

Об оперативном лечении воспалительных невралгий седалищного нерва.

(Сообщено на I Поволжском Съезде Врачей в г. Казани).

Н. В. Волкова.

Кривавое вытяжение седалищного нерва при столь часто встречающемся ишиасе принадлежит к числу редко практикуемых операций. Не углубляясь в историю вопроса, напомним только, что еще в 1906 г., на VI Съезде Российских Хирургов, Венгловский И., выступив с докладом на эту тему, основанным на 6 собственных наблюдениях, дал благоприятный отзыв об операции и пропагандировал ее применение. Тем не менее, насколько я знаком с русской хирургической печатью, я не могу сказать, чтобы русские хирурги последовали этому призыву. Разбираемая операция продолжает оставаться неупотребительной. Между тем мучительность и частота болезни, равно как и бессилие терапии и недоступность грязелечения для большинства больных, заставляют искать быстрого и надежного средства для ее устранения.

Клинический термин „ишиас“ в сущности ровно ничего не говорит уму научно мыслящего хирурга. Этиология показывает лечение. Поэтому я прежде всего суживаю границы выбранной темы, сводя ее к невралгиям исключительно воспалительного происхождения и оставляя в стороне все случаи иной природы. Впрочем практически тема очень мало терпит ущерба от такого самоограничения, так как в практике наиболее встречаются случаи невралгий седалищного нерва именно воспалительного происхождения.

Исследованиями Vardenheuer'a, Giordano, Barasz'a и др. установлено, что патолого-анатомические изменения при ишиасе локализуются главным образом не в стволе, а в крестцовых и поясничных корешках нерва. Клинические симптомы Lassègne'a и Fajersztajn'a подтверждают это. Изменения сводятся к развитию рубцовой соединительной ткани в виде спаек, волокон и тяжей большей или меньшей мощности по ходу нерва,

на пути его от передних крестцовых отверстий до большого седалищного отверстия, между периневрием и окружающими мышцами, В результате этих срощений нерв подвергается беспрестанной травматизации в форме подергиваний и потягиваний со стороны окружающих его мышц при всяком их сокращении. Такова, так сказать, механическая теория происхождения болезни, которая едва ли может встретить серьезные возражения. Другое дело, даст ли она исчерпывающее объяснение симптомокомплексу. Возможно, что в свете более углубленных исследований объяснение утратит часть свою простоту, и картина болезни окажется гораздо сложнее. Но, как бы то ни было, механический момент в картине болезни несомненен, и это подтверждается результатами операций.

Я располагаю 14 собственными наблюдениями за последние 6 лет работы в Ядринской Хирургической и Глазной Лечебнице. Среди больных мужчин было 10, женщин—4; по возрасту они распределялись так: от 20 до 30 л.—2, от 30 до 40—7, от 40 до 50—4, свыше 50—1. Давность заболевания: до 1 г.—6 случаев, до 2 л.—2, до 3 л.—2, до 4 л.—1, 12 л.—2. Локализация его: слева—в 9 случаях, справа—в 5. 14 больных были оперированы первично, двое—повторно, один через 2¹/₂ нед., другой через 1¹/₂ мес. Сильное развитие соединительнотканых срощений было встречено при операции в 4 случаях, умеренное—в 6, слабое—в 4. Заживление рогов отмечено в 13 сл., с нагноением—в 1. Операция дала отличные результаты у 7 больных, хорошие—у 4, плохие—у 1. Для образца привожу 3 наиболее показательных истории болезни.

1) Больной Д. Г. 38 лет. Ischias sin. Последний год весь пролежал в Нижегородской Губернской Земской Больнице. Бедро и ягодица нестро пигментированы, — следы мушек. Походка затруднена и своеобразна: выставив вперед и вбок ногу, больной двигает ее в таком положении впереди себя, не отрывая от пола. Левосторонний сколиоз. Мышцы слегка атрофированы. Под хлороформом раз'единены очень прочные спайки в области седалищного нерва. Вытяжение первого ствола на тупом крючке с силой ок. 3—4 пуд. Послеоперационное течение без осложнений. На 3-й день больной уже мог поднять вытянутую ногу над постелью на ¹/₂ арш. (до операции— всего на 2 вершка). На 9-й день встал с постели. Ходит почти свободно. Механизм ходьбы еще не совершенен, но нормального типа.

2) Больная К. Л., 50 л. Ischias sin. Больна 2¹/₂ г. Ходит с большим трудом. Садясь, не сгибает бедра в тазобедренном суставе, симулируя разгибательный анкилоз. Резкие боли. L a s è g n e резко выражен, F a j e r s z t e j n—слабо. При операции — крепкие срощения с мышцами. На 6-й день сняты скобки, и больная выписана. Ходит почти свободно.

3) Больной С. К. 37 лет. Ischias dex. Болен 2¹/₂ мес. Больного скрючило, скванность тела, боязнь движений. Отчаянные боли и в

покое (ломота), и при движениях (стрельба). На другой день после операции ломота исчезла. На 3-й день больной начал ходить со страхом, не веря себе. На 6-ой день выписан. Здоров доныне. Свободно ходит по 10—15 верст.

Привожу еще 2 случая повторных операций.

1) И. В. 52 л. Болен 12 лет. Ежегодно обострения. Лет 7 тому назад пролежал в постели полгода. Операцию отвергал, но наконец был вынужден решиться. Сколиоз. Атрофия мышц. Операция и послеоперационное течение нормальны. Больной выписался на 8-й день, но через неделю поступил вновь: оказывается, боли в пояснице, ягодице и бедре исчезли совершенно, но беспокоят боли в голени; просит оперировать. Вытяжение п. *peronei* и перерезка п. *suralis*. Первые дни после операции боли в коже тыла стопы. Выписан на 6-й день. Здоров доселе (3 года). Ежедневно ходит на завод на работу за 4 версты.

2) Больной Н. М., 36 лет. Случай—почти точная копия предыдущего с той разницей, что при вторичной операции было сделано вытяжение п. *tibialis*, так как болевые ощущения локализовались в области разветвлений этого последнего.

По поводу последних 2 случаев уместно отметить, что невралгические боли при *ischias'e* могут вызываться изменениями не обязательно в корешках, но и в самом стволе нерва. При первой типичной операции воздействие на корешки было, конечно, гораздо более значительным, но это не избавило больных от периферических болей, и только воздействие непосредственно на п. *peroneus resp. tibialis* устранило окончательно страдания.

Операция делается под общим наркозом при расходе 5—8 грм. хлороформа. Продолжительность ее — от 5 до 6 минут. Нерв обнажается у места выхода его из малого таза. Изредка применяется стеклянный дренаж. В случаях, когда исследующий палец не встречает ясно выраженных сращений, к вытяжению присоединяется расслоение нерва по его длине на протяжении 5—6 сант. в двух взаимно перпендикулярных плоскостях, — в целях разрушения могущих развиваться в осевой части ствола мелких флэбэктазий, которые, по литературным указаниям, тоже могут вызывать невралгические боли. Впрочем и при сильном вытяжении нерва эти флэбэктазии, возможно, тоже не остаются интактными.

Поскольку дело идет об оперативной технике, можно было бы повторить вслед за Венгловским, что „операция настолько проста и легка, что делать ее может всякий“, если бы только он вслед за этим не добавил: „при любой обстановке“, с чем согласиться невозможно. Может быть, как раз в обстановке-то и лежит ключ к успеху операции. Думаю, что со стороны Венгловского это — только *larsus linguae*. Я утверждаю, что операцию эту

имеет право делать только тот, чья работа протекает в условиях строгой асептики. Несомненно, после наших оперативных воздействий постепенно вновь регенерируются все порванные нами спайки и сращения, да еще может быть, и с избытком. Отчего же, в таком случае, мы не наблюдаем, казалось-бы, неизбежного рецидива болезни? Ответ прост: после операции, на известный период времени, создаются такие условия (механические), когда нерв получает, наконец, столь долго ожидавшийся им покой. На этот период все движения больной ноги делаются свободны и, — главное, — безболезненны. И вот, за этот-то период и нужно довести до максимума амплитуды всех размахов больной ноги, чтобы помешать процессу плоскостного рубцевания и рецидиву фиксации нерва. Если же мы, наоборот, в этот критический момент предпишем покойное положение, то будем способствовать регенерации рубцов и собственными руками сведем к нулю и даже к отрицательной величине результаты операции. Вот почему асептика должна быть обеспечена. Она 1) сокращает время первично-болевого послеоперационного неподвижности ноги, 2) сокращает время постельного пребывания больного. В своих последних случаях я спускал оперированных с койки уже на 2—3-й день. Нагноение с развитием грануляционной ткани, воспалительными болями, мощными рубцами, разумеется, есть первый враг успеха; поэтому, повторяю, выражение „при любой обстановке“ подлежит ограничительному толкованию в пределах благоразумия.

Продолжая логически ход мыслей, я прихожу к выводу, — правда, подлежащему проверке на большем материале, — что при лечении острых случаев воспаления седалищного нерва (особенно интерстициального, покой есть оружие обоюдоострое и коварное. Избыток покоя, вызывая патологическую фиксацию нерва, грозит в будущем годами беспокойства. Поэтому в целях профилактики, как только начнет стихать первичная острота воспалительного процесса, необходимо планомерно, тактично и настойчиво приступить к „безопасному“ методу лечения, вопреки отчаянному сопротивлению больного, прилежавшего к койке в одной, сохраняемой месяцами, позиции. Здесь для первых сеансов осторожной пассивной гимнастики вполне показано прибегнуть к хлороформному или эфирному оглушению по методу Обуховской Больницы в Петрограде.

Заканчивая свой доклад, я не считаю себя вправе делать какие-либо определенные выводы из скромного числа моих наблюдений, но полагаю, что общий их результат определенно говорит в пользу оперативного метода лечения седалищных невралгий воспалительного происхождения.