

Из физиотерапевтической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина. (Завед. проф. Г. А. Клячкин).

Ишиас и его лечение инъекциями антипирина с одновременной гальванизацией¹).

Ассистент А. Гринбарг.

Несмотря на то, что невралгия седалищного нерва—ишиас, как известно, очень распространенная, давно известная болезнь, однако это заболевание далеко еще не вполне изучено.

Принимая во внимание встречающиеся при данном заболевании затруднения практического, а также патогенетического характера, большинство авторов до сих пор различает ишиас стволовой и корешковый²). Среди причин, вызывающих ишиас, имеют место острые и хронические инфекции, интоксикация и автоинтоксикация, эндокринные заболевания и ишиас без определенного этиологического момента, т. н. идиопатический ишиас. К причинам, обуславливающим возникновение невралгии седалищного нерва, относятся также хронически повторяющиеся, мало заметные на первый взгляд травмы, воспаления, опухоли, застойные явления в малом тазу, в позвоночном столбе и его полости, и изменения самого позвоночника.

Из указанных причин, вызывающих синдром ишиаса, мы сейчас останавливаемся на идиопатическом ишиасе, т. е. на той сравнительно часто встречающейся группе ишиаса, где при самом тщательном исследовании больного и его анамнезе никаких определенных причин не удается обнаружить для установки непосредственной связи с данным заболеванием.

Среди этих больных имеются и такие, в анамнезе которых нельзя исключить простудный момент, быть может протекший эфемерно, также незначительные хронические травмы, которым обычно в повседневной жизни особого значения не придают.

Патолого-анатомические исследования стволового ишиаса имеются в ограниченном количестве и носят недостаточно определенный характер. В отношении корешкового ишиаса, насколько известно нам из литературы, патолого-анатомические данные отсутствуют. Так, например, Dana и Putnam нашли при невралгии выраженный эндартериит, сопровождающий нервные сплетения артерий.

В прежней нашей работе: „К патогенезу ишиаса и его лечение физическими методами“³), основываясь на клиническом симптомокомплексе болезни и на имеющихся патолого-анатомических исследованиях, мы рассматриваем причину невралгии, как и при каузалгии, как неврит периферического симпатического нервного ствола, сопровождающего сосуды.

¹) Сообщено в физиотерапевтической секции Общества невропатологов и психиатров при Казанском государственном университете имени В. И. Ульянова-Ленина 24/IV 1929 г.

²) Шамбуров. Ишиас. Госиздат, 1928.

³) Труды I-го Поволжского Съезда врачей в г. Казани 1923 г. стр. 265 и Каз. мед. журн., 1923 г., № 1, стр. 53.

С нарушением физиологического равновесия в вегетативной нервной системе наступают сосудодвигательные расстройства, вызывающие беспрерывное раздражение чувствительных нервных волокон. Этим могут быть объяснены не только свойственные невралгии болезненные приступы, но и те случаи болезни, где идиопатический ишиас существовал десятки лет без каких-либо материальных изменений, а равно те случаи, где находили незначительные изменения в самом нерве. Ведь, при неврите периферической симпатической нервной системы кровенаполнение сосудов нарушается, а потому и обмен веществ заинтересованного нерва может настолько пострадать, что вызывает деструктивные изменения в самом нерве.

Такой взгляд подтверждается Senator'ом, Quinscke, O. Müllером¹⁾, объясняющими невралгию вазомоторными колебаниями. Pfeifer²⁾ указывает в своей работе о невралгиях, что: „es giebt Formen der Angina pectoris, die nach ihrer Grundlage und Symptomatologie durchaus in Analogie zu diesen treten“. Соколов³⁾ произвел симпатэктомию на art. carotis по поводу невралгии n. trigemini у 5 больных, которая у 3-х больных увенчалась успехом. Это как бы экспериментально подтверждает высказанный мною раньше взгляд о патогенезе ишиаса. По причинам вполне понятным оперативное вмешательство не всегда желательно, особенно там, где есть возможность облегчить и излечить больного консервативным путем.

Существует много методов терапии ишиаса. Достаточно открыть любое руководство или монографию об ишиасе, как всегда бросается в глаза обилие однородных или комбинированных средств, предложенных для лечения ишиаса различной этиологии, в том числе идиопатического.

Поэтому, всякий новый способ лечения ишиаса, дающий более положительный и устойчивый результат, кажется нам, заслуживает внимания. Предлагаемый мною здесь способ лечения, тщательно проведенный на ряде больных нашей клиники, давал нам довольно удовлетворительные результаты. Способ этот применяется нами в острых, подострых и хронических случаях. В подострых и хронических случаях лечение проводилось сейчас же после установления диагноза, в острых случаях мы стремимся начать лечение в промежутках, когда сильные болевые приступы спадают. Обычно и при острых случаях мы отменяем всякие лекарственные средства, и больной лечится исключительно одним описываемым способом. Самый метод лечения проводится следующим образом: больной укладывается на живот, по возможности совершенно горизонтально, а если это не удается, то на здоровый бок. Первая инъекция во всех случаях (верхнего, среднего и нижнего ишиаса) делается тонкой иглой, обыкновенно помошью Правацевского шприца, из стерилизованного, слегка подогретого 40% раствора антипирина, который вводится приблизительно в середину большой ягодичной мышцы по тракту седалищного нерва. Сама инъекция проводится медленно, глубоко в мышцу. Правильный укол характеризуется болями по тракту нерва и его разветвле-

¹⁾ Kraus-Brugsch. Spez. Pathologie und Therapie innerer Krankheiten. Bd. X. T. I. S. 342. 1924.

²⁾ Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1923. S. 904.

³⁾ Вестник Хирургии, том 7, книга 21. 1926.

ний. Доза препарата увеличивается постепенно, смотря по тяжести случая, начиная с 0,5 грамма и кончая 1,25 граммом раствора, увеличивая дозу каждого сеанса на 0,1—0,2 грамма.

Следующие инъекции делаются также в мышцу аналогичным образом не более 3-х раз в неделю, обыкновенно через день или два, в наиболее болезненное место по ходу седалищного нерва (например, между вертелом и седалищным бугром) и его разветвлениями,—по ходу п. рёгопеи, избегая места предыдущего укола.

Если боли упорно держатся в определенной точке, то инъекции повторяются в следующих сеансах в этой же области по ходу нерва до тех пор, пока боли не утихнут.

Вслед за уколом мы применяем электризацию в виде стабильной гальванизации, беря для этой цели обыкновенно два равных по величине электрода приблизительно в 200—250 кв. см. Один электрод накладываем на расстоянии 10 до 20 сант. от места инъекции антипирина, а другой по ходу нерва с таким расчетом, чтобы известные ионы антипирина передвигались от анода к катоду. Так, например, при ишиасе с концентрацией болей в ягодичной области и распространения их кверху, мы ставим катод на крестово-поясничную область, а анод ниже места инъекции антипирина, под нижне-ягодичной бороздой. При ишиасе с отдачей болей вниз мы, после вспрыскивания антипирина в место наиболее болезненное по ходу нервного ствола, ставим анод над этим местом, а катод внизу по ходу нерва и его разветвлений с таким расчетом, чтобы сразу или в несколько сеансов захватить весь участок распространения болей. Спустя 20—40 минут, выключив реостат, току дают обратное направление на время 10—15 минут, принимая во внимание, что часть ионов антипирина имеет отрицательный заряд; всего сеанс продолжается 30—55 минут. Через каждые 3—4 сеанса мы проводим следующий сеанс исключительно гальванизации без инъекции антипирина точно так, как в предыдущем сеансе, или же располагаем электроды на крайних полюсах нерва. Сила тока, которым мы пользуемся, выражается обыкновенно в 25—30 МА. Электроды берутся из тонкого свинца, олова или станиоля с подлежащую соответствующей толщины гидрофильной тканью для того, чтобы они вследствие своей гибкости лучше прилегали и легко принимали конфигурацию данной поверхности. Тщательное прилегание электродов поддерживается бинтованиями или песочными мешочками. Продолжительность процедуры постепенно увеличивается: начинается с 20—25 минут в одном направлении от анода к катоду и 10 минут в обратном направлении. Следующие сеансы доводят до 30—40 минут в одном направлении и 15 минут в обратном. В тех случаях, когда больной плохо переносит густой ампераж, мы соответственно понижаем его и компенсируем это временем—удлинением сеанса. Сеансы приходится повторить до тех пор, пока не получатся стойкие результаты. Обыкновенно больные чувствуют себя лучше уже после первых сеансов и их трудно удержать в постели. После 3—5 сеансов, а иногда 8—10 сеансов, бывают обострения, после того как боли уже значительно утихли. В таких случаях рекомендуется оставить больного в покое на 2—3 дня с тем, чтобы затем опять продолжать лечение. Обычно, после 6—8 сеансов больные чувствуют себя настолько бодро, что считают себя работоспособными, а после 12—15 сеансов большинство прекращает лечение и переходят к своим занятиям, чувствуя себя здоровыми.

Всего под наблюдением у нас было 40 больных. Из числа этих больных приведем несколько кратких историй болезни.

1 случай: Больная Т., 40 лет, домашняя хозяйка. Жалобы на боли рвущего характера по задней поверхности левой ноги, наступившие неожиданно $2\frac{1}{2}$ мес. тому назад. Определенной причины болезни не может указать. Считает себя вполне здоровой. Боли все время усиливаются. Лечилась домашними средствами, затем было принято 12 электро-световых местных ванн, но безрезультатно. St. praesens. Больная из-за болей слегка передвигается при поддержке постороннего лица. Болезненные точки по ходу p. tibialis и p. peronei. Резко выраженный Lasègue. Расстройства чувствительности нет. Рефлекс с левого Ахиллова сухожилия понижен. Со стороны позвоночника, органов малого таза отклонений от нормы не обнаружено. Diagnos.: ischialgia sinistra acuta idiopath. С 4/VI 1924 г. лечение по указанному способу: инъекция антипирином с одновременной гальванизацией. После второго сеанса больная ходит еще с посторонней поддержкой. Приступы болей реже, интенсивность их меньше. После 4-го сеанса болезненные явления начали сгаживаться. 18/VI. Самопроизвольных болей и при пальпации нет. Lasègue отсутствует. Рефлекс с Ахиллова сухожилия восстановился. Движения свободны и безболезненны. Считает себя здоровой и работоспособной. Сделано всего 7 сеансов, которыми и закончилось лечение. С 1924 года до начала 1929 года у больной рецидивов не было. Больная говорит, что не помнит теперь, какая у нее нога болела, но вспоминает с ужасом о своем страдании.

2 случай: Больной В., счетовод. Жалобы на слабость и приступы болей в правой ноге. Лечился более 10 лет, но почти без успеха. Принимал внутрь и применял наружно всевозможные лекарственные средства. Лечился за последнее время водой и электро-световыми процедурами, диатермии, ионтофорезом с аконитином, но также безрезультатно.

St. praesens При пальпации—болезненные точки по ходу правого седалищного нерва и его разветвлений. Резкий Lasègue, имеется симптом Bonnet. Расстройства чувствительности нет. Сухожильные рефлексы в пределах нормы. Рентген ничего патологического обнаружить не мог. Мочеполовые органы в порядке. Diagnos.: ischialgia dextra chronica idiopathica. 28/XII 27 г. назначено лечение по описываемому способу. Уже после 4 сеансов боли не так сильны и не так часто беспокоят. После 8-го сеанса обострение болей. После 10 сеанса ходит совершенно свободно, болей почти нет. Пальпация не болезненна, Bonnet также исчез, Lasègue слабо выражен. Сделано еще два сеанса. Больной говорит, что чувствует себя впервые за эти 10 лет хорошо, не испытывая болей.

3-й случай: Больная Ф., 34 лет, работает на железной дороге, считает себя больной с год. Жалобы на приступы жесточайших болей в правой ноге. Работать приходится на воздухе и при всякой погоде. Замужем, имеет 3-х здоровых детей. В 1924 году болела суставным ревматизмом, в 1929 году воспалением матки. В январе 1927 года во время работы появились острые боли в пояснице справа: двигаться трудно было из-за болей. При кашле, чихании боли отдавали в правую ногу. Лечилась паровыми и электро-световыми ваннами, но без успеха. В апреле и мае месяцах находилась на стационарном лечении в железнодорожной больнице, где применялись гидропатические процедуры в виде общих ванн и душей и проводилась протеиновая терапия. Выписалась без улучшений. Затем лечилась амбулаторно синим светом, грязями, лекарствами, после чего наступило непродолжительное улучшение. Больную сняли с работы и перевели на пенсцию. St. praesens. При пальпации болезненные точки в пояснично-крестцовой области, такие же в дистальных отделах по ходу ветвей седалищного нерва. При нагибании туловища вперед боли иррадируют с ягодичной области книзу до пятки. Резкий Lasègue, умеренный Sicard. Рефлекс с правого Ахиллова сухожилия понижен. Расстройства чувствительности нет. Незначительная синюха и похолодение в дистальных отделах ноги. Рентгенограмма пояснично-крестцового отдела позвоночника отклонений от нормы не дала. Моча нормальная; RW в крови отрицательна. Со стороны органов малого таза ничего особенного обнаружить не удалось. 21/1 28 г. назначено лечение по указанному способу и закончено 18/II 1928 года. В течение этого времени все болезненные явления у больной постепенно сошли на нет. Болезненных точек нет, рефлекс Ахиллова сухожилия восстановился. Синюха и похолодение не отмечаются. Остался намек на Lasègue. Б-ная служит на старом месте более 10 месяцев и работает в тех же условиях, что и до болезни. Чувствует себя бодрой и здоровой.

4-й случай: Больной П., 31-го года, студент. Жалобы на приступы острых болей в голени правой ноги. Заболел 7/XI 1928 года во время военпарада. 9/XI слег в постель с повышенной температурой. Боли и ломоты в ноге обострились, нельзя было сидеть, лежать, наклоняться. St. praezens. Больной слег передвигается из-за болей в правой ноге. Болезненные точки по ходу седалищного нерва и его разветвлений, преимущественно в дистальных отделах, где отмечается расстройство чувствительности периферического типа. Резкий Lasègue. Рефлекс с правого Ахиллова сухожилия не вызывается. Кожа в дистальных отделах больной конечности легко цианотична. Электровозбудимость отклонений от нормы не представляет. Т⁰ в пределах N. Со стороны мочеполовых органов и позвоночника отклонений от нормы нет. Diagnos.: ischialgia dextra idiopatica с невритической реакцией. 1/XII больному назначена инъекция антипирина с одновременной гальванизацией. Уже после 2-го сеанса больной говорит, что он ожил: боли значительно стали слабее, приступы реже. Позволяет себе немного ходить. Расстройство чувствительности восстановилось. После 5-го сеанса больной стал ходить; нога мало беспокоит. Продолжительные передвижения вызывают незначительные боли, преимущественно в икре, а иногда по всему ходу седалищного нерва. Окраска кожи ноги почти нормальная. Болевые точки в дистальных отделах нерва и его разветвлений держатся, но выражены заметно слабее. Больной закончил лечение 11 сеансами, чувствуя себя здоровым и работоспособным.

Приведенные нами случаи показывают, что ишиас как с давностью в несколько недель, так и более 10 лет, несмотря на неоднократно применяемые всевозможные медикаментозные средства и различные физиатрические процедуры излечению не поддавались. Если у некоторых из указанных нами больных наступало облегчение, то неполное и не надолго.

Нам остается сказать несколько слов, почему мы остановились именно на антипирино-гальваническом методе лечения. Мы при этом исходили из того соображения, что антипирин, как указывает A. Robin, Brouardel, Loye, Gley, обладает обеззараживающим и сильным обезболивающим действием. Обезболивающий эффект отсутствует у здоровых людей, но сказывается в высшей степени наглядно при различного рода болях (Huchard, Lepine, Saint-Hilaire¹).

Как известно (Мeyer и Gottlieb²), судороги сосудов внутренних органов выражаются „сосудистыми болями“ и припадочными расстройствами деятельности органов, недостаточно снабженных кровью (например, claudicatio intermittens). Это относится особенно к приступам стенокардии или грудной жабы. Гипотеза о зависимости подобного рода расстройств, зависящих от судорог сосудов, находит в себе подтверждение в лечебном действии сосудо-расширяющих средств. Наркотические средства жирного ряда можно рассматривать как сосудо-расширяющие средства; они влияют, правда, на тонус вазомоторного центра всех сосудистых областей, но особенно легко вызывают расширение определенных областей, в особенности сосудов кожи и мозга. Еще элективнее расслабление сосудов в области кожи под влиянием веществ, относящихся к группе антипирина. Что касается гальванического тока, то под влиянием его ионы антипирина в интерполлярном пространстве могут передвигаться в определенном направлении. Однако, мы должны оговориться. Если движение ионов в гомогенной среде и может быть направлено нами посредством гальванического тока в известном направлении, к определенному месту, как

¹) Реальная энциклопедия медиц. наук. 1-й допол. том, стр. 50, 1900.

²) Экспериментальная фармакология как основа лекарственного лечения, стр. 297, 1913 г.

ето, например, указано Шацким, Hittorff'ом, то в такой необыкновенно сложной среде, как структура человеческого организма, направление ионов, их судьба может быть в интерполлярном направлении сорвана, увлечена течением крови или лимфы и не достигнуть места назначения. Это особенно ярко доказано тем же Шацким, его третьим опытом. На основании своих исследований Греченин¹⁾ делает следующий вывод: „при обыкновенной, существующей методике ионотерапии не может быть никакой речи о непосредственном глубоком проникновении ионов; при обыкновенной методике мы действуем исключительно только на кожу и только отчасти на ближайшие к коже ткани“.

Последующими работами Аникина²⁾ и Коротнева, видоизменявших первый опыт Шацкого, также и опытами Щербака³⁾ доказано, что под влиянием электрического тока только некоторая часть ионов может достигнуть определенной глубины в интерполлярном пространстве. Поэтому, мы и попытались посредством инъекции приблизить ионы лекарственного вещества непосредственно к болезненному участку⁴⁾. С другой стороны, мы не должны забывать физиологического и терапевтического действия самого гальванического тока. Электролитические процессы, происходящие в интерполлярном пространстве в нашем организме под влиянием гальванического тока, как неоднократно экспериментально было доказано, сильно изменяют концентрацию ионов и перемещая их, а также перемещая и коллоиды, являющиеся носителями жизнедеятельности клетки, не могут не влиять значительно на биохимические процессы клеточного и тканевого обмена. Если гальванический ток идет от одного электрода к другому, говорит Nogier⁵⁾, то это происходит потому, что в межполюсном пространстве имеет место интенсивный обмен ионов организма. Под влиянием этого волосные сосуды расширяются или сокращаются, диапедез видоизменяется, амёбOIDные движения лейкоцитов ускоряются, фагоцитоз усиливается. Внешним вмешательством мы усилили естественную защитительную способность организма.

Принимая во внимание вышеуказанное значение гальванического тока на усиленный обмен ионов больного органа в интерполлярном пространстве, куда входят также и ионы антипирина с присущими им электротонусом расширяющими и болеутоляющими свойствами, мы и полагаем, что нарушенное равновесие вегетативной нервной системы вследствие заболевания, сопровождающего сосуды периферического симпатического нерва, обуславливающее собой, как мы указали, синдром идиопатического ишиаса,—под влиянием такого фактора как антипирино-гальваническая терапия дает довольно быстрый и стойкий лечебный эффект.

Самый способ лечения очень прост, осложнений не дает и поэтому может быть рекомендован для широкого применения во врачебной практике.

¹⁾ Физиотерапия, 1928 г., № 1.

²⁾ Физиотерапия, 1926 г., № 3 и руководство по физич. метод. лечения проф. Бруштейна, 1928 г., стр. 468.

³⁾ Экспериментальное исследование ионтофореза иода. Врач. дело, 1925 г. № 24—26.

⁴⁾ Предпринятые экспериментальные исслед. будут своевременно сообщены.

⁵⁾ Электротерапия, 1911 г., стр. 199.