

С. Н. АСТАХОВ

ЗНАЧЕНИЕ
ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНОГО
РЕЖИМА И ПСИХОТЕРАПИИ
В АКУШЕРСТВЕ
И ГИНЕКОЛОГИИ

С. Н. АСТАХОВ

ЗНАЧЕНИЕ
ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНОГО
РЕЖИМА И ПСИХОТЕРАПИИ
В АКУШЕРСТВЕ
И ГИНЕКОЛОГИИ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

МЕДГИЗ

ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ • 1956

ПРЕДИСЛОВИЕ

Из названия книги С. Н. Астахова можно как будто заключить, что она посвящена двум чрезвычайно важным для практики акушерства и гинекологии вопросам: лечебно-охранительному режиму и психотерапии. Однако при чтении книги становится совершенно ясным — и это так и есть на самом деле, — что содержание книги по своему существу едино.

В самом деле, можно ли построить и осуществлять лечебно-охранительный режим в лечебном учреждении без самого широкого использования рациональной психопрофилактики и психотерапии. С другой стороны, можно ли обеспечить психотерапию и ее действительную эффективность без соблюдения в учреждении лечебно-охранительного режима, направленного по своей идее и сущности именно к охране, пажению, отдыху и благодетельной перестройке «психики» человека.

Вряд ли сейчас кто-либо будет оспаривать то положение, что обстановка, покой и слово врача и всего персонала лечебного учреждения играют важнейшую, а подчас решающую роль в ходе лечения и процессе выздоровления больного человека.

Как правильно организовать лечебно-охранительный режим, каким содержанием его следует наполнить, в чем заключается существо и могущество психопрофилактики и психотерапии при лечении акушерских и гинекологических заболеваний, — и рассказывает в своей книге С. Н. Астахов. Автор излагает материал чрезвычайно просто и доступно, используя свой большой опыт работы специалиста-психоневролога в крупном акушерско-гинекологическом учреждении.

Читатель — практический врач, на которого и рассчитана предлагаемая книга, — почерпнет из нее множество полезных све-

дений для своей повседневной деятельности, значительно расширит свой кругозор и в правильном свете современной физиологии и психоневрологии пересмотрит и поймет многие из тех немало-важных, а нередко чрезвычайно важных явлений в состоянии здорового и больного человека, которые либо стали для нас привычными и якобы не заслуживающими нашего внимания, либо, хотя и принимаются к сведению, но нередко остаются непонятными или неверно интерпретированными.

Лауреат Сталинской премии действительный член Академии
медицинских наук ССРС *А. П. Николаев*

акusher-lib.ru

ОТ АВТОРА

Внедрение идей павловского нервизма в теорию и практику отечественной медицины открыло новые, пока еще не полностью использованные возможности для наилучшего выполнения основных задач врача — охранять здоровье здоровых людей и лечить больных.

Клинические наблюдения и экспериментальные исследования показали, что сопротивляемость организма различным вредностям связана с состоянием центральной нервной системы. Эта зависимость определяет, следовательно, не только интенсивность развития и характер течения ряда заболеваний, но и быстроту выздоровления. Одновременно была подтверждена правильность указаний И. П. Павлова на то, что для многих заболеваний «покой, снотворные и обстановка — основные способы лечения», при которых «шансы на поправление возрастают». ¹ Была также выявлена роль психогений в развитии ряда болезненных состояний и доказана возможность их излечения психотерапией.

Автор поставил перед собой задачу показать значение этих положений для акушерства и гинекологии.

В первом разделе книги освещаются важные для лечебной практики вопросы о физиологической сущности лечебно-охранительного режима, методах его правильной организации и формах проведения.

Во второй части разрабатываются вопросы о значении изменений состояния нервной системы в развитии акушерской патологии и гинекологических заболеваний. Автор выявляет роль психогений в развитии ряда болезненных состояний (расстройства менструальных функций, вагинизм, диспареунии, ранние токсикозы беременности, слабость родовой деятельности и др.) и доказывает значение психотерапии в комплексном их лечении.

Автор стремится выявить значение в развитии рассматриваемых болезненных состояний только одной, часто, как нам ка-

¹ Павловские среды (6 марта 1935 г.). Изд. АН СССР, 1949.

жется, ведущей причины — психогенно обусловленных нарушений высшей нервной деятельности.

Специальный раздел монографии посвящен критическому анализу некоторых теоретических положений метода психопрофилактики болей в родах и усовершенствованиям в его проведении.

В монографии приводятся современные представления о физиологической сущности психотерапии и даются практические указания по ее проведению.

Следует подчеркнуть, что автор не собирается и не может, будучи невропатологом по специальности, дать анализ всех причин, обуславливающих те страдания, о которых ниже будет идти речь.

Указанное обстоятельство определило и то, что глава об организации лечебно-охранительного режима в акушерско-гинекологическом стационаре написана акушером-гинекологом, главным врачом ИАГ АМН СССР И. И. Рудневым.

Цель данной монографии — помочь внедрению приведенных выше положений в повседневную профилактическую и лечебную работу врачей акушеров-гинекологов и невропатологов.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНОГО РЕЖИМА И ПРИНЦИПЫ ЕГО ОРГАНИЗАЦИИ

Клетки головного мозга обладают особенно тонкой реактивностью и крайне чувствительны к раздражениям, идущим из внешней и внутренней среды организма. Действие различных вредных факторов, а также перенапряжение вызывают истощение, ослабление функции этих клеток. И. П. Павлов доказал, что обычно в таких случаях развивается охранительное торможение, спасающее эти нежные клетки от серьезной угрозы их повреждения или даже гибели.

Особенно нуждается в охранительном торможении слабая по своим типологическим особенностям нервная система. И. П. Павлов указывал, что под влиянием трудностей или непосильного возбуждения такая нервная система неизбежно переходит в состояние истощения, которое является одним из главнейших физиологических стимулов к возникновению тормозного процесса как охранительного процесса. При более резких и длительных раздражителях охранительное торможение может возникнуть и в сильной нервной системе.

Периодический сон, восстанавливающий нормальную работоспособность корковых клеток, убедительно показывает значение охранительного торможения для оптимальной деятельности коры больших полушарий.

Нашей задачей, следовательно, является создание для человека, находящегося под врачебным наблюдением, условий, при которых, с одной стороны, было бы как можно меньше травмирующих сверхсильных раздражителей, а с другой, были бы обеспечены наилучшие условия для восстановления работоспособности утомленных корковых клеток.

Для того, чтобы справиться с этой задачей, необходимо при построении всей лечебной работы помнить об основных закономерностях высшей нервной деятельности человека, который реагирует не только на конкретные внешние и внутренние раздражители, но и на словесные их обозначения.

«Конечно, слово для человека,— говорит И. П. Павлов,— есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие, не идущий в этом отношении ни в какое количественное и качественное сравнение с условными раздражителями животных».¹

Недоучет роли второй сигнальной системы, недоучет значения слова приводит к грубым нарушениям лечебного режима и может обусловить возникновение тяжелых заболеваний.

Покой

Обеспечение покоя больного должно быть основано не только на борьбе с шумом и громкой речью. Главная, важнейшая часть заботы о действительном лечебном покое наших больных будет определяться тем, насколько мы сумеем учесть, что перед нами живой человек, в период болезни особенно тонко и чутко, а порой даже неправильно воспринимающий через вторую сигнальную систему раздражения внешней среды.

Первая встреча с медицинским персоналом, начиная с гардеробщика в женской консультации и санитарки приемного покоя в стационаре, должна вызвать у роженицы и больной уверенность в том, что, поступив в лечебное учреждение, она может перестать думать об опасности, ранее грозившей ее жизни и здоровью, так как ее окружают опытные, знающие свое дело медицинские работники, которые будут о ней заботиться, как о самом близком и родном человеке. С чувством такой уверенности и поступают больные в лечебные учреждения нашей страны.

Однако наблюдаются еще случаи, когда больные и сопровождающие их родственники неправильно воспринимают по существу заботливое и внимательное к ним отношение. Это бывает во всех тех случаях, когда медицинский персонал не следит за тоном и формулировкой своих бесед с больным, забывая, что одно неудачно сказанное или неправильно воспринятое слово может принести большой вред. А ведь еще, правда крайне редко, случается, что внимательная и добросовестная акушерка встречает поступающую роженицу примерно так: «Снова привезли! Куда я класть только буду, и опять с отошедшими водами и плохим сердцебиением плода». Звонит по телефону: «Срочно дежурного врача в приемный покой. Что? Занят на операции? Скажите, пусть скорее идет, больная тяжелая».

Казалось бы, ничего плохого в этих словах нет — наоборот, правильно оценена серьезность положения роженицы и проявлена необходимая настойчивость в оказании ей скорейшей помощи. Однако, если учесть, что эта и подобные ей беседы происходят в присутствии больной, то сразу станет ясен их вред.

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. IV, изд. АН СССР, 1951, стр. 428—429.

«Много больных, врач занят, мое состояние тяжелое, ребенок погибает» — вот мысли, которые неизбежно появятся как у самой роженицы, так и у сопровождающих ее близких. Возникает ненужная тревога за исход родов, которую в дальнейшем нелегко будет побороть.

Особого внимания заслуживает вопрос о том, в какую палату следует поместить вновь поступающую больную или роженицу. Неправильное размещение больных по палатам может создать условия, способствующие развитию тяжелых психотравм, которые возникнут, например, в том случае, если в палату, где находятся женщины с антенатальным погибшим плодом или привычным недонашиванием, поступит беременная, особенно тревожащаяся за благополучный исход родов для своего ребенка.

Совсем недопустимы также те случаи, когда мы, правильно оберегая от добавочных травм родильницу, потерявшую ребенка, изолируем ее от других — счастливых — матерей, помещая в дородовую палату.

Мы всячески оберегаем больных эклампсией, заботливо помещая их в хорошо изолированные от шума и затемненные палаты. Однако мы не всегда задумываемся над тем, как заполняются эти «специальные палаты для больных эклампсией». Поэтому бывают еще случаи, когда беременную с предэкламптическим состоянием помещают в палату, где находится тяжело больная, недавно перенесшая припадок эклампсии. Таким образом, вновь поступившая больная, которую мы хотим оградить от всяких вредных раздражений внешней среды, становится свидетельницей не только тяжести того состояния, которое угрожает и ей, но видит также проведение ряда болезненных, производящих тягостное, устрашающее впечатление процедур, например, массивного кровопускания.

Сотрудники отделения не только должны безоговорочно выполнять распоряжения старших по должности товарищей, но и обязаны вежливо требовать, чтобы больные так же четко выполняли и их указания.

Следует помнить, что плановость, настойчивость и аккуратность в проведении лечения в значительной степени определяют его эффективность. Поэтому больные должны быть приучены к четкому и беспрекословному выполнению всех тех распоряжений персонала, которые направлены к их скорейшему выздоровлению и благополучию. Поступив в отделение, больные должны сразу понять, что им придется точно выполнять правила внутреннего распорядка и предписанный им индивидуальный режим. О необходимости соблюдать все эти правила вновь поступившей сразу же сообщает соседка по палате, указав, что «здесь такой порядок». Поэтому хорошо поставленный в отделении режим легко поддерживать. Если же персонал отделения недостаточно дисциплинирован и не приучен к четкой работе, если не налажен не-

обходимый контроль за выполнением больными правил внутреннего распорядка и установленного для них индивидуального режима, то и об этом осведомят вновь поступившую больную ее соседи. Медицинский персонал отделения может завоевать уважение среди больных только безусловно четкой и самоотверженной работой. Все указания больным должны быть строго продуманы, их следует делать спокойным голосом в абсолютно вежливой форме. При этом самым важным является не только проверка выполнения этих указаний, но и умение настоять на их осуществлении. Так, например, если дежурная медицинская сестра скажет, что пора погасить в палате свет, а в дальнейшем не проследит за осуществлением этого распоряжения и не настоит на его реализации, то в дальнейшем ей будет трудно добиться выполнения больными и других своих указаний.

На страницах печати обсуждается вопрос о целесообразности применения «шепотной речи». В связи с этим следует подчеркнуть, что важнее всего, что говорят, а не как говорят, и, во-вторых, что шепотная речь может вызывать у некоторых больных в зависимости от ситуации и особенностей их высшей нервной деятельности вредную и болезненную настороженность.

В отделении и палатах должно быть тихо, персонал должен спокойно и четко выполнять свои служебные обязанности, разговаривая друг с другом и с больными так, чтобы их тихая спокойная речь вполголоса не только не волновала больных, но укрепляла бы в них уверенность в благополучном течении их заболевания.

В печати (С. А. Сергиевский¹ и др.) специально обсуждается вопрос о мероприятиях, которые должны проводиться, для того чтобы смерть одного из больных в отделении не нанесла психической травмы другим. При этом главное внимание уделяется формам изоляции умирающего больного от его соседей. При такой постановке вопроса явно недоучитываются особенности высшей нервной деятельности человека.

Смерть беременной или роженицы — столь редкое явление в нашей стране, что не было бы необходимости обсуждать формы поведения персонала при этом чрезвычайном происшествии, если бы речь шла о работе только родовспомогательных учреждений. Мы вынуждены остановиться на этом вопросе только потому, что нас интересует организация работы и в гинекологическом стационаре, где могут находиться тяжело и длительно болеющие женщины со злокачественными новообразованиями половых органов.

Конечно, умирающих больных необходимо своевременно изолировать, не травмируя при этом их самих. Однако в тех случаях, когда самый факт смерти больной становится известным,

¹ С. А. Сергиевский. Влияние больничной среды на больных в пред- и послеоперационном периодах. Медгиз, 1953, стр. 90.

необходимо правильно объяснить ее соседям по палате причины случившегося. Чем большей тайной окутывается в отделении смерть больной, тем сильнее привлекается внимание других больных к этому событию. Чем тщательнее скрывается причина смерти больной, тем большее количество самых нелепых предположений возникает по этому поводу среди больных. Поэтому причины смерти больной должны быть объяснены так, чтобы у других больных не возникло тревожных опасений о состоянии собственного здоровья. Лучше всего, когда такая беседа проводится за некоторое время до печального конца. В беседе следует подчеркнуть, что у остальных больных нет тех тяжелых проявлений заболевания, которые были у умершей.

Повторяю, что изложенное, конечно, не исключает необходимости в изоляции умирающей больной от ее соседей по палате.

Мы не учитываем еще в должной мере влияния на состояние здоровья больных их бесед с соседями по палате о своих заболеваниях. Вместе с тем содержание таких бесед в значительной степени определяет покой больных, их настроение, их доверие к врачу, отношение к проводимому лечению и надежду на выздоровление. Поэтому ведущий палату врач должен знать и регулировать содержание этих беседований больных друг с другом на медицинские темы. Своевременно выявлять характер и причину возникающих у больных тревог, разъяснять их необоснованность составляет прямую обязанность врача.

Хорошо выполнить эту обязанность легко сможет каждый врач, который будет помнить указание М. И. Калинина о том, что «для врача больной должен быть самым близким, родным человеком, а для больного врач — это тот близкий человек, на которого больной опирается, которому верит и которому целиком отдает всю свою жизнь».¹

Для того, чтобы обеспечить действительный покой больной, необходимо постоянно помнить о присущих только человеку особенностях его высшей нервной деятельности. Беседуя с роженицей, обследуя ее, надо думать не только об «объективном» общем и акушерском статусе, но и об особенностях ее высшей нервной деятельности, о ситуации, в которой она находится.

До недавнего прошлого принято было считать, что изучение локального акушерско-гинекологического статуса да примитивное выяснение состояния сердечно-сосудистой системы и других «внутренних органов» составляет единственную задачу при обследовании беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных.

Изучая организм человека, надо помнить о центральной нервной системе, регулирующей всю его жизнедеятельность.

Нельзя отрывать функцию отдельных систем и органов от деятельности организма в целом, надо помнить, что состояние сер-

¹ М. И. Калинин. Медицинский работник, № 47, 1952.

дечно-сосудистой системы, деятельность желудочно-кишечного тракта, эндокринных желез и других органов четко отражает все изменения высшей нервной деятельности человека.

В нашей работе мы должны следовать примеру И. П. Павлова, который, обследуя больных как врач, проявлял к ним величайшую чуткость, был мягок, внимателен.

Примитивно мыслят те, которые думают, что действительный покой для нервной системы человека может быть обеспечен только отсутствием шума, громкой речи и других резких звуковых раздражений. Действительное спокойствие больных может быть достигнуто только тогда, когда в результате полного контакта с врачом будут изжиты все волнующие вопросы, касающиеся их здоровья, дальнейшего течения заболевания, трудоустройства и т. д. Для того, чтобы достигнуть такого контакта, врач должен знать и, что самое главное, понять все переживания больных.

Всегда ли мы считаем естественной и законной тревогу родильницы за своего ребенка, даже тогда, когда для нее нет, казалось бы, достаточных оснований? Всегда ли знает врач-акушер о состоянии здоровья ребенка родильницы, которую он ведет? Как часто лечащий врач до сих пор считает, что дальнейшая забота о ребенке, родившемся в хорошем состоянии,— дело одного только педиатра.

Всегда ли совместная работа этих двух врачей — акушера и педиатра,— обеспечивающих покой родильницы, проходит в необходимом для этого контакте и взаимной осведомленности о состоянии здоровья неразрывно связанных друг с другом матери и ребенка?

Наконец, особое значение для беременных, рожениц и родильниц имеет создание условий, максимально обеспечивающих их сон. Особенно важно соблюдать тишину в предродовых, а также в пред- и послеоперационных палатах и оберегать ночной сон находящихся в них беременных и больных.

Несоблюдение этого основного для акушерского отдела правила лечебно-охранительного режима может привести к выраженным нарушениям высшей нервной деятельности беременных, рожениц и родильниц. Мы наблюдали у нескольких родильниц «психотические вспышки», которые были следствием длительного недосыпания. Нарушения высшей нервной деятельности таких больных родильниц, как правило, быстро восстанавливались после длительного медикаментозного сна.

Приводимое ниже наблюдение убедительно демонстрирует эти положения.

Наблюдение I. Ш-ва В. А., 26 лет, поступила в отделение физиологии и патологии беременности 19/V 1951 г. с жалобами на боли внизу живота и в пояснице, общую слабость, головокружения, «обмороки». Беременность первая, сроком 35 недель. Росла болезненным, обидчивым ребенком. В 16 лет перенесла дифтерию, осложнившуюся заболеванием сердца. Была очень избалована постоянным уходом, заботой, опекой, хотя в бытовом от-

ношении жизнь семьи была трудной. В школе ее называли «способной лентяйкой», но училась благодаря незаурядным способностям отлично. «Чего захочет — всегда добьется», «все то, что делает, — делает аккуратно и хорошо» — говорит о больной ее мать. Плохо переносит даже незначительную боль; страдала дисменореей. Всегда «любила поспать». При недосыпании резко ухудшение самочувствия. «Если хорошенько выплусь — я здоровый человек, если не выплусь — плаксивая, нервная»: В душном жарком помещении — головокружения, «обмороки».

При обследовании установлены выраженные явления сердечно-сосудистой неустойчивости и эмоциональной лабильности. Больная крайне тяжело переносила больничную обстановку — не могла заснуть из-за малейшего шума в отделении, беспокоили разговоры окружающих, громкое дыхание соседки по палате. «Не сплю четверо суток — все меня раздражает, не могу успокоиться». Ввиду отсутствия настоятельных показаний для продолжения стационарного лечения и настоячивых просьб больной вернуть ее в домашнюю обстановку («там я выплусь и сразу успокоюсь») выписана домой 27/V с прогрессирующей беременностью.

Поступила повторно 10/VII в то же отделение при беременности 39 недель с жалобами на общую слабость и головокружение. Спокойна; значительно лучше, чем при первом поступлении, переносит ту же, ранее ее столь тревожившую, обстановку в отделении. Через неделю, 17/VII, нормальные роды живым доношенным мальчиком весом 3550 г при росте 52 см. Во время родов вела себя спокойно, четко выполняла все распоряжения медперсонала.

Течение послеродового периода нормальное, но на вторые сутки после родов — выраженное невротическое состояние: плачет, жалуется на то, что «потеряла память», не помнит, что с нею было во время родов, «не знаю и не помню, что сына родила», боится, что «такой, лишенной памяти, на всю жизнь останусь». В месте и времени ориентирована, бредовых идей и галлюцинаторных переживаний нет. В то же время полная амнезия в отношении всего периода родов. Менингеальных явлений и симптомов органического поражения центральной нервной системы нет.

На следующий день, после того как ночь хорошо проспала, критически относится к своему болезненному состоянию. Сообщает, что родов очень боялась, была страшно напряжена, в родильном отделении совершенно не спала, так как напряженно прислушивалась ко всем звукам и страшно боялась «родовых мук». Утверждает в противоположность действительности, что во время родов кричала и никого не слушалась. В дальнейшем никаких признаков душевного заболевания не обнаруживала и на 8-й день в хорошем состоянии была выписана домой с ребенком.

Следует помнить, что утомленная родильница особенно нуждается в целебном сне для восстановления своих сил. Поэтому тишина, покой и строгий режим сна должны с абсолютной четкостью проводиться в послеродовых отделениях.

Несоблюдение этого правила может обусловить возникновение тех грубых нарушений высшей нервной деятельности, при мером которых может служить следующее наблюдение.

Наблюдение II. К-ва М. А., 33 лет, поступила в родильное отделение 30/IX 1951 г. по поводу начавшейся родовой деятельности.

В женской консультации по месту жительства прошла психопрофилактическую подготовку к родам.

Длительное клиническое наблюдение за больной и данные специальных исследований дают основание предполагать, что К-ва приближается по типологическим особенностям нервной системы к меланхоликам с преобладанием черт «художественного» типа.

Роды наступили в срок. Из-за вторичной слабости родовой деятельности и угрожающей асфиксии плода под общим эфирным наркозом наложены по-

лостные щипцы Симпсона в левом косом размере. Произведена эпизиотомия. Пятью несколько затрудненными тракциями выведена головка и извлечен живой доношенный мальчик весом 3600 г при росте 50 см.

Непосредственно после наркоза кратковременное состояние резкого возбуждения. Через два-три часа стала более спокойной, но насторожена и подозрительна. Неохотно вступает в контакт с врачами. Уклончиво отвечает на вопросы. Отказывается посмотреть на своего ребенка, не хочет его кормить. Утверждает, что «ее ребенка переломали», разорвали на части, что всю ее «изрезали, искромсали», внутренности, живот и промежность вырывали по частям, теперь же хотят «подсунуть чужого ребенка, а я его не возьму». Разубеждениям не поддается. Осматривать себя не дает. Отказывается выполнять медицинские назначения.

Указание районного психиатра о переводе больной с диагнозом «послеродовой психоз» в психиатрическую больницу не удалось выполнить из-за противопоказаний к этому со стороны гениталий. Назначен строгий надзор и сделаны повторные инъекции по 10,0 5% раствора барбитала, после чего больная заснула. При осмотре больной через сутки, после того как она длительно и глубоко спала, отмечается значительное улучшение состояния. Охотно беседует с врачом, начинает критически относиться к своему поведению и высказываниям. Просит показать ребенка и соглашается начать его кормить, «если он действительно мой». Извиняется перед персоналом «за все грубо-сти» и пытается наиболее адекватно объяснить свое поведение: «Я так готовилась к родам, все делала, как требовали врачи, потом опустилась головка, и в это время меня куда-то повезли, ничего не сказали, а потом я все чувствовала, было мучительно больно, как вырывали что-то, и быстро все кончилось. Мне казалось, что так можно только по кускам вырвать ребенка, я не чувствовала, как его родила, а потому и не верила, что он мой».

В дальнейшем прогрессирующее улучшение состояния, отсутствие каких-либо признаков душевного заболевания; выписана домой на 13-й день с живым здоровым ребенком.

Данное наблюдение подчеркивает не только целебное значение медикаментозного сна. Оно является, как нам кажется, ярким и убедительным показателем, с одной стороны, возможности возникновения выраженных болевых ощущений, в первую очередь со стороны внутренних органов, при недостаточно глубоком наркозе, а с другой — патологической фиксации этих ощущений тогда, когда наступает нарушение нормальных соотношений коры и подкорки, с преобладанием последней и заторможенной второй сигнальной системой.

Крики рожениц не только нарушают сон беременных, но и вызывают у них эмоции страха, тревоги в связи с предстоящими родами.

Необезболенные роды — это травма для нервной системы не только данной роженицы, но и всех других, слышащих ее крики.

Поэтому обезболивание всех рожениц должно являться основой лечебно-охранительного режима в родовспомогательных учреждениях.

Это положение о необходимости полного обезболивания должно строго соблюдаться и при малых хирургических операциях в акушерстве, в первую очередь при наложении швов. Данные наших наблюдений показывают, что воспоминания о болях, перенесенных при зашивании промежности после перинеотомий или

разрывов, часто являются одной из основных причин страха перед предстоящими родами. Особенно сильное восприятие боли при таких оперативных вмешательствах становится совершенно понятным, если учесть, что у роженицы теряют свою актуальность все те способствовавшие обезболиванию привычки, навыки и представления, которые были созданы у беременных при психопрофилактической подготовке их к относительно безболезненному течению родов.

Досуг

При организации лечебно-охранительного режима основное внимание уделяется обычно созданию наилучших условий для сна. При этом нередко забывают, что правильно организованный досуг больных также очень важен для восстановления их здоровья.

В первую очередь необходимо так радиофицировать каждую койку, чтобы больная, слушающая радиопередачу, не мешала отдыху своей соседки.

Далее следует таким образом подобрать книги, выдаваемые больным для чтения, чтобы содержание их не напоминало о болезни, не вселяло добавочных тревог и опасений за исход родов. Книги должны отвлекать больных от тяжелых переживаний, вселять бодрость, уверенность в благополучном исходе беременности. Вредно, чтобы беременные читали книги, в которых описано патологическое течение родов, например, муки и гибель Лизы¹ или смерть Клавдии.² Содержание книг, даваемых для чтения беременным, должно подчеркивать радость материнства, вселять уверенность в дальнейшем благополучии их семей. Желательно, чтобы беременная могла узнать из книг, находящихся в библиотеке отделения, основные положения правильного ухода за новорожденным.

Необходимо всячески поощрять трудовую терапию (вышивание, вязание и т. п.) для тех беременных и гинекологических больных, которые длительно находятся в стационаре.

В распорядок дня беременных и рожениц должны быть включены индивидуализированные физкультурные упражнения (принцип проведения которых был разработан в ИАГ АМН СССР Н. И. Бескровной) и по возможности прогулки в саду родовспомогательного учреждения.

Обстановка

Мероприятия по организации покоя для больных должны быть неразрывно связаны с заботой об обстановке в отделении и палатах.

¹ Л. Н. Толстой. Война и мир.

² В. Панова. Кружилиха.

Однако неправильно было бы думать, что мягкая мебель, занавески, цветы, чистота и уют сами по себе обусловят благоприятную, щадящую нервную систему больной обстановку в отделении или палате. Лечебно-охранительный характер этой обстановки будет опять-таки определяться поведением и реакциями всего коллектива медицинских работников данного лечебного учреждения.

Вспомните об излишней тревоге, суете, травмирующей не только больных, но и обслуживающий их средний и младший медперсонал, которая иногда создается при желании поскорее помочь тяжело больной.

Необходимо учитывать, что тревога врача воспринимается значительно острее самой больной, чем персоналом, который хотят стимулировать к максимальной бдительности и активности.

Вспомните, не бывают ли иногда беременные свидетельницами вашего суетливого беспокойства вокруг роженицы с меняющимся сердцебиением плода или родильницы с атоническим кровотечением?

«Падает сердцебиение плода — скорее шприц, вводите триаду Николаева, давайте кислород!» — все это иногда говорится в максимально эмоционально окрашенных тонах, и, конечно, при этом никто не задумывается о том, что виновница этой тревоги все слышит, все воспринимает, на все это тонко реагирует. К выдвинутому недавно положению «бескровного ведения родов» следует добавить не менее важное пожелание «безиатрогенного их ведения».

Такое заключение нашло подтверждение и в данных, полученных Л. И. Ковалевой при систематическом, в продолжение всей беременности, изучении методом плетизмографии сосудистых и дыхательных безусловных и условных рефлексов у беременной Б-вой (наблюдение III).

Ввиду того, что и в дальнейшем изложении будут приводиться некоторые данные наших совместных с А. Т. Пшоником и Л. И. Ковалевой плетизмографических исследований, мы сочли необходимым подробнее остановиться на применявшейся нами методике.

Установка была смонтирована научным сотрудником ИАГ АМН СССР Г. Г. Хечинашвили на столе-каталке, к краю которого был подвижно укреплен на вертикальной оси плетизмограф системы Новицкого — Моссо для руки. Регистрирующая часть установки (штатив с мареевскими капсулами и метриками, кимограф с удлинителем, щиток для подачи сигналов) была размещена на самом столе. Тут же была закреплена бутылка с водой. Электрическая спираль подогревала воду, которая автоматически подавалась в плетизмограф.

На животе обследуемой фиксировался пневмограф, связанный воздушной передачей с мареевской капсулой, отражавшей сокращения матки и дыхание обследуемой. Последняя лежала на постели и никаких неудобств от плетизмографа, в котором находилась ее левая рука, не испытывала. Плетизмограф после введения в него руки обследуемой заполнялся водой (температуры 38,0—39,0°) до середины манометрической трубки, соединенной воздушной передачей с другой мареевской капсулой. Холод (0—1°) и тепло (40°)

применялись как безусловные экстероцептивные раздражители. Условными раздражителями были световые — специальный экран, прикрепленный к вертикальному стержню кровати у ног обследуемой и равномерно освещавшийся разноцветными электрическими лампами: включение и выключение света автоматически регистрировалось отметчиком, который служил также и для регистрации словесных раздражителей. О наступлении ощущений схваток — интероцептивных раздражений, идущих от беременной матки при ее сокращениях, — обследуемая сигнализировала и сама, нажимая правой рукой кнопку специального отметчика.

Перед началом исследований беременной разъяснялись их целесообразность и необходимость. Это делалось для того, чтобы скорее снять ориентировочный рефлекс и выработать положительное отношение беременной к данному исследованию. Наряду с графической регистрацией рефлексов, велся подробный протокол всех этапов исследования: фиксировались применявшиеся воздействия, двигательные реакции и словесный отчет обследуемой.

На кимограммах нижняя кривая представляет отметку времени; вторая снизу — регистрацию раздражений, наносимых исследователем; третья — фиксирует сигналы, подаваемые самой обследуемой; четвертая — пневмо- и ги-стерограмма; пятая (верхняя) — плетизмограмма.

При помощи приведенной выше методики мы в совместных с А. Т. Пшоником и Л. И. Ковалевой исследованиях¹ изучали безусловные и условные экстеро- и интероцептивные рефлексy для выяснения корковых, а также корково-подкорковых взаимоотношений у женщин в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Эти длительные, начинавшиеся с первых недель беременности клиничко-экспериментальные исследования также давали некоторое основание для суждения о типологических особенностях высшей нервной деятельности женщин, находившихся под нашим наблюдением.

Нам удалось показать, что реакция сосудов может в значительной степени характеризовать особенности как обычного для обследуемой состояния высшей нервной деятельности, так и «срывы» ее при грубых нарушениях лечебно-охранительного режима.

Следующее наблюдение демонстрирует это положение.

Наблюдение III. Б-ва В. В., 28 лет. В анамнезе — повторное недонашивание. Ввиду настойчивого желания иметь ребенка находилась под специальным врачебным наблюдением в поликлинике ИАГ АМН СССР в 1952 г. и три раза была госпитализирована в отделение физиологии и патологии беременности по поводу угрожающего выкидыша, который путем активного лечения удалось предотвратить. Страдает комбинированным митральным пороком сердца в стадии полной компенсации.

Данные углубленного анамнеза, длительного наблюдения, а также результаты клиничко-физиологических исследований дали нам основание прийти к заключению, что типологические особенности нервной системы беременной Б-вой характеризуются чертами сангвника при нормальном соотношении сигнальных систем. Косвенным подтверждением такого заключения служили и данные, полученные при плетизмографическом обследовании.

¹ С. Н. Астахов, Л. И. Ковалева и А. Т. Пшоник. К вопросу о соотношении функции коры и подкорки у женщин во время беременности, родов и послеродового периода. Шестнадцатое совещание по проблемам высшей нервной деятельности. Тезисы и рефераты докладов. АН СССР, М.—Л., 1953.

На рис. 1 показан нулевой, характерный для Б-вой фон плетизмо- и пневмограммы, полученной в период выработки и закрепления условных рефлексов.

На рис 2 показаны плетизмо- и пневмограмма той же беременной, за- снятые через 4 дня после предыдущего обследования. На этой кимограмме

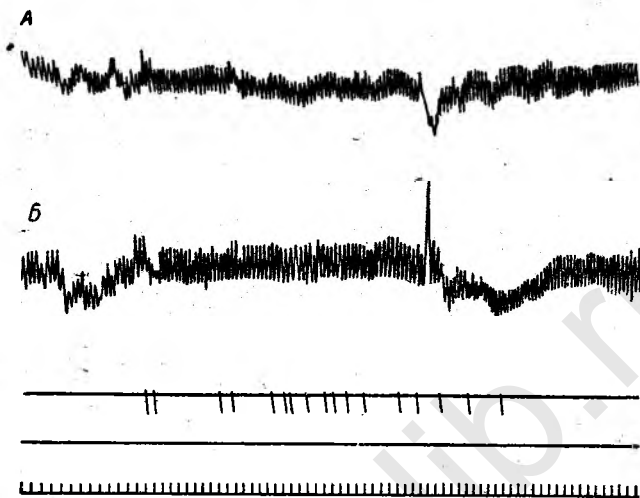


Рис. 1. Беременная В. В. Б-ва. Кимограмма исследования 4/X 1952 г. Плетизмограмма в период выработки условных рефлексов.

А — плетизмограмма, Б — пневмограмма. Отметка времени — 5 секунд.

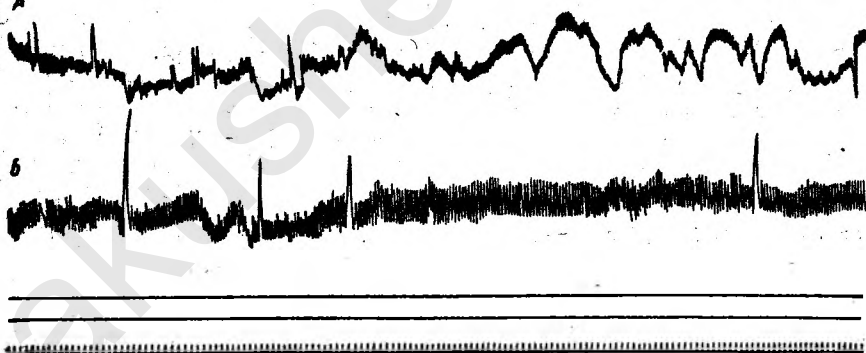


Рис. 2. Та же беременная. Кимограмма исследования от 8/X 1952 г. Плетизмограмма, записанная через 4 дня после первой, в период тревоги за благополучный исход родов.

Обозначения записи такие же, как и на рис. 1.

виден столь волнообразный фон плетизмограмм, что нельзя было даже приступить к выработке условных рефлексов. При анализе причин такой резкой разницы в фоне плетизмограммы выяснилось, что накануне последнего об-

следования беременной сообщили, что у нее «больное сердце», ввиду чего ей будут выключать потужную деятельность путем наложения щипцов, запретили ходить и уложили в постель до наступления родов. Беременная не спала всю ночь. «Мне мерещились кошмары, я уже в уме сконструировала щипцы и все пыталась представить, как это будет больно и как их будут накладывать». Во время плетизмографического обследования беременная выспялась, «обезболивают ли эту операцию (наложение щипцов), как долго она продолжается и не повредит ли это ребенку».

При всем этом беременная внешне оставалась совершенно спокойной, и лечащий врач даже не предполагал о тех изменениях высшей нервной деятельности которые возникли из-за грубого нарушения лечебно-охранительного режима у его больной.

Протоколы наших наблюдений, а также данные плетизмографических исследований убедительно показывают, что и незначительные нарушения лечебно-охранительного режима оказывают существенное влияние на течение сосудистых рефлексов, характеризую тем самым состояние высшей нервной деятельности даже тех беременных женщин, нервная система которых наиболее устойчива ко всем вредным внешним воздействиям.

Анамнез

Известно, что лучшие представители отечественной медицины — Захарьин, Остроумов, Груздев и множество других — всегда подчеркивали необходимость подходить к больному как к целостной личности, неразрывно связанной с окружающей средой. Поэтому-то они и придавали столь большое диагностическое значение правильно собранному анамнезу.

Обследуя больного, И. П. Павлов всегда стремился узнать условия его индивидуального развития и воспитания, характер его семейных и общественных отношений; великий физиолог выяснял наличие конфликтных ситуаций, эмоциональных потрясений и перенесенных заболеваний; при этом по возможности устанавливались и типологические особенности нервной системы обследуемого.

Такое обследование требует от врача большой выдержки и такта, так как каждое неудачно сказанное слово, обидное предположение, невнимание к интимным переживаниям больного может не только нарушить необходимый контакт, но и вызвать натрогению.

Таким образом, метод расспроса приобретает в свете павловского нервизма физиологическое обоснование и становится важнейшим звеном в системе обследования больных, абсолютно необходимым в первую очередь для индивидуальной профилактики заболеваний, а также и для их лечения.

При собирании анамнеза совершенно необходима определенная последовательность в выяснении отдельных этапов жизни больного и развития ее заболевания. Поэтому выяснение анамнеза должно производиться по определенной, строго разработанной

схеме. Однако эта творческая совместная работа врача и больной не должна вульгаризироваться, не должна сводиться к механическому заполнению или подчеркиванию «да» или «нет» в отдельных графах тех «анамнестических анкет», которые часто составляют основу бланков «специально разработанной» истории болезни. Собираение анамнеза не должно быть ограничено рамками односложных ответов на вопросы, преемственно не связанные между собою. Ни в одной «анамнестической анкете» нельзя предусмотреть тех важных дат анамнеза, выяснить которые окажется совершенно необходимым по ходу последовательной беседы врача с больной.

Каждый врач должен разработать схему опроса больных в зависимости от узкого профиля своей производственной и научной работы.

Для разработки таких схем по собиранию анамнеза можно рекомендовать указания, приведенные в монографии А. П. Николаева.¹

При собирании анамнеза необходимо учитывать ту обстановку, в которой происходит беседа с больной. Мы часто получаем неправильные даты анамнеза от больной, опрашиваемой в присутствии соседей по палате, которых она не хочет посвящать в свои интимные переживания. Если мы «переключимся» в положение такой больной, то поймем, почему нам трудно рассчитывать на получение в присутствии посторонних лиц правильных ответов на те вопросы, которые мы часто задаем своим подопечным.

Все перенесенные заболевания нельзя расценивать, как это мы делали до сих пор, только с точки зрения их непосредственной связи с текущим болезненным процессом — необходимо учитывать оказанное ими влияние на высшую нервную деятельность больной, на ее взаимоотношения с окружающей средой.

Вообразите, что перед нами женщина с тяжелыми кифосколиотическими изменениями позвоночника, вызвавшими функциональную деформацию костей таза, или с их изменениями вследствие хондродистрофии или перенесенного в прошлом тяжелого рахита. При решении вопроса о возможности иметь ребенка следует учитывать не только анатомо-физиологические соотношения и способы родоразрешения такой женщины, но и особенности ее высшей нервной деятельности при страстном желании стать матерью.

Аналогичные сложные положения встречаются не редко, но мы обычно проходим мимо них, занятые оценкой одной только «акушерской ситуации». При этом мы даже не считаем необходимым учитывать особенности высшей нервной деятельности находящейся на нашем попечении роженицы, а потом недоумеваем

¹ А. П. Николаев. Руководство к технике исследования, диагностики и лечения в гинекологии. Сталино, 1937.

по поводу внезапно развившегося «безудержного их поведения» или внезапно наступившей слабости родовой деятельности. Мы даже не подозревали прежде, что в подобных случаях могут возникнуть типичные «срывы» нервной деятельности из-за перенапряжения основных корковых процессов.

Изменение нормального течения кортикальных процессов и корково-подкорковых соотношений обуславливает развитие более или менее выраженных нарушений функции внутренних органов.

Основная задача врача в таких случаях — выявить и устранить те причины, которые создали непосильно-тяжелые условия для состояния мозговых клеток и тем самым обусловили нарушение нормальной жизнедеятельности организма. Создать наиболее благоприятные условия для восстановления этих функций — основная задача лечебно-охранительного режима.

Изложенное подчеркивает реальную необходимость для акушеров хорошо знать особенности высшей нервной деятельности женщин, находящихся под их наблюдением, в первую очередь причины и характер их эмоциональных переживаний. Для успешного выполнения этой задачи следует, чтобы собрание анамнеза превратилось вместо механического заполнения разобщенных анкетных граф в последовательное описание истории жизни больных и их реакций на воздействие внешней среды.

Прав М. В. Черноруцкий, когда говорит, что в настоящее время «вся методика исследования больного и особенно собрания анамнеза должна быть в корне изменена и перестроена на основе идей целостности организма, его единства со средой и нервизма, на основе положений, вытекающих из учения о высшей нервной деятельности».¹

Предположим, что, несмотря на все трудности, мы изучили особенности высшей нервной деятельности находящихся под нашим наблюдением беременных и больных, а также получили сведения о причинах их забот и тревог. Мы теперь хорошо понимаем, скажут нам, физиологические механизмы того, почему при одной и той же акушерской ситуации у женщин наблюдаются различные реакции, зависящие от всегда разных и сложных особенностей их высшей нервной деятельности и постоянно изменяющихся факторов внешней среды. Нам далее укажут, что знают о возможности возникновения разных реакций в родах в зависимости от типологических особенностей нервной системы рожениц, и добавят, что понимают различие реакций беременной в зависимости от семейно-бытовой ситуации, от желания или нежелания иметь ребенка. Мы все это узнали, заявят нам, но какое, однако, значение все эти данные будут иметь для нашей практической лечебной работы даже тогда, когда мы обнаружим те или иные значительные отклонения?

¹ М. В. Черноруцкий. Журн. высш. нервн. деят. им. И. П. Павлова, т. 1, в. 1, 1951, стр. 74—86.

Такие вопросы неизбежно должны возникнуть перед практическими работниками здравоохранения, если они действительно будут стремиться перестроить свою работу на новых началах павловского нервизма.

Необходимо, изучив семейно-бытовую ситуацию беременной и больной, помочь ей советом и организационными мероприятиями (патронаж, юридическая помощь) устранить имеющиеся трудности. В ряде случаев, однако, невозможно сразу изменить все те условия, которые вредно действуют на вашу подопечную. Тогда следует прибегнуть к психотерапии, характер и формы проведения которой будут рассмотрены ниже.

Обходы палат лечащим врачом

С нетерпением ждет больная ежедневного обхода палаты лечащим врачом. За истекшие сутки о многом передумала, появились сомнения, тревоги, отметила новые ощущения — одни из них усилили тревогу, другие принесли надежду на скорое выздоровление. Все внимание больной, все мысли сосредоточены на вошедшем в палату лечащем враче. Ничто не ускользнет от внимания больных: ни усталое, озабоченное лицо врача, ни «отсутствующий» взгляд, ни небрежность или вычурность одежды, прически. Все это уловит, оценит, учтет больная и все по-своему истолкует. Необходимо помнить, что не только врач изучает поведение и реакции больной, но что и больная внимательнейшим образом следит не только за словами, но и за внешним видом врача, за его поведением, мимикой, жестами, за всеми его реакциями.

Поэтому, как бы ни устал врач, как бы он ни торопился к другим, более тяжело больным или на срочную операцию — он не имеет права показать это во время обхода палаты. Тем паче недопустимо искать у больных оправдания поспешности и небрежности обхода указанием на «объективные обстоятельства» — тяжелое состояние других больных, усталость и недомогание после круглосуточного дежурства, необходимость срочно готовиться к отчету, докладу и т. д.

Приветливым, внимательным, добродушным и в то же время серьезным должен быть врач у постели больной. Один вид врача, вошедшего в палату, должен успокаивать больных, вселять в них уверенность в выздоровлении, устранять все тревоги и волнения, связанные с заболеванием и с проводимым лечением.

Внешний вид врача, его поведение и реакции должны быть такими, чтобы у больных четко и прочно зафиксировалось представление: «этому врачу можно довериться, ему без всяких сомнений можно поручить заботу о моем лечении».

Напрасно думает постоянно улыбающийся, балагурящий врач, что его жизнерадостный вид и поведение сами по себе успокаивают.

вают больных. «Доктор-то наш какой-то несерьезный, ему все весело, а до нас и дела нет», — скажут они.

«Как надулся сегодня, когда осматривал, срочно велел анализ повторить — внимательный, заботливый он, но, наверное, что-то плохое сегодня у меня нашел», — заключит больная после обхода другого врача.

Больные всегда с нетерпением ждут результатов исследований, так как нельзя от них скрыть самый факт их постановки и проведения. «Собирали мочу, брали кровь, делали просвечивание, снимали электрокардиограмму — что же нашли, что выяснили?» — вот настойчивые и вполне законные вопросы больных, на которые не всегда легко ответить, не нанося им вреда.

Некоторые врачи, стремясь «охранить покой» своих подопечных, нашли простой и, по их мнению, «максимально щадящий психику больных» выход из этого трудного положения: больным указывается на то, что они не должны интересоваться результатами произведенных анализов, которые делаются не для успокоения и удовлетворения любопытства больных, а для того, чтобы врачи могли лучше определить характер и причину заболевания и успешнее его лечить. С неумолимой логикой этого заключения больные вынуждены будут согласиться, но такое «разрешение» мучающих их сомнений вряд ли их успокоит. Поэтому больные будут стараться всеми возможными способами получить ответ на интересующие их вопросы. Неизбежно возникнет нездоровая фиксация внимания и на тех исследованиях, которые обычно не должны были бы привлекать внимание больных. Больные будут стремиться выяснить интересующие их вопросы не только у лечащего врача, но и у других сотрудников отделения, подчас недостаточно знакомых с их заболеванием. Неудачно сформулированный или неправильно воспринятый ответ дежурного врача или медицинской сестры на те же вопросы только усилит тревогу больной.

Учитывая все изложенное выше, мы считаем целесообразным, чтобы лечащий врач первый, не дожидаясь соответствующих вопросов больных, сам сообщал им во время обхода палат сведения о результатах произведенных исследований. При этом должны сообщаться только те данные, которые не только не могут встревожить больных, но, наоборот, должны их успокоить.

Часто возникает вопрос, следует ли применять какие-либо виды терапии в период обследования больной. Такая постановка вопроса уместна в отношении лишь тех больных, лечение которых может быть без ущерба для их здоровья на некоторое время отложено. Однако и эти больные тяготеют таким положением. Ввиду того, что каузальная терапия может изменить результаты проводимых исследований, врачи нередко назначают больным в период их обследования «индифферентные» процедуры и лекарства. Части больных и такое лечение помогает в порядке косвенного внушения. Однако многим другим оно приносит несомнен-

ный вред, так как отсутствие положительного эффекта от проводимого лечения вызывает у них зачастую неправильное предположение о тяжести и неизлечимости их заболевания.

Для того, чтобы избежать возникновения таких опасений, мы рекомендуем заранее, еще при первом осмотре в поликлинике, подготавливать больных к тому, что некоторое время в период обследования им не будут проводиться основные виды каузальной терапии, ибо прежде чем начать лечение, надо выяснить, как именно следует лечить.

Всегда необходимо помнить, что эффективность проводимой терапии в значительной степени зависит, в особенности при неврозах и у легко внушаемых больных, от того, кто назначил лечение, как об этом сообщил больной и в какой форме оно осуществляется.

Реакции врача, его мимика не должны отражать излишней тревоги за судьбу больной, но в них не должно быть и безразличия.

Ни в коем случае врач не должен делать беременную и больную участницей своих тревог и сомнений.

Вместе с тем нередко наблюдается стремление врача «обезопасить себя» от возможных нареканий в случае неудачного, осложненного течения родов «самострахующей» беседой с роженицей. «Надо предупредить о вполне в данном случае возможном осложнении, а то потом скажут, что я что-то пропустил, недоглядел», — думает в таких случаях врач. К сожалению, подобные рассуждения еще иногда определяют поведение и реакции врача у постели беременных и рожениц. Вместо того, чтобы успокоить их, врач, «страхуя» себя от мнимых неприятностей, тревожит своих подопечных и тем самым ухудшает их состояние.

Единственным способом фиксации своевременности своих опасений за судьбу больной и роженицы, тех опасений, которые вызвали необходимость проведения соответствующих лечебных мероприятий, является запись в истории болезни. Эта запись должна правдиво отражать как состояние больной или роженицы, так и оценку врачом имеющейся ситуации, а также все проведенные мероприятия. При этом в истории родов можно даже указать, что, несмотря на угрожающе плохое сердцебиение плода, беременной или роженице даны успокаивающие, ободряющие разъяснения.

Во время обхода палаты врач должен учесть не только объективные изменения в состоянии здоровья больной, но и разобраться в причинах возникновения даже тех жалоб, которые могут сначала показаться недостаточно обоснованными. Часто больная не хочет в присутствии соседей по палате сообщить врачу о возникших у нее новых болезненных ощущениях и тревогах. Заметив это, врач обязан либо вызвать ходячую больную для беседы и осмотра в ординаторскую, или привезти ее для этой же цели на каталке в перевязочную.

От психического тонуса больных в значительной степени зависит их выздоровление. Вместе с тем эмоциональное состояние некоторых больных чрезвычайно неустойчиво, и смена его может быть обусловлена незначительными, подчас легко устранимыми причинами. Своевременно не получено письмо от близких; домашние написали тревожащую фразу о «как будто» недостойном поведении мужа — «сегодня получка, я в больнице, а он выпивает»; узнала, что сынишка, оставленный без достаточного присмотра, стал плохо заниматься; повздорила с соседкой по палате — разве можно перечислить все те «мелочи быта», которые могут «испортить настроение» больной, помешать ее лечению. Многие врачи до сих пор недопонимают, что постараться успокоить больную, рассеять тревогу, возникающую у нее по любой причине, составляет их прямую обязанность.

Конечно, не сможет справиться с такой задачей врач, «облетающий» свои палаты и придающий значение только «объективным изменениям соматического статуса» больных, находящихся под его наблюдением. Нельзя проводить такую работу и при частой смене лечащих врачей, при «текучести» палатных ординаторов. Поэтому подмену одного врача другим во время ежедневного утреннего обхода следует допускать только в исключительных случаях. Не может быть оправдано положение, когда находящийся на работе врач, отвлеченный выполнением каких-либо других обязанностей, просит товарища: «Обойди мою палату». Как бы хорошо такие врачи ни оформляли истории болезни, они никогда не завоюют должного доверия и уважения своих больных, а следовательно, не смогут их полноценно лечить.

Врач не имеет права не выполнить то или иное данное им больным обещание: «говорил, что сегодня покажет профессору, а вот ушел, забыл, наверное»; «пропуск обещал и не оставил»; «новое лекарство прописать хотел, а сестра говорит — назначения нет», и т. д. Ничего действительно важного, необходимого для лечения врач не забыл, и все же больные о нем скажут: «Невнимательный наш доктор, не думает он о нас, свои — не наши — заботы у него».

Формально относящийся к своей работе врач не раз услышит от своих больных демонстративно-ложный, дезориентирующий его ответ о самочувствии: «Спасибо, все хорошо». Когда же врач уйдет из палаты, то на вопрос соседки: «Отчего же не рассказала доктору про свое недомоганье, ведь ночь не спала от болей, все ворочалась, да и вчера весь вечер проплакала», — ответит: «Что ему говорить, сколько раз говорила, все равно внимания не обращает».

Так и возникает стена взаимного непонимания между врачом и больной. Такое положение пытаются иногда объяснить тем, что больная «невротик» и предъявляет «беспричинные жалобы». При этом забывают, что невроз, как и всякое другое заболевание,

с одной стороны, без причины не возникает, а с другой, подлежат лечению.

Мы недостаточно задумываемся над тем, почему одних врачей больные любят, легко делятся с ними всеми своими переживаниями, доверяют им, а к другим относятся холодно, бьются с ними замкнуты, не выполняют их советов и назначений.

Ведь до сих пор считается, что если больная не принимает назначенного ей лекарства, отказалась от инъекций или каких-либо других процедур, то только она в этом и виновата, являясь «несознательной» и «недисциплинированной». Так спокойно и отметит палатная сестра в дневнике при сдаче дежурства, что «больной X. назначения не выполнены ввиду отказа от них». Редко на это происшествие обратят должное внимание и дадут ему правильную оценку. Вместе с тем оно с предельной ясностью доказывает, что больная не доверяет лечащему ее врачу, что лечебно-охранительный режим в этом отделении либо вообще плохо организован, либо грубо нарушен.

Раз больная находится в стационаре — значит она нуждается в клиническом обследовании и лечении. Мы можем смело сказать, что нет в нашей стране бездельников, отлынивающих от работы на больничной койке. Чем же можно объяснить тот факт, что иногда все же встречаются больные, отказывающиеся от назначенного им лечения? Либо тем, что они душевнобольные и не понимают необходимости лечения — тогда заботу о них надо передать в руки психиатра, либо тем, что они не верят в это лечение. Кто же в последнем случае виноват в создавшейся ситуации? Конечно, не больная, которая нуждается в лечении и, несомненно, хочет поскорее выздороветь, а обслуживающий ее медицинский персонал, который не завоевал достаточного к себе доверия и уважения, не сумел разъяснить больной настоятельную необходимость лечения и правильность его назначения.

Для того, чтобы завоевать доверие и уважение больных, врач ни в коем случае не должен «идти на поводу» у них. Действительная любовь и уважение больных завоевывается не мелкими «поблажками», сводящимися в конечном итоге к нарушениям лечебно-охранительного режима, а умением врача понять все переживания больной, осознать все ее заботы и тревоги, полностью уяснить ту ситуацию, в которой она живет. Это позволит врачу учесть особенности личности больной и не только понять ее реакции, но и оценить их правильность и законность. Таким образом, врач сможет не только в известной степени регулировать поведение и реакции больной, но и способствовать изменению ситуации, вредно на нее действующей, или по крайней мере сможет помочь изменить отношение больной к этой ситуации.

Отсутствие необходимого контакта лечащего врача с больными может привести к ряду неадекватных поступков со стороны последних. Эти патологические реакции обычно возникают вследствие грубых нарушений лечебно-охранительного режима, чаще

всего у лиц с ослабленной нервной системой при неуравновешенности основных корковых процессов. Пути возникновения таких реакций устанавливаются относительно легко, и при хорошем контакте с больной удается сравнительно быстро преодолеть их дальнейшее развитие. Это подтверждают следующие наблюдения.

Наблюдение IV. Я-ва М. М., 28 лет, с 9 по 12/X 1952 г. находилась в отделении физиологии и патологии беременности, куда поступила по поводу схваткообразных болей внизу живота и в пояснице.

В 1943 г.— контузия головного мозга с последующей кратковременной потерей зрения и слуха. Вскоре совершенно поправилась и до последнего времени чувствовала себя хорошо. Беременность очень хочет сохранить. Отмечается выраженная эмоциональная неустойчивость и резко повышенная внушаемость. Под влиянием проведенного лечения симптомы угрожающих преждевременных родов исчезли, и больная с прогрессирующей беременностью была выписана домой.

Поступила повторно 25/XI по поводу наступивших в срок родов. Во время родов которые протекали нормально и закончились рождением живой доношенной девочки, вела себя совершенно спокойно, четко выполняла все распоряжения медицинского персонала. В последовом периоде — кровотечение, обусловившее необходимость инструментального обследования матки. Осложненное течение послеродового периода — эндометрит и субинволюция матки.

На 14-й день после родов больная, которая до этого не проявляла каких-либо странностей поведения, дала, казалось бы без особых на то причин, тяжелую невропатическую реакцию: отказалась от гинекологического осмотра и лечебных процедур, потребовала немедленной выписки домой. Во время осмотра невропатологом через час после этой вспышки больная совершенно спокойна, реакции адекватные, критически относится к своему поведению. Отказ от гинекологического осмотра и процедур объясняет тем, что «очень уж намучилась от болезненных процедур», а в необходимость их перестала верить после того, как «неизвестно почему» были отменены инъекции пенициллина, проведение которых больная считала совершенно необходимым. Краткая разъяснительная беседа полностью восстановила нарушенный контакт больной с лечащим врачом. Во время всего дальнейшего лечения больная оставалась выдержанной, спокойной, четко выполняла все назначения врача и указания обслуживающего ее медицинского персонала.

Данное наблюдение показывает, как легко может быть нарушен контакт с лечащим врачом; если у больной возникает сомнение в закономерности внезапной отмены без каких-либо разъяснений тех лечебных мероприятий, которые еще вчера рассматривались как совершенно необходимые для сохранения жизни и скорейшего восстановления здоровья.

Наблюдение V. И-ва К. В. 24 лет, поступила 6/III 1950 г. в родильное отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота и в пояснице. Срок беременности — 39 недель. С двухлетнего возраста слепота на оба глаза, как осложнение после скарлатины. Муж тоже слепой. Оба учатся в вузе. Очень хочет иметь ребенка. Ввиду отсутствия родовой деятельности переведена для дальнейшего наблюдения в отделение физиологии и патологии беременности, где установлен хронический диссеминированный туберкулез легких. Во время пребывания в родовом отделении спокойна, дисциплинирована, четко выполняет все указания медицинского персонала, хотя невропатологом отмечена вазомоторная лабильность и эмоциональная неустойчивость.

Через 10 дней, во время родов,— адекватные реакции, полное спокойствие и послушание (была обезболена текодином в сочетании с лидолом, кардиозолом и витамином В₁). Во время перинеотомии инструментального

удаления из полости матки задержавшихся частей оболочки и при наложении швов на шейку матки и промежность родильница вела себя совершенно спокойно и четко выполняла все распоряжения медицинского персонала. Никаких странностей в поведении родильницы не было отмечено и в течение двух последующих суток. На третий день после родов — бурная невротическая вспышка: родильница громко кричит, скидывает с себя одеяло, сбросила на пол с прикроватного столика всю посуду. Такая реакция наступила после того, как педиатр не дал разрешения на кормление грудью ребенка из-за наличия диссеминированного туберкулеза легких у матери. Лечашему врачу и руководителю отделения не удалось войти в контакт с родильницей, которая с ругательствами отказывается от всякой врачебной помощи и приема пищи. Родильница уверена, что «с ребенком случилось какое-то несчастье», так как «иначе почему же его не приносят кормить». Оказывается, что родильница не была своевременно предупреждена о том, что ей не будет разрешено кормить ребенка. В то же время всем врачам, наблюдавшим эту беременную, хорошо было известно положение о том, что матерям, страдающим активной формой туберкулеза легких, разрешается контакт с их детьми только по истечении срока, необходимого для выработки иммунитета после противотуберкулезной прививки (BCG). Просто «не подумали» о тех особенностях высшей нервной деятельности, которые были закономерны для совершенно слепой матери, бесконечно жаждавшей иметь ребенка и настороженно волнуемой за его судьбу. Ведь увидеть ребенка она не могла, и у нее оставалась одна только возможность — его осязать. Эмоциональная неустойчивость этой женщины обусловила выраженность ее невротической реакции.

Родильницу сразу же успокоил вызванный к ней муж, заверивший ее в том, что «видел» совершенно здорового сына, которому ничто не угрожает. Мужу легко удалось разъярить родильницу все те причины, в силу которых врачи, борясь за благополучие их ребенка, не разрешают матери его кормить.

Данное наблюдение особенно ярко подчеркивает то обстоятельство, что даже действительная забота и внимание к интересам больной могут ею неправильно восприниматься и вызывать неадекватные, вредные реакции. Это наблюдение указывает также на то, что и внимательные, заботливые врачи часто не считают необходимым «переключаться» в положение опекаемой ими больной, а потому не всегда могут понять ее переживания и учесть возможность возникновения патологических реакций.

Такое неумение понять актуальнейшие переживания больной может привести даже опытного и добросовестного врача к созданию крайне тяжелых и в конечном счете вредных переживаний вроде тех, которые мы наблюдали у больной П-ной.

Наблюдение VI. П-на К. М., 24 лет поступила 17/II 1951 г. в отделение физиологии и патологии беременности с диагнозом: беременность 18 недель, отслойка сетчатки левого глаза, высокая степень близорукости.

Во время беременности самочувствие было хорошим до 8/II, когда отметилась снижение зрения на левый глаз. Тем не менее больная продолжала работать. Только через 4 дня обратилась к очень опытному офтальмологу: тот установил отслойку сетчатки левого глаза на почве высокой близорукости, которой больная страдает с детства. Было предложено сначала прервать беременность, а потом произвести операцию на левом глазу. От прерывания беременности больная категорически отказалась, заявляя, что хочет ее сохранить, «даже если потеряю один глаз».

Хотя больная принадлежала к числу лиц с сильной нервной системой и хорошо уравновешенными основными корковыми процессами, однако она крайне тяжело переживала неоднократные и настойчивые советы наблюдав-

ших ее врачей прервать беременность ввиду опасности полной потери зрения. Эти переживания больной начинали принимать столь острый характер, что, по заключению невропатолога, представляли не меньшую опасность для состояния здоровья больной, чем сохранение беременности. При этом надо было еще учесть длительность этих отрицательных эмоций, так как бездетный брак казался несчастьем для обоих супругов. Исходя из этих предпосылок, было решено не пассивно подчиниться непреклонному желанию больной, а активно поддержать ее в стремлении сохранить беременность.

Как только больная узнала о том, что врачи решили бороться за сохранение ее беременности, так сразу улучшилось ее общее состояние. Больная четко выполняла строжайший постельный режим и все предписанные ей лечебные процедуры. При постоянном контроле за состоянием глазного дна не только не отмечалось нарастания болезненных нарушений, но был установлен их регресс. Беременность была сохранена и завершена кесарским сечением, в результате которого была извлечена живая доношенная девочка. Гладкое послеоперационное течение.

Резюмируя, мы видим, как по существу правильные указания офтальмолога, но сделанные без учета особенностей высшей нервной деятельности больной, могли причинить ей тяжелую психическую травму, которая оставалась бы актуальной в течение всей последующей жизни.

Врач должен помнить, что его советы по решению жизненно важных вопросов должны даваться с учетом не только нозологической формы страдания, но и особенностей высшей нервной деятельности больной. К сожалению, это важное положение далеко не всегда учитывается при рассмотрении сложного вопроса о возможности иметь ребенка женщине, страдающей теми или иными заболеваниями, течение которых может осложниться при беременности.

Обходы отделений заведующими и консультантами

Мы уже указывали на то, с каким нетерпением, настороженным вниманием и надеждой ждут больные ежедневных осмотров лечащих их врачей. Естественно, что обход заведующего отделением, консультанта вызывает у них значительно больший и вполне законный интерес.

Однако старшие товарищи не всегда понимают эти переживания больных. Ведь если бы руководители отделений и консультанты всегда учитывали, с каким нетерпением ждут больные их осмотра, они никогда не меняли бы предусмотренных расписанием дней и часов этих обходов, никогда бы не отменяли их без особо уважительных причин. Не проходили бы они, не сказав ни слова, мимо коек больных, «не представляющих особого клинического интереса» («я так ждала обхода профессора, а он даже не остановился около меня»).

Наконец, если бы мы всегда учитывали то, с каким вниманием прислушиваются больные к каждому слову старшего врача, как наблюдают за его мимикой и реакциями, то, наверное, избежали бы возникновения множества случаев иатрогений.

Как же консультанту «разобрать» с лечащим врачом больного, не причинив последнему вреда? Часто находят «выход» в шепотной речи, незаконченных фразах или недосказанных словах, в применении иностранных терминов. При этом не учитывают, что все непонятое вызывает еще большую тревогу, обостряет вредное любопытство, желание «догадаться». Часто после такой консультации у больной вместо успокоения возникают новые тревожные сомнения.

Кто может их рассеять? Лечащий врач? — «Нет, он только успокаивает, а вот профессор ничего не сказал, только перешептывался, — значит, плохи мои дела».

Сколько иатрогений невольно создается во время таких обходов даже опытными и чуткими врачами, если они не вполне учитывают особенности высшей нервной деятельности своих больных!

Как же должны быть организованы обходы отделения их старшими руководителями и консультантами для того, чтобы не создавались иатрогении и не нарушался покой больных?

Наши наблюдения показывают целесообразность сочетания следующих форм этих обходов.

Во-первых, общий обход отделения, во время которого консультант знакомится с состоянием всех больных, кратко останавливаясь у постели каждого из них, чтобы выяснить его жалобы, узнать у лечащего врача данные объективного статуса, ход заболевания и характер проводимых лечебных мероприятий. Прежде чем продолжить обход, консультант либо ободряет, успокаивает больную, указав на ясное и благоприятное течение ее заболевания, либо назначает ее на специальный осмотр.

Во-вторых, вызов для осмотра в отдельности каждой больной, самостоятельно передвигающейся, в кабинет заведующего или осмотр на каталке в перевязочной лежачих больных. После такого осмотра больной сообщаются ободряющие сведения о течении ее заболевания и кратко объясняется необходимость проведения тех или иных добавочных исследований и лечебных мероприятий. Такая форма осмотра является в отношении лечебно-охранительного режима наилучшей, так как позволяет провести длительное обсуждение состояния здоровья каждой больной в ее отсутствие и притом непосредственно после ее осмотра. Однако организация таких обходов сопряжена с рядом больших трудностей, которые легче всего могут быть преодолены в дородовых отделениях и в клинике неоперативной гинекологии.

Консультативные осмотры больных врачами других специальностей

Подобные осмотры обязательно должны происходить в присутствии лечащих врачей. Это условие совершенно необходимо для того, чтобы был действительно обеспечен основной принцип

консультации — обмен мнениями между врачами, столь необходимый для правильной диагностики и рационального лечения. Соблюдение этого условия необходимо также и для того, чтобы врач-консультант, совершенно не знакомый с особенностями высшей нервной деятельности осматриваемых им больных, не нарушил основных положений лечебно-охранительного режима, не создал бы интрогений.

Необходимо предупреждать больную о предстоящей консультации, но делать это следует лишь тогда, когда точно зафиксирована возможность обеспечить своевременное посещение консультанта. Всегда необходимо помнить о том, сколько нареканий, недовольств, а следовательно, и вреда принесет больной нетерпеливое ожидание консультации, которую не удалось осуществить в намеченный срок.

Преподавание

Желание поделиться своим опытом и знаниями с менее опытными товарищами характеризует стиль работы советского врача.

Поэтому вопрос о правильной организации без ущерба для лечебно-охранительного режима всех форм педагогической работы, начиная от кураторства студентов в клиниках медицинских вузов и кончая обучением молодого врача старшим товарищем в маленькой участковой больнице, приобретает особое значение.

К формам проведения в стенах лечебного учреждения педагогической работы должны быть применены все те правила лечебно-охранительного режима, о которых говорилось выше. Поэтому первой задачей является ознакомление студентов медицинских вузов и молодых врачей с основными принципами его построения и организации. Курсант, куратор должны понимать физиологическое значение слова, которое может способствовать как выздоровлению больной, так и созданию интрогений, препятствующих лечению.

Куратор, беседуя с больной, должен учитывать изложенные выше соображения о собирании анамнеза.

В ответах на вопросы, которые задает больная о диагнозе и прогнозе ее заболевания, а также характере примененного лечения, должны быть учтены установки, данные по этому поводу лечащим врачом. Ни в коем случае больная не может быть участницей сомнений куратора о характере ее страдания. Совершенно недопустимыми являются случаи, когда кураторы обсуждают у постели больной дифференциальный диагноз ее заболевания, трактуют данные произведенных исследований и намечают необходимость постановки новых, строят предположения о перспективах развития болезненного процесса и наиболее рациональном способе его лечения.

Когда курсант сообщает руководителю свои соображения о состоянии здоровья больной, он должен помнить, что обследуе-

мая внимательно слушает этот доклад и по-своему, иногда совершенно превратно, интерпретирует.

Не может быть обходов старших преподавателей, проводимых с «узко педагогическими» целями, без учета интересов больных. Даже тогда, когда больная служит «объектом демонстрации» на научных конференциях или лекциях, она должна быть твердо уверена в том, что это делается главным образом в ее интересах — с целью уточнения диагноза заболевания, для анализа правильности проведенного лечения, для выяснения необходимых в дальнейшем терапевтических и профилактических мероприятий.

Эти замечания совершенно не исключают необходимости и желательности таких бесед с больной, в результате которых больная с большой охотой и интересом сама соглашается быть объектом безвредных для нее научных исследований или становится активным участником педагогических демонстраций. Проведение таких психотерапевтических (в самом широком понимании этого слова) бесед совершенно необходимо для того, чтобы у больной не могли возникнуть предположения, крайне вредные для ее лечения, о том, что причиной, обусловившей ее госпитализацию, является не забота о ее здоровье, а задачи научных исследований или педагогического процесса. Как часто мы не только говорим: «интересная больная», — но и пишем в направлении на госпитализацию: «тематическая», а потом удивляемся, когда этот «объект научного исследования» вдруг заявляет, что не позволит сегодня взять кровь для анализа, так как ее «все только изучают, а не лечат», делают из нее «кролика». Такие патологические реакции возможны лишь у больных, госпитализированных в тех клиниках, где не организован лечебно-охранительный режим, или там, где он воспринимается формально, примитивно, в виде только четкого «распорядка дня», тишины и уюта.

Справки и выписки из истории болезни

Справки, выдаваемые на руки больным, должны составляться таким образом, чтобы не вызывать у них тревоги, не способствовать развитию иррациональных страхов. В этом плане следует обсудить вопрос о том, целесообразно ли выдавать на руки беременным так называемые обменные карты женских консультаций. При объединении родильных и гинекологических стационаров с женскими консультациями в единое акушерско-гинекологическое лечебно-профилактическое учреждение — родильный дом — в значительной степени отпадает необходимость выдавать эти карты на руки беременным, и возникает вопрос, не целесообразнее ли хранить их в женской консультации таким образом, чтобы была обеспечена возможность сразу же их получать в родильном доме, как только роженица туда поступает.

Особое внимание следует обращать на оформление выдаваемых документов — четкость и грамотность изложения.

Беседы с родственниками больных

Лечащий врач иногда вызывает родственников больных для того, чтобы уточнить данные анамнеза, «объективизировать» сведения о той ситуации, в которой находятся его подопечные. Кроме того, врач сообщает родственникам больных, когда в этом есть печальная необходимость, те сведения о состоянии здоровья их близких, которые не могут быть непосредственно изложены по указанным выше причинам самим больным.

Значительно чаще родственники больных сами стремятся поговорить с врачом для того, чтобы узнать правду о состоянии здоровья их близких. Эти встречи обычно также ограничиваются указанной выше взаимной информацией. При этом, как правило, врачи не делают активных попыток привлечь родственников больных к тому, чтобы целенаправленно регулировать настроение последних, их отношение к своему состоянию и проводимому лечению. А между тем, кто сумеет лучше близкого, родного человека утешить больную, вселить в нее уверенность в благоприятном исходе заболевания, наладить контакт с лечащим врачом, поднять авторитет последнего и, наконец, убедить в необходимости строго соблюдать предписанный режим? К сожалению, врачи недостаточно используют эту возможность целеустремленно направить положительное влияние на больных их родственников.

Свидания родственников и знакомых с больными должны быть организованы таким образом, чтобы они приносили пользу последним. Родственники должны знать, что бодрое настроение больного, уверенность в правильности проводимого лечения в значительной степени способствуют его выздоровлению. В то же время все неприятности и тревожные известия приносят вред больному, препятствуют его лечению.

Изложенные положения особенно важны для акушерской клиники. Наши наблюдения показали, что регулируемое врачом влияние родственников может оказывать особенно благоприятное действие на течение так называемых ранних токсикозов беременных, на поведение рожениц и на лактацию у родильниц.

Питание

Важным фактором, в значительной степени определяющим выздоровление больных, является качество и режим их питания.

При разработке вопросов о специальном диетическом питании беременных, рожениц и родильниц, а также гинекологических больных следует, во-первых, помнить о том, что одно обилие пищи далеко не всегда обеспечивает все потребности в ней организма.

Необходимо также учитывать и то, что полноценность питания беременной и больной определяется не только соответствующей рационально составленной диетой. Очень важно вызвать

аппетит у беременных, родильниц и больных, позаботившись об условиях, вызывающих у них то «наслаждение едой», которое и «есть первый и весьма сильный раздражитель секреторных нервов желудка». ¹

Обеспечить нормальное пищеварение и усвоение получаемой, правильно подобранной пищи является важнейшей задачей врача. Для успешного выполнения этой задачи следует помнить, что деятельность пищеварительных желез регулируется центральной нервной системой — корой больших полушарий головного мозга. Это положение, установленное И. М. Сеченовым и И. П. Павловым, было подтверждено и развито в многочисленных исследованиях учеников и последователей великих русских физиологов. Было установлено влияние раздражителей из внешней среды (вкусовые качества пищи, обстановка, в которой происходит ее прием, режим питания) через кору головного мозга на работу пищеварительных желез, а следовательно, и на процессы усвоения пищевых веществ.

К сожалению, все эти столь хорошо известные обстоятельства не всегда правильно расцениваются при организации работы пищевых блоков лечебных учреждений.

Вкусовым качествам пищи, ее виду и запаху, а также сервировке стола беременных и больных уделяется до сих пор относительно мало внимания.

Вместе с тем именно пищевые безусловные и условные рефлексы приобретают исключительное значение в период беременности, особенно в начале ее.

Условия доставки и раздачи пищи, ее раскладка на тарелки и форма подачи больным далеко не всегда стимулируют аппетит. Так, например, фиксируя особое внимание на питание больных, страдающих так называемой «неукротимой рвотой» беременных, мы обычно не задумываемся над тем, что другие лежащие в той же палате больные иногда вынуждены есть в условиях, вызывающих чувство отвращения к еде.

Следует помнить, что характер питания в свою очередь оказывает значительное влияние на состояние нервной системы, на высшую нервную деятельность животных и человека.

И. П. Разенков с сотрудниками, развивая учение И. П. Павлова, доказал методом условных рефлексов влияние различных пищевых режимов на высшую нервную деятельность подопытных животных. Основные выводы этих исследований сводятся к тому, что при питании, богатым жирами, наблюдается максимальное повышение процессов раздражения в коре головного мозга; аналогичный, но значительно менее выраженный эффект наблюдается при мясном режиме; питание же углеводами приводит к снижению этих процессов.

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. II, кн. I, АН СССР, 1951, стр. 257.

Дальнейшее изучение судьбы пищевых веществ в организме позволит лучше раскрыть сложные механизмы взаимного влияния как нервной системы на процессы питания, так и пищевого рациона на состояние высшей нервной деятельности человека.

Исследования отечественных физиологов, в первую очередь О. П. Молчановой с сотрудниками, показали особое значение правильно организованного питания для нормального течения беременности, родов и хорошего развития детей. О. П. Молчанова еще в 1940 г. разработала специальные общедоступные диеты для беременных, предусматривающие достаточное по калорийности, разнообразное и насыщенное витаминами питание.

Обычные суточные нормы белка (1,5 г на 1 кг веса) должны быть для беременных и кормящих увеличены до 2 г на 1 кг веса.

Четких указаний о количестве жиров, необходимых для нормального питания беременных, в литературе не имеется. Для нормального питания взрослого человека необходимо содержание в пище в зависимости от общей ее калорийности от 75 до 110 г жиров.

Количество углеводов в питании беременных обычно не ограничивается.

Исследования О. П. Молчановой показали, что у женщин во время беременности и кормления имеется повышенная потребность в кальции и фосфоре, которая лучше всего покрывается, если в рацион входит не менее 0,5 л молока. Наилучшие для этого периода соотношения кальция и фосфора должны быть равны 1 : 1,5.

Приведенные исследования необходимо рассматривать как первый этап в деле изучения важной проблемы организации рационального питания беременных. К сожалению, акушеры все еще мало занимаются разработкой этой проблемы. До сих пор не существует специальных инструкций и методических указаний по применению лечебного питания беременных, рожениц и родильниц.

Поэтому первоочередной задачей советских врачей-акушеров, физиологов, биохимиков, диетологов и неврологов является дальнейшая разработка вопросов питания беременной и кормящей женщины. При этом особое внимание необходимо будет уделить совсем почти не разработанным вопросам о специальных лечебных диетах при патологическом течении беременности.

В первую очередь подлежит пересмотру прочно укоренившееся представление о необходимости «щадящей», исключаящей мясо, диеты при заболеваниях почек и нефропатии беременных. Таким больным обычно назначалось молочно-растительное питание.

Клинические наблюдения показали, что безбелковая диета далеко не всегда полезна при заболеваниях почек. Часто белковое голодание ухудшает состояние такого больного, вредно

отражаясь на обмене веществ и сердечно-сосудистой деятельности. Доказано, что богатая белками пища не всегда ведет к нарастанию альбуминурии, которая в то же время часто наблюдается при бедном белками питании. В суточном рационе этих больных может содержаться до 70 г белка, если их почки хорошо выделяют азот и если в крови не увеличивается содержание остаточного азота.

Питание больного, страдающего заболеванием почек, должно содержать 70—80 г жиров и 450 г углеводов при общем количестве жидкости в 1500—1700 мл.

Эти новые данные должны быть учтены при разработке лечебных диет для беременных, страдающих заболеваниями почек и нефропатией.

При токсикозах беременности нередко наблюдаются заболевания печени. Таким больным обычно также назначается «щадящая», ограниченной калорийности, диета, богатая углеводами, но бедная белками (особенно животными) и жирами.

Клинические и экспериментальные исследования М. И. Певзнера с сотрудниками показали, что при лечении больных, страдающих заболеваниями печени, необходимо вводить в пищу до 100 г животных белков (в первую очередь творог, а также и мясо). Содержание жиров в пище таких больных должно быть уменьшено до 60 г в сутки. Углеводы можно давать без ограничения. При заболеваниях печени особенно рекомендуется введение витаминов А, В₁, С и К.

Наши наблюдения показали, что у беременных, страдающих заболеваниями печени, значительно чаще, чем обычно, развиваются клинические проявления недостаточности витаминов А, С и группы В. Это обстоятельство необходимо учитывать при разработке норм рационального питания таких беременных.

При беременности относительно часто наблюдаются заболевания органов кровообращения. Положения о рациональном питании таких беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы также еще не разработаны.

Известно, что для нормальной деятельности сердечной мышцы необходимо содержание в пище достаточного количества белка. Однако мясо таким больным надо давать только вываренное для исключения действия возбуждающих нервную систему и сердечную деятельность экстрактивных веществ. Количество жиров и углеводов должно быть ограничено для исключения возможности возникновения ожирения, особенно вредного для больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

При организации питания беременных необходимо учитывать и те физиологические изменения в расположении внутренних органов, которые являются непосредственным следствием увеличения размеров матки при нормально развивающейся беременности.

Френо-кардиальный синдром, хорошо известный в клинике

заболеваний внутренних органов, всегда более или менее ярко бывает выражен в последние месяцы беременности. Высокое стояние диафрагмы обуславливает смещение сердца и связанных с ним крупных сосудов, что нередко приводит к нарушениям кровообращения, экстрасистолии, болезненным ощущениям в области сердца и одышке. Эти явления бывают особенно резко выражены у тучных беременных, страдающих метеоризмом. Такие беременные обычно плохо себя чувствуют непосредственно после принятия пищи и при переходе в горизонтальное положение. Поэтому при разработке режима беременных должно быть предусмотрено равномерное распределение пищи в течение всего дня с ограничением питания перед сном. Надо стремиться к уменьшению объема съедаемой в один прием пищи и к выключению продуктов, вызывающих усиленное брожение. При выраженном метеоризме необходимо рекомендовать прием карболена по 1—2 таблетки после еды и на ночь.

Для того, чтобы питание беременных и кормящих женщин было действительно полноценным, оно должно базироваться не только на правильном соотношении основных ингредиентов пищи, ее высокой калорийности и усвояемости, но и на достаточном содержании в ней всех витаминов.¹

Необходимо бороться с ложными и вредными представлениями о том, что при хороших бытовых условиях, материальном благополучии и высокой калорийности питания исключается возможность развития гиповитаминозов.

На основании данных лабораторных исследований о содержании в крови, молоке и моче витаминов была доказана повышенная потребность в них беременных и кормящих женщин. Было также установлено, что насыщение организма беременных женщин витаминами А, С и D способствует нормальному течению беременности и рождению полноценного потомства.

Наши наблюдения подтверждают указания А. Ф. Тура о наличии клинических проявлений недостаточности витаминов у новорожденных детей, матери которых страдали в период беременности выраженными гиповитаминозами. Кроме того, неполноценное питание беременных и родильниц обуславливает гиполактию и снижает биологическую ценность женского молока, что в свою очередь препятствует нормальному развитию новорожденного.

В то же время именно в период беременности создаются иногда условия («прихоги», тошнота, рвоты), при которых резко нарушается питание и снижается поступление витаминов в организм. Этому способствуют и неправильные, но зачастую прочно вкоренившиеся представления о пищевой ценности как витаминносителей многих продуктов питания. Так, например, установлено в противоположность обычным представлениям, что в клюкве, чесноке, квашеной лежалой капусте, соленых огурцах и поми-

¹ С. Н. Астахов. Значение витаминов в акушерстве. Медгиз, 1954, стр. 183.

дорах нет витаминов, что в винограде, да и то не во всех сортах, содержится только витамин С, притом в очень незначительных количествах.

Обычно не учитывается относительно малое содержание витаминов (витамин С) в большинстве сортов яблок, в грушах, в арбузах, в свежих огурцах, в чернике и т. д.

Назначая большим «диетическую» манную и рисовую каши, мы забываем о полном отсутствии витаминов именно в этих крупах.

Точно так же, рекомендуя беременной белый хлеб, мы часто не учитываем, что в хлебе из муки тонкого помола содержится в 10 раз меньше витамина В₁, чем в пекарских изделиях из муки грубого помола.

Не помним мы, как правило, и о том, что в коровьем молоке, сливках, сметане, сыре мало витаминов В₁ и С, а в твороге их и вовсе нет.

Витамина А нет в растительных маслах и в свином сале.

После внимательного ознакомления с содержанием отдельных витаминов в различных продуктах питания становится понятным тот на первый взгляд, казалось бы, парадоксальный факт, что недостаток в витаминах группы В может возникнуть легче при высоком по калорийности, но рафинированном питании.

Известно, что витамины В₁ и РР встречаются примерно в одних и тех же продуктах питания.

Установлено, что во всех крупах (кроме гречневой, овсяной и ячневой), в лапше, макаронах витамина В₁ нет.

В то же время продукты, насыщенные витаминами группы В — дрожжи, отруби, орехи, печень, почки, — обычно не входят в рацион питания. Отсюда становится понятным относительный по сравнению с другими витаминами недостаток витаминов В₁ и РР в обычном рационе беременных.

При таком неустойчивом балансе витаминов группы В каждая добавочная, сама по себе незначительная, вредность может привести к гиповитаминозу.

К числу факторов, провоцирующих возникновение недостатка витаминов в организме беременных, относятся инфекционные заболевания, особенно при лечении их сульфаниламидными препаратами, болезни печени и желудочно-кишечного тракта, усиление процессов обмена (гипертиреоз, алкоголь), тяжелая физическая работа, боль, перегревание, наркоз, внутривенные вливания глюкозы и др.

При рассмотрении причин, обусловивших развитие гиповитаминоза у беременных, необходимо всегда учитывать различия в индивидуальных потребностях организма в витаминах.

У одного и того же практически здорового человека в зависимости от состояния его нервной системы, времени года, характера работы имеется различная потребность в витаминах. Точно так же при одном и том же пищевом режиме у различных лиц будет разная реакция на дефицит витаминов.

Наши клинико-экспериментальные исследования показали, что проявления недостаточности витаминов А, С и D крайне редко наблюдаются среди беременных. Это является следствием создаваемых для них особенно благоприятных условий жизни и питания, а также широко осуществляемых в нашей стране профилактических мероприятий. В женских консультациях беременные обычно получают указания о необходимости принимать рыбий жир и аскорбиновую кислоту.

Однако возможность возникновения недостаточности других витаминов, особенно группы В, при этом явно недооценивается.

Наши наблюдения действительно показали, что клинические проявления гиповитаминозов группы В встречаются чаще, чем проявления недостаточности других витаминов.

Значение недостаточности витаминов группы В для акушерской клиники особенно велико. Оно заключается в том, что, как показали наши наблюдения, при гиповитаминозах В₁ и РР отмечается увеличение числа недонашиваний, мертворождаемости и осложнений в родах и послеродовом периоде.

Акушеры всегда должны помнить и о значении витамина В₁, как стимулятора родовой деятельности, а также о возможной ее слабости при гиповитаминозе В₁.

Следует учитывать, что анорексия, запоры, отеки и судороги в конечностях (кramпи), боли в суставах и мышцах, а также сердечно-сосудистые нарушения являются почти постоянным следствием недостатка витамина В₁. При гиповитаминозе В₁ наблюдаются также расширение периферических вен и уплотнение (псевдогипертрофия) икроножных мышц вследствие задержки воды в тканях.

Кардиопатии, возникшие вследствие недостатка витамина В₁, встречаются значительно чаще, чем это можно было бы предположить. Нередко они неправильно диагностируются как мио дистрофии, вегетативные неврозы, миодегенерации и т. д.

Необходимо уметь своевременно от дифференцировать симптомы гиповитаминоза В₁ от проявлений «токсикозов беременности». Надо помнить, что отеки беременных могут быть вызваны гипотензией и недостатком витамина В₁, а не обязательно возникают вследствие «токсикоза беременности». Средства, стимулирующие сердечную деятельность и усиливающие диурез, не дают эффекта при таких трофических отеках, возникших вследствие недостатка тиаминa. Только своевременное выявление действительных причин развития болезни позволит избежать грубых и опасных для жизни беременной и ее потомства последствий неправильной диагностики этих состояний. Вред от таких диагностических ошибок особенно велик, потому что лечение, а особенно режим питания больных с гиповитаминозами В₁ и нефропатиями почти диаметрально противоположны.

Вместе с тем клиническая диагностика начальных проявлений

недостаточности витаминов группы В у беременных не представляет особых трудностей, если врач обращает должное внимание на изменения со стороны нервной системы, рано развивающиеся у таких больных. Симптомы начальных поражений нервной системы при гиповитаминозе В₁ сказываются в жалобах на чувство онемения и парестезии в конечностях и сопровождаются объективными изменениями кожной чувствительности (гипестезии или гиперестезии с гиперпатическим оттенком) в дистальных отделах рук и ног. Ранние клинические симптомы недостатка витамина РР у беременных проявляются в нарушениях трофики кожи (гиперкератоз и гиперпигментация в области локтей и колен), а также в изменениях со стороны слизистой полости рта и языка.

Типичные явления «хейлоза» (трещины в углах рта) рано указывают на недостаток витамина В₂ (арибофлавиноз).

Необходимо подчеркнуть, что клинические проявления недостаточности витаминов В₁ и РР выявляются очень быстро и так же быстро регрессируют под влиянием активного лечения.

Все изложенное подчеркивает необходимость обеспечить беременных достаточным количеством витаминов А, С и D и группы В. Неправильно, однако, стремиться достичь этого только путем добавления к пище витаминных препаратов. Последние следует назначать в первую очередь тем беременным, у которых нарушено усвоение витаминов и которым необходимо провести активное лечение по поводу уже развившейся витаминной недостаточности. В основном же потребность организма в витаминах должна быть обеспечена содержанием их в продуктах питания. Витамины А содержатся в большом количестве в жире печени рыб, икре, сливочном масле, в печени говяжьей и свиной, овощах и зелени. Витамином D насыщены жиры печени рыб и икра. Витамина С много в плодах шиповника, черной смородины, а также в других культурных и диких ягодах, в овощах и зелени. Витамины группы В содержатся в печени, почках, нежирном мясе и главным образом в пшеничных отрубях, орехах и дрожжах.

Лечебная действенность пивных дрожжей становится понятной, если учесть, что в них содержится витамина В₁ почти в 25 раз больше, чем в мясе, и в 100 раз больше, чем в коровьем молоке. В пивных дрожжах, помимо больших количеств витамина В₁ и РР, содержатся также и другие витамины группы В — рибофлавин, пиридоксин, парааминобензойная и пентотановая кислоты, а также минеральные вещества, белок, различные аминокислоты и ферменты.

Это обстоятельство дает нам право рекомендовать инактивированные нагреванием жидкие пивные дрожжи не только как лечебное средство при уже развившихся гиповитаминозах группы В, но и считать показанным широкое профилактическое применение их в период беременности. Назначать жидкие пивные дрожжи необходимо в постепенно возрастающих количествах,

начиная от 200 мл (по $\frac{1}{2}$ стакана 2 раза) и доведя до 1 л в день (по 1 стакану 3—4 раза после еды).

Мы ни разу не наблюдали каких-либо побочных отрицательных явлений от пивных дрожжей, кроме легкого послабляющего действия и изредка метеоризма, сразу устранявшегося карболеном.

К работе по организации лечебного питания беременных и кормящих женщин должно быть привлечено особое внимание акушеров и диетологов. Беременным должно быть не только разъяснено значение рационального питания для нормального течения беременности и родов, но и даны конкретные указания об организации необходимых для них лечебных диет.

Лечение сном

В этом разделе мы сочли необходимым остановиться также на терапевтической значимости и показаниях для применения медикаментозного сна, так как вопросы эти теснейшим образом связаны с основными положениями лечебно-охранительного режима.

Мы уже указывали, что И. П. Павлов придавал огромное значение охранительному торможению в восстановлении нарушенной деятельности клеток коры больших полушарий головного мозга. «Все явления,— писал великий физиолог,— мы толкуем так, что у данной корковой клетки есть предел работоспособности, т. е. функционального разрушения, так сказать, безопасного, легко возмещаемого, и возникающее торможение при сверхмаксимальном раздражении охраняет этот предел».¹

Экспериментальные исследования М. К. Петровой, клинические наблюдения А. Г. Иванова-Смоленского, Ф. А. Андреева и работы других учеников И. П. Павлова подтвердили это положение и доказали, что медикаментозный сон оказывает благоприятное действие при лечении ряда патологических процессов, вызванных нарушением нормального состояния корковых клеток.

Э. А. Асратян показал в условиях лабораторного эксперимента высокую эффективность лечения медикаментозным сном тех болезненных состояний подопытных животных, которые были обусловлены «органическим повреждением как больших полушарий мозга, так и нижележащих отделов центральной нервной системы, периферических нервных образований и органов».²

Данные всех этих исследований были использованы в клинике для не всегда оправдываемых попыток лечения медикаментозным сном самых разнообразных заболеваний. При этом многие авторы стали применять для достижения глубокого сна столь мас-

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, АН СССР, 1951, стр. 198.

² Э. А. Асратян. Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова, т. 54, в. 1, 1954, стр. 3—8.

сивные дозы наркотических веществ, что в результате возникло не желаемое «охранительное торможение» корковых клеток, а состояние острого их отравления с соответственными нарушениями в жизнедеятельности всего организма. Это происходило, главным образом, потому, что «успех сонной терапии в огромной степени зависит,— как указывает А. Г. Иванов-Смоленский,— от проведения ее при надлежащих показаниях и только там, где применение ее патогенетически обосновано, а не является выражением своего рода дичейского «ползучего эмпиризма» («авось поможет и здесь»), который может только дискредитировать этот ценнейший терапевтический метод. Следует решительно возражать,— продолжает А. Г. Иванов-Смоленский,— против недостаточно обоснованного расширения границ сонной терапии и превращения ее в своего рода панацею, против вульгаризации идей И. П. Павлова».¹

К сожалению, в отношении применения лечения сном в акушерстве и гинекологии был нарушен принцип И. П. Павлова о необходимости предварительной экспериментальной проверки новых видов терапии.

Следствием этого было то, что показания к применению лечения сном и методики его проведения вырабатывались только у постели больного и потому далеко не всегда были удачными.

В настоящее время можно считать противопоказанным лечение больных, за исключением страдающих некоторыми формами психозов, длительным наркотическим сном и рекомендуется применять такие дозы снотворных, которые обеспечивали бы торможение умеренной глубины и длительности, максимально приближающиеся к естественному сну. Отсюда — стремление большинства клиницистов перейти к лечению больных удлиненным ночным сном.

Не только формы проведения лечения сном подверглись критическому пересмотру. За последнее время появились убедительные доказательства того, что и самые показания для применения этого вида лечения нуждаются в дальнейшей разработке, проверке и, возможно, пересмотре.

Для скорейшего восстановления нарушенных функций организма часто бывает необходимо нормализовать динамику корковых процессов. Это, однако, далеко не всегда может быть достигнуто только путем искусственного создания в коре головного мозга разлитого торможения. Последнее бывает полезно лишь тогда, когда корковые клетки истощены и временно нуждаются в охранительном торможении для восстановления своих функций. Способствовать скорейшему возникновению этого физиологического состояния, углубить и усилить его — задача лечебного сна.

¹ А. Г. Иванов-Смоленский. Журн. высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова, т. I, в. 3, 1951, стр. 347—360.

Во всех других случаях, когда таких физиологических предпосылок нет, стремление создать в лечебных целях длительные состояния разлитого торможения коры головного мозга вряд ли можно считать обоснованным. В первую очередь эти соображения относятся к стремлению воздействовать длительным лекарственным сном на течение инфекционно-токсических процессов.

В этом плане представляют специальный интерес наблюдения, проведенные в отделении неоперативной гинекологии ИАГ АМН СССР о лечении медикаментозным сном больных с воспалительными заболеваниями женской половой сферы. Эту работу выполнили под нашим наблюдением О. Д. Кручинина, Г. Ф. Хрусталева и Е. Н. Преловская, проследившие у 69 женщин течение указанных болезненных состояний под влиянием различных модификаций лечения сном. Результаты, полученные при выполнении отдельных этапов этой работы, представляют столь значительный принципиальный интерес, что на них следует остановиться подробнее.

Исходя из неправильных предпосылок о том, что охранительное торможение должно быть полезно при лечении любого инфекционно-токсического воспалительного процесса, авторы на первом этапе своих исследований стремились обязательно добиваться у больных длительного и глубокого сна путем назначения массивных доз снотворных. Наблюдения над 5 больными показали, что такое лечение не только не оказывает положительного воздействия на течение основного гинекологического страдания, но и способствует развитию относительно тяжелых невротических состояний.

Эти наблюдения вызвали необходимость в пересмотре показаний для лечения сном больных с воспалительными заболеваниями женской половой сферы. Стало ясным, что назначение такого лечения должно определяться не самим гинекологическим заболеванием, а нарушениями функции нервной системы, особенно в тех случаях, когда они вызваны основным гинекологическим страданием. В начале своей работы по лечению гинекологических больных сном авторы полагали, что основным критерием для отбора больных, которым показано такого рода лечение, является наличие острого болевого синдрома или же при вялом хроническом течении процесса прочная фиксация внимания больных на своих ощущениях. Подобная точка зрения базировалась на данных исследований, проведенных в ИАГ АМН СССР, о благоприятном эффекте комплексного включавшего длительный фармакологический сон лечения больных с послеродовыми заболеваниями (Л. И. Бубличенко и К. Н. Цуцульковская) и в послеоперационном периоде (Э. М. Каплун и В. В. Агнисенко). При этом, однако, не было в должной мере учтено то принципиальное отличие в состоянии корковых процессов и корково-подкорковых соотношений, которое имелось у крайне астенизированных больных после тяжелых операций или при пузэрпальной

инфекции и у гинекологических больных. В то время как первая группа больных действительно нуждалась в усилении обычно уже имевшейся тенденции к охранительному торможению, у второй группы — аналогичных показаний зачастую не имелось.

После того, как это обстоятельство было учтено, указанная выше терапия стала применяться лишь тем больным с воспалительными заболеваниями женской половой сферы, у которых болевой синдром носил преимущественно условнорефлекторный характер. У таких больных течение патологического процесса шло как бы по «заколдованной спирали» — очаг раздражения в коре головного мозга обострял течение процесса на периферии, а раздражения, идущие из гениталий, действовали в свою очередь на кору головного мозга, вновь усиливая интенсивность центробежных импульсов. У таких женщин болевой синдром оставался стойким, носил характер следовой реакции и оставался зафиксированным даже тогда, когда тот воспалительный очаг на периферии, который впервые обусловил возникновение боли, был уже ликвидирован. Эти больные нуждались, конечно, в нормализации процессов их высшей нервной деятельности. Однако сам по себе медикаментозный сон, как показали дальнейшие наблюдения О. Д. Кручининой и Г. Ф. Хрусталевой над такими больными (21 человек), оказался также малоэффективным при их лечении.

Эти данные привели нас к выводу, что лечение нарушений церебральных функций у больных с воспалительными заболеваниями женской половой сферы должно идти не путем создания фармакологическими средствами состояний разлиглого коркового торможения, а по пути различных модификаций психотерапии. Лечение же таких больных медикаментозным сном должно быть ограничено удлинением ночного сна до 12—14 часов. Последующие наблюдения полностью подтвердили такое заключение. О. Д. Кручинина и Е. Н. Преловская подвергли лечению удлиненным ночным сном в сочетании с психотерапией и средствами, обычно применяемыми при воспалительных процессах, 46 женщин с острыми, подострыми и хроническими заболеваниями половой сферы. У всех этих больных имелись также более или менее резко выраженные проявления функционального расстройства нервной системы.

Больные либо непосредственно поступали в палаты, специально выделенные и оборудованные для лечения сном, либо переводились туда из других палат отделения. В качестве снотворных средств применялся амитал-натрий в дозах, не превышавших 0,2 на прием и не более 0,4 в сутки, который чередовался с дачей 1—2 раза в сутки люминала по 0,05—0,1 в сочетании с микстурой Бехтерева по 1 столовой ложке 3 раза в день. Количество снотворных средств стремились индивидуализировать в зависимости от типологических особенностей высшей нервной деятельности больных. Дача снотворных средств производилась в одни и те же часы для выработки соответствующих условных рефлексов.

Действительно, у некоторых больных через несколько дней наступал условнорефлекторный сон после приема вместо снотворных индифферентных средств.

У больных был следующий режим дня: пробуждение в 8 часов утра; до 11 часов 30 минут — туалет, уборка палат, процедуры, обход врача; с 11 часов 30 минут до 13 часов — сон; с 13 до 15 часов — процедуры и обед; с 15 до 17 часов — сон; с 17 до 21 часа 30 минут — часы досуга; с 21 часа 30 минут до 8 часов утра — сон. Следует отметить наибольшую трудность в проведении сна с 11 часов 30 минут до 13 часов — эти часы сна не всеми больными соблюдались. Таким образом, продолжительность сна больных варьировала от 12 до 14 часов в сутки. Длительность такого лечения сном была от 6 до 16 дней.

В период лечения со всеми больными проводились психотерапевтические беседы как в отношении перспектив течения их заболевания, так и для выработки правильного отношения к другим травмировавшим их жизненным обстоятельствам. В целях наиболее успешного выполнения этой задачи проводились беседы и с родственниками больных как для выяснения характера вредно действующей ситуации, так и для помощи в ее устранении.

С отдельными больными, у которых наблюдались проявления слабости нервной системы и повышенная внушаемость, разъяснительные психотерапевтические беседы проводились в состоянии частичного сонного торможения (по типу рациональной гипнотерапии).

В результате такого комплексного лечения из 27 больных, страдавших подострым и хроническим воспалением придатков матки при наличии выраженных проявлений функционального расстройства нервной системы, клиническое выздоровление наступило у 20, у 4 было отмечено значительное улучшение и лишь у 3 проведенная терапия результата не дала.

Лечение по приведенной выше схеме не дало лучшего эффекта по сравнению с другими видами терапии у 13 больных с гнойным воспалением придатков матки, околоматочной клетчатки и тазовой брюшины.

При лечении зуда наружных половых органов удлиненным ночным сном в сочетании с психотерапией и внутривенными введениями 0,5% раствора новокаина по 5—10 мл был получен положительный эффект у 5 из 6 больных.

Под влиянием удлиненного сна и психотерапии у всех больных наблюдалась нормализация процессов их высшей нервной деятельности, отчетливо регрессировали явления вазомоторной лабильности и эмоциональной неустойчивости, были изжиты невротические состояния. Быстрота и стойкость выздоровления больных значительно превышала соответствующие показатели, которые были отмечены при применении других видов терапии.

Данные, полученные О. Д. Кручининой, Е. Н. Преловской и Г. Ф. Хрусталевой на всех рассмотренных выше этапах работы,

позволяют прийти к заключению, что удлиненный с помощью лекарственных веществ сон может принести существенную пользу при комплексном лечении некоторых больных с воспалительными заболеваниями женской половой сферы. Основным показанием для применения такого рода лечения является наличие у больной, помимо гинекологического заболевания, и клинически выраженных проявлений невроза. Эффективность лечения удлиненным сном в значительной степени определяется сочетанием его с психотерапией. Такой вывод вполне обоснован и теоретически, так как вряд ли целесообразно стремиться нормализовать лечебным сном динамику основных корковых процессов, не борясь одновременно с психогениями — стойкими инертными очагами патологического возбуждения.

Все изложенное выше дает право считать вполне закономерными те ободряющие результаты терапии воспалительных заболеваний женской половой сферы, которые были получены О. Д. Кручининой и Е. Н. Преловской при сочетании воздействий, направленных на нормализацию нарушенной динамики корковых процессов, со средствами, обычно применяющимися при лечении таких больных.

Мы уже указывали, что К. Н. Цуцульковская в клинике после родовых заболеваний получила ободряющие результаты от лечения длительным сном в сочетании с антибиотиками и другими лекарственными веществами больных со свежими, остро возникшими воспалительными процессами с преимущественной локализацией в придатках матки, в клетчатке и тазовой брюшине. Противопоказанием для такого рода лечения являлось поражение легких и почек при общих генерализованных септических процессах.

В клинике оперативной гинекологии Э. М. Каплун с успехом применил прерывистый сон, давая больным после операций микстуру, состоящую из бромистого натрия (4,0), анальгина (5,0), амитал-натрия (2,0) и 200 мл воды. В первые сутки больные получали эту микстуру 3—4 раза по 1 столовой ложке, на второй день — 2 раза и на третий — только 1 столовую ложку на ночь. Э. М. Каплун и В. В. Агнисенко отметили, что у больных, которым применялось это лечение, значительно реже обычного наблюдались как задержки мочеиспускания и отхождения газов, так и осложнения со стороны легких. Улучшение общего состояния больных, которым применялось в послеоперационном периоде лечение сном, наступало значительно быстрее, чем у других, которые указанной терапии не получали.

Особенно хорошие результаты мы получили при лечении медикаментозным сном «неукротимой» рвоты беременных. Мы не стремились добиваться глубокого и длительного сна. Проводилась «дремотная» терапия, которую осуществляли, давая два раза в сутки — утром и на ночь — барбитал по 0,2 или же люминал по 0,05 с бромуралом по 0,25 по 1 порошку до 4 раз в сутки

в течение 3—7 дней. У всех больных с тошнотой и «неукротимой» рвотой беременных мы получили отчетливый положительный эффект от такого лечения.

Таким образом, проведенные в ИАГ АМН СССР исследования показывают, что при некоторых акушерских и гинекологических заболеваниях, а также в послеоперационном периоде может быть рекомендовано комплексное лечение, включающее медикаментозный сон. Однако такое лечение должно быть рекомендовано лишь при наличии специальных на то показаний со стороны высшей нервной деятельности больных и может быть допущено только при условии индивидуальных дозировок снотворных средств, исключающих их токсическое действие.

акusher-lib.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНОГО РЕЖИМА В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ¹

Для создания беременным, роженицам, родильницам и больным лечебно-охранительного режима требуется провести ряд организационных мероприятий.

Первым из них является правильный подбор и расстановка кадров, которые во всех звеньях, от служителя и санитарки до главного врача и руководителя учреждения, должны быть в пределах своих возможностей ознакомлены с основными положениями павловского нервизма. Работа с научными сотрудниками, врачами, средним и младшим медицинским персоналом по повышению их квалификации и изучению трудов И. П. Павлова должна проводиться постоянно, нося характер систематических занятий.

Для того, чтобы теоретические занятия были неразрывно связаны с медицинской практикой, необходимо текущую лечебную работу как в ее достижениях, так и недостатках подвергать разбору с позиций павловского нервизма. Эта задача лучше всего осуществляется на ежедневных утренних конференциях, в особенности при разборе патологически протекавшей родовой деятельности и на примере рожениц, как совершенно не испытывавших родовых болей, так и давших «срывы» при психопрофилактическом обезболивании.

Такому же анализу должны подвергаться и записи в дневниках дежурных медицинских сестер, которые должны отражать жалобы, а также особенности реакций и поведения беременных и больных в вечерние и ночные часы. Эти наблюдения дают важные данные для суждения об особенностях высшей нервной деятельности беременных, родильниц и больных, об их настроении и отношении к лечащим врачам и проводимому лечению. Часто такая запись в дневнике опытной и наблюдательной медицинской сестры или акушерки способствует уточнению диагностики и правильности выбора необходимого лечения.

¹ Раздел об организации лечебно-охранительного режима в акушерско-гинекологическом стационаре написан И. И. Рудневым.

Аналогичная, но значительно более углубленная работа проводится на заседаниях лечебно-контрольных комиссий и на клинико-анатомических конференциях.

В зависимости от материальных возможностей учреждения создаются максимально хорошая обстановка и уют во всех помещениях стационара. Выбатывается четкий режим дня с учетом необходимости создания наилучших условий для длительного и спокойного ночного сна и послеобеденного отдыха.

В клиниках ИАГ АМН СССР разработаны такие режимы дня, которые создают наилучшие в этом плане условия для находящихся там беременных и больных.

Распорядок дня в стационаре определяет весь стиль работы лечебного учреждения, в частности организацию лечебно-охранительного режима. Вся жизнь стационара должна быть построена на строгом чередовании отдельных элементов обслуживания больных. Основным показателем правильно построенного распорядка дня служит строгая ритмичность в работе медицинского персонала, что в значительной мере обеспечивает рациональное обслуживание больных.

Каждое отделение акушерского отдела в осуществлении лечебно-охранительного режима имеет свои особенности.

В отделении физиологии и патологии беременности создаются условия, отвлекающие беременных от сосредоточивания их внимания на своих заболеваниях или осложнениях. Для этого рекомендуется не утомляющая беременных трудотерапия (рукоделие, починка белья), занятия в школе материнства, прогулки в закрытом саду родильного дома и при отсутствии специальных противопоказаний — гимнастические упражнения. В результате регулярных бесед с лечащим врачом у беременных воспитывается убеждение, что беременность и роды являются физиологическим актом, а имеющиеся осложнения беременности устранимы.

Лечебно-охранительный режим в родовом блоке организуется в полном соответствии с требованиями психопрофилактической подготовки к родам.

Строгий распорядок дня в родовом блоке может быть осуществлен в отношении только отдельных этапов обслуживания рожениц, в частности их питания. Все же остальные элементы, касающиеся ухода и лечебной помощи, выполняются в зависимости от возникающих во время родов надобностей.

Желательно, чтобы родовой блок занимал два совершенно тождественных по своему планированию и оборудованию павильона. Это необходимо для регулярной (один раз в месяц) профилактической дезинфекции и проветривания одного из них.

В родильном блоке имеются специальные («предродовые») палаты для женщин, у которых в ближайшие дни должны наступить роды с возможно осложненным течением из-за неправильного положения плода, узкого таза и т. п.

Кроме того, для беременных и рожениц с преэкламптическим

состоянием или перенесших припадки эклампсии должны быть выделены отдельные соответствующим образом оборудованные палаты (затемнение, синий свет, звуконепроницаемая дверь).

Родильный зал должен состоять из двух смежных комнат. В первой комнате родильного зала роженицы находятся до наступления второго периода родов. С наступлением периода изгнания роженица переводится в другую, смежную, палату, где находится до окончания родов и в течение первых двух часов после них.

Персонал родового блока внимательно следит не только за акушерским статусом роженицы, но и за состоянием ее высшей нервной деятельности.

В предродовой и родовой палатах акушер еще раз подкрепляет знания, полученные роженицей в порядке психопрофилактической подготовки, и руководит ее поведением. Во время осмотра роженицы и всех производимых ей лечебных процедур подкрепляются наставления о необходимых формах поведения и приемах обезболивания, которые были даны беременной при посещении ею женской консультации. При проявлении роженицей беспокойства выясняется причина его, и в необходимых случаях сочетается психопрофилактическая подготовка с фармакологическими методами обезболивания родов.

Врач таким образом разъясняет роженице необходимость произвести то или иное вмешательство, чтобы оно не было для нее неожиданным и пугающим. При влагалищном исследовании роженицу осведомляют о цели осмотра и успокаивают по его окончании.

Участники операций, проводимых под местным обезболиванием, соблюдают особую осторожность в выборе слов и выражений при вынужденных переговорах друг с другом.

Вновь поступающих рожениц стремятся поместить в одной комнате с теми, которые хорошо подготовлены психопрофилактическим методом и спокойно ведут себя во время родов.

Мать поздравляют с рождением ребенка, показывают ей новорожденного и сообщают, что он родился без дефектов развития или бережно предупреждают о наличии каких-либо недостатков.

Перевод родильниц в послеродовое отделение производится по возможности не в часы их отдыха или ночного сна.

Операционный блок состоит из двух отдельных операционных комнат. В одной из них производятся влагалищные операции и подготовка беременных к чревосечениям, а во второй — чревосечения.

В соответствии с требованиями лечебно-охранительного режима в одном операционном зале не производится одновременно операций двум больным.

Некоторые оперативные вмешательства, как, например, наложение швов, ручное пособие при тазовых предлежаниях, ручное отделение последа, наложения щипцов, могут производиться во

второй комнате родильного блока, если там в это время не находятся другие роженицы или родильницы. В противном случае все оперативные вмешательства производятся в операционных.

Распорядок дня в палатах родильного блока

1. Подъем беременных и родильниц, их туалет, измерение температуры, раздача лекарств. Уборка палат	6.00— 7.30
2. Чай	7.30— 8.00
3. Завтрак	10.00—10.30
4. Обход палат и осмотр беременных и родильниц врачами, выполнение диагностических и лечебных процедур, раздача лекарств, осмотр в перевязочной	10.30—13.00
5. Обед	13.30—14.00
6. Часы сна	14.00—16.30
7. Туалет беременных и родильниц, измерение температуры, выполнение лечебных процедур, раздача лекарств. Уборка палат	17.00—18.00
8. Ужин	18.00—19.00
9. Часы досуга	19.00—21.00
10. Ночной сон	21.00— 6.00

Примечание. Новорожденных в родильном блоке не оставляют, а передают под наблюдение дежурного педиатра в отделение новорожденных.

Правильная организация лечебно-охранительного режима и четкое выполнение особенно необходимы для родильниц, так как для них распорядок дня должен предусматривать интересы не одного больного человека, а целой семьи — матери и новорожденного.

В послеродовом отделении для матери и ребенка необходимо создать условия полного покоя.

Для установления наилучшего контакта с родильницей врач должен хорошо ознакомиться с историей родов и обратить особое внимание на все переживания женщины, связанные с данной беременностью и родами.

Родильницы в зависимости от их состояния, течения родов и перенесенных операций помещаются в разные палаты (палата для родильниц после кесарского сечения, палаты для родильниц с недоношенными и травмированными детьми и т. д.).

С первого же дня особое внимание уделяется организации кормления детей. Производится обучение матерей, особенно первородящих, правилам кормления детей. Подготовка к первому кормлению и само кормление происходит в присутствии врача или медицинской сестры отделения новорожденных.

Последняя находится в палатах и во время последующих кормлений детей, помогая тем женщинам, у которых имеются какие-либо затруднения при кормлении, особенно родильницам после тяжелых родов.

Сведения о ребенке получаются только от врача-педиатра, который ежедневно информирует мать о состоянии его здоровья. Если же сведения о ребенке даются медицинской сестрой, то они должны полностью соответствовать указаниям врача. Это исключает возможность получения матерью тех разноречивых сведений о ребенке, которые могли бы вызвать у нее тревогу и недоверие к обслуживающему персоналу.

Режим дня родильницы должен быть построен таким образом, чтобы были своевременно учтены все запросы матери, кормящей грудью своего ребенка, а также требования физиологически развивающегося новорожденного.

Раньше доношенных новорожденных кормили 7 раз в сутки, что лишало их матерей возможности спать больше 5—6 часов. Столь непродолжительный сон был явно недостаточен для родильниц. В силу этого не выполнялось основное требование лечебно-охранительного режима для родильниц. Необходимо было пересмотреть режим дня родильницы и перестроить его таким образом, чтобы кормящая мать спала в течение суток 7—8 часов, из них по крайней мере 5½ — непрерывно.

Для удовлетворения этих настоятельных потребностей кормящей матери следовало перестроить весь режим ее дня в полном соответствии с интересами новорожденного. Таким образом, возник вопрос о замене семиразового кормления доношенных новорожденных шестьюразовым.

Переход с семиразового кормления на шестьюразовое был проведен по инициативе Л. И. Бубличенко и К. Н. Цуцуйковской сначала во втором акушерском отделении, где из-за заболеваний родильниц находились доношенные новорожденные от 7 дней и старше. Новый распорядок предусматривал кормление новорожденных через 3½ часа. Первое кормление проводилось в 6 часов утра и последнее — шестое — в 23 часа 30 минут. Были строго учтены все элементы по уходу и обслуживанию родильниц и в начальном варианте был принят следующий распорядок дня в отделении.

Подъем родильниц производился в 5 часов 45 минут. На необходимый, подготовительный к первому кормлению туалет (мытьё рук) отводилось 15 минут. Организация подготовительных мероприятий к первому туалету и кормлению производилась, конечно, заранее.

С 6.00 до 6.30 проводилось первое кормление.

С 6.30 до 7.30 производился туалет больных, измерялась температура, выполнялись лечебные процедуры, раздавались лекарства и убирались палаты.

С 7.30 до 8.00 — утренний чай.

С 8.00 до 9.30 происходила смена бригад среднего и младшего медицинского персонала. Лечащие врачи знакомились со всем происшедшим в отделении за время их отсутствия. Родильницы готовились ко второму кормлению.

С 9.30 до 10.00 проводилось второе кормление.

С 10.00 до 10.30 — завтрак.

С 10.30 до 13.00 — обход врачей, выполнение диагностических назначений и лечебных процедур, врачебный осмотр и беседы с родильницами, подлежащими выписке.

С 13.00 до 13.30 проводилось третье кормление.

С 13.30 до 14.00 — обед.

С 14.00 до 16.30 в отделении наступает «тихий час» — дневной сон больных. Эти часы — время полной тишины в отделении. В течение этих 2¹/₂ часов родильниц ничем не беспокоят. Разговор обслуживающего персонала происходит только в служебных помещениях (ординаторская, перевязочная, буфет, бельевая) и обязательно вполголоса. Внутренние телефоны выключаются (кроме родового блока). Передачи и письма не поступают. Всякие срочные справки даются непосредственно старшей медицинской сестрой.

С 16.30 до 17.00 проводилось четвертое кормление.

С 17.00 до 18.00 производился туалет больных, измерялась температура, выполнялись лечебные процедуры, раздавались лекарства, убирались палаты.

С 18.00 до 19.00 — ужин.

С 20.00 до 20.30 проводилось пятое кормление.

С 21.00 до 23.00 — часы сна.

С 23.30 до 24.00 — проводилось шестое кормление.

С 24.00 до 5.45 — ночной непрерывный сон.

Итоги проведенных наблюдений за состоянием родильниц и новорожденных показали полную целесообразность введения нового распорядка дня. Жалоб, связанных с лактацией, со стороны родильниц не поступало. Обратное развитие матки после родов протекало нормально, в обычные сроки. Родильницы уже в первые дни после введения нового распорядка стали спокойнее и бодрее.

Физиологическое падение веса новорожденных восстанавливалось по обычной кривой. Сокращение одного кормления ни в коей мере не сказалось отрицательно на состоянии и поведении новорожденных.

Кроме того, персонал получил возможность еще лучше наблюдать за детьми и более тщательно проводить подготовку их к кормлению.

В связи с требованиями нового распорядка дня и перестройкой всей работы отделения удалось значительно повысить производственную дисциплину персонала, сконцентрировав его внимание на лучшем обслуживании родильниц и новорожденных.

Положительные результаты от введения нового распорядка дня (сокращение одного кормления и удлинение естественного сна у родильниц), полученные во втором акушерском отделении, послужили достаточно веским основанием к переводу и физиологического послеродового отделения на подобный режим.

При перестройке работы в физиологическом послеродовом отделении были предварительно учтены все моменты, которые могли бы способствовать улучшению ухода и обслуживания родильниц и новорожденных. В режиме дня была предельно предусмотрена преемственность работы как с отдельными звеньями внутри самого отделения, так и с другими отделениями (родовое отделение, рентген, выписная, справочное бюро). Особое внимание было уделено организации санитарно-гигиенических мероприятий и налаживанию регламентированного досуга родильниц.

Распорядок дня в физиологическом послеродовом отделении

1. Подъем родильниц	5.45
2. Приготовление к кормлению детей	5.45— 6.00
3. Первое кормление детей	6.00— 6.40
4. Сцеживание грудного молока	6.40— 6.50
5. Утренний туалет родильниц, измерение температуры, раздача лекарств, уборка и проветривание палат	6.50— 8.00
6. Чай, проветривание палат	8.00— 9.00
7. Подготовка ко второму кормлению детей	9.00— 9.30
8. Второе кормление детей	9.30—10.10
9. Сцеживание грудного молока	10.10—10.20
10. Завтрак и чай	10.20—10.40
11. Обход палат и осмотр родильниц врачами	10.40—13.00
12. Подготовка к третьему кормлению	12.45—13.00
13. Третье кормление детей	13.00—13.40
14. а) Сцеживание грудного молока	} 13.40—13.50
б) Раздача лекарств	
15. Обед и чай, проветривание палат	13.50—14.30
16. Сон	14.30—16.30
17. Четвертое кормление детей	16.30—17.10
18. Сцеживание грудного молока	17.10—17.20
19. Вечерний туалет родильниц, измерение температуры, раздача лекарств и выполнение процедур	17.20—19.00
20. Ужин	19.00—19.45
21. Приготовление к кормлению	19.45—20.00
22. Пятое кормление детей	20.00—20.40
23. Сцеживание грудного молока; проветривание палат	20.40—20.50
24. Сон	21.00—23.00
25. Подготовка к кормлению детей	23.00—23.10
26. Шестое кормление детей	23.10—23.50
27. Сцеживание грудного молока; индивидуальный чай; проветривание палат	23.50—24.00
28. Ночной сон	24.00— 5.45

Перевод родильниц из родового отделения в физиологическое послеродовое отделение осуществляется через 2 часа после родов.

Отправка выписываемых родильниц: с 12 до 14 часов и с 16 часов 30 минут до 18 часов.

Вручение передач: с 8 до 9 часов, с 10 часов 10 минут до 13 часов и с 17 часов 20 минут до 19 часов 45 минут.

Радиопередачи: с 16 часов 30 минут до 21 часа.

Проветривание отделения: с 8 часов 30 минут до 9 часов 30 минут, с 12 до 13 часов; с 14 часов 30 минут до 16 часов 30 минут в палатах и коридорах форточки открыты, двери закрыты; с 21 до 23 часов — проветривание коридоров.

Проведенные в течение нескольких месяцев наблюдения полностью подтвердили рациональность нового распорядка дня — шестиразовое кормление новорожденных с соответственным удлинением часов сна родильниц — и для физиологического послеродового отделения.

Затем был выработан новый распорядок дня в отделении для родильниц после преждевременных родов. Было решено перевести недоношенных детей с восьмиразового на семиразовое кормление с введением следующего распорядка дня в отделении.

Распорядок дня в отделении для недоношенных детей

1. Подъем родильниц и подготовка к кормлению детей	5.45— 6.00
2. Первое кормление детей	6.00— 6.30
3. Туалет родильниц, измерение температуры, раздача лекарств; уборка и проветривание палат	7.00— 8.00
4. Чай	8.00— 8.30
5. Второе кормление детей	9.00— 9.30
6. Завтрак и чай	10.00—10.30
7. Обход палат и осмотр родильниц врачами; выполнение лечебных процедур, раздача лекарств, осмотр в перевязочной	10.30—12.00
8. Третье кормление детей	12.00—12.30
9. Уборка и проветривание палат	12.30—14.00
10. Обед и чай	14.00—14.30
11. Четвертое кормление детей	15.00—15.30
12. Сон	16.00—17.30
13. Пятое кормление детей	18.00—18.30
14. Ужин и чай (до ужина раздача лекарств)	18.30—19.00
15. Вечерний туалет больных; измерение температуры; выполнение лечебных процедур, раздача лекарств; уборка и проветривание палат	19.00—21.00
16. Шестое кормление детей	21.00—21.30
17. Сон	22.00—23.30
18. Седьмое кормление детей	24.00—24.30
19. Ночной сон	00.45— 5.45

Таким образом, кормление недоношенных новорожденных проводится через каждые 3 часа: первое кормление происходит в 6 часов и последнее, седьмое, — в 24 часа.

Подъем родильниц, имеющих недоношенных детей, в 5 часов 45 минут и отход ко сну после седьмого кормления в 0 часов 45 минут позволили создать им условия для 5 часов непрерывного ночного сна и 8 часов общего сна в сутки.

Результаты от проведения такого режима были также вполне удовлетворительными как для родильниц, так и для их недоно-

шенных детей. Лактация была вполне удовлетворяющая новорожденных. У некоторых недоношенных детей наблюдалось иногда более резкое, чем обычно, падение кривой веса, но восстановление его наступало в обычные для недоношенных детей сроки.

Значительно легче было выработать новый распорядок дня в тех отделениях, куда госпитализируются женщины без детей.

Для беременных, находившихся в отделении физиологии и патологии беременности, новый режим дня предусматривал 9-часовой непрерывный ночной сон и 11-часовой общесуточный сон и был составлен следующим образом.

Распорядок дня в отделении физиологии и патологии беременности

1. Подъем больных, их туалет, измерение температуры	7.00— 7.30
2. Раздача лекарств	7.30— 8.00
3. Чай	8.00— 8.30
4. Обход палат и осмотр больных врачами	9.30—12.00
5. Завтрак и чай	10.30—11.00
6. Выполнение диагностических и лечебных процедур, осмотр больных в перевязочной	12.00—13.00
7. Раздача лекарств	13.00—13.30
8. Обед и чай	14.00—14.30
9. Сон	14.30—16.30
10. Прогулка	16.30—17.00
11. Туалет лежащих больных, уборка и проветривание палат	16.30—17.00
12. Раздача лекарств и измерение температуры	17.00—17.30
13. Ужин и чай	18.30—19.00
14. Часы досуга	19.30—22.00
15. Ночной сон	22.00— 7.00

Почти такой же распорядок дня был введен для больных, находящихся на излечении в отделении оперативной гинекологии.

Распорядок дня в отделении оперативной гинекологии

1. Подъем больных	7.00
2. Туалет больных, измерение температуры, раздача лекарств, выполнение лечебных процедур; уборка и проветривание палат	7.00— 8.30
3. Утренний чай	8.30— 9.00
4. Завтрак	10.00—10.30
5. Обход палат и осмотр больных врачами	10.30—11.30
6. Выполнение лечебных и диагностических процедур; осмотр больных в перевязочной	11.30—14.00
7. Обед и чай	14.00—14.30
8. Подготовка к послеобеденному сну	14.30—15.00
9. Тихий час (часы дневного сна)	15.00—17.00
10. Выполнение врачебных назначений, измерение температуры и туалет больных	17.00—18.00
11. Ужин	19.00—19.30
12. Часы досуга	20.00—21.30
13. Подготовка к ночному сну	21.30—22.00
14. Ночной сон	22.00— 7.00

Своеобразие характера обслуживания больных, находящихся на излечении в отделении неоперативной гинекологии, вызвало необходимость сократить их общесуточный сон на 30 минут.

Распорядок дня в отделении неоперативной гинекологии

1. Подъем больных	6.30
2. Туалет больных, измерение температуры, выполнение лечебных процедур, раздача лекарств	6.30— 8.30
3. Утренняя зарядка и чай	8.30— 9.00
4. Проветривание помещения, уборка палат	9.00—12.00
5. Общий предварительный обход палат врачами	9.30—10.00
6. Завтрак	10.00—10.30
7. Обход палат и осмотр больных врачами. Выполнение лечебных и диагностических процедур и осмотр больных в перевязочной	10.30—14.00
8. Обед	14.00—14.30
9. Подготовка к послеобеденному сну и проветривание палат	14.30—15.00
10. Послеобеденный сон	15.00—17.00
11. Туалет больных, измерение температуры, выполнение лечебных процедур	17.00—19.00
12. Ужин	19.00—19.30
13. Уборка и проветривание палат. Часы досуга больных	19.30—21.30
14. Подготовка к ночному сну	21.30—22.00
15. Ночной сон	22.00— 6.30

Примечание. Больные, которым проводится лечение сном, находятся на совершенно другом режиме.

Успех от введения нового распорядка дня, как и от всяких других мероприятий, направленных к поднятию качества медицинского обслуживания, можно ожидать только в том случае, если они будут выполняться своевременно и точно. Поэтому с беременными и больными при поступлении их в институт проводятся соответствующие разъяснительные беседы. При этом не только больные, но и сопровождающие их родственники и близкие обязательно знакомятся с распорядком дня в отделении и с условиями пребывания больных в институте.

Наши наблюдения показали, что введение лечебно-охранительного режима существенно улучшает работу медицинских учреждений и способствует скорейшему излечению больных.

ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ В СВЕТЕ УЧЕНИЯ И. П. ПАВЛОВА

Учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека коренным образом изменило все существовавшие ранее представления о физиологической сущности психотерапии и формах ее проведения.

Животное воспринимает действительность почти исключительно вследствие непосредственного раздражения специальных клеток зрительных, слуховых и других рецепторов организма. Это и составляет первую, общую для человека и животных, сигнальную систему действительности. «Но слово,— пишет И. П. Павлов,— составило вторую, специально нашу, сигнальную систему действительности, будучи сигналом первых сигналов». ¹ И. П. Павлов всегда рассматривал первую и вторую сигнальные системы в их взаимосвязи и подчеркивал, что «основные законы, установленные в работе первой сигнальной системы, должны также управлять и второй, потому что эта работа все той же нервной ткани». ²

Слово, речь, вторая сигнальная система действительности, в постоянном взаимодействии ее с первой определяет возможность общения людей, передачу их жизненного опыта, высшее мышление.

Теснейшее взаимодействие сигнальных систем обуславливает тот, особенно важный для медицинской практики и, в частности, для психотерапии, факт, что раздражение, падающее на одну из этих систем, может вызвать реакцию не только с той системы, на которую оно воздействовало, но и с другой.

«Динамическое отражение условной связи, возникшей в первой системе,— пишет А. Г. Иванов-Смоленский,— передается с большей или меньшей точностью во вторую систему, где эта связь получает словесное оформление — вербализируется и находит свое выражение в словесном отчете». ³

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, АН СССР, 1951, стр. 336.

² Там же.

³ А. Г. Иванов-Смоленский. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. Медгиз, 1952, стр. 296.

С другой стороны, слово может влиять на первую сигнальную систему, заменяя непосредственный ее раздражитель.

В свете учения И. П. Павлова о сигнальных системах особенно ярко выявилось значение слова для лечебной медицинской практики.

Для наименьшей травматизации корковых клеток и создания наилучших условий восстановления их функции необходимо оградить больного не только от всех вредных воздействий, идущих через первую сигнальную систему, но и обеспечить покой второй сигнальной системы. Необходимо помнить, что «эмоциональные воздействия могут часто оказывать во много раз большее влияние, чем какой-либо физический фактор, что слово может нанести глубокие изменения во всем организме» (К. М. Быков).¹

Хорошо известно, что одно неудачно сказанное слово может если не буквально убить человека, то во всяком случае надолго нарушить нормальную его жизнедеятельность.

Вместе с тем с помощью слова, путем психотерапии можно вылечить человека от некоторых тяжелых заболеваний или в значительной степени способствовать его скорейшему выздоровлению и уменьшению его страданий.

И. П. Павлов не только создал учение о высшей нервной деятельности здорового человека, но и показал механизмы возникновения ее заболевания. Материалистическое учение о неврозах, созданное И. П. Павловым, значительно расширило наши представления о «круге действия» и значении этих заболеваний нервной системы для общей медицины. Можно смело сказать, что учение И. П. Павлова о неврозах стало основой для понимания путей возникновения и механизма развития не только нервно-психических, но и соматических заболеваний.

Исследования отечественных авторов, в первую очередь А. П. Николаева,² К. И. Платонова³ и их сотрудников, показали, что некоторые заболевания половой сферы женщин также непосредственно обусловлены нарушениями их высшей нервной деятельности и развиваются по типу неврозов. В клиническом течении ряда других заболеваний беременных женщин и гинекологических больных нарушения высшей нервной деятельности также имеют существенное значение.

Под влиянием вредных внешних воздействий, чаще всего переутомления и интоксикаций, а также при грубых изменениях во внутренней среде организма, например при нарушениях работы эндокринных желез или при повреждениях вегетативного аппа-

¹ К. М. Быков. Научная сессия, посвященная проблемам физиологического учения академика И. П. Павлова. Стенографический отчет, АН СССР, 1950, стр. 40.

² А. П. Николаев. Теория и практика гипноза в физиологическом освещении. Киев, 1927, 64 стр.

³ К. И. Платонов и М. В. Шестопап. Внушение и гипноз в акушерстве и гинекологии. Гос. изд. Украины, 1925, стр. 77.

рата, в коре головного мозга особенно легко могут возникнуть очаги застойного возбуждения или торможения, связанные с прочно зафиксировавшимися патологическими эмоциями и отрицательными аффектами. «Эти явления патологической застойности,— пишет А. Г. Иванов-Смоленский,— распространяясь на вегетативную нервную систему, длительно фиксируют в ней определенное функциональное состояние, соответствующее той или другой отрицательной эмоции, причем эта болезненная застойность, инертность может надолго сохраняться и после того, как устранены вызвавшие ее внешние причины».¹

Лечебно-охранительный режим, удлинненный ночной сон и некоторые фармакологические средства, например бром в сочетании с кофеином, прекрасно помогают только тем больным, у которых имеются нарушения течения основных корковых процессов вследствие переутомления, интоксикаций или уже потерявших свое патогенное значение психогений.

В тех же случаях, когда изменения высшей нервной деятельности явились следствием актуальных, не изжитых психогений и обусловленных ими инертных очагов возбуждения или торможения,— нельзя рассчитывать на благоприятный лечебный эффект, создавая у таких больных только состояние разлитого охранительного торможения. Всем хорошо известны больные, настоятельно нуждающиеся в целебном действии физиологического сна и не могущие заснуть из-за назойливых и тяжелых мыслей, тревожных воспоминаний и представлений, из-за навязчивых страхов, опасений и т. д. Такие больные часто тяготеют обстановкой полного внешнего покоя, а лечебный сон не удается вызвать у них даже дачей даже массивных доз снотворных. Состояние этих больных объясняется наличием у них вредных доминантных установок, которые могут быть изменены и угашены только путем специально проводимой психотерапии.

Здесь мы опять сталкиваемся с ведущим значением второй сигнальной системы и физиологической ролью слова, ибо, как правильно подчеркивает А. Г. Иванов-Смоленский, психотерапия в значительной мере является «речевой» терапией, непосредственно адресованной ко второй сигнальной системе, но через нее воздействующей на первую систему, на подкорковую деятельность, на внутреннюю среду большого организма.

Задачей психотерапии является перестройка отношения больного человека ко всем тем воздействиям, которые нарушили нормальное течение его корковых процессов. Такая перестройка теснейшим образом соприкасается, сливается с проблемой воспитания правильного отношения человека к окружающей его среде.

Естественно поэтому, что проведение психотерапии невозможно без правильной оценки условий жизни больного, без четкого представления об окружающей его действительности.

¹ А. Г. Иванов-Смоленский. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. Медгиз, 1952, стр. 296.

Учтя все те обстоятельства, которые обусловили развитие психогении, следует попытаться устранить вредно действующую причину. Если это окажется невозможным, если устранить патогенную ситуацию нельзя, то необходимо изменить отношение больной к этой ситуации.

Следует указать, что именно в области акушерства и гинекологии обоснованная с павловских позиций психотерапия получила уже давно наибольшее по сравнению с другими дисциплинами распространение. Этим мы, в основном, обязаны К. И. Платонову и А. П. Николаеву.

Все психотерапевтические методики должны преследовать одну задачу — изменить отношение больной к травмирующим ее раздражителям внешней среды. Разъяснение, убеждение, перевоспитание должны составлять основу всех методов психотерапии, включая и гипнотерапию. Последняя не должна носить императивный характер, она должна базироваться не на реализации приказов врача, а на адекватном понимании, усвоении его разъяснений и советов. Впервые в литературе такую, теперь ставшую для нас единственно возможной, форму гипнотерапии предложил около 30 лет тому назад А. П. Николаев.¹

При выборе методик психотерапии ведущее значение имеют типологические особенности высшей нервной деятельности больной. При этом необходимо учитывать не только силу и слабость, уравновешенность и неуравновешенность, подвижность и инертность основных корковых процессов, но и, главное, соотношение сигнальных систем. Так, например, нет никакой необходимости стремиться вызвать состояние гипнотического сна у больных с хорошо развитой второй сигнальной системой действительности и достаточной силой основных корковых процессов. Такие больные быстро поймут из рационально построенных бесед врача причины, обусловившие возникновение психогении, и легко справятся с патологическими застойными очагами.

В то же время у лиц с ослабленными процессами возбуждения и выраженной инертностью при преобладании первой сигнальной системы наилучший эффект даст разъяснительная беседа в состоянии легко у таких больных вызываемого гипнотического сна.

Для того, чтобы эти общие положения сделать наиболее убедительными, мы постараемся в дальнейшем изложении продемонстрировать их на конкретных клинических примерах акушерской практики и гинекологических заболеваний.

В свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека стало возможным понять пути формирования невротических состояний. Это позволяет выяснить как патогенетическую структуру невроза, так и те особенности динамики корковых процессов, которые поддерживают его существование.

¹ А. П. Николаев. Теория и практика гипноза в физиологическом освещении. Киев, 1927, стр. 64.

Не только отсутствие тех или иных объективных изменений, соответствующих предъявляемым большой жалобам, должно определять постановку диагноза невроза.

Правильная диагностика невроза возможна только на основании четких данных о наличии причин для его возникновения и условий для его дальнейшего развития.

Следует считать совершенно неправильной такую диагностику невроза, которая базируется только на том, что при обследовании больной не обнаружено каких-либо проявлений органического поражения внутренних органов или нервной системы. Такая «негативная диагностика» невроза должна быть заменена позитивной — установлением наличия такой ситуации, которая должна была обусловить формирование и закрепление невроза.

Всегда могут возникнуть причины, способствующие возникновению невроза — различные патогенные раздражения из внешней и внутренней среды организма, суммируясь и наслаиваясь друг на друга, могут по своей величине и интенсивности стать непосильными для данной нервной системы. При этом быстрота возникновения, характер и глубина «срыва» высшей нервной деятельности будут зависеть от типологических особенностей нервной системы и от различной мощности этих эндогенных и экзогенных раздражителей.

Анализ структуры невроза позволит выявить те вредности, которые способствовали его возникновению. Задача врача — устранить эти вредности и создать условия, наиболее благоприятные для восстановления нарушенных функций нервной системы.

Эта задача в зависимости от патогенетических корней невроза может быть осуществлена с большим или меньшим включением в лечебный процесс воздействий, идущих через вторую сигнальную систему.

Такое положение определяет различный характер лечебных мероприятий, направленных к одной цели — нормализовать течение основных корковых процессов.

Например, прекрасный эффект может быть получен с помощью лечебно-охранительного режима в санаторных условиях или терапии удлиненным ночным сном при невротических состояниях, вызванных переутомлением и хроническими интоксикациями.

Аналогичный положительный результат будет получен от эндокринных (гонадотропных) препаратов при неврозах, связанных с кастрацией или физиологическим снижением функции яичников или тестикул (неврозы в период климактерия).

Применение брома и кофеина окажет положительное воздействие при болезненных состояниях, вызванных теми нарушениями течения внутрикорковых процессов и корково-подкорковых соотношений, в основе которых не лежит психогения, например у некоторых беременных с так называемыми «ранними токсикозами».

Наконец, устранение болевых импульсов, идущих с перифе-

рия, например при наличии у женщины тяжелого воспалительного процесса половых органов, также будет способствовать нормализации нарушенной динамики церебральных процессов.

Во всех этих случаях течение патологического процесса может быть отягощено изменением нормальных соотношений сигнальных систем или наличием добавочных вредных воздействий, идущих через вторую сигнальную систему действительности.

Величина и значимость очага патологического раздражения, возникшего во второй сигнальной системе, и характер вызванных им нарушений во взаимодействии сигнальных систем будут определять степень необходимости в психотерапии и формы ее проведения.

Суметь так объяснить больной целесообразность и необходимость проводимого лечения, чтобы она сама в него поверила — значит существенно повысить эффективность любого терапевтического вмешательства. Если успокоить больную перед операцией и внушить уверенность в благополучном ее исходе, то это часто позволяет уменьшить количество идущих для обезболивания наркотиков.

Все эти положения хорошо известны врачам и постоянно применяются ими на практике. Введение принципов лечебно-охранительного режима в повседневную работу медицинских учреждений еще больше оттенило терапевтическое значение целенаправленных воздействий через вторую сигнальную систему на больных. Поэтому, обсуждая вопросы о значении психотерапии, методиках ее проведения, необходимо в первую очередь подчеркнуть роль тех обычных и постоянных воздействий словом врача на больных, которые составляют основу любых форм контакта между ними.

Первая встреча врача с больными или их родственниками представляет начало психотерапии, совершенно необходимой для успешного лечения. Собираение анамнеза, выяснение обстоятельств, травмирующих больную и создающих основу для ее психогенных реакций, должно быть продолжением этих психотерапевтических воздействий.

Далее, сама форма осмотра больной врачом, равно как и словесная интерпретация получаемых при этом данных, также должны проводиться с учетом принципов психотерапевтического воздействия.

Нельзя резко отграничить ту психотерапию, которая должна составлять основу повседневных бесед лечащего врача со своими подопечными, от специальных ее форм, проведение которых необходимо для изжития психогений или изменения отношения больной к той патогенной ситуации, которую нельзя устранить.

Поэтому в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека нет и не может быть различных видов психотерапии, так же как нет принципиального различия в оценке ее задач и механизме действия. Методики же проведения пси-

хотерапии могут быть различными и должны зависеть в первую очередь от типологических особенностей нервной системы больной, степени ее общей культуры и образования, т. е. от тех интеллектуальных возможностей, которые должны определить контакт и взаимопонимание между больной и врачом.

Для того, чтобы врач мог легко и «доходчиво» разъяснить больной неправильность, необоснованность ее тревог и волнений, он должен сначала узнать условия ее быта и труда, выяснить характер ее переживаний, установить ее интересы, особенности мышления и реакций. Короче говоря, врач должен «перевоплотиться» в положение больной. Тогда многие переживания и поступки больной, которые могут на первый взгляд казаться совершенно неадекватными, будут понятны врачу, а следовательно, станут доступны для психотерапии и будут изжиты.

Чуткий, тактичный и внимательный врач всегда сможет вызвать у больной желание поделиться всеми своими самыми интимными переживаниями — «нашему доктору все рассказать можно, поймет, хорошо мне научит, не высмеет». «Поймет» и «научит» — вот основа психотерапии.

Врач должен сначала сам понять суть переживаний больной, выявить механизм развития и корни психогении.

Однако далеко не всегда больным, даже с помощью психотерапевтических указаний врача, удастся изменить травмирующую их ситуацию. Поэтому часто возникает необходимость в значительно более сложных, в смысле психотерапевтического воздействия, вмешательствах, цель которых — изменить отношение больной к травмирующей ее ситуации.

При этом следует помнить, что нельзя прибегать к обману беременной или больной для изменения их отношения к патогенно действующей ситуации. Врач должен знать, что ни в коем случае нельзя обманывать больных в целях психотерапевтического на них воздействия. Эти указания не относятся, конечно, к необходимости скрыть от умирающей больной, страдающей злокачественным новообразованием или каким-либо другим неизлечимым и быстро развивающимся страданием, диагноз ее заболевания и тяжесть ее состояния.

Во всех остальных случаях задача врача — изменить отношение больной к ее тяжкому, длительно протекающему заболеванию.

Желание врача скрыть от больных действительный прогноз тех страданий, которые без улучшения будут протекать в течение многих лет, неправильно. Такая линия поведения врача лишает больных возможности приспособиться к своему недугу, использовать свою остаточную трудоспособность для участия в общей жизни.

Мы уже указывали выше, что считаем нецелесообразным стремиться применять гипнотерапию к лицам с хорошо уравновешенными сигнальными системами действительности («средний» тип)

или с преобладанием второй сигнальной системы над первой и подкоркой («мыслительный» тип). Проводимые в отношении этих лиц психотерапевтические воздействия мы сводим к форме разъяснительных бесед и к воспитанию новых жизненных навыков. Мы объясняем больным с указанными типологическими особенностями высшей нервной деятельности механизм возникновения их невроза и стремимся путем наглядных примеров и простых, но убедительных доказательств изжить имеющиеся у них вредные условнорефлекторные связи, заменив их новыми, социально-правильными и полезными. Такого рода беседы-занятия с беременными и больными приближаются, смыкаются с хорошо поставленным педагогическим процессом, в результате которого также формируются новые, социально-правильные жизненные установки и полезные навыки. Психотерапия в этом понимании сводится не только к изжитию того или иного болезненного симптома, а к более или менее глубокому перевоспитанию данной личности, к созданию тех новых мощных и полезных корковых доминантных установок, которые определяют положительную целеустремленность всех дальнейших реакций больной.

Все изложенное заставляет нас и гипнотерапию применять не только для выключения того или иного очага патологической застойности, а как ценную методику, которая может существенно облегчить проведение с некоторыми больными психотерапии в приведенном выше ее понимании.

Мы уже подчеркивали, что гипнотерапию особенно целесообразно, даже необходимо, применять в первую очередь при лечении больных с ослабленной нервной системой, легко внушаемых, а также у лиц с преобладанием первой сигнальной системы действительности и подкорки над второй сигнальной системой, т. е. у людей «художественного» типа.

В то время как определение типологических особенностей нервной системы человека представляет вообще чрезвычайно сложную, иногда почти непреодолимую задачу,— выявление повышенной внушаемости часто не вызывает существенных трудностей.

Вместе с тем возможность быстро определить наличие у больных повышенной внушаемости имеет существенное практическое значение. Когда врач знает, что находящаяся под его наблюдением больная легко внушаема, то правильнее оценивает причины возникновения у нее того или иного симптома психогенного происхождения. Кроме того, повышенная внушаемость сочетается обычно с легкой гипнотизируемостью.

Значение гипнотерапии, особенно в амбулаторной практике, как мощного фактора в системе психотерапии давно и хорошо известно. Тех или иных степеней парциального сна, необходимых для проведения психотерапии, можно в течение более или менее длительного срока достигнуть у огромного большинства больных.

Однако очень часто приходится для этого вести столь длительную подготовку больного, включающую разъяснение физиологических основ сна и гипноза, что сводятся на нет основные преимущества гипнотерапии — быстрота эффекта при минимальной затрате времени как у врача, так и у больных. Кроме того, недоучет степени гипнотизируемости больной может привести к неудачной попытке быстро вызвать у нее состояние гипнотического сна. Такая неудача не только нарушит намеченный план лечения, но и сможет вызвать обострение заболевания.

Поэтому, прежде чем начинать гипнотерапию, следует выяснить степень внушаемости больных.

Для этой цели предложено несколько способов. Так, например, А. П. Николаев еще в 1927 г. описал широкодоступный прием определения внушаемости у беременных женщин. Автор успешно применял этот способ определения внушаемости при проведении гипно-суггестивного метода обезболивания родов.

Прием этот очень прост и состоит, по описанию А. П. Николаева, в следующем: «Испытуемая женщина становится с плотно сдвинутыми ногами и опущенными вдоль туловища руками рядом с кушеткой, слева от нее и спиной к ее изголовью. За спиной испытуемой и несколько слева от нее становится врач и предлагает ей закрыть глаза и глубоко спокойно дышать. Затем врач кладет свою правую руку (обязательно теплую!) на затылок испытуемой, как бы охватывая нижнюю часть затылка и верхнюю часть шеи. Выждав 2—3 минуты в полном молчании, врач говорит вполголоса: «Теперь я буду отводить свою руку назад, и вас неудержимо будет тянуть вслед за моей рукой назад». С этими словами врач очень медленно отводит руку назад и в то же время пальцами левой руки едва заметно нажимает на лоб испытуемой».

Согласно заключению А. П. Николаева, у большей части испытуемых эта проба дает положительный результат: «Женщина медленно начинает все более закидывать голову назад, а затем и все тело ее, слегка покачиваясь, клонится назад».¹

В это время часть женщин, по А. П. Николаеву — около 25% из числа лиц с положительным результатом описанной выше пробы, — можно легко ввести в состояние гипнотического сна, сказав им громко и повелительно: «Спите!»

Б. Н. Бирман² описал свою методику определения гипновнушаемости.

Способ, которым пользуемся мы,³ отнимает всего несколько секунд, не требует предварительной подготовки больных и каких-

¹ А. П. Николаев. а) Теория и практика гипноза в физиологическом освещении. Киев, 1927, стр. 64; б) Очерки теории и практики обезболивания родов. Медгиз, 1953, стр. 174.

² Б. Н. Бирман. Гипновнушаемость при неврозах и ее физиологическое значение. Архив биологических наук, т. XXXVI, сер. Б, в. 1.

³ С. Н. Астахов. Об одном симптоме исследования внушаемости. Стенографический отчет конференции по неврозам. Л., 1936.

либо приспособлений, а потому мы, совершенно не претендуя на особую оригинальность данного метода, считаем необходимым привести его описание.

При обычном исследовании состояния черепномозговой иннервации мы, проверив реакцию зрачков на свет и установку вблизи, говорим больной, сидящей с закрытыми глазами: «Не удивляйтесь, сейчас я надавлю вот здесь, и вам будет трудно открыть глаза». При этом врач, положив кисти обеих рук на лоб больной, слегка и безболезненно надавливает большими пальцами области *foramina supraorbitalia*. На предложение после этого открыть глаза часть больных либо совсем не может поднять верхних век, либо делает это с видимым усилием, используя *musculus frontalis*. Это и служит показателем их повышенной внушаемости и легкой гипнотизируемости.

Если указанный симптом, названный нами симптомом «сомкнутых век», бывает резко выражен, то можно продолжать внушение, будучи уверенным в его реализации. Тогда говорят больной: «Теперь я нажму точку рядом, и вам еще труднее будет открыть глаза», и, наконец, повторно: «Я нажму вновь те же точки, и вы совсем не сможете открыть глаз». Далее следует обычная методика гипнотерапии.

Желая уяснить механизмы, определяющие возникновение симптома «сомкнутых век», мы стали изучать литературные данные о тех нарушениях, при которых бывает затруднено открытие глаз. Мы не останавливались на тех случаях птоза верхних век из-за поражения п. *oculomotorii*, которые наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга. В плане же интересовавших нас функционально-динамических нарушений поднятия век следует уделить особое внимание исследованиям А. В. Гервера (1915—1926).¹

При исследовании больных после контузий головного мозга А. В. Гервер обнаружил, что некоторые из них очень медленно открывают глаза, с трудом поднимая верхние веки. Чем дольше больной держал до этого глаза закрытыми, тем с большим трудом он их раскрывает. При этом в поднятии век участвуют и мышцы лба, поднимающие брови. Если больной несколько раз быстро открывает и закрывает глаза, то указанных выше затруднений при поднятии век не наблюдается. Стоит больному, однако, на несколько секунд закрыть глаза, как вновь появляется затруднение при их открывании.

Впервые описав эти наблюдения в 1915 г., Гервер и его ученики в последующих работах сообщили о том, что этот симптом «верхних век» отмечается очень часто не только при травматическом неврозе, но и «у больных, у которых наблюдается ослабление интеллектуальной работоспособности, рассеянность внимания

¹ А. В. Гервер. а) Травматические заболевания нервно-психической сферы воинов. Русский врач, № 40—41, 1915; б) Симптом верхних век, Совр. психоневрология, № 4, 1926.

и ослабление воли,— т. е. понижение центробежных функций» (Гервер). Отсутствие каких-либо указаний на поражение п. oculomotorii дало основание А. В. Герверу и его ученикам считать, что «симптом верхних век зависит от нарушения деятельности центров мозговой коры и подкорковых узлов».

Далее автор симптома подчеркивает, что наличие и выраженность симптома изменялись в связи с общим состоянием больного: при общей адинамии они выявлялись резко, исчезая с улучшением состояния больного.

А. В. Гервер отмечает, что после удачных сеансов гипнотерапии «симптом верхних век уменьшался или даже исчезал; после неудачных сеансов симптом верхних век оставался без изменения».

А. Г. Иванов-Смоленский¹ также наблюдал симптом «верхних век» у ряда больных, перенесших воздушную контузию головного мозга.

При исследовании многочисленных больных-невротиков мы тоже обратили внимание на часто наблюдающийся у них симптом «верхних век» и легкую гипнотизируемость тех из них, у которых этот симптом резко выражен.

Наши наблюдения показали наличие как симптома «верхних век» А. В. Гервера, так и положительного симптома внушаемости, описанного нами, у тех больных неврозами, которых удавалось очень легко погрузить в состояние глубокого гипнотического сна. Как известно, симптом «верхних век» А. В. Гервера может быть не всегда так резко выражен, как это было показано выше при его описании; у некоторых больных он проявляется лишь тем, что в поднятии верхних век принимает участие и musculus frontalis, хотя само открытие глаз происходит быстро и, казалось бы, без заметного усилия со стороны больного.

Последовательность перехода симптома «верхних век» соразмерно с состоянием больных от выраженных степеней до его абортивных форм и даже сочетание последних с положительным симптомом внушаемости, описанным нами, дает основание предполагать, что в основе возникновения обоих симптомов лежат одни и те же физиологические механизмы (то более, то менее выраженные) ослабления динамики основных корковых процессов. Такое предположение находит сначала обоснование в том угнетении кортикальных функций, которое наблюдается у больных с резко выраженным симптомом «верхних век» А. В. Гервера и далее подтверждается легкостью развития разлитого коркового торможения у практически здоровых лиц с положительным симптомом внушаемости. Необходимо отметить тот факт, что и симптом «верхних век» А. В. Гервера и наш симптом внушаемости не стабильны, а изменчивы и постоянно отражают дина-

¹ А. Г. Иванов-Смоленский. Галлюцинации при травматическом психоневрозе. Вопросы изучения и воспитания личности. ГИЗ, Петроград, 1920.

мику основных корковых процессов. Прав К. И. Платонов, говоря о внушении, что «связь его с колеблющимся тонусом коры определяет и колебание, непостоянство внушаемости, способности поддаваться внушению. Внушаемость, таким образом,— продолжает К. И. Платонов,— как в бодрственном состоянии, так и в гипнозе, не безусловна и стабильна, а динамична и условна, как и все процессы высшей нервной деятельности.¹

Таким образом, оба симптома («верхних век» А. В. Гервера и симптом «сомкнутых век») характеризуют состояния слабости нервной системы с более или менее выраженной тенденцией к развитию коркового торможения. При этом с помощью нашего симптома внушаемости удастся выявить даже то физиологическое состояние корковых процессов, которое свойственно слабому типу нервной системы.

Почему же тормозное состояние коры головного мозга вызывает так отчетливо угнетение только *musculus levator palpebrae superioris*, в то время как другая мышца — *musculus frontalis*, также способствующая поднятию век, не только не страдает, но даже как бы викарно компенсирует нарушенную функцию? Объяснение этому факту дается в работах сотрудников А. В. Гервера, указывающих на различие в онто- и филогенезе глазных мышц — парietальных и мышц мимических, в том числе *musculus frontalis*, являющихся висцеральными. Из всех мышц различного эмбрионального происхождения *musculus levator palpebrae superioris* является филогенетически наиболее молодым образованием, которое еще не имеет своих вполне оформленных центров в коре и подкорке и подчиняется влиянию значительно более обширных отделов головного мозга. Этим обстоятельством и следует объяснить неустойчивость и ослабление функции этой мышцы как при патологических состояниях головного мозга, сопровождающихся разлитым корковым торможением, так и при физиологических, характерных для слабого типа нервной системы.

Незначительная слабость *musculi levator palpebrae superioris*, имеющаяся у практически здоровых людей с ослабленным тонусом коры головного мозга, в обычных условиях внешне ничем не проявляется. Она может выявиться лишь под влиянием соответствующих словесных раздражений, которые и используются при испытании на внушаемость по описанному нами способу. Влияние такого словесного воздействия будет тем более действенным, чем меньшему критическому анализу со стороны обследуемой будет подвергаться слова врача. Поэтому лица с легко (в силу типологических особенностей их нервной системы) развивающимися тормозными состояниями, но с хорошо развитой второй сигнальной системой обнаружат отрицательный симптом внушаемости. «Что за нелепость, почему я не могу поднять веки, ведь

¹ К. И. Платонов. Словесное внушение и его физиологическое обоснование в применении к родообезболиванию. В книге: «Вопросы психотерапии в акушерстве», Харьков, 1940, стр. 26.

нет таких точек, нажатие на которые могло бы этому воспрепятствовать», подумает обследуемая и спокойно откроет глаза.

Эти соображения вынудили нас иногда следующим образом изменять методику выявления симптома «сомкнутых век»: непосредственно перед надавливанием области *foramina supraorbitalia* мы придавливали в локтевой ямке *p. ulnaris*, предупреждая исследуемых о том, что у них должно сейчас возникнуть чувство «проходящего в мизинец тока». Техника вызывания ульнарного феномена, открытого в 1925—1926 гг. В. М. Бехтеревым,¹ чрезвычайно проста, и ею может овладеть каждый врач. В то же время получаемый при таком раздражении *p. ulnaris* безусловный двигательный и чувствительный рефлекс всегда бывает резко выражен, что подтверждает правильность предупреждения, сделанного врачом. Таким образом, у обследуемого создается четкое представление о том, что «есть такие точки, нажав на которые, врач может вызвать новые, дотоле неизвестные ощущения».

Наши наблюдения показали, что благодаря такой «подготовке» удается выявить положительный симптом внушаемости («сомкнутых век»), характеризующий тормозное состояние коры не только у лиц со слабым типом нервной системы и превалированием первой сигнальной системы действительности, но и у представителей «среднего» и «мыслительного» типа.

Возможность определять степень внушаемости позволяет легко выявлять тех легко внушаемых беременных и больных, у которых гипнотический сон наступает безотказно, без специальной подготовки, в течение первого собеседования с врачом.

Следует, однако, помнить, что при вызывании гипнотического сна необходимо и у очень внушаемых людей избегать всех тех резких раздражителей, в первую очередь второй сигнальной системы, которые могут препятствовать возникновению и дальнейшему распространению коркового торможения.

Если мы сейчас проанализируем все те указания, которые давались в старых руководствах по гипнотерапии (И. Р. Тарханов, Л. Левенфельд и др.), о способах вызывания гипнотического сна и обстоятельствах, препятствующих его возникновению, то увидим, как чисто эмпирически давались те советы, которые сейчас находят убедительное обоснование в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека.

Благодаря И. П. Павлову мы знаем, что «гипноз — это есть, конечно, тот же сон. По сущности своей он от сна не отличается, а отличается только по частным особенностям, тем, например, что это есть очень медленно наступающий сон, т. е. сон, который ограничивается сперва очень маленьким, узким районом, а потом, все расширяясь и расширяясь, доходит до того, наконец, что с больших полушарий доходит до подкорки, оставляя нетро-

¹ В. М. Бехтерев. О двигательном и чувствительном феномене локтевого нерва. *Обозр. психиатрии, неврологии и рефлексологии*, № 3, 1926.

нутыми лишь центры дыхания, сердцебиения и т. д., хотя и их в известной мере ослабляет». ¹ После того как И. П. Павлов доказал, что гипноз — это частичный сон, определились все те моменты, которые могут препятствовать или, наоборот, способствовать его возникновению. Сильный очаг возбуждения будет препятствовать возникновению физиологического сна. В аналогичной ситуации не распространится торможение и при гипнозе. Как часто врач после неудачной попытки усыпить больную сталкивается с ее извинениями: «А я, доктор, так хотела, так старалась заснуть — и вот, видите, не смогла». Желание заснуть и в то же время боязнь того, что она не заснет, явились теми раздражителями, которые, воспрепятствовав распространению коркового торможения, помешали гипнотерапии. Переполненный мочевой пузырь; не сменная наволочка на подушке, которую должна положить под голову больная; отвлекающие голоса других больных, ожидающих приема; боязнь опоздать на службу или в детский сад за ребенком — «засну и вдруг долго просплю»; указание соседки по квартире, что «гипноз вреден — своей воли лишишься»; «профессор сказал, только гипнозом можно вас вылечить, а вдруг я не засну, тогда навек больной останусь», — бесконечно много можно привести примеров подобных мыслей-раздражителей, мешающих распространению торможения. Аналогичные причины, как известно, препятствуют возникновению и физиологического сна: «всю ночь не могла уснуть, чего только не передумала». Заявляя врачу о бессоннице, больная редко понимает, что всю ночь думала не потому, что заснуть не могла, а не могла заснуть потому, что напряженно, навязчиво, о чем-то важном, волнующем думала.

Хорошо известна возможность приучить себя своевременно засыпать, т. е. выработать условнорефлекторный сон. Возникновению такого сна будет способствовать ряд привычных обстоятельств, резкое изменение которых может у некоторых лиц обусловить бессонницу: «не могла заснуть на новом месте». Одна наша больная страдала тяжелой бессонницей от единственной навязчивой мысли: «вдруг опять не засну, — как тогда, совершенно разбитая, я пойду на работу»; примечательно, что перед выходным днем эта больная всегда прекрасно спала.

В развитии гипнотического сна условнорефлекторный компонент также имеет большое значение. И. П. Павлов подчеркивал, что «может гипнотизировать и гипнотизирует все, что в прошлом совпадало несколько раз с сонным состоянием». ²

Многие люди привыкли засыпать то лежа в постели за чтением малоинтересной книги, то монотонно считая до тысячи, то фиксируя взором какой-либо блестящий предмет. Таким образом,

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. Т. 3, кн. 2, АН СССР, 1952, стр. 413—414.

² И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. Т. 4, АН СССР, 1951, стр. 426.

для скорейшего развития сна привлекаются те же способы, которые применяются и при гипнотизировании.

«Гипнотизировать—это значит приучать засыпать» (К. И. Платонов),¹ оберегая человека от всех грубых раздражителей первой и второй сигнальной системы и создавая условия, способствующие распространению торможения.

В этом плане особое значение приобретает умение врача исключить все раздражающее, волнующее больную. Необходимо завоевать полное доверие и уважение больной, создать у нее спокойное, «умиротворенное» настроение.

Незначительная ошибка в поведении врача, одно неудачно сказанное им или неправильно понятое больной слово могут помешать развитию гипнотического сна: «Как я могла заснуть—врач обо мне и не думал, писал что-то, пил чай, курил». «Сегодня не могла заснуть,—заявляет другая больная,—боялась вас задержать, волновалась, чтобы вы не опоздали на поезд, я ведь слышала, как вы сказали медицинской сестре: сразу после приема поеду на вокзал».

Давно известны многочисленные способы вызывания гипнотического сна — фиксация глазами блестящих предметов, тепловые и тактильные раздражения кожи тела, монотонные звуковые раздражители, словесное внушение сна и т. п. Однако физиологический механизм их действия, как теперь стало понятно в свете учения И. П. Павлова, един: создание (путем изолированного длительного однотипного и «монотонного» раздражения определенного участка коры больших полушарий) истощения клеток коры головного мозга с последующим развитием очага торможения. Последнее при отсутствии других новых очагов раздражения будет постепенно иррадиировать по всей коре больших полушарий, распространяясь и на нижележащие отделы головного мозга.

Все эти способы вызывания гипнотического сна в то время не рассматривались как непосредственная физиологическая причина его наступления. Возникновение гипнотического сна приписывалось тогда личности «гипнотизера» и его «физико-химическому» влиянию на гипнотизируемого (П. В. Каптерев).²

Только после того, как И. П. Павлов установил физиологические механизмы сна и гипноза, были окончательно опровергнуты идеалистические и метафизические представления о сущности последнего. В изжитии этих ложных представлений имели существенное значение исследования Б. Н. Бирмана,³ А. О. Долина, А. Г. Иванова-Смоленского, Ф. П. Майорова,⁴ А. П. Николаева, К. И. Платонова и их многочисленных учеников.

¹ К. И. Платонов. Гипноз и внушение в практической медицине. Монография. Прилож. к журн. «Врачебное дело», Харьков, 1925.

² П. В. Каптерев. Гипнотизм. 1909.

³ Б. Н. Бирман. Экспериментальный сон. ГИЗ, Л., 1925, стр. 68.

⁴ Ф. П. Майоров. Физиологическая теория сновидений. АН СССР, 1951, стр. 132. Библиография.

Особый в этом плане интерес представляет исследование А. Г. Иванова-Смоленского¹ (1928), впервые доказавшего возможность вызывания гипнотического сна в условиях, исключающих влияние «личности» гипнотизера. Больные укладывались на кушетку в затемненной комнате и быстро засыпали, подвергаясь воздействию тепла от медленно маятникообразно качавшегося вдоль их тела рефлектора, снабженного зеленой, угольного накаливания, лампочкой. Безусловные — зрительные (зеленый свет) и ритмично-тепловые — раздражители, вызывающие сон, сочетались с условными — звуком электрического звонка. Через несколько сочетаний больные засыпали и от одного звонка. Во время этих исследований врач был совершенно изолирован от больных, так как находился в соседней комнате и наблюдал за ними только через отверстие в стене. Такой способ вызывания гипнотического сна еще раз убедительно доказал порочность старых представлений о значении в развитии гипнотического сна какой-то «энергии», исходящей от гипнотизера. Кроме того, эти исследования показали, что «любой внешний агент путем сочетания во времени с безусловными стимулами сна может быть сделан условным снотворным сигналом» (А. Г. Иванов-Смоленский).²

Снотворные могут помогать возникновению не только ночью, но и гипнотического сна. Так, И. В. Стрельчук³ «негипнабельным» больным давал за 1 час до гипноза снотворную смесь из 0,1 нембутала и 0,3 бромурала и «затем на фоне сонного торможения, вызванного этими веществами, проводил гипнотизацию». Автор утверждает, что уже во время первого сеанса «удавалось вызывать неглубокие степени гипнотического сна», а после 3—4 таких сочетаний гипнотический сон наступал уже и без снотворных.

К сожалению, такой метод сочетания снотворных с гипнозом далеко не всегда может быть применен в акушерстве из-за возможного вредного действия фармакологических средств на плод.

Поэтому представляет интерес указание того же автора (И. В. Стрельчук) о возможности значительно расширить, варьируя методики вызывания гипнотического сна, круг лиц, которых можно относительно легко усыпить.⁴

И. В. Стрельчук, стремясь выяснить причины «негипнабельности», установил, что и «те больные, которые считались не под-

¹ А. Г. Иванов-Смоленский. Опыт механизации гипнотического воздействия. Врачебное дело, № 3, 1928.

² Там же.

³ И. В. Стрельчук. Охранительное торможение и лечебный сон в психиатрии и невропатологии. Журн. высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова, т. II, в. 4, 1952, стр. 509—517.

⁴ И. В. Стрельчук. Опыт дифференцированного гипнотерапевтического воздействия в свете учения И. П. Павлова о двух сигнальных системах. Журн. высш. нервн. деятельности им. И. П. Павлова, т. III, в. 3, 1953, стр. 353—368.

дающимися гипнотическому воздействию, с успехом подвергались гипнотизации тогда, когда применялся соответствующий адекватный прием гипнотизации, учитывающий характерные для данных больных соотношения между первой и второй сигнальными системами». Автор установил, что гипнотический сон легче вызывался при воздействии на ту из сигнальных систем, которая была более тормозимой. Следовательно, людей с преобладанием первой сигнальной системы действительности (например, больных истерией) легче усыпить путем словесного воздействия на повышено тормозимую у них вторую сигнальную систему. При преобладании же второй сигнальной системы и легко тормозимой первой (например, у больных психастенией и навязчивым неврозом) гипнотический сон скорее возникает под влиянием монотонных звуковых, световых или кожных раздражителей. И. В. Стрельчук считает, что людей с примерно одинаковой тормозимостью обеих сигнальных систем следует усыплять, сочетая словесное внушение со зрительными, кожными или слуховыми раздражителями.

Если приведенные выше, теоретически достаточно обоснованные, соображения И. В. Стрельчука будут подтверждены дальнейшими клиническими наблюдениями, то существенно расширится возможность применения гипнотерапии — этого важного звена в общей цепи психотерапевтических мероприятий.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ УГЛУБЛЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Психотерапия в акушерстве и гинекологии должна применяться в первую очередь при тех заболеваниях половой сферы, которые непосредственно обусловлены нарушениями высшей нервной деятельности. Кроме того, следует учитывать значение психотерапии и при тех нарушениях церебральных функций, которые наблюдаются и при других акушерских и гинекологических заболеваниях, отягощая их течение.

Для того, чтобы максимально приблизить рассмотрение вопроса о показаниях по применению психотерапии к задачам лечебной практики, мы будем строить дальнейшее изложение на разборе конкретных клинических примеров, начиная от заболеваний периода полового созревания женщины и кончая климактерием. Специальный раздел посвящен проблеме психотерапевтического обезболивания в родах.

Значение заболеваний нервной системы в развитии аменорреи

Расстройства менструальных функций при нормально действующем яичнике наблюдаются редко и зависят от стойких поражений слизистой матки или механических препятствий для оттока менструальных выделений. Во всех остальных случаях расстройства менструальных функций указывают на нарушения деятельности яичников. Эти нарушения могут наступать как вследствие первичных поражений яичников или их периферической иннервации, так и при изменениях в передней доле гипофиза или регулирующих ее функции центральных отделах нервной системы. В дальнейшем изложении мы остановимся только на тех аменорреях, возникновение которых связано с расстройством церебральной регуляции функции яичников. При этом необходимо учитывать, что реакция яичников определяется не только характером импульсов, идущих от центральной нервной системы, но и

состоянием ее периферических отделов, иннервирующих данный орган.

Таким образом, при анализе причин возникновения менструальных нарушений необходимо выяснить состояние различных отделов нервной системы (коры головного мозга, диэнцефало-гипофизарной области, вегетативных центров спинного мозга и периферической иннервации).

Нарушения функций желез внутренней секреции также могут определить возникновение аменорреи, хотя наши наблюдения показали, что при клинически не очень резко выраженных эндокринных заболеваниях аменоррея наблюдается относительно редко.

Трудно предположить возможность возникновения такого заболевания одной из желез внутренней секреции, которое не было бы связано с изменениями со стороны нервной системы и не вызвало бы нарушений деятельности других (одной или нескольких) эндокринных желез. Характерно, что аменоррея, по нашим данным, чаще всего наблюдается как раз при полигландулярных заболеваниях. Этот факт указывает также на значение поражения диэнцефалических вегетативных центров в развитии нарушений менструального цикла.

Описаны многочисленные случаи возникновения аменоррей при поражениях дна III желудочка и основания мозга.

Расстройства менструальной функции могут явиться, как показывают следующие наши наблюдения, ранним и долгое время единственным симптомом тяжелых поражений головного мозга.

Наблюдение VII. П-на А. М., 22 лет, поступила 7/V 1948 г. в ЦИАГ по поводу первичной аменорреи. Последние 2—3 месяца стала сильно полнеть. В анамнезе периодами повышенная жажда и иногда головная боль. Объективно при поступлении: общее ожирение, отвислый живот; *striae distensae* на бедрах, животе и груди. Значительное отложение жира при почти полном отсутствии железистой ткани грудных желез. Наружные половые органы развиты удовлетворительно, шейка и тело матки значительно меньше нормы. Придатки не удается пальпировать из-за ожирения брюшной стенки; атрофических изменений нет. Симптомов очагового поражения центральной нервной системы обнаружено не было.

Рентгенограмма черепа: турецкое седло уплощено, увеличено в размере, стенка его нечетко выражена. При исследовании глазного дна и поля зрения объективных отклонений от нормы не установлено. Больная получала инъекции прогинона (300 000 ед.). Через 2 месяца после поступления резкое ухудшение состояния — головная боль, тошнота; в течение трех дней развился отчетливый птоз правого века и анизокория $d > s$. При конвергенции правое глазное яблоко слегка отходит кнаружи. Остальные черепномозговые нервы без объективных отклонений от нормы. Со стороны двигательной, рефлекторной и чувствительной сферы без заметных изменений. Глазное дно: начинающаяся атрофия зрительных нервов при нормальном зрении. Поле зрения на белый цвет не изменено, на красный — небольшое сужение височных половин. В связи с подозрением на внутриседельную опухоль головного мозга больная была направлена для дальнейшего обследования и рентгенотерапии в клинику нервных болезней Института им. В. М. Бехтерева, где был подтвержден указанный диагноз. После курса рентгенотерапии было отмечено значительное улучшение общего состояния больной.

Наблюдение VIII. К-ва П. Н., 24 лет, повторно в 1930, 1933 и 1934 гг. находилась на излечении в эндокринно-вегетативной клинике Института им. В. М. Бехтерева. Болела малярией (?), после чего за 3 года до поступления в клинику прекратились ранее регулярно протекавшие менструации. Через год после этого стала отмечать резкую сонливость, а в дальнейшем развились наступающие внезапно, в любой обстановке (во время работы, еды), приступы сна; когда смеется — слабеет, роняет из рук предметы, падает. Симптомов очагового поражения центральной нервной системы не обнаружено. Рентгенограмма черепа, *visus*, глазное дно, поле зрения — без объективных отклонений от нормы. При энцефалографии обнаружено расширение III желудочка. После рентгенотерапии дизэнцефалических центров — значительное улучшение состояния. Клинический диагноз: нарколепсия после энцефалита.

Приведенные наблюдения показывают, что внезапно возникающая у молодых женщин аменоррея может явиться одним из наиболее ранних симптомов прогрессирующе развивающихся заболеваний головного мозга.

При закрытых травмах черепа (коммоции и контузии) среди других вегетативных расстройств мы также наблюдали нарушения менструального цикла и аменорреи.

Переходим к рассмотрению значения нарушений динамики корковых процессов и корково-подкорковых взаимоотношений в развитии аменоррей.

Давно было обращено внимание на прекращение менструаций при депрессивных состояниях и на восстановление менструального цикла при ремиссиях или выздоровлении больной. Внезапность прекращения и быстрота восстановления менструальных функций указывают на то, что не морфологические изменения в яичниках являются первичным фактором, определяющим развитие этих нарушений. Согласно современным представлениям, в этиологии и патогенезе маниакально-депрессивного психоза имеют существенное значение нарушения корково-подкорковых соотношений, что вполне соответствует и нашим представлениям о механизме нарушения менструальной функции у такого рода больных.

Для решения вопроса о значении церебральных механизмов в возникновении аменоррей мы решили рассмотреть имеющиеся в нашем распоряжении данные о характере менструаций при выраженных функциональных заболеваниях нервной системы у женщин в чадородном возрасте.

Из 58 больных, находившихся под нашим наблюдением в эндокринно-вегетативной клинике (зав.—проф. Я. А. Ратнер) Невро-психиатрического института им. В. М. Бехтерева по поводу выраженных явлений вегетативной неустойчивости, у 47 больных менструальная функция совершенно не была нарушена и только у 11 отмечалась нерегулярность менструальных циклов.

Из 23 больных, госпитализированных по поводу тяжелой истерии, только у 13 менструальная функция была не нарушена, у 7 менструации были нерегулярны и у 3 отсутствовали.

При других функциональных заболеваниях нервной системы (неврастенический и астенический синдромы) мы, как правило, не наблюдали нарушения менструальных функций.

Приведенные данные показывают тесную связь между овариальной недостаточностью и истерией. В то же время другие клинически выраженные функциональные расстройства нервной системы и вегетативные дистонии обычно не сопровождаются нарушениями менструальной функции. Эти наши наблюдения представляют особый интерес в свете положений И. П. Павлова о природе и механизме развития истерии, подтверждая значение нарушений корково-подкорковых соотношений в развитии аменоррей.

Существенное значение для решения вопроса о возможности возникновения психогенных нарушений менструальных функций представляет анализ многочисленных случаев более или менее длительных аменоррей, возникающих в период войны.

Для решения вопроса о механизме возникновения этих «военных» аменоррей мы обследовали без специального подбора 287 беременных, находившихся под наблюдением женской консультации № 15 Василеостровского района.

Данные наших наблюдений представлены в табл. 1, 2, 3 и 4.

Таблица 1
Менструальная функция обследованных беременных в период войны

Количество беременных	В период войны менструации	
	были сохранены	отсутствовали
287	115	172

Таблица 2
Менструации и материально-бытовые условия жизни во время войны

Условия жизни	Нормальные менструации	Аменорреи длительностью				Всего обследовано
		до 1 года	до 2 лет	до 3 лет	свыше 3 лет	
Хорошие	85	4	1	—	1	91
Удовлетворительные . .	9	5	1	1	3	19
Плохие	1	6	2	3	3	15
Жили в Ленинграде в 1941—1943 гг. . . .	20 ¹	42	35	42	23	162
Всего обследовано	115	57	39	46	30	287

¹ Питались удовлетворительно.

Таблица 3

Возраст женщины и длительность аменорреи

Возраст женщины ко времени возникновения аменорреи	Длительность аменорреи				Всего обследовано
	до 1 года	до 2 лет	до 3 лет	свыше 3 лет	
До 20 лет	27	20	23	10	80
20—25 "	17	8	15	8	48
25—30 "	11	9	7	7	34
30—35 "	2	2	1	5	10
Всего обследовано	57	39	46	30	172

Таблица 4

Состояние здоровья ко времени начала аменорреи

Состояние здоровья	Длительность аменорреи				Всего обследовано
	до 1 года	до 2 лет	до 3 лет	свыше 3 лет	
Практически здоровы	19	11	7	2	39
Алиментарное истощение	11	10	12	6	39
Авитаминозы	3	2	—	2	7
Алиментарное истощение и авитаминозы	16	14	25	16	71
Длительные инфекционные заболевания	2	1	1	—	4
Психогении	6	1	1	4	12
Всего обследовано	57	39	46	30	172

Все обследованные беременные в значительной степени переживали трудности военного времени. Не было ни одной, у которой в период войны не было бы тяжелых личных переживаний или значительного эмоционального напряжения. Однако аменоррея возникла только у 172 из 287 обследованных. Из этих 172 женщин, страдавших аменорреей, лишь 39 были в тот период практически здоровы. Из 133 остальных 117 перенесли тогда алиментарное истощение и авитаминозы, 12 связывали аменоррею с крайне тяжелыми эмоциональными переживаниями (трагическая гибель матери, мужа, ребенка), а 4 других — с длительными заболеваниями (малярия). Характерно, что 20 беременных, которые во время обороны Ленинграда вполне удовлетворительно питались, аменорреей не страдали.

Представляет интерес спонтанное восстановление у всех этих женщин нарушенной менструальной функции, связанное в основ-

ном с улучшением питания, и сохранение, несмотря на длительную (до 4 лет) аменоррею, детородной функции.

Для анализа этиологии и патогенеза различных форм аменоррей представляет значительный интерес наличие или отсутствие типичных для климактерия вегетативных нарушений («приливы» крови к голове, чувство обдающего жара, поты).

Только у 1 из 172 женщин, перенесших «военную» аменоррею, наблюдались указанные вегетативные нарушения (табл. 5).

Таблица 5
Частота вегетативных нарушений
в период аменорреи

Количество беременных	Аменоррея	Вегетативные нарушения	
		наблюдались	отсутствовали
287	172	1	171

Ранее произведенные нами исследования¹ показали, что при аменорреях нейрогипофизарного происхождения нет атрофических изменений половых органов и не наблюдается вазомоторных расстройств, характерных для периода климактерия. Это обстоятельство также дает основание считать, что «военные» аменорреи связаны с нарушением церебральной иннервации функции яичников, а не с их первичным поражением.

В то же время все изложенное выше не дает оснований для предположения о чисто кортикальном происхождении «военных» аменоррей. Ведь война была сопряжена для страдавших аменорреями женщин не только с тяжелыми личными переживаниями, но и с рядом трудностей быта, в первую очередь с нарушением питания. Известно, что алиментарное истощение и связанные с ним авитаминозы могут вызывать значительные изменения не только в коре головного мозга, но и в нижележащих образованиях, а также в эндокринных железах. Поэтому мы считаем, что «военные» аменорреи были обусловлены не только нарушением функции коры головного мозга, но и поражением диэнцефало-гипофизарной системы.

Психогенные расстройства менструальной функции

Мы наблюдали женщин, возникновение аменоррей у которых можно было четко увязать только с психогениями. Необходимо, однако, подчеркнуть, что в подавляющем большинстве случаев эти аменорреи возникали у женщин с гипоплазией гениталий, как это показывает следующее наше наблюдение.

¹ С. Н. Астахов. Диэнцефало-гипофизарная система и функция яичников. Медгиз, 1941.

Наблюдение IX. К-он, Р. Ш., 28 лет, поступила в эндокринно-вегетативное отделение Института им. В. М. Бехтерева 10/XI 1936 г. с жалобами на отсутствие менструаций, угнетенное настроение, приливы крови к голове, головную боль.

Аменоррея в течение 5 лет.

Клинический диагноз: аменоррея, истерия в выраженной форме.

Наследственно не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает корь, свинку и брюшной тиф. Менструации — с 16-летнего возраста были регулярны, длились по 3 дня; умеренные, болезненные. Вышла замуж 19 лет. Мужа не любила. Крайне тяжело перенесла первую близость с мужем; хотела от него уйти и осталась только под влиянием уговоров близких и по бытовым соображениям. После замужества менструации стали безболезненны, но становились все более скудными, и в 23-летнем возрасте, после новой тяжелой психотравмы, прекратились совершенно. После прекращения менструаций больная стала сильно полнеть. В периоды, когда должны были бы быть *meneses*, у больной на лице появляются аспе и бывают головокружения. Больная отмечает, что до 26-летнего возраста у нее была крайне скудная растительность подмышками и на лобке, — волосы там стали расти только за последние 2 года, одновременно появились волосы на руках и голенях.

Объективно. Рост 159 см, вес 74 кг; грудные железы хорошо развиты; соски маленькие, плоские. Растительность на лобке негустая. Отложение жира на животе. Телеангиэктазии на лице. Пигментация тыльной стороны пальцев рук и локтей. На верхней губе усики (выросли за последние полгода). Со стороны внутренних органов и центральной нервной системы отклонений от нормы не обнаружено.

Осмотр гинеколога. Наружные половые органы небольшого размера; промежность втянута. Слизистая входа сочная (застойно синюшной окраски). Влагалище небольшой емкости (узкое, коротковатое), складчатость слизистой имеется. Матка в антефлекси, небольшая, ретропонирована и несколько синистропонирована. Правый яичник опущен, левый не удается прощупать. Заключение: несмотря на аменоррею, атрофических изменений в половом аппарате нет; признаки гипоплазии половых органов; склонность к птозу их.

Рентгенография черепа: деструктивных изменений не обнаружено.

Реакция Вассермана в крови отрицательная. При исследовании крови, мочи и кала — патологии не выявлено.

Во время пребывания в отделении у больной были отмечены черты истерического поведения и реакций. Постоянно подчеркивает, что ей очень тяжела и неприятна физическая близость с мужем. Во время лечения в стационаре больная получила рентгенотерапию области турецкого седла, витамин С и инъекции новоооварикрина. Каких-либо изменений в соматическом состоянии больной, кроме исчезновения гиперпигментации, отмечено не было. Субъективное улучшение после гипнотерапии.

Данные катамнеза 30/XI 1937 г. Больная сообщает, что после выхода из больницы она решила разойтись с мужем и поступила на работу. Настроение и общее самочувствие стало значительно лучше. Вскоре полюбила одного человека; появилось *libido*, и сразу же после свидания (не интимного), во время которого получила предложение от любимого человека выйти за него замуж, у нее «от радости» начались незначительные менструации. Муж не давал развода, преследовал больную, и с любимым человеком пришлось расстаться.

В дальнейшем амбулаторно получила несколько внутримышечных инъекций крови беременных женщин. Однако менструации не наступили.

В данном случае у больной в период тяжелых личных переживаний менструации уменьшаются сначала по количеству, а потом, после психотравмы, — прекращаются совсем. Аменоррея не была вызвана ни общими, ни местными заболеваниями больной. Со стороны гениталий не только нет изменений, которые могли бы

объяснить исчезновение менструаций, но даже, и это необходимо подчеркнуть, несмотря на аменоррею 5-летней давности, нет каких-либо атрофических явлений со стороны половых органов. Поэтому мы рассматриваем аменоррею у этой больной как психогенно обусловленную. Такие аменорреи хорошо известны в литературе, и механизм их возникновения может быть убедительно объяснен. Под влиянием импульсов, идущих из коры головного мозга (психогения), изменилась реакция вегетативных центров, что отразилось на деятельности гипофиза в смысле ослабления секреции как гонадотропных, так, возможно, и ряда других гормонов его передней доли (гирсутизм, гиперпигментация супраренального происхождения).

Отсутствие эффекта при применении разнообразных терапевтических мероприятий и в то же время появление libido и наступление менструаций во время ярких, хотя и не сопровождавшихся физической близостью, сексуальных переживаний подтверждает высказанное выше предположение о психогенном происхождении аменорреи у данной больной.

В литературе имеются единичные указания о возможности путем психотерапии восстановить нарушения менструального цикла. Так, А. П. Николаеву¹ удалось путем однократной беседы в состоянии неглубокого гипнотического сна быстро излечить 16-летнюю девушку, страдавшую от обильного затяжного маточного кровотечения без каких-либо анатомических изменений. После того как больной было разъяснено с помощью гипно-суггестии полное отсутствие каких-либо анатомических изменений (которых она очень боялась), кровотечение совершенно прекратилось, больная быстро поправилась и в дальнейшем меноррагиями не страдала.

Автор приводит ряд аналогичных наблюдений, показывающих возможность успешно излечивать путем гипнотического внушения расстройства менструальных функций и, в частности, дисменоррею.

Дисменоррея

Наши наблюдения, а также исследования О. Д. Кручининой, М. А. Турдаковой и Н. М. Андриашевой, проведенные в клинике неоперативной гинекологии ИАГ АМН СССР, показывают, что это тяжелое страдание чаще всего развивается у женщин легко внушаемых, по своим типологическим особенностям приближающихся к меланхоликам. При этом типологические особенности составляют только фон, способствующий созданию застойных очагов в коре головного мозга и фиксации патологических условных рефлексов, связанных то с чувством страха, возникающим у подростка при недостаточной осведомленности о нормаль-

¹ А. П. Николаев. Теория и практика гипноза в физиологическом освещении. Киев, 1927, стр. 50.

ной физиологии женщины, то обусловленных локальными нарушениями трофики.

Гипнотерапия и по нашим данным дает очень хороший эффект в системе комплексного лечения таких больных.

Климактерий

Трудность выделения специфического для климактерия симптомокомплекса и группировки болезненных его проявлений отмечалась неоднократно. Поэтому ряд болезненных проявлений, вызванных нарушением функций стареющего организма, неправильно рассматривается как следствие наступившего климактерия. Следует помнить, что угасание функции яичника при спонтанном климактерии является только первым проявлением старости, а не причиной ее наступления.

В работе, посвященной изучению клиники и терапии климактерического невроза,¹ мы подчеркивали влияние условий быта и труда, а также психогений на течение этого страдания. Наши исследования показали высокую эффективность рентгенотерапии диэнцефальной области для устранения характерных для климактерия вегетативных нарушений («приливы» крови к голове, чувство «обдающего» жара, головная боль, головокружение, потливость, сердцебиения, учащенные позывы на мочеиспускание). Не поддавались указанному лечению только те больные, у которых доминировали психические комплексы, связанные с надвигающейся старостью.

Нами был произведен тщательный анализ как развития и течения заболевания, так и особенностей высшей нервной деятельности тех больных, у которых рентгенотерапия вегетативных центров эффекта не дала. Полученные при этом данные показали, что воздействие лучами Рентгена на диэнцефальную область дает хорошие результаты при лечении только тех больных климактерическим неврозом, у которых ведущим фактором, вызвавшим болезненные проявления, было выпадение функции яичников с последующими изменениями состояния центральной нервной системы, вегетативными сдвигами и нарушением деятельности других эндокринных желез.

Рентгенотерапия диэнцефальной области, нормализуя вегетативные сдвиги, свойственные периоду климактерия, не может, конечно, уничтожить все те переживания, связанные с надвигающейся старостью, которые возникают у этой группы женщин. Поэтому те больные, у которых, наряду с вегетативными нарушениями, характерными для периода выпадения овариальной функции, имеются психогении, нуждаются, помимо рентгенотерапии, еще и в психотерапии.

¹ С. Н. Астахов. Клиника и терапия климактерического невроза. В книге «Рентгенодиагностика и рентгенотерапия нервных и душевных заболеваний», Биомедгиз, 1935.

Следует помнить о том, что в период климактерия значительно резче выявляются все те нарушения, которыми и ранее страдала данная женщина. Резко обостряются в это время и истерические черты личности.

Особенно тяжело переживают период климактерия те женщины, которые, не будучи вовлечены в активную производственную и общественную работу, концентрируют внимание только на своей внешности и личных сексуальных переживаниях. У таких женщин во время климактерия особенно ярко выявляются не только свойственные этому периоду вегетативные нарушения, но и все другие, ранее не дававшие о себе знать, недуги.

Вагинизм. Диспареунии

Наши наблюдения показали, что в развитии и этих страданий ведущее значение имеют психогенные моменты. Однако в отличие от дисменорреи не удается четко связать возможность развития рассматриваемых страданий с типологическими особенностями личности. Ведущее значение имеет острота психотравмы, интенсивность дальнейшего подкрепления патологических условных связей и степень их фиксации. Конечно, при прочих равных условиях, прежде всего и резче всего пострадает женщина с ослабленной нервной системой. Однако и у женщин, приближающихся по своим типологическим особенностям к сангвиникам и флегматикам, могут при крайне тяжелой ситуации прочно фиксироваться очаги патологической инертности и развиваться рассматриваемые нами болезненные состояния.

А. П. Николаев еще в 1927 г. правильно указывал, что в «громном большинстве случаев, если исключить действительно анатомическое, травматическое происхождение вагинизма (ссадины на вульве, патологическое состояние *hymen'a*, воспалительные процессы, необычайная узость вульвы и вагины и пр.), — последний является заболеванием психогенным или, иначе, представляет патологический условный рефлекс..., который слагается обычно так: первый *coitus* сопровождается страхом, прикосновением к половым частям, резкой болью, насилем со стороны мужа, появлением крови. Все это оставляет в возбужденной коре больших полушарий весьма резкие следы, ассоциированные друг с другом и, возможно, со множеством других более мелких раздражителей, случайно сочетающихся с основными. Эмоциональная окраска этих следов часто выявляется не только под видом страха, боязни, но и отвращения к половому акту, к мужу. Прочность ассоциативных связей ведет к тому, что оживление хотя бы одного из следов, оставленных первым *coitus'ом* (воспоминание), вызывает весь комплекс переживания, т. е. уже часто при одном воспоминании, не говоря уже о прикосновении к половым частям, являются мгновенно и страх, и боль, и отвращение; иными словами, оживляется весь бывший резкий след, который,

представляя собою весьма сильное раздражение, действует как таковое, разливаясь сразу на целый ряд отделов коры, что и проявляется в плаче, криках, а главное — в виде резкой двигательной реакции (сопротивление, спазм, судороги). При таком положении дела всякая новая попытка к coitus'у лишь укрепляет, фиксирует создавшийся патологический условный рефлекс».

При лечении подобных заболеваний необходимо, — продолжает А. П. Николаев, — «выявить прежде всего пути возникновения рефлекса, затормозить, сгладить, угасить следы его и, наконец, внушением протерить путь для образования нового рефлекса, хотя и слагающегося частично из тех же компонентов, но в иной, нормальной, комбинации. Кроме того, одновременно достигается понижение, успокоение общей повышенной возбудимости нервной системы».¹

Переходя к диспареуниям, следует подчеркнуть, что до сих пор не внесена ясность в чрезвычайно важный для лечебной практики вопрос о том, какой специальности врач должен лечить женщин, страдающих этим недугом.

Гинеколог направляет женщин, страдающих фригидностью, к невропатологу, невропатолог — к эндокринологу, но больные получают один ответ: объективных изменений со стороны гениталий, симптомов органического поражения центральной нервной системы и нарушений функции эндокринных желез нет.

Редко врачи стремятся разобраться в генезе этого страдания, являющегося типичным неврозом, а вместе с тем это легко сделать. Для этого не нужно быть ни специалистом-психотерапевтом, ни глубоко эрудированным психологом. Надо быть только внимательным врачом и чутким человеком, умеющим понять все переживания больной, учета при этом особенностей высшей нервной деятельности ее и ее мужа, условия окружающей их среды, степень их интеллектуального развития, формы и характер воспитания. Ведь только тогда психотерапия принесет реальную пользу больной, когда врач, поняв весь механизм развития невроза, сумеет разъяснить его и больной.

Всем хорошо известны случаи «самоизлечения» фригидности после бесплодных попыток лечения ее у врачей всех специальностей. Обычно это происходит «как-то случайно», после каких-то событий, нарушающих «сексуальный стереотип» — то после рождения ребенка, то в новом браке. «Сексуальная жизнь была мне всегда почти противна, — заявляют нередко больные, — никак не могла забыть, как в первые минуты близости изменилось лицо и все поведение мужа, которого до этого, когда он был женихом, я привыкла видеть всегда робким, нежным, внимательным». «Он все забыл в эти минуты, как в состоянии опьянения, и ничего не помнил, а я была совершенно трезвая, увидела его совсем дру-

¹ А. П. Николаев. Теория и практика гипноза в физиологическом освещении. Киев, 1927, стр. 50.

гим — коробяще другим, и забыть этого не могла до рождения ребенка. Родилась дочка, и все снялось, все забылось».

Чем иным, как не нарушением патологического стереотипа, разрывом патологических условных связей, изжитием застойного очага, можно объяснить изменение отношения к сексуальной жизни в новом браке. Ведь ясно, что оно не является следствием изменения каких-то грубо физических соотношений, на которые, к сожалению, иногда указывают и врачи, говоря о «физическом несоответствии» как причине диспареунии. Если рассказать женщине физиологическую «законность» в первые месяцы брака ее фригидности, разъяснить ее мужу необходимость разорвать патологический стереотип, то можно многое сделать для изжития тех «корковых тормозов», которые препятствуют возникновению оргазма. Нигде так ярко не вы является значение нарушения нормальных соотношений обеих сигнальных систем, как при сексуальных неврозах. Поэтому советы врача должны быть даны обоим супругам с учетом типологических особенностей их нервной системы, в первую очередь «умственного» или «художественного» типа, и направлены на стимулирование той из сигнальных систем, которая находится в заторможенном состоянии. Мы имеем в виду советы, касающиеся нормализации сексуальной жизни при желании стимулировать первую сигнальную систему, и ту психотерапию, которую необходимо провести для изжития отмеченных выше очагов патологической застойности во второй сигнальной системе при необходимости последнюю активировать.

Мы не будем останавливаться на повседневных и частых приемах того, как различные методики психотерапии дают прекрасный эффект при лечении рассматриваемых нами состояний.

Приведем только два наблюдения для характеристики механизма образования интересующих нас нарушений, и как показатель такой возможной их стойкости, что и психотерапия эффекта не дала — пришлось нарушить весь патологический жизненный стереотип.

Наблюдение X. Больная Т-ва З. А., 45 лет, в течение 1931—1932 гг. находилась под нашим наблюдением в поликлинике Института усовершенствования врачей в г. Томске по поводу внезапно и, казалось бы, беспричинно наступающих припадков истерического характера.

Постепенно уточняя данные анамнеза, удалось выяснить следующее: родилась в Белоруссии в малообеспеченной, но дружной крестьянской семье, развивалась нормально, воспитывалась «в строгости», безвыездно жила в деревне. Училась хорошо, была выдержанным, спокойным, «сознательным» ребенком. Рано начала работать по хозяйству — «никакой работой не гнушалась, все спорилось в моих руках». Мenses с 14 лет, нормальные, безболезненные. В 18-летнем возрасте горячо взаимно полюбила молодого сельского учителя, уроженца Западной Сибири. Свадьбу («бракосочетание») решено было произвести в семье родителей мужа — очень зажиточных крестьян, которые настаивали на том, чтобы сын с невесткой вернулись жить к себе на родину. После долгих колебаний и тревог, напутствуемая настораживающими советами матери («смотри, как бы не обманул, что будешь тогда делать одна на чужбине»), Т-ва рискнула довериться горячо любимому человеку и осенью 1905 г. поехала с ним в «далекую Сибирь». По дороге будущий муж

совершил попытку изнасилования. «Хотела броситься под поезд — проводник удержал, спас». Муж не обратил серьезного внимания на это происшествие, так как «за жену уже считал». На родине брак был оформлен, началась дружная семейная жизнь — «я к нему зла не питала, убедилась, что не обманул». Однако при малейшей попытке к сексуальной жизни «становилась как не своя, всю бить начинаю», вследствие этого половая жизнь бывала очень редко — «всех детей зачала во хмелю, тогда только успокаивалась, не противилась, когда пьянела от вина». В дальнейшем истерические припадки наступали при малейшем намеке на интимность.

Длительное наблюдение за больной показало отсутствие каких-либо истерических черт в ее обычном поведении и реакциях. Больная — спокойный, волевой, уравновешенный человек. Не предъявляет каких-либо других жалоб и не обнаруживает никаких странностей вне отмеченных выше патогенных ситуаций.

Психотерапия не дала эффекта. Совершенно поправилась лишь тогда, когда бросила мужа, уехала в город, где поступила чернорабочей на стройку.

Истероидные реакции нашей больной шли, казалось бы, вразрез с нашими представлениями о тех особенностях высшей нервной деятельности, на основе которых обычно возникает этот невроз.

Перед нами была женщина с сильной нервной системой, хорошо уравновешенными и достаточно подвижными корковыми процессами, т. е. человек с наиболее благоприятными для преодоления жизненных трудностей особенностями высшей нервной деятельности. Да и ничего трагичного в конечном итоге, казалось бы, с ней не произошло. Однако, если мы разберемся в переживаниях сильной, волевой, уравновешенной и высокоцеломудренной девушки, воспитанной в условиях, исключавших какие-либо сексуальные компромиссы, и даже больше — определивших ее полное сексуальное неведение, за исключением прочно внедрившегося в сознание представления о девичьей чести, если к этому добавим резкую смену всего жизненного стереотипа (бросила родную деревню, из которой ни разу не выезжала), то станет понятным, что эпизод в поезде, чуть не кончившийся самоубийством, мог и должен был оставить неизгладимый след. Шли годы, тяжелое «недоразумение» благополучно прошло, но след от него в коре больших полушарий стойко остался, давая срывы высшей нервной деятельности всякий раз, когда вновь складывалась ситуация, воскрешавшая через первую и вторую сигнальную системы былую психотравму.

«Сколько есть, — пишет И. П. Павлов, — разнообразных случаев болезненного нервного состояния людей, когда у них нормальная деятельность поддерживается более или менее только до тех пор, пока их не коснутся компоненты, хотя бы и очень незначительные, даже в виде словесных намеков, тех сильных и сложных раздражителей, которые первоначально обусловили нервное заболевание».¹

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. Т. IV, АН СССР, 1951, стр. 421.

Больная поняла механизм развития своего заболевания, но психотерапия (разъяснение, убеждение) не помогла ей. Выздоровление, и притом полное и стойкое, наступило лишь тогда, когда эта женщина — заботливая жена, любящая мать и хорошая хозяйка — бросила все то, что ей должно было бы быть так дорого, променяла очень обеспеченную жизнь на трудный быт подсобницы на стройке.

В этом поступке выявились в полной мере как типологические особенности нервной системы нашей больной, так и патологическое значение в развитии ее заболевания давнего застойного очага в коре больших полушарий и, наконец, возможность добиться выздоровления только путем разрушения всего жизненного стереотипа, столь патогенно действовавшего на больную.

Наблюдение XI. К. С. И., 22 лет, студентка 5-го курса медицинского вуза. Жалуется на диспареунию. Крайне избалованная дочь очень обеспеченных родителей. Девушке представлялись все доступные удовольствия, выполнялись все ее прихоти. Хорошо ориентируется в трудных жизненных ситуациях. Решительна. Самонадеянна. Учится «только удовлетворительно», так как «не одной же наукой заниматься». В 20-летнем возрасте вышла замуж — «муж нравился, все замуж выходят, хотелось и это познать». Совершенно спокойно, даже несколько афишируя это, сообщает, что из-за отсутствия сексуального удовлетворения изменяла мужу — «надо же было выяснить, кто в этом виноват — я или он. Теперь знаю, что я». В дальнейшем неоднократно обращалась по поводу сексуальной фригидности за консультацией к гинекологу, невропатологу, эндокринологу.

При осмотре симптомов органического поражения центральной нервной системы и проявлений дисфункции эндокринных желез не обнаружено. Невротических черт в поведении и реакциях нет.

«Рациональная» психотерапия выразилась в том, что врач, разъяснив патогенетические корни заболевания, провел с больной несколько жестких бесед, вскрыв до обидного для нее предела ограниченную суть ее «жизненных стремлений» и «тяжких» переживаний.

Мы встретились с больной через пять-шесть лет. С мужем она развелась. Из-за смерти отца резко изменились условия быта. «Пришлось начать работать, сначала по нужде, а потом работа увлекла, добилась аспирантуры, заканчиваю диссертацию. В прошлом году вышла вновь замуж, знаете, ни о чем не думала, это было на юге, и все само пришло».

Если с первой нашей больной (наблюдение X) произошла — без всякого злого на то умысла со стороны мужа — жизненная трагедия, то переживания второй явились следствием ее воспитания, избалованности, привычки всегда иметь к своим услугам все жизненные блага, каких бы только она не пожелала.

Однако механизм развития сексуального невроза у обеих больных идентичен. У первой начало сексуальной жизни зафиксировалось как тяжелейшая психотравма, каждый раз подкреплявшаяся на протяжении многих лет интимной жизни с мужем. У второй начало сексуальной жизни принесло разочарование — не получила того нового удовольствия, тех новых острых переживаний, о которых мечтала, на которые, по ее мнению, имела все права. Измены мужу, холодные и расчетливые, для того чтобы «проверить, кто виноват — я или он», — ухудшили состояние

больной, резко зафиксировав патологическую доминанту. «Не такая, как все, эти радости мне недоступны», — вот назойливые мысли, которые привели эту избалованную, исковерканную плохим воспитанием молодую женщину к врачу.

«Ранние токсикозы» беременных

Болезненные состояния, которые принято было называть «токсикозами первой половины беременности», подробно разбираются в многочисленных исследованиях отечественных и иностранных авторов.

Однако до последних исследований А. П. Николаева, указавшего на то, что эти нарушения развиваются «по типу невроза», не были определены принципиальные положения о причинах возникновения и механизме происхождения указанных страданий.

Это обстоятельство наглядно подтверждается многочисленными научными исследованиями о лечении «ранних токсикозов» беременными самыми разнообразными фармакологическими средствами, эндокринными препаратами, веществами типа медиаторов, различными физиотерапевтическими методами и даже хирургическим вмешательством. В отечественной литературе мы нашли более 30 оригинальных методов лечения этого страдания, методов, претендующих считаться патогенетическими. Предлагалось, например, лечение кортином, оварином, инсулином, анти-тиреоидином, адреналином, урогормоном, внутривенными вливаниями различной концентрации растворов хлористого кальция и брома, кофеином, гистидином, атропином, хлоралгидратом, морфием, продуктами кислотного гидролиза фибрина, мясным соком, пивом, рентгенотерапией области грудных позвонков, ионогальванодиатермией с хлористым кальцием на область солнечного и подчревного сплетения, гиперэритемными дозами кварца, различными видами десенсибилизации и способами, требующими хирургического вмешательства — массивными кровопусканиями, различными модификациями новокаиновой блокады, субокципитальными пункциями с введением фосфорнокислого калия, скарификацией влагалищной части матки и т. д. Вот далеко не полный перечень способов лечения так называемой «неукротимой» рвоты беременных.

Следует при этом учитывать, что каждый из этих способов лечения выдвигался на основании какой-то теории этиологии и патогенеза «раннего токсикоза».

Приведенные литературные данные показывают, что рекомендуемые лечебные мероприятия не только противоречивы, но часто диаметрально противоположны по своему физиологическому действию. Несмотря на это, все приведенные способы лечения, согласно данным, представленным их авторами, хорошо помогают большинству больных, хотя в отдельных случаях и не оказывают положительного эффекта.

Это обстоятельство позволяет прийти к заключению о едином, повидимому, механизме действия этих столь разнообразных лечебных мероприятий, что указывает на ведущее значение изменений со стороны центральной нервной системы в развитии рассматриваемого нами болезненного процесса. Только воздействием на центральную нервную систему, в первую очередь на кору головного мозга путем косвенного внушения, можно объяснить положительные результаты упомянутых выше разнообразных способов лечения так называемых «токсикозов» первой половины беременности.

Кроме того, необходимо сосредоточить особое внимание на выявлении причин, способствовавших возникновению наиболее тяжелых, не поддававшихся излечению случаев данного страдания, и на анализе механизмов, обусловивших стойкость рассматриваемого болезненного процесса.

Только выделив ведущие причины, определяющие возникновение так называемых «токсикозов» первой половины беременности, мы сможем наметить пути рационального лечения этих состояний. Сделать это, в частности, необходимо для выяснения места и значения психотерапии в системе лечения указанных страданий, для выработки показаний к ее проведению и определения реальных возможностей ее применения.

Беременность сопровождается рядом хорошо известных клиницистам, но недостаточно еще изученных изменений корковых и корково-подкорковых соотношений, а также наличием эндокринных сдвигов.

Как правило, эти сдвиги не выходят за пределы физиологических норм и только характеризуют те изменения корковой регуляции, которые возникают при беременности.

Изучать нейро-гуморальные сдвиги, возникающие у человека, не учитывая влияния внешних факторов на характер и развитие их, значило бы грубо игнорировать определяющую роль головного мозга в регуляции всех процессов жизнедеятельности организма.

Естественно поэтому, что мы особо учитывали и подвергали специальному анализу не только преморбидные особенности личности больной, но и те влияния внешней среды, в первую очередь психогении, которые могли иметь значение для перерастания указанных физиологических сдвигов в болезненные нарушения.

Данные наших исследований построены на результатах обследования 288 практически здоровых женщин, находившихся на учете в женской консультации, прикрепленной к ИАГ АМН СССР, и 39 тяжело больных, госпитализированных в клинику физиологии и патологии беременности того же института по поводу выраженных проявлений «раннего токсикоза».

Ниже будет представлен анализ только тех изменений со стороны нервной системы, которые имеют наибольшее и специальное

значение для развития разбираемых нами здесь болезненных состояний.

В первой группе из 288 обследованных (без специального подбора) беременных страдали нечастыми рвотами 58 женщин.

При обследовании этих 58 женщин, страдавших во время беременности рвотами, и 233 беременных без таковых были обнаружены следующие соотношения наблюдавшихся у них нейро-висцеральных сдвигов (табл. 6).

Таблица 6
Особенности нейро-висцеральных сдвигов в первую половину беременности у практически здоровых беременных

Общее число беременных	Вестибулярные гиперестезии в анамнезе	Синкопальные кризы в анамнезе	Гиперосмия в период беременности	Гипотония в период беременности	Эмоциональная неустойчивость в анамнезе	Положительный симптом вращательности	Синдром весиго: гиперестезии, синкопальных кризов, эмоциональная неустойчивость
Здоровые—233 чел.	61(27%)	55(28%)	71(38%)	11(4%)	36(28%)	58(25%)	31(13%)
Страдавшие нечастыми рвотами—58 чел.	24(41%)	35(60%)	42(72%)	9(16%)	31(53%)	25(43%)	21(36%)

Мы видим, что у женщин, страдавших в период беременности даже нечастыми рвотами, наблюдаются примерно в два раза чаще, чем у здоровых, повышенная возбудимость вестибулярного аппарата, сердечно-сосудистая лабильность, часто проявлявшаяся в резких синкопальных кризах, гиперосмия и эмоциональная неустойчивость, а артериальная гипотония и сочетание приведенных сдвигов были отмечены в три-четыре раза чаще.

Во второй группе беременных — у 39 тяжело больных, находившихся по поводу «раннего токсикоза» на излечении в клинике, указанные нарушения были еще более резко выражены (табл. 7).

Таблица 7
Нейро-висцеральные нарушения у больных, находившихся на излечении в клинике физиологии и патологии беременности ИАГ АМН СССР по поводу тяжелой рвоты беременных

Число больных	Вестибулярная гиперестезия в анамнезе	Синкопальные кризы в анамнезе	Гиперосмия в период беременности	Гипотония в период беременности	Эмоциональная неустойчивость	Положительный симптом вращательности
Общее количество больных—39	72%	62%	85%	16%	81%	77%
Из них в крайне тяжелом состоянии—15	87%	66%	100%	40%	100%	100%

Таким образом, эти исследования, проведенные в 1947—1949 гг., показали, что даже у практически здоровых беременных, но страдавших нечастыми рвотами, имелась повышенная возбудимость подкорковых образований, резко выраженные клинические проявления которой обычно отмечались еще и до беременности. Такие больные часто страдали повышенной возбудимостью вестибулярного аппарата, резко обостренным обонянием; у них наблюдалась сердечно-сосудистая неустойчивость, проявлявшаяся во внезапно наступающих обморочных состояниях (синкопальные кризы), и выраженная эмоциональная лабильность.¹

Клинико-экспериментальные наблюдения Н. В. Кобозевой,² проведенные при помощи методики исследования слюнной секреции, разработанной Н. И. Красногорским, также показали наличие у женщин, страдающих «ранним токсикозом», перевозбуждения подкорки при относительно заторможенной коре головного мозга.

Следует подчеркнуть, что в анамнезе всех наиболее тяжело больных из этих женщин отмечались тягостные личные переживания, непосредственно или косвенно связанные с беременностью. У всех больных этой группы была резко повышена внушаемость.

Таким образом, наиболее тяжелые формы «ранних токсикозов» беременных чаще всего являлись следствием сочетания нарушений не только корковых, но и корково-подкорковых функциональных связей.

Естественно, что от различных сочетаний, характера и силы воздействия этих вызывающих страдание факторов зависят пути рациональной терапии рассматриваемых нами болезненных состояний. Отсюда возникает необходимость не только нормализовать корково-подкорковые соотношения, но и выявить корни психогении. Если мы к этому добавим необходимость учета интерцептивных раздражителей, идущих от беременной матки, и борьбы с последствиями уже развившегося страдания, то станет ясной вся сложность анализа причин возникновения, а следовательно, и лечения данного болезненного синдрома.

Необходимо особенно подчеркнуть опасность впасть в ту ошибку, жертвой которой стали многие исследователи данного вопроса, которые принимали последствия развившегося уже процесса за причину, определяющую его возникновение.

Совершенно понятно, что у женщины, истощенной и обезвоженной непрерывной рвотой, нарастают изменения со стороны центральной нервной системы, грубо нарушаются как внутрикоровые, так и корково-подкорковые соотношения, изменяются про-

¹ С. Н. Астахов. Значение нейро-эндокринных сдвигов в развитии некоторых соматических нарушений в период беременности. Тезисы докладов: а) юбилейной научной сессии ЦИАГ Мин. здравоохран. СССР, Л., 1947, стр. 24—25; б) научной конференции ИАГ АМН СССР, Л., 1949, стр. 5—7.

² Н. В. Кобозева. Опыт физиологического анализа ранних токсикозов беременности и их лечение. АМН СССР, 1953.

цессы высшей нервной деятельности, наступают тяжелейшие нарушения всех видов обмена и развиваются явления витаминной недостаточности; у такой больной нарушается коррелятивная деятельность желез внутренней секреции, грубо страдает деятельность желудочно-кишечного тракта, барьерная функция печени и т. д. В задачу врача входит, таким образом, борьба не только с причинами, обусловившими развитие болезненного процесса, но и с его последствиями, которые иногда могут носить уже и необратимый характер.

Множество теорий этиологии и патогенеза данного страдания и бесчисленное, все увеличивающееся количество способов его лечения являлись следствием того, что до последнего времени не была, во-первых, осознана роль нервной системы, в первую очередь коры головного мозга, в развитии и ликвидации указанных болезненных состояний и, во-вторых, не всегда удавалось разграничить патогенетические корни от последствий развившегося заболевания.

Анализ причин возникновения страдания у наиболее тяжело больных из числа тех, о которых мы говорили выше, показал, что у всех них были обнаружены выраженные психогенные, обусловившие, по нашему представлению, стойкость, длительность заболевания, а в дальнейшем и тяжесть их состояния.

Это ни в коем случае не должно означать, что одни тяжелые личные переживания могут и должны сами по себе обусловить возникновение так называемых «токсикозов» первой половины беременности.

Мы неоднократно наблюдали женщин, очутившихся в силу неудачно, иногда даже трагично развившихся условий их личной жизни, в крайне тяжелых условиях во время беременности и глубоко переживавших патогенно действовавшую ситуацию. Однако мы ни разу не видели увеличения отмеченных выше кортико-висцеральных сдвигов и перерастания их в так называемый «ранний токсикоз», если тяжелые личные переживания не имели непосредственного отношения к данной беременности.

Резко выраженные явления тяжелого «раннего токсикоза» чаще всего развивались на фоне отрицательного отношения к беременности и стремления ее прервать; больные часто доходили до очень тяжелого состояния: «неукротимая» рвота, прогрессирующее падение веса, общая вялость, слабость сердечной деятельности, появление ацетона в моче; возникала угроза для жизни больной, обсуждался вопрос о необходимости срочно прервать беременность.

Анализ механизма возникновения такого рода заболеваний существенно затрудняется тем, что больные, не желая «со всеми» делиться глубоко интимными переживаниями, не сообщают о них врачу или же сами недооценивают их патогенную роль в развитии своего болезненного состояния. Данные формального анам-

неза часто не дают каких-либо опорных пунктов для предположения о психогении; возможность выявить ее определяется, в первую очередь, контактом лечащего врача с больной, его чуткостью, умением установить все то, что составляет основу травмирующих большую переживаний. Выяснение этой патогенной ситуации и последующая рациональная психотерапия часто определяют выздоровление даже очень тяжело больных.

Значение состояния высшей нервной деятельности женщины на течение «ранних токсикозов» беременных показывают следующие наблюдения.

Наблюдение XII. Я-ва Е. А., 43 лет. О первой беременности до 4 месяцев не знала, так как обычно летом в течение нескольких месяцев менструации отсутствовали, беременность протекала хорошо, отмечала только тягу к соленому и кислому. Узнала о беременности по шевелению плода.

Вторая беременность наступила в период лактации; тоже о ней не знала и переносила ее хорошо. Третья и четвертая беременности наступили в период тяжелых личных переживаний из-за серьезной болезни мужа. Больше детей иметь не хотела. Эти беременности сопровождалась тошнотой, «неукротимыми» рвотами, обусловившими производство абортос по медицинским показаниям. О пятой беременности до 4 месяцев не предполагала, так как регулярно наступали незначительные маточные кровотечения; чувствовала себя в этот период хорошо. Когда менструации прекратились и стала подозревать беременность, появились резкие тошноты и рвоты, вызвавшие необходимость прервать беременность. Данная беременность, шестая (первая в новом браке, муж очень хочет иметь ребенка), проходила без всяких кортико-висцеральных нарушений.

Резюмируя, мы видим, как в зависимости от отношения женщины к беременностям менялась клиническая картина их течения.

Наблюдение XIII. Л-на М. Я., 27 лет. Поступила в клинику при беременности 8 недель. Жалобы на тошноту и рвоту до 6 раз в сутки. Первая беременность сопровождалась резкой гиперосмией, тошнотами и «беспрерывной» рвотой. Однако при отвлечении внимания тошнота и рвота прекращались. Проведенное в клинических условиях лечение оказалось безуспешным. По поводу «неукротимой» рвоты и прогрессирующего истощения беременность по медицинским показаниям была прервана. «Ребенка тогда не хотела», — подчеркивает больная. Стремилась продолжать учиться, считала, что «ребенок свяжет». Как только из операционной после выскабливания была доставлена в палату, сразу же почувствовала себя хорошо, появился аппетит, исчезли все неприятные ощущения, настроение стало бодрым и хорошим.

Наступившая через год вторая беременность протекала аналогично первой и также была прервана. Сразу же после выскабливания «все стало прекрасно»: появился аппетит, исчезли тошнота и рвота. Ко второй беременности относилась также отрицательно.

Данная, третья, беременность сопровождалась резкой гиперосмией, тошнотой, «неукротимой» — «без счета — рвотой». Пищу совершенно не удерживала и в тяжелом состоянии была госпитализирована. Крайне истощена. Клинические проявления недостатка витаминов группы В. Эмоциональная неустойчивость, резко повышенная внушаемость. В моче реакция на ацетон резко положительная. Данную беременность больная и ее муж очень желали сохранить. После проведенного лечения (гипнотерапия, переливание крови, внутривенные вливания глюкозы с витаминами, диатермия области солнечного сплетения) состояние больной улучшилось, и она была выписана в хорошем состоянии с прогрессирующей беременностью. В дальнейшем — нормальные роды.

Приведенные выше наблюдения показывают, какое значение в развитии «раннего токсикоза» беременных имеет отрицательное отношение к беременности. Особенно поучительным в этом отношении является следующее наблюдение.

Наблюдение XIV. В-н В. Д., 37 лет, поступила в клинику при беременности 8—9 недель, в тяжелом состоянии, с жалобами на тошноту, частую рвоту и резкое слюнотечение (выводит слюны до 1300 мл в сутки). В анамнезе резкая вестибулярная гиперестезия с детства: «Маленькая еще была, а в трамвае ездить не могла — рвало; не могла кататься на лодке — раз даже бросилась в воду и предпочла плыть, так тошнило»; плохо переносит поездку в поезде: «Как вхожу в вагон, так сразу ложусь и встать не могу»; никогда не могла качаться на качелях и танцевать — сразу же наступало головокружение.

В результате длительных бесед с больной и ее вторым мужем выяснилась тяжелая, резко травмирующая больную ситуация: счастливый брак с первым мужем, культурным, интересным, материально обеспеченным человеком, был нарушен из-за отъезда мужа в период войны. Обстоятельства так сложились, что о судьбе мужа не знала. Под влиянием одиночества и горя в период бытовых трудностей вступила во второй брак. Однако «мой первый муж оставался единственно мне близким человеком во всем мире». В период данной беременности внезапно возвратился первый муж. С тех пор появилось двойственное отношение к данной беременности: «второй муж хочет ребенка, а я колеблюсь — не вернуться ли к первому. Порой мне кажется, что я отплевывалась от той ситуации, в которой очутилась».

Проводившееся в клинике лечение фармакологическими средствами эффекта не дало. Ввиду прогрессирующего резкого ухудшения состояния больной, общего истощения, слабости сердечной деятельности, нарастания ацетона в моче был поставлен вопрос о прерывании беременности. В этот период была начата рациональная психотерапия, задача которой была помочь больной разрешить ту трудную ситуацию, в которой она очутилась. Как только больная решила сохранить второй брак, у нее быстро наступило прогрессирующее улучшение состояния здоровья. Выписана домой в удовлетворительном состоянии. В дальнейшем — нормальные роды.

Возможность кортикальной регуляции этих, возникающих в период беременности, нарушений находит подтверждение в тех многочисленных, хорошо известных клиницистам наблюдениях, когда все явления «токсикоза первой половины беременности» бесследно исчезают без всякого лечения сразу же после поступления больной в стационар.

Наблюдение XV. С-на М. М., 30 лет. Первая беременность в 1939 г. в первом браке при хороших материально-бытовых условиях. Узнала о ней по отсутствию в срок менструаций. После этого появилась повышенная чувствительность к запахам, особенно к продуктам питания, перешедшая в отвращение к пище, а потом появились тошнота и рвота. Такое состояние длилось до шевеления плода. Нормальные роды. Ребенка хотела иметь, но он умер в возрасте трех месяцев.

Вторая беременность протекала совсем хорошо; ребенка очень хотела иметь. Третья беременность в 1942 г.; муж ушел на фронт. Беременность протекала крайне тяжело: тошнота, рвота, резкое истощение, обусловившее необходимость прервать беременность, которая была нежеланной. Четвертая беременность (во втором браке, первый муж погиб на фронте) протекала так же, как и третья, и была прервана на восьмой неделе.

Пятая беременность (данная) также сопровождалась тошнотой и «неукротимой» рвотой. В тяжелом состоянии была госпитализирована. Реакция

на ацетон в моче резко положительная. Как только поступила в институт, в тот же вечер, до начала какого бы то ни было лечения, почувствовала себя лучше, появился аппетит, прекратилась рвота.

Те же механизмы действуют и в тех также хорошо известных всем случаях, когда не только сама пища, но одно представление о ней вызывает тошноту и «неукротимую» рвоту. Одна из наших больных подчеркивала, что даже описание в интересном романе ужина вызывало у нее возникновение указанных выше проявлений «токсикоза».

Легкость образования и фиксации патологических корковых связей у отдельных больных определяет возникновение наиболее трудно излечимой «неукротимой» рвоты у тех из них, которым уже однажды прерывалась беременность по аналогичным показаниям.

Наши наблюдения (в том числе XIII) показывают, что у женщин, страдавших, несмотря на желание сохранить беременность, тяжелым «ранним токсикозом», почти всегда можно было выявить условнорефлекторный механизм развития этого заболевания. У большинства из них первая беременность была мало желанной и была прервана из-за «неукротимой» рвоты. Поэтому, прерывая беременность по поводу так называемого «токсикоза» первой половины, врач должен помнить, что тем самым он ухудшает течение и значительно усложняет возможность лечения аналогичных состояний при последующих беременностях.

Дальнейшее изучение проблемы «ранних токсикозов» беременных невозможно без углубленных исследований типологических особенностей нервной системы таких больных.

«Когда мы переходим к людям,— пишет И. П. Павлов,— естественно и тут мы должны иметь в виду как разные причины, так и разные почвы, которые, конечно, должны повлечь за собой как разные степени, так и разное течение хотя бы и одного и того же основного болезненного нарушения... Конечно, кроме прирожденной почвы, неизбежны случаи нестойкой, ломкой нервной системы, порожденные несчастными событиями в жизни: травматическими повреждениями, инфекцией, интоксикацией и сильнейшими жизненными потрясениями».¹

В совместной работе с Н. И. Бескровной² нами было уже показано значение определения типологических особенностей нервной системы для усовершенствованного проведения метода психопрофилактики болей в родах. При этом были подчеркнуты относительные преимущества, имеющиеся по сравнению с пред-

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, АН СССР, 1951, стр. 259—261.

² С. Н. Астахов и Н. И. Бескровная. Обезболивание в родах. Труды конференции. АМН СССР, 1952, стр. 48—54.

ставителями других специальностей у акушеров, которые при такого рода исследованиях имеют дело со здоровым человеком — беременной женщиной.

При выяснении особенностей высшей нервной деятельности беременных, страдающих «ранним токсикозом», нет и этого относительного преимущества. Это обстоятельство поставило нас перед необходимостью подвергать часть наших больных добавочному катamnестическому обследованию по выздоровлении от «раннего токсикоза».

Не имея возможности останавливаться на разработанной в ИАГ АМН СССР схеме обследования типологических особенностей высшей нервной деятельности женщин, подробно описанной А. П. Николаевым,¹ укажем только, что она базируется на данных длительного клинического наблюдения и тщательного неврологического обследования, предусматривающего исследование гипновнушаемости, а также сбор и анализ данных углубленного анамнеза, полученных как от самой обследуемой, так и от ее близких. В число дополнительных, но не всегда проводившихся методов обследования входили ассоциативный эксперимент и плетизмография.

Попытка установить особенности типа высшей нервной деятельности была предпринята нами совместно с О. Д. Кручининой² у группы беременных, страдавших «ранним токсикозом». При этом были получены следующие данные.

Выраженные черты слабого типа нервной системы были нами установлены у 36 из 59 обследованных. Большинство из них характеризовалось также неуравновешенностью процессов возбуждения, инертностью и преобладанием первой сигнальной системы действительности.

Девять обследованных мы имели основание отнести к числу сильных, но крайне не уравновешенных людей, по своим типологическим особенностям приближающихся к темпераменту холерика.

Доминирование черт сильной нервной системы и уравновешенности основных корковых процессов было обнаружено у 12 больных, причем 8 из них имели преимущественные черты сангвиника, остальные 4 — флегматика.

В отношении 2 обследованных больных у нас не сложилось определенного представления об особенностях типа их высшей нервной деятельности.

Возможность наиболее легкого возникновения «раннего то-

¹ А. П. Николаев. Очерки теории и практики обезболивания родов. Медгиз, 1953, стр. 174.

² С. Н. Астахов и О. Д. Кручинина. Значение типологических особенностей нервной системы в развитии и течении так называемых ранних токсикозов беременности. Доклад на конференции, посвященной вопросам профилактики и лечения токсикозов беременных. Ленинград, 24—26 ноября 1952 г.

ксикоза» у беременных с проявлениями слабости и неуравновешенности нервной системы была вполне закономерной. Поэтому особый интерес представляло для нас вскрыть патогенетические корни рассматриваемых болезненных состояний у лиц, приближающихся по своей типологической характеристике к сангвиникам и флегматикам.

Проведенные нами исследования показали отсутствие положительного отношения к данной беременности у 5 из 8 больных с чертами сангвиника (из них у 3 беременность была следствием случайной связи при незарегистрированном браке, а 2 других были не уверены в возможности сохранить семью из-за того, что мужа злоупотребляли алкоголем. Характерно, что у одной из двух последних больных предыдущая беременность, протекавшая в период дружной семейной жизни, не сопровождалась проявлением токсикоза).

Следует особо отметить, что у всех 4 беременных, приближавшихся по своим типологическим особенностям к флегматикам, четко выявились условнорефлекторные механизмы рвоты.

Все эти больные, по меткому выражению одной из них, «не боролись» за сохранение первой беременности, при которой «рвота не была особенно тягостной», но все же определила возможность прерывания беременности. Каждая же из последующих беременностей протекала все тяжелей.

Выявление типологических особенностей нервной системы имеет, в первую очередь, значение для организации лечения такого рода больных. Это относится как к фармакотерапии, так и к психотерапии.

Невольно встает вопрос: всегда ли излечимы так называемые «токсикозы» первой половины беременности и могут ли они служить основанием для прерывания беременности?

Мы наблюдали ряд беременных с тяжелой, почти непрерывной рвотой, у которых обычные способы клинического лечения оказались безрезультатными. Больные доходили до крайних, казалось бы, угрожавших жизни степеней истощения и обезвоживания, обнаруживали выраженную ацидемию, нарастал ацетон в моче, падала сердечная деятельность. Однако лишь у единичных больных возникала необходимость прервать беременность.

Умение найти наибольшее количество звеньев из цепи вредных причин, определяющих возникновение болезненного процесса, составляет основную задачу врача. Вторая задача — определение ведущего звена. Третья — уже лечебная — должна быть направлена на вырывание наиболее важных звеньев этой цепи. При этом надо помнить, что величина, а также степень устойчивости вырываемого звена будут определять эффективность терапии. Далеко не всегда можно разрушить всю болезненную цепь. Практическое восстановление трудоспособности часто наступает при вырывании нескольких, а иногда даже и одного из звеньев.

Этот принцип должен быть применен и при лечении нейровисцеральных нарушений (герп. «токсикоза») первой половины беременности.

Главная задача врача — на основании данных анамнеза и общего статуса больной представить себе по возможности все те слагаемые, общая сумма которых, количественно превысив физиологические нормы, обусловила возникновение качественно нового состояния — болезни.

Вторая задача состоит в том, чтобы пытаться выключить из общей суммы те слагаемые, которые легче и быстрее всего могут быть изъяты.

Поэтому следует рекомендовать назначение индивидуальных дозровок брома и кофеина при нарушениях динамики основных корковых процессов, аэрона при вестибулярной гиперестезии, витаминной терапии при клинических проявлениях авитаминозов, внутривенных вливаний 40% глюкозы по 20,0—30,0 мл и стимулирующих сердечную деятельность средств при гипотонии, внутривенных вливаний 10% раствора хлористого кальция по 5,0—10,0 мл при астенических состояниях, неспецифической десенсибилизации при аллергических состояниях, карболена при френокардии и т. д.

Хорошо известны прекрасные результаты психотерапии при «токсикозах первой половины беременности» (К. И. Платонов, А. П. Николаев и др.). Однако психотерапия не стала до сих пор ведущим и общепринятым методом лечения указанных страданий. Это нельзя объяснить только неосведомленностью и отсутствием специальных навыков среди акушеров или другими организационными трудностями. Скорее всего поиски новых способов лечения рассматриваемых болезненных состояний обусловлены еще и тем обстоятельством, что даже в руках лучших специалистов психотерапия не всегда оказывается действенной, что существует определенный процент больных (по К. И. Платонову, свыше 10%), которых не удается таким образом излечить.

Мы полагаем, что эти неудачи психотерапии обусловлены недооценкой соматогенных причин заболевания или стремлением (которое не всегда удается достаточно быстро преодолеть) отдельных женщин использовать свое состояние для получения права на прерывание нежеланной беременности. Поэтому мы ограничили одной психотерапией только в отношении тех больных, у которых отсутствовали трофические нарушения и основной причиной, определяющей возникновение заболевания, была выраженная психогения.

Однако психотерапия как мощное средство воздействия на вторую сигнальную систему должна быть признана неотъемлемой составной частью всех схем лечения «ранних токсикозов» беременных.

Очень действенным средством для борьбы с «неукротимой»

рвотой беременных мы продолжаем, как и в 1948 г., считать терапию сном.

Как было указано выше, нам не приходилось применять глубокий и длительный сон.

Мы ограничивались состоянием дремоты и удлинением ночного сна, которых добивались, давая два раза в сутки, утром и вечером, амитал-натрий по 0,2 или же люминал по 0,05 с бромуралом по 0,25 по одному порошку до четырех раз в сутки в течение 3—7 дней. У всех больных с тошнотой и «неукротимой» рвотой беременных мы наблюдали отчетливый положительный эффект от такого лечения.

Мы полагаем, что этот эффект определялся возможностью угашения закрепившихся у таких больных патологических условных рефлексов.

Соматически полноценный организм беременной в нормальных условиях хорошо перестраивается соответственно с различными стадиями беременности. Изменения корковых и корково-подкорковых соотношений, непрерывная волна инteroцептивных раздражений со стороны развивающегося плода и изменения функции эндокринных желез определяют наблюдающиеся в период беременности физиологические сдвиги. Последние под влиянием мощных внешних раздражителей могут иногда перерасти в болезненные состояния. Этот переход определяется не только суммой внешних воздействий, но и соматическим состоянием больной до беременности.

Обычно эти болезненные нарушения являются обратимыми и хорошо регрессируют под влиянием индивидуализированной каузальной терапии.

Однако нельзя исключить возможность образования выраженных и стойких нарушений, которые могут носить и необратимый характер, хотя наши наблюдения и не дают оснований для такого вывода.

Мы полагаем, что так называемые «токсикозы» первой половины беременности представляют один из наиболее ярких признаков нейро-висцеральной патологии.

Беременность как таковая, без специальных экзогенных вредностей и выраженной психогении, не может, по нашему представлению, обусловить развитие раннего «токсикоза» у здоровой до этого женщины.

Изложенное дает основание считать, что термин «токсикоз первой половины беременности» не определяет существа данного болезненного синдрома и должен быть заменен другим, отражающим действительные этиологию и патогенез страдания.

Резюмируя все изложенное, необходимо согласиться с правильным заключением А. П. Николаева о том, что так называемые «токсикозы первой половины беременности» являются кортико-висцеральными нарушениями, развивающимися по типу неврозов.

Недонашивание

Мы наблюдали нескольких больных, особенности высшей нервной деятельности и данные анамнеза которых давали право считать, что наблюдавшееся у них привычное недонашивание обусловлено психогенией или является условнорефлекторным. Лечение этих женщин разъяснительными беседами, проводившимися в состоянии гипнотического сна, дало прекрасные результаты. Ниже приводятся краткие выписки из историй болезни некоторых из этих больных.

Наблюдение XVI. Д-ская Н. А., 33 лет. Клинический диагноз: беременность 16 недель. Особых жалоб не высказывает. Направлена на консультацию к невропатологу в связи с предположением, что два последних самопроизвольных выкидыша связаны с тяжелыми личными переживаниями. Росла здоровым ребенком, развивалась нормально. За два дня до наступления менструаций резко меняется настроение, «появляется слезливость, раздражительность злость». «Муж,— говорит больная,— всегда таким образом узнает о наступлении этого периода». Считает себя мнительной; эмоционально неустойчива, очень внушаема. Первые две беременности протекали хорошо и закончились нормальными родами. Первый муж погиб на фронте. Третья и четвертая беременности в новом браке закончились самопроизвольными выкидышами на 4 и 7-м месяцах. Возникновение их связывает с тяжелой психотравмой: во время третьей беременности послала маленького сына встречать возвращавшегося со службы отца — «стремилась к тому, чтобы они друг друга полюбили». Выходя из дома, мальчик попал под автомашину, и муж принес его домой мертвым. Вскоре наступил выкидыш. Крайне тяжело переживает гибель сына, считает себя виновницей его смерти. В данное время пятая беременность, крайне желанная. Однако больная уверена, что и эту беременность она «в наказание за свой грех» недонесит. Разъяснительная психотерапия в состоянии глубокого гипнотического сна способствовала значительному улучшению состояния здоровья: исчезли навязчивые мысли, стала спокойнее, наладился сон. Беременность была сохранена и закончилась нормальными родами живым доношенным ребенком.

Наблюдение XVII. Ф-ская В. В., 27 лет. Поступила в ИАГ АМН СССР по поводу угрожающего привычного выкидыша. Беременность пятая, 10 недель. Все предыдущие закончились самопроизвольным прерыванием на третьем месяце. Выраженная эмоциональная неустойчивость, резко повышенная внушаемость. Настроение подавленное, утверждает, что и эта беременность обязательно прервется, как и предыдущие. Разъяснительная психотерапия в состоянии глубокого гипнотического сна при сочетании с фармакотерапией (прегнин, витамин Е) принесла значительное улучшение самочувствия. Исчезли жалобы на тянущие боли в животе и пояснице, появилась уверенность в благополучном исходе беременности. Выписана в хорошем состоянии с прогрессирующей беременностью. В дальнейшем — нормальные роды живым доношенным ребенком.

Перенашивание. Слабость родовой деятельности

Наши совместные с А. Т. Пшоницом, Л. И. Ковалевой, а также с Г. Г. Хечинашвили клинико-экспериментальные исследования показали возможность вызывания сократительной деятельности матки путем воздействия на женщин через вторую сигнальную систему.

Эти исследования дали нам основание провести следующие наблюдения для решения вопроса о возможности применения психотерапии в борьбе с перенашиванием и слабостью родовой деятельности.

Наблюдение XVIII. Б-вик Н. И., 37 лет, поступила в отделение 26/III 1953 г. с беременностью 7—8 недель, с жалобами на боли внизу живота, тошноту и рвоту. Первая беременность 12 недель была прервана путем выскабливания полости матки из-за нежелания ее сохранить вследствие тяжелого заболевания мужа (туберкулез легких). Последующие 4 беременности заканчивались самопроизвольными выкидышами 6—16 недель. Большая и ее муж очень хотят сохранить данную, шестую, беременность. В первые дни пребывания в клинике — выраженная эмоциональная неустойчивость, плачет, уверена, что вновь произойдет выкидыш. Резко повышенная внушаемость. Явный положительный эффект от гипнотерапии — стала спокойнее, прекратилась рвота, уверена в благополучном исходе беременности. После курса проведенного лечения (гипнотерапия, прогестерон, бром с кофеином) выписана домой в хорошем состоянии с прогрессирующей беременностью. Поступила повторно при беременности 38—39 недель с жалобами на одышку, отеки ног и боли в области сердца. Под влиянием проведенного в клинике лечения все отмеченные выше болезненные нарушения прошли, но родовая деятельность в нормальные сроки не наступила. Перенашивание достигло срока более одного месяца. Повторно проводившаяся родостимуляция фармакологическими средствами и гормональными препаратами (синестрол, хинин, пахикарпин, прозерин, касторовое масло и др.) эффекта не дала. С помощью гипнотерапии в состоянии глубокого сна удавалось вызвать достаточно интенсивные схватки, зафиксированные на плетизмо- и гистерограммах.

Однако в дальнейшем регулярная, достаточной интенсивности родовая деятельность у больной не наступила. Было отмечено приглушение сердцебиений плода и нарушение их ритма. Ввиду привычного недонашивания (4 самопроизвольных выкидыша), перенесенной беременности, первичной слабости родовой деятельности, внутриутробной угрожающей асфиксии плода и желаний матери иметь ребенка (возраст 37 лет, первые роды), решено закончить роды путем абдоминального кесарского сечения, которое и было произведено. Извлечена живая девочка весом 4000 г при росте 53 см.

Наблюдение XIX. О-ва О. Е., 34 лет, поступила в отделение 27/X 1953 г. по поводу начавшейся родовой деятельности при беременности 35 недель (двойни). Жалобы на бессонницу, раздражительность, беспричинные слезы. Данная беременность — пятая (двое нормальных родов в срок и два искусственных аборта). Находилась под наблюдением в невро-психиатрическом диспансере по поводу истерических припадков. Выраженная эмоциональная неустойчивость. Резко повышенная внушаемость. Черты истерического поведения и реакций. Симптомом органического поражения центральной нервной системы и изменений со стороны периферической нервной системы не обнаружено. Значительное улучшение после гипнотерапии — стала спокойнее, налажился сон. Родовая деятельность через сутки после госпитализации прекратилась. Отмечено перенашивание на 2—3 недели. Попытки стимулировать регулярную родовую деятельность путем внушения в глубоком гипнотическом сне не удалось, хотя, так же как и у предыдущей больной Б-вик, на плетизмо- и гистерограммах была четко установлена возможность вызывать периодические сокращения матки воздействием через вторую сигнальную систему.

Данные этих, пока крайне ограниченных наблюдений позволяют сделать следующие предварительные выводы.

1. Воздействием на вторую сигнальную систему у беременных можно вызвать появление схваток.

2. Добиться путем указанных психотерапевтических воздействий начала регулярной родовой деятельности нам не удалось.

Обезболивание в родах

Только в нашей стране, где самым ценным капиталом является человек, стал возможным критический пересмотр веками складывавшихся представлений о неизбежности и закономерности болей в родах.

Исследованиями советских акушеров, физиологов и неврологов были опровергнуты старые представления о том, что боль в родах необходима для нормального их течения. Была доказана порочность ранее высказывавшихся положений о том, что сила болевых ощущений характеризует интенсивность родовой деятельности.

Этот вывод послужил основанием для дальнейшей углубленной разработки различных способов обезболивания в родах и проведения организационных мероприятий по широкому внедрению их в акушерскую практику. Необходимо было разработать такую систему мероприятий, которая обеспечивала бы не только уничтожение боли в родах, но и, создавая максимально благоприятную ситуацию для нормального развития родовой деятельности, определяла бы наилучшие условия для жизнедеятельности роженицы и плода.

Такая система не могла быть создана на базе порочных теорий об «автономной» деятельности матки.

Успешное зачатие, беременность и роды в срок, наблюдавшиеся при «денервации» матки, следует объяснять высокими приспособительными и компенсаторными возможностями центральной нервной системы, а не отсутствием особого ее значения для осуществления рассматриваемых функций.

Да и сами опыты с «денервацией» матки, как правильно указывает И. В. Давыдовский,¹ нельзя считать вполне убедительными хотя бы потому, что не представляется возможности полностью денервировать орган, так как часть нервов остается в толще сосудов. Кроме того, в самом «денервированном» органе часто находятся ганглионарные образования, а «отделенные от центральной нервной системы периферические нервные элементы живут, хотя и различно, но продолжают свою деятельность» (И. П. Павлов).

Многочисленные клинические наблюдения также опровергают ложные представления о том, что родовая деятельность женщины является изолированной функцией матки, осуществляемой вне регулирующего влияния центральной нервной системы, в первую очередь коры головного мозга.

Всем клиницистам хорошо известна возможность возникновения кортикально обусловленных прерываний беременности при психотравмах, а также так называемое привычное недонашивание

¹ И. В. Давыдовский. Расширенное заседание комитета по морфологии при АМН СССР. Октябрь 1953. Стенографический отчет.

ние, в развитии которого, как было показано выше, часто имеет существенное значение прочно зафиксировавшийся условный рефлекс на повторно в определенных условиях наступающее прерывание беременности.

Наши клинико-экспериментальные исследования, произведенные совместно с А. Т. Пшоником, Л. И. Ковалевой и Г. Г. Хечинашвили, показали возможность воздействием на вторую сиг-

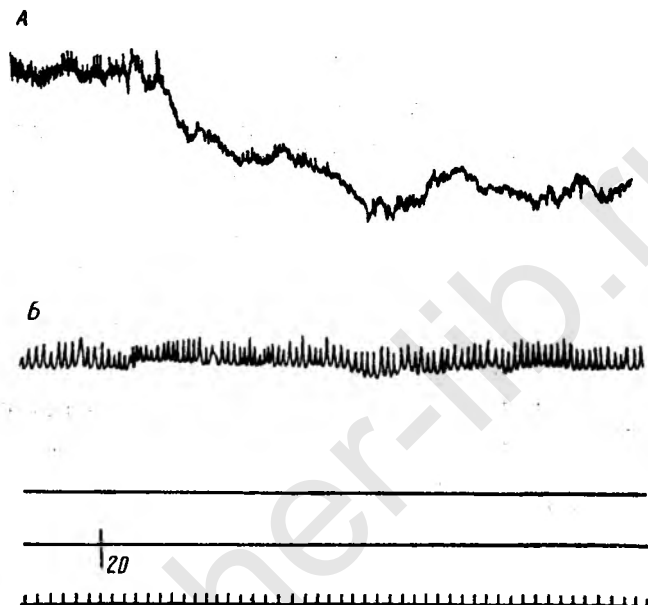


Рис. 3. Родильница М-ва А. К. Кимограмма к исследованию от 15/IV 1952 г. Внушение в состоянии глубокого гипнотического сна потуги.

А — плетизмограмма, Б — пневмограмма. Отметка — начало внушения.

нальную систему вызвать у женщин, находившихся в состоянии глубокого гипнотического сна, иллюзорные и действительные схватки, а также потуги. На рис. 3 показаны изменения плетизмограмм под влиянием соответствующих внушений.

Внушенное шевеление плода вызывает у некоторых беременных такие же реакции сосудов и, реже, матки, какие наблюдаются при действительном шевелении его (рис. 4). При этом обследуемые иногда даже испытывают соответствующие ощущения. Аналогичные реакции сосудов и матки наблюдаются у женщин, ранее рожавших, но в период обследования не беременных, которым в гипнозе внушались шевеления плода, схватки и потуги.

В совместном исследовании с А. Т. Пшоником и Л. И. Кова-

левой¹ нам неоднократно удавалось нарушать регулярность наступления схваток, значительно увеличивая интервал между ними. Это достигалось путем образования через вторую сигнальную систему такого нового очага возбуждения в коре, который индукционно тормозил инертный очаг возбуждения, возникший

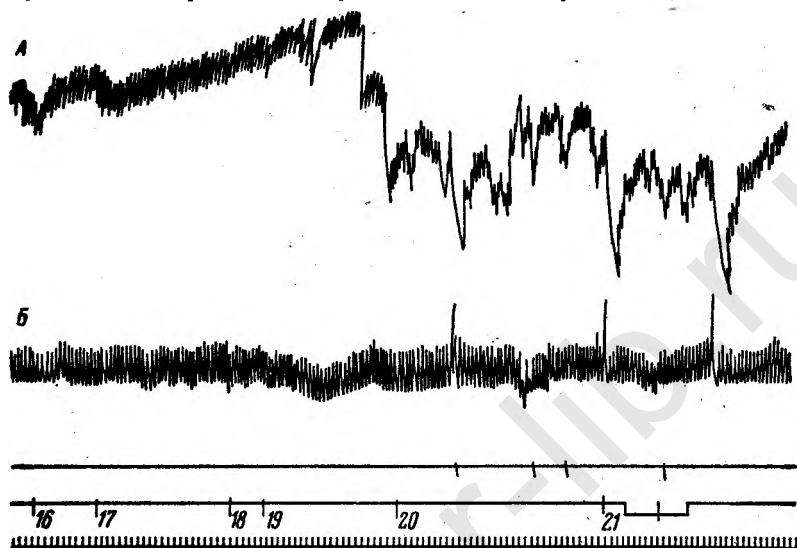


Рис. 4. Беременная Б-ко Е. В. Кимограмма к прогосклу исследования от 21/V 1952 г. Внушение в состоянии глубокого гипнотического сна шевелений плода.

Обозначения те же, что и на рис. 3. Отметка времени 5 секунд.

Протокол плетизмографического обследования беременной Б-ко Е. В. 21/V 1952 г.

№ отметок	Словесное воздействие	Изменения плетизмо- и пневмограмм
16	Врач, производящий обследование: „Я буду считать, и вы начнете дремать“	Исходное состояние
17	Врач: „Спите глубоко, дышите ровно и спокойно“	То же
18	Врач: „Я досчитаю до десяти, и у вас начнется шевеление плода“	„ „
19	Врач: „...Десять... Внимательно прислушайтесь“	Значительно выражены
20	Врач: „Можете открыть глаза“	Резко выражены

в результате потока интероцептивных импульсов от сокращений матки. Механизм этого явления следует объяснить изменением корково-подкорковых отношений: подкорковые импульсы от со-

¹ С. Н. Астахов, Л. И. Ковалева и А. Т. Пшоник. Шестнадцатое совещание по проблемам высшей нервной деятельности. Тезисы и рефераты докладов. АН СССР, М.—Л., 1953, стр. 28—30.

кращений матки, попадая в индукционно заторможенный участок коры, не проявляются ни в ощущениях, ни в реакции сосудов и матки.

Правильное понимание основных закономерностей родового акта стало возможным только в свете идей павловского нервизма о ведущей роли нервной системы и главенствующем значении коры головного мозга в осуществлении всех процессов жизнедеятельности организма человека.

Учение И. П. Павлова, способствуя правильному разрешению ряда важнейших проблем акушерства, определило, в частности, и возникновение психопрофилактического метода обезболивания в родах.

Метод этот был разработан И. З. Вельвовским, В. А. Плотицер и Э. А. Шугом¹ на основе исследований А. П. Николаева и К. И. Платонова, которые, развивая учение И. П. Павлова в акушерстве, показали физиологическое значение слова для обезболивания в родах.

При помощи слова можно устранить у роженицы ложные представления об ее положении беспомощной мученицы во время родов и устранить опасения за благополучный их исход.

Успокоить больную и объяснить ей основы физиологии нормального родового акта — необходимая предпосылка для успешного проведения всех способов обезболивания родов.

Эти положения А. П. Николаев² подчеркивал еще в 1936 г. на второй конференции акушеров-гинекологов Донецкой области, указывая, что, поступая в родильный дом, «роженица должна знать, что здесь все рожают без боли; к этой мысли о возможности обезболивания родов должны приучать беременную еще в консультации...»

На той же конференции К. И. Платонов говорил: «Высшей целью в разрешении проблемы обезболивания родов должно служить перевоспитание укоренившегося веками взгляда и предубеждения о мнимой роковой неизбежности родовых болей...»

Воздействуя на вторую сигнальную систему действительности, можно изменить корково-подкорковые и внутрикорковые отношения, угасив вредные условные рефлексы о неизбежности родовых болей и создав новые — полезные — о значении правильного поведения женщин в родах как для нормального их течения, так и для благополучного исхода. Следует всемерно использовать как сильнейший раздражитель коры — любовь к ребенку. При этом необходимо максимально подкрепить все приятные эмоции, связанные с ожидаемым ребенком, и изжить все отрицательные — страх за его жизнь и полноценность.

В настоящее время можно считать доказанным, что не толь-

¹ И. З. Вельвовский, В. А. Плотицер и Э. А. Шугом. Акушерство и гинекология, в. 6, 1950, стр. 6—12.

² А. П. Николаев. Труды второй конференции акушеров-гинекологов Донецкой области. Сталино, 1936, стр. 57.

ко зрительный бугор, но и кора головного мозга являются высшими аппаратами восприятия боли.

Во время родовой деятельности усиливается число и сила импульсов, поступающих в кору вследствие нарастающего раздражения интерорецепторов матки, придатков, брюшины. При этом также возникают болевые ощущения вследствие давления на нервно-сосудистые сплетения, растяжения мягких тканей и неизбежных повреждений слизистой родовых путей.

Характер и сила болевых ощущений обуславливаются как величиной и интенсивностью этих импульсов, направляющихся с периферии в кору, так и порогом возбудимости последней. Снижение активности коры с нарушением ее нормальных функциональных соотношений с нижележащими отделами головного мозга и перевозбуждение подкорки обуславливают усиленную интерпретацию болевых импульсов. В таких случаях терпимые, легко преодолимые болевые ощущения резко усиливаются и могут сопровождаться бурными эмоциональными реакциями роженицы.

Проведение психопрофилактической подготовки к обезболиванию в родах предусматривает не только восстановление нарушенных взаимоотношений коры и подкорки, но и нормализацию внутрикорковых процессов, активирование их течения и повышение порога болевой чувствительности к интероцептивным импульсам. Для выполнения этой задачи врач должен не только преодолеть у беременной необоснованное чувство страха перед предстоящими родами, уничтожить все отрицательные эмоции, но должен также угасить вредные для безболезненного проведения родов временные связи и выработать новые, способствующие обезболиванию. Следует не только изжить страх перед родами, но и воспитать у роженицы сознание, что своим поведением и реакциями она в значительной степени сама определяет благоприятный исход родов как для себя, так и для своего ребенка.

Наши совместные с А. Т. Пшоником и Л. И. Ковалевой¹ исследования показали, что во время родов исчезают ранее выработанные у беременных женщин условные сосудистые рефлексy. Эти данные имеют особое значение для дальнейшей разработки метода психопрофилактики болей в родах.

Тот факт, что во время родов угасают выработанные в период беременности условные сосудистые рефлексy, ни в коей мере не противоречит отмеченным выше основным положениям психопрофилактического метода обезбоживания — он только подчеркивает необходимость создать у беременных в процессе под-

¹ С. Н. Астахов, Л. И. Ковалева и А. Т. Пшоник. К вопросу о значении состояния центральной нервной системы в возникновении и устранении боли на различных этапах родовой деятельности. Доклад на конференции, посвященной вопросам обезбоживания родов. Ленинград, 12—13 июня 1953 г.

готовки их к родам столь мощные доминантные установки и выработать такие прочные и жизненно важные условные рефлексы, чтобы они не могли быть угашены в период родов.

Действительное обезболивание в родах с помощью психопрофилактического метода будет достигнуто лишь тогда, когда в процессе предварительной подготовки беременной в коре ее головного мозга будут созданы такие мощные очаги возбуждения, которые смогут индукционно затормозить отделы коры, воспринимающие болевые импульсы.

Проведение указанной системы перевоспитания отношения женщины к своей роли во время родов может быть осуществлено при условии действительного, не на словах, а на деле, объединения женской консультации и родильного дома. Единая методика обучения беременной в женской консультации должна сочетаться с подкреплением и преемственной реализацией полученных знаний в родильном доме.

Индивидуальное, чуткое, заботливое, внимательное отношение к беременной на всех этапах обслуживания ее в женской консультации и родильном доме является непременным условием для проведения метода психопрофилактического обезболивания в родах.

Таким образом, организационные мероприятия по проведению указанного метода неразрывно связаны с общим улучшением качества медицинского обслуживания беременных.

Психопрофилактическая подготовка беременных к родам начинается с первого приема в женской консультации, продолжается в приемном покое и в родильном доме.

Участковый врач женской консультации при первом осмотре беременной не только собирает основные данные анамнеза, выясняет общее ее состояние и определяет акушерский статус, но и обязательно проводит краткую беседу о родах как акте физиологическом и почти безболезненном. При последующих посещениях врач подробно выясняет характер общественных и семейных взаимоотношений обследуемой, условия ее труда и быта, а также ее и мужа отношение к беременности и предстоящим родам. Особое внимание фиксируется на всех тех обстоятельствах, которые указывают на возможность возникновения отрицательного отношения к беременности или страха перед родами. Одновременно проводятся организационные мероприятия (патронаж, юридическая помощь), которые могут помочь устранить имеющиеся трудности. При невозможности изменить патогенно действующую ситуацию проводится в дальнейшем работа по изменению отношения беременной к такой ситуации. Во время повторных осмотров обращается внимание не только на общесоматическое состояние и акушерский статус, но и проводится тщательное наблюдение за поведением и реакциями беременной, характеризующими особенности ее высшей нервной деятельности.

На первых этапах внедрения в практику идей психопрофилактики болей в родах оказалось целесообразным всю систему

подготовки начинать с последних недель беременности и концентрировать ее проведение в течение 5—6 занятий.

Такую установку можно было считать правильной только для периода внедрения метода. Сейчас же имеется настоятельная необходимость начинать психопрофилактическую подготовку к обезболиванию в родах с первого посещения беременной женской консультации, сообщая положения 1, 2 и 6-го занятий, содержание которых приводится ниже. Такая форма работы позволит лечащему врачу хорошо изучить не только особенности высшей нервной деятельности беременной, но и своевременно выявить и по возможности устранить все травмирующие ее факторы.

В последние же недели беременности (с 36-й недели) женщина должна прослушать 6 бесед, частью подытоживающих и подкрепляющих ранее полученные ею знания, а также дающих ей новые сведения (темы 3, 4 и 5-го занятия) и навыки.

Ниже приводится разработанная в ИАГ АМН СССР схема этих 6 итоговых занятий; основное содержание трех из них должно быть, как указано выше, преподано беременной во время ее бесед с врачом при посещении женской консультации в течение всей беременности.

Во время первой коллективной беседы, построенной на базе учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности, врач объясняет беременной истоки происхождения ложных представлений о неизбежности родовых болей. Подчеркивается, что ожидание боли, страх перед болью резко усиливают болевые ощущения и определяют возникновение невротических состояний. Дается физиологический анализ того, как однотипные раздражители в зависимости от условий их возникновения могут вызвать различной интенсивности болевые реакции. Приводятся общеизвестные примеры, подтверждающие эти факты: разница в реакции на одинаковой интенсивности уколы при шитье и во время взятия крови; различная реакция на боль при бытовом порезе пальца и при аналогичном по степени поражения тканей, но с тревогой ожидаемом оперативном вмешательстве; подчеркиваются всем хорошо известные факты периода Великой Отечественной войны, когда целеустремленный боец не замечал во время боя полученного им ранения. Эти и аналогичные им примеры должны показать, что целеустремленное положительное отношение к родовому акту может коренным образом изменить интенсивность восприятия и характер тех незначительных, вполне терпимых и легко переносимых болевых ощущений, которые, возможно, и возникнут в процессе родов.

Беременной разъясняется неправильность старых представлений о невозможности активно регулировать течение родового акта; подчеркивается, что нормальное течение родов, а следовательно, и благополучие ребенка в зна-

чительной степени зависит от поведения и реакций роженицы. Объясняется, что роды — трудная и тяжелая физическая работа; для успешного ее выполнения необходимо беречь силы до наиболее утомительного и решающего периода родов — потужного. Врач указывает беременной, что положительное отношение к работе облегчает ее выполнение и сберегает силы; одинаковые по длительности и интенсивности схватки могут различно, в зависимости от отношения к ним, восприниматься.

Задача приведенной беседы — сформировать правильное отношение беременной к своей роли во время родов. Старое представление о том, что удел женщины во время родов только страдать без возможности что-либо предпринять для улучшения своего положения и для благополучия ребенка, должно быть заменено новым: роженица — сознательная, активная участница родового акта, в значительной степени сама определяющая характер его течения.

Во время родов необходимо стремиться не к выключению сознания роженицы, а к максимальной активности коры. Беременная должна осознать, что роды — целеустремленная, сознательная работа, а не мучительная пытка беспомощной роженицы.

Во время второй коллективной беседы необходимо, используя данные, приведенные А. П. Николаевым,¹ показать беременным принципиальную разницу между попытками обезболивания родов в капиталистических странах и системой проводимых в СССР мероприятий по охране здоровья беременной женщины и роженицы.

Сообщаются данные о физиологических изменениях, происходящих в организме женщины в связи с беременностью. Преподают краткие сведения об анатомии и физиологии женских половых органов, строение и функция которых обеспечивают почти безболезненное течение родов. На основе всех этих сведений вновь подчеркивается необоснованность страха перед родами.

Третье и четвертое занятия посвящаются первому периоду родов. Врач сообщает о признаках начала родов, объясняет физиологическое значение и характер схваток, а также механизм раскрытия шейки матки, указывает на роль околоплодного пузыря и вод. Далее беременную обучают так называемым приемам обезболивания — глубоким ритмичным вдохам и выдохам во время схваток, сочетающимся с легким поглаживанием нижней половины живота от средней линии кнаружи и в стороны, а также прижатию точек спереди у передне-верхних подвздошных остей большими пальцами и сзади у наружных углов поясничного ромба кулаками. Беременной подчеркивается необходимость тщательно, сосредоточенно и своевременно выполнять

¹ А. П. Николаев. Обезболивание родов в капиталистических странах. Акушерство и гинекология, 1, 1954, стр. 36—43.

как «приемы обезболивания», так и все другие указания обслуживающего персонала. Беременной разъясняется необходимость в первом периоде родов регулярно питаться для сохранения сил.

Во время пятого занятия излагается течение второго периода родов. Характеризуются ощущения, возникающие при начале потужной деятельности. Беременным объясняется значение правильного выполнения потуг, они обучаются рациональному положению тела и нормам поведения в этот ответственный период родов. Беременная должна знать, что во время потуг необходимо лежать на спине с максимально согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами, крепко упирая стопы в кровать; в руках у роженицы — вожжи или края кровати, которые она во время потуг тянет на себя. Беременная должна помнить, что по приказу врача или акушерки она должна глубоким дыханием преодолеть потугу.

В результате этой беседы беременная обязана твердо усвоить, что полученные знания дают ей возможность сознательно и активно работать, регулируя, направляя и нормализуя течение родового акта.

Шестое занятие — заключительное. Беременная информируется о всех ожидающих ее в родильном доме лечебно-диагностических мероприятиях и процедурах (внутреннее исследование, внутривенные введения глюкозы, дача кислорода и т. д.). Указывается, что все эти мероприятия не только способствуют нормальному течению родов, но и действуют болеутоляюще. Основная цель этой беседы — вновь подчеркнуть беременной величие той задачи, которую она выполняет, становясь матерью. Материнство — высокая и почетная гражданская обязанность, большое и радостное событие в личной жизни. Правительственные награды и постоянная забота о женщине-матери — лучшее подтверждение этого положения.

Заканчивая подготовку беременных, врач обязан выяснить, изжили ли беременные страх перед родами, поняли ли слушательницы физиологические основы предлагаемого метода и усвоили ли они технические приемы его применения.

Правильно проведенная психопрофилактическая подготовка беременных к обезболиванию в родах дает, как правило, почти полное обезболивание и обеспечивает совершенно спокойное поведение роженицы в течение всего периода родов.

Мы уже указывали на то, что плетизмо-, пневмо- и гистерограммы не только чрезвычайно четко и очень тонко регистрируют реакции сосудов и матки на раздражения экстеро- и интерорецепторов, но и отражают малейшие сдвиги в эмоциональном состоянии беременных, рожениц и родильниц.

На полученных нами плетизмо- и гистерограммах отражены изменения реакции сосудов и матки под влиянием словесных воздействий на беременных и родильниц, находящихся в состоянии бодрствования или гипнотического сна.

Так, на ободряющее заявление врача о том, что «роды пройдут у вас совершенно безболезненно и абсолютно благополучно», беременная О-ва О. Е., находившаяся во время исследования в состоянии глубокого гипнотического сна, дала положительную эмоцию, отраженную на кимограмме (рис. 5).

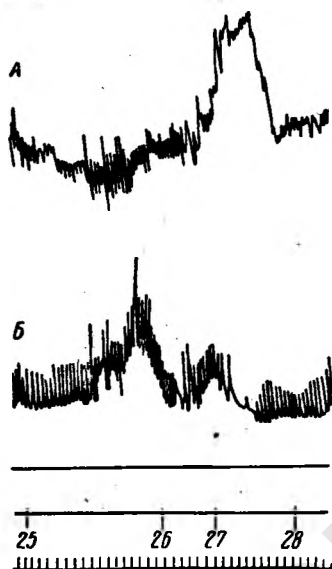


Рис. 5. Беременная О-ва О. Е. Кимограмма к протоколу исследования от 28/X 1953 г. Состояние глубокого гипнотического сна. А — плетизмограмма, Б — пневмограмма. Отметка времени 5 секунд.

Протокол плетизмографического обследования беременной О-вой О. Е. от 28/X 1953 г.

№ отметок	Словесное воздействие	Изменения плетизмо- и пневмограмм
25	Врач: «Никаких болевых ощущений, только чувство покоя и отдыха»	Исходное состояние
26	Врач: «Роды пройдут у вас совершенно безболезненно и благополучно»	Резко выражены
27	Врач: «Данные нашего исследования говорят за то, что вы родите совершенно благополучно и безболезненно»	То же

Даже те словесные раздражения, которые непосредственно не адресованы к обследуемым женщинам, четко ими воспринимаются и сразу же отражаются на плетизмо- и пневмограммах. В диагностический кабинет вошел врач, шепотом сообщивший своему товарищу, проводившему обследование родильницы Ж-ской, что «у М-вой сейчас был припадок эклампсии». Это известие было немедленно воспринято, обследуемой и сразу же нашло отражение на плетизмо- и пневмограмме (рисунок 6).

Особенно чутко родильницы реагируют на все раздражения, связанные с кормлением ребенка.

На рис. 7 показаны изменения конфигурации плетизмо- и пневмограммы родильницы М-вой Н. И. при упоминании врача о предстоящем первом кормлении.

Особенно резко являются реакции родильниц на первое

кормление. На рис. 8 и 9 показаны резкие реакции сосудов родильницы Ж-ской на первое кормление и менее выраженная — на повторное у родильницы М-вой П. М.

Воспоминания беременных и родильниц о болевых ощущениях

во время предыдущих родов вызывают выраженные сосудистые реакции, четко отражающиеся на плетизмограммах.

Данные всех этих исследований показывают четкость плетизмографической методики, тонко отражающей реакции беременных и рожениц. Это обстоятельство дает нам право считать, что рассматриваемую методику можно признать достаточно убедительной для объективной регистрации реакций женщин и в процессе самих родов. Однако использовать плетизмографическую методику для регистрации второго периода родов обычно не удавалось из-за двигательного беспокойства обследуемых. Это оказалось возможным при психопрофилактическом методе обезболивания в родах, что объективно свидетельствует об его эффективности.

Наши наблюдения показали также четкую зависимость между реакциями женщины на боль в родах и особенностями типа ее высшей нервной деятельности.

Необходимо вновь подчеркнуть, что мы могли судить лишь об относительном преобладании отдельных проявлений типологических особенностей нервной системы обследованных нами женщин. Подавляющее число рожениц, проявлявших крайние степени беспокойства, несмотря на различные виды обезболивания, характеризовалось слабостью нервной системы и превалярованием первой сигнальной системы действительности. Было установлено, что неудачи обезболивания часто бывают связаны с отрицательными эмоциями беременной в отношении предстоящих родов.

Наши с Н. И. Бескровной исследования показали значение типа высшей нервной деятельности беременных женщин для эффективности их психопрофилактической подготовки к родам. Наилучшие результаты психопрофилактического обезболивания в родах были получены у женщин с чертами сильного типа выс-

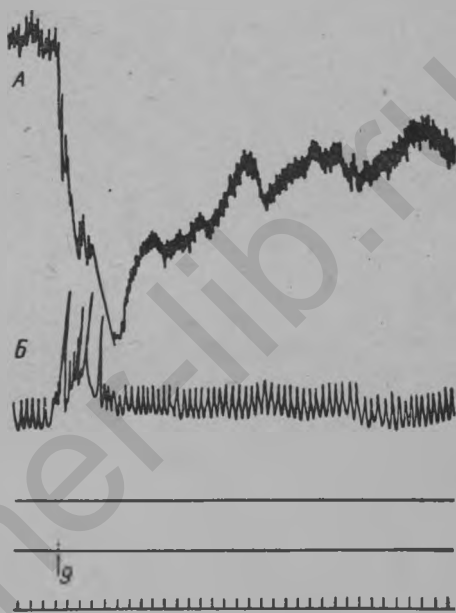


Рис. 6. Беременная Ж-ская В. А. Кимограмма к исследованию от 25/III 1952 г. Обозначения записи такие же, как на рис. 5. 9 — изменения плетизм- и пневмограмм в ответ на случайно услышанное сообщение о том, что у другой женщины был припадок эклампсии.

шей нервной деятельности. В то же время неудачи обезболивания при проявлениях слабости нервной системы наблюдались у 9,6% рожениц, т. е. почти в 3 раза чаще, чем у лиц с сильной нервной системой, среди которых «срывы» были зафиксированы у 3,5% рожениц. Необходимо при этом отметить особенно плохие результаты психопрофилактического обезболивания в родах у женщин с одновременными проявлениями слабости нервной си-

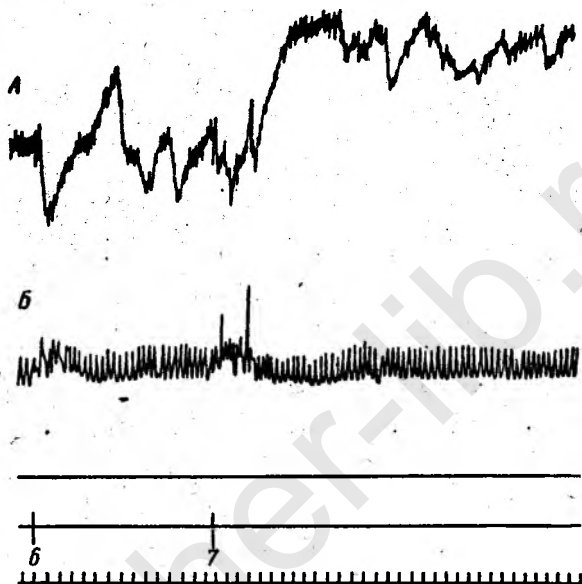


Рис. 7. Родильница М-ва Н. И. Кимограмма к исследованию от 25/III 1952 г.

6 — изменения плетизмограммы в ответ на вопрос врача, производящего исследование, не прикладывали ли еще ребенка к груди: «Из рожка сосет?»; 7 — изменения плетизмо- и пневмограмм в ответ на указание врача: «Значит, только завтра будет первое знакомство с сыном».
А — плетизмограмма, Б — пневмограмма.

стемы и неуравновешенности раздражительного и тормозного процессов.

Мы обратили внимание также на то обстоятельство, что навязчивые страхи и опасения за исход нормально протекающей беременности относительно чаще наблюдались у женщин с инертным типом нервной системы.

Данные приведенных выше наблюдений соответствуют указаниям И. П. Павлова о том, что при тяжелых условиях внешней и внутренней среды организма невроз, понятно, чаще развивается на почве слабых и неуравновешенных систем, хотя может раз-

виться и у представителей сильной, уравновешенной нервной системы.

Далее, при анализе наших данных надо всегда иметь в виду правильные указания А. Г. Иванова-Смоленского о том, что «значение силы в человеческом обществе в значительной степени отступает на задний план по сравнению со значением социальной ценности личности, а оба эти понятия — нервной силы и социальной ценности — далеко не всегда совпадают, далеко не во всех случаях консонируют. Следовательно, не отрицая положитель-

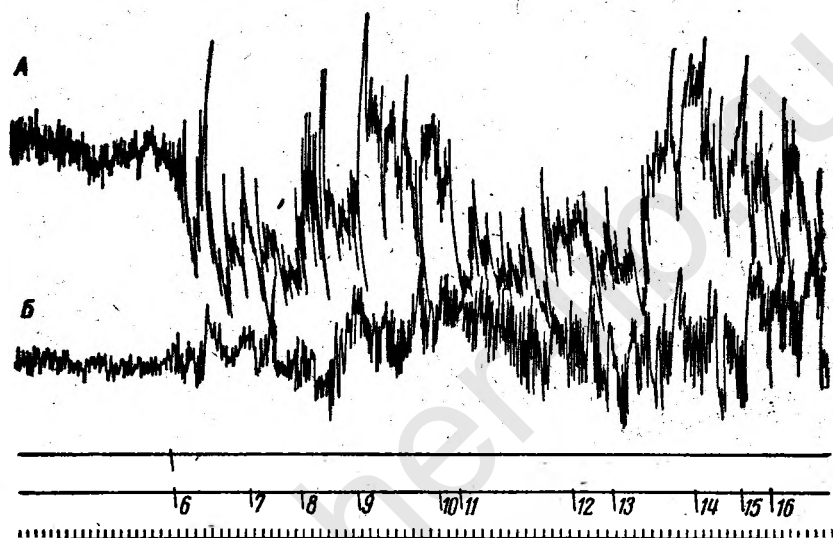


Рис. 8. Родильница Ж-ская В. А. Кимограмма к исследованию от 26/III 1952 г. Первое кормление новорожденного грудью.

А — плетизмограмма, Б — пневмограмма. Отметка времени 5 секунд. Отметки на кимограмме: 6 — в палату вошла медицинская сестра с ребенком; 7 — на лицо родильницы надевают марлевую маску; 8 — ребенка поднесли к матери; 9 — родильница пытается дать грудь ребенку; 10 — медицинская сестра спрашивает: «Взял грудь?» Ответ: «Нет»; 11 — медицинская сестра: «Не волнуйтесь, это обычная история»; 12 — она же: «Ротик открывает, а сосать не хочет»; 13 — она же: «Удивленно как смотрит»; 14 — она же: «Ротик открывает, а не сосет»; 15 — мать: «Чмокает, а не сосет»; 16 — лечащий врач: «Не волнуйтесь, сегодня будет сосать».

ного значения сильной и в особенности уравновешенной нервной системы для человеческой личности, никогда нельзя забывать о ведущем значении социальной ее ценности, что, конечно, полностью относится и к оценке представителей слабых типов высшей нервной деятельности».¹

Таким образом, возможность возникновения неудач обезбо-
ливания у рожениц с проявлениями слабости и неуравновешен-

¹ А. Г. Иванов-Смоленский. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. Медгиз, 1952, стр. 185.

ности нервной системы была вполне закономерной. Поэтому особый интерес представляло для нас вскрыть патогенетические корни развития рассматриваемых болезненных состояний у лиц, приближающихся по своей типологической характеристике к сангвиникам и флегматикам.

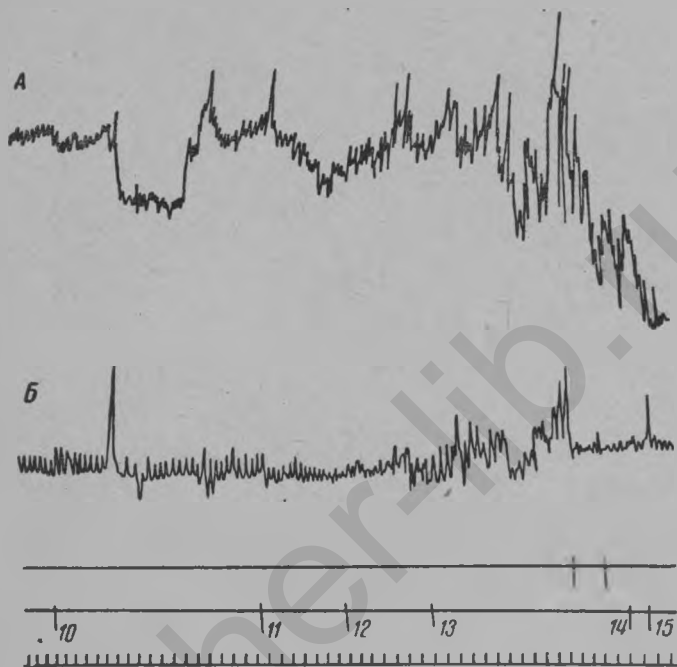


Рис. 9. Родильница М-ва П. М. Кимограмма к исследованию от 28/III 1953 г. Повторное кормление.

Отметки на кимограмме: 10 — «Вспомните первые роды — было больнее?» Ответ: «Нет, только устала больше»; 11 — привезли кормить детей, раздаётся их крик перед палатой; 12 — медицинская сестра поднесла матери ребенка, на глазах у родильницы слезы; 13 — на лицо родильницы надевают марлевую маску; 14 — медицинская сестра спрашивает: «Эта мамаша сейчас кормить не будет?» Ответ врача: «Нет, будет»; 15 — ребенка приложили к груди.

Обозначения записи такие же, как на рис. 8.

При анализе причин неудач обезболивания у рожениц этой группы выяснилось, что они не учитывали значения своего поведения в родах на течение последних. «Разве я так вела бы себя, если бы знала, что от моего поведения зависела жизнь моего ребенка», — заявляли такие родильницы при катанестическом обследовании.

Эти наблюдения дали нам основание рекомендовать видоизменение методики психопрофилактической подготовки к родам в зависимости от типологических особенностей высшей нервной деятельности беременных.

Так, например, мы указали на то, что обязательный элемент первоначальной схемы И. З. Вельвовского — беседы в состоянии сонного торможения — может быть сохранен только для тех беременных с проявлениями слабости нервной системы, которые нуждаются в индивидуальных занятиях.

В то же время беременные с хорошо развитой второй сигнальной системой действительности и с достаточными проявлениями силы нервной системы, а также уравновешенности процессов возбуждения и торможения нуждаются в меньшем числе подготовительных бесед, чем лица, характеризующиеся слабостью нервной системы. Для первых подготовленность определяется пониманием основных положений метода и усвоением приемов обезболивания, для вторых необходимы повторные частые беседы для закрепления и подкрепления новых для них представлений о течении родовой деятельности и значении поведения роженицы для благополучного окончания родов.

Мы полагаем, что представленные данные имеют существенное практическое значение, так как не только позволяют правильно организовать психопрофилактическую подготовку беременных к обезболиванию в родах, но и подчеркивают необходимость учета особенностей типа высшей нервной деятельности роженицы при проведении и всех других видов обезболивания в родах.

Результаты наших исследований, произведенных совместно с Н. А. Абдиевой, Н. И. Бескровной и О. Д. Кручиной, показали значение типологических особенностей нервной системы беременных для эффективности не только метода психопрофилактики болей в родах, но и всех других видов обезболивания.

Клиницисты нередко встречают женщин, которые обнаруживают выраженные черты невротического поведения и реакций в родах, несмотря на применение различных способов их обезболивания. Даже эфирный наркоз протекает у таких рожениц не совсем обычно, сопровождаясь возбуждением, агрессивным поведением в начале его, что требует значительно больших, чем обычно, количеств наркотического вещества.

Поведение таких рожениц не находит обычно адекватного объяснения со стороны акушерского статуса и потому характеризуется персоналом как «буйное», «безудержное», «истерическое», «психопатическое». С такими женщинами не удается в период родов наладить какой-либо контакт, они не слушаются указаний обслуживающего их медицинского персонала и как бы не воспринимают все те воздействия, которые идут через вторую сигнальную систему.

В таких случаях перед врачом неизбежно должны возникнуть вопросы первостепенной практической значимости — имеет ли он дело с закономерными реакциями на боль вследствие пока не распознанной патологии родов или же с невротическим состоянием. Последнее в свою очередь может быть либо заостренным

проявлением свойственных данной женщине особенностей высшей нервной деятельности, либо ее «срыва» в результате непосильного перенапряжения.

Своевременное и правильное разрешение этих вопросов совершенно необходимо для организации нормального ведения родов. При этом следует учитывать, что изолированные данные акушерского статуса не могут обеспечить правильный ответ, так как теперь мы хорошо знаем, что на сложный процесс, приводящий к болезни, «эмоциональные воздействия могут часто оказывать во много раз большее влияние, чем какой-либо физический фактор» (К. М. Быков).¹

Исследования И. П. Павлова и его ближайших сотрудников, в первую очередь М. К. Петровой, показали возможность вызвать экспериментальный невроз в специально создаваемых трудных для животного условиях перенапряжения раздражительного или тормозного процессов, а также при их непосредственном столкновении.

При этом выявилось, что «...получение болезненного состояния высшей нервной деятельности... является часто делом очень легким. Но в зависимости от типов нервной системы наблюдается огромная разница в легкости, с которой достигается это болезненное состояние. Уравновешенных и сильных животных... тоже можно сделать нервнобольными, но это стоит значительно времени и труда... У возбудимых же и у слабых животных это достигается очень легко» (И. П. Павлов).²

«Производимые нами,— говорил И. П. Павлов в 1934 г.,— болезненные нервные состояния, если их перенести на человека, в значительной части отвечают так называемым психогенным заболеваниям. Такие же перенапряжения, такие же сшибки раздражительного процесса с тормозным, все это встречается и в нашей жизни» (И. П. Павлов).³

Исходя из приведенных выше положений, мы совместно с Н. А. Абдиевой⁴ поставили перед собою задачу проанализировать особенности высшей нервной деятельности женщин, обнаруживших выраженные черты невротического поведения в родах при отсутствии той акушерской ситуации, которая сама по себе могла бы обусловить неудачу обезболивания.

Мы полагаем, что данные такого анализа могут способствовать разработке мероприятий, предупреждающих возможность

¹ К. М. Быков. Доклад на объединенной сессии АН СССР и АМН СССР. Стенографический отчет. АН СССР, 1951, стр. 40.

² И. П. Павлов. Полное собрание сочинений. Т. III, кн. 2, АН СССР, 1951, стр. 300.

³ И. П. Павлов. Там же, стр. 303.

⁴ С. Н. Астахов и Н. А. Абдиева. Некоторые данные об особенностях высшей нервной деятельности рожениц с отрицательными результатами обезболивания при различных способах его проведения. Доклад на конференции по обезболиванию родов. Ленинград, 12—13 июня 1953 г. Стенографический отчет.

возникновения «срывов» высшей нервной деятельности у такого рода рожениц.

При обследовании мы учитывали формы и степень подготовки беременной к родам, реакции роженицы на отдельных этапах родовой деятельности и поведение родильницы в период пребывания ее в послеродовом отделении, в частности во время кормления ребенка. Эти данные сопоставлялись с результатами подробного неврологического обследования, включавшего исследование внушаемости, углубленное изучение анамнеза.

Всего нами было таким образом обследовано 68 женщин, из них у 35 эффективность обезболивания была оценена «3», а у 33 — «2». Из этих 68 женщин психопрофилактическая подготовка была проведена у 35 беременных с оценкой результатов обезболивания 22 родильниц «3» и 13 — «2». Добавочное обезболивание с помощью фармакологических средств было применено 19 из 35 женщин, прошедших психопрофилактическую подготовку к родам. Однако у 17 из 19 рожениц и это сочетание психопрофилактического и медикаментозного обезболивания эффекта не дало.

С отрицательным результатом применялись добавочно следующие фармакологические средства: эфирный наркоз — у 3 рожениц, свеча, содержащая *Extr. Belladonnae* 0,03 + *Paraverini* 0,02 + *Chinini* 0,15 + *Antipyrini* 0,3 + *But. Cacao* 1,5 — у 5, внутривенно раствор 10% брома по 5,0 — 10,0 мл + текодин 1% — 1,0 мл и легкий эфирный наркоз — у 1, внутривенно 10% раствор брома — у 3, спазмальгин (*Sol. atropini sulf.* 1/1000 — 0,5 мл + *Sol. paraverini* 2% — 1 мл) — у 1, пудендальная анестезия — у 4.

У 2 рожениц применение дополнительно — у одной брома с кофеином, а у другой пудендальной анестезии — увеличило эффективность обезболивания до оценки «4».

Как было указано выше, из 68 обследованных нами родильниц не прошли психопрофилактической подготовки к обезболиванию в родах 33 женщины. Эти родильницы подвергались без положительного эффекта следующим видам обезболивания: свеча по приведенной выше прописи была применена у 8 рожениц (с оценкой «3» у 4 и с оценкой «2» также у 4); легкий эфирный наркоз дал отрицательный эффект обезболивания у 4 рожениц (оценка «2»); текодин в указанной выше дозировке не дал положительного результата у 2 рожениц (оценка «2» и «3»); бром с анальгином 50% 1,0—2,0 мл был применен у 14 рожениц (с оценкой «3» — у 6 и у 8 с полным отсутствием эффекта — оценка «2»); спазмальгин применялся у 5 рожениц (у 3 с оценкой «3» и у 2 с оценкой «2»).

При анализе полученных нами данных об особенностях высшей нервной деятельности этих 68 родильниц были получены следующие результаты.

Выраженные черты слабого типа нервной системы были нами установлены из 68 у 19 обследованных. Большинство из

них характеризовалось также неуравновешенностью процессов возбуждения, инертностью и преобладанием первой сигнальной системы действительности.

К числу сильных, но крайне неуравновешенных людей, по своим типологическим особенностям приближающихся к темпераменту холерика, мы имели основание отнести 18 родильниц.

Преимущественные черты сильной нервной системы и уравновешенности основных корковых процессов были обнаружены у 31 родильницы, причем у 21 из них имелась достаточная подвижность нервной системы, что давало основание рассматривать их как лиц, имеющих преимущественно черты сангвиника, остальные 10 имели преимущественно черты флегматика.

Таким образом, как и следовало ожидать, невротические реакции в родах были несколько чаще выявлены среди представителей двух крайних типов, наименее устойчивых в отношении преодоления всяких трудностей.

Это положение мы совместно с Н. И. Бескровной имели возможность высказать еще в 1951 г. на конференции по обезболиванию родов.¹

В дальнейших наблюдениях с Н. А. Абдиевой мы не только подтвердили это положение, но и смогли показать, что в поведении большинства таких рожениц доминируют истерические реакции. Последние не были, однако, следствием стойкого срыва высшей нервной деятельности под влиянием непосильного перенапряжения основных корковых процессов, а представляли только несколько обостренные, но обычные для этой группы людей формы поведения.

И. П. Павлов блестяще обосновал физиологические механизмы такого рода реакций у лиц со слабой нервной системой. Большие полушария головного мозга, учит И. П. Павлов, умеряют, согласуют и обеспечивают наивыгоднейшее осуществление всех основных тенденций (пищевой, половой, агрессивной и т. д.) нашего организма, составляющих функцию ближайшей подкорки. Это обстоятельство определяет «два способа действия»² — разумного, после предварительного его контроля большими полушариями, и аффективного, происходящего без такого контроля и осуществляемого, возможно, непосредственно через подкорковые центры. Этот второй «способ действия» характерен для истериков и определяет клиническую картину наблюдающихся у них болезненных проявлений.

И. П. Павлов вскрыл патогенетические корни истерии, показав возможность преимущественного ее возникновения у лиц со слабым, легко тормозимым типом нервной системы и преобладанием первой сигнальной системы действительности. Однако

¹ С. Н. Астахов и Н. И. Бескровная. Обезболивание в родах. Труды конференции АМН СССР, 1952, стр. 48—54.

² И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, АН СССР, 1951, стр. 206—208.

И. П. Павлов указывает, что «отдельные истерические реакции как общефизиологические при крайне сильных раздражениях, при чрезвычайных ударах жизни, должны встречаться и у более или менее сильных типов...»¹ У последних, однако, быстро наступает полное выздоровление.

Поведение в родах женщин со слабой нервной системой характеризовалось повышенной внушаемостью, выраженной эмотивностью и резкой боязливостью — трусостью, т. е. как раз теми чертами, которые присущи их типологическим особенностям. Последние особенно ярко выявлялись в период родов, когда обычно наблюдаются более или менее выраженные нарушения внутрикорковых и корково-подкорковых соотношений (заторможенная кора, перевозбужденная подкорка).

«Внушаемость,— пишет И. П. Павлов,— конечно, основана на легком переходе в тормозное состояние корковых клеток. А эмотивность есть преобладание, буйство сложнейших безусловных рефлексов (агрессивного, пассивно-оборонительного и других рефлексов — функций подкорковых центров) при ослабленном контроле коры».²

И. П. Павлов указывает также, что «в основе, так сказать, нормальной боязливости, трусости, а особенно болезненных фобий лежит простое преобладание физиологического процесса торможения как выражение слабости корковых клеток».³

При анализе данных о типологических особенностях человека необходимо всегда учитывать и приведенные выше совершенно правильные указания А. Г. Иванова-Смоленского⁴ о ведущем значении для общества не только силы нервной системы человека, но и социальной ценности его личности. Сила же нервной системы человека и его социальная ценность далеко не всегда совпадают. Эти положения полностью относятся и к представителям слабого типа высшей нервной деятельности.

Следовательно, при обсуждении значения типологических особенностей нервной системы никогда нельзя забывать о ведущем значении социальной ценности человека.

Данные наших наблюдений и эти указания А. Г. Иванова-Смоленского должны быть учтены при подготовке рассматриваемой группы беременных со слабой нервной системой к родам.

При этом наибольшее практическое значение для проведения обезболивания в родах этих женщин имеют следующие два факта: 1) наблюдавшаяся у этих беременных относительная слабость коры с преобладанием функции подкорки и 2) повышенная

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, АН СССР, 1951, стр. 217.

² И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, АН СССР, 1951, стр. 87.

³ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, АН СССР, 1951, стр. 60.

⁴ А. Г. Иванов-Смоленский. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. Медгиз, 1952, стр. 185.

их внушаемость. Следовательно, наши профилактические и лечебные мероприятия должны быть направлены к тонизированию коры, что может быть осуществлено как фармакологическими средствами, так и путем психотерапии.

Основной формой психотерапии для обезболивания в родах женщин этой группы должна оставаться психопрофилактическая подготовка, проводимая, однако, с некоторыми модификациями. В частности, для женщин со слабой нервной системой, характеризующейся резко повышенной внушаемостью, целесообразно проводить разъяснительные беседы по изжитию необоснованного страха болезненных родов в состоянии гипнотического сна. С такого рода беременными необходимо проводить добавочные занятия как в женской консультации, так и в родильном доме для постоянного подкрепления полученных установок. Надо помнить, что беременные этой группы нуждаются в постоянном авторитетном для них руководстве врача или акушерки.

При соблюдении этого правила удастся сохранить полный контакт с роженицей в течение всего процесса родов.

По предложению А. П. Николаева, основанному на сообщении В. Н. Бабенко (Харьков), для нормализации нарушенных у этих рожениц корковых и корково-подкорковых соотношений (явное преобладание подкорковых реакций, состояние неконтактности и некоторая «хаотичность» поведения) в ИАГ АМН СССР с успехом применяется фенамин, разовая доза 0,01.

Совершенно других форм подготовки к обезболиванию в родах требует вторая группа обследованных нами женщин — те, у которых причина неудачи обезболивания была обусловлена «срывом» их нервной деятельности из-за непосильного перенапряжения основных корковых процессов.

В анамнезе каждой из этих женщин удается четко установить те или иные обстоятельства, обуславливающие либо длительное хроническое перенапряжение процессов возбуждения и торможения, либо их «сшибку». Вследствие таких нарушений нормальной динамики корковых процессов возникали психогенные заболевания, коренным образом менявшие и поведение женщин в родах.

Среди причин, особенно травмирующих беременных, необходимо на первое место поставить то, что входит в понятие «отягощенный акушерский анамнез».

До сих пор акушеры продолжают рассматривать значение «отягощенного анамнеза» главным образом с точки зрения своевременного проведения мероприятий для предупреждения повторения имевшейся при предыдущих родах патологии.

Особенности же высшей нервной деятельности женщин, перенесших тяжелую травму в родах, при этом в должной мере не учитываются. Поэтому специальной психотерапевтической работы по изжитию этих «следовых реакций», как правило, не проводится. Вследствие этого при последующих родах у таких травмированных женщин часто возникают невротические реакции,

которые не находят объяснения в акушерской ситуации. Закономерность таких реакций становится понятной только при углубленном анализе, в свете идей павловского нервизма, всех переживаний этих женщин. Возможность возникновения в родах «следовых реакций» свидетельствует о том, что мы не всегда помним ценные для нашей практической лечебной работы указания нашего великого физиолога. Ведь И. П. Павлов подчеркивал, что один даже словесный намек на те раздражители, которые в свое время обусловили нервное заболевание, может вновь нарушить нормальное состояние человека. Ярким примером, подчеркивающим правильность такого заключения, может служить следующее наблюдение.

Наблюдение ХХ. Г-ва Т. И., 27 лет. Во время первых родов погиб ребенок от внутриутробной асфиксии — «врачи говорили потом, что надо было бы раньше наложить щипцы, да жалели меня, все сердцебиение слушали, а потом мертвого извлекли». В период второй беременности — постоянная «навязчивая мысль, как бы опять в родах не погиб бесконечно желанный ребенок, а более совсем не боялась». Из-за этого навязчивого страха прошла курс индивидуальной психопрофилактической подготовки к родам. После этого успокоилась и чувствовала себя хорошо. Культурный человек, по своим типологическим особенностям приближающийся к темпераменту сангвника. Период раскрытия провела совершенно спокойно, жалоб не предъявляла, охотно выполняла все распоряжения медицинского персонала. Во втором периоде родов в связи с некоторым приглушением сердцебиения плода, а в основном только в порядке особой заботы из-за «отягощенного акушерского анамнеза» к роженице был прикреплен специальный врач. Последний регулярно каждые 5 минут выслушивал сердцебиение плода и полученные данные фиксировал, выполняя научное задание, в специальной тетради. После 20 минут такой «графической записи сердцебиений плода» дотеле спокойная роженица пришла в состояние резкого возбуждения, стала кричать: «Не жалейте меня, накладывайте скорее щипцы!» Войти в контакт с роженицей так до окончания родов и не удалось. «Тогда, в первый раз, тоже все слушали и опоздали наложить щипцы; не понимают, что для ребенка мне себя не жаль», — заявила потом родильница.

Среди женщин этой группы встречались лица с различными типологическими особенностями нервной системы. Да это и понятно, так как ведущей причиной, определявшей возникновение невроза, у этих беременных были психогенные моменты. В коре головного мозга таких больных легко возникали вследствие перенапряжения основных корковых процессов стойкие очаги патологической инертности.

При наличии же патологически инертного изолированного очага в коре больших полушарий «только один ряд ощущений и представлений, связанных с большими клетками, делается ненормально устойчивым и не поддается задерживающему влиянию других многочисленных ощущений и представлений, более соответствующих действительности благодаря здоровому состоянию их клеток» (И. П. Павлов).¹

Это обстоятельство крайне затрудняло контакт медицинского персонала с такого рода роженицами. Даже после успешного

¹ И. П. Павлов. Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, АН СССР, 1951, стр. 342.

завершения родов у женщин этой группы сохранялись черты их невроза. Последний проявлялся особенно резко тогда, когда патогенетические корни его были обусловлены не травмой в родах, а какими-либо другими тяжелыми переживаниями, продолжавшими оставаться актуальными и после родов.

Такие больные беременные особенно нуждаются в психопрофилактической подготовке к родам. Однако формы проведения такой подготовки существенно отличаются от обычно применяемых методик.

Лечение невроза должно стать основной целью врача, подготавливающего такую беременную к обезболиванию в родах. С такой задачей не всегда может справиться даже очень опытный, чуткий и внимательный врач-акушер. Поэтому такие больные нуждаются в специальной психотерапии, которая должна осуществляться психоневрологом в содружестве с акушером. Наши наблюдения показали высокую эффективность такой работы.

Целью нашего с Н. А. Абдиевой исследования было выявить различные причины, обуславливающие возникновение у некоторых женщин невротических реакций в родах, несмотря на все виды их обезбоживания. Проведенные наблюдения показали определяющее значение в развитии этих реакций, с одной стороны, типологических особенностей нервной системы, а с другой — психогенных моментов. При этом необходимо подчеркнуть значение как в развитии, так и в излечении этих патологических состояний «чрезвычайной прибавки» — второй сигнальной системы, находящейся в постоянном взаимодействии с первой. Было выяснено, что неудачи в обезболивании нормально протекающих родов всегда являются закономерным следствием недоучета особенностей высшей нервной деятельности беременных и рожениц.

Своевременная диагностика и терапия таких неврозов должна способствовать улучшению всей работы по обезболиванию в родах.

Ввиду того, что метод психопрофилактики родовых болей широко внедряется в медицинскую практику уже около пяти лет (приказом министра здравоохранения СССР от 13 февраля 1951 г. за № 142 применение его стало обязательным для всех родовспомогательных учреждений нашей страны), целесообразно подвести некоторые итоги по его применению. Особенно необходимо это сделать потому, что за последнее время появились тенденции неудачи обезбоживания приписывать самому методу, а не приведенным выше недостаткам его проведения. Опыт работы сотрудников ИАГ АМН СССР, в первую очередь исследования Н. И. Бескровной, дает основание сделать следующие выводы.

I. Метод психопрофилактики болей в родах основан на закономерностях учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека. Поэтому неудачи обезбоживания являются след-

ствием ошибок, допускаемых при проведении метода, а отнюдь не порочности самой его идеи.

II. Рассматриваемый метод является физиологическим, и применение его в отличие от ранее предложенных способов обезболивания в родах не вызывает каких-либо вредных последствий ни для матери, ни для плода.

III. Метод психопрофилактики болей в родах имеет по сравнению с гипно-суггестивным способом их обезболивания все те преимущества, на которые мы указывали выше, сравнивая психотерапию разъяснением с императивной гипнотерапией. Первая из этих двух видов психотерапии имеет в своей основе желание перевоспитать отношение человека к действительно тяжелой или неправильно воспринимаемой ситуации, в то время как вторая ставит перед собой значительно более узкую задачу затормозить патологический очаг возбуждения в коре головного мозга.

Для того, чтобы это положение сделать более понятным, объясним его следующим примером. Предположим, что женщина очень боялась предстоящих родов, страшась их болезненности. После гипнотерапии, включавшей указание на обязательное безболезненное течение родов, последние действительно протекли без каких-либо болевых ощущений. Что же расскажет эта женщина о родах своим родным и знакомым? Она будет восхвалять гипноз, избавивший ее от мучительных болей. Отношение к гипнозу будет такое же, как и к любому другому виду наркоза, но совершенно безвредному. Как эта женщина отнесется к последующим родам? Она их будет бояться так же, как и предыдущих, но будет утешать себя надеждой, что удастся вновь пройти курс гипнотерапии и таким образом обезболить роды.

Совсем иначе будет относиться к повторным родам женщина, однажды подготовленная психопрофилактическим методом и убедившаяся в его действенности. Сравнительно безболезненно, без всякой новой подготовки пройдут у этой женщины и все последующие роды, так как она прочно усвоила закономерности психопрофилактического способа их обезболивания. Эта женщина в противоположность первой не будет рассказывать своим друзьям, что роды — болезненный акт, который, однако, можно с успехом обезболить гипнозом. Вместо совета применять гипноз как совершенно безвредный вид наркоза она сообщит основные положения психопрофилактического метода и сама будет, таким образом, способствовать дальнейшему распространению правильных представлений о физиологии родового акта.

Следовательно, метод психопрофилактики болей в родах является действительно профилактическим способом обезболивания, так как он не только предупреждает возникновение болевых ощущений во время ближайших родов, но и обеспечивает почти безболезненное течение всех последующих.

IV. Для проведения метода психопрофилактики болей в родах не требуется каких-либо специальных установок и изменений

штатов родовспомогательных учреждений, а потому метод этот может и должен получить действительно массовое распространение.

V. Правильное проведение метода обеспечивает хороший эффект обезболивания более чем у 70% рожениц.

VI. Психопрофилактическая подготовка к родам обеспечивает эмоциональный покой роженицы и способствует сохранению ее сил. Бодрое и спокойное состояние роженицы, разумно расходующей свои силы, обуславливает некоторое укорочение продолжительности родов, снижение числа осложнений родового акта и оперативных вмешательств.

VII. Хорошее состояние роженицы, ускоренное и благополучное течение родов благоприятно влияет на внутриутробный плод и новорожденного (отмечено снижение числа асфиксий новорожденных).

VIII. Организационные мероприятия, проводимые в женских консультациях и родильных домах в связи с внедрением метода психопрофилактики болей в родах, в значительной степени способствуют улучшению постановки всей лечебной работы указанных учреждений.

Наряду с перечисленными выше положительными сторонами метода психопрофилактики болей в родах, необходимо отметить те недостатки, которые были допущены авторами метода как по его теоретическому обоснованию, так и по применению на практике.

Неправильности теоретических обоснований метода следующие.

1. Авторы метода первоначально выдвинули как одно из основных теоретических обоснований положение о том, что физиологические, совершенно нормально протекающие роды должны быть абсолютно безболезненными и что все испытываемые роженицей болевые ощущения являются «условнорефлекторными» наслоениями вследствие сложившихся в течение веков неправильных представлений о родах как крайне болезненном акте.

Это положение, отрицавшее закономерность болевых ощущений, являющихся следствием анатомо-физиологических особенностей родового акта, совершенно неправильно и было подвергнуто убедительной критике со стороны ведущих акушеров и неврологов нашей страны. В дальнейшем авторы метода также отказались от этих неправильных положений. Однако первоначальные высказывания авторов метода по этому вопросу, шедшие вразрез не только с анатомо-физиологическими данными, но и с результатами повседневных клинических наблюдений, могли дезориентировать в первую очередь врачей-практиков — основных проводников и пропагандистов метода.

2. Не вполне правильно, с нашей точки зрения, и второе теоретическое положение авторов метода о том, что основной при-

чиной болей в родах является нарушение нормальных соотношений коры и подкорки.

Исследования, проведенные в ИАГ АМН СССР, показали, что положительный эффект психопрофилактики болей в родах объясняется не только нормализацией нарушенных в период беременности и родов соотношений функций коры головного мозга и подкорковых образований. Было установлено ведущее значение внутрикорковых, индукционных, соотношений как в развитии болевого синдрома в родах, так и в его преодолении.

3. Авторы метода психопрофилактики болей в родах считали, что наличие страха перед болями в родах, опасения в отношении благополучного исхода и другие отрицательные эмоции определяют нарушение корково-подкорковых взаимоотношений во время родов. Угнетение коры и перевозбуждение подкорки обуславливают, по их мнению, все особенности поведения рожениц.

Отсюда делается вывод, что одно изжитие страхов определяет нормализацию корково-подкорковых соотношений, а следовательно, и безболезненное течение родов.

Исследования, проведенные в ИАГ АМН СССР, показали, что изжитие страхов является важным звеном, но все же лишь звеном в системе обезболивания в родах. «Снятие» страха обеспечивает более спокойное и дисциплинированное поведение рожениц, способствует налаживанию контакта между нею и обслуживающим ее медицинским персоналом.

Однако полное обезболивание, а не только упорядоченное и дисциплинированное поведение в родах может быть достигнуто лишь тогда, когда в результате предварительной подготовки беременной к родам изменяются внутрикорковые соотношения, тогда, когда не только происходит активирование коры и повышается ее общий тонус, но и создается в определенном пункте ее мощный очаг возбуждения.

«Такая концентрация раздражительного процесса в одном пункте,— как указывает А. П. Николаев,—...весьма способствует затушевыванию, смягчению и даже полному подавлению болевых ощущений, формирующихся в коре». ¹

Поэтому не только «снятие страхов», но и изменение отношения беременной женщины к своей роли во время родов должно стать основной задачей психопрофилактической системы обезболивания в родах.

Беременная должна знать, что ее задача заключается не в том, чтобы, как полагали раньше и как ей всегда внушали, «претерпеть» любую боль в родах, а в том, чтобы своим поведением и реакциями обеспечить благополучное течение родов как для себя, так и для своего ребенка.

¹ А. П. Николаев. Очерки теории и практики обезболивания родов. Медгиз, 1953, стр. 175.

Ошибки, допускаемые при проведении психопрофилактики более в родах, явились следствием неправильности приведенных выше теоретических положений, допущенных авторами метода, и сводятся к следующему.

1. Указание И. З. Вельвовского с соавторами на то, что физиологические, нормально протекающие роды болезненны вследствие только «исторически внушенных страхов», поставили на первое место в системе психопрофилактических мероприятий борьбу с этими неправильными представлениями о родовом акте. Таким образом, вся система психопрофилактической подготовки стала часто сводиться к серии стандартных бесед, разъясняющих как формирование страха перед болями в родах, так и физиологические особенности течения последних.

Такие беседы приносили несомненную пользу только тем беременным, у которых не были стойко зафиксированы их индивидуальные, сформировавшиеся на основании личного жизненного опыта страхи и тревоги за свою и своего ребенка судьбу во время родов.

Общие рассуждения о течении и безболезненности нормального родового акта не могут, конечно, способствовать обезболиванию тех рожениц, у которых прочно зафиксировались патологические условные рефлексы о болезненности и опасности родов.

2. Авторы метода, увлекшись задачей сделать его наиболее доступным и массовым, не считали необходимым при проведении психопрофилактической подготовки учитывать не только индивидуальные переживания беременной в связи с предстоящими родами, но и ведущую роль типологических особенностей ее нервной системы.

Дальнейшее игнорирование этого важного обстоятельства препятствовало бы усовершенствованию метода, разработке различных методик его применения в зависимости от состояния высшей нервной деятельности беременных.

3. Если даже «снятие страхов» было успешным, что при указанной выше системе подготовки не могло быть достигнуто у всех беременных, то все же заранее нельзя было ожидать совершенно безболезненного течения родов, поскольку не было никаких физиологических предпосылок к изжитию имеющихся и при нормально протекающих родах болевых ощущений. «Снятие страха» уничтожало только патологическое, усиленное восприятие закономерных для всех родов болевых ощущений и способствовало дисциплинированному поведению роженицы.

4. Значение основного звена в системе психопрофилактической подготовки к родам — создание мощного очага возбуждения, «доминанты», в коре головного мозга, обеспечивающего действительное и полное их обезболивание, — не было в должной степени подчеркнуто авторами метода.

5. Вследствие изложенных выше обстоятельств психопрофилактическая подготовка беременных к обезболиванию в родах

часто стала сводиться к примитивным формам санитарно-просветительной работы — к чтению лекций и проведению бесед о физиологии родового акта и к объяснению норм поведения роженицы.

6. Ярким показателем неправильных представлений о физиологических основах метода и механизма его действия является стремление вульгаризировать формы его проведения, сводя их к одномоментным беседам в приемном покое родовспомогательного учреждения, т. е. проводить их как раз в то время, когда чрезвычайно трудно, почти невозможно изжить те неправильные доминантные установки, с которыми поступает неподготовленная беременная в родильный дом. Естественно, что в этих условиях можно только несколько дисциплинировать поведение роженицы, но не представляется возможным быстро создать новую полезную доминанту, которая могла бы обеспечить действительное обезбоживание родов.

7. Больше всего нуждаются в физиологических, совершенно безвредных методах обезбоживания женщины, страдающие осложненным течением беременности вследствие акушерской патологии и тяжелых соматических заболеваний.

Авторы метода психопрофилактики болей в родах не разработали особой формы его проведения для этой группы больных беременных. Исследования, проведенные Н. И. Бескровной¹ в ИАГ АМН СССР, показали необходимость применять специальные методики психопрофилактической подготовки к обезболиванию в родах для больных беременных, а также для женщин с отягощенным акушерским анамнезом и с тяжелыми личными переживаниями. Проведение специализированных методик подготовки дает прекрасный эффект обезбоживания у этой группы рожениц.

8. Совершенно не разработанным является крайне важный вопрос о формах поведения медицинского персонала и о тех мероприятиях, которые необходимо проводить при недостаточных или отрицательных результатах психопрофилактического обезбоживания в родах.

Отсутствие должной четкости в постановке авторами психопрофилактического метода вопроса о возможности и даже необходимости сочетания этого метода с фармакологическими средствами обезбоживания повлекло за собой ряд вредных последствий:

а) считалось «несвоевременным» и «неудобным» проводить дальнейшие исследования по изысканию и проверке действия различных фармакологических средств;

б) не разрабатывались в должной мере схемы сочетания пси-

¹ Н. И. Бескровная. Клинические особенности течения родов при психопрофилактической подготовке беременных. Автореф. дисс., Л., 1955.

хопрофилактического и фармакологических методов обезболивания в родах, а также показания к их применению;

в) иногда допускалось, считалось даже нормальным то совершенно нетерпимое положение, когда при отсутствии эффекта от психопрофилактического обезболивания роды фактически протекали необезболенными. Такое положение в корне дискредитировало самую идею безболезненного ведения родов.

Исследования, проведенные в ИАГ АМН СССР, показали целесообразность и высокую эффективность при наличии на то специальных показаний сочетания психопрофилактической подготовки к обезболиванию родов с различными модификациями фармакологического обезболивания.

9. Форма учета эффективности обезболивания в родах, предложенная авторами психопрофилактического метода, является громоздкой, надуманной и не дает правильных представлений о действительных результатах обезболивания. Целесообразно ее упростить, исходя из следующих замечаний, сделанных Н. И. Бескровной.

И. З. Вельвовский с соавторами делят период раскрытия на два этапа — «начало» и «кульминация», выделяя совершенно произвольные показатели для их разграничения (раскрытие зева на 3—3 $\frac{1}{2}$ поперечника пальца). Такое деление неправильно и потому, что не существует строгих закономерностей нарастания болевых ощущений в зависимости от этапов течения родового акта. Так, например, на первом этапе боли могут быть резко выражены, чем на втором. Предложенное авторами разграничение периода раскрытия на два этапа не только создает новые и для акушера не обоснованные понятия, но и усложняет схему учета обезболивания.

Следует приветствовать желание авторов дать отдельно оценку результатов психопрофилактического обезболивания нормальных и патологических родов. Однако нет никаких оснований проводить такое разграничение для отдельных периодов родов, ибо роды представляют единый процесс, все периоды которого взаимно связаны. Ведь патология, выявившаяся, например, на втором этапе, может быть обусловлена причинами, возникшими на первом этапе родов или даже во время беременности и ранее не выявлявшимися. Поэтому следует дать обобщающую оценку течения всего родового акта по этим показателям, а не отдельных его этапов.

Следует заменить, как громоздкую и трудно дифференцируемую, пятибалльную оценку поведения и жалоб трехбалльной.

Изложенное выше позволило Н. И. Бескровной рекомендовать ввести только две формулы (для периода раскрытия и изгнания), характеризующие обезболивание. В этих формулах должны быть отражены длительность этих периодов, а также характер поведения и жалоб роженицы по трехбалльной системе.

Эти формулы¹ имеют примерно следующий вид:

$7P = P_4Ж_1 = 4$ период раскрытия продолжался 7 часов, болеутоляющее действие хорошее, поведение роженицы спокойное.

$2И = P_3Ж_3 = 3$ период изгнания продолжался 2 часа при наличии умеренных болей и известного беспокойства роженицы в родах.

P_2 ставится, когда поведение роженицы беспокойно; $Ж_2$ — когда болеутоляющее действие незначительно или отсутствует.

Итоговую оценку следует производить, учитывая соотношение длительности той или иной степени обезболивания и общей продолжительности родов, а также эффективность обезболивания в трехбалльной (4, 3 и 2) оценке как поведения, так и «ощущений» роженицы.

При оценке результатов обезболивания, достигаемого с помощью психопрофилактической подготовки беременной к родам, обычно возникает один существенный вопрос — следует ли данный метод рассматривать как болеутоляющий, дисциплинирующий или как обезболивающий.

«Вы заставляете женщину терпеть боль, разъясняя значение поведения роженицы для благополучия плода», — заявят одни. «Это не обезболивание, а обучение наиболее приемлемым нормам поведения», — скажут другие. «Спросите роженицу, улыбающуюся во время родов, — добавят третьи, — испытывала ли она при этом боль, и она вам ответит, как бы удивляясь нелепости заданного вопроса: «Ну, конечно, было больно».

Мы полагаем, что сама постановка таких вопросов неправильна, ибо «терпеть» боль можно только во имя чего-нибудь очень важного, нужного, дорогого. А это «важное, нужное и дорогое» организует тот очаг возбуждения в коре головного мозга («доминанту»), который индукционно затормозит восприятие боли. Далее, как можно предполагать, чтобы женщина, которой все время твердят, что она «управляет родами», что «от ее поведения и реакций зависит их исход», заявила, будто все, что она проделала, было «незамеченным ею пустяком». Как можно предполагать, чтобы та женщина, которая поняла, что она своим поведением сама определила благополучное течение родов для себя и ребенка, заявила, что она «никаких усилий не делала и вообще не заметила, как закончились роды». Таких ответов можно ожидать только при заторможенной, а не при максимально активной коре, какая бывает у женщин, прошедших психопрофилактическую подготовку к родам.

Наконец, следует ли к оценке эффективности обезболивания психопрофилактическим методом подходить с иных позиций, чем

¹ Условные обозначения: P — период раскрытия; И — период изгнания; П — поведение; Ж — жалобы.

при изучении соответствующих показателей при других видах обезболивания? Если же подходить с одних позиций, то ни при одном фармакологическом способе обезболивания, при котором сохраняется активность коры головного мозга, т. е. за исключением наркоза, женщина не ответит вам, что не испытывала во время родов болей. «Дали лекарство, сделали укол — легче стало», — будут говорить родильницы, обезболенные медикаментозными средствами. Этим женщинам действительно станет «легче» после применения того или иного фармакологического средства, так как они могут сравнивать свои ощущения до и после обезболивания. Метод же психопрофилактики болей в родах действует на протяжении всего процесса родов и при нем не может быть эффективных сравнений ощущений «до» и «после» обезболивания.

Все изложенное выше заставляет нас считать психопрофилактический метод основным и обязательным для обезболивания всех родов. Мы, однако, не исключаем целесообразности, а может быть, и необходимости сочетаний его с минимальными количествами абсолютно безвредных для матери и плода фармакологических средств.

В настоящее время мы ставим перед собою задачу по изысканию наиболее действенных и безвредных сочетаний словесного и медикаментозного обезболивания для применения их при патологическом течении родов и у рожениц, которые не имели возможности пройти предварительную подготовку, а также для получения полного обезболивания всех рожениц.

Мы уверены, что на базе учения И. П. Павлова эта задача будет разрешена содружественной работой советских акушеров, физиологов, неврологов и фармакологов.

ЛИТЕРАТУРА

- Асратян Э. А. Невропатология и психиатрия им. С. С. Корсакова, т. 54, в. 1, 1954.
- Астахов С. Н. Сб. Рентгенодиагностика и рентгенотерапия нервных и душевных заболеваний. Биомедгиз, 1935.
- Астахов С. Н. Диэнцефало-гипофизарная система и функция яичников. Медгиз, 1941.
- Астахов С. Н. и Бескровная Н. И. Обезболивание в родах. Труды конференции. АМН СССР, 1952.
- Астахов С. Н., Ковалева Л. И. и Пшоник А. Т. Шестнадцатое совещание по проблемам высшей нервной деятельности. Тезисы и рефераты докладов АН СССР, М.—Л., 1953.
- Астахов С. Н. Значение витаминов в акушерстве. Медгиз, 1954.
- Бескровная Н. И. Клинические особенности течения родов при психо-профилактической подготовке беременных. Автореф. дисс. АМН СССР, Л., 1955.
- Бехтерев В. М. Обзорение психиатрии, неврологии и рефлексологии, № 3, 1926.
- Бирман Б. Н. Архив биол. наук, т. XXXVI, сер. Б, в. 1.
- Бирман Б. Н. Экспериментальный сон. ГИЗ, Л., 1925.
- Быков К. М. Научная сессия, посвященная проблемам физиологического учения академика И. П. Павлова. Стенографический отчет. АН СССР, 1950.
- Вельвовский И. З., Плотицер В. А. и Шугом Э. А. Акушерство и гинекология, в. 6, 1950.
- Гервер А. В. Русский врач, № 40—41, 1915.
- Гервер А. В. Современная психоневрология, № 4, 1926.
- Иванов-Смоленский А. Г. Вопросы изучения и воспитания личности. ГИЗ, Петроград, 1920.
- Иванов-Смоленский А. Г. Врачебное дело, № 3, 1928.
- Иванов-Смоленский А. Г. Журн. высшей нервной деятельности имени И. П. Павлова, т. 1, в. 3, 1951.
- Иванов-Смоленский А. Г. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. Медгиз, 1952.
- Каптерев П. В. Гипнотизм, 1900.
- Кобозева Н. В. Опыт физиологического анализа ранних токсикозов беременности и их лечение. АМН СССР, 1953.
- Майоров Ф. П. Физиологическая теория сновидений. АН СССР, 1951. Библиография.
- Николаев А. П. Теория и практика гипноза в физиологическом освещении. Киев, 1927.
- Николаев А. П. Труды второй конференции акушеров-гинекологов Донецкой области. Сталино, 1936.
- Николаев А. П. Руководство к технике исследования, диагностики и лечения в гинекологии. Сталино, 1937.

Николаев А. П. Очерки теории и практики обезболивания родов. Медгиз, 1953.

Николаев А. П. Акушерство и гинекология, в. 1, 1954.

Павлов И. П. Полное собрание сочинений, АН СССР, 1951.

Павловские среды (6 марта 1935 г.). АН СССР, 1949.

Платонов К. И. Гипноз и внушение в практической медицине. Харьков, 1925.

Платонов К. И. и Шестопад М. В. Внушение и гипноз в акушерстве и гинекологии. Гос. изд. Украины, 1925.

Платонов К. И. Сб. Вопросы психотерапии в акушерстве. Харьков, 1940.

Сергиевский С. А. Влияние больничной среды на больных в пред- и послеоперационных периодах. Медгиз, 1953.

Стрельчук И. В. Журн. высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова, т. II, в. 4, 1952.

Стрельчук И. В. Журн. высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова, т. III, в. 3, 1953.

Тур А. Ф. Тезисы докладов и сообщений III Всесоюзной конференции по витаминам, АН СССР, 1944.

Черноручкий М. В. Журн. высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова, 1951, т. I, в. 1.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
От автора	5
Значение лечебно-охранительного режима и принципы его организации	7
Покой	8
Досуг	15
Обстановка	—
Анамнез	19
Обходы палат лечащим врачом	22
Обходы отделений заведующими и консультантами	29
Консультативные осмотры больных врачами других специальностей	30
Преподавание	31
Справки и выписки из историй болезни	32
Беседы с родственниками больных	33
Питание	—
Лечение сном	41
Организация лечебно-охранительного режима в акушерско-гинекологическом стационаре	48
Основы психотерапии в свете учения И. П. Павлова	58
Показания для углубленной психотерапии в акушерстве и гинекологии	75
Значение заболеваний нервной системы в развитии аменорреи	—
Психогенные расстройства менструальной функции	80
Дисменоррея	82
Климактерий	83
Вагинизм, Диспареунии	84
«Ранние токсикозы» беременных	89
Недонашивание	101
Перенашивание, Слабость родовой деятельности	—
Обезболивание в родах	103
Литература	133