

# КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

(По данным нервного отделения республиканской клинической больницы  
г. Казани)

*Ф. В. Гершензон и М. Ф. Исмаилов*

Кафедра нервных болезней (зав.—проф. Л. И. Омороков)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
на базе Республиканской больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Поражения сосудов головного мозга встречаются часто и вместе с сердечно-сосудистыми заболеваниями дают самую высокую смертность в общей заболеваемости — в 2,5 раза большую, чем при новообразованиях. Смертность от сосудистых поражений нервной системы, по данным Всемирной организации здравоохранения, составляет около 14% от общей смертности.

Обстоятельством, объясняющим повышенный интерес к этому рода заболеваниям, является разработка средств активной и при этом дифференцированной терапии сосудистых заболеваний мозга и, в частности, хирургического лечения острого инсульта.

В настоящее время проводятся широкие исследования сосудистых заболеваний. Устанавливается их частота, зависимость от возраста и пола, профессии, бытовых условий, времени года и т. д. Эти данные позволяют изучить так называемую «эпидемиологию» сосудистых заболеваний.

Чрезвычайно большое значение имеет выяснение всех этих вопросов по отношению к сосудистым поражениям мозга. Между тем даже такие важные стороны этой проблемы, как относительная роль гипертонической болезни, атеросклероза, ревматизма в происхождении мозговых инсультов, еще не изучены на достаточно большом и статистически обработанном материале. Такие исследования необходимы для разработки мер рациональной профилактики сосудистых заболеваний.

Мы поставили перед собой задачу клинико-анатомического анализа сосудистых заболеваний головного мозга по данным отделения нервных болезней Республиканской клинической больницы гор. Казани за последние 10 лет (1953—1962 гг.).

За этот период на лечении находилось 6564 больных с различными заболеваниями нервной системы, из них с сосудистыми заболеваниями головного мозга — 790 (12,4%).

Летальность от сосудистых заболеваний головного мозга составила 9,6% (84 случая). Из 84 умерших 10 не вскрывались. Мужчин было 44 и женщин — 40. Большинство мужчин умерло в возрасте от 55 до 65 лет, женщины — от 60 до 70 лет.

Больные доставлялись в больницу в основном в порядке экстренной помощи (82%), остальные — с амбулаторного приема.

Умирали обычно в конце весны и летом в ранние утренние (с 1 до 7 утра) и послеобеденные часы (с 13 до 15 час.).

Как выяснилось при вскрытии, основными заболеваниями, вызвавшими расстройство мозгового кровообращения, были: гипертоническая болезнь (36 больных), атеросклероз (32), ревматические заболевания (2) и прочие (аневризмы и др.—4).

Непосредственными причинами смерти были кровоизлияние в мозг или размягчение мозговой ткани. Кровоизлияния были у 53 больных, размягчения у 21 (соотношение геморрагий к размягчениям — 2,5 : 1).

Мозговые поражения встречаются примерно одинаково часто как при гипертонической болезни (35), так и при атеросклерозе (32). Следует отметить, что при атеросклерозе соотношение геморрагий к размягчениям — 2 : 1, а при гипертонической болезни — 4 : 1.

Наибольшее число летальных исходов наблюдалось при кровоизлияниях в течение первых десяти суток госпитализации (45 из 53 или 84%), скончались в первые сутки 18 человек или 34%.

При размягчении мозга смерть наступала в основном после 10 суток (у 12 из 21).

Очаги нарушения кровообращения локализовались в веществе головного мозга у 59 из 74 человек (полушария — 52, ствол — 7). Независимо от характера, в левом полушарии они обнаруживались у 29 умерших. Первично-желудочковые кровоизлияния были у 6, в подболоечное пространство — у 7 и у 2 — в мозжечок.

Острая стадия сосудисто-мозговых поражений характеризовалась разнообразной клинической картиной в зависимости от основного патологического процесса. Так, развитие мозгового поражения по типу размягчения (20 случаев) характеризовалось следующим. Постепенное нарастание очаговых симптомов было у 9 больных, а у остальных развитие процесса было острым. Из них поступило в клинику в глубоком коматозном состоянии 4, в состоянии оглушения — 1, остальные в сознании.

Из анамнеза следует отметить предвестники в виде головной боли, общей слабости, быстрой утомляемости, парестезии в конечностях. Отсутствие предвестников было лишь у трех больных. Больные, как правило, были бледны, вялы, дыхание ровное, ритмичное, пульс нормальный или нерезко замедлен, температура обычно нормальная. АД у 14 больных повышено. Менингеальные симптомы наблюдались редко. Красная кровь в норме почти у всех больных. У 9 отмечался лейкоцитоз (с незначительным увеличением процента палочкоядерных форм у 7). В моче в первые дни после инсульта у 11 больных был белок, лейкоциты и эритроциты, чаще единичные.

Мозговые инсульты, протекавшие по типу геморрагии, характеризовались в подавляющем большинстве наблюдений бурным началом с общемозговыми и выраженными очаговыми симптомами и расстройством сознания (в 90%).

Больные доставлялись с улицы, из бани, с работы и т. д. Большинство больных страдало гипертонической болезнью. У этих больных были предвестники, о которых сообщали их родственники или сослуживцы, а иногда и сами больные. Они выражались в головных болях, головокружении, тяжести в голове, бессоннице, раздражительности. При гипертонической болезни инсульт возникал нередко в период напряженной работы, эмоциональных переживаний, на фоне подъема АД.

При поступлении у больных с мозговыми кровоизлияниями наблюдалась гиперемия лица, рвота, возбуждение, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. Пульс был напряжен, замедлен или учащен и аритмичен. Дыхание шумное, аритмичное. Температура сильно повышалась через несколько часов после инсульта и особенно часто в тех случаях, когда в дальнейшем наступал летальный исход. Почти во всех случаях отмечались анизокория, сужение или расширение зрачков, с вялостью или отсутствием реакции на свет. АД у 52 больных было высоким. В моче у ряда больных был белок, лейкоциты, эритроциты и цилиндры. В крови при кровоизлияниях в большинстве случаев наблюдался нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения.

Причиной смерти в основном являлось прогрессирование основного заболевания. У ряда больных было отмечено присоединение пневмоний (у 21 больного) и отек легких (у 13 больных), что ускоряло летальный исход.

Ошибки в определении характера мозговой сосудистой патологии были допущены в 3 случаях: размягчение было принято за кровоизлияние; причиной явилось атипичное течение. Отличить кровоизлияние от размягчения нелегко. Точности диагноза способствует хорошо собранный и проанализированный анамнез, полное клиническое обследование с учетом, в частности, предшествовавшего АД и исследования коагуляционной способности крови, исследования глазного дна и других признаков.

У 5 больных клинически диагностированные острые нарушения мозгового кровообращения патологоанатомически не подтвердились. У одного больного была установлена гипертоническая болезнь и инфаркт легкого; у другого — общий атеросклероз и инфаркт миокарда, и двухсторонняя пневмония — у трех.

Причинами расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов в основном были: нетипичное течение заболевания, отсутствие анамнеза и слишком кратковременное пребывание больных под наблюдением.

Как показал анализ данных случаев (что совпадает и с некоторыми литературными данными), наиболее часто нарушение мозгового кровообращения возникает в июне и июле. В целях профилактики следует рекомендовать применение гипотензивных средств при гипертонии, антикоагулянтов, регулирование режима труда и отдыха и устранение неблагоприятно действующих факторов внешней среды.

Поскольку смерть наступает чаще во второй половине ночи и в послеобеденный период дня, следует предусматривать соответствующие организационные мероприятия в это время по наблюдению и уходу за больными, перенесшими инсульт.

Поступила 14 июня 1964 г.

## ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Ф. А. Яхин

Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Л. И. Омороков)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
на базе Республиканской больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Известно, что у определенного числа больных сосудистые заболевания головного мозга осложняются судорожными припадками. По литературным данным, подобные осложнения встречаются приблизительно у 5—7% таких больных.