

С. С. ОГАНЕСЯН

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Нейрохирурги в последние 15 лет проявляют большой интерес к оперативному лечению больных с некоторыми формами нарушения мозгового кровообращения (мозговые инсульты, аневризмы сосудов основания мозга, ангиомы, размягчения мозга на почве тромбозов и эндартериитов мозговых сосудов и т. д.). Целесообразность хирургического лечения мозговых инсультов диктуется в первую очередь тем, что при консервативной терапии наблюдается очень высокая летальность (80—90%) и тяжелая инвалидность выживших больных. По данным З. Л. Лурье [5], из 289 больных продолжительность жизни после апоплексии больше 10 дней была лишь у 25, а остальные 264 человека (91,4%) умерли в первые несколько дней после кровоизлияния.

Первая успешная операция с удалением спонтанной внутримозговой гематомы опубликована Кушингом (Cushing [8]) в 1903 г. А. Л. Поленов [7] и И. С. Бабчин [2] в 1926 г. сообщили о двух больных после успешного удаления нетравматических внутримозговых гематом, при этом у первого больного клинически предполагалась опухоль, у второго — абсцесс мозга. Я. Крон и В. Минц [9] в 1927 г. опубликовали случай успешного удаления спонтанной гематомы мозжечка.

Благодаря возрастающему интересу нейрохирургов к этой патологии, применению мозговой ангиографии, диагностических пункций мозга и современного общего обезболивания в настоящее время в мировой литературе опубликовано около 1000 операций, предпринятых по поводу внутримозговых и внутримозжечковых гематом на почве инсультов и их последствий.

Данные ряда авторов говорят за преимущество хирургического лечения мозговых инсультов перед консервативной терапией. Так, по сборной статистике Лазортеса (Lazorthes, [10]) (481 оперированный больной), непосредственная послеоперационная смертность составляла 27%, в то время как 73% больных выжили с отсутствием функциональных дефектов в $\frac{1}{3}$ части случаев. Согласно данным Мак Киссока, Ричардсона и Уолша (McKissock, Richardson a. Walsh, [11]), послеоперационная смертность среди 208 больных составляла 51%. При этом еще 23% больных умерли в более поздние сроки, спустя 1—10 лет после операции, вследствие нарастания основного заболевания, повторного острого нарушения мозгового кровообращения и других причин. Следовательно, в 26% случаев отмечены стойкие положительные результаты.

Таким образом, наряду с наличием в первые две недели после инсульта 80—90% смертности при консервативной терапии, половина оперированных больных остается в живых, при этом у значительного числа имеют место стойкие и длительные положительные результаты. При правильном подборе больных число выздоровевших после операции становится еще больше. Основными неблагоприятными факторами при хирургическом лечении являются опасные локализации гематомы (капсулярные, желудочковые и множественные кровоизлияния), стойкое повышение кровяного давления, бессознательное состояние больного к моменту операции.

Большинство нейрохирургов предпочитает оперировать спустя несколько дней после наступления инсульта. Отрицательные ангиографические данные не всегда свидетельствуют об отсутствии внутримозговой гематомы, наличие которой в подобных случаях нередко устанавливается на операции или аутопсии. В 15—20% случаев инсульта люмбальная или желудочковая жидкость бывает без примеси крови. Среди срочных диагностических методов большую ценность представляет мозговая ангиография и нередко — пункция мозга через смотровое фрезевое отверстие.

Основными видами хирургического вмешательства при инсультах являются: пробное фрезевое отверстие с расширением трепанационного окна и эвакуацией гематомы, аспирация гематомы через фрезевое отверстие с последующей краниотомией, краниотомия с удалением гематомы. В атипичных случаях и при хронически протекающих гематомах, а также при некоторых размягчениях мозга вследствие кровоизлияний, тромбозов и эндартериитов мозговых сосудов нередко оперативное вмешательство предпринимается под диагнозом «внутричерепного новообразования» (опухоль, абсцесс и т. д.), истинный характер которого выясняется на операции (наблюдения И. С. Бабчина, [2]; К. Арсени, И. Опреску и С. Ионеску, [1]; Г. А. Педаченко, [6]; И. М. Иргера, А. М. Куна и Л. С. Сюскина, [4] и др.).

В Армении хирургическая помощь при острых нарушениях мозгового кровообращения пока еще не организована, между тем как эта патология занимает одно из ведущих мест среди неврологического контингента, являясь причиной смерти подавляющего большинства этих больных и тяжелой инвалидности у небольшого числа выживших.

Ниже приводим наше наблюдение хирургического лечения тяжелого мозгового инсульта в острой (апоплексической) стадии заболевания, где благодаря эвакуации массивной внутримозговой гематомы, спустя 28 ч. после наступления кровоизлияния, жизнь коматозного больного пожилого возраста была спасена и получены положительные отдаленные результаты.

Больной Г. К., 60 лет, ист. бол. 469, доставлен в Мараликскую районную больницу 10/V 1960 г. в коматозном состоянии. За 1 ч. до этого больной во время работы в каменоломне внезапно упал, потерял сознание, имел рвоту. Он до этого ничем серьезно не болел, на головные боли не жаловался, обладал крепким здоровьем, успешно выполнял работу каменоломщика.

Объективно: глубокое бессознательное состояние с нарушением акта глотания и отсутствием реакции на уколы. Лицо гиперемировано и покрыто потом, конечности холодные. Дыхание стерторозное, пульс 60, напряженный, с нерегулярными выпадениями, артериальное давление 140/85. Рвоты, самопроизвольное мочеиспускание. Температура тела 38,6—39,3°. Взор блуждающий, зрачки сужены, реакция их на свет отсутствует, роговичные рефлексy не вызываются, левый угол рта свисает. Полная спастическая гемиплегия справа, левыми конечностями временами двигает, сухожильные рефлексy резко повышены, $D > S$, клонус стоп, резче справа. двусторонние пирамидные знаки. Несмотря на проведенное консервативное лечение и кровопускание, состояние больного в последующие 24 ч. стало прогрессивно ухудшаться, выросли общемозговые и бульбарные явления, коматозное состояние усугубилось. При люмбальной пункции получена ксантохромная жидкость, вытекавшая умеренными каплями.

Клиническое заключение: сдавление мозга и псевдобульбарный синдром в результате внутримозговой гематомы в левой моторно-речевой области на почве тяжелого мозгового инсульта. Менее вероятно эпидуральная гематома вследствие травмы черепа (на технически неудовлетворительных снимках подозревалась трещина свода черепа в левой височно-теменной области).

Срочная операция спустя 28 ч. после инсульта — 11/V 1960 (С. С. Оганесян). Под местной анестезией сделан вертикальный разрез в левой теменно-височной области, признаков перелома черепа не обнаружено, на чешую височной кости наложено фрезевое отверстие, в эпидуральном пространстве обнаружены мелкие сгустки, которые не могли быть причиной сдавления мозга. Твердая оболочка мозга напряжена, пульсация отсутствует. При проколе твердой оболочки получено 1—2 капли слегка кровянистой жидкости. Трепанационное окно расширено до 7—8 см, склерозированные и легко кровоточащие ветви средней оболочечной артерии перевязаны. По вскрытии твердой оболочки субдуральной гематомы не обнаружено. Мозг представлялся заметно отечным, резко пролабировал в костный дефект, рельеф коры мозга сглажен, пальпаторно определялся участок размягчения мозговой поверхности. При пункции мозга на глубине 3,5—4 см получена жидкая свежая кровь, которая аспирирована в количестве 15 мл, после чего мозг сразу перестал пролабировать и несколько запад. Кора мозга разрезана на протяжении 2 см, края мозговой раны раздвинуты шпательями, на глубине около 4 см вскрыта полость, заполненная жидкой кровью с примесью мозгового детрита. Содержимое полости (15—20 мл) промыто теплым физиологическим раствором. Таким образом, емкость полости составляла 30—35 мл; свежего кровотечения не было. Мозг заметно запад, появилась отчетливая пульсация. Лоскуты твердой оболочки уложены на место, рана мягких покровов зашита послойно наглухо.

В послеоперационном периоде больной получал дегидратационное и противовоспалительное лечение, сердечные препараты, позже — массаж, лечебную гимнастику, витамины. Со второго-третьего дня после операции сознание больного стало проясняться, на 5-й день заболевания установлена моторная афазия, постепенно появились движения в парализованных конечностях. Рана зажила первичным натяжением.

При повторном обследовании больного дома, спустя 1,5 года после операции (16/XI 1961 г.), установлено следующее: больной в полном сознании, ориентирован, общее состояние хорошее, явления моторной афазии медленно регрессируют, обращенную речь понимает. Умеренно сглажена правая носогубная складка при показывании зубов, глубокий спастический парез правой руки, легкий парез правой ноги, сухожильные рефлексy высокие, $D > S$, клонус правой стопы, симптом Бабинского справа. Ходит неуверенно. Стул и мочеиспускание в норме. В последние несколько месяцев отмечаются фокальные судорожные подергивания в правых конечностях приблизительно один раз в 1,5—2 мес. Рекомендовано обследование в нейрохирургическом стационаре.

Особенностями нашего наблюдения являются: 1) это первая и пока еще единственная попытка в Армении оказать нейрохирургическую помощь при мозговом инсульте; 2) оперативное вмешательство производилось спустя сутки после наступления инсульта, т. е. в срочном порядке.

ки, когда, по данным всех авторов, отмечается очень высокая послеоперационная смертность, а при консервативном лечении умирает 80—90% больных; 3) у больного имела место тяжелейшая форма геморагического инсульта мозга, очевидно, на почве атеросклероза; 4) больной с самого же начала находился в состоянии нарастающей комы с бульбарными явлениями, что считается одной из основных причин высокой послеоперационной летальности; 5) точный топический диагноз и характер заболевания были установлены без применения мозговой ангиографии — на основании неврологических данных и при помощи проверочного «фрезевого» отверстия с последующей пункцией мозга в области гематомы; 6) операция была успешно выполнена в порядке экстренного хирургического вмешательства в условиях сельской районной больницы, куда мы были приглашены в качестве консультанта; 7) результаты операции благоприятные, сроки послеоперационного наблюдения больше полутора лет; 8) остаточные явления поражения левой моторно-речевой области продолжают постепенно регрессировать.

Несмотря на ободряющие результаты хирургического лечения мозговых инсультов, многие авторы фиксируют внимание на необходимость наблюдения за контрольными сериями больных, леченных современными консервативными способами в специальных неврологических стационарах, начиная с первых же часов после наступления инсульта.

Настоящим сообщением обращаем внимание практических и научных органов здравоохранения на необходимость организации специального изучения в республике сосудистых заболеваний головного мозга, разработки методов дифференцированного консервативного и хирургического лечения больных с мозговыми инсультами и другими видами внутричерепной сосудистой патологии, что даст возможность резко сократить высокую летальность и тяжелую инвалидность этих больных. В развитии хирургического лечения указанного контингента больных значительная роль принадлежит положительному отношению невропатологов к этому вопросу.

Нейрохирургическое отделение
Института травматологии и ортопедии
Министерства здравоохранения АрмССР

Поступило 29.XII. 1961 г.

Ս. Ս. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ՈՒՂԵՂԻ ԿԱԹՎԱԾԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ներկավիրաբույժները վերջին 15 տարվա ընթացքում շատ են հետաքրքրվում գլխուղեղի արյան շրջանառության մի շարք խանգարումների վիրաբուժական բուժման հարցերով: Կոնսերվատիվ բուժման դեպքում ուղեղի կաթվածով տառապող հիվանդների ավելի քան 90 տոկոսը մահանում է, մինչդեռ գրականության որոշ տվյալների համաձայն, վիրահատված հիվանդների 50—

70 տոկոսը կենդանի է մնում, ընդ որում նրանց զգալի մասը ապաքինվում է առանց ֆունկցիոնալ դեֆեկտների:

Հայաստանում այդ գործը դեռևս չի ձեռնարկվել: Հեղինակը 1960 թվականին՝ ռեսպուբլիկայում առաջին անգամ հաջողությամբ վիրահատել է ուղեղի թարմ կաթված ստացած, կոմային վիճակում գտնվող և բուլբար խանգարումներ ունեցող մեկ հիվանդի և ստացել է բավարար արդյունքներ: Վիրահատությունից անցած ամբողջ քան մեկ և կես տարվա ժամանակաշրջանում հիվանդի դրությունը շարունակ բարելավվում է:

Հեղինակը անհրաժեշտ է համարում կազմակերպել ուղեղի արյան շրջանառության մի շարք խանգարումների (կաթված, աներիզմա, անգիոմա, ուղեղի փափկացում և այլն) հատուկ հետազոտության հիմնարկ ռեսպուբլիկայում, որը հնարավորություն կտա մշակելու կոնսերվատիվ և վիրաբուժական բուժման դիֆերենցիալ մեթոդներ, պահպանելու ախտահարված մարդկանց շատերի կյանքը և առողջությունը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арсени К., Опреску И. и Ионеску С. (Румыния) Нетравматические внутримозговые гематомы большого мозга и мозжечка. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1958, в. стр. 13—20.
2. Бабчин И. С. Протоколы Русского хирургического общества от 12/V—1926 г. Вестник хирургии и пограничных областей, 1926, т. 8, кн. 23, стр. 143—144.
3. Бабчин И. С. Клиника и хирургическое лечение атипичных форм кровоизлияний в головной мозг. Сб. научных трудов по хирургии и нейрохирургии, Ленинград—Харьков, 1958, стр. 252—265.
4. Иргер И. М., Кун А. М. и Соскин Л. С. К клинике и хирургическому лечению обширных размягчений головного мозга. Вопросы нейрохирургии, 1961, 5, стр. 16—20.
5. Лурье З. Л. Расстройства мозгового кровообращения. Медгиз, М., 1959.
6. Педаченко Г. А. К вопросу о спонтанных кровоизлияниях в мозжечок. Вопросы нейрохирургии, 1960, 6, стр. 42—43.
7. Поленов А. Л. Протоколы Русского хирургического общества от 12/V—1926 г. Вестник хирургии и пограничных областей, 1926, т. 8, кн. 23, стр. 143—144.
8. Cushing H. The blood pressure reaction of acute cerebral compression, illustrated by case of intracranial hemorrhage. The American journal of medical sciences. 1903 (June), № 125, p. 1017.
9. Kron J. und Mintz W. Kleinhirnblutung geheilt durch Operation. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1927 (June), № 52, s. 1054.
10. Lazorthes G. L'hémorragie cérébrale vue par le neurochirurgen. Paris, Masson, 1956.
11. McKissock W., Richardson A. and Walsh L. Primary intracerebral haemorrhage. Results of surgical treatment in 244 consecutive cases. The Lancet. 1959 (October), pp. 683—686.