

НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МАССИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

Ю. Н. Белокуров

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А. К. Шипов)
Ярославского медицинского института

Высокие цифры летальности и малая эффективность консервативной терапии заставляют пересмотреть тактику и методы лечения больных с внутримозговыми кровоизлияниями.

В последние годы за активное хирургическое лечение внутримозговых кровоизлияний высказываются многие авторы, считая этот метод наиболее эффективным и перспективным. Средняя летальность при этом методе лечения составляет 25—30%.

В связи с расширением объема хирургической помощи целесообразно рассмотреть некоторые причины возможных неудач.

За период с марта по октябрь 1964 г. погибло 6 мужчин и 4 женщины из числа оперированных нами по поводу массивного кровоизлияния в мозг. В возрасте 26 лет был один больной, от 50 до 60 лет — 5, старше 70 лет — один. У 9 больных причиной кровоизлияния явилась гипертоническая болезнь и атеросклероз сосудов головного мозга.

У одной больной кровоизлияние возникло вследствие солитарной туберкуломы в височной доле мозга. Смерть последовала у одного больного на операционном столе, 5 человек погибли на 2—3 сутки после операции, 3 больных — на 7—8 сутки, 1 больной скончался через 3,5 месяца. У всех больных операции проводились не позднее 4 суток после развития инсульта в состоянии мозговой комы.

Исследованиями Мак Киссока, Ричардан, Вальша (1959), Я. М. Неплох (1961), П. К. Лулева (1960), Э. Фасон, Б. Шварц, В. Шнейдера (1964) доказано, что у больных с гипертонией чаще встречаются массивные кровоизлияния с локализацией в области подкорковых узлов и прорывами крови в желудочковую систему мозга, при этом нередко наблюдается разрушение стволых образований мозга. Однако в ранние сроки после инсульта затруднительно решить вопрос об обширности разрушений мозговой ткани и обратимости наступивших изменений. Тяжесть же общего состояния больного не позволяет производить длительного наблюдения, не оставляя в таком случае никаких надежд на выздоровление. Предпринятая в таких условиях операция является «операцией отчаяния».

Мы оперировали 3 больных, когда наряду с массивным кровоизлиянием в область подкорковых узлов и прорывом крови в желудочки мозга, установленными до операции, имело место разрушение покрышки варольева моста и дна ромбовидной ямки. По всей вероятности, как в травматологии существует представление о травме, не совместимой с жизнью, так и при кровоизлиянии в мозг возможны разрушения, не совместимые с жизнью. Все трое больных погибли в первые двое суток после операции.

Несомненно, общая летальность при оперативном лечении внутримозговых кровоизлияний может быть снижена при вмешательствах в более поздние сроки. Анализ 32 летальных исходов, имевших место при терапевтическом лечении в стационаре, позволил установить, что 14 человек погибло в первые трое суток после инсульта, 10 — в течение последующих 10 дней и 8 — в сроки до 3 месяцев. Однако отказ от оперативного вмешательства в тяжелых случаях с предполагаемыми несовместимыми разрушениями мозга может привести к необоснованному отказу от операции у больных, когда своевременная эвакуация гематомы может еще предотвратить роковой исход. Правы Гийом с соавторами, которые считают операцию непоказанной только при агональном состоянии. Мы располагаем наблюдением, когда в клинику был доставлен больной 62 лет с массивным кровоизлиянием в область подкорковых узлов и прорывом крови в желудочки, страдающий гипертонией и перенесший инфаркт миокарда. По тяжести состояния и наступившим вегетативным расстройствам было признано, что у больного имеются разрушения, несовместимые с жизнью, и больной иноперабельный. Однако к пятым суткам состояние больного стабилизировалось и стало очевидным, что больной мог бы перенести вмешательство, но родственники отказались от операции. На шестые сутки состояние вновь ухудшилось и быстро наступила смерть. На аутопсии было установлено, что причиной смерти явилось обильное затекание крови в полость третьего желудочка, которое могло быть предотвращено при раннем оперативном вмешательстве.

Следует считать меньшей ошибкой оперативное вмешательство, предпринятое в случаях обширного разрушения мозга, закончившееся летально, чем отказ от операции, где она может дать хотя бы минимальные надежды на спасение. По всей видимости, эта причина летальных исходов при оперативном лечении будет иметь место и в будущем, возможно, с возрастающей частотой среди прочих причин смерти, одна-

ко это свидетельствует не столько о беспомощности хирургического метода лечения, сколько о возрастающих притязаниях хирургов на лечение больных с этим смертельным заболеванием.

Следующая группа причин связана с запоздалой операцией вследствие недооценки тяжести больного и отсутствия простых и надежных методов топической диагностики, позволяющих своевременно определить критическую локализацию очага кровоизлияния и резистентности окружающей мозговой ткани.

Исследованиями Э. Фасона, Б. Шварца, В. Шнейдера (1964) было установлено, что кровоизлияние, первоначально возникшее даже в белом веществе, может постепенно распространяться по ходу его волокон, большинство которых конвергирует к боковым желудочкам. Уменьшение резистентности мозговой ткани может приводить к прорывам крови в желудочковую систему некоторое время спустя после инсульта, существенно отяжеляя прогноз. В наблюдениях Д. К. Лунева прорывы крови в желудочки в некоторых случаях наблюдались через 2—14 часов и даже через 5 суток.

Мы располагаем наблюдением, когда у больного 64 лет, страдающего гипертонической болезнью, возникла левосторонняя гемиплегия без нарушения сознания и вегетативных расстройств. В течение 2,5 суток состояние больного оставалось настолько удовлетворительным, что он самостоятельно читал газету. Врачам поликлиники наблюдавшиеся явления расценивались как результат спазма мозговых сосудов. Однако на 3 сутки у больного внезапно развилась глубокая кома, пароксизмальная тахикардия, дыхание Чейна — Стокса. На операции, предпринятой через 4 часа после ухудшения состояния больного, обнаружены небольшие сгустки под твердой мозговой оболочкой. При пункции мозга на глубине 3 см игла проникла в растянутый боковой желудочек, из которого эвакуировано 40 мл мозговой жидкости, интенсивно окрашенной кровью. Ввиду тяжести состояния больного поиски внутримозговой гематомы прекращены. Больной скончался через 1,5 суток после операции. На аутопсии установлено кровоизлияние в париетальной области величиной с мандарин, сообщающееся узкими ходами с подболовечным пространством и боковым желудочком. Несомненно, возникшее первоначально кровоизлияние не было смертельным, и лишь распространение крови в глубину и на поверхность мозга привело к печальному исходу.

Исходя из сказанного, нам представляется целесообразным введение французскими авторами термина «острый мозг» при кровоизлияниях, по аналогии с термином «острый живот». Это подчеркивает необходимость своевременного оперативного лечения внутримозговых кровоизлияний.

Если первые две группы причин летальных исходов связаны с вопросами диагностики и тактики, то следующая группа причин связана с оперативной техникой. В литературе можно найти сторонников одно- и двухмоментной операции эвакуации гематомы. Не касаясь преимуществ того или иного метода, следует указать, что при вмешательстве в ранние сроки, даже при энцефалотомии, полная эвакуация гематомы и особенно окончательная остановка кровотечения представляются затруднительными. Распространенное мнение Гийома, что к моменту операции кровотечение, как правило, останавливается и производить гемостаз нет необходимости, нашими данными не подтверждается.

В одном случае при операции через 6 часов после инсульта нам удалось остановить фонтанирующее кровотечение лишь после клипирования сосуда. Большую трудность составляет остановка паренхиматозного кровотечения, которое связано с большой ранимостью во время операции склеротически измененных сосудов. В 6 случаях после полной эвакуации гематомы и осмотра полости на аутопсиях в сроки от 2 до 8 дней после операции нами были обнаружены гематомы по объему не менее первоначальных. Особую трудность составляет эвакуация сгустков из желудочков мозга.

Продолжающееся после операции кровотечение, даже при наличии вставленных в полость гематомы выпускников, нередко сводит на нет эффект операции. Подобные затруднения испытывали В. В. Лебедев и М. А. Сапожникова (1963) при оперативном лечении гипертоников в ранние сроки после инсульта.

Следующая группа причин непосредственно не связана с оперативным лечением. Ее составляют легочные осложнения, особенно часто встречающиеся у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Изучением частоты и механизмов легочных осложнений занимались многие авторы (С. Б. Бабаджанян — 1952; В. В. Михеева и Л. М. Духовникова — 1953; Л. Д. Динабург и З. Н. Драчева — 1957; И. Пойлич, К. Маринеску и Г. Маркович — 1960; М. Д. Поповьян — 1963; и др.). Большинство авторов считает, что легочные осложнения у этой категории больных в своей основе имеют центральное происхождение. Подтверждением центральных механизмов является большая частота легочных осложнений уже в первые сутки после инсульта.

На материале 63 вскрытий нами установлены легочные осложнения у 39. Из 10 больных, погибших после операции, у 2 на вскрытии обнаружен тромбоз легочной артерии, у 3 — абсцедирующая пневмония. Имеющиеся наблюдения позволяют считать, что в развитии легочных осложнений, помимо центральных механизмов, важная роль принадлежит аспирации рвотных масс и забрасыванию желудочного содержимого в трахею и бронхи.

Мы располагаем наблюдением, когда у больного после эвакуации гематомы общим объемом 200 мл из левой гемисферы на 12 сутки после операции во время кормления

через тонкий зонд содержимое без рвотных движений стало выделяться через трахеостомическое отверстие. Больному в последующем была наложена гастростомия, однако и при этом наблюдалось периодическое забрасывание желудочного содержимого в носоглотку и трахею. Поступление желудочного содержимого в трахею у больных в бессознательном состоянии не сопровождалось какой-либо внешней реакцией. При патанатомическом вскрытии через 3,5 месяца после операции в обоих легких были обнаружены множественные абсцессы, один из которых прорвался в плевральную полость.

В заключение следует отметить, что мы рассмотрели только некоторые причины летальных исходов, умышленно разделив их на группы, однако на практике встречается сложное переплетение всех этих факторов, затрудняющее проблему хирургического лечения острых нарушений мозгового кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. А р у т ю н о в А. И. *Вопр. нейрохир.* 1962, 1. — 2. Б а б а д ж а н я н С. В. *Невропат. и псих.* 1952, 6. — 3. Б о г о л е п о в Н. К., Л е б е д е в В. В., Ш а п и р о Л. Б. *Врач. дело.* 1962, 7. — 4. Г р а щ е н к о в Н. И., В е й н А. М., Г е х т Б. М. *Невропат. и псих.* 1960, 6. — 5. Д и н а б у р г А. Д., Д р а ч е в а З. Н. *Клин. мед.* 1957, 12. — 6. Л е б е д е в В. В., С а п о ж н и к о в а М. А. *Тез. докл. 2 нейрохир. конф. сосуд. патологии мозга. М., 1963.* — 7. Л у н е в Д. К. *Науч. тр. ин-та невропатол. АМН СССР, в. 1, 1960.* — 8. Л у н е в Д. К., Б о г а т ы р е в Ю. В., Н и к о л а е в а Н. Ф. *Тез. докл. IV Всесоюз. съезда невропатол. и психиат., т. 2, 1963.* — М и х е е в а В. В., Д у х о в н и к о в а Л. М. *Клин. мед.* 1953, 9. — 10. Н е п л о х Я. М. *Тр. психоневролог. ин-та. Л., 1961.* — 11. П о п о в ы н М. Д. *Тр. Саратовского мед. ин-та. Сб. тр. кафедры нерв. болезней. 1963, 2.* — 12. П о й л и ч И., М а р и н е с к у К., М а р к о в и ч Г. *Науч. тр. ин-та неврологии АМН СССР, вып. 1, 1960.* — 13. С о с к и н Л. С. *Нейрохирургия. 1959, 2.* — 14. Ф а с о н Э., Ш в а р ц Б., Ш н е й д е р В. *Невропат. и псих.* 1964, 2. — 15. Ш м и д т Е. В. *Вопр. нейрохир.* 1959, 2. — 16. M c K i s s o c k W., R i c h a r d s o n A. and W a l s h L. *Lancet*, 1959, 7105, 683—686.

УДК 616. 33—616—089. 87

ЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Ю. О. Фурман

Хирургическое отделение (зав. — Ю. О. Фурман) 1 городской больницы
(главврач — Н. А. Фарберов) г. Нижнего Тагила

Резекция желудка — пока единственная радикальная операция при полипозе, раке, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Хорошие и удовлетворительные, ближайшие и отдаленные результаты после резекции желудка по Бильрот II в различных модификациях следует объяснить огромными компенсаторными возможностями человеческого организма (С. И. Филиппович, Н. Ш. Амиров, Т. В. Волкова и другие).

И все же неудовлетворительные результаты после резекции желудка по Бильрот II встречаются довольно часто. Процент плохих результатов колеблется, по разным авторам, от 3% до 60% (А. А. Бусалов, Е. И. Захаров, М. И. Петрушинский, С. А. Зарубин, Ю. Т. Комаровский и другие).

Такой большой диапазон (от 3% до 60%) в плохих результатах мы можем объяснить только тем, что, во-первых, критерии плохих и хороших результатов были различными и, во-вторых, авторы, работающие с анкетными данными об отдаленных результатах, отмечали всегда лучшие результаты, чем авторы, лично обследовавшие пациентов. Мы пришли к выводу, что только личный контакт с оперированным, а еще лучше — тщательное стационарное обследование может привести к достаточно объективным выводам.

Значительно более физиологична резекция желудка по Бильрот I, так как в процесс пищеварения включается вся двенадцатиперстная кишка, но в ряде случаев она не может быть осуществлена технически. Даже мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру не дает возможности сблизить желудок с дуоденум для наложения анастомоза.

Шумакер еще в 1911 г. высказал мысль о возможности использовать отрезок тонкой кишки для вставки между желудком и двенадцатиперстной кишкой. П. А. Куприянов в 1924 г. экспериментально разработал операцию еюногастропластики и кровообращения трансплантата. Е. И. Захаров в 1938 г. сделал первую в мире операцию еюногастропластики при резекции желудка по поводу язвенной болезни.