

Из Хирургической клиники Киевского медицинского института имени  
С. В. Косиора (зав. клиникой проф. С. Л. Тимофеев).

## Применение гипноза в хирургии.

**В. Н. Константинов.**

„Гипноз есть состояние частичного сна, в основе которого лежат те же физиологические изменения в функциональных отношениях корковых элементов, как и в естественном сне, и различные формы и степени гипнотического состояния обуславливаются исключительно различиями в распространении этих изменений в отдельных случаях“. (Левенфельд).

Общеврачебная масса, в подавляющем большинстве, мало знакома с сущностью гипноза как лечебного фактора и относится к нему скептически. В хирургической практике гипноз принят сравнительно недавно. Поводом к применению этого метода послужили явления анестезии и аналгезии, подмеченные врачами у людей, находящихся в гипнотическом сне.

В работе Николаева мы находим указания на операцию рака грудной железы в гипнотическом сне, проведенную Cloguet'ом еще в 1826 году. В 1890 году Naab и Wielander пользовались гипнозом при целом ряде операций. В 1923 году Николаев применил с успехом гипноз при вмешательстве (проф. Ставраки) по поводу аденоидов. Ряд красноречивых примеров операций в гипнотическом сне приведены Черяпкиным<sup>1)</sup>. В госпитальной хирургической клинике Крымского университета (дир. проф. Дитерихс) способ суггестивного и гипносуггестивного воздействия также применялся довольно широко.

Анализируя сложный комплекс психического состояния хирургического больного перед операцией,—страх перед болью, боязнь за исход, нетвердая уверенность в целесообразности предстоящего вмешательства, редкие, но все же имеющие место осложнения при общепринятых методах обезболивания,—нельзя пройти мимо могущественнейшего фактора анестезии в гипнотическом сне и не приобщить его к ряду получивших гражданство методов общего обезболивания.

Не останавливаясь на целом ряде мелких хирургических вмешательств и манипуляций, проделанных нами над больными в гипнотическом сне, считаю возможным описать демонстрируемый мною 4 марта 1936 года в хирургической клинике Киевского мединститута случай операции грыжесечения.

История болезни № 1024/246, больной В-ий Л. М., 43 лет, бухгалтер. Поступил в клинику 27.II 1936 г. *Hernia inguinalis dextr. indirecta*, вправима. *Bronchitis chronica exacerbatio*. Интеллектуально развит, сухожильные, кожные рефлексы нормальны, сон хороший, положительный симптом Ашнера. Грыжа, пятилетней давности, причиняет больному большие неудобства и страдания. К гипнозу относится с доверием. Предложение, в виду наличия бронхиальных явлений, оперироваться в гипнотическом сне, принимает без колебаний. Подго-

<sup>1)</sup> Журнал современной хирургии, том VI, 1931.

товка к операции под „чистым“ гипнозом проведена пятью сеансами, по 1 ежедневно. Сомнамбулизм достигнут в первом же сеансе; проведено внушение безопасности операции, потери болевой чувствительности операционного поля. Последующие два сеанса—демонстрация врачам и студентам явлений гипнотической анестезии (прокалывание иглой кожных складок и глубокие уколы), каталепсии, реализации внушенных приказаний в пост-гипнотическом состоянии и прочее.

„Репорт“ активный, „сторожевой пункт“ заторможенной мозговой коры, контакт гипнотизируемого с гипнотизером, бесперебойно четкий во всех сеансах экспериментального сна как и явления амнезии накануне операции. В последнем сеансе больной провел в гипнотическом сне два часа. Явления анестезии вновь проверены, больному внушено уравновешенное, спокойное состояние, хороший глубокий сон ночью, бодрое, уверенное настроение в день операции.

4.III 1936 г. операция. Больной уложен на операционный стол в состоянии бодрствования. В целях чистоты эксперимента обычно вводимый перед операцией раствор морфия отменен, как и привязывание к столу. Усыпление мгновенное (фиксация зрения, приказание спать). Повторное внушение безболезненности операционного поля, общего хорошего самочувствия, приятных галлюцинаций. Разрез кожи, подкожной клетчатки апоневроза, выделение грыжевого мешка не вызвали абсолютно никакой реакции. Больной оставался спокоен, с мимикой приятного самочувствия на лице. После выделения и рассечения грыжевого мешка обнаружен припаянный у самой шейки сальник. Последний перевязан в трех местах лигатурами и отделен сечением ножа. В момент подтягивания брюшины больной издал слабый стон, тотчас же подавленный внушением. Операция продолжалась 40 минут. За это время оперируемый не произвел ни одного движения. В момент наложения швов в углу нунартовой связки при сильном оттягивании семенного канатика тупым крючком появилась реакция в форме слабого стоны, прекращенного внушением. Закончена операция (modo Gyrdar) обычным способом без малейшей реакции со стороны больного. После туалета операционного поля и наложения повязки, внушено хорошее самочувствие, отсутствие болей, удобство положения при лежании на спине, хороший сон ночью, свободное мочеиспускание через пять часов. Разбужен больной предложением проснуться. После пробуждения полная амнезия, бодрое, веселое настроение. При посещении больного вечером того же дня найдено—чувствует себя хорошо, жалоб нет, мочился в назначенное время. Дальнейший послеоперационный период прошел гладко. 10.III безболезненно сняты скобки. 12.III выписан в хорошем состоянии, просит разрешения через 2—3 месяца поступить снова в клинику для операции геморою.

Эксперимент таким образом вполне себя оправдал. Выбранный случай операции грыжесечения с припаянным сальником является особенно показательным как измеритель глубины гипнотического сна и анестезии.

„Сейчас, благодаря, главным образом, классическим работам академика И. П. Павлова, можно считать установленным, что нормальный, естественный сон и гипноз есть состояния одного и того же порядка, которые различаются между собою отнюдь не качественно, а лишь количественно“ (цитировано по Николаеву.).

Учитывая то обстоятельство, что яичко и семенной канатик являются наиболее чувствительными органами, болевое раздражение которых вызывает мгновенное пробуждение человека в нормальном сне, и принимая во внимание отдельные моменты описанной операции, мы полагаем возможным считать ее решающей в смысле показания к применению гипнотической анестезии при хирургическом вмешательстве. Реакция оперируемого на боль, проявившаяся двумя столами, объясняется недостаточно

уточненным внушением безболезненности операционного поля. Очерченная пинцетом зона оказалась не вполне широкой, не было предварительно ничего сказано о брюшине, семенном канатике и яичке. Уточнение отдельных моментов внушения должно быть доведено до мельчайших подробностей с ясной формулировкой. Иллюстрацией этому положению может служить следующий факт: демонстрируя экспериментальный сон больного С. я предложил ему проснуться после счета—5. В рассуждениях со студентами о теориях сна я забыл эту цифру и вел счет только до 4, больной не просыпался до тех пор пока не было произнесено слово пять, подсказанное мне одним из присутствующих.

Не останавливаясь на примерах гипнотического внушения в послеоперационном периоде, достаточно описанных в работе Берга „Гипноз в хирургии“<sup>1)</sup>,—приведу только случай с больной Т., имевший место 6/X 1936 г.

Больная, 26 лет, анемична, глоточный и конъюнктивальный рефлекс отрицательный; операция—удаление червеобразного отростка 2/X 1936 г. Отросток утолщен, каловые камни, рубцово-перерожденная брыжейка. Больная на пятый день после вмешательства заявляет о нестерпимых болях в области сердца, отдающих в брюшную полость и гениталии. Боли начались с ночи 5/X, сопровождаются стонами, переходящими в вопль. Объективное исследование сердца, брюшной полости и внутренних половых органов уклонений от нормы не показало, температура нормальная, лейкоцитов 6000. В первом же гипносеансе больная избавлена от тягостных болевых ощущений, повторный сеанс 7/X с тем же внушением, 8/X выписалась вполне здоровой с отсутствием каких-либо жалоб.

Еще одно обстоятельство повседневной жизни хирургического отделения требует исключительно помощи гипносуггестии, это наличие контингента обреченных больных, преимущественно пораженных злокачественными новообразованиями неоперабельной формы.

Больная А., 48 лет, рецидивирующий рак грудной железы с метастазами в подкрыльцовые, подключичные и надключичные железы, лимфатический отек левой руки, жестокие боли, сознание неизбежной смерти, резко выраженная респираторная аритмия Геринга, не ходит на протяжении 3-х месяцев, умеренно пользуется наркотиками.

Повторная рентгенотерапия эффекта не дала. Восемь сеансов гипнотического внушения приводят больную в состояние умиротворенного покоя, возвращают веру в возможность обратного развития имеющегося новообразования путем приема капель. Больная начинает ходить и, выписавшись, самостоятельно дошла до таксомотора.

Больной 18 лет, неоперативная форма саркомы левого бедра и таза, затрудненное мочеиспускание и дефекация, навязчивая идея самоубийства, положительный симптом Ашнера. Гипнотическое внушение в 3 сеансах избавили больного от идеи самоубийства, зародили интерес к жизни и веру в возможность излечения.

Таким образом гипносуггестия является весьма действенным средством для успокоения психики безнадежных больных.

Гипноз может оказать ценную услугу также и в диагностике. Возможность вызвать в гипнотическом сне расслабление той или иной мышечной группы может быть использована при пальпа-

<sup>1)</sup> „Врачебное дело“, № 24—26, 1925.



ции, скажем брюшной полости, неограниченное число раз. Методика такого исследования безвредна для больного, вполне заменяет химический наркоз и применима в целом ряде случаев. Другим не менее важным обстоятельством представляется решение вопроса о характере имеющегося поражения—функциональном, психически обусловленном или органическом.

Больная М., 26 лет, проводник вагонов. Со стороны внутренних органов особых уклонений от нормы не отмечается, глоточный рефлекс отсутствует, конъюнктивальный понижен. Поступила в клинику 17/XI 1936 г. Три месяца тому назад после перенесенной ангины и целого ряда травм психического характера стала испытывать затруднения при глотании. В последнее время больная с трудом, небольшими порциями проглатывает только жидкость. При исследовании эзофагоскопом калибра 9 мм (прив. доц. Л. А. Ротенберг) удается пройти на глубину 22 см. Повторные рентгенограммы с контрастной массой дают перманентную картину сужения на той же глубине. Проведен ряд сеансов экспериментального сна с внушением свободной проходимости пищевода. После 3-го сеанса больная была в состоянии проглатывать густую манную кашу, мелко рубленную котлету, борщ, размоченную булку. При повторной эзофагоскопии свободное прохождение эзофагоскопа калибра 9 мм, за место сужения. 2/XII переведена в институт физметодов лечения. 10/I 1937 года больная сообщила по телефону, что чувствует себя хорошо и затруднений при глотании не испытывает<sup>1)</sup>.

Что касается методики гипноза, то во всех приведенных случаях, мы пользовались сочетанным способом утомления век с вербальным внушением. В первом же сеансе нам обычно удавалось выработать условный гипногенный раздражитель, и повторный гипноэкспериментальный сон вызывался мгновенно. В смысле определения гипнолабильности наиболее показательным оказывался симптом Ашнера.

Не останавливаясь на вопросе оценки отдельных способов гипнотизации, как не входящем в нашу задачу, считаем, что для хирурга наиболее важно правильно диагностировать глубину гипнотического состояния и в связи с этим возможность активного вмешательства. Решающими в этом отношении служат явления каталепсии и анестезии, наблюдаемые обычно параллельно.

„Зависит анестезия, конечно, от распространения торможения на кожный анализатор. Если торможение, имеющееся в гипнозе, является полным, то и без внушения мы получаем анестезию на любом участке поверхности кожи. Уколы, порезы, прокалывание складки кожи, прижигание огнем—не вызывают никакой реакции, ибо все причиняемые раздражения, по нервным проводникам достигая коры, вступают в ее заторможенный отдел и здесь как бы тонут, не вызывая рефлекса“ (цитировано по Николаеву).

**Выводы:** 1) Целесообразность применения гипнотического внушения в хирургической практике может считаться доказанной.

2) В подходящих случаях внушенная анестезия может заменить химический наркоз при самых сложных хирургических вмешательствах.

<sup>1)</sup> 2/II 1937 г. 6-ая случайно была в клинике и при разговоре заявила, что чувствует себя хорошо и кушает все.



3) Забота о человеке требует изыскания средств к облегчению не только физических, но и психических страданий больных, одним из таких средств является гипносуггестия.

4) Знакомство с сущностью гипноза, его значением как лечебного и анестезирующего фактора обязательно для каждого врача и хирурга в частности.

*Литература:* 1. В. М. Бехтерев, Лечебное значение гипноза, 1900.—2. Forel, Гипнотизм, 1910.—3. Zoewenfeld, Гипнотизм, 1913.—4. А. Moll, Der Hypnotismus, 1924.—5. В. Н. Сперанский, О сущности гипнотич. внушения, Врачебная газета, 1924.—6. В. М. Бехтерев, Работа головного мозга, 1925.—7. В. Кречмер, Внушение, 1925.—8. К. И. Платонов, Гипноз, 1925.—9. С. М. Берг, Гипноз в хирургии, Врачебное дело, № 24—26, 1925.—10. Шильдер, Сущность гипноза, 1926.—11. А. П. Николаев, Теория и практика гипноза, 1927.—12. Левенфельд, Гипноз и его техника, 1929.—13. В. И. Черяпкин, Применение гипноза в хирургии, акушерстве и стоматологии в участковой практике, Журнал современной хирургии, 1931.—14. Н. К. Боголепов, Гипноз и вегетативная нервная система, Советский врачебный журнал, № 14, 1936.

---

Из хирургического отделения больницы Днепростроя (зав. А. Габай).

## **К симптоматологии острых аппендицитов и острых брюшных выпотов.**

**Доц. А. В. Габай.**

Еще в 1920 г. Блумберг описал диагностический симптом острого аппендицита, состоящий в резкой брюшной боли при быстром отнятии пальцев, пальпирующих правую подвздошную область, причем боль эта гораздо резче той, которая отмечается при самой пальпации. Блумберг объясняет свой симптом вовлечением в воспалительный процесс брюшинного покрова.

Мы уже ряд лет с успехом пользуемся данным симптомом с различной локализацией его для диагностики острых воспалительных явлений со стороны брюшных органов (прободная язва желудка, острый холецистит, аппендицит и т. д.), причем, по нашим наблюдениям, он обычно резче всего выражен на том участке брюшной стенки, который соответствует заболевшему органу. Мы также могли убедиться в большой диагностической ценности этого феномена с локализацией его непосредственно над одной из Пупартовых связок при прервавшейся внематочной беременности (наш материал в настоящее время охватывает более 70 случаев прервавшейся внематочной беременности), о чем подробно писали во „Врачебной газете“ (№ 9, 1928).

Из работ Преиндлесбергера (1925), Яуре и Розанова, Пунина мы познакомились с симптомом аппендицита, выражающимся в болезненности при давлении в правой поясничной области (Преиндлесбергер), в правом Петитовом треугольнике (Яуре и Розанов) и в точке в области правого поперечного отростка 3-го поясничного позвонка (Пунин).