

Для эпидуральных инъекций мы использовали новый синтетический кортикостероид — дексаметазон, выпускаемый в Бельгии. Дексаметазон имеет все терапевтические качества предшественника (обладает противовоспалительным, противоревматическим и противоаллергическим действием), но приблизительно в 7 раз сильнее преднизолона. При первых инъекциях вводили по 1 мг (2 мл) дексаметазона, в последующем дозу увеличивали до 2—3 мг (4—6 мл). Для снятия болевого синдрома вначале в эпидуральное пространство вводили 10—25 мл 1% раствора ксилокаина, а затем дексаметазон.

Так мы лечили 48 мужчин и 12 женщин, больных дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом (возраст — 20—70 лет).

У больных обычно наблюдались выраженный сколиоз, сглаженность лордоза, ограничение движений поясничного отдела позвоночника, резко положительные симптомы натяжения, а также четкие симптомы корешкового выпадения. У большинства больных на нижних конечностях был снижен осцилляторный индекс до 2—3 мм, а у отдельных лиц осцилляции отсутствовали.

Спондилограммы у 46 больных косвенно подтверждали наличие дискоза LIV—V или LV—SI. У 3 больных диагноз дискоза был подтвержден миелографически.

Прокол делали между III и IV поясничными позвонками. Во время введения иглы иногда возникала корешковая боль, которая быстро исчезала после вливания ксилокаина. Большинству больных назначали 3 эпидуральные инъекции дексаметазона, 6 больным препарат вводили 4—7 раз. У 2 больных (в возрасте 65 и 70 лет) через 10—15 мин. после процедуры возникло коллаптоидное состояние, быстро устраненное введением кардиотонических средств. В последующем доза ксилокаина была уменьшена до 10—15 мл, никаких побочных явлений уже не наблюдалось.

После первой же инъекции дексаметазона с ксилокаином у большинства больных стихал болевой синдром, намечался перелом в течении заболевания. В дальнейшем в комплекс лечения включали физиотерапию (токи Бернара, ультразвук) и вытяжение. Больных выписывали через 10—15 дней от начала лечения по выздоровлению или со значительным улучшением. У 2 больных улучшение было незначительным и у 1 пациентки со срединным выпадением диска наступило ухудшение (диагноз подтвердился на операции).

Как правило, отчетливое улучшение наступало после 3-й эпидуральной инъекции. Полученные данные позволяют считать, что эпидуральное введение дексаметазона с ксилокаином является довольно эффективным методом лечения больных пояснично-крестцовым радикулитом.

УДК 616.716.4—616.71—001.5—616.71—018.46—002

Я. З. Эпштейн (Казань). Применение протеолитических ферментов для профилактики травматических остеомиелитов нижней челюсти

Травматический остеомиелит при переломах челюстей возникает, по данным различных авторов, в 11—33%.

С целью профилактики нагноения в костной ране и возникновения травматического остеомиелита при переломах нижней челюсти мы с 1968 г. применяем кристаллические лиофилизированные препараты трипсина и химотрипсина. 10 мг препарата растворяли в 4 мл физиологического раствора и вводили внутримышечно по 5 мг (2 мл раствора 2 раза в сутки). Антигенность высокоочищенных препаратов протеолитических ферментов настолько низка, что их можно применять, не опасаясь сенсибилизации. Несмотря на это, каждому больному перед введением ферментов делали внутрикожную пробу к ним, результат ее мы учитывали через час. Только у 1 из 42 больных она оказалась положительной, возможно, за счет того, что у этого больного были изменения со стороны почек (значительное содержание белка в моче).

Из 41 больного с переломами нижней челюсти, которым мы вводили протеолитические ферменты, 8 были в возрасте до 20 лет, 27 — от 21 до 40 лет и 6 — старше. 5 больных поступили в стационар в 1-е сутки, 21 — на 3-и, 13 — на 5-е и 2 — позже. Запоздалое поступление больных в стационар объясняется тем, что они прибывали из районов ТАССР.

У 20 больных были двусторонние переломы, у 4 — двойные, у 17 — одиночные. У 39 больных переломы были открытые и сопровождалась отеками окружающих мягких тканей и воспалительными явлениями, у 12 они осложнились гематомами.

У 29 больных были наложены двучелюстные шины с межчелюстной резиновой тягой, у 6 — мягкая подбородочная праща, у 3 — моночелюстная шина-скоба с одновременным использованием мягкой подбородочной пращи. 3 больным был наложен костный шов.

Сразу же после поступления больных в стационар им назначали трипсин или химитрипсин внутримышечно в течение 5—6 суток и внутрь — 10% раствор хлористого кальция и полвивитамин. 14 больным одновременно с протеолитическими ферментами вводили стрептомицин по 250 000 ед. 2 раза в сутки в течение такого же срока и у 2 больных применили стрептомицин после отмены ферментов. Стрептомицин не подавляет активности ферментов при сочетанном применении, тогда как пенициллин угнетает их действие. Сами ферменты не снижают активности антибиотиков. После первых же инъекций трипсина или химитрипсина уменьшалась болезненность и отек мягких тканей. На 5—6-е сутки гематомы в основном рассасывались, отек мягких тканей в области перелома исчезал.

Консолидация фрагментов нижней челюсти произошла в обычные сроки без каких-либо осложнений. У 6 больных возник травматический остеомиелит с соответствующей клинической картиной, который несколько замедлил сроки консолидации фрагментов, но не вызвал в дальнейшем каких-либо серьезных нарушений. Из 14 больных, у которых введение ферментов с начала лечения сочеталось с инъекциями стрептомицина, остеомиелит возник только у 1. Видимо, профилактика остеомиелита будет более действенной при сочетанном применении ферментов со стрептомицином.

УДК 616.832.15

Докт. мед. наук Л. Я. Лившиц, Е. С. Кругман (Саратов).
О рецидивировании тригеминальной невралгии при хирургическом лечении

В настоящее время единственно радикальным средством лечения тригеминальной невралгии служат операции на внутричерепных отделах тройничного нерва, направленные на прерывание болевой афферентации.

По общему признанию, главным препятствием на пути успешного и стойкого лечения тригеминальной невралгии является удивительная склонность этого заболевания к рецидивированию. Наибольший процент рецидивов дают операции бульбарной трактомии и «декомпрессии» гассерова узла, наименьший — радикотомия височным доступом. Отсюда следует, что частота рецидивов в значительной степени зависит от применяемого метода хирургического вмешательства на системе тройничного нерва.

Разработанная в клинике нейрохирургии СарНИИТО и применяемая с 1961 г. операция направленной гидротермической деструкции чувствительного тригеминального корешка, как показал опыт, дает сравнительно небольшой процент рецидивов (Л. Я. Лившиц, 1965).

При анализе отдаленных результатов выяснилось, что свыше 90% лечившихся в клинике больных остаются практически здоровыми. Возврат болезни наблюдался у 43 чел. (7,2%).

К истинным рецидивам мы относили возобновление приступообразных болей той или иной интенсивности, сопровождающихся характерной иррадиацией и локализацией в прежней болезнетворной зоне или же в соседних областях той же половины лица. Какой-либо зависимости частоты рецидивов от давности заболевания нами не отмечено. Лишь 3 больных могли указать непосредственную, по их мнению, причину возобновления болей (психическая травма, мозговой инсульт, переохлаждение). 3 больных еще до нашего вмешательства перенесли внутричерепные операции: 1 — трактомию по Шоквисту и 2 — антэгассеральную алкоголизацию по Я. М. Павлонскому. После этих вмешательств также возник рецидив заболевания (соответственно через 1; 1,5 и 3 месяца), заставивший больных обратиться в нашу клинику.

Наибольшее число случаев возобновления болей падает на 1-й год с момента операции. При этом из числа больных с такими, как мы называем, «ранними» рецидивами 12 повторно заболели в первые же 3 месяца после операции, 10 — в первые 6 месяцев, 3 — в первые 9 месяцев и только 1 — через год. Таким образом, более половины рецидивов связаны главным образом с погрешностями операции и недостаточным опытом хирурга, ограничившимся незначительным разрушением корешка.

При анализе непосредственных и отдаленных результатов лечения обнаружилась обратная зависимость рецидивирования заболевания от степени достигнутого прерывания проводимости нерва, от глубины и протяженности выключения чувствительности. Практически это означает, что возврат болезни наблюдался при частичном нарушении болевой чувствительности, а при полной аналгезии, захватывающей ранее болезнетворные области, рецидивов, как правило, не было. У 4 наших больных, оперированных одномоментно по поводу двусторонней тригеминальной невралгии, рецидив возник лишь на стороне частичного выключения чувствительности, в то время как на противоположной стороне, где была достигнута анестезия, боли отсутствовали.

Все 43 человека, у которых возобновилась невралгия, были госпитализированы в клинику. Повторная операция почти во всех случаях (41 чел.) дала стойкий положительный эффект, прослеженный до 6 лет; лишь у 2 больных спустя несколько месяцев вновь начались боли.