

В. Н. Сайгушкина

## Лечение больных с алгическим синдромом длительным прерывистым сном

В гениальном учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности учение об охранительно-целебной роли торможения безусловно является тем звеном, которое тесно связывает теорию с практикой. Применение целебно-охранительного торможения для лечения весьма различных заболеваний обосновано положениями учения И. П. Павлова о ведущей роли коры головного мозга для всех явлений, происходящих в организме человека.

Практическим приложением теории охранительного торможения является сонная терапия, которая у нас в СССР начала впервые применяться при отдельных формах шизофрении (Иванов-Смоленский, Гилляровский, Серейский и многие др.).

Во время Великой Отечественной войны сонная терапия широко применялась при различных травмах нервной системы (Э. А. Асратян, А. О. Долин).

Лечение сном применялось как при органических, так и функциональных заболеваниях нервной системы (С. Н. Давиденков, Н. А. Крышова, Я. М. Краевский).

В 1950 году клиника нервных болезней Ереванского мединститута стала применять длительный прерывистый сон в лечении больных гипертонической болезнью, неврозами, а также больных с алгическим синдромом поражений седалищного нерва.

Наблюдения многих авторов говорят об исключительной эффективности сонной терапии в лечении алгических синдромов.

А. Г. Иванов-Смоленский указывает, что лечение сном дает эффект преимущественно при наличии охранительного торможения коры головного мозга. И. П. Павлов говорил, что длительные болевые раздражения действуют на кору как внешний тормоз, обуславливая тормозное состояние. Центральным моментом, следовательно, в охранительной терапии являются углубление и усиление охранительного торможения.

Исходя из этих указаний, мы полагаем, что у больных с длительным алгическим синдромом образуется естественное охранительное торможение, которое усиливается и углубляется сонной терапией. Применять сонную терапию в лечении алгических синдромов нас побудило также и то обстоятельство, что боль является почти самым частым симптомом при заболеваниях нервной системы, при страданиях же периферической нервной системы боль может быть главным и самым выраженным симптомом болезни.

Применение лечения сном болевых синдромов обуславливал и тот факт, что учение И. П. Павлова не только по-новому освещает вопросы боли, но оно открывает и новые пути борьбы с ней.

Для действительной борьбы с болью нужно правильно представлять патогенез боли.

Ряд авторов, объясняя патогенез боли при невритах, сосредоточивают свое внимание на периферическом компоненте, т. е. на воспаленном нерве, что указывает на то, что этими авторами не учитывается роль коры в формировании боли.

За последние годы вышел ряд монографических работ (Быков, Раздольский), трактующих проблему боли в свете учения И. П. Павлова. Авторы подробно освещают вопросы патогенеза боли, выработки болевых условных рефлексов. По мнению этих авторов, решающая роль в формировании боли принадлежит коре головного мозга.

Указания авторов и ряд явлений, наблюдающихся при резких болях невритического генеза, и клинико-физиологический анализ болей дают основание думать, что наряду с важной ролью процесса на периферии (воспаление седалищного нерва), как очага иррадиации и источника возникновения болевых импульсов, важное участие принимают центральные механизмы (головной мозг). Такое, бросающееся в глаза явление у наших больных, как широкая иррадиация болей, эмоциональная их окраска, ослабление болей ночью на фоне заторможенной коры, дают нам основание предполагать какие-то функциональные сдвиги в зрительном бугре и коре полушарий у больных с резким алгическим синдромом.

Таким образом, боли при невритах являются компонентом сложного процесса, в котором участвуют как периферический локальный очаг (источник возникновения и посылки болевых импульсов), так и центральная нервная система—зрительный бугор и кора. Соответственно нашему представлению о патогенетической основе болей при люмбаишалгиях у нас возникла мысль лечить, устранить боли воздействием не только на периферию, т. е. на воспаленный нерв (как обычно и делается), но и воздействовать на центральные механизмы—на кору и подкорку. При выборе метода лечения мы руководствовались тем соображением, что сон, как лечебный фактор, нужно сочетать с другими факторами, которые оказывали бы свое воздействие на периферический очаг—воспаленный нерв. Поэтому мы остановились на комбинированном методе лечения: с одной стороны сонная терапия, как целебно-охранительный фактор, обеспечивающий нормализацию процессов возбуждения и торможения в коре, баланс которых, по нашему предположению, нарушается при длительных невритических болях, с другой—медикаментозные и физиотерапевтические процедуры на воспаленный нерв—источник болевых импульсов.

Для лечения сном мы остановились на препаратах люминала, ввиду его сравнительно небольших побочных неприятных свойств. Сонную терапию мы проводили по такой методике, при которой больной во избежание интоксикации вводится в лечение сном постепенно и медленно выводится.

Сонная терапия удлиняла физиологический сон—больные спали за сутки от 15 до 18 часов.

Параллельно с сонной терапией больные получали следующие физиотерапевтические процедуры: в первые дни—облучение кварцем на больную ногу, в последующие дни назначалась продольная гальванодиатермия с иодистым калием или новокаином.

Из медикаментов наши больные получали салицилаты, пирамидон и инъекции тиамин. В литературе мы встретили указания (Э. А. Асратян) на желательность во время лечения сном комбинировать снотворные медикаменты с антиневралгическими.

В фармакологических источниках имеются указания, основанные на экспериментальных данных, что действие снотворных усиливается в комбинации с антиневралгическими препаратами.

В отношении витамина В<sub>1</sub> данные биохимической лаборатории Института неврологии АМН СССР указывают на то, что при применении длительного медикаментозного сна потребность в витамине В<sub>1</sub> значительно увеличивается. Авторы подчеркивают также, что комбинированное лечение медикаментозным длительным сном с тиамин не дает явлений интоксикации. Повидимому, применение антиневралгических препаратов и тиамин у наших больных способствовало усилению действия сонной терапии.

Во время курса сонной терапии больные находились в особых затемненных палатах, по мере возможности изолированных от шума. В течение курса они пробуждались сами, принимали пищу, физиотерапевтические процедуры, лекарства; ходили, разговаривали, большинство из них отмечало небольшое головокружение и некоторую неуверенность в походке (явления люминализма).

Одна больная на 9-й день сонной терапии имела сыпь, которая через неделю была ликвидирована соответствующей терапией (тоже явления люминализма).

Во время лечения сном резких вегетативных сдвигов (потоотделения, значительного понижения кровяного давления, изменения работы сердца и дыхания) мы не отмечали. Ни в одном случае никаких осложнений ни со стороны сердца, ни со стороны дыхания не наблюдалось.

В течение двух лет мы провели лечение длительным прерывистым сном 44 больным, страдающим поражением седалищного нерва в форме неврита—19 человек и невралгии—25 больных. Из них мужчин—27, женщин—17.

Возрастная группировка больных была следующая:

- от 20 до 30 лет — 8 чел.
- от 30 до 40 лет — 14 чел.
- от 40 до 50 лет — 16 чел.
- от 50 до 60 лет — 6 чел.

По давности заболевания наш материал распределялся так: от 2 до 4 месяцев—20, от 4 месяцев до 6 месяцев—15, свыше 6 месяцев—9.

По длительности пребывания в клинике мы имеем следующие данные: от 3 недель до 1 месяца—25 больных, от 1 месяца до 6 недель—17 больных, от 1,5 до 2 месяцев—2 больных.

Суммируя данные нашего наблюдения, мы констатировали, что результаты лечения и первые признаки клинического улучшения начали сказываться буквально на 5—6-й день применения сонной терапии, т. е. в тот срок, когда, повидимому, происходило образование устойчивого тормозного фона коры.

Почти у всех больных отмечалось снижение болей, уменьшение угла симптома Ласега, постепенное уменьшение в своей интенсивности болевых точек по ходу седалищного нерва. Выравнивалась шадящая походка. Но у больных с невритом симптомы выпадения держались и начинали постепенно регрессировать только к концу лечения; у ряда больных они отмечались и после выписки. Во время сонной терапии мы у большинства больных отмечали также улучшение аппетита, настроения и самочувствия. Некоторые больные прибавили в весе.

Большинство наших больных имело в среднем длительность пребывания в клинике от 3 недель до 1 месяца.

Что касается итоговых результатов лечения, то нами получены следующие данные: из 44 больных, подвергшихся сонной терапии в комбинации с физиотерапевтическим лечением, 10 человек дали выздоровление, 32 больных дали значительное улучшение, а 2 особого эффекта от сонной терапии не имели. Последние 2 случая падают на больных с обширным изменением в позвоночнике.

В отношении ближайших и отдаленных результатов лечения мы имеем следующее: из 44 больных, прошедших в течение 2 лет через нашу клинику и получивших сонную терапию, на повторное лечение поступили только четыре больных, а остальные 40 человек выписались с большим улучшением и выздоровлением; через некоторое время после выписки они приступили к своей работе. Из них повторно на лечение никто не поступал.

Анализируя наши случаи, мы отмечали следующие важные моменты: в отношении возрастной характеристики 3/4 больных приходилось на активный возраст, являющийся решающим фактором в производстве. Число больных мужчин довлело над числом женщин.

Что касается давности и упорности заболевания, то большинство болело невритами и невралгиями свыше 2—4 месяцев, подвергалось одновременно до лечения сном разным видам физиотерапевтического лечения, большей частью с небольшим результатом. После лечения имели рецидивы болезни.

Полученные же данные от лечения по нашей методике—комбинированное лечение с применением сонной терапии—позволяют говорить о преимущественном значении метода целебно-охранительного торможения в деле уменьшения и исчезновения алгического синдрома.

Лечение длительным прерывистым сном 44 больных с алгическим синдромом оказалось эффективным почти во всех случаях.

Применение сонной терапии в комбинации с физиотерапевтическими процедурами дало во всех случаях уменьшение срока лечения.

Из данных анализа того огромного количества прошедших за последние годы через нашу клинику больных с ишиасом можно утвердительно считать, что больные с невритами и невралгиями седалищного нерва, как правило, лечатся в стационаре 2—3 месяца, а нередко и больше.

Благодаря же нашему комбинированному методу лечения больные лечились значительно меньше и, как правило, с хорошим результатом.

Анализируя данные случаи, мы констатировали, что наши больные лечились в среднем от 3 недель до 1 месяца. Следовательно, при таком методе лечения пребывание больного в стационаре снижается больше, чем на один месяц. Это обстоятельство имеет весьма важное значение по той простой причине, что раз больной поправляется в меньший срок, следовательно, быстрее возвращается на производство.

На основании литературных данных и собственного наблюдения мы позволим себе остановиться на следующих выводах:

1. В лечении больных с невритами и невралгиями с длительными болями наряду с воздействием на местный очаг (воспаленный нерв) показана сонная терапия для нормализации процессов возбуждения и торможения в коре.

2. Наши наблюдения выявляют преимущественное значение метода целебно-охранительного торможения в деле уменьшения и исчезновения алгических синдромов.

3. Исходя из литературных данных и наших наблюдений, продолжительность курса лечения сном алгических синдромов показана в две недели с ежедневным сном в течение 15—18 часов.

4. Результаты применения сонной терапии в лечении алгических синдромов весьма благоприятны (как ближайшие, так и отдаленные), поэтому этот метод можно широко рекомендовать.

5. Данный комбинированный метод лечения с применением сонной терапии значительно сокращает срок лечения невритов и невралгий седалищного нерва.

Кафедра нервных болезней  
Ереванского медицинского института

Поступило 5 X 1953 г.

#### Վ. Կ. Սալգուկիհան

### ԱԼԳԻԿ ՍԻՆԴՐՈՍ ՈՒՆԵՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԵՐԿԱՐԱՏԵՎ ԸՆԴՀԱՏՎՈՂ ՔՆՈՎ

#### Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Երևանի բժշկական ինստիտուտի ներվային հիվանդությունների կլինիկան 1950 թվականից սկսեց կիրառել երկարատև, ընդհատվող քնաբուժում նստաների բորբոքումով տառապող հիվանդների համար, որոնց մոտ արտաշայտված է ցավային (ալգիկ) սինդրոմը:

Երկու տարվա ընթացքում մենք բուժման ենք ենթարկել նստաներվի բորբոքումով տառապող 44 հիվանդ, որոնցից 19-ի մոտ արտահայտված էր ներիտ ձևը, իսկ 25-ի մոտ՝ ներալգիկ ձևը: Հիվանդների ընդհանուր թվից 27-ը տղամարդ են, իսկ 17-ը կին:

Քնարուժման համար մենք կանգ առանք լյուծի նալի պրեպարատների վրա, քանի որ, անհամեմատաբար պակաս չափով է առաջացնում կողմնակի անցանկանալի երևույթներ: Խնտոքսիկացիայից խուսափելու համար, մենք քնարուժումը կիրառեցինք այնպես, որի ընթացքում հիվանդները քնեցվում էին աստիճանաբար և դանդաղ դուրս բերվում այդ վիճակից: Քնարուժումը երկարացնում էր նորմալ ֆիզիոլոգիական քունը՝ հիվանդները քնում էին 15-ից մինչև 18 ժամ:

Հանրագումարի բերելով այս դիտումները, մենք նկատեցինք, որ բուժման հետևանքները և կլինիկական լավացման առաջին նշանները հանդես էին գալիս քնարուժման կիրառման 5—6 օրը, այսինքն այն ժամկետին, երբ, հավանաբար, առաջանում էր կեղևի կայուն արգելակման ֆոն: Ինչ վերաբերում է բուժման արդյունքներին, ապա մեր կողմից ստացվել են հետևյալ տվյալները: Ֆիզիոթերապևտիկ բուժման հետ կոմբինացված քնարուժման ենթարկված 44 հիվանդից 10 մարդ առողջացել են, 32 մարդ զգալի լավացել են, իսկ 2 մարդ քնարուժումից առանձնապես էֆեկտ չեն ստացել: Վերջին երկու դեպքը այն հիվանդների թվից է, որոնք ունենին ողնաշարի մեծ փոփոխություններ:

Բուժման մոտակա և հեռավոր հետևանքների նկատմամբ ունենք հետևյալ տվյալները՝ 2 տարվա ընթացքում մեր կլինիկայով անցած և քնարուժություն ստացած 44 հիվանդներից կրկնակի բուժման համար ընդունվել են միայն 4 հիվանդ, իսկ մնացած 40 հիվանդները դուրս են գրվել ըզգալի լավացումով և առողջացումով ու որոշ ժամանակից հետո անցել են աշխատանքի: Այդ թվից ոչ ոք կրկնակի բուժման չի ընդունվել:

Գրականության տվյալների և սեփական գիտումների հիման վրա մենք թույլ ենք տալիս անել հետևյալ եզրակացությունները.

1. Երկարատև ցավերով զուգորդված ներիտներով և ներալգիայով տառապող հիվանդների բուժման համար տեղական օջախի (բորբոքված ներվի) վրա ազդեցություն հետ միասին ցուցված է նաև քնարուժությունը դրդման և արգելակման պրոցեսների նորմալիզացիայի համար կեղևում:

2. Մեր գիտումները ցույց են տալիս բուժիչ-պաշտպանողական արգելակման մեթոդի կիրառման առավելությունը ալգիկ սինդրոմների մեղմացման և վերացման գործում:

3. Ելնելով զբաղանդության տվյալներից և մեր գիտումներից, ալգիկ սինդրոմների քնարուժման կուրսի երկարատևությունը ցուցված է 2 շաբաթ, ամենօրյա 15—18 ժամվա քնով:

4. Ալգիկ սինդրոմների բուժման համար քնարուժության կիրառման արդյունքները չափազանց լարենպաստ են (ինչպես մոտակա, այնպես էլ հեռակա), որի պատճառով այս մեթոդը կարելի է լայնորեն կիրառել:

5. Բուժման տվյալ կոմբինացված մեթոդը քնարուժության կիրառումով զգալի չափով կրճատում է նստաներվի ներիտների և ներալգիաների բուժման ժամկետը: