

К лечению невралгий седалищного нерва ревматического характера.

Завед. Нервным отделением Серпуховской Госбольницы

Н. С. Четверикова.

Невралгии седалищного нерва, наряду с некоторыми другими нервными заболеваниями, являются страданием, с которым приходится сталкиваться всякому врачу-практику, особенно в условиях нашей провинции, где невропатологическая помощь поставлена вообще слабо. Эта причина и послужила для нас основанием опубликовать свои наблюдения по этому вопросу не в специальной неврологической прессе, а в журнале общего характера.

Материал нашего Нервного отделения за последние три года изобилует случаями ишиалгий самого разнообразного характера,—здесь были случаи ревматические, подагрические, вследствие спондилита, коксита и т. д. Наше внимание остановилось в первую очередь на случаях, наиболее часто встречающихся,—ревматических, т. е. тех, где в качестве этиологического момента можно было установить охлаждение области нерва, вследствие ли условий работы, или вследствие домашней обстановки, при переездах и т. п. Обычно все исследования (рентген, исследование мочи и пр.) не давали здесь указаний на возможность другой этиологии. Таких, чисто-простудных, случаев нам встретилось 80, причем все они являлись материалом не амбулаторным, а исключительно стационарным, т. е. обследованным с возможной тщательностью.

В 38 случаях заболевание локализовалось на правой стороне, в 38—на левой и в 4 было двусторонним. В 24 случаях было отмечено длительное употребление алкоголя, в 27—курение табака. По длительности заболевания наши случаи делятся так: на острые случаи (до 2 месяцев) падало 38 случаев и по 21—на подострые (до полугода) и хронические (свыше полугода). Длительность пребывания в больнице для острых больных равнялось в среднем 31 дню, стольким же для подострых и 25 дням—для хронических больных.

В первой группе Lassegne был отмечен в 35 случаях, точки Walleix были болезненны в 34 случаях, объективные расстройства чувствительности (анестезии и гипестезии) имели место в 4 случаях, рефлекторные выпадения (потеря или ослабление ахилловых и коленных рефлексов)—в 15 случаях. Во второй группе (подострых случаев) Lassegne был отмечен 21, раз точки Walleix были болезненны в 19 случаях, анестезии и гипестезии—в 6, арефлексии—также в 6. В третьей группе Lassegne был в 17 случаях, точки Walleix—тоже в 17, анестезии—в 5 и арефлексии—в 7.

Переходя к основной теме нашей статьи,—терапии ревматических ишиалгий,—мы должны отметить, что во всех наших 80 случаях нами, наряду с лекарственными и физическими процедурами, были применены вливания в седалищный нерв по Lange, с некоторым, однако, изменением, а именно, вместо предложенного этим автором в 1904 году 1% раст-

вора эйканна в 8% растворе хлористого натрия мы употребляли обычный физиологический раствор поваренной соли без добавления к нему каких-либо анестезирующих веществ. Надо сказать, что состав впрыскиваемого раствора при этом способе разными авторами предлагался различный: Schleich впрыскивал слабый раствор кокаина, Strümpeli Kraus — 1% раствор стоваина с супраенином, Sicard — раствор кокаина 0,5 с 0,25 пов. соли и 10 каплями 10% карбол. кислоты в 150,0 воды и пр.

Schlesinger охлаждал физиологический раствор до 1° по С. Мы употребляли его комнатной температуры, производя инъекции в наименьшую доступную для впрыскивания точку седалищного нерва, которую определяли на середине линии между *tuber ischii* и задним краем *trochanteris maj.* Здесь укол производился перпендикулярно к коже до получения характерного болевого ощущения, распространявшегося вниз по ноге. Aschenbach определяет точку вкола на расстоянии 3—4 сант. от *trochanteris major.* по направлению к *tuber ischii*.

Больной для пункции укладывался нами на здоровый бок. Длина иглы должна равняться 8—10 сант., так как нерв лежит приблизительно на глубине 7 сант. Местного обезболивания кожи мы при впрыскивании не применяли вовсе, стараясь вкол делать по возможности быстрее и энергичнее. Количество влитой жидкости колебалось от 70 до 100 куб. сант. При очень болезненном введении раствора больной уносился со стола на носилках, в большинстве же случаев больные уходили из перевязочной после вливания самостоятельно. Введение жидкости производилось нами при помощи обычного 10 граммового шприца, который наполнялся необходимое количество раз, причем игла оставалась невынутой. Наиболее болезненным бывало введение первых 2—3 шприцев, дальше же чувствительность значительно понижалась.

Эффект лечения наступал очень быстро: иногда уже через несколько минут после впрыскивания боли в ноге прекращались, и больные получали возможность поворачиваться, спать и т. д., чего они до того времени были лишены; лишь в некоторых случаях боли держались несколько дольше. Однако, в большинстве случаев одного вливания в нерв бывало недостаточно, и приходилось через недельные промежутки повторять их. В острых случаях по одному вливанию было произведено у 11 больных, по 2—у 13, по 3—у 6, по 4—у 2, по 5—тоже у 2, а в одном случае пришлось повторять впрыскивания 9 раз (здесь была особенно тяжелая форма ишиалгии: однако и в этом случае удалось достигнуть значительного улучшения, окончательное же излечение больной получил после последующего грязевого лечения). В подострых случаях по 1 вливанию было произведено у 2 больных, по 2—у 5, по 3—тоже у 5, по 4—у 3, по 5—у 2, по 6—тоже у 2 и по 7—также у двух. Т. о. борьба с воспалением и болями при помощи описываемого метода в подострых случаях оказалась несколько длительнее, чем в острых. Переходя к хроническим случаям, отметим, что по 1 вливанию было сделано у 3 больных, по 2—у 7, по 3—у 6, по 4—у 2 и по 5—у 3.

Таким образом, сравнивая количество вливаний при острых, подострых и хронических формах, мы можем заключить, что резкого различия в числе вливаний в различных стадиях подметить нельзя, — иногда в острых случаях приходится делать большое количество уколов, а иногда

и в хронических бывает достаточно только одного. Видимо, здесь дело не в длительности процесса, а в силе его и в злокачественности или доброкачественности течения.

Переходя к результатам нашего лечения, укажем, что в острых случаях полное выздоровление было отмечено 17 раз, значительное улучшение (до восстановления работоспособности)—18 раз, и в 3 случаях больные выписались, не восстановив работоспособности. В подострых случаях полное выздоровление наблюдалось в 14 случаях и в 7—значительное улучшение до восстановления трудоспособности. В хронических случаях выздоровление имело место 7 раз, улучшение—13, и в 1 случае болезнь осталась без перемен. Таким образом худшие результаты получились у нас в хронических случаях.

Интересно, что в значительном количестве всех леченных случаев вечером после произведенного утром вливания температура у больных давала скачек, иногда довольно значительный. Так, в 29 случаях были отмечены повышения t^0 от 37^0 до 38^0 , в 11—от 38^0 до 39^0 и в 3—выше 39^0 , т. е. повышение температуры было отмечено в 54% всех наших случаев. Aschenbach также указывает на такое повышение температуры и называет его „солевой лихорадкой“,—видимо, считая, что оно возникает вследствие быстрого всасывания довольно значительного количества соли. Нам-бы казалось, что здесь процесс повышения температуры вряд-ли можно отнести только на это, так как при введении даже очень больших количеств физиологического раствора при других заболеваниях мы в большинстве случаев никакого повышения t^0 не видели. Я думаю, что для объяснения такой гипертермии лучше привлечь непосредственное (возбуждающее или парализующее?) воздействие травмы на вегетативные волокна, идущие в составе n. ischiadici и связанные тем или иным образом с терморегулирующими центрами.

Последним вопросом, на котором мы хотели-бы остановиться, является вопрос о сущности оказываемого нами пособия и его механизма. Решить этот вопрос окончательно, конечно, представляется весьма трудным, так как здесь приходится принимать во внимание различные факторы. Aschenbach действие вливаний считает чисто-механическим, сводя его на освобождение нерва от периневрических сращений; к этому мнению в свое время приходил и Пуссеп. Нам думается, что здесь можно, с одной стороны, также думать о выключении, вследствие блокирования физиологическим раствором нерва,—главным образом его чувствительных волокон; при этом условии, в состоянии полного или частичного отсутствия импульсов для периферической части, воспалительный процесс в последней может протекать более благоприятно. С другой стороны, пожалуй, надо думать и о действии самого физиологического раствора на имеющийся в нерве воспалительный процесс, так как возможно, что под его влиянием рассасывание может происходить быстрее.

В заключение мы хотели-бы высказать и свой,—конечно, субъективный,—взгляд, что ни при каком другом из больничных методов лечения данного заболевания мы не видели лучших результатов. Покойный профессор Даркшевич, с авторитетом которого мы привыкли считаться, в свое время пророчил этому методу большое будущее и был одним из первых в Москве, кто за последнее время вновь вернулся к нему.