

Из Стоматологической клиники Казанского государственного мед. института.
Директор И. М. Утробин.

К диагностике и терапии невралгии тройничного нерва.

Ассистент Я. А. Розно.

Диагностика и терапия невралгии *Nervi trigemini* до сих пор еще является вопросом, решением которого занимаются терапевты и невропатологи, хирурги и стоматологи.

Невралгия *Nervi trigemini*—заболевание мучительное; оно начинается в точке выхода нервного ствола и отсюда распространяется по всей области распространения его.

Боли бывают постоянные и периодические—приступами. Покалывание, жжение, зуд—предвестники приступов. Во время приступов движение челюстей, языка, губ, мимика избегаются больным из-за опасения болезненности. Больная область гиперемируется, появляется сильная *Salivatio*, слезотечение, двигательные рефлексы прекращаются до следующего приступа, которого больной ждет с ужасом. Иногда боли иррадируют.

Проф. Коган этиологически делит невралгии на первичные и вторичные, или идиопатические и симптоматические. Симптоматическими он называет такие формы, где сама нервная ткань изменена в своей структуре.

Схема Александра разделяет невралгии на три группы: 1) неврито-невралгии, 2) симптоматические и 3) нейростенические или истерические.

Если проследить анатомическую и физиологическую особенности периферических нервных ветвей жевательного аппарата, условия, при которых они выполняют свою функцию, то станет очевидным, что приведенная диагностическая классификация, несколько не согласуется со многими клиническими данными, какие выявляются при заболевании невралгией тройничного нерва.

Nervus trigeminis почти целиком иннервирует весь жевательный аппарат и важнейшие органы и полости, прилегающие к нему. Вся эта многоценная область участвует в большом жизненном процессе, от которого вся физиологическая сущность организма целиком зависит.

Разносторонняя и многообразная деятельность создают для этой области предпосылки для ударов и со стороны частых смен¹⁰, разнообразных пищевых и пищевых продуктов, и зачастую не нормальных функций жевательного аппарата, и со стороны бактериального населения полости рта, часто патогенного по характеру. Все это—очевидная причина частого травматизма в широком смысле слова всех нервных путей, иннервирующих эту область.

Невралгия первой ветви, по мнению Р. Römега легкая форма по интенсивности и редкая по частоте. Самые тяжелые формы невралгии падают на долю 2-ой и 3-ей ветвей. Последние заканчиваются в пульповой ткани зубов, как периферические концы, замкнутые в слепой коробке с неподатливыми стенками. Нервные окончания в пульповой ткани находятся в исключительно неблагоприятных условиях в сравнении с такими же окончаниями в мягких тканях.

Например, если какой-нибудь патологический фокус в области мягких тканей вызывает страдание нервных окончаний этой области, то в силу физиологического принципа, они беспрерывно освежаются межтканевой жидкостью и богатая лимфатическая сеть способствует быстрому рассасыванию очага, и нормальная функция нервной ткани восстанавливается. Положение нервных окончаний, замкнутых в пульпах зубов, неизмеримо хуже. Эти периферические концы и вся пульпа вообще значительно беднее межтканевой жидкостью и особенно лимфатической системой, поэтому воспалительные процессы в пульпе почти никогда не рассасываются,

приобретая стойкий характер, и страдания бывают обыкновенно длительными и упорными. Вот почему незначительный кариес часто причиняет очень сильные иррадирующие боли, подчас симулирующие невралгию, смущающую специалистов нестоматологов.

Сделанный мною анализ дает право невралгию делить на две группы не по признакам патологической сущности, а по месту локализации источников болей: на центральную, где процесс исходит из области головного мозга по направлению к периферии и периферическую в тех случаях, когда источник раздражения лежит где-нибудь в периферических областях. Эта классификация отвечает клинической действительности.

Развившаяся теоретически за последние два десятилетия стоматология и проявленный к ней научный интерес со стороны интернистов W. Hunter, Пекер, Б. А. Егоров и др., бактериологов Rosenov и др. специалистов установили тесную зависимость между заболеваниями жевательного аппарата и всего организма. Безусловно ту или иную зависимость от состояния жевательного аппарата нельзя не признать и в таком специальном вопросе, как невралгия тройничного нерва и повседневный клинический опыт и личные наблюдения, как раз подтверждают, что невралгия тройничного нерва в громадном большинстве случаев симптоматическая или периферическая вообще, а, в частности, одонтогенного происхождения. К сожалению, этот последний момент не учитывается многими авторами в объяснении причины невралгии. Благодаря этому много больных долго остаются без точного диагноза и, следовательно, не получают прямой соответствующей терапии.

Среди целого ряда патологических процессов в области зубов и окружающей их тканей мы встречаем не мало случаев заболеваний гематогенным путем. Инфекционные начала, проникшие в пульпу током крови, в силу выше отмеченных анатомических и физиологических условий, задерживаются там и обуславливают целый ряд воспалительных процессов пульповой ткани.

Например: грипп, ангина, тиф, у детей корь, скарлатина, дифтерит и др. очень часто дают осложнения в зубной системе в виде *pulpitis gangrenosa*, *pulpitis acuta totalis* периаренальных абсцессов, стоматитов и гингивитов всех степеней и всяких других форм. Многие из этих осложнений, не имея наружных признаков, представляют собой тип латентных очагов в тех или иных периферических пунктах и часто служат источником сильных болевых приступов, которые и по силе и по форме иррадиации и по периодичности сугубо характерны для формы невралгии. Ретенированные зубы, оставшиеся опексы после экстракций, осколки вблизи *foramen mentale*, рубец в этой же области и др. Все эти, как будто невинные причины, очень часто ведут к тяжелым формам невралгических страданий.

Позволю себе привести несколько характерных случаев из нашей клиники.

1) Б-ая 37 лет, перенесла грипп. 3 недели страдает сильными иррадирующими болями в правой половине лица; приступы характерные для невралгии. Терапевты ее лечили наркотиками, невропатологи — светолечением. После ряда сеансов улучшения не наступило. У больной при обследовании в клинике обнаружен едва заметный дефект в 7 зубе, который оказался пульпитным и после соответствующего лечения все боли совершенно исчезли.

2) Б-ной В., 36 лет, по профессии машинист ж. д., отмечает, что у него под влиянием резкого холода во время езды появились приступы резких болей во всей половине лица и нижней челюсти правой стороны. Диагноз амбулатории (Москва): невралгия третьей ветви тройничного нерва, 7 сеансов облучения синим светом. При обследовании, в 8-м нижнем зубе—металлическая пломба. Рентген показал близость этой пломбы к пульпе, которая (пломба), как теплопроводный материал вызвала сильную реакцию со стороны пульпы на резкое охлаждение. Диагноз: *Pulpitis acuta totalis* термического происхождения. После соответствующего специфического лечения больной совершенно выздоровел.

3) Б-ая студ. Ф., страдала болевыми приступами в правой половине лица. Боли иррадиировали, особенно в нижней челюсти, но отдавали в ухо, висок. Не было никаких объективных признаков, по которым можно было бы точно диагностировать. Рентген показал ретенированный 8-ой зуб, лежащий вдоль ветви нижней челюсти, коронкой своей касаясь дистального корня 7-го зуба. Удалив его, мы избавили больную от сильных страданий невралгическими болями.

Случай, подобные нашим, описаны P a r t s c h'o'm, утверждающим, что эти случаи были сходны с идиопатической невралгией.

Очевидно, что круг так называемых идиопатических—генуинных невралгий все больше и больше суживается по мере того, как к определению точного диагноза подходят с критическим анализом.

Рентгенография открыла перед нами широкие возможности проникнуть в глубину тайников, которые прежде были предметом догадок при сложной диагностике в отношении заболевания жевательного аппарата. Например: рентген определил ретенированный зуб (случай 8-й), рентген показал близость металлической пломбы к пульпе (случай 2-й), благодаря ему же мы находим дентиклы в зубах—причины невралгических болей, гранулемы, оставленные корни после экстракций. Одним словом—в отношении диагностики невралгии мы рентгену обязаны многим.

Что касается терапии невралгии тройничного нерва, то ее можно разделить на две части, соответственно тем двум этиологическим моментам, по пути которых она диагностируется. Одна форма центральная или идиопатическая, а другая периферическая или симптоматическая.

Терапия последней, значительно большей в процентном отношении, сводится к устранению патологического процесса в области жевательного аппарата.

Старые авторы невралгию лица рассматривали большей частью, как идиопатическую и, уделив мало внимания причинам, лежащим в сфере жевательного аппарата, применяли, следовательно, исключительно большую центральную хирургию E m i l, F o r g u e и P a u l R e g l u s, этими авторами разработана целая система хирургических операций, над сетью всех трех ветвей, включительно с резекцией ganglii semilunaris.

С развитием широкого применения в области невропатологии электро и физиотерапии стали применять эти виды терапии широко и при невралгии тройничного нерва, но в громадном большинстве случаев эффект получается слабый.

Н. В. Соколов (к.л. Вишневого) применял хирургический метод лечения невралгии—симпатектомию и, как видно из работы, эффект получился хороший.

Одновременно с хирургической терапией применялась и инъекционная. По предложению S c h l e i c h'a применяли инъекцию слабого раствора кокаина, инъецировали (1:1000), раствор поваренной соли под сильным давлением. Предложен 1% раствора осмиевой кислоты U-rigt, асониin по R e g l u.

В последние два десятилетия инъекционные препараты вытеснены алкогольными вприскиваниями, предложенными S c h l ä s s e r'o'm.

Эта благородная роль—лечение невралгии алкоголем—выпала на долю хирургов, сумевших устранить сильные невралгические боли травматического происхождения в области конечностей.

Одновременно S i c a r d и Куприянова опубликовали случаи алкогольных инъекций в деле устранения сильной болезненности, что и подтвердил впослед-

ствии профессор Разумовский. Эти авторы применяли алкогольную инъекцию в области чувствительных нервов, травмированных или во время ранения, или ущемленных осколками.

Результаты получились прекрасные. Страдания больных до инъекции были настолько сильны, что больные не могли ни пить ни есть, а после инъекции боли или совершенно прекращались или стали настолько незначительны, что больные их не замечали.

Этот инъекционный терапевтический метод из области сенсорных нервов конечностей был с успехом перенесен для лечения невралгии лица в область жевательного аппарата, где для травматизма и в мирной обстановке имеется бесконечное число моментов: экстракции зубов, люксация последних, экстракции 54—45, между которыми легко ущемляется или травмируется *Nervus mentalis*. Частые ранения альвеолярных отростков, оставшиеся осколки в луночках и т. д. Эти моменты, подобно поранениям конечностей, дают обычно такие же картины невралгических болей, какие описываются Разумовским.

Много авторов считают для невралгии характерным тот факт, что она очень часто бывает у людей с беззубым ртом с хорошо атрофированной альвеолярной дугой. Они видят в этом некоторую специфичность для идиопатической невралгии. Но на самом деле, как видим из нижеприведенных случаев, мы имеем здесь следы травм от бывших экстракций, рубцы, давящие в каком-нибудь участке на нервный ствол. О целом ряде случаев невралгии на почве травм сообщил Мельхиор.

Алкогольная инъекция имеет еще одну преимущественную ценность, которая заключается в том, что с помощью последней нам удастся локализовать всю розлитую боль в одном пункте, где лежит настоящая причина, главный источник, причиняющий эти страдания. Иррадирующие боли, благодаря действию алкоголя исчезают, а главная точка, рельефно выявляется, на основании чего можно точно диагностировать.

Два такого рода случая имели место в стоматологической клинике.

У одного 6-го установлено было давление рубца на нерв, выходящий из *foramen mentale*. Невралгия продолжалась 4 года. У второй 6-ой общая невралгия лица маскировала хронический полипозный гайморит. После операции гайморита по способу Дейкера невралгия прекратилась.

Выводы:

- 1) Больных с явлениями невралгии *n. trigemini* необходимо направлять к стоматологам для исключения симптомов, исходящих из области жевательного аппарата.
- 2) Алкогольную инъекцию можно считать единственным терапевтическим средством, дающим немедленный эффект, достаточно стойкий.
- 3) Патологические процессы в смежных областях в громадном большинстве случаев одонтогенного происхождения.

Материалы к вопросу о хроническом осумковывающем перитоните.

Проф. С. М. Рубашев.

Хронический осумковывающий перитонит, носящий различные названия (*peritonitis chronica fibrosa incapsulata*, *peritonitis adhaesiva circumscripta chronica*, *polyserositis*, *Zuckergussperitoneum*) изучается особенно усердно в последнее время. О подобных перитонитах в русской хирур-