

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 616.89 (092)

*П.Т. Петрюк³, И.И. Кутько¹, А.П. Петрюк²***ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА А.И. ПЛОТИЧЕРА
(К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ И 60-ЛЕТИЮ ЗАЩИТЫ ПЕРВОЙ ДОКТОРСКОЙ
ДИССЕРТАЦИИ)**

¹Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, ²Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3 (Сабурова дача), ³Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Ключевые слова: профессор А.И. Плотичер, избранные данные творческого пути, первая докторская диссертация



*Лучше заслужить почет и
не иметь его,
нежели иметь его, не заслужив.*

Марк Твен

Анатолий Иосифович Плотичер (1901-1987) – известный отечественный ученый, психиатр-клиницист, доктор медицинских наук, профессор и бывший сабурянин, много сделавший для изучения электросудорожной терапии (ЭСТ) психозов, психопатологии и лечения эпилепсии, контузионного сурдомутизма военного времени, клиники и патофизиологии ремиссий при шизофрении, особенно их «фасадных» вариантов, профилактики ее рецидивов, дефектных состояний при шизофрении, динамики циркулярного психоза, аффективной патологии, в частности, проблемы депрессий, а также для внедрения методов психотерапии в практику лечения психических расстройств. Анатолий Иосифович был искусным психотерапевтом, мастерски владеющим техникой гипнотерапии. Многие отечественные психиатры считают А.И. Плотичера одним из наиболее ярких ученых, серьезно и успешно занимавшихся вопросами ЭСТ в СССР.

Учителями и наставниками А.И. Плотичера в своё время являлись выдающиеся отечественные учёные-психиатры профессора Г.Е. Сухарева и Е.А. Попов. Кандидатская диссертация Анатолия Иосифовича посвящена острым психогенным реакциям в детском возрасте (1937), пер-

вая докторская диссертация – теории и практике лечения психозов электрическим шоком (1950), а вторая докторская диссертация также весьма актуальному вопросу – развитию ремиссий и профилактике рецидивов при шизофрении (1960) [1-7].

Профессор А.М. Карпов справедливо отмечает, что идея психиатров А.И. Нельсона и А.Г. Комиссарова познакомить своих коллег с трудами талантливого ученого и врача-психиатра А.И. Плотичера, выполненными 60 лет назад, очень точно соответствует запросам образования и воспитания врачей нашего XXI века. За прошедшие полвека сменилось два 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. При этом 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 [8].

Переизданный научный труд А.И. Плотичера «Теория и практика лечения психозов электрическим шоком» (2007) сегодня воспринимается как новый и актуальный, и создает оптимистический настрой на будущее при наличии такого превосходного интеллектуального прошло-

го. 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 данным 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, что невозможно без четкой структуризации знаний психиатрии, неврологии и патофизиологии, умения мыслить по «горизонтали и по вертикали», переходить со структурных характеристик на функциональные и динамические, одновременного владения алгоритмами мышления психиатра-клинициста, невролога и патофизиолога-экспериментатора. Это блестящий образец интеллектуально-профессионального совершенства для молодых психиатров, к которому нужно стремиться во все времена [9].

Творчество А.И. Плотичера не известно психиатрам России и Украины, а также других стран СНГ. А.И. Нельсон и А.Г. Комиссаров частично устранили этот пробел. Они 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 [8].

Упомянутая работа Анатолия Иосифовича возвращает нас к событиям 40-х годов 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 была посвящена и диссертационная работа А.И. Плотичера «Теория и практика лечения психозов электрическим шоком», которая была защищена 1950 году и уже через два года стала, как и её автореферат, настоящим библиографическим раритетом, практически недоступным для современного читателя [9]. 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; разработка вариантов проведения курсов и сеансов, включая ЭСТ с наркозом; глубоко осмысленный физиологический 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 [10].

Многие идеи диссертационной работы по праву могут считаться новаторскими, так как 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 Анатолия Иосифовича имеет все основания считаться классической и должна занять достойное место в серии «Хрестоматия по ЭСТ».

К сожалению, 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 [11]. В те годы характерной чертой обвинительных публикаций являлось отсутствие у критиков и их читателей знакомства с оригинальным текстом «разоблачаемой» работы.

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 «ограничительное» в отношении ЭСТ резюме привело к практически полному и повсеместному прекращению применения ЭСТ в СССР. Справедливости ради следует напомнить, что на заседании упомянутого Ученого совета присутствовали: А.Л. Мясников, Н.В. Коновалов, С.А. Саркисов, Н.И. Озерский, 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. Кербинов, Ф.А. Андреев, В.М. Банщиков, А.А. Портнов, И.К. Зюзин. Председателем был А.Л. Мясников, ученый секретарь – А.И. Каграманов [11].

Небезынтересно отметить, что именно ЭСТ оказалась объектом нападок в силу следующих причин. Метод был на виду – необычный, немедикаментозный, эффективный. Он пришел из Италии – страны, которая недавно была представителем вражеской фашистской коалиции. Он активно развивался в западных странах – послевоенных политических оппонентах СССР. Методу были присущи внутренние противоречия – высокая эффективность, сочетавшаяся с внешней брутальностью, осложнениями, неспособностью предотвращать рецидивы, навязчивыми ассоциациями с психирургией. Метод плохо вписывался в учение И.П. Павлова. Трудно было по привычным схемам приписать ему отечественный приоритет. Наконец, многие наиболее активные исследователи и сторонники ЭСТ оказались, как на подбор, представителями «непопулярной» национальности, людьми талантливыми и известными. Все это делало

ЭСТ привлекательным объектом для «искоренения» [10].

Среди видных отечественных психиатров того времени были как люди, категорически отвергавшие ЭСТ, например, В.А. Гиляровский, так и широко пропагандировавшие ее, к примеру, М.Я. Серейский) [12]. В нормально развивающейся науке разногласия в поисках истины естественны. Но тогда научный спор пытались решать силовыми или политическими методами.

Если не смотреть на первую страницу обложки, где указан год издания, то эту работу вполне можно принять за написанную в наши дни – настолько много там современных идей. Дополняет впечатление полное отсутствие в диссертации ритуальных словословий в адрес коммунистической партии и ее вождя, ссылок на «решения партийных съездов», очернения «буржуазной медицины» в пользу «советской». Мировая психиатрия много потеряла от того, что этот труд не был издан в виде монографии, и мало кому теперь известен. На наш взгляд, это научное произведение заслуживает того, как уже нами подчеркивалось, чтобы быть занесенным в разряд классических работ по ЭСТ, и именно с него надо было бы начинать изучение предмета [10].

После успешной защиты докторской диссертации, следующие два года ВАК «рассматривает вопрос» об утверждении этой диссертации. 16 мая 1952 года Ученый совет отделения клинической медицины Академии медицинских наук СССР проводит заседание, посвященное «обсуждению целесообразности и возможности применения электрошока для лечения психических болезней». Сценарий заседания необычен и показателен: ВАК обращается в Академию медицинских наук с небывалой просьбой обсудить докторскую диссертацию А.И. Плотичера на тему: «Теория и практика лечения психозов электрическим шоком». Ни диссертация, ни ее автор не были причиной заседания – это был неуклюжий повод «разделаться, наконец, с этим электрошоком». На заседании А.И. Плотичер был поставлен в положение, где ему ничего не оставалось, как покаяться объявить, что он «пересмотрел показания и противопоказания к электросудорожной терапии». Но это не помогло: цель заседания была predetermined заранее, и диссертация Анатолия Иосифовича так и не увидела света. Отчет о заседании был срочно напечатан, как уже отмечалось, в Журнале невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова [11].

В решении было записано, что ЭСТ может применяться «только в качестве последнего средства там, где другие методы лечения не дали успеха, в основном при пресенильной меланхолии и при некоторых формах шизофрении. Применение ЭСТ совершенно недопустимо при реактивной депрессии, при неврозах, как метод борьбы с возбуждением, а также у детей. Курс ЭСТ не должен быть длительным и интенсивным. Применение ее допустимо только в стационарных условиях».

Казалось бы, даже в таком виде текст заключения выглядит хотя и слишком категоричным, но не закрывает дороги для развития метода. Но совокупность факторов, таких как собрание в стенах Академии ведущих психиатрических авторитетов страны, посвящение теме ЭСТ целого заседания, память о шумном «разгроме» лейкотомии, случившемся всего два года назад при подобных обстоятельствах, — недвусмысленно указывали врачам на то, что «партия не одобряет ЭСТ» [10].

В 1952 году одна за другой проходят целой чередой сессии Академии наук и Академии медицинских наук — отдельные и совместные, посвященные «проблемам физиологического учения И.П. Павлова» и «расстановке научно-педагогических кадров в системе здравоохранения СССР». Резолюции этих научных собраний воспринимаются как призывы к оценке всех текущих работ в психиатрии и неврологии на идеологическую верность учению И.П. Павлова, и искоренению «идеологически неверных» учений. Под лозунгами этих сессий «произошел поворот во взглядах отечественных психиатров на ЭСТ», как по заказу посыпались публикации о «вреде» ЭСТ, во многих публикациях стали приводить заниженные проценты выздоровлений пациентов, прошедших курс ЭСТ [13].

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 Украине и других странах СНГ.

Основные положения, прозвучавшие 16 мая 1952 года, 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 мето-

да 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».

В духе того времени в 1952 году центральный психиатрический печатный орган указывает, что «следует покончить со слишком широкими показаниями к ЭСТ» [14]. О.В. Кербиков говорил в то время об ЭСТ: «Показания к этому тяжелому виду терапии в настоящее время резко ограничены» [15]. Все эти цитаты на языке того времени означали фактический запрет.

ЭСТ, изобретенная в 1938 году итальянскими психиатрами Ugo Cerletti и Lucio Bini, 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 риски. Об этом мечтал А.И. Плотицер, и он одним из первых заложил в свое время предпосылки этих позитивных изменений в методику ЭСТ.

Следует подчеркнуть, что вышеупомянутый научный источник является историческим документом и не может служить практическим руководством по современной ЭСТ. При этом важно учесть, что к настоящему времени изменилась терминология — «электрошоковая» терапия теперь называется «электросудорожной», хотя в настоящей работе нами использованы оба термина — новый и старый).

В 1981 году «Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова» поздравил Анатолия Иосифовича 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 выдающаяся роль в развитии ЭСТ было принято замалчивать) [1].

Уместно отметить, что уже тогда в 1949 году Анатолию Иосифовичу стало ясно, что в основе механизма действия ЭСТ лежит «понижение и повышение проходимости синаптических контактов». Тогда же он раньше многих понял, что искать критерии эффективности терапии нужно не в длительности припадков, 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 припадков, что обуславливает необходимость наркоза; уже тогда в его клинике активно начал применяться барбитуровый наркоз при ЭСТ. В конце 40-х годов прошлого века 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 (1947-1949) ряд биологических предикторов качества ремиссии после ЭСТ, что является актуальной проблемой сегодняшней теории и практики ЭСТ.

А.И. Плотичер справедливо подчеркивает, что активная биологическая терапия душевных заболеваний открыла новую эру в развитии психиатрии. «В свете этих новых положений современной медицины, оправданных теоретически и подтвержденных практически, проблема активного лечения психозов приобретает большие перспективы.

Анатолий Иосифович констатирует, что они не склонны рассматривать предмет его 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» [8-10].

А.И. Плотичер в начале своей работы освещает цель исследования, которая касается проблемы электрошоковой терапии (ЭШТ) психозов, и очерчивает его задачи, а именно: 1. Терапевтическая эффективность ЭШТ шизофрении, маниакально-депрессивного психоза (МДП) 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. Патологический анализ картины ЭШ и механизмы его лечебного действия. Указывает, что общая численность больных, подвергшихся лечению ЭШ составила 512 чел., из них больных: шизофренией – 430 чел., МДП – 50 чел. и инволюционной депрессией – 32 чел. Описываются применяемые методы исследования [8, 9].

Далее, в работе освещаются лечебные результаты применения ЭШ, которые должны быть отнесены к числу активных методов лечения психозов. В частности, обнаружен более всего высокий непосредственный лечебный эффект ЭШТ при МДП (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).

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.

А.И. Плотичер в соответствии с этим пришел к выводу, что 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 харак-

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

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 неполная ремиссия, а лишь та или иная степень улучшения [8, 9, 16].

Анатолий Иосифович отмечает, что 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 [2, 8, 9, 17].

Быстрота и скачкообразность являются самими характерными 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 [8, 9].

Суммируя все изложенные данные, А.И. Плотицер приходит 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» [8, 9, 17].

Рассматривая клиническую картину ЭШ, Анатолий Иосифович доказывает, что она в своих существенных чертах приближается к картине эпилептического приступа, отличаясь от нее рядом деталей. Весь цикл ЭШ он делил на три основные стадии: 1) реактивную, 2) автономную и 3) резидуальную. Каждую из этих стадий он дифференцирует 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 он относил фазу апноэ, фазу постпароксизмального психомоторного возбуждения, фазу непродуктивной оглушенности и фазу сна. Детали инициальных фаз изучались 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 мнению автора, находится в состоянии своеобразного изменения, а не просто «выключения» [8, 9].

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 патологичес-

кие 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, А.И. Плотичер придавал 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 ее слабость. Этим же объясняется 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.

Все клинически определяемые осложнения и отрицательные последствия ЭШТ, с которыми Анатолию Иосифовичу пришлось встретиться, распределены им на четыре группы:

«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 наркоэлектростимуляторов 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.

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. Имелись 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 автора 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» [8, 9].

Следует подчеркнуть, что 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 докторской диссертации. В настоящее время, когда ЭСТ проводится с современным анестезиолого-реаниматологическим обеспечением и современными аппаратами, то риск и осложнения минимальны, а противопоказаний практически нет.

А.И. Плотичеру удалось разрешить 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. Таким образом, было выделено пять основных методических вариантов ЭШТ, составляющих градативную систему лечения.

Порядок расположения этих вариантов по степени нарастания интенсивности лечебного воздействия следующий: I. Abortивный курс электрошоков. II. Редуцированные электрошоки. III. Разреженный курс электрошоков. IV. Концентрированный курс электрошоков. V. Наркоэлектрошоки.

Abortивный 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 см³ 10% 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 производятся 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 см³ 10% 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.

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, МДП 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, указывает автор, 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 [8, 9, 18].

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 Анатолий Иосифович объединил в своей блестящей докторской диссертации «Теория и практика лечения психозов электрическим шоком», которую, как уже нами указывалось, он защитил в Харькове в 1950 году. Однако, как упоминалось выше, вместо присвоения ему заслуженной ученой степени доктора медицинских наук медицинское и научное руководство страны использовало его диссертацию в качестве повода для публичной расправы над методами 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 восьмом номере «Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова» за 1952 год [11]. Диссертация не была утверждена ВАК СССР. Несмотря на такое серьезное профессиональное поражение, а также на сложности личной и научной судьбы, связанные с развернутой в стране в начале 50-х годов XX века 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 долгожданная ученая степень доктора медицинских наук и в последующем научное звание профессора [5, 6].

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. Анатолий Иосифович в последние годы много внимания уделял разработке и внедрению в практику экспериментально-психологических методов изучения мышления и эмоционально-воле-

вой сферы психически больных. 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 в Украине благодаря школе А.И. Плотичера.

Ряд предложенных профессором А.И. Плотичером концепций и методик до настоящего времени учитываются и используются в психиатрических научных и лечебных учреждениях Украины. А.И. Плотичер был блестящим клиницистом и педагогом. Клинические разборы больных под его руководством проходили очень интересно с глубоким профессиональным анализом каждого случая. Подведение итогов и постановка диагноза заболевания были им четко аргументированы и весьма убедительны, изложены тактично, «интеллигентно», не ущемляя мнение других врачей, участвующих в разборе. Клинические лекции Анатолия Иосифовича всегда отличались глубиной и широтой кругозора с использованием многочисленных отечественных и зарубежных источников специальной литературы. Под руководством профессора А.И. Плотичера ежегодно повышали свою профессиональную квалификацию врачи-психиатры практического здравоохранения, часть из них защитили кандидатские диссертации, двое из его учеников стали докторами медицинских наук. На протяжении многих лет Анатолий Иосифович был председателем проблемной комиссии по психиатрии Украинского психоневрологического института, заместителем председателя правления Харьковского научного общества невропатологов и психиатров и председателем Украинской республиканской проблемной комиссии по специальности психиатрия. Однако, хотелось бы подчеркнуть, что А.И. Плотичер был прежде всего интеллигентным чело-

веком, прекрасным клиницистом, внимательным и добросердечным врачом, искусным психотерапевтом, мастерски владеющим техникой гипноза. Это в значительной степени снискало ему любовь и уважение пациентов, коллег и учеников, многие из которых успешно работают в научных медицинских учреждениях и в практическом здравоохранении Украины [7].

Среди учеников Анатолия Иосифовича следует назвать профессора, доктора медицинских наук А.Д. Таранскую, заслуженного деятеля науки и техники Украины, профессора, доктора медицинских наук И.И. Кутько, доцента, кандидата медицинских наук А.Б. Гусову, заслуженного врача Украины, доцента, кандидата медицинских наук В.И. Реминяка, ведущего научного сотрудника, кандидата медицинских наук В.И. Букреева, правозащитника с мировым именем, кандидата медицинских наук А.И. Корягина, организатора психиатрической помощи, кандидата медицинских наук Л.Г. Коди́нец и многих других.

С 20 января 1978 года А.И. Плоти́чер получил право на заслуженный отдых, однако продолжал консультировать больных в Харьковском городском психоневрологическом диспансере №

3. Работавшие рядом с ним коллеги вспоминают этого человека с большим теплом.

Анатолий Иосифович награжден медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», значком «Отличник здравоохранения» и Почетной грамотой Президиума Верховного Совета СССР [7].

Умер А.И. Плоти́чер 1 апреля 1987 года, похоронен на кладбище № 3 г. Харькова. Своими научными достижениями А.И. Плоти́чер оставил заметный след в украинской научной и практической психиатрии. Вне сомнения, биография и научное наследие, особенно работы по вопросам теории и практики лечения психозов электрическим током, Анатолия Иосифовича нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

Выражение признательности

Авторы выражают признательность сыну Анатолия Иосифовича – Е.А. Плоти́черу за помощь в сборе данных, предоставленную возможность пользоваться материалами семейного архива и ценные замечания при работе над более ранней версией этой статьи.

П.Т. Петрюк³, І.І. Кутько¹, О.П. Петрюк²

**ПАМ'ЯТІ ПРОФЕСОРА А.Й. ПЛОТИЧЕРА
(ДО 110-РІЧЧЯ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ І 60-РІЧЧЯ ЗАХИСТУ ПЕРШОЇ ДОКТОРСЬКОЇ
ДИСЕРТАЦІЇ)**

¹Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, ²Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3 (Сабу́рова дача), ³Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб із проблемами психіки, м. Харків

На основі джерел спеціальної літератури і наукових праць приведені нові дані про творчий шлях професора А.Й. Плоти́чера – відомого вітчизняного ученого, психіатра, представника харківської психіатричної школи, що працював у свій час на Сабу́ровій дачі, який своїми науковими досягненнями вніс вагомий внесок до розвитку вітчизняної наукової і практичної психіатрії, в т.ч. і харківської психіатричної школи. Дано докладний аналіз захищеної, але не затвердженої ВАК СРСР, першої докторської дисертації. Підкреслюється необхідність подальшого вивчення біографії і наукового внеску ученого, особливо робіт з питань теорії і практики лікування психозів електричним струмом. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 96-106).

P.T. Petryuk³, I.I. Kutko¹, O.P. Petryuk²

**TO MEMORY OF PROFESSOR A.J. PLOTICHER
(TO 110-TH ANNIVERSARY AND 60-YEARS DEFENCE OF THE FIRST DOCTORAL
DISSERTATION)**

¹Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine, ²Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha), ³Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

On the basis of sources of the special literature and scientific labours new information is resulted about the creative way of professor A.J. Ploticher – the known domestic scientist, psychiatrist, representative of Kharkiv psychiatric school of, which worked at one time on the Saburova dacha, which brought in ponderable payment the scientific achievements in development of domestic scientific and practical psychiatry, including and Kharkiv psychiatric school. The detailed analysis of not ratified HAC of SU protected, but is given, first doctoral dissertation. The necessity of subsequent study of biography and scientific payment of scientist is underlined, especially works on questions of theory and practice of treatment of psychoses by an electric current. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 96-106).

Литература

1. Анатолий Иосифович Плотичер (К 80-летию со дня рождения) // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1981. – Т. 81. – № 9. – С. 1418-1419.
2. Плотичер Анатолий Иосифович: личное дело Харьковского научно-исследовательского института неврологии и психиатрии (начато 01.11.1944 г., окончено 20.01.1978 г.). – Х. – 11 листов // Из личного архива П.Т. Петрюка.
3. Волошин П.В. История Украинского научно-исследовательского института клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Т. 1. – Х.: Б.и., 1994. – С. 3-7.
4. Кутько И.И., Стефановский В.А. Анатолий Иосифович Плотичер – учёный, педагог, врач // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. – Т. 1. – Х.: Б.и., 1994. – С. 87-89.
5. Ушаков Н. Харьковское эхо кремлевской интриги [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://berkovich-zametki.com/Novem/25/Ushakov1.htm>.
6. Плотичер А.И. Материалы к вопросу о развитии ремиссий и профилактике рецидивов при шизофрении: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Х., 1959. – 31 с.
7. Петрюк П.Т., Петрюк А.П. Профессор Анатолий Иосифович Плотичер – известный отечественный ученый, психиатр и бывший сабурянин // Психічне здоров'я. – 2009. – № 2 (23). – С.160-168.
8. Плотичер А.И. Теория и практика лечения психозов электрическим током. – Набережные Челны: Изд-во Камской госуд. инж.-экон. акад., 2007. – 48 с. (Серия «Хрестоматия по ЭСТ».
- Выпуск 2).
9. Плотичер А.И. Теория и практика лечения психозов электрическим шоком: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – Х., 1950. – 23 с.
10. Нельсон А.И. Электросудорожная терапия в психиатрии, наркологии и неврологии. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. – 368 с.
11. О применении электрошока для лечения психических заболеваний // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1952. – Т. 52. – № 8. – С. 71-73.
12. Ротштейн Г.А. О границах применения электросудорожной терапии // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1952. – Т. 52. – № 3. – С. 35-45.
13. Дайн Е.Г. Отдаленные результаты электросудорожной терапии шизофрении // Труды Черновицкой областной психоневрологической больницы. – Т. 1. – Черновицы: Б.и, 1958. – С. 233-253.
14. Банщиков В.М., Рапопорт А.М. Электросудорожная терапия в психоневрологических больницах СССР // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1952. – Т. 52. – № 3. – С. 67-81.
15. Кербиков О.В. Лекции по психиатрии. – М: Медгиз, 1955. – 240 с.
16. Плотичер А.И. Теоретические предпосылки и практические пути рациональной электросудорожной терапии // Труды XV сессии Украинского психоневрологического института. – Т. 24. – Х.: Б.и, 1949. – С. 199-210.
17. Плотичер А.И. Регрессивная динамика психоза в процессе электрошоковой терапии // Труды XIV сессии Украинского психоневрологического института. – Т. 23. – Х.: Б.и., 1947. – С. 399-407.
18. Плотичер А.И. Патологические основы электрошоковой терапии шизофрении // Труды 3-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. – М: Б.и., 1950. – С. 382-384.

Поступила в редакцию 17.04.2011