

Къ вопросу о примѣненіи постельнаго режима при душевныхъ болѣзняхъ.

Л. Айхенвальда.

Съ тѣхъ поръ какъ психіатрія навѣки отказалась отъ безчеловѣчныхъ способовъ мнимаго леченія и замѣнила ихъ гуманной участливостью и вниманіемъ къ больной душѣ—наука не устаетъ въ изысканіи средствъ противъ психическихъ недуговъ.

Въ настоящее время довольно энергично продолжаетъ трактоваться вопросъ о постельномъ режимѣ при душевныхъ страданіяхъ. Больныхъ размѣщаютъ подъ присмотромъ прислуги по койкамъ въ особыхъ палатахъ (Bettbehandlung), наблюдательныхъ отдѣленіяхъ или изоляторахъ. Окружающая обстановка носить больничный характеръ и ничѣмъ не отличается отъ обыденной, госпитальной. Отказывающихся лежать необходимо первое время удерживать.

Какъ и всегда, слѣды новой теоріи можно распознать уже въ отдаленномъ прошломъ.

Существуютъ указанія на то, что Гиппократъ, а впоследствии Сaelius A Cornelianus (въ V в.) лечили душевнобольныхъ покоемъ; второй изъ названныхъ врачей примѣнялъ его одновременно съ изоляціей при маніи.

Болѣе или менѣе правильное назначеніе покоя мы видимъ у Guislain'a. Онъ держалъ въ постели около двухъ-трехъ мѣсяцевъ меланхоликовъ въ начальномъ періодѣ болѣзни. Изолированіе каждаго новаго больного втеченіе 2—3 недѣль онъ считалъ обязательнымъ.

Въ 1853 г. Parcharre предложилъ выдѣлить въ больницахъ особыя наблюдательныя комнаты „quartiers de surveillance continue“. Въ 1865 г. Brosius на конгрессѣ въ Ганноверѣ заявилъ о необходимости лечить острые случаи душевныхъ заболѣ-

ваній покоемъ и изоляціей. Онъ утверждалъ, что еще Conolly предлагалъ постельное содержаніе душевно-больныхъ.

Griesinger рекомендовалъ этотъ способъ слабымъ и меланхоликамъ; профилактической мѣрой противъ возможной атрофіи мышцъ служить, по его мнѣнію, массажъ и электризація.

Постельное содержаніе нашло горячихъ защитниковъ въ лицѣ Erhlenmeyer's, Snell'a и Hergt'a; послѣдній не примѣнялъ его только къ меланхоликамъ, которыхъ онъ совѣтовалъ привязывать къ кровати.

Fürstner примѣнялъ его для алкоголиковъ, Scholz расширилъ показанія для постельнаго режима.

Heilbronner, наблюдавшій 200 больныхъ, стоитъ за „раціональную изоляцію“; по его мнѣнію, постель дѣйствуетъ хорошо въ изоляторахъ, а не въ общихъ палатахъ, многіе больные должны сидѣть въ постели.

Въ Америкѣ послѣ Falcott Hurd примѣнялъ названный способъ при меланхолиі. Въ Италиі, Греціи, Турціи и Сиріи почти нигдѣ не прибѣгали къ постельному режиму.

Въ 1879 г. коечное содержаніе введено было въ большихъ размѣрахъ въ Alt-Scherbitz'ѣ.

Clemens Neisser, назначалъ этотъ режимъ параноикамъ, галлюцинантамъ и паралитикамъ. Поборниками этого метода выступили далѣе Hebold, Roller, Wattenberg. Послѣдній въ своей статьѣ: „Sollen wir isolieren“ стоитъ за постельный режимъ и ставитъ его выше изоляціи, которая ожесточаетъ больныхъ. Краepelin, помимо маниаковъ и параноиковъ, рекомендуетъ постельный режимъ и для кататониковъ, гебефрениковъ; по его наблюденіямъ, необходимость въ наркотическихъ средствахъ уменьшается при соблюденіи коечнаго содержанія; союзникомъ постельнаго покоя онъ считаетъ продолжительныя ванны. Цѣлесообразны, по его мнѣнію, кровати съ боковыми стѣнками.

Постепенно въ Германіи всюду стало распространяться примѣненіе постельнаго содержанія, на ряду съ наблюдательными комнатами (Wachtabtheilungen, Paetz, Hitzig, Rabow).

Paetz говоритъ, что трудно установить, кому полезно и кому вредно постельное содержаніе; необходима индивидуализація; narcotica приходится расходовать меньше.

По L. Meyer'у, постельный режимъ дѣйствуетъ профилактически.

Dr Alt утверждаетъ, что дѣйствіе бромидовъ въ связи съ постельнымъ покоемъ сказывается быстрѣе при многократныхъ, слѣдующихъ другъ за другомъ; эпилептическихъ припадкахъ. Онъ считаетъ возбужденное состояніе больного искусственно вызваннымъ; оно не имѣло бы мѣста, еслибъ, начиная съ директора и кончая

служителемъ—всѣ были проникнуты желаніемъ не прибѣгать къ кліткамъ—*psychische asepis*.

Указанія на примѣненіе постельнаго покоя встрѣчаемъ въ нѣкоторыхъ учебникахъ, напр. Ziehen'a, Kraft-Ebing'a, Корсакова и др. Послѣдній рекомендуетъ его при „формахъ съ сильнымъ возбужденіемъ и лихорадочнымъ состояніемъ“.

Во Франціи этотъ методъ распространился благодаря стараніямъ Falret, Bille Lemoine, Magnan'a и Serieuх.

Проф. Бехтеревъ примѣнялъ въ своей клиникѣ методъ постельнаго содержанія при нарушеніяхъ сферы чувствъ, но не у спокойныхъ больныхъ; продолжительность примѣненія зависитъ отъ теченія болѣзни.

Какъ на преимущество этой мѣры онъ указываетъ и на спокойствіе въ отдѣленіи и уменьшеніе числа несчастныхъ случаевъ; выигрывается количество мѣста, не нужны особыя мѣры охраны (замки), облегчается надзоръ; горизонтальное положеніе больныхъ регулируетъ циркуляцію крови въ организмъ; „раствореніе“ безпокойнаго элемента въ спокойномъ онъ считаетъ утопій; насильственного удержанія въ постели и примѣненія наркотическихъ средствъ не должно быть.

Д-ръ Тимофеевъ, (который, кажется, первый ввелъ этотъ методъ въ больницѣ Александра III близъ Петербурга) указываетъ на рѣдкость изоляціи при постельномъ режимѣ; острые психозы протекаютъ быстрѣе и лучше; больные повышаются въ вѣсѣ, чистота окружающей обстановки и рѣдкость нападеній также говорятъ за этотъ методъ леченія.

Д-г. Krauatsch сообщилъ, что изъ 42 двѣ трети пациен-товъ перестали нуждаться въ изоляціи послѣ примѣненія постельнаго содержанія.

Д-ръ Говсѣевъ, который въ 94 г. ввелъ этотъ режимъ въ Екатеринославской лечебницѣ, замѣчаетъ, что послѣдній даетъ возможность вести правильныя клиническія наблюденія. Показаніями къ нему, по его мнѣнію, служатъ соматическія осложненія у душевно-больныхъ, параличи съ возбужденіемъ, свѣжіе случаи, эпизодически наступающія острые явленія раздраженія, отказъ отъ пищи, самоповрежденіе. Постельный режимъ примѣняли д-ра Осиновъ и Юрманъ. Послѣдній одновременно пользовался бромисто-водороднымъ скополаминомъ.

Д-ръ Черемшанскій видитъ отрицательныя стороны постельнаго покоя въ мастурбаціи, малокровіи больныхъ и развивающейся лѣни.

Проф. Чижъ не наблюдалъ особенно удовлетворительныхъ результатовъ отъ примѣненія постельнаго покоя, называя его „удобнымъ пріемомъ“, д-ръ Грейденбергъ смотритъ на него какъ на

одинъ изъ методовъ леченія, д-ръ Левчаткинъ предпочитаетъ изоляцію; удерживаніе въ постели больныхъ ведетъ къ обилію синяковъ на тѣлѣ больныхъ. Д-ръ Бернштейнъ высказываетъ ся противъ изоляціи содержащихся въ постели больныхъ.

Д-ръ Трапезниковъ указываетъ, что въ административномъ отношеніи постельный покой заслуживаетъ большаго вниманія, хотя оказываетъ изнѣживающее и разслабляющее вліяніе (онанія); по его словамъ, онъ не вліяетъ на t^0 тѣла больныхъ, пульсъ и дыханіе; больные спятъ больше и днемъ и ночью; количество употребляемыхъ narcotica не меньше; аппетитъ не уменьшается, запоры чаще, вѣсъ падаетъ, столкновенія между больными рѣже; вліяетъ ли эта система леченія на продолжительность болѣзни,—трудно сказать. А. Токарскій желаетъ, чтобы методъ этотъ всегда примѣнялся съ перерывами.

А. Ющенко находитъ, что авторы противорѣчатъ другъ другу въ данномъ вопросѣ; причину этого онъ видитъ въ неодинаковыхъ условіяхъ, въ которыя ставятъ больныхъ и въ различномъ характерѣ ихъ; быстро подчиняются постельному содержанію паралитики, маниаки, амент'ики; $\frac{1}{10}$ выздоравливающихъ не увеличивается, продолжительность болѣзни не сокращается; сонъ, аппетитъ и стулъ удовлетворительны, число несчастныхъ случаевъ сокращается; постельный покой есть вспомогательный терапевтическій пріемъ, но отнюдь не составляетъ крупнаго переворота въ дѣлѣ леченія душевно больныхъ. Сторонникомъ постельнаго содержанія является и д-ръ Костецкій.

Различные отчеты специальныхъ лечебницъ въ общемъ считаютъ примѣненіе постельнаго леченія желательнымъ и полезнымъ пріемомъ.

Въ послѣднее время коечное содержаніе нашло послѣдователей въ лицѣ Moss'a, Mairét, Ardin—Delteuil'a, Witzel'a E. Kalmus'a и Braëscó (послѣдній примѣнялъ при пеллагрѣ) А. Paris удостовѣряетъ, что благодаря пребыванію въ постели число хирургическихъ пособій уменьшается; опытъ показалъ ему, что маниаковъ должно изолировать.

По Würth'y стремленіе къ разрушенію у больныхъ, содержащихся въ постели, меньше; меньше приходится прибѣгать къ изоляціи и наркотическимъ средствамъ, интенсивность галлюцинацій ослабляется благодаря покою.

D-r Pélas, наблюдавшій до 200 больныхъ, говоритъ, что рѣдко удается легко подчинить постельному режиму больныхъ, чаще это бываетъ трудно. Необходимо ревностное участіе со стороны персонала, окружающаго больныхъ. При нѣкоторыхъ стадіяхъ возбужденія постельный покой прямо вреденъ. Врачамъ удобнѣе вести наблюденія и слѣдить за соматическими измѣненіями у пациентовъ, что представляется очень важнымъ.

Острые случаи требуютъ примѣненія этого метода, для хрониковъ онъ противопоказанъ. Постельный режимъ экономизируетъ расходъ силъ, затрачиваемыхъ больными при возбужденіи, галлюцинаціи исчезаютъ, проявляется мысль больного, число несчастныхъ случаевъ уменьшается. Что касается паралитиковъ, то постельное содержаніе полезно для слабыхъ и нечистоплотныхъ.

На послѣднемъ медицинскомъ Конгрессѣ въ Парижѣ вопросъ о разбираемомъ методѣ дебатировался очень горячо.

По Корсакову постельный покой долженъ примѣняться по извѣстному методу и достигаться путемъ моральнаго воздѣйствія; абсолютно постельный режимъ не долженъ продолжаться долго; должны быть установлены при этомъ прогулки больныхъ; часа 2-3 послѣдніе обязаны проводить со всѣми въ сборной комнатѣ. Постельное содержаніе необходимо проводить въ спальняхъ, а не изоляторахъ, отъ которыхъ трудно ожидать результата. Положительными сторонами метода онъ считаетъ порядокъ въ камерахъ, ускореніе выздоровленія, уменьшеніе числа несчастныхъ случаевъ, лучшее теченіе лихорадочныхъ процессовъ.

Нельзя опредѣлить въ точности времени, необходимаго для проведенія режима, но злоупотребленіе послѣднимъ ведетъ къ лѣни и является уже *rertraitin*омъ.

Взгляды Мовея на постельный покой сводятся къ слѣдующему: всякій больной долженъ подвергнуться испытанію въ наблюдательной палатѣ; постельному режиму подлежатъ всѣ острые случаи психозовъ а также хроническіе съ перемежающимся состояніемъ возбужденія или депрессіи, помимо того онъ полезенъ всѣмъ больнымъ, нуждающимся въ физическомъ леченіи, нечистоплотнымъ, отказывающимся отъ пищи, имѣющимъ наклонность къ поврежденію. Персоналъ служащихъ долженъ быть хорошо приготовленъ къ своимъ функциямъ. Врачи должны жить при больницахъ и почаще наблюдать своихъ паціентовъ.

Neisser того мнѣнія, что постельный покой носитъ обыденный больничный характеръ и является подходящимъ для маніаковъ, возбужденныхъ, галлюцинантовъ, эпилептиковъ, паралитиковъ и дементовъ.

Должно строго индивидуализировать каждый отдѣльный случай и соблюдать извѣстную мѣру. Постельный режимъ не представляетъ собой спеціальнаго леченія, но соответствуетъ терапевтическому показанію: соблюдается покой мозга. Особенно короткое время должно держать въ постели больныхъ, при юношескихъ психозахъ. Для устройства коечнаго режима подходитъ и старый типъ лечебницъ, необходимо избѣгать принужденія; на выздоровленіе покой не имѣетъ вліянія. Персоналъ лечебницы долженъ быть

обученъ уходу за больными и состоятъ изъ людей хорошихъ; окружающая обстановка соотвѣтствовать всѣмъ требованіямъ госпиталей.

Doufiebente указываетъ на неудовлетворительные результаты отъ примѣненія постельнаго содержанія.

По *Briand*'у, многимъ паралитикамъ постель приносила вредъ, *exaltatio maniacalis* продолжается короче.

Magnan полагаетъ, что эта система имѣетъ хорошія стороны, маниакальное возбужденіе при ней стихаетъ, и вообще скорѣе можетъ, быть рѣчь о выздоровленіи.

Mairet наблюдалъ 90 больныхъ, 35 старыхъ и 55 свѣжихъ случаевъ, у первыхъ онъ констатировалъ симптоматическія дѣйствія, а у вторыхъ куративный эффектъ.

Вмѣстѣ съ *Ardin—Delteil*'емъ онъ полагаетъ, что въ хроническихъ случаяхъ постельный покой въ сравненіи съ пребываніемъ внѣ постели не имѣетъ вліянія ни на возбужденное состояніе больныхъ ни на ходъ болѣзни, въ свѣжихъ случаяхъ, съ точки зрѣнія исполненія онъ не представляетъ собой лечебнаго метода; продолжительный покой бесполезенъ, вызывая психическія и физическія нарушенія. Чаще всего коечное содержаніе уменьшаетъ продолжительность маній и послѣ—инфекціонныхъ психозовъ. Наши наблюденія еще не достаточны, чтобы по нимъ можно было судить о полной пригодности или непригодности названнаго метода. Смертность отъ постельнаго режима не уменьшается.

Такимъ образомъ мы видимъ, что въ настоящее время почти всѣ авторы согласны между собой въ томъ, что постельный режимъ „дисциплинируетъ“ душевно—больныхъ, особенно вновь поступающихъ, даетъ имъ чувствовать, что они прежде всего—больные, которыхъ надо лечить, на нихъ не смотрятъ какъ на пациентовъ *sui generis*, а какъ на людей, прикованныхъ недугомъ къ постели. Убѣдить въ этомъ душевно—больного значить сразу завоевать себѣ его довѣріе, а это, какъ знаетъ всякій врачъ—психіатръ, довольно трудно и въ то же время это чрезвычайно способствуетъ выполненію задачи врача „облегчить, ободрить“ больного.

Да и низшій служебный персоналъ, къ сожалѣнію мало знакомый съ принципами гуманности, пріучается смотрѣть на душевно—больного какъ на несчастнаго страдальца, а не какъ на „сумасшедшаго“, къ которому можно и должно подчасъ примѣнять насиліе.

Кромѣ этой воспитательной стороны дѣла постельный режимъ представляетъ несомнѣнное преимущество и въ томъ отношеніи, что значительно облегчаетъ надзоръ за больными, даетъ возможность производить регулярныя за ними наблюденія; сохраняетъ силы ихъ, успокаиваетъ и умѣряетъ ихъ аффекты.

Отрицательными сторонами его являются малокровіе больныхъ, мастурбація, развивающая лѣнь, апатія, обстипація и подчасъ принужденіе, къ которому необходимо прибѣгать для удерживанія нѣкоторыхъ больныхъ въ постели.

Имѣетъ ли постельный режимъ больше сторонниковъ нежели противниковъ?

Несомнѣнно, часть наблюдателей вовсе не признаетъ за постельнымъ содержаніемъ терапевтической мѣры, другіе преувеличиваютъ его значеніе.

Мы имѣли возможность наблюдать больныхъ, пользовавшихся постельнымъ содержаніемъ въ одесской психіатрической лечебницѣ. Наблюденію подверглись свыше ста больныхъ (мужчинъ и женщинъ) втеченіе шести мѣсяцевъ. При этомъ оговоримся, что устройство больницы стараго типа, она напр. лишена наблюдательныхъ спеціальныхъ палатъ; часть больныхъ находилась въ общихъ палатахъ такъ называемаго „павильона для слабыхъ“, часть пользовалась режимомъ въ изоляторахъ. Здѣсь же замѣтимъ, что въ послѣднихъ коечное содержаніе переносилось больными несравненно хуже, нежели въ общихъ камерахъ; мы видѣли, какъ беспокойные больные, напр. паралитики и аментики, послѣ перевода въ общія палаты замѣтно успокаивались и охотнѣе выдерживали пребываніе въ постели. Повидимому на нихъ благотворно вліяла окружающая обстановка, больше походившая на больничную и отсутствіе шума, неизбѣжнаго въ отдѣленіи для буйныхъ.

Постоянное пребываніе въ постели не оказывало особаго воздѣйствія на сонъ больныхъ; если число часовъ проводимыхъ во снѣ подъ вліяніемъ коечнаго режима не увеличивалось, то во всякомъ случаѣ и не уменьшалось. Мы не можемъ причислить себя къ тѣмъ, которые обходились безъ наркотическихъ средствъ.

Аппетитъ больныхъ не уменьшается при соблюденіи ими постельнаго покоя; послѣ кратковременныхъ прогулокъ больные принимаютъ пищу охотнѣе и больше. Неоднократно можно было убѣждаться, что аментики и меланхолики, до постельнаго покоя упорно отказывавшіеся отъ пищи и получавшіе ее искусственнымъ путемъ, будучи уложены въ койку, регулярно стали питаться безъ принужденія.

На отправленія кишечника постельный режимъ не оказываетъ вліянія; намъ не приходилось чаще пользоваться клизмами и слабительными; съ другой стороны нѣкоторые больные (съ острой спутанностью, паралитики) опятные до постельнаго содержанія, становились нечистоплотными. Когда же выяснилось, что нѣкоторая вина въ этомъ падаетъ на долю небрежныхъ служителей, то эта отрицательная сторона метода въ значительной степени была устранена. Особенно это замѣчалось у женщинъ.

Паралитики въ стадіи возбужденія и нѣкоторые параноики упорно отказываются отъ пребыванія въ постели; насильное удерживаніе ихъ въ койкѣ еще болѣе возбуждало ихъ, они кусали руки слугамъ, били ихъ; наоборотъ, предоставленные себѣ они успокаивались.

Слабоумные, меланхолики и аментики хорошо переносили свое пребываніе въ постели. Многіе изъ больныхъ подолгу сидятъ на койкѣ, чувствуя себя повидимому хорошо отъ перемѣны положенія. Женщины, въ періодовъ двигательнаго возбужденія, сидя на своихъ койкахъ, даже занимались шитьемъ.

Ванны благотворно дѣйствуютъ на больныхъ; помимо того, что онѣ поддерживаютъ чистоту тѣла, ванны въ то же время успокаиваютъ больныхъ. Очень рѣдко приходилось прибѣгать къ продолжительнымъ ваннамъ. Такое же дѣйствіе оказываютъ и холодныя обливанія (26°), послѣ которыхъ больные часто засыпаютъ.

Какъ особенность поведенія больныхъ, находящихся въ постели, нельзя не отмѣтить склонности ихъ къ порчѣ постельнаго бѣлья.

Что касается вопроса объ онаніи, то мы замѣтили, что $\frac{2}{3}$ мастурбирующихъ больныхъ принадлежатъ къ тѣмъ, которые лежатъ въ постели (общее число онанистовъ составляло 25%).

Агрессивныхъ дѣйствій при коечномъ содержаніи больные обнаруживаютъ несравненно меньше; больные, переведенные изъ другихъ отдѣленій въ виду склонности къ самоповрежденію и поврежденію другихъ, душевнаго томленія, непрерывной суетливости и т. п. переставали обнаруживать всѣ эти импульсивныя склонности, вотъ почему при проведеніи этого метода приходится рѣже изолировать больныхъ; если нѣкоторыхъ изъ нихъ и раздражаютъ выкрикиванія сосѣдей, то умѣлымъ размѣщеніемъ больныхъ всегда удается устранить названное неудобство, и нѣтъ нужды прибѣгать для собственнаго спокойствія и облегченія служащихъ къ изоляціи больного, который даже при глубокой спутанности видитъ себя въ одиночномъ заключеніи въ клѣткѣ, обстановка которой только можетъ его еще больше ожесточить.

Мы не согласны съ тѣмъ, что продолжительное лежаніе вызываетъ въ больныхъ большую степень апатіи; всѣмъ намъ извѣстно, какъ въ разныхъ углахъ больничныхъ корридоровъ безучастно сидятъ, разгуливаютъ и стоятъ больные, апатично и индифферентно относясь ко всему, что происходитъ вокругъ нихъ.

Интенсивность галлюцинацій у лежащихъ больныхъ не уменьшается, въ этомъ отношеніи мы не можемъ согласиться со многими авторами, утверждающими противное; больные видятъ тѣ же битвы, тѣхъ же мертвецовъ, гадюкъ, слышатъ тѣ же голоса и приказанія.

Число припадковъ у паралитиковъ и эпилептиковъ подъ вліяніемъ покоя нѣсколько уменьшается, но интенсивность ихъ остается безъ измѣненія. Повидимому, горизонтальное положеніе больного и равномерная циркуляція дѣйствительно оказываютъ въ этомъ отношеніи нѣкоторое вліяніе. Поэтому желательно, чтобы эпилептики подверженные частымъ судорожнымъ припадкамъ по возможности содержались въ постели.

На вѣсь тѣла коечное содержаніе оказываетъ нѣкоторое вліяніе, у паралитиковъ онъ постепенно падаетъ, у остальныхъ можно констатировать увеличеніе вѣса тѣла.

Резюмируя наши наблюденія, можно прийти къ слѣдующимъ выводамъ:

1 постельный режимъ можно вводить и въ лечебницахъ стараго типа;

2 онъ можетъ примѣняться въ острыхъ случаяхъ къ тѣмъ больнымъ, которые не оказываютъ ему сопротивленія съ самаго начала;

3 продолжительностью коечного содержанія не должно злоупотреблять.

4 хромѣ и спокойные больные не должны пользоваться этимъ методомъ;

5 на исходъ болѣзни постельное содержаніе не оказываетъ вліянія.

6. Методъ этотъ долженъ считаться удобнымъ вспомогательнымъ приемомъ при уходѣ за душевно—больными.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

Otto Klink e (Allg. Z. f. P. 1893, 669).

W a t t e n b e r g („Sollen wir isolieren“? Allg. Z f. P. XCII. 11, 5.

H e i l b r o n n e r (Цит. по обозр. Псих. 98. 4).

K r a e p e l i n

K r a f t - E b i n g

Z i e h e n

К о р с а к о в ъ

Уч. психіатріи.

Alt (Monatsdr. f. P. 97. 936).

Тимофеевъ (Обозр. Псих. 96. 1).

Говсѣевъ (Пост. режимъ при леч. душ. б.).

Юрманъ }
Осиповъ } Обозр. Псих. 96. 4).

Чижъ (Неврол. В. 99. 4).

Трапезниковъ (Об. Пс. 98. 3).

Maire }
Ardin-Delteuil } Montp. med. 1900. 40).

Witzel (Ann. med. ps. 1901. 1—4).

Paris (Arch. de neur. 1901. № 5—6).

Vürth (Allg. Z. f. P. 1902. B. 59).

Pélas (Ann. Med. ps. 1900. № 3).

Рефераты работъ:

Левчаткина, Костецкаго, Ющенко, Бернштейна, Бехтерева, Черемшанскаго, Грейденберга, Крауатсч, Kalmus.
