

507732

Проф. К. И. Платонов и Д-р М. В. Шестопап

---

# ВНУШЕНИЕ И ГИПНОЗ

В АКУШЕРСТВЕ  
И ГИНЕКОЛОГИИ



---

Государственное Издательство Украины



ОСОБНОСТИ РАЗВИТИЯ РАССЕЛЕНИЯ

Вопросы расселения населения являются одними из наиболее актуальных в настоящее время. В связи с этим в последние годы в нашей стране и за рубежом появилось много работ, посвященных этому вопросу. В настоящей книге собраны материалы, посвященные истории и современному состоянию расселения населения в различных странах мира. В книге рассмотрены вопросы: 1) исторического развития расселения населения; 2) современного состояния расселения населения; 3) перспектив развития расселения населения. Книга предназначена для широкого круга читателей, интересующихся проблемами расселения населения.

V.N. Karazin Kharkiv National University



00630064

3

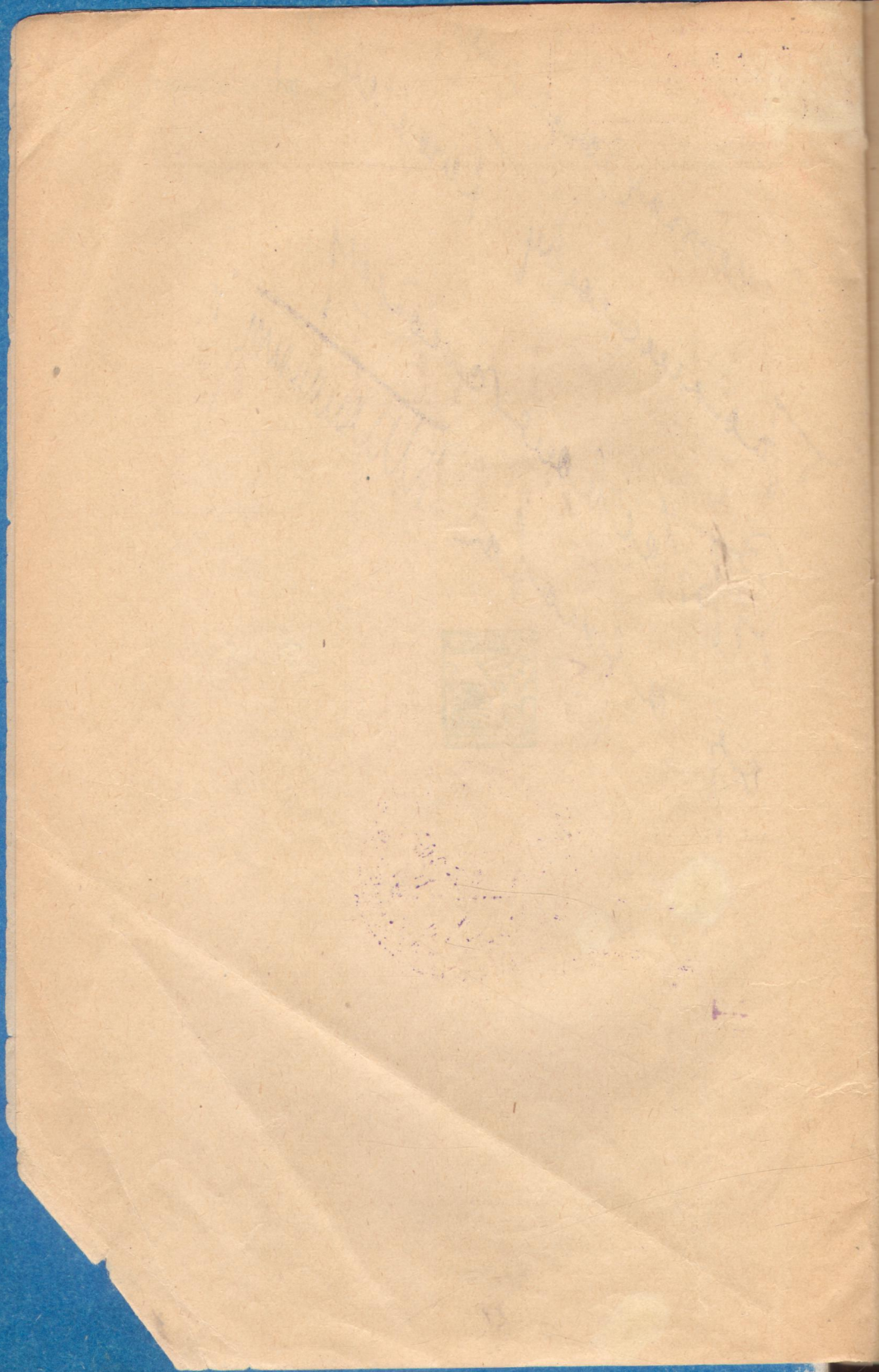




Two months ago  
from the by the  
of a book  
of a book







Відділ 21.I

№ 3200.

ПРОФ. К. И. ПЛАТОНОВ и Д-Р М. В. ШЕСТОПАЛ

# ВНУШЕНИЕ И ГИПНОЗ

504732



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО УКРАИНЫ

1925

58



„КРЕМПЕЧАТЬ“  
Государственная Образцовая  
типо-лит. им. Петровского Г.И.  
Кременчуг.



## ПРЕДИСЛОВИЕ.

Новые пути в науке прокладываются медленно и туго, тем более в областях малоизведанных и в особенности в тех, где царят недоверие и отрицательная предубежденность. К категории таких принадлежит и область учения о гипнозе.

Находившийся ранее, как лечебное средство, в руках профанов и шарлатанов, он долгое время был, да и в настоящее время является, чуждым огромному большинству врачебных кругов.

Недостаточное знакомство с учением о внушении и о связанном с ним гипнозе является причиной этого.

Предлагаемое на этих страницах изложение наших принятых с 1923 года опытов применения внушения в акушерстве и гинекологии далеки от всеисчерпывающего освещения вопроса.

Задача этих страниц более скромная. Они хотят показать, что есть такие явления природы, мимо которых врач не должен проходить спокойно, не попытавшись использовать их на благо ближнего. Эти строки хотят показать, что если практическая медицина стремится использовать в своих целях световую, тепловую двигательную энергии и др. естественные силы природы, то с таким же правом она может использовать энергию и другого порядка.

Психические факторы, психическая энергия—вот то явление, которое в руках врача может стать источником оздоровления больного человека.

Наши исследования начали производиться независимо от аналогичных на Западе. Мы с большим удовлетворением узнали из тогда еще не совсем регулярно прибывавших германских журналов о применении гипноза преимущественно в акушерстве тогда, когда у нас в Харькове уже производились и более крупные хирургические операции под гипнозом без химического наркоза. Рост интереса к гипнотерапии в Германии поддержал нас еще больше в твердом решении стремиться к более широкому



и детальному изучению и применению ее в практической медицине. В разрешении вопроса о природе явлений гипноза мы, можем с гордостью сказать, опередили Запад. Но с практической стороны в этой области в сравнении с Западом у нас сделано пока еще очень мало. Страх со стороны больных и неуверенность в целесообразности применения гипносуспестии со стороны врачей—вот, надеемся, временный, тормаз для успешного развития полезного и необходимого для больных дела.

В связи с этим, не могу не выразить признательность тем товарищам по профессии, которые решились с большой готовностью сделать первые шаги в применении гипноза в акушерстве, гинекологии и хирургии. Особенно считаю необходимым выразить чувство глубокой признательности соавтору данной работы доктору М. В. Шестопалу, с которым мне пришлось испытать живейшую радость и высокое удовлетворение при наблюдении полного эффекта от первого опыта применения гипнотического внушения в акушерстве у 32-х летней первороженицы, оправдавшей наше предположение *о возможности проведения родов без болей не во внушенном сне, а в бодрствующем состоянии.* Она, как медичка, весьма тщательно и подробно описала свои ощущения и переживания с момента зарождения мысли о родах «под гипнозом», и это описание мы приводим полностью.

Считаю нужным, также в связи с тем же, отметить с глубочайшим удовлетворением, что первые попытки применения гипнотического внушения взамен химического наркоза в Харькове были произведены исключительно на медицинском персонале.

Медички старших курсов и врачи обоего пола принесли себя в «жертву» науке. Они славно начали свой врачебный путь. Они первые во имя блага больного и во имя торжества научной истины бесстрашно вышли авангардом в область с атмосферой, насыщенной сомнениями и недоверием, а подчас и иронией со стороны кругов врачебных и не врачебных.

Беру на себя смелость выразить им благодарность от имени многих тех, кто в будущем будет пользоваться плодами наших скромных трудов, от имени тех, которые будут итти на хирургическую операцию твердым шагом, с спокойным сердцем или совершать нормальный и великий акт природы с улыбкой тихой на лице, а не со слезами на глазах, в ненужных муках корчась и рыдая.

К. Платонов.

Харьков.  
Август 1924 г.



I.

Состояние гипноза у человека и у животных известно с древних времен; точно также во все времена и у всех народов мы находим применение его с лечебной целью. Будучи вначале сознательным и бессознательным достоянием немногих личностей, гипнотизм с конца прошлого столетия стал экспериментальной наукой, доступной врачам, и многие из них с успехом применяют его для целей лечения.

Внушение на яву и в гипнозе составляет часть психотерапии, и если мы предлагаем вниманию читателей случаи родов и гинекологических операций, проведенных под гипнозом—вернее под методически проведенном внушении на началах психотерапии—то мы этим вносим нового лишь постольку, поскольку новым можно назвать хорошо позабытое старое.

В теориях гипноза и сущности его я разбираться не буду, об этом ниже скажет проф. Платонов. Как элемент терапии, гипноз так же стар, как и сама терапия; и если согласиться, что вера в излечение может способствовать излечению, то этим самым нужно признать за гипнозом право войти составной частью в терапию. Еще в древние времена различные волшебные напитки, целительные мази и в особенности мистические заклинания играли существенную роль в качестве болеутоляющих и побуждающих средств при родах: у самых диких и некультурных племен был обычай приглашать к роженицам умудренных опытом в этом деле лиц, так как уже одно присутствие таковых поддерживало мужество рожениц, и страдания последних уменьшались. По Голлауэру при вагинизме, дисменоррее в большинстве случаев одним сеансом можно достигнуть полного излечения. Мы знаем, что при неукротимой рвоте беременных очень часто всякие *par-cotica*, *nervina*, терапевтические манипуляции на половых органах в виде выпрямления ретрофлексированной матки, растяжение шейки, прижигание цервикальной слизи, — все эти средства, как говорит Бумм, если имеют успех, то действуют только посредством внушения, все сводится только к психическому



лечению; кто может пользоваться гипнозом, тот в большинстве случаев и достигает превосходных результатов: больные, которые вчера еще вырывали, не могли и слышать о пище,—сегодня не только не вырывают, но сами просят давать им есть.

Гипноз относится к другим психотерапевтическим новейшим методам, как операция к консервативным приемам. Голлауэр говорит, что здесь глубоко проникающее слово может, как острый нож, разрезать целую сеть мыслей и ряд ассоциаций на различных глубинах сознания пациента. Уже в течении 100 лет в литературе, редко в русской, чаще в иностранной—от времени до времени описывались случаи безболезненно проведенных родов в гипнотическом, или, как прежде говорили, магнетическом сне; но все это не выдерживало продолжительной популярности, поскольку оно не было проведено академически, и лишь теперь, когда учение о гипнозе—или, вернее—о внушении, завоевывает себе достойное место среди других отделов психотерапии, мы можем подойти экспериментально к применению внушения в акушерстве и гинекологии на строгих научных началах. Голлауэр в своей работе о наркогипнозе указывает на два момента, имеющих преимущественное значение для нашей специальности:

1) степень чувствительности в состоянии гипноза значительно понижена, иногда до полной анальгезии, и

2) внушение, сделанное во время гипноза, может быть удержано и на дальнейшее время, как так называемое пост-гипнотическое влияние. На выпадении болевых ощущений основывается возможность применения гипноза при операциях и родах, на пост-гипнотическом влиянии—применение при родах и терапии.

Естественно, что устранение болей составляет первую и благороднейшую задачу каждого гуманного врача. Право на материнское счастье женщина покупает ценою жестоких страданий, и каждый врач-акушер должен стремиться внести и свою лепту в разработку вопроса о возможном обезболивании родового акта.

Вряд-ли какая-либо другая отрасль медицины имеет своим основанием столь всестороннее изучение человеческой природы, как гинекология и акушерство, нигде повреждения тела и расстройство психики не отзываются в такой сильной степени на индивидуальности, как у женщины. И изучая и в том и в другом случае расстройство женского организма, в данном случае обезболивание родового акта, мы должны непрерывно работать в этом



направлении и настойчиво стремиться к тому, чтобы избавить женщину от столь жестоких и, как мы увидим ниже, излишних страданий, каковыми сопровождается родовой акт. И действительно не ясно почему природа, создавшая во многих отношениях совершенный организм человека, и, в частности, женщины, обрекла ее на все ужасы родовых мук и устроила так, что самый важный физиологический акт в ее жизни в интересах размножения вида связан с мучениями, способными внушить женщине ужас и отвращение, заставляющее нередко принимать меры к предотвращению родового акта вплоть до преступления.

Психиатр Noche говорит:—«психическое воздействие долго продолжающихся родовых болей мало оценивается. Есть много— и, можно сказать, с течением времени становится все больше и больше—таких чувствительных женщин, с таким ненормально развитым психическим восприятием, что родовая травма наносит им не только острый вред, выражающийся возбуждением, похожим на *delirium*, но и хроническим.

Я знаю такой случай: после нормально психически протекавшей беременности, непосредственно после продолжительных и болезненных родов, развивалось длительное угнетение, продолжавшееся несколько недель и сопровождавшееся бессонницей, страхом и нервностью. Обстоятельством, служившим причиной этого заболевания, надо считать психическое воздействие родовых болей. Социальные условия, быстро-усложняющаяся жизнь пред'являют все больший и больший спрос на нервную энергию человека, а различные посторонние влияния, наследственность и болезни понижают сопротивляемость его и выносливость.

Все это должно в большей степени относиться к женщине, и тут надо всего больше считаться с родами».

С точки зрения целесообразности, в физиологической жизни организма не должно быть ничего лишнего: все функции здорового организма должны совершаться безболезненно, появление чувства боли вносит диссонанс в представление о полном здоровье.

Болевые ощущения полезны в том отношении, что они указывают человеку на состояние всех его органов и заставляют его обращать внимание на свое здоровье, предостерегая от болезней и опасностей; раз они послужили предвестником повреждения или болезни, то этим самым их полезное значение уже исчерпывается, дальнейшее существование боли уже не оправдывается необходимостью и едва-ли имеет *raison d'être* с точки



зрения целесообразности. Поэтому всякие боли, сколько-нибудь интенсивные и продолжительные, должны всегда устраняться путем врачебного вмешательства, так как влияние, оказываемое ими на организм, далеко не безразлично: они истощают жизненные силы, вредные не только для органа, где они возникают, но и для всего организма; они всегда неблагоприятно действуют на сердце, на всю нервную систему, на психику; нарушая жизненное равновесие, они тем самым сокращают самую жизнь. Родовые боли сопровождают совершенно естественный физиологический акт; появление боли не служит здесь ни признаком повреждения, ни симптомом болезни; они являются предвестником, указывающим женщине на приближение важнейшего в ее жизни физиологического акта.

Появляясь заблаговременно, они дают возможность своевременно принять соответствующие меры; в противном случае родовой акт застигнул бы женщину неподготовленной, врасплох, и в этом смысле в появлении родовых болей можно усмотреть целесообразность, проявляемую природой. Но если считать целесообразным появление этих болей, как предвестника, то дальнейшее их нарастание вплоть до весьма интенсивных и мучительных совершенно излишни с точки зрения той-же целесообразности. Профессор Siegel говорит, что родовые боли это—единственный пример так называемых физиологических болей. Известно, что даже после введения болеутоляющих средств, имевших место в XV столетии, не считалось дозволенным облегчать боли при предполагаемом нормальном течении родов. Но быть может в виде исключения родовые боли необходимы для правильного хода родового акта. Мы знаем, что родовой акт состоит из 3-х периодов: периода раскрытия, периода изгнания и последового периода. Изгнание последа совершается спокойно и почти без симптомов. Название «последовые боли», говорит Bumm, не вполне оправдывается, ибо сокращения, которые отслаивают плаценту и вместе с оболочками изгоняют ее в шейку, совершенно не ощущаются или весьма мало болезненны. Остаются первые два периода, и посмотрим, насколько боли являются здесь существенною частью.

Период раскрытия совершается сокращением гладкомышечных волокон матки и для правильного его течения требуется периодически перемежающаяся сократительная работа гладкомышечной маточной мускулатуры. В периоде изгнания главную роль



играет регулярная и также периодическая деятельность поперечно-полосатой мускулатуры брюшного пресса; ясно, что одни и другие являются обязательным объективным двигающим фактором нормального родового акта; боли же, сопровождающие сокращения тех и других мышц, а равно присоединяющиеся в периоде изгнания от давления головки на *plexus sacralis* и прямую кишку, а также возрастающим растяжением чувствительных мягких частей тазового дна является субъективными факторами; в механизме родов они существенной роли не играют и должны быть рассматриваемы, как побочный результат первого постоянного фактора.

Применение анестезии при родах показало, что боль и маточное сокращение не одно и то-же и даже могут исключать друг-друга, то-есть для нормального течения родов требуются не боли, а лишь мышечные сокращения матки и брюшного пресса. Известны случаи срочных нормальных родов без всяких болей. Holler указал, что родовый акт может протекать безболезненно при слабоумии, идиотизме и в случаях временного помраченного состояния. Букоемский описал случай безболезненных родов в совершенно бессознательном состоянии под влиянием сильного опьянения алкоголем. И, наконец, вся литература акушерской анестезии (многочисленные случаи проведенных безболезненных родов под наркозом) с очевидностью подтверждают, что родовый акт может протекать совершенно безболезненно, сохраняя в то-же время свой нормальный характер. (Курдиновский). Этот же автор в своих клинических лекциях об обезболивании нормальных родов, в своей теории о миогенной возбудимости матки приходит к следующему заключению: мускулатура матки, как и всякого другого гладкомышечного органа, обладает самостоятельной возбудимостью, независимо от всяких нервных влияний, в том числе и от местных нервных аппаратов. Если эти влияния ослаблены или почему-бы то ни было совершенно не могут проявляться (напр.: в условиях изолированного и наркотизированного органа, или в опытах с очень глубоким наркозом на живом животном), то у матки все-таки всегда в резерве остается еще другой источник, обуславливающий ее дальнейшую (а не прекращающуюся) сократительную деятельность, а именно: ее миогенная возбудимость, благодаря которой импульсы к сокращениям возникают уже в самих гладкомышечных волокнах. Этим, конечно, отнюдь не подрывается значение нервных центров, как главных, так и местных.



Повидимому, наркотические вещества или гипноз, действующие, главным образом, на нервную систему, очень мало отражаются на самой гладкомышечной ткани и не парализуют ее собственную миогенную возбудимость. Эта теория сводит двигательные явления в гладкой мышце вообще (не к нервным влияниям, как неврогенная теория) к импульсам, зарождающимся в самом гладком мышечном волокне, совершенно независимо от каких бы то ни было нервных центров, в том числе и местных автоматических. Курдиновский, на основании своих опытов, пришел к заключению, что, усиливая наркоз, скорее можно было убить животное, чем парализовать сокращение матки. Nothnagel и Rossbach говорят: «матка способна сокращаться и изгонять плод даже при глубочайшем хлороформном наркозе». Мы знаем, что родовые мучения мало знакомы диким народам: деревенские женщины, вообще, рожают сравнительно легко, а нередко тут-же продолжают свою обычную работу. Чем женщина ближе к природе, тем естественнее и легче совершается у нее родовой акт, и, повидимому, родовые мучения составляют печальную привилегию более высоких степеней культуры, параллельно с которой идет большая дифференцировка нервной системы и повышения ее возбудимости: очевидно, здесь имеет значение не только разница в бытовых и экономических условиях, но и различие во всей физической и нервно-психической организации женщины; равно характер и интенсивность родовых болей колеблется еще в зависимости от целого ряда других моментов: расы, климата, рождает-ли в первый раз или повторно, возраст, период родов, то или другое состояние полового аппарата, строение таза, пространственные отношения, те или другие препятствия для родового акта, многочисленные его особенности и осложнения, продолжительность родов, состояние соседних с маткой органов; все эти моменты могут различным образом комбинироваться, и все это обуславливает значительные различия в индивидуальной чувствительности женщины к родовым болям. Под влиянием сильных родовых болей, психическая сфера женщины испытывает очень значительные потрясения, что иногда в результате дает острое истощение всей нервной системы. Едва-ли человеческая природа может выносить большие страдания, при каких бы то ни было других обстоятельствах, как при родах. Если-бы взять сумму всех болевых ощущений, испытываемых женщиной во время обыкновенных родов, то весьма вероятно, что в большинстве она окажется отнюдь не меньше, чем боли,



связанные со многими хирургическими операциями. Операции почти всегда обезболиваются наркозом, между тем, как роды предоставляются силам природы, на том основании, что на родовой акт привыкли смотреть, как на вполне естественный, физиологический. Но разве физиологический акт должен быть болезненным? И прав Курдиновский, когда говорит, что называть естественными боли при родах у современной культурной женщины значит—горько иронизировать над ней. И действительно, какое это прискорбное зрелище, как говорит тот же самый Курдиновский, когда современный врач, вооруженный целым арсеналом знаний, стоит у постели роженицы, беспомощно сложив руки перед ее страданиями, молча выслушивает ее мольбы о помощи и безучастно смотрит на ее искаженное страданиями лицо. Вкоренившееся в общем сознании ложная идея о неизбежности родовых болей до такой степени вкоренилось в плоть и в кровь каждой беременной женщины, что уже с первых месяцев беременности она живет только в страхе, отчаянии и мыслях о возможной смерти.

С древнейших времен делаются попытки облегчить страдания женщины в наиболее тяжелые часы ее жизни. И опыты применения наркоза восходят до глубокой древности. Желание разыскать такое средство мы находим у врачей древнего Египта, у греков и у римлян. В Индии и до сих пор практикуется способ, состоящий в том, что роженице дают вдыхать окись углерода, действующая одурманивающим и потому до известной степени болеутоляющим образом; отсюда, как говорит Зарецкий, один шаг до современных наркотических средств.

В мою задачу не входит здесь говорить подробно о тех средствах, каковые разновременно предлагались, как таковые, или в виде комбинированных для целей акушерской анестезии. Вопрос этот представляет совершенно самостоятельный и большой практический интерес, он имеет свою историю, литературу. Это заставило бы меня выйти далеко за пределы данного сообщения. Я позволю себе лишь вкратце остановиться на литературе акушерской анестезии и постараюсь, на основании имеющихся у меня под руками сведений, доказать, что и гипноз или, вернее, внушение, методически проведенное на началах психотерапии, имеет право занять среди них определенное место, а какое, нам покажет дальнейшее наблюдение.

Родинной акушерской анестезии считается Англия. Как анестезирующее средство для обезболивания родового акта,



19 января 1847 г. был предложен профессором Simpson'ом «эфир», результат получился весьма интересный. Simpson убедился в факте, который стал краеугольным камнем всей акушерской анестезии, а именно: эфир, устраняя страдания роженицы, в то-же время не прекращает сокращения матки, роды могут продолжаться нормальным порядком, хотя болевые ощущения, обычно их сопровождающие, совершенно уничтожаются. На второй же день профессор Simpson сообщил об этом в Эдинбургском акушерском обществе; сообщение вызвало целый ряд последователей.

В ноябре месяце того же года профессор Simpson предложил заменить эфир хлороформом, так как последний портативней, расходуется в меньшем количестве, меньше возбуждает, чем эфир, имеет менее раздражающий запах, более приятный вкус и т. д.

Естественно, что этим самым сообщением эфир был оставлен и надолго совсем вышел из употребления. Но и хлороформу не пришлось долго удержаться. Вскоре после сообщения Simpson'a о хлороформе, много английских акушеров: Protherae-Smitte, Buchanan, Murphy, Rigby, Lansdorone, Brocon, Phillips и др., опубликовали ряд сообщений. Simpson сам написал обширный ряд превосходных статей по акушерской анестезии с хлороформом, указав точно методику и технику, относительно которой Simpson говорит: «Не нужно думать, что техника такого наркоза дается сама собой; она несомненно требует известного навыка. Начинающему приходится иметь дело с двумя главными трудностями: с одной стороны, нужно произвести состояние анальгезии, с другой—не перейти ту границу, за которой начинается уже ослабление маточных сокращений».

Дело в том, что очень глубокий наркоз нарушает силу и частоту мышечных сокращений, тогда как поверхностный—совершенно не отражается ни на том, ни на другом. Глубина наркоза, которую могут переносить роженицы без ущерба для нормального хода родов, сильно колеблется в зависимости от индивидуальных условий. Умение разбираться в этих индивидуальных различиях составляет большую трудность. Simpson, различая в наркозе три стадии, рекомендовал при родах лишь первую, характеризующуюся состоянием полусознания, легкого сна и почти полной анальгезии.

Таким образом, создалась идея акушерской анестезии, под которой нужно понимать самый поверхностный наркоз (ограничивающийся лишь состоянием анальгезии); его вполне достаточно



для обезболивания нормальных родов, нисколько не отражается на их течении и вообще благотворен во всех отношениях. В Германии одним из первых сторонников обезболивания родов хлороформом был Шпигельберг, а у нас в России инициатором обезболивания был профессор Флоринский и д-р Сочава. Но гуманные стремления указанных авторов и их последователей встретили и немалое количество противников, в числе которых надо отметить Winkel'я и Schatz'a; последний, на основании применения графического метода, в виде особого аппарата для регистрации маточных сокращений—токадинамометра, пришел к выводу, что под влиянием хлороформа схватки становятся реже, производительность их уменьшается, а паузы между ними удлиняются; асте-схватки также укорачиваются. Zweifel своими весьма тщательными исследованиями доказал, что хлороформ, вдыхаемый роженицей, входит в кровь плода и молоко матери. Если к этому прибавить ядовитость хлороформа, необходимость подчас применения больших доз, так как не все обстоятельства, сопровождающие родовой акт, могут быть предвидены, то естественно, что эти невыгодные стороны и удержали многих от широкого его распространения; но гуманная мысль не останавливала пытливых искателей, и на смену эфиру и хлороформу явились целый ряд других средств: антипирин, хлорал-гидрат (диссертация Буховцева, единственная на эту тему), кокаин, морфий, смесь бильрота, атропин, гедонал, скополамин в формах подкожного, внутреннего, ректального и вагинального применения. Эти средства, не удовлетворяя всем предъявляемым к ним требованиям, снова уступили место ингаляционному наркозу, и вновь были испробованы: эфир, бромистый этил, закись азота и др. Следующим этапом явилась спинномозговая анестезия по Bier'у, но отрицательные черты ее—непродолжительность действия, побочные неприятные явления тоже не на долго удержали ее в акушерстве. На смену последней анестезии пришла другая форма комбинированного наркоза.

Мысль о том, что, соединяя в тех или иных комбинациях различные наркотические средства, можно устранить вредные стороны, свойственные каждому из них в отдельности—стара. Одной из таких комбинаций является скополамин с морфием—комбинация, которая основывается на фармакологических и токсологических особенностях этих алколоидов. Скополамин ускоряет и углубляет дыхание, угнетает, главным образом, моторные



нервы, угнетает секрецию желез, возбуждает кишечную перестальтику; морфий же производит совершенно обратное действие: замедляет дыхание и делает его более поверхностным, угнетает, главным образом, чувствительные нервы, возбуждает секрецию желез, угнетает кишечную перестальтику (Kobert—1893 г.). Таким образом, между скополамином и морфием существует полный антагонизм, анестезирующие же и наркотические действия обоих алколоидов суммируются. Впервые в акушерстве скополамин — морфийный наркоз — был применен Steinbichel'ем в Фрейбургской клинике. Эта форма наркоза вызвала громадное количество сторонников и последователей. Я не стану утомлять вашего внимания перечислением их,—скажу только, что Фрейбургский метод скополамино-морфийного полунаркоза во время родов настолько заинтересовал научную мысль, что был поставлен программным вопросом на XVI международном медицинском конгрессе в Будапеште. Об этой же форме наркоза были сделаны доклады на XI Пироговском съезде (Ильин и Бродский).

Об этом и теперь говорят в своих учебниках—Döderlein, Franz, Stöckel, Bumm. И в настоящее время, при всех способах облегчения болей при родах, преобладающую роль играет так называемое скополаминовое дремотное состояние, имеющее то преимущество, что с его помощью достигается длительное облегчение болей.

И в русской литературе мы находим многочисленный ряд чрезвычайно интересных работ, среди которых мы можем указать на работу профессора Бранта: «О скополаминно-морфиефирном наркозе».

Автор, сделав очень подробный критический обзор об анестезии вообще, приводит результаты своих наблюдений над 117-ю гинекологическими случаями. Случаи обнимают самые разнообразные операции, проведенные по поводу различных заболеваний. Выводы автора вполне благоприятны для этой формы комбинированного наркоза; автор, между прочим, в одном из своих положений говорит: «Ввиду легкой разлагаемости скополамина, нужно всегда впрыскивать свежеприготовленный препарат, хранить его в ампуле из темного стекла, а перед употреблением проверить помощью реакции с 1% раствором марганцево-кислого калия».

Профессор Krönig в официальном докладе на XVI международном конгрессе в Будапеште в своем заключительном слове



504732  
о скополямийно-морфийном полунаркозе, на основании материала клиники, превышающего 2000 случаев, указал целый ряд положительных сторон этой формы анестезии. К числу же невыгодных сторон он относит сложность техники, точность дозировки, строжайший контроль состояния роженицы и влияние инъекции на родовую работу, что значительно затрудняет применение такового способа в частной практике, появление в некоторых случаях резкого состояния возбуждения, oligорное новорожденных и некоторого удлинения родового акта. На XI-м Пироговском съезде Ф. И. Ильин (из Повивального Гинекологического Института) в своем докладе о действии скополямин-морфийного наркоза сообщает, что он наблюдал в известном ряде случаев замедление родового акта, что применение его требует определенного навыка, так как наркоз должен быть чрезвычайно индивидуализирован. Скутул на съезде гинекологов в 1909 году в Киеве в своем докладе, на основании 60-ти проведенных случаев, указал, что в половине случаев схватки становятся более слабыми. Трабша обращает внимание, что после скополямино-морфийного наркоза дети рождаются хотя и не в асфиксии, но какие-то тихие, мало и слабо кричат.

Абражанов, на основании 100 случаев скополямин-морфийной анестезии при небольших гинекологических операциях пришел к выводу, что у больных расширяются зрачки, учащается пульс, в течении продолжительного времени наблюдаются перебои, бывают рвоты, а главное, что нужно быть всегда осторожным, так как прекратить наркоз не в нашей власти. Gauss, которому принадлежит заслуга применения этого способа на большом материале (1906, 1907, 1909 и 1911) в своей работе на основании 500 случаев приходит к заключению, что  $\frac{0}{100}$  детей, рождающихся в более или менее тяжелой асфиксии, весьма значителен: из 500 случаев в 119-ти дети являются на свет в особом состоянии оглушения (rauschähnlicher Zustand), в 65 случаях наблюдалась более или менее тяжелая асфиксия (в 5 случаях окончившаяся летально), наконец, в 6-ти случаях дети родились мертвыми, так что в общем мы получаем, что в 36,8% случаев дети рождаются в более или менее тяжелой асфиксии. Равно этот же автор отмечает, что нередко ему приходилось наблюдать у рожениц зрительные и слуховые галлюцинации, что в связи с большим процентом новорожденных в асфиксии не могло его поощрять к дальнейшим опытам со скополямин-морфийным наркозом.



Из клиники Bumm'a по поводу этого вопроса вышла работа Hocheisen'a; результаты, к каковым пришел вышеназванный автор следующие: в 45% наступило чувство жажды и сухость, покраснение, посинение лица; 6 раз были рвоты, в сильной степени головная боль, тошноты, сильный пот; 10 раз беспокойство и 4 раза delirium. Сон производит тяжелое впечатление будто отравившихся. Деятельность матки в 21 случае заметно ослабела в периоде открытия, 15 раз в периоде изгнания, три раза схватки совершенно прекратились. Действие брюшного пресса в 24 случаях было ослаблено. На 100 случаев в 5-ти—атоническое кровотечение. Произвольное отхождение детского места 13 раз затягивалось более часа. В 15% в послеродовом периоде обратное развитие матки сильно опоздало. Дети в 18% рождались в oligорное и в 15% в асфиксии. Кончает свою статью Hocheisen словами «Weg mit scopolamin», после чего в клинике Bumm'a эта форма анестезии была оставлена.

Сам Bumm—в одном из своих последних изданий (1919 г.)—говорит, что издавна уже целью опытов было естественное уничтожение родовых болей, но и в настоящее время нельзя утверждать, что в этом смысле достигнуты вполне удовлетворительные результаты, т.-е., что найдено средство, которое в состоянии устранить боль без какого-либо нежелательного побочного действия. Большинство наркотических средств, применяемых в значительных дозах, действует парализующим образом на действие маточной мышцы и брюшного пресса, и легко может случиться, что избыток наркотического средства на несколько часов прервет правильное течение родов. Все зависит от осторожной и правильной дозировки; если дают как раз то количество наркотического, какое необходимо для заглушения боли, то часто можно даже усилить действие брюшного пресса, так как женщины, не испытывая при этом боли, натуживаются сильнее. К концу родов применение небольшого количества хлороформа (Chloroform a la reine) во время потуг является хорошим средством для облегчения последних, особенно болезненных минут при родах. Когда головка начинает надавливать на промежность, дают по каплям хлороформ до легкого оглушения и исчезновения боли, но в промежутки между потугами прекращают его давать и начинают снова, когда обнаруживаются признаки ближайшей потуги. Аналогично, хотя и менее надежно действуют небольшие дозы морфия, опия хлоралгидрата



в клизме или подкожное впрыскивание кокаина в половые губы и в промежность. Бром этил, небольшие дозы которого уничтожают боль, оставлен, вследствие его дурных последствий, особенно вследствие долго сохраняющегося чесночного запаха выдыхаемого воздуха. В последнее время, продолжает Bumm, снова обратились к назначению наркотических средств под кожу в виде комбинации из морфия и скополямина. Необходима точная и надлежащая дозировка; слишком большие дозы могут вызвать ослабление и прекращение схваток и, вследствие этого, затянуть роды на часы и дни.

Способ этот требует не только большой опытности от врача, но должен быть применяем лишь тогда, когда врач может остаться на долгое время вблизи роженицы; он противопоказан при аномалиях родового процесса и болезнях роженицы. Так как нередко и младенцы рождаются в состоянии сомноленции, в котором ослабляется или даже временами совершенно прекращается дыхание, то и они требуют внимательного наблюдения».

Мы еще упомянем здесь об открытии Straub'a, заменившего морфий менее опасным нарकोфином (меконово-кислый морфий— 0,01 morphi) и непостоянный, легко разлагающийся скополамин— постоянным препаратом скополямина (скополамин с прибавлением шести - атомного алкоголя) — манит-манит скополямина. При дальнейшей разработке вместо наркофина был предложен amnesin. В последнее время Hüssy получал облегчение болей и амнезию применяя тахин (состоящий из 0,00921 dionina и 0,0057 g. diolä).

Литература акушерской анестезии мною представлена далеко не в исчерпывающем виде, да оно и не входило в мою задачу; я ее лишь коснулся постольку, поскольку постараюсь, суммируя все сказанное выше, установить:

- 1) для нормального течения родов требуются не боли сами по себе, а лишь мышечные сокращения матки и брюшного пресса;
- 2) применение при родах анестезии убеждает нас, что боль и маточное сокращение—не одно и то же, даже могут исключать друг друга;
- 3) для обезболивания нормального родового акта требуется не хирургический наркоз, а лишь поверхностный, именно первая стадия, которая характеризуется состоянием полусознания, легкого сна и почти полной анальгезии; переход через эту границу дает уже ослабление маточных сокращений, так как глубокий наркоз нарушает силу и частоту сокращений;



4) при правильном применении наркоза поверхностного, который только и требуется для целей обезболивания, нет оснований бояться замедления родового акта;

5) влияние наркоза на роженицу, на здоровье плода и послеродовой период находится в тесной зависимости от природы самого наркотического средства.

Все средства акушерской анестезии, нами указанные, относятся к наркотическим средствам, и как показывают многочисленные авторы, при умелом обращении с ними цель достигается—роды обезболиваются, но в каждом отдельном случае приходится считаться с действием этого средства, поскольку оно, попадая в организм, не только дает желаемый эффект, но и влияет на состояние роженицы и плода.—И вот эти токсикологические свойства, результатом которых являются невыгодные стороны того или другого способа—вернее того, или другого средства, которое предложено для этого способа—и заставляют врачей-акушеров переходить с одной формы на другую, прибегать к формам комбинированного наркоза с целью в комбинации устранить вредные стороны, свойственные каждому из элементов комбинации; но все же для целей наркоза вводилось средство в большей или меньшей степени ядовитое и в результате многочисленных наблюдений всегда обнаруживались невыгодные его стороны.

И если психотерапия в своем отделе учения о гипнозе или, вернее, учения о внушении, методически проведенного на точно установленных научных началах, сможет создать у роженицы тот поверхностный наркоз, ту первую стадию, которая, по мнению инициатора и наибольшего авторитета по вопросу об акушерской анестезии, профессора Simpson'a, характеризуется состоянием полусознания, легкого сна и почти полной анальгезии, и вполне обезболивает родовой акт, то мы этим способом, который, давая эффект обезболивания родового акта, не сопряжен с введением в организм тех или других более или менее ядовитых средств, подойдем действительно к тому гуманному стремлению, которое бы гласило: если женщина, в целях поддержания вида и рода человеческого, должна проделать физиологический акт родов, то пусть она его проделывает легко, просто и безболезненно.

Переходя теперь к вопросу о применении в акушерстве и гинекологии, с целью обезболивания, гипноза—в виде ли чистого гипноза, пост-гипнотического внушения, нарко-гипноза или гипно-наркоза,—мы должны указать, что имеющихся по этому



поводу сведений из литературы у нас было мало; в русской литературе описание таких случаев встречается как редкость и то только в состоянии гипнотического сна,—преимущественно мы пользовались литературой немецкой, где этому вопросу в последнее время посвящается целый ряд работ авторов: Falk'a Floel'я Friedländer'a, Crassis'a, Forel'я, Liegner'a, Moll'я, Nassauer'a, v. Ottingen'a, Iohan'a, Röesler'a, Schultze Rhonhoff, Opitz'a, Zweifel'я, Hollauer'a, Kirstein'a, Frigyt's'i, Mansfeld'a, Rosenthal'я, Kogerer'a, Heberer'a и целого ряда других.

Из перечисленных авторов самые большие цифры применения гипноза приводит Hollauer—свыше 2000 случаев, из них 600 родов, Гейдельбергская клиника—120 случаев родов, Будапештская—96 случаев родов, Kogerer—32 случая родов, Heberer—50 случаев родов, Kirstein—30 случаев родов.

Последний автор применял гипно-наркоз, и во всех случаях эффект был полный.

Heberer, приводя свои 50 случаев родов, произведенных под гипнозом, говорит, что в числе этих случаев были семь узких тазов, одни двойни, в двух случаях щипцы, один поворот с последующим извлечением, пять случаев зашивания разрывов, и во всех случаях эффект получался полный.

J. Frigyt's'i и Mansfeld (Будапешт) приводят 96 случаев применения при родах гипноза и говорят, что шесть из них отказались от гипноза, а из остальных 90—у 80 было достигнуто обезболивание; ребенку при внушении не грозит никакая опасность. Указанные авторы приходят к заключению, что результаты от применения гипноза в акушерстве очень хорошие, но в учреждениях и клиниках этот способ обезболивания будет встречать препятствия, так как во 1) необходимы подготовительные сеансы (от 1 до 8), для чего женщины должны поступать в родильные учреждения дней за 14 до родов, во 2) должна быть соответствующая обстановка—изоляция от внешнего мира, в 3) многие врачи должны уметь гипнотизировать. Гейдельбергская клиника, применяя гипноз во время родов, получала успех в 90% случаев. В состоянии пост-гипнотического внушения проводил роды Kogerer (Вена). Из 32-х случаев, которые приводит автор, в 22-х эффект был полный, в остальных—частичный, что по мнению Kogerer'a объясняется тем, что у шести была истерия, а у четырех—мало было подготовительных сеансов, так как роды наступили раньше предполагаемого срока.



Число предварительных сеансов, необходимых для полного эффекта, не установлено, но по мнению авторов,—не меньше 4-х и до 10.

Гейдельбергская клиника проводит систему из 4-х подготовительных сеансов и длительного гипноза во время родов; Siegel, на основании своего материала, находит, что 4-х сеансов недостаточно.

Ulrich Franke говорит, что способ обезболивания родов гипнозом, благодаря сообщаемым успехам, становится очень популярным. Если пациентка недостаточно восприимчива, то проводят 4—5 подготовительных внушений от  $\frac{1}{4}$  до  $\frac{1}{2}$  часа каждые 2 дня. Автор говорит, что, в виду недостаточного усовершенствования техники гипноза, роды нужно проводить в лечебнице, так как дома хорошо знакомая обстановка и присутствие родных оказывает тормозящее влияние. Удаление гипнотизера от роженицы рискованно, в связи с возможным внезапным пробуждением, равно этот же автор отмечает, что роды под гипнозом может проводить и не тот врач, который вел подготовительный период.

Самые большие цифры применения гипноза (в виде нарко-гипноза) приводит Hollauer—свыше 2000 случаев, из них 600 случаев родов. Автор приводит свои наблюдения за 15 лет и является сторонником комбинации хлороформа с гипнозом; отстаивая свою идею, Hollauer все же указывает на преимущество гипноза перед нарко-гипнозом: и гипноз совершенно безопасен, не имеет никаких дурных последствий и что Walter Vogel в статье своей «Über die Narkohypnose bei kleinen chirurgisch-gynäkologischen Eingriffen» (Zentralblatt für Gynäkologie № 6—1924 от 9 февраля) приводит результаты применения нарко-гипноза: в 70%—эффектный, в 10%—частичный и в 20%—эффект не получался, и приходилось продолжить наркоз до полного усыпления. Именно в гинекологии, где тяжесть наркоза часто не соответствует легкости заболевания, этот способ приобретает право гражданства».

На конгрессе гинекологов в Инсбруке в 1922 г., вопросу о действии гипноза в акушерстве и гинекологии, как болеутоляющего средства, был посвящен целый ряд докладов: Rosenthal'я (Франкфурт), Frigyt'si, Mansfeld'a (Будапешт). Kogerer'a (Вена) Hallauer'a (Берлин) и др.

Siegel говорит, что из этих докладов с несомненностью выяснилось, что мы можем дать женщинам возможность



безболезненности родов в состоянии гипнотического сна. В клинике Siegel'я это было доказано Schumacher'ом.

Для успеха гипнотического дремотного состояния требуется постоянный контакт между гипнотизером и роженицей. Для того, чтобы гипнотизеру не надо было присутствовать в течении всего периода родов, Hollauer и Kirstein предложили, чтобы на предварительном сеансе женщин подготавливали, что гипнотизер погрузит их в гипнотический сон при появлении первых схваток и разбудит от сна после окончания родов; но наблюдения их убедили, что при отвлечении гипнотизера страдает успешность гипноза. Эти же авторы предложили заменить гипноз нарко-гипнозом или гипно-наркозом, как это уже делалось Friedländer'ом, Speer'ом, Bonne'ом, Guckeleni, Nassauer'ом, Grassleni и др.

Нарко-гипноз, введенный Hollauer'ом, состоит в том, что родовой гипноз начинается с введения наркотиков, а гипно-наркоз Kirstein'a—в том, что в начале гипноз, а потом частичный наркоз. Siegel говорит, что возможно, что из сочетания методов внушения и медикоментального дремотного состояния разовьется метод, при котором применяемые средства будут друг друга поддерживать, взаимно повышая действие и путем уменьшения доз ослаблять присущие каждому из них недостатки.

Насколько вопрос о применении внушения и гипноза с целью обезболивания родов является в настоящее время передовым и служит предметом изучения представителями нашей дисциплины, видно из того, что, как Siegel говорит, изучение обезболивания родов в настоящее время ведется в трех направлениях.

#### I. Ингаляционным наркозом:

- а) с помощью хлороформа.
- в) с помощью эфира.
- с) с помощью хлорэтила.
- д) с помощью веселящего газа или наркилена (смесь ацетилен с кислородом).

#### II. Дремотным состоянием:

- а) скополамином в соединении с морфинными препаратами или с их производными—морфий, пантопон, наркофин, amesin.
- в) морфий или аналогичные препараты сами по себе—наркофин, тахин.

#### III. Внушением и гипнозом.



Наш случай родов в состоянии пост-гипнотического внушения касается медички 4-го курса—женщины интеллигентной, сознательно относящейся ко всем своим ощущениям, умеющей подметить и передать все их детали, и перед тем, как обменяться с вами впечатлениями наблюдавшегося случая, позвольте представить вашему вниманию историю проведенных родов, написанной самой роженицей.

„Когда выяснилось, что я должна ждать ребенка, мне сейчас пришло в голову, что очень интересно было бы попробовать провести роды под гипнозом. Муж живо поддержал меня в этом намерении, и мы оба, шутя, говорили, что если я даже и рискую чем либо, то все же следует для науки поставить этот опыт; и мое положение медички, работающей в этом направлении меня обязывает. Я решила поговорить с проф. П. и предложить на его усмотрение мое намерение.

Беременность моя началась в феврале и протекала легко. Первые месяца полтора ощущались слабость, тошнота, и я занималась с трудом, но потом все как рукой сняло и я чувствовала себя совсем здоровой. Мысли о родах приходили часто: „как-то все будет?“

Мой возраст (32 года), первый ребенок,—все говорит за то, что будет нелегко, а тут еще перед глазами недавние примеры 2-х приятельниц, которым их дети достались с большим трудом. Когда я начинала все эти разговоры, муж неизменно, полушутя, говорил: „Да, ведь ты же будешь под гипнозом“. И мысль на этом как-то невольно прерывалась, успокаивалась, дальше не думалось. Наблюдение за течением беременности я поручила д-ру Ш., к которому являлась через указываемые им промежутки. Он находил, что все идет совершенно нормально. На лето мы выезжали из Харькова (1½ месяца провели под Харьковом и месяц в Ялте), вернулись 5 сентября; роды нужно было ждать в конце октября или в начале ноября.

По возвращении я решила приступить к выполнению своего плана относительно опыта. Сначала я переговорила о своем намерении с доктором Ш. Он живо заинтересовался и сказал, что готов с большим удовольствием предоставить возможность провести этот опыт в его больнице. За время беременности я говорила со многими знакомыми о своем желании подвергнуться гипнозу и почти никогда не встречала сочувствия. Все находили это чрезвычайно неблагоприятным: „такая темная область“... „известно, как отразится на ребенке“, „а вдруг процесс родов затянется“, „схватки будут ослаблены“ и т. д. Прежде, чем идти к профессору П., я решила поговорить с некоторыми врачами, сведущими в соответствующих областях. Меня интересовало мнение специалистов относительно возможного влияния гипноза на плод, на процесс родов и проч. Психиатр д-р У. уклонился от ответа, говоря, что он мало знаком с гипнозом, он той немецкой школы, где скептически относятся к этому вопросу, так что он не может высказаться ни за, ни против опыта. Гинеколог М. также не взялся сказать за недостаточным знакомством с вопросом, как гипноз может повлиять на ход родов и отразиться на ребенке. Все же, несмотря на почти единодушное осуждение и в лучшем случае скептическое отношение к моему намерению,



я решила поговорить с профессором П. Первым вопросом профессора, когда я сказала ему о моем желании провести роды под гипнозом, было: „а зачем это вам? Вы очень боитесь родов?“ Я сообщила, что мной руководит только желание произвести научный эксперимент. На мой вопрос о риске в отношении ребенка он сказал, что неблагоприятного влияния быть не может. Профессор охотно согласился произвести опыт, но только в том случае, если я поддамся гипнозу, что он должен определить на первом сеансе, время которого он мне сейчас же и назначил. Раньше гипнозу я никогда не подвергалась.

Я с большим интересом и охотой и с полным внутренним спокойствием ждала этого сеанса, он заключался в следующем: Профессор предложил мне лечь на кушетку, завел метроном и заставил фиксировать взгляд на блестящий шарик своего докторского молоточка. Приближая его к глазам, говорил: „Вам хочется спать, веки ваши тяжелеют, дремота овладевает вами, вы засыпаете, вы спите“. Я действительно невольно закрыла глаза с чувством, что не могу их больше открыть, дыхание непроизвольно стало глубоким. В то же время я слышу стук метронома, шаги профессора и его слова: „вы можете глубоко заснуть, спите, руки и ноги ваши тяжелеют, вам сейчас очень хорошо, легко“, — и у меня на самом деле необыкновенно приятное самочувствие: спокойно, чувство отдыха. Профессор продолжает: „ничто вас не волнует, предстоящие роды вам не страшны, они пройдут у вас нормально, очень легко и безболезненно, вы относитесь к ним совершенно спокойно. Наоборот, Вас радует это событие. Засыпайте глубже! И с каждым разом вы будете все глубже и глубже и больше поддаваться моему в желаемом вам направлении внушению“. У меня ощущение, что мне хочется совсем заснуть, но мешает стук метронома, шаги профессора и иногда движение плода. „Вы не ощущаете кушетки, на которой вы лежите, вам легко, приятно и хорошо“. Я мысленно повторяю: „мне легко, приятно и хорошо“, и действительно: я ощущаю чувство необыкновенной легкости. Сеанс продолжался минут 20. „Теперь, когда я буду считать до трех, вы должны просыпаться, скажу „три“ — вы проснетесь и будете чувствовать себя хорошо, отдохнувшей и бодрой. Раз, два, три“... Я открываю глаза, и как ни в чем ни бывало, поднимаюсь с кушетки.

Профессор считает, что я поддаюсь гипнозу, и решает продолжать опыт, считая нужным потренировать меня до родов, проведя несколько таких сеансов. Я внимательно следила за собой: не будет ли каких-либо последствий после сеанса, не отразится ли он как-нибудь на меня или не повлияет на плод. Но абсолютно ничего не могла заметить, кроме того, что выйдя от профессора и дожидаясь трамвая, и затем по дороге в нем я несколько раз позевывала. Ни тяжести в голове, ни слабости не было. В движении плода не заметила никакой разницы. Настроение было совершенно ровное, и ночь потом провела великолепно.

Второй сеанс, и затем последующие (всего было 8 через два-три дня) в общих чертах повторяли первый. Профессор погружал меня в дремотное состояние сначала при помощи фиксирования взгляда на молоточек, но через два сеанса — без этого, а просто словами тоном приказания: „спите, вам хочется спать, засыпайте“, и самым спокойным тоном, расхаживая по комнате говорил: „Роды у вас пройдут безболезненно. Этот физиологический акт



по существу не должен быть болезнен, просто женщинам внушен издавна страх к нему. Вы не будете бояться, схватки у вас будут интенсивны, правильны, но боли вы ощущать не будете. Ничто вас не волнует, вам легко, приятно и хорошо". Погрузиться в глубокий сон так, чтобы потерять сознание, мне ни разу не удалось: на последних сеансах дремотное состояние было значительно глубже, чем на первых, но все же обрывки мыслей меня не покидали. При словах „засыпайте глубже“ и при легких поглаживаниях по лбу и по волосам дыхание становилось очень глубоким и минутами сон как будто сковывал, но затем слова профессора или какие-нибудь звуки, (шаги) будили внимание.

Часто мысль вращалась вокруг того, что со мной происходит, я анализировала явления. Наприм., я думаю: „как любопытно, вот я не сплю, между тем дышу, как глубоко спящий человек, такого ощущения в обычное время нельзя испытать“ „или, как это поразительно: при всем желании я не могу поднять век или, слушая слова профессора „вам сейчас очень хорошо“, я как бы заглядываю внутрь себя и констатирую, что действительно мне очень хорошо“. Однажды на третий или четвертый раз я, дожидаясь очереди в приемной и услышав из соседней комнаты стук метронома, с удивлением заметила, что меня клонит ко сну, голова опустилась на руки и я задремала так, как это бывало на сеансах. Когда пришла пациентка и сказала мне, что можно идти к профессору, я с большим трудом поднялась и, держась за стены, ощупью сделала несколько шагов до кабинета профессора и со словами „я совсем сплю“ опустилась на кушетку и по предложению профессора погрузилась в свое обычное состояние. Метроном в последние сеансы тоже не заводился. Раза два профессор пробовал внушить мне потерю кожной чувствительности, испытывая ощущение колесиком с зубчиками и булавкой. По его приказанию я не ощущала колющих зубчиков. Также меня поразило, когда он как-то сказал, что теперь я не смогу поднять руки, так она отяжелела, и когда я делала большие усилия, действительно не смогла поднять руки. Позывы на зевоту были еще только после второго сеанса, потом этого не наблюдалось. Попрежнему никаких болезненных проявлений после сеансов я не наблюдала. Да и трудно было их ожидать: так просто и естественно все было, ничего насильственного, форсирующего.

Настроение у меня в последнее время было великолепное (я как-то сказала профессору—нужно-ли приписать это его внушению, но только у меня удивительно спокойное, приятное настроение). Покой и радость как-бы переполняли меня, ни одной неприятной мысли. Некоторые знакомые подмечали у меня „блаженное“ выражение лица. О родах, как о чем-то страшном, мне и в голову не приходило думать. Эта часть была как будто задержана завесой, которая не позволяла за нее проникнуть. Мне просто было хорошо, а роды... и здесь стоп, дальше не думалось. Не могу сказать, чтобы у меня была уверенность, что они будут безболезненными, просто, точно атрофировалась моя способность думать о родах и что-либо переживать относительно их.

Отметила такую подробность: когда я раньше ходила к д-ру III. на консультацию или когда вообще проходила мимо его больницы, где я решила рожать, всегда как-то жутко становилось: „вот здесь... что-то будет"... А теперь я пришла к нему (за три недели до родов) и ничего



не подумала и было даже радостно. И я с удивлением это констатировала— вот мне совсем не страшно. Не приходило мне также в голову, что я уже под влиянием внушения, мое состояние казалось мне более, чем естественным. К сеансам я относилась, как к любопытному опыту—каков будет результат при родах?

До самого последнего дня я исполняла все нужное по дому и старалась побольше успеть в институте—бывала на практических работах и некоторых лекциях.

В понедельник 29-го октября вечером часов в 9, сидя с мужем за чаем, я почувствовала как будто схватку: внутри как будто что-то сжалось. Я сказала ему об этом и мы посмеялись: вот было бы хорошо, если-бы такие схватки были все время—без боли. Но я серьезно не отнеслась к этим ощущениям. Не могла себе представить, что схватки могут быть совсем без болезненных ощущений. Мне говорили, что дело начинается с ломоты в пояснице или боли в животе. Подобные „схватки“ я ощущала еще раза два до сна, потом спала всю ночь, как всегда, совершенно спокойно. Утром подобные ощущения повторились, но я продолжала не придавать им никакого значения, поскольку элемент боли совершенно отсутствовал—было ощущение просто спазма в животе; я могла его приписать явлениям со стороны кишечника. Мы с мужем продолжали шутить: а вдруг это схватки, и я не успею дойти до больницы, так все здесь и кончится,—может быть это гипноз так действует? Но мы были очень далеки от мысли, что это „может-быть“ и на самом деле так.

Я поехала к профессору П. По дороге я заметила, что все же что-то не ладно—пожалуй ощущение тяжести, некоторая слабость и опять изредка что-то *сжимается* внутри, так что я инстинктивно останавливалась.

Сеанс прошел обычно. Я в состоянии полного покоя и благополучия выслушивала знакомое „вам легко, приятно и хорошо, схватки вам будут даже приятны“. роды пройдут безболезненно“ и т. д.

После сеанса на приглашение профессора прийти через два дня, я ему сказала, что боюсь, как-бы сегодня уже не было в последний раз, я ощущаю что-то неладное. Мы с ним сговорились, что когда я пойду в больницу, мы дадим ему знать.

Схватки продолжались попрежнему, без всяких болезненных ощущений; я называла их схватками в шутку, так странно было-бы принять их за действительные схватки.

У меня в этот день как раз скопились хозяйственные дела—пилюшки распиливали и приносили в квартиру дрова, что продолжалось до темноты, девушка возилась с бельем, мне целый день пришлось толочься в кухне на ногах с уборкой и я ни разу не присела. Пришел муж со службы, я ему рассказываю, что мои „схватки“ участились: иногда минут через 10—15, иногда через большие промежутки, но все так только *ощущение спазма или позыва на низ* и еще уплотняется стенка живота. Поскольку не было не только больно, но хотя бы чуточку чувствительно, мы опять не придавали значения этим явлениям. Я помню, у моей приятельницы схватки, и настоящие, с сильной болью, начались за две недели до родов—доктор сказал, что это был подготовительный период. Я согласилась считать, что у меня тоже начинается подготовительный период, который,



конечно, будет длиться долго. Но соседка настоятельно советовала мне пойти показаться доктору. Я решила принять ванну, и потом может быть отправиться. Но после ванны мне не захотелось идти, погода была ужасная: лил дождь; мы с мужем решили, что если будет что-нибудь серьезное, то ночью поедем в больницу.

Выделения продолжались, участились позывы на мочеотделение, схватки мои участились. Я легла спать в несколько приподнятом настроении: а вдруг, действительно, нужно уже поехать в больницу. *Страха, волнения я не испытывала ни в самой малой степени.* На душе в глубине спокойно, спокойно. Я совершенно искренно говорила: „Хотя бы подождать до утра и выспаться еще одну ночь, а то потом с ребенком начнутся бессонные ночи“... Мы с мужем по часам следили за схватками: минут через 5, через 7, иногда через 10 я говорила: „вот опять начинается“; ощущение продолжалось одну, две минуты и потом я говорила—„вот отпустило“. И мы продолжали шутить: если это действие гипноза, то это замечательно! Но серьезно я не могла думать, что гипноз уже может проявлять свое действие. Я почему-то представляла себе, что уже в больнице, когда мне будет больно, придет профессор, погрузит меня в обычное дремотное состояние и внушит, что мне не больно.

Потом я засыпала, но сначала довольно часто просыпалась, схватки все продолжались. Часам к трем они участились и сделались интенсивнее (по прежнему *абсолютно без всяких болезненных ощущений*), сразу увеличилось количество слизистых выделений, появились очень частые позывы на мочеиспускание.

Утром, это было 31 октября, пришла моя коллега, однокурсница С., бывшая фельдшерка и акушерка. Я рассказываю ей все, что со мной происходит; она говорит, что, повидимому, начинаются роды, и все удивляется, почему мне не больно. Я хожу, болтаю и только от времени до времени с веселым видом сообщаю, „вот опять начинается схватка“.

В три часа мы с мужем отправились пешком к доктору. Погода была хорошая, и я с большим удовольствием прошлась до больницы. По дороге (ходьбы минут 15—20) я раза три останавливалась—пресловутые схватки. Настроение было великолепное—спокойное и веселое,—не хотелось уходить с улицы. Д-р Ш., освидетельствовав меня, сказал, что *роды уже идут, произошло раскрытие матки на 1½ пальца*, шейка матки укоротилась, края ее истончались, т.-е. я проделала уже большую работу. Поскольку я себя так хорошо и бодро чувствую, он может мне разрешить, если я хочу, пойти домой часа на два, но через два часа необходимо быть уже в больнице. Я, конечно, обрадовалась перспективе еще пройтись, еще побыть на свободе хотя-бы два часа. Я зашла к соседке по комнате (жена профессора М.) и рассказываю ей свой необыкновенный случай. Мы с ней заговорились, и я совсем незаметно провела у нее полтора часа, сидя на диванчике. Беседуя, я время от времени, улыбаясь, сообщала ей: „вот опять схватки“. Я заметила, что схватки интенсивнее и дольше, но попрежнему не сопровождались никакими, хотя-бы незначительными болевыми ощущениями. Она поразилась и рассказывала, как ей было больно, когда появилась на свет ее девочка. Теперь и я была склонна думать, что очевидно внушение профессора уже играет здесь роль, и мне стало столь приятно, столь интересно



и весело за собой наблюдать. Муж застал меня еще в гостях. Мы с ним пообедали и отправились уже с вещами на извозчике в больницу. Ехала я в самом приятном настроении. День был тихий, теплый, сидеть рядом с мужем было так уютно, на душе было так хорошо, и я несколько раз повторяла: „я удивительно хорошо себя чувствую“—такое радостное, точно праздничное, настроение было у меня. (Хочу здесь сказать, забежав вперед, что когда я возвращалась уже из больницы домой с ребенком, сидя так же на извозчике, я была счастлива и вспоминала, что уже переживала такое настроение—именно, когда ехала в больницу. И я несколько раз сказала по дороге мужу: „как странно, у меня сейчас точь-в-точь такое же настроение, как тогда, когда я ехала в больницу“).

В больнице после обычных приготовлений (переодели, помыли и пр.) положили меня в кровать. Было 7 часов вечера. Схватки продолжались, сделались сильнее. Я следила по часам—они начинались через 4—5 минут. Теперь я уже верила, что роды начинаются, *но боли не испытывала никакой*. Пришел доктор меня посмотреть, как раз при нем у меня отошли воды. Д-р поручил наблюдать за мной акушерке. Мы с ней беседовали о разных вещах, и я время от времени ей говорила: „вот начинается схватка“. Она сидела около меня и потом стала просить: „Вы, пожалуйста, каждый раз говорите мне, когда у вас схватки. Обыкновенно, женщины кричат или стонут, или по крайней мере по их лицу можно сказать, что схватка начинается, а у вас ничего не заметно, а мне же нужно каждый раз смотреть, следить“.

Я лежу, настроение у меня великолепное, у меня начинаются схватки и сейчас же невольно приходят на ум слова профессора: „Вам легко, приятно и хорошо“. Часов в 8<sup>1/2</sup> в комнату вдруг вошел профессор. Я ему страшно обрадовалась: сразу почувствовала прилив бодрости, спокойствия и радости. Он подошел, сказал: „все хорошо, так и должно быть, боли вы ощущать не будете, роды будут легкие, лежите спокойно. Вам сейчас очень хорошо“. Он поднялся наверх к доктору. Я продолжала лежать, укрытая одеялом, мне было тепло, спокойно, разговаривать больше не хотелось—*дремалось*. Только попрежнему я говорила акушерке: „вот начинается схватка“, и она продолжала свои наблюдения. Потом она сказала, что повидимому уже происходит давление на прямую кишку; она предложила мне перейти на высокую кровать для родильниц, так как там ей будет удобнее за мной наблюдать. Я легко перешла и взобралась на этот стол. Я все время за собой наблюдала: „вот мне *ничуть не страшно*,—как странно“. Схватки делались все настойчивее, чаще и продолжительнее. Я повернулась с разрешения акушерки на левый бок, укрылась одеялом и лежу себе, прислушиваясь к своим ощущениям. „Вот начинается, но мне совсем не больно“. Пришли доктор и профессор. Доктор посмотрел, нашел, что дело очень продвинулось, работа идет полным ходом.

Профессор поглаживал меня рукой по лбу и говорил: „Все прекрасно, вы чувствуете себя хорошо. Вы счастливы, боли вы не ощущаете и ощущать не будете, дремотное состояние овладевает вами“. Потом они опять ушли. Между схватками у меня было совсем сонное состояние, иногда с началом схватки я ловила себя на мысли, что вот сейчас я спала.



Часов в 12 я в первый раз стала *ощущать некоторую болезненность* за время схватки: какую-то тупую, ноющую; как-бы заглушенную боль в крестце, в боках, *но вполне терпимую*. Вс: же я попросила акушерку сказать профессору, что у меня появилась некоторая чувствительность. Доктор и профессор сейчас пришли. Доктор сказал, что сейчас повидимому самый болезненный момент: давление плода на *plexus sacralis*. Профессор опять поглаживал мой лоб и говорил: „*Вот вам совсем не больно!* вам хорошо, вы счастливы, что совершается великое дело, все идет прекрасно, роды проходят безболезненно, и так же безболезненно закончится, послеродовой период тоже будет протекать хорошо“ и т. д. Присутствие профессора оказывало на меня замечательное действие: мне сразу становилось как-то особенно спокойно, *боли ощущать я перестала*. Доктор сказал, что дело подвигается хорошо, к трем часам все кончится. Я не хотела этому верить; мне казалось, что роды у меня, как у первородящей, будут продолжаться по меньшей мере сутки.

Доктор остался со мной и не отходил до конца родов. У меня начались потуги. По совету доктора я помогала им, напрягая брюшной пресс. Ощущение от потуг было приятное, о чем я и сказала д-ру. *Промежутки между потугами были не так приятны: ощущалась некоторая слабость и неопределенная болезненность*. Потуги были все энергичнее и с каждым разом я с особым удовольствием помогала, держась руками за край кровати. В промежутках между потугами я дремала. Потом я вижу: доктор отдает какие-то распоряжения—смазывать пальцы иодом. Было часа 2. Профессор пришел, стал эколо меня, и мы стали разговаривать. Он расспрашивал, как я себя чувствую, и с довольным видом говорил, что все идет великолепно, уверял, что мне очень хорошо, легко, радостно и пр. Шутил, спрашивал, сильно ли кричат сбыкновенно роженицы. Я его слушала, отвечала. В его присутствии я испытывала все тот же покой и благополучие. В это время доктор что-то возился со мной, на коленях у меня лежала простыня, и я ровно ничего не видела, что со мной происходит. От разговора с профессором меня отвлекал доктор отрывистыми приказаниями: „Дышите... помогайте... спокойно... не дышите...“ Я, исполняв требуемое, обращалась к профессору. У меня появилось новое ощущение: как-будто чувство жжения; мне пришло в голову, что доктор прикоснулся руками смазанными иодом, и вот иод меня щиплет, но мне некогда было сосредоточиться на этом—я слушала профессора. Вдруг я как во сне вижу, что доктор держит ребеночка, хлопает его, тот закричал, меня поздравляют с сыном. Недоумению моему в первый момент не было границ, я ни за что не могла поверить, что все уже кончилось,—это казалось мне совершенно невероятным. Я и не заметила, как кончились роды. *И сразу я почувствовала необыкновенную радость, бодрость, легкость, я готова была соскочить с кровати. Я чувствовала себя совершенно здоровой, испытывала полное ощущение силы, как будто я и не проделала большого напряжения*.

Меня поразило, что никакой *слабости и утомления я не чувствую*. Мы с профессором продолжали оживленно беседовать, перебирая все подробности опыта, в то время, как со мной еще возились—вышел послед, меня убирали. Доктор сказал, что на слизистой *vagin'e* получилась ссадина,



и считает нужным наложить там шов. *Наложение шва было совершенно безболезненно.* Когда все было закончено, меня укрыли и вывели в палату. Мое ощущение полного здоровья и присутствие всех сил меня не покидало, спать мне ничуть не хотелось. Профессор и доктор пришли ко мне в палату, и там мы вместе радостно делились впечатлениями от опыта. Я находилась в самом блаженном состоянии. После их ухода, я еще долго лежала, улыбалась с ощущением радости. На другой день и во все последующие самочувствие у меня было очень хорошее. Послеродовой период протекал благополучно. Ребенок проявлял себя очень хорошо. Весу было около 11 фунтов, грудь взял сразу и сосал очень энергично, кричал громким голосом, а вообще же был довольно спокойным—давая возможность всем окружающим отдыхать. Из больницы я вышла на 9-й день. Дома чувствовала себя хорошо настолько, что сразу же могла исполнять кое-какие работы по хозяйству и совершенно самостоятельно возиться с ребенком. Таким образом, я должна признать, что роды протекали у меня исключительно легко. Мне совершенно непонятно, как это женщины говорят о них, как о чем-то ужасном. За то время, пока я лежала в больнице, там было несколько родов, и я слушала неистовые крики родильниц с каким-то смешанным чувством неловкости, недоумения и недоверия, мне невольно казались сильно преувеличенными эти крики.

Как опыт применения гипноза, мой случай представляется мне интересным тем, что я все время была „в здоровом уме и твердой памяти“.

Никогда раньше я не подвергалась гипнозу и не знала, как выражается его влияние; я удивилась тому, как просто и естественно его действие. Я не смогла бы различить, перебирая в памяти процесс родов, где было внушение, где было самовнушение, где простое отвлечение внимания. Мне теперь смешно, когда говорят, что „страшно поддаваться гипнозу“.

В представленной истории болезни наша больная, З., настолько исчерпывающе детализировала свои ощущения и описала ход родов, что нам и прибавить нечего, но лишь для порядка мы, суммируя все, скажем:

Больная 32 лет от роду, первобеременная, происходит от здоровой семьи, не болела, menstrua начались на 14 году, через 28 дней по три-четыре дня, безболезненны, тип установился сразу. Половой жизнью живет три года, тип menstrua после начала половой жизни такой же, как и до, последняя menstrua'ция—первого февраля с. г. К нам впервые обратилась 9 июня на уровне начала 5-го месяца беременности, все время находилась под нашим наблюдением, являясь через указанные промежутки для осмотра и получения соответствующих указаний. Беременность протекала благополучно, со стороны сердца, легких и почек отклонений от нормы не наблюдалось, со стороны таза все обстояло благоприятно, размеры—25, 27, 32, 20. В среду 31 октября в 3<sup>1/2</sup> часа дня больная З. явилась ко мне на прием; хотя,



в зависимости от своего самочувствия, она была далека от мысли, что наступили роды, но в виду того, что срок родов был указан к 1-му ноября и что у нее с понедельника с вечера начали являться подозрительные ощущения, периодически повторявшихся: уплотнение живота, каковые в течении вторника к вечеру начали становиться чаще и к ним присоединились слизистые выделения из половой щели, то она хотела выяснить положение вещей. При осмотре со стороны живота—живот увеличен, уровень дна матки посередине между пупком и мочевидным отростком, мелкие части плода прощупываются справа, сердцебиение плода прослушивается слева, ниже пупка, предлежит плотная твердая часть, установившаяся над входом в таз. Матка при дотрагивании плотнеет. Обыкновенно, внутреннее исследование я не произвожу, но в данном случае, имея в виду определенный интерес по отношению к гипнозу, я произвел и внутреннее исследование, причем оказалось: шейка укорочена, края зева почти сглажены, открытие на  $1\frac{1}{2}$  пальца, пузырь цел, слегка напрягается, предлежащая часть высоко. Заявив больной о результатах исследования, что роды идут, что ею произведена уже большая работа и что несомненно и дальше родовая деятельность будет протекать так же безболезненно, я разрешил ей поехать на пару часов домой, чтобы привести все в порядок.

Гражданка З. прибыла в больницу к 7 часам веч. Схватки, по ее словам, периодически повторялись через каждые 10—7—5 минут, но несмотря на это, она провела этот промежуток времени в обществе своих приятелей-соседей по квартире, шутя и смеясь, лишь от времени до времени заявляя: «вот у меня опять схватка, но болей при этом никаких не ощущала. По прибытии в больницу гр-ка З. была соответствующим образом подготовлена и уложена в постель. Дежурной акушерке были даны указания следить за больной, отмечая точно промежутки, через которые будут появляться схватки, продолжительность их, силу, высоту, правильность, и если жалоб со стороны больной не последует, следить за выражением лица. В 8 часов вечера прошли околоплодные воды. Схватки стали чаще и сильнее, к 11 час. начались потуги, появилось периодически перемежающееся напряжение брюшного пресса; больная оставалась совершенно спокойной; можно было лишь отметить от времени до времени отрывистые движения нижних конечностей (как рефлекторные, несомненно, совершенно бессознательны). На вопросы о самочувствии больная



отвечала, что болей не чувствует. Следя все время за выражением лица, можно было по чертам его и по его мимике отметить, что болевые ощущения отсутствуют. Пульс все время ровный, не учащенный, дыхание ровное. Больная переведена на родильную кровать—потуги делают свое дело, продолжительность и сила увеличиваются, промежутки укорачиваются, в промежутках слегка или дремлет, под влиянием присутствовавшего тут-же проф. П. или оживленно беседовала с ним. Во время прорезывания головки больная глубоко дышет, жалобы на боль отсутствуют. В 3 часа ночи роды живым доношенным плодом весом около 11 фунтов. Прислушиваясь к крику ребенка, больная З. с удивлением оглядывается и вопросительно недоверчиво спрашивает: «Разве уже конец?». Через 20 минут самопроизвольно и целиком отделилось детское место. На слизистой левой губе в нижней ее трети—ссадина; наложен шов; кровянистых выделений значительно меньше обыкновенного, матка хорошо сократилась. Больная приведена в порядок, сделан туалет, отправлена в палату. Самочувствие больной после родов непосредственно настолько хорошо, что больная заявила, что она уже может встать. Послеродовое течение проходит совершенно благополучно, температура все время в рамках нормы выделения нормальны, период лактации без перебоев. Больная провела в больнице 9 дней, выписалась с хорошим самочувствием и совершенно здоровым ребенком. Сегодня 7 недель после родов; состояние гражданки З. и ее ребенка вполне хорошее.

С третьего дня после рождения ребенок гр-ки З. находился под наблюдением педиатра д-ра М. Б. Голомба, благодаря любезности которого, за что выражаю ему благодарность, я имею возможность привести здесь результаты наблюдения, предоставленные мне для этой цели д-ром Голомбом, а именно:

Владимир З. родился 1-го ноября 1923 года.

3/XI. Первое исследование, произведенное на третий день жизни ребенка, после кормления, дает впечатление довольства и спокойствия; обнаженный, уложенный на спинку ребенок потягивался, проделывая медленные и мягкие движения ручками и ножками. Крик ребенка—непродолжительный—был чистый и достаточно сильный, быстрый переход в сон. Кожа чиста, бархатиста. На подбородке мелкая незначительная сыпь. На плечиках *lanugo*. Цвет кожи розовый с переходом в красноватый, при давлении кожа дает оттенок некоторой желтизны. Слизистая глаз чистая, слизистая ротовой полости бледно-розовая, слегка увлажненная.



Носовые ходы свободны. Тургор хороший. Тонус мышечный умеренно повышенный (в физиологических пределах). Черепные кости тверды, непосредственно прилегая друг к другу. Большой родничек открыт ( $2 \times 2\frac{1}{2}$ ), ногти достигают концов пальцев (на ручках и ножках), ушные хрящи нормальны, яички опущены в мошонку.

Длина тела 51 сантиметр. Окружность головы 35. Окружность груди 34. Приложенный к груди берет ее сразу. Захватывает сосок крепко и сосет энергично. В начале прикладывается к груди через 3 часа—8 раз в сутки, в промежутках ведет себя спокойно. На 10-й день переводится определенно на 6-тикратное кормление грудью, через  $3\frac{1}{2}$  часа. Стул один раз в сутки, иногда задерживается. Цвет кала рано (уже первые дни) устанавливается желтый. Первое взвешивание на 10-й день 4050 гр., и в дальнейшем хорошие прибавки: от 150 до 280 гр. в неделю. (*Смотри кривую*).

Ввиду выраженных признаков эутрофии у ребенка, он переводится на 5-тикратное кормление с ночным промежутком в 8 часов; днем через 4 часа.

20/XI. Самочувствие ребенка прекрасное, часто гулит, сон спокойный, аппетит хороший, стул нормальный, мочится умеренно, фиксирует взгляд на предметы движущиеся. Начинает фиксировать головку.

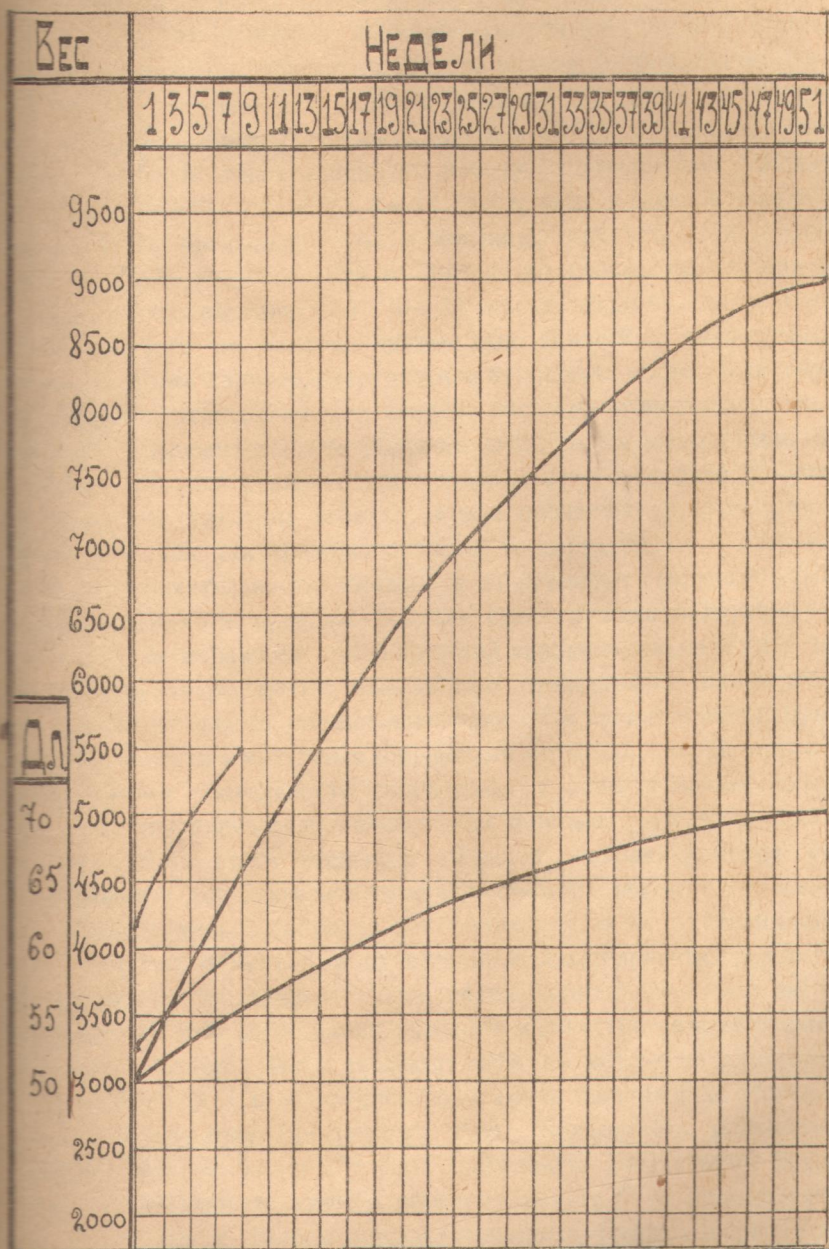
22/XII. Вес 5430 гр. Длина тела 58 сант. Окружность головы 39 сант. Окружность груди  $37\frac{3}{4}$  сант.

Представленные данные веса, размеров, развитие ребенка до возможности перевода его на уровне шестой недели на 5-тикратное кормление с ночным отдыхом в 8 часов, говорят за то, что пост-гипнотическое внушение, под которым проводились роды гражданки З. никакого вредного влияния на состояние ребенка не обнаружило.

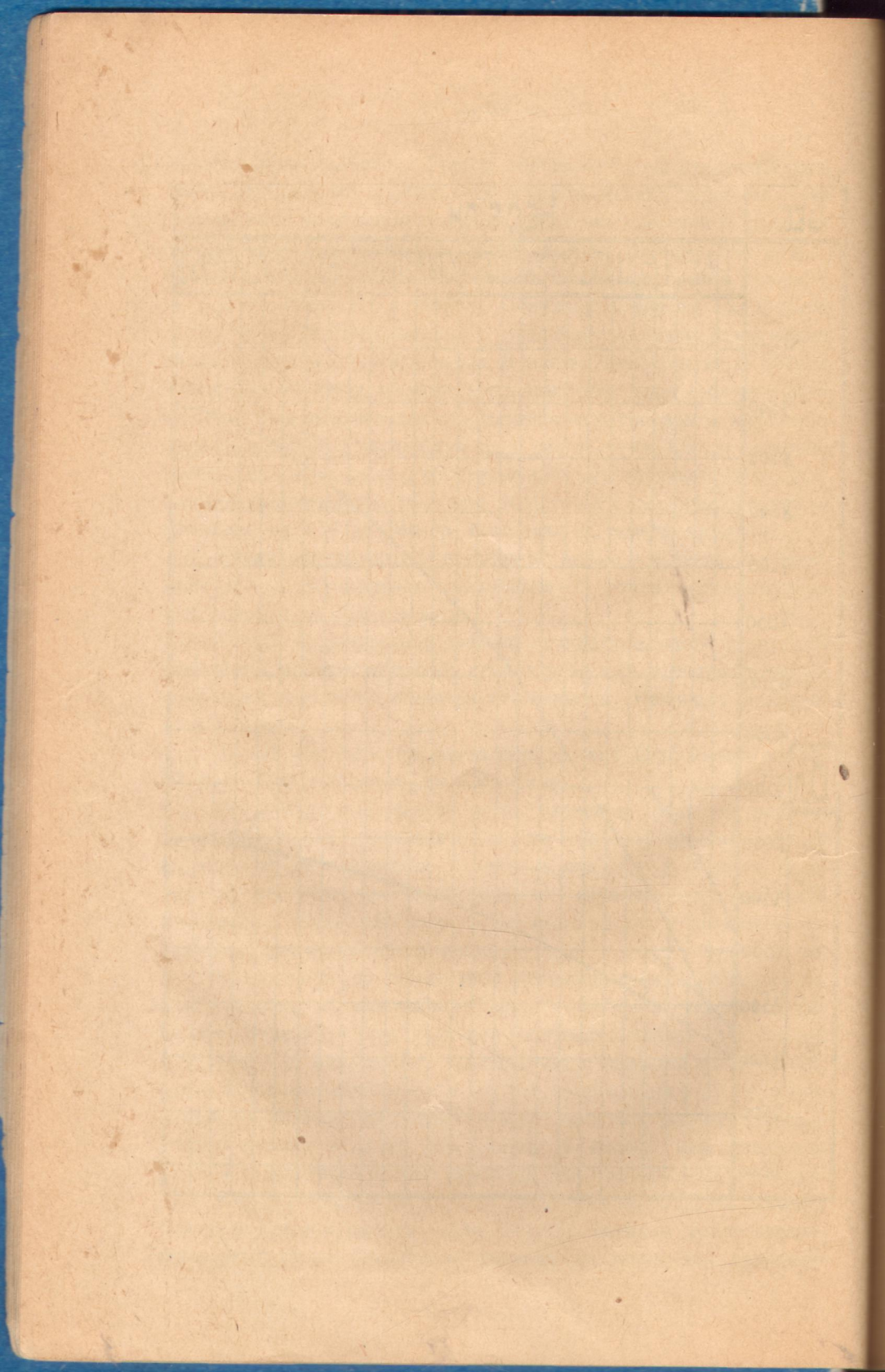
Впечатление от применения пост-гипнотического внушения, как средства обезболивания родового акта,—в нашем случае полное. Больная в бодрствующем состоянии, отдавая себе полный отчет во всех ощущениях, поддерживая с нами все время беседу, давая исчерпывающие ответы на все вопросы, ни разу не жаловалась на болевые ощущения, и в то же время, несмотря на свой зрелый возраст и на то, что рожала в первый раз, проделала роды, в результате которых появился ребенок весом около 11 фун.

Больная явилась на осмотр после уже проведенной на дому большой родовой работы: если считать началом родов возвращающуюся через правильные промежутки ощущения сжимания











в животе, уплотнение его и стойкие изменения шейки (период раскрытия), то результат осмотра—укорочение шейки, сглаживание краев зева, открытие на полтора пальца, безусловно говорит за то, что родовая деятельность началась на дому, но только в отсутствии болей. Установить, какое время понадобилось в данном случае на вышеуказанную работу, с точностью трудно, но нужно думать, не менее 8—10 часов; весь остальной родовой акт больная проделала у нас в больнице, так что если суммировать время родового акта от начала до конца, то продолжительность его выразится в 20—22 часах. Если-бы мы хотели ответить себе на вопрос, чрезвычайно важный и вызывавший, в большинстве случаев, скептическое отношение к средствам акушерской анестезии, а именно: влияние пост-гипнотического внушения на продолжительность родового акта, то мы должны были-бы сказать, что для решения этого вопроса целесообразнее принять в расчет не отдельные схватки, а всю продолжительность родового акта, так как полезное значение каждой схватки не столько в ее продолжительности, сколько в ее правильности; часто даже очень сильные и продолжительные схватки мало продуктивны, если они не выражают собой дружной координированной работы, всей мускулатуры матки, или вообще представляет какие-либо отклонения от своего нормального типа. Что касается силы, продолжительности и мышечных сокращений матки и брюшного пресса, промежутков правильности сокращения и асте схваток, то мы эти моменты определяли наблюдением ошупью, с часами в руках и характером поступательного эффекта; токодинамометра мы не применяли. Устанавливать влияние пост-гипнотического внушения на продолжительность родов мы поэтому будем не в зависимости от отдельных моментов, а от всей продолжительности родового акта. Нормы продолжительности родового акта установить очень трудно, так как здесь имеет значение множество разнообразных факторов. Каждый автор приводит свою статистику на основании своего материала и у каждого получаются свои цифры. Просматривая статистику Spiegelberg'a, Feit'a, Знаменского, Парышева, Воффа, Массона, Bumm'a, Ahlfeld'a, Zweifel'я, Schlumpert'a Виридарского, Онуфриева, нашего многоуважаемого П. Х. Хажинского, мы видим, что в среднем продолжительность родов у первородящих колеблется от тринадцати часов 43 минут (по Zweifel'ю) до 24 час. (по Ahlfeld'у). В нашем случае продолжительность родов можно считать до 22 часов. Принимая во внимание возраст



роженицы, вес плода, размеры головки (что по статистическим данным П. Х. Хожинского несколько замедляет родовой акт) нужно считать, что пост-гипнотическое внушение родового акта не замедляет, хотя мы тут-же должны прибавить, что если бы роды замедлились на один-два часа, то та энергия, которая сохраняется больной, вследствие отсутствия болей, не послужила-бы противоуказанием применения пост-гипнотического внушения. Говорить о влиянии нашей анестезии на отдельные периоды родов не приходится, так как она обезболивает весь родовой акт. Случаев родов, проведенных под гипнозом, описано не мало. Я позволю себе для примера привести из одного французского журнала описание 2-х случаев, под заглавием: «Гипнотизм, как анестезирующее средство в акушерстве». Автор описывает и разбирает два случая родов, протекавших в состоянии гипноза. В продолжении всего периода изгнания плода обе роженицы находились в полном бессознательном состоянии.

Проснувшись, они решительно ничего не помнили, что с ними происходило за все время гипноза, искусственно вызванного. На основании этих 2-х случаев, а также и прежних подобных же наблюдений, опубликованных раньше, автор считает предлагаемый новый метод анестезии применимым в акушерстве даже предпочтительно перед хлороформным наркозом, находя его вполне, как по отношению к матери, так и по отношению к ребенку, безопасным. Самый метод заключается в следующем: женщину между 7-м и 8-м месяцем беременности начинают ежедневно или, по крайней мере, несколько раз в неделю подвергать гипнозу, в котором ее держат от 15—20 минут. Вначале приходится прибегать к помощи вертящегося зеркала (*miroir rotatif*). Вскоре, обыкновенно, удается достигнуть гипноза, вызвать анестезию и каталепсию, и субъект становится способным к внушению. Впоследствии не приходится даже прибегать к зеркалу, а бывает достаточно одного взгляда для вызова желаемого эффекта. Сеансы продолжают повторять до наступления родов. Самым трудным оказывается уловить момент, когда следует приступить к гипнотизированию. Начинать гипноз следует с того момента, когда установятся родовые боли, изгоняющие потуги достигнут интенсивности. Как только наступает гипнотическое состояние, боли перестают сознаваться роженицей, и она может сконцентрировать все свои усилия для изгнания плода.



Благодаря этому, врач, руководящий гипнозом, может по желанию в любое время посредством внушения усилить родовую деятельность и тем самым ускорить самый родовой акт. По пробуждении, которое достигается после родов посредством простого внушения, оказывается, что женщины, подвергавшиеся гипнозу, решительно ничего не помнят, что с ними происходило.

Очевидно, что и в этих случаях имело место постгипнотическое внушение, и напрасно автор говорит, что самым трудным оказывается уловить, когда следует приступить к гипнотизированию. Наш случай показывает, что постгипнотическое внушение настолько устойчиво, что предварительная тренировка является исчерпывающей и что во время родов ловить моментов для гипноза не приходится. Второе преимущество нашего случая, что роды происходят не в состоянии гипнотического сна; естественно, мы могли бы сами возразить, что может быть не безразлично держать женщину все время родового акта во сне. О вредном влиянии постгипнотического внушения на состояние матери и ребенка, на основании нашего случая, говорить не приходится, да и вряд ли вообще можно предполагать какой-либо вред. (Подробнее этого вопроса коснется в дальнейшем и проф. Платонов). Несомненно одно: 70% всех родов могут протекать безболезненно. Мы должны будем еще раз возвратиться к вопросу об обезболивании родов нарко-гипнозом или гипно-наркозом, предложенным для этой цели Голлауэром и Kirstein'ом. Голлауэр говорит, что преимущество постгипнотического внушения перед нарко-гипнозом состоит в том, что первое совершенно безопасно и не дает никаких вредных последствий. Если мы в вопросе о применении нарко-гипноза при гинекологических операциях можем высказываться разн, то при родах мы бы считали единственно правильной формой анестезии—чистое постгипнотическое внушение, так как применение при нарко-гипнозе хлороформа, эфира и др. уже является моментом нежелательным. Он связан со всеми последствиями влияния хлороформа, эфира, начиная от идиосинкразии до осложнения, в зависимости от применяемого количества, влияния на плод, молока матери и т. д.

Представление о родах до такой степени прочно ассоциируется с представлением о болях и страданиях, что женщины, не испытывая их, естественно, не могут себе представить, что все обошлось так просто и безболезненно. Прислушиваясь к крику



ребенка, больная с удивлением оглядывается по сторонам и вопросительно смотрит на окружающих. Бывают случаи, что женщины проявляют во время родов геройское терпение и такую выносливость, которую едва ли многие из них способны проявить при других обстоятельствах. Нужно думать, что такие женщины загипнотизированы мыслью о необходимости родовых болей, и тут, несомненно, играет роль самовнушение.

Один случай не создает теории. Он не дает права делать выводы, устанавливая положения, но все же он нас окрыляет, он нас обязывает работать в направлении экспериментального изучения действия постгипнотического внушения, как средства акушерской анестезии, и если постгипнотическое внушение, как элемент психотерапии, разработанный на научных началах, действительно, как этого можно ожидать, окажется целесообразным во всех случаях, то мы, врачи-акушеры, получим высшее нравственное удовлетворение; женщина сможет смело и бодро смотреть в глаза наступающим родам, высшее материнское счастье будет покупаться не ценой жестоких страданий, роды будут проходить просто, легко и безболезненно. Пусть же мы в этом найдем побуждение к дальнейшим опытам.

Не останавливаясь здесь на вопросе о применении гипноза, как наркоза вообще (что послужит предметом отдельного сообщения), позволю себе привести два случая операции прерывания беременности на третьем и четвертом месяцах, проведенных согласно желанию больных под гипнозом.

Первый случай касается курсистки-медики, направленной ко мне т.т. терапевтами 1 декабря 1923 г. с предложением, ввиду угрожающих для жизни больной явлений со стороны органических заболеваний сердца и сердечной мышцы с декомпенсацией при продолжении беременности, таковую прервать.

Больная 28 лет от роду, половой жизнью живет один год, menstrua на 14 году, через три-четыре недели, по 5—6 дней, с болями. После начала половой жизни тип menstrua тот же. В детстве перенесла скарлатину, 14 лет от роду—ревматизм, 19-ти лет—сыпной тиф. При исследовании со стороны половых органов констатируется трехмесячная беременность.<sup>с. 21</sup> Больная просит произвести ей операцию под гипнозом и передает, что в течение первого месяца беременности по поводу мучительных тошнот и рвот подвергалась гипнозу врача Пайкина (было произведено 7 сеансов с полным эффектом) и что за несколько



дней до прихода ко мне она, с целью подготовить себя к операции под гипнозом, обратилась к врачу Пайкину, который в течение трех сеансов, погружая больную в глубокий сон, делал внушение о мнимой перетяжке туловища с последующей полной анестезией ниже места перетяжки. Результаты сеансов успешны, что дало повод высказаться о благоприятном исходе операции по отношению к гипнозу.

2 декабря 1923 г. больная С. поступила в лечебницу. Необходимые манипуляции в смысле приготовления больной к операции (бритье, клизма, туалет) были очень затруднены, вследствие чрезмерно повышенной чувствительности больной. Операция назначена на 3 декабря в 10 час утра. Утром 3 декабря дежурная акушерка мне сообщила, что больная С. всю ночь провела бессонно, очень волнуется и боится операции; тогда я вошел в палату к больной и заявил ей, что, в виду непредвиденных обстоятельств, операция состоится только в 2 часа дня, после чего больная значительно успокоилась. Без 5 минут в 10 часов врач Пайкин зашел к больной, и способом словесного внушения больная была усыплена с внушенной перетяжкой туловища и анестезией ниже перетяжки лежащих частей.

В сонном состоянии больная перевезена в операционную. В виду необходимости освободить перед операцией мочевой пузырь больной, тут-же было сделано соответствующее внушение, больная, продолжая спать, все это исполнила. Она была уложена на операционный стол, беспрепятственно был произведен необходимый туалет и приступлено к операции. Операция длилась 21 минуту, кровянистых выделений отмечалось значительно меньше, чем обыкновенно в подобных случаях наблюдается. Все время операции больная ровно, спокойно спала, наблюдался лишь один кратковременный момент неприятного ощущения у больной тошноты, из какого состояния она сейчас была отвлечена путем внушения галлюцинации (перенесением в деревенскую обстановку).

Пульс в течение всей операции контролировался: никаких изменений в смысле частоты и полноты не замечалось. Тут же считаю нужным отметить, что присутствовавшие в большом количестве на операции врачи обратились к профессору Платонову с вопросом: «не отвлечет ли больную от сна их движение и разговор», на что он ответил, что можно и говорить, и стучать,—больная все же будет продолжать спать. И действительно, несмотря на последовавшие после моего разрешения довольно



громкие разговоры и движения, больная продолжала ровно и спокойно спать. В сонном состоянии больная отвезена в палату, где проф. Платоновым, спустя минут 15 после операции, она была в нашем присутствии пробуждена внушением, тут же сделанным. Проснувшись, больная широко раскрыв глаза, с удивлением спросила, чем она обязана присутствию у нее в палате такого общества врачей. На мой вопрос: «Как вы себя чувствуете?» больная ответила: «прекрасно», и когда я ей заявил, что операция уже сделана, она сказала: «Вы шутите, никакой операции вы мне еще не делали»; тогда я ей повторил, что говорю вполне серьезно, на что она ответила, что только доверие ко мне заставляет ее этому поверить, т. к. она решительно ничего не помнит (полная амнезия).

Послеоперационное течение прошло совершенно гладко, никаких жалоб, никаких болезненных ощущений, никаких выделений, температура все время нормальна. 10 декабря больная выписана из больницы здоровой.

Второй случай касается тоже курсистки-медики 4-го курса В., которая обратилась к нам с просьбой произвести ей под гипнозом операцию прерывания беременности на 4-м месяце, т. к. в виду ее тяжелого состояния (недостаточность сердечной мышцы, вследствие недостаточно компенсированной *Insuficienitia valvul mitralis*). Пользовавшие ее терапевты и освидетельствовавший ее по моему предложению проф. Якушевич пришли к заключению, что продолжение беременности является для нее угрожающим.

Больная, желая произвести операцию под гипнозом, предварительно обратилась к врачу Пайкину, с разрешения которого сообщая некоторые моменты техники подготовки.

С первого погружения способом словесного внушения больная поверхностно уснула, и после троекратных усыплений (по Фогту) с чередовавшимися пробуждениями больная глубоко усыплена: была обнаружена продолжительная каталепсия, приятные внушения (гулянье в саду, звуки музыки и др.) легко воспринимались.

По пробуждении больная себя чувствовала легко и весело и о происшедшем вспоминала с трудом. При последующем усыплении больная впадает в глубокий сон, и ей сделано внушение о мнимой перетяжке туловища в поясничной части с последующей анестезией ниже места перетяжки. Опыт удается, больная не чувствует прикосновения, давления в области живота и нижних конечностей, на укол булавкой реагирует вздрагиваньем



соответствующей ноги; на вопрос, чувствует ли она какую либо боль и ощущает ли вообще свои нижние конечности и живот—получается ответ отрицательный. Третий и четвертый сеансы дают уже отсутствие реакции и на глубокие уколы; на вопрос о самочувствии во время укола, больная отвечает: «хорошо». Последний феномен убедил врача Пайкина в возможности рассчитывать в данном случае на успех внушения.

Больная поступила в лечебницу 4 января 1924 г. Имеет 21 год от роду, живет половой жизнью 1 год, *menstrua* на 16 году, через месяц по 3 дня безболезненно. В детстве—скарлатина, 18-ти лет—ревматизм. Лицо одутловато, пульс до 100 ударов в 1', слабого наполнения, с перебоями; со стороны сердца систолический шум у верхушки, акцентуация на втором тоне легочной артерии, границы сердца расширены влево на полтора пальца, вправо на один. Со стороны половых органов констатируется четырехмесячная беременность; на нижних конечностях отеки. С вечера больной сделаны все необходимые манипуляции приготовления к операции, каковая назначена на следующее утро в 10 час. С утра я, как и в первом случае, успокоил больную, заявив, что операция отложена на несколько часов. К 10 часам М. И. Пайкин внушением повторил больной, что операция будет лишь в 3 часа дня, а пока она должна отдохнуть, и спустя лишь 20 минут гипноза-отдыха последовало внушение о конструкции туловища в поясничной части с последующей анестезией ниже лежащих частей. На вопрос о каких либо ощущениях в указанных местах, больная отвечает отрицательно, на глубокие уколы булавки—никаких рефлекторных движений. В сонном состоянии больная отвезена в операционную, уложена на стол, приступлено к операции с расчетом произвести таковую, как это полагается, в 2 темпа. Сделано расширение Hegar'ами до № 24, матка промыта физиологическим раствором. Сон ровный, спокойный, реакции никакой, дыхание глубокое, пульс 96 ударов в 1'. Состояние больной настолько благоприятное, что, получив ответ от М. И. Пайкина, что больная и дальше будет спать ровно и спокойно в течении нужного времени, я заявил присутствующим товарищам, что с целью проверить надежность действия гипноза, вопреки моему принципу, попробую закончить операцию в один темп. Операция произведена подностью, продолжалась 37 минут; кровянистых выделений, как и в первом случае, было значительно меньше обыкновенного.



Во время операции был один момент, когда при входе в полость матки острой кюреткой для удаления остатков плаценты, больная, продолжая спать, начала стонать при пульсе 108, но сделанным тут же М. И. Пайкиным отвлечением (перенесением больной на прогулку по лугу с цветами) сон беспрепятственно продолжался при пульсе 90. Больная в сонном состоянии была отвезена в палату, где ей было сделано внушение проснуться через 20 минут. К указанному сроку мы вошли в палату; больная самопроизвольно проснулась, и на вопрос, как себя чувствует ответила: «Очень хорошо». На заявление, что операция уже сделана, больная с удивлением сказала: «Вы меня обманываете, никакой операции мне еще не сделали» \*).

Пульс, дыхание и кровяное давление записаны соответствующими кривыми в бодрствующем состоянии сна и по пробуждении.

Со стороны нервного и психического статуса, уклонение от нормы подметить не удалось. Психика исследована путем наблюдения и посредством психологического профиля по Россолиму. Последнее произведено доктором Квинтом в психоневрологическом институте.

Описанные нами случаи операции под гипнозом, естественно, не дают нам право делать какие либо выводы; мы их привели опять таки, как опыт применения гипно-наркоза, и опыт, давший полный эффект.

За последние три-четыре года научная мысль (преимущественно в Германии) очень интенсивно работает в направлении изучения вопроса о гипнозе и применения его, как средства наркоза; у нас в Харькове, по инициативе проф. Платонова, гипноз начинает пробуждать к себе интерес.

Оставляя выводы и положения до момента, когда соберется достаточный материал, проверенный и в количестве и во времени, когда на научных началах будут выведены показания, противопоказания, точная методика е ст., мы лишь выскажем пожелание работать в направлении изучения гипноза, и пусть общими усилиями будет приподнята та завеса, которая в течении многих лет скрывала от нас метод, которому может быть суждено сыграть не малую роль в истории наркоза.

---

\*) Послеоперационный период прошел гладко, температура все время нормальная, 12 января больная выписалась здоровой.