

К вопросу о лечении параличей лицевого нерва ионизацией через Эльтонскую грязь.

А. М. Козловой.

(С 2 рис.).

Параличи лицевого нерва на основании электродиагностических исследований можно подразделить на три группы. Первая группа без реакции перерождения, поддающаяся излечению через 4—6 недель. Вторая группа параличей лицевого нерва дает, со второй недели болезни, по закону Валлера, качественное изменение электровозбудимости с мышц и нерва; эти случаи поддаются излечению не ранее трех, четырех месяцев, а то и далее. Третья группа параличей с полной реакцией перерождения требует длительного лечения, более года; полного излечения в этих случаях не наступает.

Классическим методом лечения параличей лицевого нерва является в этих случаях 1) ритмическая гальванизация по точкам, 2) неподвижная гальванизация по Бергонье, а за последнее время 3) Бургиньоном предложена ионизация парализованной половины лица 1% раствором подистого калия. По его материалу, этим методом он получал более скорые результаты восстановления функций мышц.

Кроме того, каждому врачу-практику приходится сталкиваться с сильно запущенными случаями, с явлениями контрактур, развивающимися в процессе лечения, а также и случаями 3-й группы, когда остаются дефекты в подвижности мускулатуры после длительного лечения.

В этих случаях профессор Бруштейн рекомендует применение вибрационного массажа по веткам лицевого нерва, Коварщик рекомендует диатермию, а хирурги—перерезку периферического отрезка N. facialis и сшивание его с центральными отрезками N. accessorii или N. hypoglossi, не всегда, однако, дающие желательный результат.

Столкнувшись в 1926 году с 2 запущенными, нелечеными случаями параличей лицевого нерва, в одном случае с давностью в 2½ года, в другом—10 месяцев, с наличием реакции перерождения, где утрачена была электровозбудимость на оба тока как с нерва, так и мышц, мы в целях ускорения лечения применили ионизацию с иодистым калием по Бургиньону.

Проделав ионизацию по способу Бургиньона в течение месяца и не получив видимых улучшений, мы, в порядке эксперимента, решили применить ионизацию с Эльтонской грязью, состав растворимых солей которой следующий: хлористого натра 11,55, хлористого кальция 1,98, хлористого калия 2,08, хлористого магния 5,77, сернокисл. магнезии 3,79, сернистого аммония 0,34, двууглекислого натра 0,32 и аминовых оснований 4,5.

Неожиданно для нас самих улучшение, полученное в случае с давностью 2½ года в течение 10 сеансов, побудило нас применить это лечение и в остальных попавших к нам 52 случаях параличей лицевого нерва.

Все свежие параличи лицевого нерва, без реакции перерождения (их 23 случая), развившиеся в связи с охлаждением, повидимому на почве вазомоторных расстройств, дали за 10—12 сеансов полное выздоровление. Остальные 29 случаев с давностью от 6 месяцев до 9 лет

дали интересные результаты со стороны электродиагностического исследования.

Позволю привести истории болезни некоторых застаревших случаев.

1-й случай. Больная Ч-ных, 24 лет, венерически не болела, реакция Вассермана отрицательная. Правосторонний паралич лицевого нерва. Давность паралича 2½ года. До поступления к нам кроме медикаментозного лечения физическими методами лечения не пользовалась. При осмотре бросалась в глаза резкая асимметрия лица. Лобная и носогубная складки сглажены, угол рта опущен, верхняя губа перекошена в здоровую сторону. При закрытии глаза виден край радужной оболочки. Движение правого крыла носа отсутствует. Угол рта неподвижен. Пациентка не может надуть щек, не может улыбнуться. Изменений со стороны вкуса не отмечается.

При электродиагностическом исследовании на здоровой стороне сокращения получались при расстоянии фарадической катушки на 5 миллиметров, а на больной при расстоянии катушек на 60 миллиметров, несмотря на сильную боль, при исследовании сокращений не получалось. Не получалось сокращений и на гальванический ток при 12 м. а. ни на катоде, ни на аноде.

Шестинедельное безрезультатное лечение по Бергонье и Бургиньону заставило перейти, после отказа от оперативного вмешательства, к ионизации через грязь.

26/II—26 г. уже после трех сеансов угол рта приподнялся и перекошенность лица смягчилась; появилось движение крыльев носа при раздувании их *Filtrum; tuberculum labii superioris* переместились к средней линии, заняв среднюю часть первого верхнего реза здоровой стороны. При закрывании век радужка уже не видна и лагофталмус уменьшился.

15/III после 15 сеансов асимметрия сгладилась, появилось движение угла рта при улыбке. Пациентка может приподнять верхнюю губу. Лагофталмус в виде щели. Стали намечаться слабые движения при попытках собрать кожу лба в складки. Появилось фибриллярное подергивание в мышцах.

5-го апреля движения в правой половине лица стали настолько значительными, что больная может смеяться и производить смещения угла рта в обе стороны. Может закрывать глаз, но не может собрать кожу лба в складки и нахмуриться. Фибриллярное дрожание в мышцах больной стороны продолжается.

При электродиагностическом исследовании появились вялые сокращения на фарадический ток при расстоянии катушек на 30 миллим., а на гальванический ток при 15 миллиамперах. Сокращения одинаково вялы как для катода, так и для анода.

2-й случай. П-ва, 49 лет. Венерически не болела, реакция Вассермана отрицательная. Правосторонний паралич лицевого нерва развился вслед за невралгией верхней отдела плечевого сплетения. При исследовании бросается в глаза резкая асимметрия лица, пища вываливается изо рта. Лагофталмус равен половине глазной щели. Электродиагностическое исследование дало полную утрату электровозбудимости на фарадический ток с мышц, и нерва, а также на гальванический ток при 15 миллиамперах. Сокращения на здоровой стороне при 6 миллиметрах расстояния катушек на фарадический ток.

Применение ионизации с иодистым кали, в течение трех недель, не сдвинули с места активных мышечных движений и тонуса, а также и электровозбудимости.

Разительный успех с первой больной заставил применить этот способ и у второй больной.

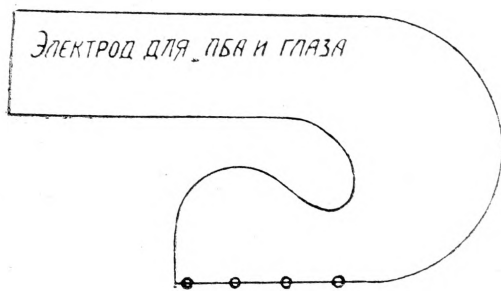
После 10 сеансов ионизации с Эльтонской грязью явления асимметрии сгладились. Появились вялые сокращения, и на катоде больше чем на аноде, при 5-ти миллиамперах. На фарадический ток в мышцах появились еле уловимые сокращения при расстоянии катушек на 40 миллиметров, а при 55 миллиметрах хорошо видимые сокращения.

25/III после 20-ти сеансов: пища изо рта не вываливалась, асимметрия исчезла. Лагофталмуса нет, только веко неплотно прилегает. Движения крыльев носа в полном объеме. Появилась возможность свистеть. Угол рта принимает участие во время улыбки.

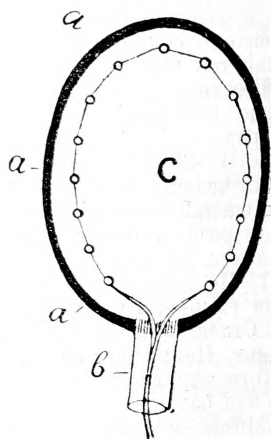
Спустя 5 месяцев у посетившей амбулаторию больной было отмечено следующее: глаза закрываются плотно, больная могла приподнять брови, движение угла рта возможно в обе стороны. Нижняя губа несколько связана в движениях.

Приступая к лечению ионтофорезом через грязь, мы в литературе, кроме предварительного сообщения доктора Проккина, озаглавленного „Применение Тамбуканской грязи через ионтофорез“ и статьи Balla's'a „О последующем воздействии фарадического тока на участки, бывшие под грязевыми компрессами“, по вопросу об ионизации через грязь ничего не встречали. Да и в статьях названных авторов о лечении параличей лицевого нерва не упоминалось. Предполагая, что в основу параличей лицевого нерва (когда образование их не связано с повреждением нерва во время операции или нагноений вблизи его) ложится вазомоторное расстройство, могущее при длительном нарушении кровообращения повлечь

Электрод для рта.



- а) Резина, пришитая к станиолю.
- б) Резиновая трубка на проводе.
- в) Станиоль.



за собой изменения коллоидной структуры нервномышечного аппарата, мы во всех своих случаях энергично воздействовали на sensitивно-вегетативную рефлекторную дугу этой области. Потому при применении ионизации через Эльтонскую грязь располагали электроды таким образом, чтобы захватить шейный симпатический узел и воздействовать на окончания тройничного нерва со слизистой оболочкой рта и кожи лица. Методика такова: в мешочек из полотна накладывалась эльтоновская грязь, толщиной в палец. Грязь располагалась на боковую поверхность шеи, на симпатический узел и отросток нижней челюсти. Второй электрод вводился в рот. Сторона электрода, прилегающая к зубам, обшивалась резиной, прилегающая же к слизистой оболочке шла под фланелью, смоченной гиперсолом. Оба электрода располагались под минусом. На лоб и глаза накладывался второй мешочек с грязью и электрод ставился на плюс. Сила тока по самочувствию больного до 10—15 м. ампер 30 минут.

В тех случаях, где имелась контрактура лица и фибриллярное подергивание, на щеку располагался мешочек, увлажненный раствором 1% хлористого кальция.

Позволю себе для иллюстрации привести истории болезни некоторых тяжелых случаев.

3-й случай. Больной Ш-в, 23-х лет, с давностью 3½ года. Паралич лицевого нерва левой стороны развился в момент трепанации соседнего отростка, сделанного в 1923 г. При осмотре больного обнаружилось следующее.— Лагофталмус на ½ сантиметра, глаз слезится. Левая носогубная складка сглажена, угол рта неподвижен. Не может собрать мышц лба в складки. При электродиагностическом

исследовании отмечено вялое сокращение как на фарадический, так и на гальванический токи. 7/1 1927 г. начало применения ионного способа через Эльтонскую грязь. Через два сеанса лагофтальмус исчез, глазная щель в виде космки. Обозначилась носогубная складка. При улыбке верхний резец парализованной стороны, прикрытый губой, стал обнажаться до половины.

17/1 27 г. После 10 сеансов появились нежные борозды на лбу, доходящие до середины его. Глаз закрывается неплотно, при умывании мыло заходит в глаз.

По независящим от нас обстоятельствам пациент должен был оставить лечение после 20 ионизаций, с полным уничтожением лагофтальмуса, появлением движения угла рта и лобной мышцы, улучшением качественной стороны электровозбудимости: сокращение с нерва и мышц стали живее.

4-й случай. Николай Ф.-в. 11 лет. За 2 месяца до трепанации сосцевидного отростка развился левосторонний паралич N. facialis. Лечение началось с 18-го мая 1925 г. спустя два месяца после операции. Врачом при амбулаторном лечении отмечен был паралич всех ветвей лицевого нерва с полной реакцией перерождения. Прделано ему 12 сеансов электрической гальванизации по точкам. Сила тока 6 миллиампер. В мае 1926 г. он был опущен домой. Лечение возобновлено с 8-го сентября 1926 г. после летнего перерыва. Получен 21 сеанс местного применения d'Arsonval, способствовавшего уменьшению сильной отечности щеки. Электродиагностическое исследование спустя 5 месяцев следующее: на фарадический ток при расстоянии катушки на 50 миллиметров никаких сокращений в мышце и нерва не получилось. На здоровой же стороне на 8 миллиметров живые сокращения. Верхняя ветвь на гальванический ток давала еле заметное сокращение на катоде при 7 миллиамперах, в виде легких подергиваний нижнего века. Нижняя ветка давала вялое сокращение при 7 миллиамперах, причем с катода больше, чем с анода.

Таким образом лечение с перерывами велось с февраля м-ца 1926 г. В течение 10 месяцев прделано было 90 ионизаций с иодистым калием. 30 d'Arsonvalей местно и начала ритмическая фарадизация по Куротневу.

4/II 27 года, спустя 10 месяцев после лечения, ребенок был передан мне для лечения электроионным способом через Эльтонскую грязь. При осмотре ребенка бросалась в глаза асимметрия лица. Отечность парализованной стороны. Угол рта резко опущен, при смехе неподвижен. Носогубная складка сглажена. Пациент не может наморщить лоб. Лагофтальмус на одну треть щели. Электровозбудимость на фарад. ток утрачена. На гальванический ток незначительные подергивания века, при 7 миллиамперах, вялые на катоде.

7/III 27 г. после трех сеансов лечения электроионным способом отек спал. Угол рта приподнялся, носогубная складка ясно обозначилась, лицо стало милевиднее, появились еле уловимые движения верхней губы. 9/III 27 г. после 6 сеансов появились движения угла рта и движения верхней губы при разговоре и улыбке. Лагофтальмус в виде щели. После 10 сеансов появлялась электровозбудимость на фарадический ток со всех ветвей и мышц при 50 миллиметрах расстояния катушки. На гальванический ток получились со всех 3 ветвей и мышцы при 6 миллиамперах. Сокращение в качественном отношении вялее, чем со здоровой стороны. Из опасения вызвать перевозбуждение лечение было прервано и сделан перерыв, после которого пациент не возвращался.

5-ый случай. Больная К.-на, 54 лет. Венерически не болела. Левосторонний паралич развился в июне 1926 г. вторично, спустя два года после леченного паралича верхней ветви, продержавшегося тогда несколько недель и излеченного без следа. С первых же шагов болезни и здесь прделано лечение фарадическим током, не давшее в течение 6 тинедельного срока никакого улучшения. При исследовании электровозбудимости: сокращений не получалось на фарадический ток ни со ствола, ни со стороны мышцы. Сокращения на гальванический ток вялее чем на здоровой стороне, анод равен катоду. Пациенткой за 6 м-цев с 17-го сентября 1926 года по 18-е февраля 27 г. было прделано 40 сеансов местного d'Arsonval'я, 50 сеансов прерывистой гальванизации по точкам и около 30 сеансов фарадизации.

С 18-го февраля 1927 года пациентка была передана мне для лечения электроионным способом через Эльтонскую грязь. При осмотре ее бросается в глаза контрактура левой половины лица, с содружественными движениями в парализованной стороне. Веко прикрывается неплотно, так что мыло заходит в глаз. Угол рта неподвижен. Пациентка не может выдвинуть вперед нижнюю губу, собрать лоб-

в складки. После 7 сеансов ионизации через грязь контрактурные явления сгладились, а на 10 сеанс стало возможным выдвигать нижнюю губу вперед и смещать угол рта в парализованную сторону. При электродиагностическом исследовании: верхняя и средняя ветвь отвечает сокращением на фарадический ток при 30 миллиметрах расстояния катушки, а нижняя при 40, тогда как на фарадический ток сокращения до лечения не было. На гальванический ток верхняя ветвь отвечает сокращением при 8 миллиамперах. Средняя ветвь при 6 миллиамперах, а нижняя при 8--7 миллиамперах, при сохранении равенства полюсов.

6-й случай. Больная С-ко, 53 лет. Правосторонний паралич лицевого нерва развился в ноябре 1926 года. Отмечено качественное изменение возбудимости на оба тока, вялость сокращения. Лечилась ритмической гальванизацией с ноября по февраль 1927 года. Передана мне через 4 месяца от начала лечения. При осмотре резко бросается в глаза асимметрия лица. Носогубная складка сглажена, угол рта опущен. Движение угла рта и верхней губы отсутствуют. Tuberculum labii superioris переходит за первый верхний резец здоровой стороны. Борозды на лбу сглажены, не может собрать их в складки. Лагофталмус при закрытии равен $\frac{1}{2}$ сантиметра. После двух сеансов пациентка сама заметила значительное улучшение. Угол рта приподнялся, обозначилась носогубная складка. Filtrum отодвинулся к средней линии. Лагофталмус уменьшился на $\frac{1}{4}$ сантиметра и появились нежные штрихи вместо лобных морщин. Улучшения, полученные после 2-х сеансов, не сгладились после 3-хнедельного перерыва, вызванного болезнью пациентки гриппом. Через 6 сеансов присоединилось движение верхней губы.

Таким образом у пациентки, лечавшейся 4 месяца, во время которого получился ничтожный результат, за 6 сеансов дала почти полное уничтожение асимметрии, уменьшение лагофталмуса, появление движения верхней губы.

7-й случай. Больной Ш-в, 18 лет. Сифилисом не болел. Правосторонний паралич развился 2 месяца тому назад после работы на сквозном ветру.

До поступления к нам лечился медикаментозно. Был передан мне после 3-кратного безрезультатного применения ритмической гальванизации. При осмотре больного бросается в глаза резкая асимметрия лица. Угол рта опущен. Носогубная складка сглажена. Рот перекошен в здоровую сторону, так что filtrum и tuberculum labii superioris заходит за первый верхний резец здоровой стороны. Движение губ и угла рта отсутствует. Лагофталмус равен $\frac{1}{2}$ глазной щели. Не может нахмуриться, собрать лоб в складки. При исследовании электровозбудимости на фарадический ток верхней ветви получается легкое наморщивание брови при расстоянии катушки на 70 миллиметров. С других веточек сокращений не получалось и сильная болезненность не позволяла дальнейших исследований.

Вялые сокращения на гальванический ток получались при 4 миллиамперах, в верхней и средней ветвях с извращением формулы. В нижней ветви сокращения получались при 1,5 миллиамперах.

3/III 1927 г. начато лечение. 7/III—после трех сеансов угол рта на одном уровне со здоровой стороной, наметилась носогубная складка. Filtrum и tuberculum labii superioris передвинут в сторону средней линии, появилось небольшое движение в нижней губе. Лагофталмус меньше.

После 7-ми сеансов глаз стал закрываться, но плотно сомкнуть его пациент не мог. Он может выдвинуть свободно нижнюю губу и при разговоре появляется движение в верхней губе. Во время улыбки носогубная складка обозначается резче, и угол рта слегка принимает участие в движении. При исследовании электровозбудимости после 6 сеансов следующее: все ветви на гальванический ток дают сокращения, без извращения тока, при 5 миллиамперах, катод больше анода, а на фарадический, ввиду болезненности при 50 миллиметрах расстояния катушки сокращений получить не удалось.

После 10 сеансов мы имели следующее: пациент закрывал глаз, носогубная складка ясно обозначена, верхняя и нижняя губы при улыбке и смехе принимают участие в движении. Не может собрать лобную мышцу в складки. Электродиагностическое исследование следующее: со всех трех ветвей сокращения появились при $3\frac{1}{2}$ миллиамперах на гальванический ток, причем сокращения на катоде живее, чем на аноде. На фарадический ток, ввиду сильной болезненности, появляющейся уже при 35 сант. расстояния катушки, сокращения получить не удалось.

Таким образом в таком тяжелом случае, где имелась реакция переорождения с извращенной электровозбудимостью нам удалось за 10 сеансов получить уничтожение асимметрии, появление движения губ и угла

рга, исчезновение лагофтальмуса, а также удалось извращенную электро-возбудимость получить в нормальном виде, так как на катоде сокращения были живее, чем на аноде.

Выводы. На основании нашего материала можно позволить себе сделать следующие выводы:

1. Ионизация через Эльтонскую грязь ускоряет срок выздоровления параличей лицевого нерва без реакции перерождения. Излечение наступает через 10—12 сеансов в свежих случаях.

2. Улучшает двигательную функцию мышц и восстанавливает движение некоторых мышц при параличах с частичной реакцией перерождения за 15—30 сеансов.

3. При лечении запущенных случаев с большой давностью и полной реакцией перерождения, а также дефектов в двигательной функции мускулатуры, развившихся после длительного и безрезультатного лечения остальными методами, наступает значительное улучшение в движении мускулатуры и со стороны электровозбудимости за 40 сеансов.

4. Стойкие изменения электровозбудимости под влиянием ионизации через грязь после 15—30 сеансов улучшаются, а именно: качественные изменения электровозбудимости выравниваются до нормы, появляются сокращения на фарадический ток в тех случаях, когда их не удавалось получить до лечения.

5. Реакцию перерождения при параличах лицевого нерва, претерпевающую такие быстрые видоизменения при применении ионизации через Эльтонскую грязь, богатую хлористыми соединениями, не связанную с травмой во время операции и нагноительными процессами вблизи ствола лицевого нерва, нельзя отождествлять с реакцией перерождения, наступающей при перерезке нерва.

6. Эффект грязевого ионтофореза надо приписать во-первых: специфическому воздействию на мышечный тонус хлористых соединений, во вторых — рефлексу на сенсорновегетативную дугу через симпатический шейный узел и окончания тройничного нерва в коже и слизистых оболочках.

7. Прослойка из грязи, как сложный электролит, имеет больше преимуществ перед сложенными в 20—25 слоев хлопчато-бумажными тканями, смоченными лекарственными растворами.

8. Ионизация через Эльтонскую грязь ставит вопрос о подыскании специфических ионов и при других формах заболеваний; как-то — кожных страданиях.

9. Ионизация с Эльтонской грязью повышает тонус, сглаживая явления асимметрии.

Неврологические впечатления в Железноводске.

Проф. Г. А. Клячкин.

Одна из важнейших задач русской медицинской науки — это скорейшее массовое оздоровление трудящегося населения, сильно пострадавшего за время минувших величайших травматических эпидемий. Огромное число трудящихся заполняют в настоящее время все южные курорты и климатические станции, среди которых преобладают большие туберку-