

Гипноз при родах.

Проф. В. Г. Божовского и д-ра И. И. Туревского.

Глубокие структурные изменения, которые подготовительно протекают с момента оплодотворения женской яйцевой клетки сперматозоидом как в матке и ее вспомогательных приборах, так и во вновь зародившейся особи—плоде, неминуемо сопровождаются все дальше идущим индивидуальным обособлением двух организмов, что в конце концов завершается выталкиванием одного из них из недр другого—великим по смыслу процессом родов.

Главная роль в этом процессе падает на матку, которая во время каждой родовой схватки дает быстро пробегающую волну сокращения своих мышечных элементов в направлении от шейки ко дну,—сокращений в большей или меньшей степени тетанического характера. Эти маточные сокращения качественно и отчасти количественно схожи с теми, которые можно наблюдать при физиологической работе других полых органов с гладкомышечными стенками, как желудок, мочевой пузырь, кишки,—органов, работающих в направлении к выходным отверстиям из них. Только перистальтизм гладкой мускулатуры этих органов в обычных условиях не сопровождается и не должен сопровождаться болевыми ощущениями. Лишь тогда, когда перистальтические волны сокращений, пробегающие с той или иной силой, встречают на своем пути, особенно у выходного отверстия полых органов, препятствия, затруднения механического или какого-либо иного порядка, они неминуемо должны, приняв более или менее выраженный тетанический характер, дать болевые ощущения, по интенсивности прямо пропорциональные степени препятствия. Напротив, сократительная деятельность матки при родах уже в норме обыкновенно бывает болезненна, именно благодаря тем значительным препятствиям, какие приходится преодолевать этому органу даже и в нормальных случаях. Особенно болезненны бывают эти сокращения при пространственных несоответствиях между плодом и родовым каналом матери; кроме того, болевые ощущения при родах могут быть особенно значительны еще при тех или иных патологических изменениях как плодовместилища, так и плода; наконец, неизбежность родовых болей может быть и ауто-суггестивного характера, являясь результатом различных внутренних и внешних влияний, порой традиционно воспитываемых и передаваемых.

Каково-бы ни было происхождение родовых болей, вряд ли можно сомневаться, что они имеют защитный характер. Помимо того, им обычно приписывают еще воспитательную роль по отношению к матери,—боли эти соматически и психически тесно связывают мать с ее ребенком, пробуждают в матери высокий инстинкт материнства, обеспечивают столь нужные для ребенка, особенно на первых порах, материнские заботы.

С таким значением родовых болей, по нашему мнению, нельзя не считаться. Наконец, родовым болям приписывают еще роль, регулирующую весь родовый акт от начала до конца его.

Раз это так, раз родовые боли являются биологически-нужными, казалось-бы, не может быть и речи о борьбе с ними, об обезболивании родов. Но такой взгляд является слишком прямолинейным: несомненно, во многих случаях родовые боли являются совершенно излишним страданием, а в других—и вредным моментом, подвергающим опасности и мать, и ребенка. Поэтому мы можем говорить не о полной ненужности и даже вредности обезболивания родов, а лишь об индивидуализации в его применении.

Индивидуализации требуют и способы обезболивания. Как известно, для уничтожения родовых болей предложена масса различных средств, но большинство их не нашло широкого распространения; одни из них не достигают цели, другие слишком сложны, многие вредно влияют на течение родового акта, применение некоторых грозит опасностью матери или плоду. Наиболее простым, целесообразным и безопасным способом является обезболивание родов при помощи гипноза, на котором мы и позволим себе остановиться.

Способ этот был применен нами у 33 беременных, поступавших на сеансы гипноза, еще до родов, в конце VIII и на IX месяце беременности. Каждая беременная обычно подвергалась сначала наружному акушерскому, а если было нужно, то и общему исследованию, после чего уже у ней применялись подготовительные сеансы гипноза. Каждый сеанс длился от 12 до 21 минуты. Всех женщин, изъявивших желание и согласие подвергнуться таким подготовительным сеансам, было у нас 31: из них 3, однако, получив 1—2 сеанса, перестали ходить, а другие 3 начали сеансы лишь незадолго до родов. У этих 5 беременных, как получивших мало сеансов (1—2), роды предполагалось провести без гипноза, ибо мы считали нецелесообразным брать неподготовленных или мало подготовленных для гипноза во время родов. Однако, двух из них там пришлось включить в разбираемый ниже материал, ибо одна из них была загипнотизирована, по ее настоянию, во время родов, рожая одновременно с одной из наших гипнотизированных рожениц, а другая, также рожая одновременно с гипнотизируемой нами и прислушиваясь к внушению, сама заснула. У обеих роды прошли безболезненно. Из остальных 25, прделавших подготовку, гипноз во время родов был применен лишь у 20, а у 5 не был применен в виду или опоздания, или отсутствия при родах лица, ведущего гипноз.

Так как число желающих рожать под гипнозом у нас постепенно возросло, а мы не располагали настолько досугом, чтобы подвергать каждую свою клиентку гипнозу в отдельности,—при этом нам пришлось бы производить до 15 и более сеансов в день,—то мы попробовали гипнотизировать всех входящих группами, т. е. практиковать массовые сеансы гипноза, обнимавшие до 15 лиц зараз. При таком способе эффект гипноза получался и легче, и скорее, а выигрыш во времени был большой.

Техника гипноза не отличалась сложностью. Если,—как то было вначале,—гипнотизируемых было у нас не больше двух, то обыкновенно новая клиентка в первое посещение гипнозу не подвергалась, а присутство-

вала при сеансе лишь в качестве наблюдательницы, явившаяся же вторично гипнотизировалась—обычно в лежачем положении. В дальнейшем, при увеличении числа желающих подвергнуться гипнозу, они во время сеансов оставались сидеть, и им проводился сеанс всем одновременно.

При гипнотизировании нами всегда применялся способ Braid'a—с фиксацией какого-нибудь предмета, причем обычно у подавляющего большинства скоро наступал сон различной глубины. Тогда гипнотизатор вел систематическую беседу о предстоящих родах, указывая, что весь родовый акт от начала до конца пройдет без болей,—что обычно наблюдающиеся родовые боли не являются обязательными спутниками этого акта,—что не только роды, но и послеродовой период пройдет без всяких болевых ощущений. Эти основные мысли, конечно, подробно излагались возможно популярным языком на протяжении 15—20 минут, и затем обычным способом всем гипнотизируемым предлагалось проснуться. Иногда, по желанию гипнотизатора, пробуждались только определенные лица, остальные же продолжали оставаться во сне, и у них, по мере надобности, сеанс еще продолжался в течение нескольких минут. Такие сеансы проводились регулярно 2 раза в неделю с промежутками в 3 дня.

По социальному положению наши клиентки распределялись так: жен служащих 19 (из них сами служащие 4), жен рабочих—12 (из них сами заняты на предприятиях 3), жен торговцев и ремесленников—2. 5 из них были в возрасте до 20 лет, 12 имели от 20 до 25 лет, 11—от 25 до 30 л. и 5 были старше 30 лет. Первобеременных среди них было 14, повторных—19. Нормальный таз имели 25 рожениц, общесуженный—8. Положение плода у всех было продольное, предлежащей частью у 31 была головка и у 2—тазовый конец. Общее число приращенных у них сеансов гипноза равнялось 246.

Что касается нашего образа действий во время родов, то как только подвергавшаяся подготовительным сеансам гипноза поступала для родов, немедленно дежурная акушерка вызывала производившего гипноз,—большой частью в начале проф. В. Г. Божовского, который, после обычного туалета роженицы, и подвергал ее гипнозу.

Для нас, особенно на первых порах, было важно выяснить, когда во время родов надо начинать гипноз,—сейчас же после поступления роженицы, или лишь тогда, когда зев достигнет той или иной степени раскрытия. Вопрос этот нам тем более нужно было решить определенно, что уже в первом случае, который мы вполне успешно провели под гипнозом, того глубокого сна, который получался обычно во время подготовительных сеансов, хватило лишь на 4 часа; к концу периода изгнания роженица, пробудившись, не могла уже быть вновь доведена до прежней глубины сна, хотя до конца родов родовый акт протек у нее совершенно безболезненно.

Основываясь на нашем первом опыте, мы при последующих родоразрешениях гипнотизируемых приступали к гипнозу лишь при открытии зева на $2\frac{1}{2}$ —3 пальца, т. е. тогда, когда дело ближе подходило к концу периода раскрытия. Опрос родильниц при этом показал, что большинство из них начинало замечать (чувствовать) родовый акт в разгаре периода раскрытия. К этому моменту мы и приурочивали начало сеанса гипноза, рассчитывая, что глубина этого условно-рефлекторного

сна должна совпадать с наиболее острыми, в смысле болевых ощущений, моментами родового процесса. И опыт наш, правда небольшой, показал, что избранное нами время для начала сеанса является наиболее удачным и наиболее правильным. Надо впрочем оговориться, что в некоторых случаях бурный конец периода раскрытия и последующий период изгнания мешали или, вернее, могли помешать роженице погрузиться в сон такой глубины, какая для нее была обычной в подготовительных сеансах; поэтому эффект гипноза в таких случаях мог казаться ослабленным,—обстоятельство, которое надо иметь в виду. Правда, в таких случаях мы можем вести внушение уже в бодрственном состоянии, особенно, если это делалось и подготовительно, но при таких условиях приходится все же рассчитывать на ослабленный эффект внушения.

Полученные нами результаты применения гипноза при родах таковы: из 33 рожениц нашего материала шесть, как родившие без гипноза, учету не подлежат; две роженицы в виде опыта были введены в гипноз во время родов без подготовки—с хорошим результатом; а из остальных 25, получивших подготовительные сеансы, 5 родили по разным причинам без гипноза и 20—под гипнозом. У 18 из этих 20 рожениц результаты получились очень хорошие,—роды прошли без болей; у двух же остальных гипноз не дал желаемого результата. У 5 женщин, родивших без гипноза во время родов, но подготовленных к гипнозу, только у одной роды прошли без болей, у остальных 4—с болями. По отношению к общему числу наших пациенток (33) $\frac{9}{10}$ положительных результатов будет равняться, стало быть, 75,75.

Прежде, чем перейти, в заключение, к тем немногим выводам, которые мы хотели-бы сделать на основании наших наблюдений, мы не можем не присоединиться к проф. Платонову, полагающему, что путь ограничения в применении гипноза врачами надо признать не только не целесообразным, но и прямо вредным и для дела изучения этого метода, и, самое главное, для населения. Простота метода, высокая терапевтическая его ценность, доступность его изучения в свете современных его обоснований,—настолько очевидны, что о вреде гипноза в руках врачей, применяющих его с лечебными целями, не приходится и говорить, а если здесь и могут наблюдаться неудачи, то, вероятно, столь же часто, как и при любом другом методе. Никакою опасностью гипноз больным не угрожает, а пользу, как показывает почти 24-летний опыт одного из нас (проф. В. Г. Божовского), в опытных, знающих руках может принести немалую.

Основываясь на этих, пока немногочисленных, наблюдениях, мы можем сделать следующие выводы:

1) Гипноз при родах в наших случаях дал вполне благоприятные результаты.

2) Никакого неблагоприятного влияния гипноза ни на мать, ни на ребенка мы не наблюдали.

3) Гипноз должен применяться после тщательного изучения индивидуальности роженицы (беременной) пред началом подготовительных сеансов, число которых не должно быть меньше 4—6.

4) Патогенез и характер родовых болей требуют всестороннего изучения, особенно для научно обоснованного и целесообразного применения гипноза, как анестезирующего средства.

5) В интересах болеющего населения и дальнейшего изучения психотерапии и гипнотерапии надлежит пересмотреть инструкцию Н.К.З. о порядке лечения гипнозом в смысле полной отмены ограничений в применении гипноза врачами.

Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) Рыбаков. Рус. Врач. 1903, № 4. — 2) Форель. Гипнотизм. СПб. 1912.—3) Filiastré. Hypnotisme. Paris.—4) Veraguth. Рук. тер. внутр. бол., т. 1, стр. 654.—5) Kronfeld. Вр. Об., 1922, № 8.—6) Филимонов. Арх. Клин. и Эксп. Мед., 1923, № 7—8.—7) Сперанский. Вр. Газ., 1924, № 19—20.—8) Бирман. Журн. для усов. врачей, 1924, № 2.—9) Николаев. Врач. Газ., 1924, 19—20.—10) Платонов и Вельвовский. Вр. Д., 1924, № 7.—11) Rosenfeld. Arch. f. Gyn., Bd. 117, S. 317.—12) Friguls и Maksfeld. Ibid.—13) Kogerer. Ibid.—14) Opitz. Ther. d. Geg., 1924.—15) Dick. Arch. f. Gyn., Bd. 121.—16) Lorand. Zentr. f. Gyn., 1924, № 20.—17) Franke. Ibid., № 14.—18) Платонов. Acta Med., IV—V, Харьков, 1925.—19) Берг. Вр. Д., 1925, № 24—26.—20) Федоров. Журн. для усов. врачей, 1925, № 9.—21) Платонов и Шестопап. Кременчуг, 1925.—22) Платонов. Вр. Д., 1925, № 24—26.
-