разгрузочному периоду и три — к восстановительному.

Период воздержания от пищи

Первая стадия (стадия пищевого возбуждения)

Во время первой стадии, длящейся обычно 2–4 дня, больных раздражают любые сигналы пищи: вид, запах, разговоры о еде, звук столовой посуды и пр. Пищевые сигналы вызывают слюнотечение, урчание в животе, ощущение сосания под ложечкой. У некоторых больных наблюдается некоторая расторможенность, повышение сухожильных рефлексов. Ухудшается сон, повышается раздражительность, бывает плохое настроение. Иногда у больных отмечается незначительное обострение психотической симптоматики.

Вес больных быстро падает (потеря веса — до одного килограмма в сутки). Жажда обычно невелика. Больные пьют немного (300–500 г). Несмотря на это, диурез повышен. Удельный вес мочи несколько увеличивается (с 1,015—1,020 до 1,020—1,025).

Выделение каловых масс с клизмой довольно значительно. Кал содержит остатки ранее принятой пищи и имеет обычный цвет и запах.

Артериальное давление у большинства больных остается без изменений. Пульс несколько учащается (на 5—10 ударов в минуту) и остановится неустойчивым, дыхание также учащается, у некоторых больных наблюдается нерезкая гиперемия лица.

По данным электроэнцефалографических исследований, отмечается повышение электрической активности во всех отведениях, ранние пороги возбудимости, увеличение медленных волн, наряду с этим — усиление тахиритмии. Подвижность основных корковых процессов возрастает. Газообмен и легочная вентиляция увеличиваются. Активность щитовидной железы понижается. Общий белок в сыворотке крови возрастает. Наблюдается тенденция возрастания активности глутамикоасиапагиновой и глутамикоаланиновой аминотрансфераз. В этой стадии наблюдается активация симпатико-адреналовой системы, что проявляется в достоверном увеличении экскреции адреналина, норадреналина и их предшественников с мочой.

Вторая стадия (стадия нарастающего ацидоза)

На 3–5 день воздержания от пищи чувство голода обычно понижается, а иногда и полностью исчезает. Запах и вид пищи перестают привлекать больных, тогда как жажда обычно в это время повышается. У большинства больных отмечается нарастающая общая психомоторная заторможенность. Иногда, особенно по утрам, некоторые больные жалуются на головную боль, головокружение, тошноту, чувство слабости. Однако эти явления в значительной степени снижаются или исчезают полностью после прогулки, движений на свежем воздухе, питья щелочных вод (боржом), которые становятся для больных особенно приятными в этой стадии. Бывшее обострение психотической симптоматики сглаживается или полностью исчезает. У больных с ипохондрическим синдромом уменьшаются сенестопатии. У больных с галлюцинозно параноидным синдромом менее интенсивными становятся галлюцинации, бредовые высказывания теряют свою аффективную насыщенность.

При соматическом обследовании у больных отмечается нарастающий белый или серый налет на языке, сухость языка и губ, слизь на зубах, запах ацетона изо рта, сухость и бледность кожных покровов. Живот становится втянутым, хорошо прощупываются кишечные петли. Больные отмечают уменьшение или исчезновение чувства сосания под ложечкой и урчания в животе. Пульс становится реже, кровяное давление медленно и постепенно понижается. Дыхание становится более глубоким и редким. В легких усиливается везикулярное дыхание. Сухожильные рефлексы резко понижаются, у некоторых больных вызвать коленные рефлексы не удается. Отмечается незначительное сужение зрачков. У отдельных больных наблюдается

небольшое обострение симптомов сопутствующих хронических соматических заболеваний, находящихся в латентном состоянии. Например, у больных, страдающих холециститом, появляется болезненность в области желчного пузыря, легкая желтушность, у ревматиков — болезненность суставов, у страдавших бронхитом возникает повышенное выделение мокроты.

Суточная потеря веса тела быстро уменьшается и достигает 300–500 г. Кал, выделяемый с клизмой, уменьшается в количестве, имеет вид темных комков размером в лесной орех, почти без запаха. Он состоит из остатков пищи, желчных пигментов, слизи и хлопьев слизистой оболочки кишечника, бактерий.

Удельный вес мочи еще больше повышается (до 1,025—1,030). В ней появляется слизь, большое количество солей, увеличивается число лейкоцитов.

Клинический анализ крови определенных изменений не обнаруживает. При биохимических исследованиях отмечается увеличение ацетона в моче, понижение сахара в крови (с 105—95 до 80–65 мг%), падение резервной щелочности (с 49–62 до 28–45 объемных %), повышение азота аммиака в моче (с 0,6–0,9 до 1,0–1,5 мг%) при понижении количества общего азота мочи.

На электроэнцефалограмме отмечается понижение биоэлектрической активности коры мозга, снижение реактивности, увеличение латентного периода реакций на внешние раздражители. Рисунок кривых биотоков становится бедным, кривые — монотонными.

Все вышеизложенные явления, характеризующие вторую стадию, у разных больных нарастают с разной интенсивностью до 7—10 дня голодания, после, чего довольно быстро, можно, оказать, критически, состояние больных изменяется и наступает третья стадия.

Третья стадия (стадия компенсации или выравнивания)

Иногда в течение одного дня или даже нескольких часов, часто ночью, в состоянии больных наступает резкий перелом — так называемый ацидотический криз. Возникает значительное улучшение общего самочувствия. Уменьшается или полностью исчезает чувство физической слабости, появляется бодрость, повышается настроение, затухают различные неприятные ощущения в теле. У некоторых больных это улучшение состояния протекает волнообразно, причем светлые промежутки вначале бывают короткими, а потом становятся все длиннее и длиннее. С этого времени у больных начинает очищаться от налета язык, вначале кончик и края, затем середина.

У больных улучшается цвет лица, исчезает бледность, иногда появляется румянец. Одновременно уменьшается запах изо рта и от кожи.

Диурез несколько увеличивается, а удельный вес мочи снова понижается, уменьшается количество солей, слизи и лейкоцитов.

При исследовании желудочной секреции имеет место понижение переваривающей силы и значительное увеличение спонтанной желудочной секреции.

Тоны сердца у большинства больных становятся более звучными, пульс — редким.

При исследовании электрокардиограммы у большинства больных отмечается только нерезко выраженная синусовая брадикардия.

Суточная потеря веса становится минимальной, равной 100–200 г в день.

В клинических анализах крови у некоторых больных можно отметить лишь незначительное понижение числа лейкоцитов (на 500–600, по сравнению с исходным уровнем).

При биохимических исследованиях отмечается увеличение содержания сахара в крови до 90—100 мг%, повышение щелочного резерва до 40–50 объемных %, уменьшение или полное исчезновение ацетона и увеличение аммиака в моче, понижение титрационной кислотности мочи. Отмечается некоторое повышение общего белка в сыворотке крови. Экскреция общего азота продолжает уменьшаться.

На электроэнцефалограмме отмечается низкая электрическая активность во всех отведениях, очень слабая реактивность на внешние раздражения, рисунок кривых однообразен.

Психическое состояние больных обычно значительно улучшается, повышается настроение, исчезает тревога, они начинают интересоваться окружающей обстановкой, включаются в жизнь отделения.

У многих больных с ипохондрическим синдромом, у которых во второй стадии сенестопатии уменьшались, в третьей стадии они полностью исчезают и прекращается фиксация на этих ощущениях.

Больные с галлюцинаторно-параноидным синдромом становятся мягче, доступнее, бред и галлюцинации у них постепенно затухают, как бы отходят на второй план и теряют свою актуальность и значимость. В некоторых случаях бред и галлюцинации полностью исчезают, хотя критическое отношение к ним у больных обычно не возникает.

У больных простой формой шизофрении уменьшаются вялость и апатия, они становятся подвижнее, живее, инициативнее, включаются в трудовые процессы, начинают контактировать с окружающими, интересоваться жизнью близких, обнаруживают правильные социальные установки.

У больных кататонической формой понижается напряженность, уменьшается негативизм. Они начинают вставать с постели, оказывают меньшее сопротивление

при выполнении терапевтических процедур (клизмы, ванны, массаж и пр.), иногда сами проявляют активность при этом. Взгляд их становится осмысленным.

Длительность этой стадии подвержена наибольшей индивидуальной вариации. Она зависит от общего состояния реактивности больного, его упитанности, состояния сердечно-сосудистой системы, психического состояния и пр. Заканчивается эта стадия критически, появлением сильного аппетита, что в большинстве случаев наступает на 20–30 день воздержания от пищи. Язык полностью очищается от налета, становится красным и влажным.

К этому времени у больных снова несколько ухудшается сон, появляются сновидения, в которых многие больные видят вкусную пищу, утром они просыпаются на мокрой от слюны подушке. Появляется снова небольшая раздражительность, усиливается чувство слабости. При этом у некоторых больных отмечается небольшое учащение пульса и незначительное повышение артериального давления, как максимального, так и минимального (на 10–16 мм ртутного столба).

В крови у больных отмечается понижение количества сахара с 72–80 до 68–71 мг%.

С этого момента начинается питание больных и наступает восстановительный период.

Восстановительный период

Первая стадия (астеническая)

Больные, испытывавшие до этого сильный аппетит, после первого приема небольшой порции пищи (200 мл фруктового сока), испытывают чувство предельной сытости, но уже через короткое время (20–30 минут) снова ощущают сильный аппетит и с нетерпением ждут каждого приема пищи.

В это время у больных снова усиливается чувство слабости и они охотно лежат в постели. Настроение у многих больных становится неустойчивым, с резкими колебаниями. То больные испытывают довольство, то раздражаются по малейшему поводу, капризничают, предъявляют различные необоснованные требования.

У некоторых больных наблюдается небольшое и кратковременное обострение психической симптоматики — опять усиливаются сенестопатии, появляются отдельные бредовые высказывания, кратковременные галлюцинации, сон становится поверхностным. У отдельных больных возникают неприятные болевые ощущения в животе, метеоризм, отрыжка. При пальпации живота отмечается урчание, прощупывается перистальтика кишечника. Жажда полностью удовлетворяется количеством выпиваемого сока (1–1,5 литра в день). Стул, как правило, появляется самостоятельно со 2–3 дня питания. При отсутствии спонтанного стула на 3–4 день питания ставится очистительная клизма.

Пульс со 2–3 дня питания учащается (до 80–90 в минуту) и становится неустойчивым, дыхание менее глубоким, более частым — до 16–18 в минуту. Температура тела может несколько повышаться (до 37,0—37,2°).

Вес тела в первые 1–2 дня восстановительного периода, несмотря на питание и обычное отсутствие стула, продолжает понемногу понижаться (100–200 г в сутки).

Биохимические исследования обнаруживают повышение содержания сахара в крови почти до исходного уровня, значительное понижение аммиака в крови и особенно в моче, понижение титрационной кислотности мочи и, несмотря на наличие питания, понижение общего азота мочи.

На электроэнцефалограмме отмечается низкая электрическая активность во всех отведениях, слабая реактивность на внешние раздражения. Рисунок кривых беден.

Вторая стадия (стадия интенсивного восстановления)

Во второй стадии, которая наступает на 4–6 день, аппетит у больных быстро повышается. Одновременно нарастает возможность, удовлетворять этот аппетит все большими порциями пищи.

Если в первой стадии восстановительного периода пищевое возбуждение быстро исчезало после приема незначительного количества пищи, то теперь для насыщения требуется уже достаточно большое количество пищи. Вес тела больных быстро нарастает, примерно в той же прогрессии, в какой он падал в разгрузочном периоде, и у большинства больных вес тела достигает первоначального уровня за срок, равный длительности разгрузочного периода, а у некоторых больных — значительно быстрее. Параллельно нарастают и физические силы, быстро улучшается самочувствие, настроение становится повышенным, с элементами эйфории. При этом больные склонны к переоценке собственных возможностей, имеют повышенное стремление к деятельности. У многих больных исчезают ипохондрические жалобы и ощущения, прекращаются бредовые высказывания и галлюцинации.

Артериальное давление достигает нормального уровня (110/65—120/70), пульс становится устойчивым (70–80 в минуту), устанавливается регулярный нормальный стул.

При неврологическом обследовании отмечаются живые сухожильные рефлексы.

Большинство биохимических показателей приближается к нормальному уровню. Сахар в крови в среднем равен 98—101 мг%, щелочной резерв — 42,6—48,0 объемных %, азот аммиака в крови — 0,58, в моче — 0,68—0,73 мг%, однако общий азот остается и в этой стадии на низком уровне, в среднем 6,3–7,5 г.

Картина биотоков мозга, сравнительно с предыдущей стадией, существенно не изменяется. Сохраняется низкая электрическая активность, пониженная реактивность на световые раздражители и нерегулярность альфа-ритма.

Большой аппетит и повышенное настроение держится у больных в течение 2–3 недель, после чего эта стадия непосредственно переходит в последнюю.

Третья стадия (стадия нормализации)

Однако несмотря на клиническое выздоровление, у многих больных в картине биотоков мозга в конце курса лечения отмечаются еще патологические черты (нерегулярность альфа-ритма, патологический частый ритм, плохая реакция на световые раздражения), и только через 2–3 месяца после лечения в кривых биотоков можно отметить нормализацию.

Газообмен в этой стадии у больных остается повышенным. В большинстве показателей белково-азотистого обмена наблюдается возврат к исходным величинам, лишь активность глутаминокислотной трансаминазы остается повышенной.

Больных, подвергаемых лечению дозированным голоданием, в зависимости от характера реагирования на лечение, можно разделить на три основные группы:

1. Больные с хорошей реактивностью, у которых все вышеупомянутые стадии хорошо выражены и своевременны. Эти больные дают наилучший терапевтический эффект.

2. Больные, у которых все вышеупомянутые стадии или хорошо выражены, но по времени отставлены, или слабо выражены, но своевременны. Эти больные с инертностью или лабильностью основных нервных процессов. Эффективность лечения дозированным голоданием этих больных снижена и положительные результаты часто отставлены или нестойки.

3. Больные, у которых не удается наблюдать вышеуказанных стадий. Эти больные характеризуются пониженной реактивностью или ареактивностью. Обычно лечение этих больных дозированным голоданием дает незначительный и кратковременный эффект или последний совсем отсутствует.

Можно считать, что выраженность стадий и эффективность лечения дозированным голоданием стоят в прямой зависимости от состояния реактивности больных.

4. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕЧЕНИЯ ДОЗИРОВАННЫМ ГОЛОДАНИЕМ

Поскольку лечение дозированным голоданием является методом неспецифическим, изменяющим реактивность и повышающим защитные силы организма, постольку показания к его применению довольно широки.

Однако возможность применения этого лечения в психиатрической практике ограничивается, прежде всего, больными, которые по своему психическому состоянию способны добровольно, без принуждения, воздерживаться от приема пищи длительное время. Для этого требуется сознание болезни самим больным и активное его стремление к лечению.

Из числа больных шизофренией этим требованиям удовлетворяют больные с ипохондрическим синдромом, особенно при наличии сенестопатий или синдрома дисморфофобии. Эти больные как раз и оказываются наиболее показанными для лечения дозированным голоданием. С давностью заболевания до одного года лечение эффективно у 75–80 % больных. При более длительном заболевании (1–3 года) этот процент снижается до 50–60.

Среди больных с простой, вяло текущей формой шизофрении встречаются довольно часто больные с наличием сознания болезни и активным стремлением к лечению. Лечение дозированным голоданием во многих этих случаях также оказывается весьма эффективным. При этом следует учесть резистентность этих больных в отношении других видов активной терапии.

У некоторых больных с галлюцинозно-параноидным синдромом, особенно при наличии синдрома Кандинского—Клерамбо, также наблюдается значительный терапевтический эффект.

Показан к лечению дозированным голоданием большой контингент больных, которым в прошлом была проведена шоковая инсулиновая терапия и терапия нейролептическими средствами, в результате чего были сняты острые явления психоза, но остался апатико-абулический синдром, наличие которого обуславливает инвалидность.

Эти больные часто активно стремятся к лечению и охотно проходят курс лечебного голодания.

Некоторые больные шизофренией в остром и подостром состоянии, с растерянностью и тревогой, с ощущением надвигающейся катастрофы, или бредовые больные, малодоступные и напряженные, после кратковременного применения нейролептиков, без активного сопротивления проходят курс лечения дозированным голоданием и дают хороший и стойкий терапевтический эффект.

Большой специальной проблемой является вопрос лечения дозированным голоданием больных кататонической формой шизофрении с отказом от пищи.

Наш опыт показывает, что при так называемой первичной кататонии с отказом от пищи, при достаточной упитанности больных, имеются показания к лечению голоданием. Эти больные обычно выходят из ступора на 15–20 день голодания и начинают сами принимать пищу.

Больные со вторичной кататонией и большой давностью заболевания могут в результате лечебного голодания не выйти из кататонического ступора. Последующее же восстановление в этом случае представляет большие трудности. В большинстве случаев здесь лечение голоданием не оправдывает свое назначение.

У больных с затяжными депрессивными фазами МДП в 60–70 % случаев обычно после ацидотического криза наблюдается выход из депрессии.

Состояние многих больных продолжает улучшаться и в восстановительном периоде. Обычно отмечается значительная стойкость терапевтического эффекта. Однако в некоторых случаях для предотвращения повторения депрессивных фаз требуется периодическое проведение 1–2 голодных дней 1 раз в месяц или в квартал.

Положительный терапевтический эффект наблюдается при лечении дозированным голоданием некоторых больных с инволюционной депрессией и в меньшей степени больных с инволюционным параноидом.

Хорошие результаты разгрузочно-диетическая терапия дает при лечении больных с затяжными ипохондрическими реакциями.

При отсутствии психопатических преморбидных особенностей больного и при благоприятной бытовой ситуации у всех больных этой группы наблюдается стойкое выздоровление.

Показания к лечению дозированным голоданием психических больных значительно расширяются в связи с тем, что многие сопутствующие соматические заболевания, которые служат противопоказанием для применения других методов активной терапии, сами являются показанными для лечения голоданием. Само собою разумеется, что положительное воздействие дозированного голодания на эти сопутствующие соматические заболевания в значительной степени влияет на эффективность лечения основного психического заболевания.

Лечение дозированным голоданием не противопоказано при следующих соматических заболеваниях: гипертоническая болезнь I–II стадии, стенокардия, ожирение, начальный атеросклероз, остаточные явления инфекционного гепатита, холецистит, панкреатит, сахарный диабет I–II стадии, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, нефрозо-нефрит, колиты, гастриты, бронхиальная астма, многие кожные болезни (экзема, псориаз, нейродермит и др.).

Противопоказаниями для проведения лечения дозированным голоданием являются: глубокая степень истощения (особенно в пожилом возрасте), активный туберкулез легких, злокачественные заболевания крови и злокачественные опухоли, цирроз печени и почек, многие органические заболевания, ЦНС, период беременности и лактации, многие паразитарные заболевания, выраженный гельминтоз.

Из психических заболеваний противопоказанными к лечению дозированным голоданием являются: глубокая степень слабоумия, психозы с систематизированным бредом, состояние двигательного возбуждения, многие виды психопатий, психические заболевания в раннем детском возрасте.

5. НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОЗИРОВАННЫМ ГОЛОДАНИЕМ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ

Как правило, в период лечебного голодания довольно редко присоединяются какие-нибудь инфекционные заболевания, в том числе и простудного характера. Этого нельзя сказать в отношении катаральной ангины, которая иногда возникает у больных, часто страдавших ею ранее. Обострение ангин при голодании объясняется, по-видимому, отсутствием очистки миндалин пищей.

С профилактической целью больным рекомендуется во время голодания ежедневно полоскать голо раствором марганцевокислого калия или соды.

В стадии нарастающего ацидоза у больных иногда возникает тошнота и рвота. В этом случае рекомендуется больше пить щелочных вод (боржом), принимать питьевую соду по 0,5 чайной ложки через час, делать повторную очистительную клизму, усилить прогулки, давать дышать кислородом. В случае неукротимой рвоты, продолжающейся 2–3 дня, иногда приходится прерывать голодание.

В редких случаях бывает, что у больных при длительном голодании (30–40 суток), обычно после многократной рвоты, возникают распространенные тонические судороги. Обычно вначале сводит пальцы рук, появляются судороги икроножных мышц, затем судороги могут распространяться на все мышцы конечностей и жевательную мускулатуру. Эти судороги обуславливаются обезвоженностью организма и дефицитом хлористого натрия. Профилактической мерой здесь является питье минеральных вод (боржом), при появлении рвоты — гипервентиляция.

При появлении повторяющихся и распространяющихся тонических судорог показано питье раствора поваренной соли концентрации нормально посоленного супа. Раствор соли дается в теплом виде по стакану через 1–2—3 часа 4–5 раз в день. Обычно судороги прекращаются вскоре после того, как больной выпивает первый стакан раствора соли. Если судороги в дальнейшем возникают снова, рекомендуется прервать голодание и постепенно перевести больного на питание (начиная с фруктовых соков). При резком похудании и продолжающихся рвотах во время начала

питания рекомендуется в течение двух дней 4–5 раз в день давать больному сыворотку из-под простокваши или нормально посоленный овощной бульон, после чего переходить на ахлоридное питание по установленной схеме, начиная с соков.

Бывают редкие случаи, когда больные, несмотря на строгое запрещение курения табака во время голодания, тайком курят. В этих случаях может возникнуть коллапс с резкой бледностью и падением сердечной деятельности или расстройство сознания с двигательным возбуждением. Профилактика: надзор за больными, исключающий возможность курения. Лечение: в случае коллапса — горизонтальное положение больного, свежий воздух, кислород, при необходимости — кофеин, камфара (половина одноразовой терапевтической дозы).

При быстрой перемене положения из горизонтального в вертикальное у больных может возникнуть ортостатический коллапс. Профилактика: медленно вставать с постели и особенно из ванны. Лечение: горизонтальное положение, свежий воздух, кислород.

Головная боль, боль в области сердца, тошнота, чувство большой слабости, возникающие обычно у полных больных, особенно по утрам, объясняются ацидозом и гипоксией. Профилактика: вентиляция помещения, питье щелочных вод. Лечение: свежий воздух, кислород, прогулка, гипервентиляция легких, повторная очистительная клизма вечером, питье боржома.

Язвенное кровотечение, которое может возникнуть у больных с язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки во время ацидотического криза или в начале восстановительного периода. Профилактика: во время ацидоза — все вышеуказанные мероприятия, снижающие ацидоз (гипервентиляция, кислород, прогулки и пр.). Лечение: обычное при язвенном кровотечении (покой, холод на живот, внутрь желатина, хлористый кальций и пр.).

Обострение хронического аппендицита. При необходимости — хирургическое вмешательство.

У больных с почечно-каменной болезнью могут во время ацидотического криза возникать почечные колики, обусловленные прохождением камня или песка. Профилактика: все вышеуказанные мероприятия, снижающие ацидоз. Лечение: покой, обильное питье щелочных вод, раствора соды, сердечные, обезболивающие средства. При необходимости — хирургическое вмешательство.

Преждевременно прерывать голодание вследствие различных соматических осложнений приходится довольно редко, как например, вследствие нарастающей аритмии сердечной деятельности с соответствующими изменениями в ЭКГ, нарастающей желтухи, прогрессирующего ацидоза, сопровождающегося рвотами, который не компенсируется, несмотря на назначенное дополнительное промывание желудочно-кишечного тракта, усиление легочной вентиляции и питье щелочных вод.

Обычно весь период лечебного голодания переносится довольно легко.

Чаще наблюдаются осложнения в восстановительном периоде. Они возникают главным образом в связи с нарушением диеты. Здесь, прежде всего приходится говорить о случаях переедания. Последнее обычно возникает на 5—10 день питания, с началом употребления белковой пищи, выражается в несварении съеденной пищи, что клинически проявляется в виде поноса, болей в животе, иногда отрыжки тухлым яйцом, потерей аппетита. Профилактическая мера здесь ясна — не переедать. Там, где имеется эта опасность, необходимо строго дозировать пищу. Важное значение имеет воспитательная работа с больными: рекомендации — не переедать, прекращать прием пищи до наступления чувства полного насыщения. Лечение: в случае переедания как можно раньше и по возможности полно освободить желудочно-кишечный тракт от пищи. Прежде всего вызывается рвота (лучше всего с этой целью больной сам себе раздражает двумя пальцами заднюю стенку гортани). Затем дается слабительная соль, после чего больной воздерживается от приема пищи в течение одних суток. Обычно этих мероприятий бывает достаточно, чтобы наладить пищеварение и хороший аппетит.

Питание возобновлять необходимо *осторожно*, вновь начиная с тертых яблок, моркови и кефира или овощного супа с сухарями и каши — размазни без соли. Характер питания зависит от того этапа восстановительного периода, на котором произошло нарушение диеты.

В случае стойких явлений нарушения пищеварения можно прибегнуть к обычным терапевтическим мерам, рекомендуемым в подобных случаях, однако при этом желательно по возможности обходиться без сильнодействующих медикаментозных средств или применять их очень осторожно.

В некоторых случаях у больных, главным образом с затяжным течением шизофренического процесса, обычно на 5–7 день питания с началом употребления белковой пищи возникает обострение психотической симптоматики.

Профилактическим мероприятием, уменьшающим возможность таких обострений, является более осторожный и постепенный переход к белковой пище. При появлении начальных симптомов психомоторного возбуждения в виде повышенной возбудимости, аффективной напряженности, ухудшения сна, рекомендуется назначать больным бромиды, снотворные, малые дозы нейролептических средств.

Обычно эти состояния обострения психотической симптоматики обходятся через 5–7 дней. В случаях более затяжного течения обострения возникает необходимость прибегнуть к инсулиновой терапии, сочетая ее с аминазином.

При этом важно следить, чтобы больные в достаточном количестве принимали пищу и пили. При необходимости здесь приходится прибегать ко всем, обычным терапевтическим мероприятиям, таким, как подкожное вливание физиологического раствора, внутривенные вливания глюкозы с витаминами, внутривенные вливания раствора хлористого натрия и пр.

К осложнениям надо отнести и нарушения больными диеты, выражающееся в преждевременном употреблении поваренной соли. В результате чего возникает отечность, главным образом подкожной клетчатки, особенно в подглазничных впадинах. Нарушение диеты может выражаться не только в употреблении больным поваренной соли, как таковой, но и при чрезмерном ее введении с пищей (черный хлеб, сыр, соленое масло и пр.). Субъективно такая отечность ощущается больными, как чувство тяжести в голове, вялости, иногда головной боли и плохого настроения. Эти отеки обычно исчезают в течение суток при назначении строгой диеты и при достаточном употреблении воды. Назначение слабительной соли ускоряет исчезновение отеков.

***Примечание:** Отеки подкожной соединительной ткани, возникающие в результате нарушения солевого обмена, необходимо отличать от полостных отеков, наблюдающихся при алиментарной дистрофии. Полостные отеки при лечебном голодании не наблюдаются.*

6. ЛЕЧЕНИЕ ДОЗИРОВАННЫМ ГОЛОДАНИЕМ В КОМБИНАЦИИ С ДРУГИМИ МЕТОДАМИ АКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Во время лечебного голодания могут применяться только бальнеофизиопроцедуры, способствующие процессам выделения и компенсации ацидоза. Эти мероприятия по сути дела входят в комплекс лечения дозированным голоданием. К ним относятся массаж, ванны, русская паровая баня, грязевые аппликации, душ Шарко, подводный массаж, субаквальные ванны, лечебная гимнастика и пр.

Назначать медикаментозное лечение во время полного голодания не рекомендуется, так как иногда на введение обычных, широко применяемых лекарств организм человека может дать извращенные реакции. Характер этих реакций в настоящее время не является достаточно изученным.

В восстановительном периоде желательно также воздерживаться от назначений медикаментозных средств, которые при этом могут нарушать естественный процесс восстановления. Необходимо учитывать, что иногда, особенно в случаях с затяжным течением заболевания, восстановление идет медленно и положительный эффект бывает отставленным до 2–3 месяцев.

Комбинация лечения дозированным голоданием с другими методами активной терапии может проводиться только последовательно, но не параллельно.

В ряде случаев голодание, не дав видимого терапевтического эффекта, все же, изменяя реактивность организма, создает благоприятный фон для применения других видов активной терапии. Заслуживает особого внимания проведение

шоковой инсулиновой терапии после курса лечения дозированным голоданием, в тех случаях, где последнее не дало положительного терапевтического эффекта или дало обострение психоза, а проводимая ранее шоковая инсулиновая терапия не давала положительного эффекта и больные обнаруживали резистентность к инсулину.

Как показал практический опыт, во многих из этих случаев шоковая инсулиновая терапия, проводимая после лечения голоданием, давала значительный терапевтический эффект, и шоки возникали у больных на меньших дозах инсулина.

Помимо инсулиновой терапии, после лечения дозированным голоданием могут быть проведены и другие виды активной терапии, например, пирогенная терапия, а также лечение психотропными средствами. При этом также необходимо учитывать наличие измененной реактивности у больных в результате проведенного лечения голоданием, и назначать другие виды активной терапии можно только после окончания восстановительного периода.

Во время лечебного голодания большое значение имеет психотерапевтическое воздействие, которое должно носить активирующий характер. Особенно эффективна психотерапия в третьей стадии голодания (когда происходит «разрыхление» психопатологической симптоматики), и во всех трех стадиях восстановления на измененном, положительном эмоциональном фоне.

Как уже указывалось выше, некоторым больным с психомоторным возбуждением или напряженным и недоступным больным лечению дозированным голоданием можно предпослать купирование возбуждения с помощью нейролептических средств. Истощенным или ослабленным больным показано бывает проведение до начала курса лечебного голодания общеукрепляющей терапии (малые дозы инсулина, вливание глюкозы с витаминами и др.).

7. ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ДОЗИРОВАННЫМ ГОЛОДАНИЕМ

Помимо общепринятых профилактических мероприятий, какими являются правильный распорядок дня, отсутствие переутомления, полное изъятие из употребления различных возбуждающих средств (алкоголь во всех его видах, включая пиво, табак и пр.), больным, особенно страдающим шизофренией, прошедшим лечение дозированным голоданием, рекомендуется после выписки соблюдать по возможности растительно-молочную диету, особенно избегать экстрактивных мясных блюд, мясных наваров, больше употреблять овощей и фруктов в сыром виде. Стараться по возможности больше быть на свежем воздухе, заниматься пешим физическим трудом или спортом, ежедневно проводить

утреннюю зарядку и водные процедуры, следить за работой кишечника, при задержке стула принимать слабительные.

В зависимости от вида заболевания и состояния больных им рекомендуется проводить 1–2—3 разгрузочных дня в месяц, во время которых после очищения кишечника с помощью слабительной соли и клизмы употреблять только минеральные воды или только фруктовые соки, после чего переходить на растительно-молочное питание с ограничением поваренной соли в первые два дня.

Практический опыт показал, что эти рекомендации полностью себя оправдывают.

У больных, которые следуют этим рекомендациям, рецидивы заболевания возникают реже и ремиссии носят более длительный и стойкий характер.

Примечания:

1. Лечение длительным голоданием может проводиться только в условиях стационара под наблюдением врачей-специалистов, хорошо знакомых с методикой голодания.

Данное лечение амбулаторно и в домашних условиях недопустимо.

2. Повторный курс лечебного голодания может быть проведен не ранее чем через 6–7 месяцев после предшествующего курса.