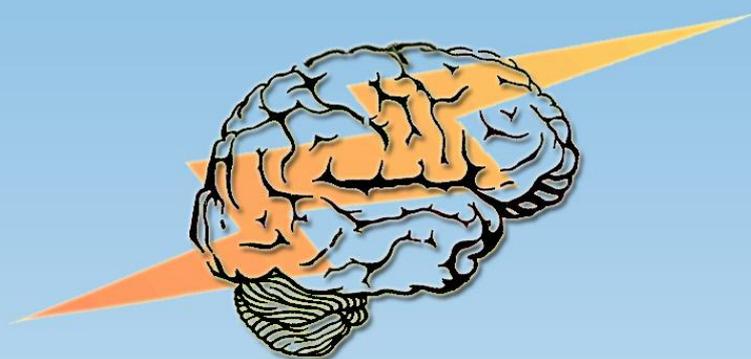


ХРЕСТОМАТИЯ ПО ЭСТ



А. И. Плотичер

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОЗОВ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ШОКОМ

Набережные Челны
2007

«ХРЕСТОМАТИЯ ПО ЭСТ»

Выпуск 2

А. И. ПЛОТИЧЕР

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА
ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОЗОВ
ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ШОКОМ

Набережные Челны

2007

УДК 616.89

Печатается по решению редакционного совета
серии «Хрестоматия по ЭСТ»

Редакционный совет:

Нельсон А. И., Россия (главный редактор)
Комиссаров А. Г., Россия. (зам. главного редактора)

Нельсон Т. П. - графическое оформление серии.

Серия «Хрестоматия по ЭСТ». Выпуск 2. Плотичер А. И. Теория и практика лечения психозов электрическим шоком. – Набережные Челны: Изд-во Камской госуд. инж.-экон. акад., 2007. – 48с. (Серия «Хрестоматия по ЭСТ», выпуск 2).

Рецензент: заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Казанской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор **А. М. Карпов.**

ISBN 978-5-9536-0117-7

СОДЕРЖАНИЕ

1. Рецензия
2. Предисловие
3. Анатолий Иосифович Плотичер (1901-1987). Краткая биография
4. А. И. Плотичер. Теория и практика лечения психозов электрическим шоком. *Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук*
5. **Приложение 1.** О применении электрошока для лечения психических заболеваний (*отчет о заседании Ученого совета отделения клинической медицины Академии медицинских наук СССР от 16.V.1952 г., на котором А. И. Плотичеру было отказано в утверждении его докторской диссертации по ЭСТ, а самой ЭСТ – в праве на полноценное развитие в СССР*)
6. **Приложение 2.** Анатолий Иосифович Плотичер (К 80-летию со дня рождения)

РЕЦЕНЗИЯ
на книгу А.И. Плотичера
«Теория и практика лечения психозов электрическим шоком»

Идея наших современников психиатров А.И. Нельсона и А.Г. Комиссарова познакомить своих коллег с трудами талантливого ученого и врача психиатра Анатолия Иосифовича Плотичера, выполненными 55 назад, очень точно соответствует запросам образования и воспитания врачей нашего XXI века.

За прошедшие полвека сменилось 2 поколения психиатров, коренным образом изменилась эпоха, научная парадигма, в разы увеличился объем новых знаний и методов лечения, началась психофармакологическая эра, появилось много новых возможностей для дифференцированной коррекции психических расстройств. Полвека прогресс шел в направлении дифференциации симптомов и рецепторов, расщепления сложных, но функционально единых процессов, на элементы. На этом направлении достигнуты большие успехи, но в целом, в психиатрии произошло отставание в разработке и применении интегративных, нефармакологических подходов к лечению психических расстройств. Упростились и сузились задачи исследований, а также интеллектуальные и профессиональные составляющие в технологиях и алгоритмах научных исследований.

Переизданный научный труд А.И. Плотичера сегодня воспринимается как новый и актуальный и создает оптимистический настрой на будущее при наличии такого превосходного интеллектуального прошлого. Анатолий Иосифович дал яркий пример стратегии и технологии научной работы, в структуре которой приоритетны и в полной мере реализованы интеллектуальные, профессиональные и нравственные ресурсы человека-ученого, а не диагностической аппаратуры и химических веществ.

Он пользовался самыми элементарными, доступными и малозатратными методиками обследования – измерениями температуры, пульса, содержания сахара в крови и ликворе, обычными клиническими анализами крови и мочи и т.п. Но он смог по этим анализам провести структурно-динамический анализ изменений в деятельности мозга в результате электросудорожной терапии, оценить внутрифункциональные и межфункциональные механизмы регуляции деятельности мозга и организма, процессы дезинтеграции и интеграции в патогенезе психозов и в саногенезе. Для этого нужна четкая структуризация знаний психиатрии, неврологии и патофизиологии, умение мыслить по «горизонтали и по вертикали», переходить со структурных характеристик на функциональные и динамические, одновременное владение алгоритмами мышления психиатра-клинициста, невролога и патофизиолога-экспериментатора. Это блестящий образец интеллектуально-профессионального совершенства, к которому нужно стремиться во все времена.

Творчество А.И. Плотичера не известно психиатрам России. А.И. Нельсон и А.Г. Комиссаров частично устранили этот пробел. Они, наши современники, совершили высоконравственный, патриотический поступок. Это уже их личный вклад в восстановление связи времен и поколений, личностей и их дел, единства общества и людей. Это единство существует в природе. Оно часто нарушается политиками, но история через поступки конкретных людей расставляет на свои места и ученых и политиков.

**Зав. кафедрой психиатрии,
наркологии и психотерапии КГМА,
доктор медицинских наук,
профессор А.М. Карпов.**

ПРЕДИСЛОВИЕ

Вторая книга, подготовленная Редакционным советом серии «Хрестоматия по ЭСТ», по замыслу издателей должна способствовать дальнейшему восполнению информационного дефицита, существующего в отечественной медицинской литературе по электросудорожной терапии (ЭСТ).

В отличие от первой книги* серии, которая освещает современное положение дел с амбулаторной ЭСТ, работа А. И. Плотичера возвращает нас к событиям более полувековой давности – 40-м годам XX века. Это время по праву считается периодом расцвета теории и практики ЭСТ в нашей стране. Тогда метод активно применялся и изучался почти в каждой психиатрической больнице СССР. Над проблемами ЭСТ активно работали и ученые, пытавшиеся обобщить имеющийся опыт использования метода и объяснить с научных позиций механизмы и принципы его действия. В те годы эффективность и безопасность ЭСТ вызывали у исследователей еще много вопросов, но воодушевленные зарубежным опытом, собственными позитивными результатами и относительной простотой метода, пытливые умы того времени не останавливались на достигнутом, а продолжали искать пути дальнейшего совершенствования метода. Этой задаче было посвящено и диссертационное исследование А. И. Плотичера – «Теория и практика лечения психозов электрическим шоком». Эта докторская диссертация будучи, защищена 1950 году, уже через два года стала (как и ее автореферат) настоящим библиографическим раритетом, практически недоступным для современного читателя. Это было одной из причин, почему Редакционный совет серии «Хрестоматия по ЭСТ» выбрал для публикации автореферат защищенной (но, по указанным ниже причинам, не утвержденной ВАКом) докторской диссертации А. И. Плотичера.

В работе известного харьковского психиатра были затронуты важнейшие проблемы, связанные с терапевтической эффективностью ЭСТ при основных психических заболеваниях и состояниях психотического уровня. Вот краткий перечень достоинств диссертации:

- логичное теоретическое обоснование метода, с предложением собственных теоретических изысканий о возможных физиологических механизмах лечебного действия метода,
- скрупулезное исследование клиники припадков,
- изящная и остроумная постановка экспериментов,
- разработка и применение собственного оригинального аппарата ЭСТ,

* Амбулаторная электросудорожная терапия: Доклад Рабочей группы Ассоциации конвульсивной терапии. Пер. с англ. А. Г. Комиссаров, А. И. Нельсон. – Набережные Челны: Изд-во Камской госуд. инж.-экономич. акад., 2006. – 43 с.

- разработка вариантов проведения курсов и сеансов – включая ЭСТ с наркозом,
- глубоко осмысленный физиологически метод дозирования электричества,
- обширный материал (изученная на полутысяче больных результативность ЭСТ при разных заболеваниях и синдромах),
- тонкий психопатологический и физиологический анализ заболеваний и метода ЭСТ,
- предложенные методы профилактики осложнений ЭСТ,
- предложенные методы профилактики рецидивов болезни после ЭСТ,
- изучение вопроса устойчивости полученных при применении ЭСТ клинических результатов,
- попытка определения границ применения ЭСТ.

Многие идеи диссертационной работы по праву могут считаться новаторскими, т. к. сама постановка вопросов и попытки их решения были сделаны в этой работе впервые в мире. Зарубежные ученые изучали подобные проблемы лишь спустя много лет. Еще в то время автору удалось предвосхитить многие положения теории и практики современной ЭСТ.

По перечисленным причинам работа А. И. Плотичера имеет все основания считаться классической и должна занять достойное место в серии «Хрестоматия по ЭСТ».

После защиты диссертации в Харьковском медицинском институте судьба исследования А. И. Плотичера оказалась драматической. Именно этот труд был выбран тогдашними медицинскими властями в качестве инструмента для идеологической и политической расправы над методом ЭСТ в нашей стране. Заседание Ученого совета отделения клинической медицины Академии медицинских наук СССР, на котором обсуждались метод ЭСТ и диссертация А. И. Плотичера, состоялось 16 мая 1952 года. Протокол заседания был опубликован в центральной психиатрической печати*.

В те годы характерной чертой обвинительных публикаций являлось отсутствие у критиков и их читателей знакомства с оригинальным текстом «разоблачаемой» работы. Избегая этой порочной большевистской традиции, Редакционный совет серии «Хрестоматия по ЭСТ» счел важным опубликовать полный текст Отчета о заседании 16 мая 1952 г. в виде *Приложения 1*, чтобы читатели получили возможность составить собственное впечатление об этом ныне малоизвестном, но важном для судьбы ЭСТ документе.

Многие из присутствовавших на том историческом Ученом совете лиц занимали как в тот момент, так и в дальнейшем высокие руководящие посты на иерархической лестнице отечественной психиатрии, и их

* Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова 1952;3:71-73.

«ограничительное» в отношении ЭСТ резюме привело к практически полному и повсеместному прекращению применения ЭСТ в СССР. После разгромных заявлений ученых такого ранга практиковать ЭСТ стало по тем временам не только не принято, но и опасно для врачей. До сих пор отголоски того неофициального запрета оказывают свое тормозящее влияние на развитие и внедрение метода в современную психиатрическую практику в России.

Основные положения, прозвучавшие 15 мая 1952 г., надолго стали «единственно верным» ориентиром по отношению к методу ЭСТ для большинства врачей и руководителей психиатрической помощи в нашей стране. Резюмирующая часть заключения того Ученого совета сделала дальнейшее применение и изучение метода ЭСТ в нашей стране практически невозможным на долгие годы. Учебники и руководства по психиатрии были быстро переписаны с учетом «новых показаний» к методу и его «грозных осложнений», которые еще до сих пор некритично по инерции клишируются некоторыми авторами – «при шизофрении этот метод лечения допустим лишь после того, как все другие методы лечения испробованы», «абсолютно недопустимо применение электросудорожной терапии в условиях амбулатории», «при применении его необходимо максимально сократить число сеансов», «прохождение электрического тока через мозг может вызывать значительные повреждения последнего», «...электросудорожная терапия может быть применяема только в качестве последнего средства там, где другие методы лечения не дали успеха».

ЭСТ, изобретенная в 1938 году, в наше время в результате коллективных усилий ученых и практиков всего мира стала совсем иной, чем в первое десятилетие своего существования. Применение физиологически обоснованной короткоимпульсной электростимуляции, наркоза, миорелаксантов, ИВЛ и мониторинга витальных функций сделали процедуру намного эффективней и свели к минимуму побочные эффекты и риск. Об этом мечтал А. И. Плотичер, и он одним из первых заложил в свое время предпосылки этих позитивных изменений в методику ЭСТ.

Во избежание недоразумений, Редакционный совет напоминает уважаемому читателю, что предложенный его вниманию источник все же является историческим документом и не может служить практическим руководством по современной ЭСТ. Обращаем внимание и на то, что изменилась терминология – терапия вместо «электрошоковой» теперь называется «электросудорожной».

В 1981 году журнал Невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова поздравил А. И. Плотичера с 80-летним юбилеем, разместив на своих страницах его биографию. Эту публикацию можно считать символом признания ученого со стороны советской психиатрии (хотя и в этой биографии, и в других официальных перечнях заслуг А. И. Плотичера его выдающуюся роль в развитии ЭСТ было принято замалчивать). Текст этого «поздравительного адреса» Редакционный совет «Хрестоматии по ЭСТ» счел необходимым представить в *Приложении 2*.

Настоящей публикацией Редакционный совет выражает дань уважения подвижническим усилиям в науке профессора А. И. Плотичера и надеется, что ознакомление врачей с его работой будет способствовать общему делу возрождения и развития ЭСТ в России.

АНАТОЛИЙ ИОСИФОВИЧ ПЛОТИЧЕР (1901-1987)

Краткая биография*

Редакционный совет «Хрестоматии по ЭСТ»



А. И. Плотичер был одним из наиболее ярких ученых, занимавшихся вопросами ЭСТ в СССР. В 1926 г. окончил Харьковский мединститут, а в 1927 г. закончил интернатуру (тогда это называлось «годовая стажировка») при Украинском психоневрологическом институте, где в 1927-1931 гг. работал ординатором, а затем ассистентом.

В 1931 г. около года проработал в Полтаве (зав. психоневрологическим кабинетом центральной детской поликлиники, преподаватель детской психоневрологии в Полтавском институте социального воспитания).

С 1932 г. и в дальнейшем большую часть жизни проработал в Украинском психоневрологическом институте (ныне Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины) – ведущем психиатрическом НИИ Украины. Одновременно в течение ряда лет А. И. Плотичер работал на кафедрах психиатрии Харьковского медицинского института, Украинского института усовершенствования врачей, а также в Харьковском институте охраны здоровья детей и подростков. На протяжении многих лет А. И. Плотичер был председателем проблемной комиссии по психиатрии Украинского психоневрологического института,

* При составлении биографии были использованы материалы из следующих источников:

1. Кутько И. И., Стефановский В. А. Анатолий Иосифович Плотичер – учёный, педагог, врач. В кн.: История украинской психиатрии. Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи), т. 1. Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Харьков, 1994; 87-89.

2. Волошин П. В. История Украинского научно-исследовательского института клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии. В кн.: История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи), т. 1. Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. – Харьков, 1994.; 3-7.

3. Ушаков Н. Харьковское эхо кремлевской интриги. Опубликовано на веб-сайте <http://berkovich-zametki.com/Nomer25/Ushakov1.htm>. Доступ проверен 8.01.2007.

4. Нельсон А. И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии. М: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 368с.

заместителем председателя правления Харьковского научного общества невропатологов и психиатров и председателем Украинской республиканской проблемной комиссии по психиатрии.

Учителями и наставниками А. И. Плотичера в своё время являлись такие известные ученые-психиатры, как профессора Г. Е. Сухарева и Е. А. Попов. Кандидатская диссертация А. И. Плотичера, которую он защитил в 1937 году, была посвящена острым психогенным реакциям в детском возрасте.

В первые дни Великой Отечественной войны на базе Украинского психоневрологического института организуется военный комплексный нейрохирургический, неврологический и психиатрический госпиталь № 3342 и эвакуируется в Тюмень. В этот период А. И. Плотичер был начальником психоневрологического отделения эвакогоспиталя в г. Железноводске (1941), главным врачом Республиканской психиатрической больницы ст. Кара-Узык Ординской обл. (1942-1944 гг.). В 1944 г. А. И. Плотичер возвращается в Харьков, в эвакуированный к тому моменту Украинский научно-исследовательский психоневрологический институт, где вместе с сотрудниками занимается восстановлением разрушенных фашистскими оккупантами корпусов. Институт в дальнейшем остается основным местом его работы.

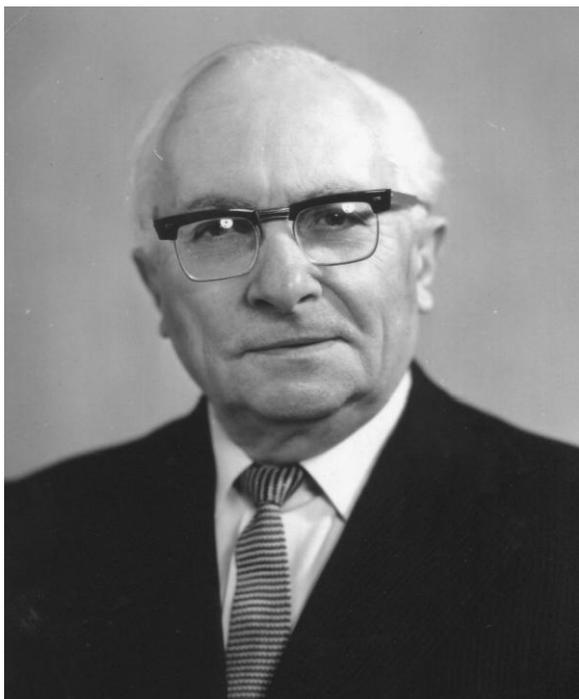
Заинтересовавшись ЭСТ в 1943 г., А. И. Плотичер во второй половине 40-х гг. активно занимается теорией и практикой ЭСТ, публикует ряд статей на эту тему. Его труды по ЭСТ, подвергнутые несправедливому забвению, и сегодня выглядят современно и актуально. В этом любознательный читатель может убедиться лично, ознакомившись с текстом автореферата докторской диссертации А. И. Плотичера, опубликованным в данной книге из серии «Хрестоматия по ЭСТ».

Например, уже тогда (1949) ему ясно, что в основе механизма действия ЭСТ лежит «понижение и повышение проводимости синаптических контактов». Тогда же (1949) он раньше многих понял, что искать критерии эффективности терапии нужно не в длительности припадка, а в иных клинических и параклинических реакциях организма на ЭСТ. С помощью тонких и остроумных экспериментов он установил (1950), что при ЭСТ сознание у пациента исчезает не в момент включения тока, а позже – в момент начала припадка, что обуславливает необходимость наркоза; уже тогда в его клинике активно начал применяться барбитуровый наркоз при ЭСТ. В конце 40-х гг. им была выполнена серия работ по поиску биологических маркеров, указывающих на оптимальный момент для окончания курса ЭСТ (эти работы далеки от завершения в мировой науке и в наши дни). Ему и его ученикам удалось обнаружить (1947-49 гг.) ряд биологических предикторов качества ремиссии после ЭСТ – актуальнейшая проблема сегодняшней теории и практики ЭСТ. В его работах того времени мы видим прообраз сегодняшней поддерживающей ЭСТ – он указывал, что после основного курса может оказаться необходимой серия «закрепительных шоков», с

помощью которых достигается соответствие между достигнутым психопатологическим улучшением и нормализацией параклинических показателей. В своем аппарате для ЭСТ А. И. Плотичер воплотил прогрессивную идею об индивидуализации дозы электровоздействия путем прекращением подачи тока в момент начала припадка у пациента.

Эти исследования А. И. Плотичер, в то время доцент института и заведующий психиатрической клиникой, объединил в блестящей докторской диссертации «Теория и практика лечения психозов электрическим шоком», которую он защитил в Харькове в 1950 году. Однако вместо присвоения ему заслуженной докторской степени медицинское и научное руководство страны использовало его диссертацию в качестве повода для публичной расправы над ЭСТ. Произошло это в 1952 году. Краткий отчет о заседании Ученого совета отделения клинической медицины Академии медицинских наук СССР, который на примере диссертации А. И. Плотичера «разобрался» с ЭСТ, был опубликован в третьем номере Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова за 1952 год. Диссертация не была утверждена ВАК.

Несмотря на такое серьезное профессиональное поражение, а также на сложности личной и научной судьбы, связанные с развернутой в стране в начале 50-х годов антисемитской кампанией, А. И. Плотичер не опускает рук, и в 1960 году защищает вторую докторскую диссертацию, которая была посвящена ремиссиям и профилактике рецидивов при шизофрении. Ему присваивается долгожданное звание профессора.



А. И. Плотичер был известен широтой своих научных интересов. Он подготовил и опубликовал около 170 научных работ, которые были посвящены различным аспектам клинической психиатрии. Особую известность получили его труды по психопатологии и лечению эпилепсии, конвульсивной терапии психозов, контузионному сурдомутизму военного времени, клинике и патофизиологии ремиссий при шизофрении, их «фасадным» вариантам, профилактике ее рецидивов, дефектным состояниям при шизофрении, динамике циркулярного психоза, аффективной

патологии, в частности, проблеме депрессий. Он был искусным психотерапевтом, мастерски владеющим техникой гипноза.

Однако тема ЭСТ продолжала интересовать его всю жизнь. После отказа в утверждении первой докторской диссертации ученый продолжал уделять ЭСТ много внимания. Он совершенствовал ее, обучал врачей и

руководил целым рядом диссертационных работ, связанных с методом. Вплоть до последних дней работы (а он трудился до 77 лет, после чего ушел на заслуженный отдых в 1978 году) самостоятельно проводил или контролировал сеансы ЭСТ.

Работы А. И. Плотичера по ЭСТ во многом были новаторскими и по целому ряду направлений определили приоритет Украины и института, в котором он трудился. Не исключено, что украинское происхождение единственного на сегодняшний день современного конвульсатора, доступного в странах СНГ («Эликон-01»), связано с тем положительным отношением к ЭСТ, которое сформировалось на Украине благодаря школе А. И. Плотичера.

Психиатры постсоветского пространства с теплом и уважением вспоминают А. И. Плотичера, отмечая, что он был, прежде всего, интеллигентным человеком, прекрасным клиницистом, внимательным и добросердечным врачом. Этим он нискал любовь и уважение пациентов, коллег и многочисленных учеников.*

* Редакционный совет выражает глубокую благодарность сотрудникам Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины – главному научному сотруднику отдела клинической, социальной и детской психиатрии профессору Игорю Ивановичу Кутько и библиографу научной библиотеки Константину Владимировичу Стефановскому за любезно предоставленную фотографию А. И. Плотичера и ценные добавления к его биографии.

УКРАИНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
Из V психиатрической клиники (зав. доцент А. И. Плотичер)
Украинского психоневрологического института
(директор ст. научн. сотр. Н. М. Зеленский)

На правах рукописи

А. И. ПЛОТИЧЕР

ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОЗОВ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ШОКОМ

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Харьковский медицинский институт

Харьков 1950

I

Активная биологическая терапия душевных заболеваний открыла новую эру в развитии психиатрии. Отбросив идеалистические концепции и ложные идеи фатальности психозов, преодолев созерцательность и терапевтический нигилизм, советская психиатрия вышла на широкую дорогу материалистического понимания психических болезней и активной лечебной помощи психически-больным. «У нас дело идет в настоящее время не только о гуманном отношении к психически-больным, но и об их излечении и возврате к трудовой жизни» (М. О. Гуревич).

Другой стороной широкого внедрения активных методов лечения в психиатрическую практику являются новые возможности в познании природы психозов. «Переживаемая психиатрической клиникой эра активных терапевтических исканий столь богата уже реализованными и потенциальными возможностями, что далеко перерастает круг узко терапевтических проблем» (М. Я. Серейский). Терапия становится своеобразным экспериментом, модифицирующим условия психической деятельности, и тем самым расширяет границы нашего изучения сущности психических болезней.

Укоренившийся взгляд, что с удалением причины болезни исчезает и сама болезнь, подвергается в настоящее время коренному пересмотру (А. Д. Сперанский, П. К. Анохин и др.). Для успеха лечения не обязательно уничтожение всех условий развития болезни. «При таких условиях рациональная терапия должна идти не только по линии отыскания и удаления причины болезни (важность изучения этиологии, естественно, остается), но и по пути воздействия на весь организм, чтобы добиться перестройки процесса, часто направляющей его течение в благоприятную сторону» (В. А. Гиляровский).

В свете этих новых положений современной медицины, оправданных теоретически и подтвержденных практически, проблема активного лечения психозов приобретает большие перспективы.

Мы не склонны рассматривать предмет нашего исследования – лечение психозов электрическим шоком – как нечто завершающее, венчающее долговременные поиски путей терапии психических заболеваний. Мы не сомневаемся в том, что арсенал наших лечебных средств обогатится со временем рядом еще более эффективных и совершенных методов, которые, быть может, даже совсем вытеснят терапию электрошоком, отодвинув ее в прошлое, как лишь исторический этап, пройденный психиатрией на длинном пути своего развития. Но этот исторический этап навсегда сохранит за собою значение вехи, сыгравшей определенную роль в дальнейшем развитии все новых и новых терапевтических идей, которыми, мы уверены, будет весьма богата советская психиатрия будущего.

II

Задача настоящей работы заключается в том, чтобы на основе большого клинического материала, с применением некоторых специальных исследований, решить ряд вопросов, касающихся проблемы электрошоковой терапии (ЭШТ) психозов. Эта задача распадается на ряд более частных вопросов, главнейшими из которых являются:

1. Терапевтическая эффективность ЭШТ шизофрении, маниакально-депрессивного психоза и инволюционной депрессии (депрессивной формы пресенильного психоза).

2. Динамика обратного развития психоза в процессе ЭШТ.

3. Стойкость лечебных результатов, структура терапевтической ремиссии и проблема рецидивов.

4. Границы применения ЭШТ.

5. Система рационального лечения электрическим шоком (ЭШ).

6. Патофизиологический анализ картины ЭШ и механизмы его лечебного действия.

Общая численность больных, подвергшихся лечению ЭШ – 512 человек. Из них больных: шизофренией – 430 чел., маниакально-депрессивным психозом – 50 чел., инволюционной депрессией – 32 чел.

Во всех наших случаях проводилось полное клиническое обследование, включавшее, помимо психиатрических данных, также данные о состоянии нервной системы и внутренних органов. В процессе лечения и по окончании его эти обследования повторялись. Производились клинические анализы крови и мочи, рентгеноскопия (рентгенография) грудной клетки. Кроме того, у отдельных групп больных специально изучались гемограммы и их изменения в связи с ЭШ, содержание сахара в крови и ликворе, система ацетилхолин-холинэстераза в крови, РОЭ, термическая реактивность, различные вегетативные феномены.

Картина самого ЭШ подвергалась изучению путем тщательной фиксации всех отдельных проявлений его, с применением хронометража, а также путем некоторых экспериментальных модификаций условий развития шока.

У большинства больных имеются катамнезы в пределах до 2½ лет.

III

Переходя к вопросу о лечебных результатах применения ЭШ, мы должны сказать, что по своей непосредственной лечебной эффективности ЭШТ должна быть отнесена к числу активных методов лечения психозов. Более всего высок непосредственный лечебный эффект ЭШТ при маниакально-депрессивном психозе (42% полных ремиссий и 38% значительных улучшений), несколько ниже – при инволюционной депрессии (34% полных ремиссий и 31% значительных улучшений) и еще ниже – при шизофрении (30% полных ремиссий и 21% значительных

улучшений). Цифры эти относятся к неотобранному материалу и могут сильно варьировать в зависимости от клинической картины психоза, его психопатологической структуры, типа течения, давности заболевания. Уже самое грубое разграничение шизофрении по основным синдромам показывает эти различия. Так, например, процент полных ремиссий равен: при кататонической форме шизофрении – 42, при депрессивно-ипохондрической – 30, при гебефренической – 23, при галлюцинаторно-параноидной – 22, при простой форме – 15.

В рамках каждой из упомянутых форм степень эффективности ЭШТ во многом определяется психопатологической структурой синдрома. Наличие витально-аффективных расстройств и подчеркнутость элементарных сенсорных и моторных нарушений, относительно изолированных от более сложных психотических феноменов, – являются самыми надежными клиническими признаками податливости психоза ЭШТ.

В соответствии с этим, ЭШТ более всего эффективна при следующих картинах шизофрении:

а) при тех формах «пустого» кататонического ступора, клиническая картина которых исчерпывается вегетативными и психомоторными нарушениями, без сколько-нибудь оформленного бреда и галлюцинаций;

б) при тех формах гебефрении, в картине которых преобладают явления псевдоманиакальности со слабо выраженными ассоциативными разрывами;

в) при тех формах галлюцинаторно-параноидной шизофрении, где галлюцинации отличаются выраженной чувственной живостью, экстрапроецированностью и характером объективной реальности, а бред носит аффектогенный или интерпретативный характер;

г) при тех формах депрессивно-ипохондрической шизофрении, в основе которых лежат элементарные сенестопатии с обнаженной протопатической чувствительностью, но не обросшие бредом.

Совершенно бесполезно применение ЭШТ при шизофрениях парафренного типа. Плохо переносят ЭШ больные с аментивными и онейроидными чертами в картине психоза.

При маниакально-депрессивном и пресенильном психозах ЭШТ приводит к наибольшему успеху в случаях, не осложненных витальных депрессий. Менее податлив аффект страха. Еще менее – состояния маниакального возбуждения. Заметно снижаются терапевтические возможности при ажитированной депрессии, «брюзжащей» депрессии, депрессии с явлениями навязчивости, «спутанной» мании. Почти не поддается ЭШТ оформленный пресенильный параноид.

Благоприятствуют успеху ЭШТ также отсутствие тенденций к трансформации психотических синдромов, стабилизация и стереотипизация психотической картины, отсутствие «гипертоксических» проявлений в соматическом и психическом состоянии больного,

устойчивость вегетативных реакций, достигаемая хотя бы ценою сниженной реактивности, склонность к ремитирующему типу течения психоза и относительно небольшая давность заболевания (до полугода).

Значительно менее благоприятны данные, касающиеся стойкости лечебного эффекта при ЭШТ. Можно прямо сказать, что непрочность достигаемых ремиссий является одной из наиболее уязвимых сторон рассматриваемого метода лечения. Самым критическим периодом для возникновения рецидивов являются ближайшие два месяца по окончании лечения. В это время рецидивировали до 20% больных, закончивших лечение с полным или значительным успехом. В дальнейшем кривая рецидивов резко снижается: из 68 ремитировавших больных через 2-6 месяцев по окончании лечения мы зарегистрировали рецидивы у 8 больных (12%); из 54 больных через 6-12 месяцев по окончании лечения рецидивы возникли у 5 чел. (9%); из 46 больных через 1-2½ года по окончании лечения рецидивировали 5 чел. (11%). Наиболее склонными к рецидивам оказались кататоники и больные с ремитирующей формой шизофрении. Хотя безремиссионные формы шизофрении уступают лечению с большим трудом, однако, уступив ему, они проявляют большую устойчивость в своей ремиссии. Относительно велик также процент рецидивов среди тех больных, у которых лечением была достигнута не полная ремиссия, а лишь та или иная степень улучшения. Наименьшее количество рецидивов дают больные, излеченные от маниакально-депрессивного психоза.

IV

Регрессивная динамика психоза в процессе ЭШТ представляет собою структурно оформленное, «клавиатурное» движение симптомов, имеющее известную направленность и основанное на определенных, а не случайных тенденциях функциональной перестройки патофизиологических механизмов болезни.

Путь обратного развития психоза в процессе ЭШТ – это путь от вегетативных и сенсомоторных расстройств, как невросоматической основы психоза, – через витально-аффективные механизмы – к более сложным процессуальным нарушениям восприятия, мышления, сознания и активности, завершающимся реактивными надстройками.

Центральные вегетативные регуляции, сенсомоторика и витальные аффекты являются основными сферами наиболее эффективного действия ЭШ, принимающими на себя основную мощь их целебного толчка. Под влиянием этого толчка патологические комплексы, базирующиеся на указанных функциональных системах, рушатся часто уже в самом начале лечения, если они не слишком глубоко включены в более сложные процессуально-психотические образования. Последние («первичные» формы бреда, вербальные псевдогаллюцинации, нарушения мышления типа расщеплений, сложные деперсонализационные расстройства и др.)

являются самым резистентным препятствием для ЭШТ. Если и они успешно купированы, то все реактивные надстройки (аутистические установки, сверхценные идеи, псевдореминисценции, вторичный интерпретативный бред, ретроспективный бред отношения и пр.) угасают без применения ЭШ, лишь в некоторых случаях требуя психотерапии.

Быстрота и скачкообразность являются характернейшими чертами регрессивной динамики психоза при ЭШТ. И это настолько закономерно, что из всех существующих методов лечения психозов ЭШ следует признать методом наиболее выраженного скоростного действия. В 66% случаев (из числа давших улучшение) уже после первых двух ЭШ психотическая симптоматика начинает угасать, а в 80% случаев (из числа всех ремиссий и значительных улучшений) уже после первых пяти ЭШ наступает полная ремиссия или значительное улучшение. Эти данные свидетельствуют о том, что применение многих десятков ЭШ, как это делают некоторые зарубежные авторы, является необоснованным.

V

Обилие ранних рецидивов при ЭШТ заставило нас обратиться к сравнительному изучению структуры стойких и нестойких ремиссий. При этом мы обнаружили ряд интересных и важных закономерностей, касающихся природы терапевтических ремиссий; данные эти частично проливают свет на механизмы действия ЭШ. Мы установили тот факт, что при развитии как стойких, так и нестойких клинических ремиссий психопатологическая симптоматика угасает с равным успехом. И в том, и в другом случае у больного отмечается клиническое выздоровление, с утратой внешних проявлений психоза, и найти какие-либо отличия в психическом состоянии больного, вне зависимости от стойкости ремиссии, не представляется возможным. Но эти отличия – и при том достаточно отчетливые – существуют, как оказалось, в сфере некоторых исследованных нами патофизиологических признаков – термической реактивности, динамики медиатора ацетилхолина и фермента холинэстеразы в крови, содержания сахара в крови и ликворе, пульсовых рефлексов (ортостатическая тахикардия и клиностатическая брадикардия). Сопоставляя эти данные, полученные на высоте психоза, с данными, полученными в периоде ремиссии, а также данные при стойких и нестойких ремиссиях, мы установили нижеследующие факты.

Термическая реактивность нас интересовала как один из важных индикаторов функционального состояния центральных вегетативных регуляций. Исследование термической реактивности мы производили путем применения пирогенного фактора – сульфозина, который, как известно, действует на стволовые механизмы терморегуляции. Исследованием охвачено 100 шизофреников, на которых поставлено 280 термических проб (около 7 тысяч термометрий). Данные всех термометрий у каждого больного заносились на сетку, после чего вычерчивалась

термограмма. Чтобы площадь термограммы выразить в едином числовом показателе, мы прибегли к вычислению градусо-часов, как показателей величины гипертермии, по формуле: $P = \frac{p \times t}{n+1}$, в которой p обозначает сумму всех повышений температуры, t – время всей температурной реакции и n – число измерений температуры во время ее повышения. Таким образом, показатель градусо-часов является математическим выражением величины гипертермии и включает в себя оба измерения площади термограммы: измерение в градусах и измерение в часах. Пользуясь термограммами и показателями градусо-часов, мы, прежде всего, установили тот факт, что 86% шизофреников обнаруживают те или другие отклонения в своих термических реакциях. Основными типами аномальных термограмм шизофреников являются следующие: ареактивный, гипореактивный, гиперреактивный, быстро иссякающий, вяло-застойный и фракционированный типы. Показатели градусо-часов различны в разных клинических группах шизофрении. Наиболее низкими показателями градусо-часов отличаются кататонический ступор и простая форма шизофрении, наиболее высокими – кататоническое возбуждение и гебефрения. В соответствии с этим, ЭШ, как мощные стимуляторы симпатических реакций, оказываются значительно более эффективными при кататоническом ступоре с его термической ареактивностью, чем при кататоническом возбуждении.

С изменением клинического статуса больного в большинстве случаев изменяется и характер термических реакций его. В частности и в особенности это изменение термической реакции выразительно при развитии ремиссии. Изменения эти выражаются в нормализации температурных реакций, если состояние больного улучшается, в еще большем отклонении их от нормы, если состояние больного ухудшается, и в качественном извращении их, если происходит трансформация клинического синдрома. Нормализация температурных реакций выражается в их оживлении, если они были до того вялыми, в их ослаблении, если они были до того чрезмерными и, наконец, в упорядочении типа температурной кривой, если она была до того качественно-извращенной.

Ремиссия, сопровождающаяся нормализацией термической реакции, оказывается, как правило, стойкой и рассматривается нами как ремиссия «истинная», построенная на реконструкции глубоких патофизиологических основ психоза.

Но не всегда дело обстоит так, как нами только что сказано. В ряде случаев обнаруживается диссоциация между психическим статусом больного и характером его термической реакции. Психотическая симптоматика угасает, а термическая реакция остается такой же или почти такой же, какой она была на высоте психоза. Такая ремиссия оказывается обычно нестойкой и рассматривается нами как ремиссия «ложная».

Встречаются также случаи, где клиническое состояние больного в процессе ЭШТ остается без изменений, а термическая реактивность, бывшая и до того вялой, становится еще торпиднее. Это явление нарастающего истощения реактивности мы расцениваем как тревожный сигнал передозировки ЭШТ, действие которой оказалось «сверхсильным». ЭШТ в таких случаях следует немедленно прекратить.

Данные исследования термических реакций свидетельствуют о том, что терморегуляторные механизмы интимно включены в патофизиологические основы шизофрении. Они могут быть использованы в качестве одного из критериев для определения прогрессивных или регрессивных тенденций болезненного процесса, квалификации качества ремиссий, прогноза рецидивов и направления терапевтической тактики.

Большой интерес представляют также данные исследования в крови шизофреников вагусного вещества ацетилхолина и его противорегулятора холинэстеразы, которые, по мнению Д. Е. Альперна, могут служить в качестве тонких индикаторов состояния вегетативной нервной системы и синаптической реактивности. Нас интересовал вопрос о нейрогуморальной компенсации в двух направлениях: 1) в направлении связи этой компенсации с непосредственным действием ЭШ и 2) в направлении зависимости процессов компенсации от терапевтических сдвигов в клинической картине психоза.

Исследованию подвергнуты 28 больных (большинство из них – кататоники). Всего произведено 192 анализа.

Мы установили, что на ЭШ, как таковой, система ацетилхолинхолинэстеразы может реагировать двояко: 1) в сторону декомпенсации (появление в крови ацетилхолина, снижение активности холинэстеразы), 2) в сторону компенсации (исчезновение из крови ацетилхолина, повышение активности холинэстеразы). В ряде же случаев вообще не обнаруживается никаких изменений.

Сопоставляя направленность нейрогуморальных реакций непосредственно на ЭШ с особенностями течения шизофрении, мы приходим к тому заключению, что прогностически самой благоприятной реакцией следует считать реакцию кратковременной декомпенсации, которая, по нашим данным, свидетельствует о готовности болезненного процесса к стойкой ремиссии. Если до ЭШ в отношении ацетилхолина и холинэстеразы обнаружены явления компенсации, то ЭШ переводит ее на время в фазу субкомпенсации, состояние субкомпенсации он переводит в состояние декомпенсации. Такую тенденцию мы считаем благоприятной потому, что эта скоропреходящая декомпенсация, как показывают наши данные, является источником развития устойчивой компенсации. У тех больных, где ЭШ не вызывает никакой нейрогуморальной реакции, тенденции процесса менее благоприятны (торпидность синаптических систем). Неблагоприятны прогностически и те случаи, где еще до начала лечения обнаруживаются явления нейрогуморальной декомпенсации. И хотя в этих случаях ЭШ переводит на короткое время декомпенсацию в

субкомпенсацию, однако эта тенденция обычно оказывается нестойкой. Таким образом, исследование непосредственных нейрогуморальных реакций на ЭШ дает нам основания присоединиться к той точке зрения, согласно которой путь к преодолению болезненных явлений лежит через их углубление.

По вопросу о связи процессов нейрогуморальной компенсации–декомпенсации с терапевтическими сдвигами в клинической картине психоза мы установили следующее. Больные, которые под влиянием ЭШТ дали относительно стойкую ремиссию, обнаружили в фазе ремиссии нормализацию нейрогуморальных отношений, если на высоте психоза они были нарушены. Больные же, которые, как показали дальнейшие наблюдения, дали ремиссию крайне нестойкую, а затем рецидивировали, продолжали показывать и в фазе ремиссии явления нейрогуморальной суб- или декомпенсации. Стало быть, в этих последних случаях ремиссию следует рассматривать как «ложную», свидетельствующую о том, что, хотя клиническая симптоматика психоза и угасла, однако нейрогуморальные основы его продолжают оставаться измененными, угрожая рецидивом болезни.

Касаясь прогностического значения открытых нами фактов, мы можем в итоге сказать следующее.

Прогностически благоприятными признаками следует считать картину нейрогуморальной компенсации на высоте психоза, выраженность кратковременной нейрогуморальной реакции в сторону декомпенсации непосредственно после ЭШ и наличие тенденции к компенсации во время ремиссии.

Прогностически неблагоприятными признаками следует считать наличие явлений нейрогуморальной декомпенсации на высоте психоза, невыраженность какой бы то ни было нейрогуморальной реакции непосредственно после ЭШ и отсутствие нейрогуморальной компенсации во время клинической ремиссии.

К аналогичным выводам о различиях в структуре стойких и нестойких терапевтических ремиссий мы приходим также на основе, данных исследования сахара крови и ликвора. Исследованием охвачено 14 шизофреников, у которых произведено 168 анализов на сахар. При этом констатировано, что концентрация сахара в крови у большинства больных находится в пределах нормы (80-120 мг%), лишь в нескольких случаях обнаруживая легкое снижение (до 73 мг%). Что касается ликвора, то здесь совершенно явственно выступают явления гипергликоземии. Лишь у трех больных содержание сахара в ликворе соответствовало норме, (50-60 мг%). Все остальные обнаруживали повышенное его содержание, доходившее до 102-107 мг%. В соответствии с этим, коэффициент отношения сахара ликвора к сахару крови у большинства больных значительно повышен, доходя в отдельных случаях до 0,95-0,96 (норма: 0,5-0,6). Наблюдение за дальнейшей судьбой леченных ЭШ больных показывает, что в тех случаях, когда терапевтическая ремиссия носит относительно стойкий характер,

коэффициент отношения сахара ликвора к сахару крови обнаруживает тенденцию к нормализации. Когда же эта ремиссия оказывается неустойчивой, нормализация коэффициента не развивается.

Наконец, и на исследованных нами у группы больных пульсовых рефлексах (ортостатическая тахикардия и клиностатическая брадикардия) также выявляется аналогичная закономерность. Исследованию подверглись 14 кататоников. Все они до лечения обнаруживали выраженную торпидность вегетативных рефлексов. При развитии стойкой ремиссии торпидные пульсовые рефлексы явно оживляются. Там же, где ремиссия носит нестойкий характер, там в большинстве случаев эти рефлексы и в фазе ремиссии остаются по-прежнему торпидными.

Суммируя все изложенные данные, мы приходим, таким образом, к выводу о том, что при применении ЭШТ развиваются двоякого рода ремиссии:

1. Ремиссии, сопровождающиеся не только угасанием клинических признаков психоза, но также нормализацией нейрогуморальных и вегетативно-обменных процессов; ремиссии этого рода относительно стойки; мы их называем истинными ремиссиями.

2. Ремиссии, сопровождающиеся угасанием психотической симптоматики при отсутствии тенденций к нормализации физиологических процессов; ремиссии этого рода относительно нестойки; мы их называем ложными или «фасадными» ремиссиями.

Наличие большого количества этих «фасадных» ремиссий и является причиной обилия ранних рецидивов при ЭШТ. Наши прогностические предположения и терапевтические мероприятия при учете изложенных данных становятся более достоверными и обоснованными.

VI

Рассматривая клиническую картину ЭШ, мы можем констатировать, что она в своих существенных чертах приближается к картине эпилептического приступа, отличаясь от нее рядом деталей. Весь цикл ЭШ мы делим на три основные стадии: 1) реактивную, 2) автономную и 3) резидуальную. Каждую из этих стадий мы дифференцируем в свою очередь на ряд фаз. Реактивная стадия состоит из фазы начальной вегетативной реакции, фазы некоординированных автоматических движений и первой фазы тонической судороги. Автономная стадия состоит из второй фазы тонической судороги и фазы клонической судороги. К резидуальной стадии мы относим фазу апноэ, фазу постпароксизмального психомоторного возбуждения, фазу непродуктивной оглушенности и фазу сна. Детали инициальных фаз изучались нами при заниженном вольтаже. Описывается четыре основных варианта развития тонической судороги. Устанавливается факт их зависимости от половых, возрастных и индивидуальных факторов. Особо рассматривается вопрос о природе расстройства сознания при ЭШ, которое, по нашему мнению, находится в

состоянии своеобразного изменения, а не просто «выключения». В частности, при помощи специально поставленного эксперимента (введение звукового раздражителя на разных отрезках времени перед подачей напряжения) показано, что распад сознания совершается не в тот момент, когда включается ток, а лишь при переходе реактивной стадии ЭШ в автономную. Ретроградная амнезия же простирается не только на реактивную стадию ЭШ, но во многих случаях захватывает также и небольшой предшоковый период. Приводятся материалы о вегетативных реакциях при ЭШ (пульс, дыхание, кровяное давление, глазо-сердечный феномен, ортостатическая тахикардия, клиностатическая брадикардия, кожно-сосудистые реакции и др.). Эти материалы свидетельствуют о том, что процесс лечения ЭШ самым интимным образом связан с функциями вегетативных регуляций, причем влияние ЭШ на вегетативные функции не является однозначным, а носит характер нормализующего отрегулирования этих функций. При исследовании морфологического состава крови констатирован незначительный лимфоцитоз непосредственно после ЭШ (по-видимому, центрального генеза). РОЭ не изменяется. Сдвига влево нет.

Тщательный анализ клинической картины ЭШ, смены отдельных фаз его, закономерностей его развития в связи с различными вариациями условий вызывания (вольтаж, экспозиция тока, местоположение электродов и др.), сопровождающих его явлений, а также сопоставление его особенностей с картиной спонтанных эпилептических приступов, приводят нас к следующим представлениям о церебральных механизмах ЭШ.

Электрический шок представляет собою универсальную генерализованную реакцию мозга на раздражение его электрическим током. Последний играет роль того «запала» который определяет собою возникновение, но не структуру ЭШ. Этот «запал» нужен лишь до того момента, когда реактивная стадия ЭШ перейдет в автономную стадию его. Это соответствует тому, что говорит Сперанский: «Если раздражение достигает какой-то силы, то вызванный им процесс включается сам в себя». Автономная стадия ЭШ – это и есть процесс, включенный «сам в себя». Если же процесс не включается «сам в себя», то следует говорить о редуцированном ЭШ, как о явлении более локальном, обусловленном больше действием самого электротока, чем рефлекторными механизмами. Формула электропароксизма определяется не только универсальными структурными и функциональными свойствами мозга, не только половыми, возрастными и другими качествами мозговой нейродинамики, но также и индивидуальными особенностями ее.

Электрический шок представляет собою отраженное явление, процесс рефлекторной природы. Интимную основу ЭШ, как отраженного феномена, составляет процесс острой дезинтеграции, широко иррадиированного распада функционального единства мозговой нейродинамики. Все функции мозга – вегетативные, сенсорные, моторные,

психические – претерпевают во время ЭШ глубокое потрясение своих структур, своих связей, своего единства. Они выступают здесь как обнаженные и разобщенные функциональные элементы, не сопряженные друг с другом и не подчиненные более высоким интегрирующим механизмам. Этот распад мозговой нейродинамики проявляет себя и в картине некоординированных автоматических движений, составляющих вторую фазу ЭШ, и в дистонической игре антагонистических поз во второй и третьей фазах ЭШ, и в асимметриях тонических и клонических судорог, обусловленных распадом механизма билатерального функционирования, и в распаде психосенсорного синтеза при редуцированном ЭШ, и в особенностях расстройства сознания, находящегося в состоянии кортикального распада, и в картине постпароксизмального возбуждения, и в том состоянии оглушенности, которым завершается ЭШ, и в картине дизартрических, атактических и апрактических расстройств в резидуальной стадии ЭШ. Во всех этих феноменах ЭШ выступает как мощный дезинтеграционный фактор, разрушающий укрепившиеся патологические связи, которые составляют церебральную сущность психоза (Гуревич), и открывающий таким образом путь для реинтегративных процессов. В этом – целебное значение ЭШ. «Лечит не наше вмешательство само по себе, а то, что после него происходит в организме» (Сперанский).

На вопрос о локализационной структуре ЭШ мы должны ответить, что эта структура лишена определенных рамок фокальных ограничений и строится по типу многоэтапной локализации. Однако целый ряд данных о динамике ЭШ и вегетативных реакций на него заставляет признать, что в фокусе преимущественного действия ЭШ находятся подкорково-стволовые аппараты. Кора больших полушарий также не остаётся в стороне от влияния ЭШ, хотя степень влияния его в различных случаях неодинакова. Это обстоятельство имеет для нас большое практическое значение, ибо чем устойчивее и конструктивно сложнее картина психоза, тем более «кортикализированными» должны быть ЭШ, радиус действия которых обеспечивал бы должное вовлечение коры больших полушарий в сферу лечебной перестройки. О степени этого вовлечения мы можем судить по глубине и длительности постпароксизмальной оглушённости, которая в известной мере отражает полноту разрушения патологических церебральных связей. В частности и в особенности при шизофрении успех ЭШТ во многом обусловлен, как мы полагаем, степенью этого вовлечения коры больших полушарий в поле действия ЭШ. Основной же направленностью действия ЭШ на подкорково-стволовые аппараты может быть объяснен тот факт, что маниакально-депрессивный и пресенильный психозы более доступны купирующему влиянию ЭШ, чем шизофрения.

Наше общее теоретическое представление о сущности лечебного действия ЭШТ, представление, которое в значительной мере базируется на собранных нами фактических материалах, частично же является гипотезой, требующей дальнейшего обоснования, опирается на учение И. П. Павлова

о временных связях и может быть сформулировано следующим образом. Из всех современных методов лечения психических заболеваний едва ли какой-либо из них можно с большим правом рассматривать в качестве метода восстановления психических функций, в прямом смысле этого слова, чем метод ЭШТ. Речь идет о направленности лечебного действия ЭШТ непосредственно на реституцию церебральных функций. В основе этого действия лежат процессы распада патологических мозговых связей. Действуя по преимуществу на подкорково-стволовые аппараты, ЭШ вызывает динамические сдвиги в их многообразных связях с различными функциональными системами мозга и приводит, таким образом, к сложным отраженным переключениям, в результате которых наступает восстановление здоровых интегративных единств в сфере психических функций. Иными словами можно сказать, что вследствие функционального изменения стволовых аппаратов происходит разрыв патологических временных связей в сигнальных системах коры больших полушарий, связей, которые в свое время образовались по тем или иным причинам.

В защиту церебрально-дезинтегративной природы лечебного действия ЭШ мы ссылаемся, помимо того, что было сказано о картине самого ЭШ, на целый ряд установленных ими клинических фактов, относящихся к терапевтической динамике психоза. Скачкообразный выход из психоза, как выражение крутого переключения в церебральных связях, трансформация психотических синдромов, при которой происходит разрыв одних и возникновение других временных патологических связей, неблагоприятное действие ЭШ на «гипертоксические» формы шизофрении, свидетельствующее о том, что церебральная направленность воздействия в этих случаях неуместна, выраженная избирательность церебрального действия ЭШ с определенной последовательностью в угасании психотических симптомов, что указывает на наличие известных законов сопряжения и субординации мозговых связей, определяющих порядок их вступления в сферу перестройки, – таковы некоторые из этих фактов.

При этом допускается двоякая направленность церебрального действия ЭШ: имея местом своего преимущественного приложения центральные вегетативные регуляции, ЭШ, с одной стороны и прежде всего, оказывает разрушающее, дезинтегративное действие на патологические церебральные связи, составляющие нейрофизиологическую сущность психоза («восходящее» действие ЭШ), а с другой – подрывает (через те же вегетативные регуляторы) и гуморально-токсические основы психоза, способствуя этим путем стойкости выздоровления («нисходящее» действие ЭШ). Действию «восходящему», как ближайшему фактору клинической ремиссии болезни, мы придаем основное и решающее значение в первой фазе лечебного процесса (распад психоза), действию «нисходящему» – на последующих его этапах (борьба за стойкость этого распада). Полнота и стойкость выздоровления от

психоза обуславливаются этим двояко направленным действием ЭШТ, приводящим к развитию истинной ремиссии.

Но не всегда эта двоякая направленность проявляется в параллельно идущих процессах. ЭШТ свойственна высокая дезинтегративная способность. В этом – ее сила; В этом – причина быстроты ее действия и скачкообразного выхода из психоза. Способность же оказывать детоксикационное действие ей свойственна лишь в небольшой мере. В этом заключается слабость ее. Здесь же причина относительной частоты «фасадных» ремиссий и ранних рецидивов. Несоответствие между ярко представленным церебрально-дезинтегративным действием и слабо выраженным действием гуморально-детоксикационным – является одной из наиболее характерных особенностей рассматриваемого метода лечения.

VII*

Все клинически определяемые осложнения и отрицательные последствия ЭШТ, с которыми нам пришлось встретиться, могут быть распределены на четыре группы: 1) осложнения, связанные с механическим действием чрезмерной мышечной тяги; 2) обострение старых и развитие новых инфекционно-воспалительных процессов; 3) изменения со стороны сердечнососудистой системы и дыхания; 4) психические изменения.

Первая группа осложнений (вывихи суставов и зубов, мышечные и корешковые боли, прикусы языка) представлена небольшим количеством случаев и по своей тяжести значительно уступает аналогичным осложнениям при камфорно-коразоловой терапии. Случаев костных переломов мы не имели вовсе. Часть осложнений этой группы может быть предотвращена: 1) применением наркоэлектрошоков (см. ниже) для ослабления силы тонической судороги и 2) строгим соблюдением ряда технических правил производства ЭШ.

Вторая группа осложнений имеет значительно большее практическое значение, серьезно омрачая в ряде случаев успехи терапии. Речь идет, главным образом, об обострении легочного туберкулеза и развитии абсцедирующих пневмоний. Генез абсцедирующих пневмоний при ЭШТ спорен. По-видимому, они могут быть как аспирационного, так и нейрогенного происхождения. Встречаясь с этой группой осложнений, следует всегда помнить о совершенной недопустимости ЭШТ при наличии различных инфекционно-воспалительных процессов в организме. Крайне важно своевременно распознавать эти осложнения, чтобы немедленно прекратить ЭШТ и принять необходимые лечебные меры.

* Изложенные в этой главе данные об осложнениях ЭСТ и противопоказаниях к ней были справедливы для старых модификаций метода, применявшихся во время написания А. И. Плотичером его диссертации. В настоящее время, когда ЭСТ проводится с современным анестезиолого-реаниматологическим обеспечением и современными аппаратами, то риск и осложнения минимальны, а противопоказаний практически нет. – *Примечание Редакционного совета.*

Третью группу осложнений составляют изменения со стороны сердечно-сосудистой системы и дыхания (точечные кровоизлияния в склеры, кровотечение из десен, затяжная сердечная аритмия, затяжная остановка дыхания, головные боли и др.). Все эти осложнения, как правило, обратимы и по нашим наблюдениям никогда не приводили к стойким отрицательным последствиям. Однако целиком исключить возможность таких последствий мы не можем, и потому наличие этих осложнений всегда должно служить сигналом к пересмотру вопроса о целесообразности дальнейшего продолжения ЭШТ.

Четвертую и последнюю группу осложнений составляют случаи психических изменений, развивающихся в связи с ЭШТ. Мы имеем в виду: 1) расстройства памяти; 2) протрагированную обнубиляцию; 3) патологическую эйфорию; 4) церебральную астению. Хотя все эти последствия ЭШТ носят клинически обратимый характер, однако, учитывая их органическое происхождение, следует думать, что не всегда их клиническая обратимость свидетельствует также и о полной анатомической реституции. Тут возможны и процессы компенсации, функционального выравнивания, скрывающие мозговой дефект. Наличие этих осложнений со всей остротой ставит вопрос о числе лечебных процедур, которое в таких случаях является решающим.

Рассмотрение вопроса об осложнениях при ЭШТ приводят нас к тому общему выводу, основанному на клинических данных, что эти осложнения при правильно проводимой ЭШТ не настолько значительны, чтобы обесценить данный лечебный метод, но, с другой стороны, и не настолько безобидны, чтобы ими можно было пренебречь. Многие из этих осложнений можно предотвратить, поскольку они зависят не от самого метода, а от целого ряда условий его применения.

VIII

Практически-итоговой частью нашей работы является вопрос о системе рационального лечения ЭШ.

Так как в основе лечебного действия ЭШ, как мы уже говорили, лежат, прежде всего, механизмы блокировки и деблокировки церебральных связей, то уже заранее можно предполагать, что всякое воздействие на эти связи может привести к диаметрально-противоположным результатам: разрыву их – в одних случаях и укреплению – в других. Наша задача – разорвать патологические связи, открыв этим путь для восстановительных процессов. Однако не всегда нам удается это сделать, и нередко потому, что интенсивность нашего лечебного воздействия не соответствует прочности этих связей и мере вегетативно-синаптической реактивности. Несоответствие это может быть и в сторону его недостаточности, и в сторону его чрезмерности. И то и другое может послужить причиной наших неудач. Если сила нашего воздействия чрезмерно мала, то она попадает, так сказать, в «инертную»

зону реактивности и потому не дает должного эффекта. Если же эта сила чрезмерно велика, то она приводит к такой декомпенсации, к такому истощению реактивных сил (см. раздел V), которое еще более затрудняет их восстановление.

Что же следует сделать, чтобы интенсивность лечебного воздействия была адекватна резистентности психоза и реактивным силам организма? Для этого следует создать градативную систему лечения с возможностью выбора в каждом отдельном случае необходимой ступени интенсивности воздействия.

Пользуясь в качестве мерила этой интенсивности глубиной и длительностью постпароксизмальной оглушенности сознания, являющейся внешним выражением физиологической реорганизации церебральных основ психоза (см. раздел VI), мы разрешили задачу дозировки интенсивности терапевтического воздействия при лечении ЭШ, оперируя двумя возможностями: 1) изменением методики вызывания самого ЭШ и 2) вариациями количества и распределения ЭШ по времени. Пользуясь первым путем, мы разработали: а) методику редуцированных ЭШ и б) методику наркоэлектрошоков. Идя вторым путем, мы применяем: а) абортивный курс ЭШ, б) разреженный курс ЭШ и в) концентрированный курс ЭШ. Таким образом, в нашем распоряжении имеются пять основных методических вариантов ЭШТ, составляющих градативную систему лечения.

Порядок расположения этих вариантов по степени нарастания интенсивности лечебного воздействия таков:

- I. Абортивный курс электрошоков.
- II. Редуцированные электрошоки.
- III. Разреженный курс электрошоков.
- IV. Концентрированный курс электрошоков.
- V. Наркоэлектрошоки.

Абортивный курс ЭШ состоит из одного – двух – трех ЭШ, производимых с промежутками в 3-5 дней. В ряде случаев, особенно при неосложненных витальных депрессиях, этого бывает достаточно для того, чтобы вызванный этим путем первый «надлом» психоза развернулся в дальнейшем самостоятельно до степени полной ремиссии.

Редуцированные ЭШ представляют собою пароксизмы, оборванные в реактивной стадии ЭШ. Они возникают в том случае, если экспозиция тока не превышает 0,1-0,2 секунды при напряжении его в 50-60 вольт. Для предотвращения тягостных ощущений больного, мы вводим ему предварительно 3-4 куб. см 10%-ного раствора гексенала (внутривенно). Редуцированные ЭШ значительно мягче развернутых и предназначаются для заболеваний с рыхлой симптоматикой, а также при наличии относительных соматических противопоказаний.

Разреженный курс ЭШ – это наиболее распространенный способ лечения, при котором ЭШ производится один раз в 2-3 дня.

Концентрированный курс ЭШ состоит из серии шоков, производимых ежедневно вплоть до первого «надлома» психоза, а в дальнейшем – через день. Общее количество лечебных сеансов от этого обычно не увеличивается. Скорее – наоборот. Таким сгущением сеансов на первом этапе лечения нам нередко удается добиться эффекта там, где без концентрации сеансов он не развивается.

Наркоэлектрошоки – это ЭШ, производимые в наркотическом состоянии больного. Для этого перед производством сеанса больному вводятся внутривенно 5–6 куб. см 10%-ного гексенала. Порог судорожной реакции заметно от этого не изменяется. Смягчается лишь интенсивность судорог. Сон после наркоэлектрошока продолжается от 2 до 6 часов. Лечебная эффективность наркоэлектрошоков в резистентных случаях заболеваний заметно выше обычных ЭШ.

Все перечисленные методические варианты ЭШТ представляют собою достаточный выбор модификаций, обеспечивающий возможность индивидуализации лечения. Руководствуясь особенностями каждого отдельного случая (массивность и устойчивость психотической картины, характер вегетативной реактивности и ее изменений в процессе лечения, физическое здоровье, возраст и др.), мы останавливаемся на том или другом варианте, меняя его в процессе лечения, если того требуют обстоятельства.

Важнейшим и настоятельным общим требованием при ЭШТ должно явиться всяческое стремление к возможному ограничению числа лечебных сеансов. Быстрота развития терапевтического эффекта этому благоприятствует. Лишь в редких случаях мы считаем оправданным применение на курс свыше 15 сеансов. В большинстве же случаев требуется 8–10–12 сеансов. Большого количества сеансов требует шизофрения, меньшего – маниакально-депрессивный психоз и инволюционная депрессия.

В каждом случае применения ЭШТ, особенно при шизофрении, важно выбрать оптимальный для лечения период развития психоза («терапевтофильный» период по Серейскому). В самой общей форме мы могли бы сказать, что этот период связан с процессом «созревания» психоза, которое находит свое выражение в тенденциях психотического процесса к развитию от малооформленных, динамичных и генерализованных картин общемозговых психотических реакций к значительно более дифференцированным, стабильным и системно ограниченным церебральным синдромам.

Если в процессе ЭШТ, при отсутствии клинического эффекта, констатируется ослабление и до того вялой вегетативной реактивности, – ЭШТ следует прекратить.

Если ЭШТ привела к клинической ремиссии без нормализации вегетативной реактивности («фасадная» ремиссия), – лечение не следует считать законченным. В таком случае по окончании курса ЭШТ

рекомендуется прибегнуть к другому способу лечения (инсулин, сульфозин и др.).

IX

В целях усовершенствования процедурной техники ЭШТ мы сконструировали специальный аппарат для производства ЭШ. Конструируя этот аппарат, мы поставили перед собой следующие задачи: 1) предельно упростить конструкцию аппарата, обеспечив этим удобства в пользовании им, 2) устранить опасность развития так называемых «сорванных» ЭШ, 3) сделать аппарат портативным, 4) удешевить стоимость его. Существующие конструкции аппаратов не удовлетворяют этим требованиям,

Основная идея, руководившая нами при решении поставленной задачи, заключается в следующем. Обычно для дозировки электрического тока при лечебном применении пользуются его физическими признаками – напряжением (вольтажом), силой (амперажем), а также омическим сопротивлением проводника. Однако измерение этих величин при вызывании ЭШ имеет весьма относительное значение, что объясняется крайней изменчивостью электрического сопротивления тканей человеческого тела, зависящего от множества самых разнообразных факторов, и наличием, помимо собственно сопротивления тканей, еще другого их свойства – биологической реактивности, чувствительности к электротоку.

Учитывая эти обстоятельства, мы пришли к тому заключению, что значительно более надежными критериями дозировки тока для вызывания ЭШ являются не физические признаки его, а клинико-физиологические признаки развития картины самого ЭШ. Мы установили тот факт, что судорожная реакция, возникающая у больного в момент подачи напряжения, может быть двоякого рода: она выражается в генерализованной флексорно-тонической судороге, особенно резко поражающей нижние конечности, или в реакции оцепенения экстензорного типа, сопровождающейся мелкоколебательными движениями конечностей. В первом случае сигналом к выключению тока должен служить тот момент, когда флексорно-тоническая судорога начинает переходить в экстензорно-тоническую, во втором тот момент, когда мелкоколебательные движения конечностей исчезают, и реакция оцепенения становится более полной.

Пользуясь этими признаками, мы даем ту или другую экспозицию тока, не меняя существующего в сети напряжения. Для нас достаточна вся та амплитуда напряжения, которая обычно бывает в городской осветительной сети (80-120 вольт). Опыт показывает, что экспозиция тока в различных случаях колеблется при этом от 0,5-0,6 до 1,5 секунд.

В связи со всем сказанным, полностью отпадает нужда как в трансформаторе, так и в реле времени, которые обычно имеются в

общепринятых конструкциях аппаратов. Трансформатор нам вообще не нужен. Вместо же реле времени, способствующего частому развитию «сорванных» ЭШ, мы пользуемся хронометром, который не предопределяет заранее времени экспозиции тока, а лишь «засекает» его.

Таким образом, основными составными частями сконструированного нами аппарата являются вольтметр, хронометр и сигнальная лампочка. Хронометр начинает свой ход в момент включения больного и прекращает его в момент выключения больного. Стало быть, этот хронометр автоматически «засекает» время произведенной экспозиции тока, не связывая врача заранее установленной экспозицией, как это делает реле времени. Пуск и остановка хронометра не связаны с электрическим током, а совершаются посредством механической системы рычагов, управляемой лимбом включения.

Лимб включения при первом нажиме одновременно подает напряжение на больного, зажигает сигнальную лампочку и пускает в ход хронометр. Прекращение нажима одновременно снимает напряжение с больного, гасит сигнальную лампочку и останавливает хронометр. При втором нажиме лимба (после ЭШ) стрелка хронометра возвращается в исходное положение.

На каком-либо участке проводника в аппарате должен быть поставлен плавкий предохранитель на 1 ампер. Габариты аппарата: 8 см × 11,5 см × 16,5 см. Описанный аппарат полностью удовлетворяет всем перечисленным выше требованиям.

Х

Давая общую оценку ЭШТ, как лечебному методу, мы должны признать, что при правильном применении в надлежащих случаях этот метод является действенным способом лечения некоторых форм шизофрении, маниакально-депрессивного психоза и инволюционной депрессии.

Подкупающая быстрота купирующего действия и небольшая трудоемкость процедуры создают нежелательные предпосылки для неправомерно расширительного применения ЭШТ, недоучета соматических противопоказаний и возможных отрицательных последствий. Это неизбежно приводит к снижению показателей эффективности и дискредитации метода.

Решительно отвергая подобного рода тенденции, мы настойчиво предостерегаем от необоснованного увлечения относительной новизной рассматриваемого метода лечения и твердо подчеркиваем не только положительные, но также и отрицательные его стороны.

Рассматривая ЭШТ, как один из оправдывающих свое применение при известных условиях активных методов лечения психозов, мы, вместе с тем, считаем, что это ни в какой мере не снижает значения других ранее предложенных активных методов лечения психических заболеваний и

отнюдь не исключает наших дальнейших энергичных поисков еще более совершенных способов терапии.

О ПРИМЕНЕНИИ ЭЛЕКТРОШОКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ*

16.V.1952 г. состоялось заседание Ученого совета отделения клинической медицины Академии медицинских наук СССР, посвященное обсуждению целесообразности и возможности применения электрошока для лечения психических болезней. Вопрос этот возник в связи с обсуждением, по просьбе Высшей аттестационной комиссии, докторской диссертации А. И. Плотичера на тему: «Теория и практика лечения психозов электрическим шоком». На заседании Ученого совета присутствовали: А. Л. Мясников, Н. В. Коновалов, С. А. Саркисов, Н. И. Озерецкий, В. Р. Брайцев, В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич, Б. С. Преображенский, А. М. Гринштейн, А. И. Савицкий, Б. Г. Егоров, И. Н. Филимонов, И. Я. Раздольский, Е. А. Попов, Н. Н. Приоров, В. А. Равич-Щербо, А. В. Снежневский, О. В. Кербиков, Ф. А. Андреев, В. М. Банщиков, А. А. Портнов, И. К. Зюзин. Председатель А. Л. Мясников, ученый секретарь А. И. Каграманов.

В своем докладе *А. И. Плотичер* заявил, что за последние четыре года, прошедшие после окончания им диссертации, на основании последующих наблюдений, катамнестических и лабораторных исследований он пересмотрел показания и противопоказания к электросудорожной терапии. В настоящее время он считает, что показаниями к применению электросудорожной терапии являются пресенильные психозы, некоторые формы шизофрении, характеризующиеся преобладанием элементарных двигательных и эмоциональных расстройств, и затянувшиеся формы маниакально-депрессивного психоза.

Н. И. Озерецкий в своем выступлении указал, что выдвигаемые теперь А. И. Плотичером положения полностью расходятся с прежними утверждениями, изложенными в его диссертации, в которой А. И. Плотичер без достаточного клинического и теоретического обоснования пропагандировал чрезвычайно широкое применение этого метода. *Н. И. Озерецкий* считает, что электросудорожная терапия, имеющая ряд порочных моментов, может применяться только в исключительных случаях, когда нет возможности избежать ее применения. Амбулаторное применение электрошоковой терапии недопустимо.

О. В. Кербиков считает, что в настоящее время отказываться от электросудорожной терапии преждевременно и не обосновано. Однако при

* Данный отчет был опубликован в Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова 1952;3:71-73. Редакционный совет «Хрестоматии по ЭСТ» напоминает читателям, что данный текст имеет в наши дни сугубо историческое значение, и ни в коей мере не является ориентиром для современной клинической практики.

ее применении необходимо ограничиваться строгими показаниями и противопоказаниями. Электросудорожную терапию следует применять в состоянии наркоза в субконвульсивных дозах, что в значительной мере уменьшает ее вредные свойства. Для выяснения границ возможности применения электросудорожной терапии чрезвычайно важны эксперименты на животных.

В. А. Гиляровский напоминает, что он всегда очень осторожно относился к применению электрошока. По его мнению, электросудорожная терапия применима в исключительных случаях и прежде всего при инволюционной меланхолии. Совсем отказаться от этого метода было бы ошибкой. В отдельных случаях возможна комбинация его с другими методами. Электросудорожную терапию надо считать тяжелым методом лечения. Ее не следует применять при маниакально-депрессивном психозе, реактивных состояниях и неврозах.

Е. А. Полов полагает, что есть случаи, когда электросудорожная терапия является методом, несомненно, эффективным. Вместе с тем этот метод лечения имеет ряд очень тяжелых, отрицательных сторон. Исследование условных рефлексов у животных после применения электрошока указывает, что даже после первого шока наступает известное нарушение условнорефлекторной деятельности, которая восстанавливается лишь через несколько недель. После четырех-пяти электрошоков условные рефлексы не восстанавливались на протяжении многих месяцев. Но и другие методы лечения психических заболеваний имеют свои отрицательные стороны. Электросудорожную терапию можно применять, однако лишь в тех случаях, когда имеется основание считать, что без нее невозможно достичь лечебного эффекта. Электросудорожную терапию не следует применять при неврозах, реактивной депрессии, при маниакально-депрессивном психозе. При шизофрении этот метод лечения допустим лишь после того, как все другие методы лечения испробованы. Электросудорожная терапия показана при инволюционной депрессии. Количество сеансов в течение курса не должно превышать 10-12.

М. О. Гуревич находит, что электросудорожную терапию можно применять только в тех случаях, когда все другие методы оказываются неэффективными. При маниакально-депрессивном психозе электросудорожную терапию применять не следует.

А. В. Снежневский отмечает, что психиатры единодушны в своем отношении к электросудорожной терапии – методу лечения с крайне ограниченными показаниями и строгой дозировкой. Электросудорожная терапия показана не вообще при пресенильных психозах, а лишь при инволюционной меланхолии, при шизофрении же только в тех случаях, когда другие методы лечения и прежде всего инсулинотерапия не оказывают должного эффекта. В подобных случаях электросудорожная терапия показана в качестве последующей терапии с очень ограниченным числом сеансов в течение курса. Этим и ограничиваются показания к

электросудорожной терапии. Абсолютно недопустимо применение электросудорожной терапии в условиях амбулатории.

А. Л. Мясников предложил следующую формулировку отношения к методу электросудорожной терапии: этот метод допустим для лечения психических заболеваний, однако при строгих показаниях, главным образом при пресенильных психозах и некоторых формах шизофрении; применение его должно быть весьма индивидуализировано. Этот метод следует тщательно изучать в экспериментальных условиях. При применении его необходимо максимально сократить число сеансов.

Ученый совет принял следующее решение, предложенное на основе прений комиссией в составе Н. И. Озерецкого, Е. А. Попова и А. В. Снежневского.

«Ученый совет отделения клинической медицины АМН СССР считает, что электросудорожная терапия допустима и может применяться как один из методов лечения психических заболеваний. Вместе с тем необходимо предостеречь от широкого и некритического применения электросудорожной терапии. Несомненно, в некоторых случаях этот способ лечения дает успех, но вместе с тем он является небезразличным, а иногда и опасным. Помимо переломов, вывихов, повреждений внутренних органов и т. п., электросудорожная терапия вызывает нарушения в самой мозговой ткани, что проявляется расстройством памяти и другими психическими симптомами.

Полная обратимость этих расстройств не может быть доказана. Патологоанатомические и физиологические исследования, особенно экспериментального характера, показывают, что прохождение электрического тока через мозг может вызывать значительные повреждения последнего.

Поэтому необходимо признать, что электросудорожная терапия может быть применяема только в качестве последнего средства там, где другие методы лечения не дали успеха. Из форм психических заболеваний электросудорожная терапия может быть применяема в основном при пресенильной меланхолии и при некоторых формах шизофрении. Применение электросудорожной терапии совершенно недопустимо при реактивной депрессии, при неврозах как метод борьбы с возбуждением, а также у детей.

Курс лечения электросудорожной терапией не должен быть длительным и интенсивным. Применение ее допустимо только в стационарных условиях».

**АНАТОЛИЙ ИОСИФОВИЧ ПЛОТИЧЕР
(К 80-летию со дня рождения)***



В мае 1981 г. исполнилось 80 лет со дня рождения и 55 лет врачебной, научной и общественной деятельности известного советского психиатра доктора медицинских наук профессора Анатолия Иосифовича Плотичера.

По окончании Харьковского медицинского института в 1926 г. А. И. Плотичер начал работать в Украинском психоневрологическом институте в качестве стажирующегося врача. С этим институтом связана вся его дальнейшая деятельность. Здесь с 1961 по 1978 г. он руководил отделом психиатрии. В течение ряда лет Анатолий Иосифович работал одновременно на кафедрах психиатрии Харьковского медицинского института и Украинского института

усовершенствования врачей, а также в Харьковском институте охраны здоровья детей и подростков.

А. И. Плотичер написал около 170 научных работ по различным вопросам клинической психиатрии (психопатология и лечение эпилепсии, судорожная терапия психозов, контузионный сурдомутизм военного времени, клиника и патофизиология ремиссий при шизофрении, профилактика рецидивов этого заболевания, динамика циркулярного психоза, различные клинические аспекты аффективной патологии); он занимался разработкой экспериментально-психологических методов исследования в психиатрической клинике и др. Кандидатская диссертация А. И. Плотичера (1937 г.) была посвящена острым психогенным реакциям в детском возрасте, а докторская диссертация (1960 г.) – ремиссиям и профилактике рецидивов при шизофрении.

А. И. Плотичер – прекрасный клиницист, психотерапевт и педагог. Им подготовлено большое число психиатров, которые работают во многих научных и практических учреждениях страны.

А. И. Плотичер – член КПСС с 1946 г. В течение ряда лет он возглавлял Украинскую республиканскую проблемную комиссию по

* Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 1981; 9: 1418.

психиатрии, был председателем проблемной комиссии по психиатрии Харьковского научно-исследовательского института неврологии и психиатрии, являлся заместителем председателя правления Харьковского научного общества невропатологов и психиатров.

В настоящее время, находясь на заслуженном отдыхе, А. И. Плотичер продолжает оказывать помощь практическому здравоохранению, систематически консультируя больных в Харьковском городском психоневрологическом диспансере.

Желаем Анатолию Иосифовичу доброго здоровья, долгих лет жизни и дальнейших успехов в труде на благо советского здравоохранения.