

К хирургии опухолей спинного мозга.

Проф. А. В. Вишневского.

(С 3 рис.).

Каждый хирург в настоящее время может, конечно, сравнительно легко произвести операцию ламинэктомии по тому или другому способу. Однако всякое упрощение техники в хирургии всегда должно быть желательно. Мне кажется, что проще всего эта операция может быть выполнена так, как ее предлагал делать Leriche¹⁾ с момента решения вопроса о ненужности здесь костной пластики. Сам я ее всегда делал так и до публикации Leriche'a.

Сначала два слова об анестезии. Я применяю здесь инфильтрационную анестезию не из отдельных уколов, так или иначе расположенных на коже, а делаю раньше отвесный, идущий вдоль остистых отростков, кожный желвак по линии будущего разреза и к концам его присоединяю инфильтрацию в виде углов, открытых к середине продольного инфильтрата, как показано на рис. 1. Инфильтрированная таким образом кожа дает возможность произвести пропитывание всей области без новых болезненных уколов. Пропитав, вслед за кожей, подкожную клетчатку над остистыми отростками, я тут же делаю разрез. Дальше идут инъекции в глубину по линии остистых отростков с таким расчетом, чтоб игла упиралась в дужки позвонков. Пропитывание мышц становится еще более отчетливым, если теперь из концов верхнего и нижнего угловых инфильтратов кожа, пользуясь безболезненным введением иглы здесь, производить дальнейшие инъекции снаружи, как опять-таки показано на рис. 1.

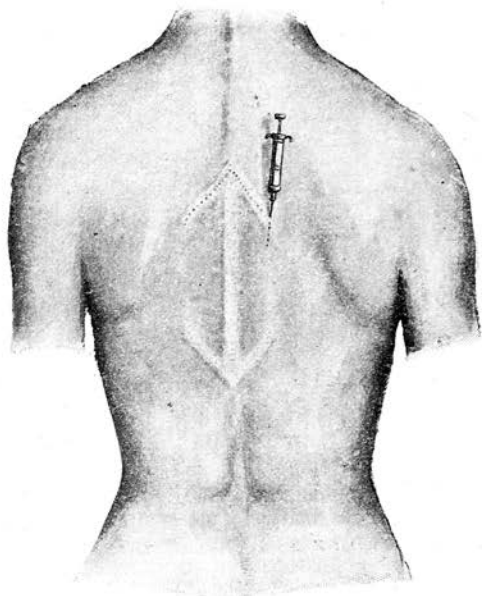


Рис. 1. Кожный инфильтрат, из которого ведется анестезия более глубоких слоев.

¹⁾ Leriche. Sur la technique de la laminectomie. Lyon chir., t. XI, № 4; по реф. в Journ. de chir., t. XII, № 6, 1924.

Я ввожу такое количество $1\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина, чтоб получился тугой инфилтрат в мышцах, после чего режу мышцы по линии остистых отростков сначала с одной, потом с другой стороны, затем останавливаю кровотечение тампонадой обычным образом и, скусив щипцами остистые отростки (сколько нужно), делаю ряд трепанационных отверстий круглой фрезой соответственно каждой дужке в месте обнаженного губчатого вещества ее, у основания удаленного остистого отростка. Имея таким образом готовый доступ в спинномозговой канал, я острыми кусачками заканчиваю его в крышке (рис. 2).

Указанный способ я считаю самым простым и легким и в особенности пригодным для операции с местной анестезией, так как операция

здесь проходит без лишних грубых манипуляций, легко, без сотрясений и не требуя лишнего инструментария.

Среди больных с клиническим диагнозом сдавления спинного мозга, бывших у меня под наблюдением за последнее время, выделяются две женщины, которые, помимо интереса общей невропатологической картины, представляли собой интерес и с чисто-хирургической стороны. Обе они были оперированы мною вышеописанным способом.

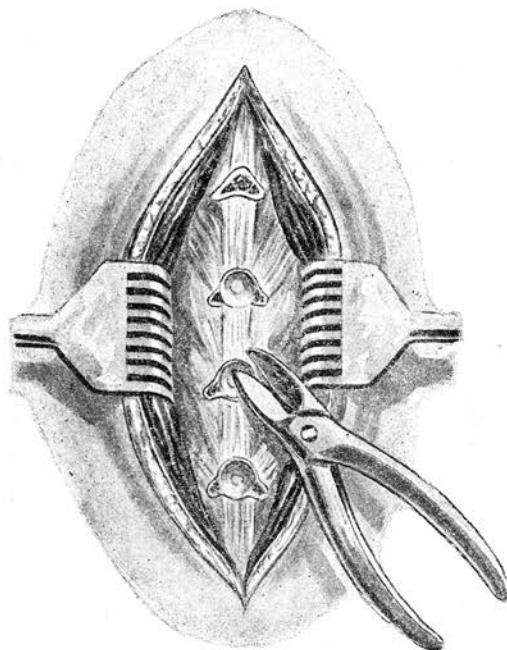


Рис. 2. Ряд трепанационных отверстий, из которых дальше идет вскрытие спинномозгового канала острыми щипцами (модель Collin'a).

ре в; брюшные рефлексы отсутствуют; сильная сгибательная контрактура в коленном сочленении; анальный рефлекс отсутствует, защитные патологические рефлексы всеми приемами налицо, причем граница их близко подходит к границе анестезии. Анестезия спинального типа до D 2. выше—небольшой пояс гипестезии. Болезненность при поколачивании III, IV и V грудных позвонков. Люмбальная пункция: лимфоцитов 10 в 1 к. м., р. Ноп не положительная, р. Ранду—также, ксантохромия, RW отрицательная, в крови тоже отрицательная. Клинический диагноз: compressio medullae spinalis e tumore extramedullare; диагноз подкреплен субокципитальным введением липиодоля, который остановился на уровне IV грудного позвонка.

Операция 5/IV 1926 г. По вскрытии нормальной твердой мозговой оболочки от II до VI грудного позвонка я открыл спинной мозг, по первому впечатлению совершенно нормальный, и, не видя пред собою опухоли, вначале был очень смущен, так как липиодоль определенно имел остановку на уровне IV грудного позвонка. При очень внимательном, напряженном разглядывании поверхности спинного мозга, я смог, однако, подметить здесь одну подробность, которая в дальнейшем

Случай I. Больная 40 лет, Iues отрицает, в конце ноября 1924 г. появились парестезии, через 2 месяца—опоясывающие боли. Объективно: paraplegia inferior spastica «en flexion»; коленные и Ахилловы рефлексы резко повышены, клонус стоп, с обеих сторон Babin'ski и Бехтерева, справа Россолимо, Mendel-Бехтерева.

и объяснила мне суть дела. Оказалось, что на уровне IV грудного позвонка спинной мозг на некотором протяжении (3—3½ сант.) отличался по цвету от остальных отделов,—здесь он выглядел бледно-розовым, причем этот участок был лишен типического расположения сосудов мягкой мозговой оболочки,—последние резко прерывались у краев бледно-розового участка мозга так, как они это делают при заметных выступающих опухолях. Тогда я в месте, где сверху начинался розовый оттенок мозга, и где прерывались сосуды, сделал ножом самую нежную, осторожную насечку, и в этот момент под ударом ножа показалось мясо опухоли величиной с булавочную головку. Картина стала тогда ясной,—опухоль, очевидно, здесь имела, но располагалась под arachnoidea и была вдавлена в спинной мозг. В ¼ минуты я снял ее с мозга осторожной препаровкой по краям розоватого участка. Она спирально охватывала спинной мозг, заходя на переднюю его поверхность и сдавливая его; в этом месте мозг был истончен до величины тонкого карманного карандаша. Удаленная опухоль представляла собою мясистую пластинку неправильной формы сант. в 3½ длины, 1½—ширины и 4—5 милл. толщины. На внутренней ее поверхности имелось вдавление от мозга. После удаления опухоли твердая мозговая оболочка была зашита тонким шелком, на мышцы был наложен катгут, на кожу — узловатые шелковые швы.

Больная отлично перенесла операцию. Послеоперационный период абсолютно-гладкий. 27/V больная выписалась, причем исследование ее перед выпиской дало такую картину: положение en flexion, как и до операции, ригидность—такая же, защитные рефлексы захватывают ту же зону; анестезия спустилась до уровня тупартовой связки. В дальнейшем больная вышла из наблюдения. Опухоль при микроскопическом исследовании оказалась глиосаркомой.

Случай II. Больная С., 18 лет, первые признаки заболевания заметила в мае 1926 г. в виде слабости в ногах, которая продолжала медленно развиваться. В августе наступило быстрое ухудшение, больная слегла в постель, развились явления быстрого паралича ног. В январе 1927 г. появились боли в области грудных позвонков. Lues и другие венерические заболевания отрицает. Объективно: paraplegia inferior completa; сильное повышение сухожильных рефлексов нижних конечностей, клонус стоп и коленных чашечек, epilepsia spinalis; отсутствие брюшных рефлексов; на ногах—все патологические кожные рефлексы; зона вызывания защитных рефлексов слева D 8, справа D 9; retentio urinae et obstipatio. Гипертония нижних конечностей, находящихся в экстензии. Анестезия всех видов чувствительности спинального типа на ногах и туловище до уровня D 4, причем от D 4 до D 6 идет пояс менее пониженной чувствительности, а от D 6 и ниже—полная анестезия. Боли при поколачивании в области от D 3 до D 8. Реакции Wassermann'a и Sachs'a-Georgi—отрицательны. Люмбальная пункция: р. Nonne резко положительная, р. Pandu—положительная, лимфоцитоз 3,1 в 1 куб. мм., RW отрицательная, Sachs'a-Georgi—тоже, ксантохромия. Клинический диагноз: tumor medullae spinalis (extramedullaris?). Лициодоль на уровне IV—V грудных позвонков.

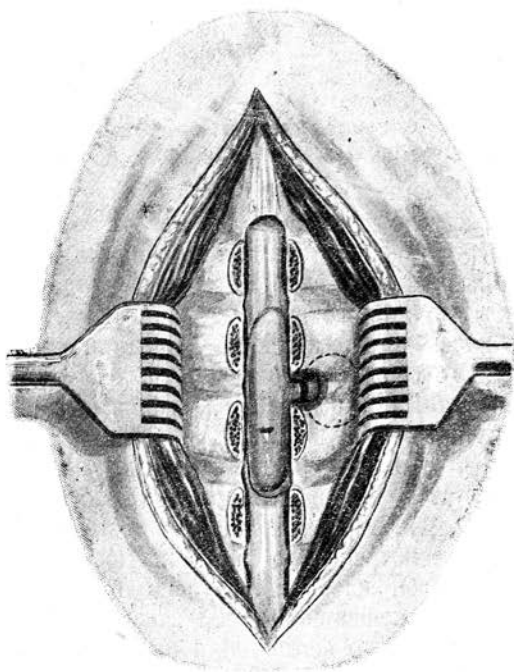


Рис. 3. Опухоль на поверхности твердой мозговой оболочки. Пунктир проецирует часть опухоли, залегающую в средостении.

Операция 15/III 1927 г. По вскрытии спинномозгового канала обнаружена на уровне дужек IV и V грудных позвонков опухоль продолговато-овальной формы, темно-синего цвета, имеющая тонкую капсулу и покрывающая в этом отделе твердую мозговую оболочку. Тупым инструментом ее удалось без особого насилия снять с последней. После этого обнаружилось, что опухоль у V заднего правого корешка имеет мостик, который теряется где-то в глубине правого межреберного пространства между V и VI ребрами. Часть опухоли, покрывавшую заднюю поверхность твердой мозговой оболочки, пришлось отделить у перешейка. Ощупывая затем тонким зондом скрытую в тканях межреберья другую часть опухоли, я убедился, что она залегает в небольшой полости, которая образовалась здесь при росте опухоли в сторону заднего средостения (справа). Действуя со всею осторожностью, я вывихнул оставшуюся долю опухоли из ее вместилища. По извлечении ее получилась полость величиной с небольшое куриное яйцо, которая позволяла в передних своих отделах видеть медиастинальную плевру с ее дыхательными движениями (рис. 3). Благодаря имеющейся на опухоли капсуле, опухоль была удалена без остатка во всех ее частях, после чего рана закрыта обычным образом.

В первые часы после операции—рвота, которая держалась до следующего дня. В дальнейшем — совершенно гладкое течение. На 10-й день были отмечены небольшие активные движения в стопах (чувствительность появилась еще раньше). Через 2 недели больная была переведена в Первую клинику. Функция тазовых органов и активные движения восстанавливаются у ней с каждым днем. 25/V больная ходит с посторонней помощью.

Первый из приведенных случаев представляет большой интерес для хирурга в смысле положения опухоли по отношению к спинному мозгу: трудно себе представить опухоль мягкой мозговой оболочки, которая-бы так располагалась на ней и так деформировала бы спинной мозг, чтобы ее в то же время трудно было-бы здесь заметить,—чтобы об ней пришлось догадываться на основании едва заметной подробности (перерыв сосудов). Очень поучительно, далее, что липиодоль и при этих условиях, как будто и неспособен благоприятных для его задержки, все же оставался на уровне опухоли. Очевидно, в этом месте были какие-нибудь тонкие, рыхлые сращения между arachnoidea и dura mater, бывшие результатом раздражения здесь растущей опухоли; сращения эти разрывались при вскрытии твердой мозговой оболочки и таким образом были мной просмотрены, но они были достаточны, чтобы задержать липиодоль.

Второй из наших случаев представляет огромный интерес для хирурга в отношении бывшей здесь счастливой возможности удалить опухоль из заднего средостения без малейшего повреждения плевры, а следовательно, и без естественного осложнения пневмотораксом. Эта особенность, повидному, свойственна опухолям в виде песочных часов. Наша опухоль этого типа при микроскопическом исследовании была распознана, как невринома. В последние 15 лет, со времени первых описаний Verocay, эти опухоли стали отмечаться чаще. Подробнее на этом вопросе здесь я останавливаться не буду, интересующихся же отсылаю к работам самого Verocay, Guleke, Borchardt'a и др.

Литература: 1) Verocay. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol., 48, 1, 1910.—2) Guleke. Arch. für klin. Chir., Kongressbericht, 1926.—3) Borchardt. Klin. Woch., 1926, № 15.
