

Опыт применения гипноза в глазной хирургии.

Научного сотрудника Т. Крылова.

Достижение безболезненности и нечувствительности является весьма существенным моментом при всяком оперативном вмешательстве, почему с давних пор умы многих хирургов были усиленно заняты этим вопросом, и еще до настоящего времени изыскания в этой области продолжают неослабленным темпом. Общеупотребительный хлороформный наркоз, как известно, является далеко небезразличным и небезвредным для организма, и в отдельных случаях мы можем потерять от него больного. Поэтому большинство современных хирургов при небольших операциях всячески старается заменить его местной анестезией. За последнее время замену эту с успехом практикуют даже при больших операциях, вводя большие дозы раствора новокаина. Значительные преимущества, повидимому, представляет также для достижения анестезии недавно предложенный скополомин-морфийный наркоз. Но все эти вещества, в конечном итоге, являются также не совсем безразличными для организма.

В клинике проф. В. Е. Адамюка уже несколько лет при операциях применяется почти исключительно местная анестезия новокаином, и только в редких случаях, когда операция предполагается длительная и болезненная, применяется хлороформ, особенно при операциях над малолетними, которых обычно трудно бывает удержать в спокойном положении во время производства операции под местной анестезией. Но хлороформный наркоз далеко не всегда применим в виду серьезных противопоказаний к нему, которые часто встречаются и в детском возрасте. В таких-то случаях и встает вопрос о применении гипноза, особенно в глазной хирургии, где от спокойного поведения больного зависит половина успеха операции.

К помощи гипноза для безболезненного производства оперативных вмешательств врачи стали прибегать уже давно. Еще в 1829 г. Cloquet сделал во Французской медицинской академии сообщение о своих достижениях в этой области. В 40-х годах прошлого столетия Esdaile, в Калькутте, произвел более 300 операций с месмерической аналгезией, причем раны в его случаях заживали с поразительной быстротой. В Лондоне хирургическим применением гипноза пользовался Ellitson. Производили также хирургические операции с гипнотической аналгезией Forel, Toll, Starck и др. В 1890 годах Naab произвел в гипнозе операцию удаления катаракты (прив. по Моллю). В настоящее время гипноз в хирургии получает все большее и большее распространение — как в Западной Европе, так и у нас в Союзе. Проф. Платоновым и Вельковским опубликован ряд случаев (21) с успехом проведенных

Под гипнозом операций и родов. Прив.-доц. Подъяпольский с успехом применил гипноз также в целом ряде хирургических операций, притом весьма болезненных по своему характеру. Геренштейн приводит два случая выскабливания полости матки под гипнозом, 1 случай полной экстирпации матки и пр. Проф. Платонов указывает на успешное применение гипноза в хирургической клинике проф. Кудинцова. В клинике проф. Груздева с успехом проводил роды и операции под гипнозом д-р Кудашев. Проф. Барабашев приводит два случая применения гипноза в глазной хирургии,—в одном имела место операция энуклеации глазного яблока, в другом случае Snellen'овская операция на веке.

По предложению многоуважаемого проф. В. Е. Адамюка мы стали применять гипноз в заведываемой им клинике при операциях у тех больных (главным образом малолетних), где был противопоказан хлороформный наркоз, а также у нервных особ, боязливо и беспокойно относящихся к предстоящей операции. Прежде, однако, чем перейти к сообщению о результатах нашего небольшого опыта, я позволю себе сказать несколько слов о самом гипнозе и технике его применения.

Под гипнозом мы понимаем ту или иную степень сна, вызванную искусственным путем. Сон этот несколько отличается от обычного сна тем, что усыпленный (гипнотик) находится в постоянном общении с гипнотизером—т. наз. „раппорте“. В состоянии раппорта гипнотик отличается повышенной внушаемостью со стороны гипнотизера. „Внушением в гипнозе мы, можно сказать, приобретаем способность вызывать, видоизменять, задерживать (модифицировать, парализовать или возбуждать) все известные субъективные явления человеческой души и значительную часть объективных функций нервной системы“,—говорит проф. Fogel.—В легких случаях гипноза внушения могут исходить не только от гипнотизера, но и от других присутствующих лиц. Это явление дает возможность отсутствовать гипнотизеру во время производства операции, поручив гипноз другому лицу. В глубоком же гипнозе субъект повинуетя внушениям только одного своего гипнотизера. В таком случае имеется так называемый „изолированный раппорт“.

В гипнозе нас больше всего должна интересовать возможность получения у гипнотика анестезии. Некоторые исследователи находят, что у субъекта, находящегося в гипнотическом сне, даже без содействующих внушений ослабевает чувствительность кожи и других органов чувств, и чем глубже сон, тем это явление выражено сильнее. Путем же внушения можно вызвать на том или на другом участке тела полную анестезию, позволяющую нам безболезненно колоть это место булавками, резать кожу и т. д. Не у всех при этом субъектов можно легко вызвать анестезию,—у некоторых лиц довольно быстро вызывается каталепсия, галлюцинации и даже амнезия, анестезии же может и не получаться; бывает и наоборот. Обычно, однако, чем глубже бывает сон, тем легче вызывается и анестезия, которая в глубоких степенях гипноза проявляется более отчетливо и сильнее выражена.

Все же достигнуть путем внушения полной анестезии, повидимому, не всегда удается. За 3 года моих занятий с гипнозом мне часто пришлось слышать от гипнотиков после их пробуждения, что они абсолютно не чувствовали производимых мною уколов булавкой. Их заверениям об

„абсолютной нечувствительности“ я перестал, однако, придавать большое значение после того, как мне пришлось применять гипноз при операциях,— правда, иногда довольно длительных (полчаса—час): больные все же по окончании операции начинали чувствовать боль и стонали. Весьма возможно, что это объясняется, с одной стороны, моей неопытностью, а с другой—несовсем подходящей обстановкой, в которой мне приходилось проводить свои опыты. Однако такой крупный знаток и исследователь явлений гипноза, как Moll, пишет: „Многих людей в гипнозе можно колоть булавками, не причиняя им ни малейшей боли, хотя, в то же время, они чувствуют прикосновение. Тем не менее полная аналгезия редко наблюдается в гипнозе“.

Большинство авторов считает возможным применение гипноза только при небольших и кратковременных операциях (Bernheim, Forel, Moll, Шильдер и Каудерс, Бирман и др.). Имеются впрочем в литературе указания, что и такие операции, как гастротомия (Hulst), амаутации (Aldrich), appendectomy (в клинике проф. Кудинцова), удаление матки (Геренштейн), а также роды (Николаев, Кудашев) проходят под гипнозом весьма удачно. „У нас складывается впечатление,—говорит проф. Платонов,—что раз у больного достигается глубокая анестезия, то при точном выполнении соответствующих правил методики можно совершенно свободно производить и большие операции, требующие для своего выполнения довольно длительного времени (1—2 часа) и весьма болезненные по своему характеру“.

Многими гипнологами отмечен факт, что, если гипнотизируемого предварительно предупредить, что после вдыханий нескольких капель хлороформа или эфира он заснет глубоким сном, то обычно внушение претворяется в жизнь, и пациент действительно впадает в глубокий сон уже от незначительных количеств анестезирующих веществ. Это явление указывает, что психическим путем можно добиться максимального эффекта от лекарственных и физических мероприятий. Некоторые авторы, пользуясь этим, с успехом стали применять при операциях так называемый „гипно-наркоз“ (Friedländer, Hallauer, Геренштейн, Платонов и др.). Нужно полагать, что соединение гипноза с общим наркозом или с местной анестезией в будущем займет в хирургии подобающее место.

Здесь я считаю нелишним отметить также весьма интересный факт, почти всегда наблюдаемый на практике в состоянии гипноза. У гипнотизируемого субъекта, прокалывая иглой насквозь довольно толстую складку кожи рук, лица и т. п., никогда не приходится отмечать даже признаков крови на месте укола. Это явление, отмеченное также многими авторами (Moll, Шильдер, Lloyd Kuckey, O. Vogt и др.) указывает на сокращение в глубоком гипнозе капилляров и мелких артерий,—повидимому, авалгетическое внушение изменяет также вазо-вегетативный аппарат.

Указываемого некоторыми авторами быстрого заживления ран после операций мне на небольшом своем материале не приходилось наблюдать.

Степени гипноза различными авторами устанавливаются весьма различно, и в этом вопросе до сего времени нет еще единой, строго определенной классификации, да и трудно, видимо, точно и твердо разграничить степени сна. Большинство гипнологов принимается классификация Forel'a, делящего гипнотический сон на 3 стадии или степени:

1) *сонливость*,—в этой стадии субъект, слегка только загипнотизированный, может еще при известной энергии противостоять внушению и раскрыть глаза; 2) *легкий сон* или *гипотаксию*,—когда загипнотизированный не может уже открывать глаз и должен вообще подчиняться некоторым или даже всем внушениям, за исключением амнезии, которой он не поддается; 3) *глубокий сон* или *сомнамбулизм*, характеризующийся амнезией по пробуждении и постгипнотическими внушениями.

Наш небольшой опыт в соответствии с указаниями большинства авторов свидетельствует, что операции лучше проходят в состоянии глубокого гипноза (III степень сна), так как только в глубоком гипнозе достигаются наибольшая внушаемость и достаточная анестезия. Правда, это несколько суживает применение гипноза в хирургии, так как далеко не всех можно привести в состояние глубокого сна. По данным Schreine-Notzig'a (8805 чел.) безусловно невосприимчивыми оказались 6%, впали в сонливость (I ст.)—29%, в гипотаксию (II ст.)—49%, в сомнамбулизм (III ст.)—15%. Но некоторые авторы (Wetterstrand) число поддающихся гипнозу уменьшают до 33%, а O. Vogt находит, что среди психически-нормальных лиц поддаются гипнозу все 100%. Нужно отметить, что гипнозу поддаются лучше всего люди в возрасте от 10 до 30 лет, а чем старше возраст, тем хуже достигается гипноз.

Теперь несколько слов о технике гипнотизации. Для приведения пациента в состояние гипнотического сна различными авторами предложено весьма много способов, но, в общем, все они сводятся к тому, что путем монотонного и однообразного раздражения тех или иных органов чувств (фиксация блестящего предмета, тиканье часов, поглаживание и т. д.) субъект приводится в состояние утомления (торможение), причем гипнотизер всецело овладевает его вниманием и путем соответствующих внушений вызывает у него снаподобное состояние. В деталях, однако, у каждого гипнолога в конце концов вырабатывается свой метод, который в каждом отдельном случае приходится индивидуализировать. Я обычно употребляю такой способ: усадив больного и придав ему удобное положение (или уложив на диван, в постель), предлагаю ему фиксировать (1—2 мин.) блестящий шарик, одновременно внушая тяжесть и усталость век; обычно глаза субъекта после этого быстро закрываются, и однообразными поглаживающими движениями по лбу (пассы) больному внушаются явления оцепенения, усталости и тяжести рук, ног, головы и всего тела; после претворения в жизнь этих внушений достаточно бывает сделать дальнейшие внушения о наступающем сне,—и большой обыкновенно роль в гипнотизации, повидимому, играет непоколебимая уверенность гипнотизера в успешном достижении намеченной цели, а также доверие гипнотизируемого. Немаловажное значение имеют также обстановка, в которой производится гипнотизация, соответствующая подготовка больных к сеансу и ряд других моментов. Знаменитый гипнолог Wetterstrand, который достигал гипноза до 97% всех случаев, проводил свои сеансы в такой обстановке, где соблюдалась абсолютная тишина; комнаты, где он гипнотизировал, были обставлены мягкой мебелью и устланы коврами, которые заглушали посторонние звуки. Больные, приходящие на сеанс, предварительно исследовались и готовились через посредство других больных, уже получивших помощь. Словом, не упускалось

из виду ни одной мелочи, чтобы возможно сильнее воздействовать на психику больного и таким образом достигать у него максимального эффекта.

В совершенно иной обстановке приходилось мне проводить свои занятия по применению гипноза при операциях, чем я отчасти и объясняю несовсем удовлетворившие меня результаты моих опытов. Не имея отдельной комнаты для гипнозизации, я обычно усыплял больных в общей палате, часто в проходной, где кругом ходили, стучали, разговаривали и т. д. Иногда мне приходилось довольствоваться всего 5—10-минутным усыплением и, не доводя больного до глубокой степени сна, вести на операцию. Все это, конечно, отражалось на успехах моих опытов.

Всего мною было подвергнуто гипнозу 14 чел., из них у 7 была произведена операция. Приведу кратко эти случаи.

1) Д. А., 9 лет, русский, с диагнозом: *prolapsus iridis o. sin.* Хлороформный наркоз противопоказан. На первом же сеансе больной впал в глубокий сон (III ст.),—вызываются анестезия, катаlepsия, галлюцинации, исполняются постгипнотические внушения. После 2 сеансов—операция срезывания радужки под гипнозом, без кокаина. Больной лежал совершенно спокойно, операция прошла весьма гладко.

2) М. Б., 22 лет, русская, студентка Ветеринарного института. Диагноз: *dislocatio gland. lacrim. o. s.* Больная—весьма нервная особа, боится предстоящей операции и хочет от последней отказаться. Предложен гипноз. После 2 сеансов достигнут глубокий сон. Операцию удаления слезной железы в силу обстоятельств (гипнотизирование впродолжение только 5 минут) пришлось произвести только в состоянии оцепенения. Кокаин был впущен только во время операции. Больная лежала совершенно спокойно, после операции заявила, что она никакой боли не чувствовала.

3) А. К., 33 лет, русская, диагноз: *dacriocystitis cath. chr. o. sin.* Неспokoйно относится к предстоящей операции. Гипноз—сон II ст. После 4 сеансов операция удаления слезного мешка без инъекции кокаина. Во время предварительного обмывания операционного поля больная захлебнулась, закашляла, наугулась и проснулась. За наименее времени она была приведена только в состоянии легкого оцепенения, ей внушена безболезненность, и приступлено к операции. Был произведен кожный разрез, тупым путем отсепарованы мышцы, перерезана *lig. palpebr. inter.*, больная все это время лежала совершенно спокойно, не обнаруживая ни малейшей боли. Когда, однако, оператор дошел до надкостницы, больная начала стонать и заявила, что ей больно. После этого в рану был вкапнут 3% раствор новокаина с адреналином. Мешок удален целиком.

4) М. Н., 18 лет, татарин. Диагноз: *ectropion palp. inf. o. dex.* В виду того, что предполагалась пластическая операция, которую весьма желательно было провести без инъекций кокаина, был испробован гипноз. Сон достигался II ст., но анестезия вызвалась весьма поверхностная. После 5 сеансов—операция. Кожные разрезы пациент перенес сравнительно спокойно, но, когда оператор стал отсепаровывать кожу, больной стал чувствовать сильную боль, и операцию пришлось закончить под местной анестезией новокаином.

5) А. Ф., 14 лет, татарин. Диагноз: *prolapsus irid. o. dex.* После 3 подготовительных сеансов (II ст. сна) была произведена операция срезывания радужки с наложением конъюнктивального лоскута на рану. По независящим обстоятельствам пришлось больного оперировать только в состоянии легкого оцепенения. До начала операции один раз был впущен в конъюнктивальный мешок 3% раствор новокаина. Во время самой операции тоже пришлось вкапывать новокаин, т. к. было видно, что пациент чувствует боль.

6) Ф. П., 23 лет, русский. Диагноз: *vulnus corneae, prolapsus iridis, catarrh. traum. o. sin.* Проведено 4 подготовительных сеанса, из них 2 раза мне пришлось больного из состояния естественного сна перевести в глубокий гипнотический сон с явлениями амнезии. Операция *iridectomy* под гипнозом (II ст.), 3% раствор новокаина впущен в конъюнктивальный мешок только во время самой операции—2 раза. Пациент лежал совершенно спокойно. После операции заявил, что боли он не чувствовал.

7) А. К., 8 лет, русский. Диагноз: atrophia bulbi o. dex. Гипноз,—сон II ст. После 3 подготовительных сеансов — операция enucleatio bulbi. В день операции пациент находился в сильно возбужденном состоянии, плакал; все попытки его усыпить не увенчались успехом, и операцию пришлось произвести под местной анестезией.

У 2 больных (А. К., 15 лет, и П. С., 11 лет) гипноз был применен для устранения головных болей. После первого же сеанса оба впали в глубокий сон (III ст.). Произведено соответствующее внушение, давшее желаемый эффект. Остальные 5 больных, у которых применялся гипноз для подготовки их к операциям, дали следующие результаты: у 2 из них вовсе не удалось вызвать анестезии; у одного анестезия вызывалась достаточная, но, в виду того, что больному предполагалось произвести длительную операцию (пластика орбиты), гипноз во время ее применен не был; наконец, у 2 больных мне после 2 сеансов не удалось вызвать сон.

Я полагаю, что в оперированных случаях №№ 2, 3 и 5 можно было бы достигнуть лучшего эффекта, если бы больные были доведены перед операцией до более глубокой степени гипноза. Хотя, как мы уже упоминали, анестезия вызывается во всех степенях гипноза, но все же, видимо, достаточное обезболивание, дающее возможность производства операций, достигается только в глубоких степенях гипноза. Надо также иметь в виду, что некоторые больные, обычно засыпающие легко и быстро, иногда перед операцией, вследствие возбуждения и страха, засыпают с большим трудом, чего, правда, можно избежать длительными подготовительными сеансами (5—6 сеансов и больше).

В своих опытах мы старались избегать при операциях употребления чистого гипноза, обычно комбинируя последний с применением местной анестезии новокаином — во-первых, потому что, как я уже указывал выше, глубокий гипноз вызывается далеко не у всех и несразу, и потому для подготовки пациентов к операции пришлось бы затратить слишком много времени, что не всегда представляется возможным; во-вторых, мы не находили большого смысла совершенно избегать, без особой необходимости, применения новокаина — тем более, что при гипнозе мы употребляли последний лишь в самых ничтожных количествах (1—2 капли). Кроме того, мы считаем, что применение гипноза главным образом должно иметь место по отношению к тем больным, которые с беспокойством относятся к предстоящей операции и особенно малолетним.

Литература. 1) Bernheim. О гипнотическом внушении и применении его к лечению болезней. Рус. пер. 1887.—2) Forel. Гипнотизм и лечение внушением. Рус. пер. 1904.—3) Он же. Гипнотизм или внушение и психотерапия. Рус. пер. 1928.—4) Moll. Гипнотизм. Рус. пер. 1909.—5) Friedländer. Hypnose und Hypnotarkose. 1920.—6) Данилевский. Гипнотизм. 1924.—7) Кронфельд. Гипноз и внушение. 1927.—8) Бирман. Сон и гипнотизм. 1927.—9) Шильдер и Каудерс. Гипноз. 1927.—10) Платонов. Гипноз и внушение в практической медицине. 1925.—11) Шильдер. Сущность гипноза.

- 1925.—12) Кудашев. Опыт применения гипноза в акуш. и гинекологии. Каз. мед. ж., 1927, № 12.—13) Löwenfeld. Гипноз и его техника. 1927.—14) Геренштейн. Гипноз в акушерстве и гинекологии. Ж. ак. и ж. б., 1924, кн. 3—4.—15) Бехтерев. Общие основы рефлексологии человека. 1926.—16) И. П. Павлов. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. 1927.—17) Иванов-Смоленский. Опыт механизации гипнотического воздействия. Вр. дело, 1928, № 3.—18) Сперанский. О сущности и механизме гипнотического внушения. Вр. газ., 1924, № 19—20.—19) Николаев. Гипноз в акушерстве и гинекологии. Там же.—20) Геренштейн. Введение в практическую психотерапию. 1927.—21) Николаев. Теория и практика гипноза. 1927.
-