

616.8-089
С156



**СОВРЕМЕННАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ
(ИНТЕГРАЦИЯ ТРАДИЦИЙ,
ОПЫТА И НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)**

Екатеринбург
2008

УРАЛЬСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**СОВРЕМЕННАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ
(ИНТЕГРАЦИЯ ТРАДИЦИЙ,
ОПЫТА И НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)**

*Актовая речь заведующего кафедрой
нервных болезней и нейрохирургии
профессора Саковича Владимира Петровича
на итоговой научной конференции УГМА*

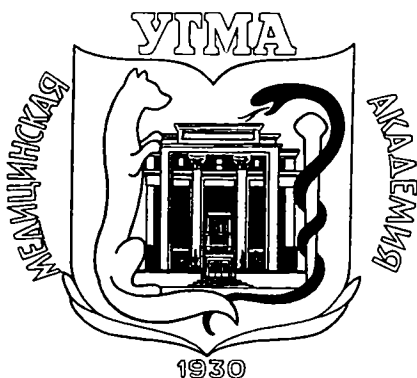
16 апреля 2008 г.

Екатеринбург
2008

УДК 616.13-007.64:612.6.051:616-07

Сакович В.П.

СОВРЕМЕННАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ (ИНТЕГРАЦИЯ ТРАДИЦИЙ, ОПЫТА И НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ). Актовая речь. Екатеринбург, УГМА, 2008. – 20 с.



© Уральская государственная
медицинская академия, 2008
© Сакович В.П., 2008

ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, ДРУЗЬЯ, СТУДЕНТЫ, ГОСТИ!

Нашей кафедре и в частности мне, как заведующему кафедрой, оказана большая честь выступить с Актовой речью в День науки родного вуза - Уральской государственной медицинской академии. Примечательно, что 40 лет назад в этой же аудитории, на этой трибуне произнёс свою Актовую речь наш учитель – заслуженный деятель науки, профессор Давид Григорьевич Шефер – создатель Уральской школы неврологов и нейрохирургов.

2008 год для кафедры, для неврологической и нейрохирургической службы города, области поистине юбилейный. Исполняется 70 лет с того дня, как кафедра нервных болезней была преобразована в кафедру нервных болезней и нейрохирургии. Сегодня клиническими базами кафедры по нейрохирургии являются отделения в Свердловском областном онкологическом диспансере (директор - к.м.н. Засл. врач Р.Ф. В.Б. Шаманский, зам. директора - к.м.н. Засл. врач Р.Ф. А.И. Кузин), ГКБ №40 (гл. врач – А.И. Степанов), ОКБ № 1 (гл. врач -д.м.н. Ф.И. Бадаев). В этом году исполняется 60 лет с того дня, как наша клиника стала выполнять функции межобластного нейрохирургического центра, оказывая помощь самым сложным больным нейрохирургического профиля во всём Уральском регионе.

В этом году 110 лет со дня рождения профессора Д.Г. Шефера. Свою Актовую речь Давид Григорьевич назвал «Современное состояние учения об эпилепсии». Но Давид Григорьевич был глубоко разносторонним учёным и практиком, которому одинаково были близки проблемы нейроинфекций, паркинсонизма, эпилепсии и заболеваний вегетативной нервной системы, опухолей и сосудистых поражений мозга.

В своём выступлении нам хотелось показать насколько современные методы, новые технологии влияют на нашу специальность, как они, образно говоря, меняют «лицо» нейрохирургии, превращая её в более щадящую специальность, повышая при этом эффективность хирургического вмешательства.

Мы рассмотрим вопросы эволюции только двух разделов нейрохирургии – интракраниальных аневризм и опухолей головного мозга.

ИНТРАКРАНИАЛЬНЫЕ АНЕВРИЗМЫ

В 1962 году по инициативе проф. Д.Г. Шефера в г. Свердловске впервые в нашей стране были созданы специализированные неврологические бригады скорой медицинской помощи (инсульт - бригады). Это начинание в то время считалось неординарным не только в нашей стране, но и во всем мире. Свидетельством этому был доклад главного невролога СССР академика Е.В. Шмидта во Всемирной Организации Здравоохранения, который поделился опытом оказания помощи инсультным больным в нашей стране, ссылаясь на опыт Свердловских коллег.

Уместно будет назвать имена первых врачей – энтузиастов нового дела, которые трудились в инсульт – бригадах: к.м.н. Л.С. Шмушкевич, к.м.н. В.Н. Штуц, к.м.н. Г.И. Хорьяков, к.м.н. Л.Я. Новикова, Л.П. Черкашина. Деятельность инсульт - бригад привела к снижению смертности пациентов от острых нарушений мозгового кровообращения, улучшению восстановления неврологической функций и инициировала развитие в клинике хирургических методов лечения.

Аневризмы сосудов головного мозга представляют актуальную проблему современной медицины. Они в основном являются причиной спонтанных субарахноидальных кровоизлияний, при которых, несмотря на большие достижения нейрореанимации, показатели смертности остаются ещё очень высокими, достигая 40-50% после первого кровоизлияния. Если оперативное лечение не проводится, то при 5-летнем сроке наблюдения среди выживших после первой геморрагии погибает 60% пациентов от повторных кровоизлияний. Приведенные показатели убеждают в необходимости разработки системы ранней диагностики аневризм и необходимости оперативного лечения ещё до их разрыва.

Первую операцию в мире по выключению аневризмы выполнил шотландский нейрохирург Норман Дотт в 1931 году. Первую операцию в Советском Союзе произвел профессор Э.И. Злотник в 1958 году. Первую операцию в Свердловске (Екатеринбурге) выполнил автор Актовой речи в 1969 году. Спустя много лет мы осознали, что это была первая операция не только в Свердловске, но и на всём Азиатском пространстве Советского Союза - от Уральских гор до Тихого океана. Операция прошла успешно и благодаря этому, число их множилось год от года, и почти за 40 лет клиника накопила опыт проведения более 5000 операций. В клинике было создано целое новое научное направление «Диагностика и хирургическое лечение интракраниальных аневризм».

Для диагностики аневризм в настоящее время в клинике используется многокомпонентное ангиографическое исследование, включающее такие современные методы как компьютерную томографию, компьютерную ангиографию, магнитно-резонансную ангиографию, церебральную контрастную ангиографию и транскраниальную доплерографию (к.м.н. Е.А. Гребенёв, к.м.н. В.М. Белодед, к.м.н. М.В. Карташов, к.м.н. А.Э. Цориев, А.В. Гулин, Е.Е. Усольцева, А.В. Шаманский, М.А. Журавлёва, М.В. Налесник, Т.А. Исакова, М.В. Кузнецов, А.Г. Храмов).

Можно варьировать этими методами в зависимости от конкретных задач исследования. Например, магнитно-резонансная ангиография оправдана как первый этап обследования пациента при клинической неясности локализации аневризмы. Она же позволяет выявлять множественные аневризмы. Компьютерная томография с объемной реконструкцией сосудов нередко необходима для уточнения геометрии аневризмы и её взаимоотношения с артериями мозга, что важно при планировании оперативного вмешательства для избежания осложнений.

В разные годы становления и развития хирургии аневризм мозговых сосудов весомый вклад в эту проблему вносили сотрудники кафедры и клиники проф. Е.Н.Крупин, проф. Н.Е. Крупина, д.м.н. Е.Р. Лебедева, к.м.н. Б.О. Слобин, к.м.н. С.М.

Спектор, к.м.н., Засл. врач Р.Ф. С.А. Суслов, Засл. врач Р.Ф. В.Г. Лещинский, к.м.н. В.С. Колотвинов, М.В. Герасимов, А.Ю. Ша-мов, А.В. Митрофанов, А.В. Пыхтеев. В последние годы во мно-гих разделах нейрохирургии отмечается тенденция к примени-нию малоинвазивных методов хирургического лечения. В одних случаях это достигается использованием совершенно новых тех-нологий, в других путём миниатюризации доступов, на основе точной диагностики, знанием микроанатомии интракраниальных структур и применением микрохирургической техники.

В настоящее время в хирургии интракраниальных аневризм применяются как открытые операции, преследующие цель клипирования шейки аневризмы, так и катетеризационные внутрисосудистые вмешательства, при которых достигается эм-болизация полости аневризмы различными материалами, в част-ности микроспиральями.

Накопленный в клинике опыт оперативных вмеша-тельств не мог не привести к определенной эволюции наших представлений о технике операций и о технологии лечения этой патологии в целом. Мы отказались от применения больших тре-панационных отверстий в открытой хирургии аневризм и начи-ная с 1990 года операции в нашей клинике проводятся из круг-лых трепанационных отверстий диаметром всего 35 -40 мм. Это стало для нас стандартом в хирургии аневризм в «холодном» периоде кровоизлияния (В.П. Сакович, В.С. Колотвинов, М.В. Герасимов). При наличии гидроцефалии возможно выполнить клипирование шейки аневризмы даже из трепанационного окна диаметром 20 мм.

Как отмечали М. Yasargil и John L. Fox (1975), приме-нение операционного микроскопа снижает необходимость про-ведения больших краниотомий. Они впервые применили термин «keyhole» -замочная скважина для описания доступа к аневриз-мам головного мозга, понимая под этим термином возможность из небольшой краниотомии видеть все не обходимые структуры в «зоне интереса». Операционный микроскоп и современные микроинструменты, в особенности байонетного типа, снимают

возможные неудобства при выполнении операций из малых трепанационных отверстий.

Большинство операций в нашей клинике с применением малых трепанационных отверстий было выполнено из птерионально -междолевого доступа. Он стал универсальным в хирургии аневризм переднего отдела виллизиева круга и вполне пригодным для некоторых локализаций аневризм вертебрально-базиллярного бассейна. Проекционно место трепанации черепа при этом доступе соответствует силвиевой щели – на границе лобной и височной долей мозга. Кратко проиллюстрируем возможности нейрохирургии сегодня на последней серии наблюдений, состоящей из 481 пациента.

Основным видом хирургического лечения было клипирование шейки аневризмы (453 операции). При невозможности клипировать шейку из-за особенностей геометрии аневризмы, её локализации выполнялись и другие вмешательства (укрепление стенки аневризмы свободным мышечным лоскутом, выключение артерии проксимальнее и дистальнее расположения аневризмы - трепинг несущего сосуда, выполнение экстраинтракраниальных микрососудистых анастомозов для предотвращения ишемии мозга).

Отличный результат был получен у 406 пациентов (84,4%), хороший у 38 (7,9%), удовлетворительный у 21 (4,4%), плохой у 5 (1%), смерть наступила у 11 больных (2,3%). Основной причиной летального исхода послужили ишемические осложнения. Следует всё же подчеркнуть, что риск неблагоприятного исхода при естественном течении болезни без оперативного лечения более, чем в 20 раз превышает риск оперативного вмешательства. Как мы уже отмечали, среди выживших после случившегося первого кровоизлияния в течение 5 лет погибает 60% пациентов, если не предпринимается оперативное вмешательство. Эта статистика убеждает в необходимости оперативного лечения, но, к сожалению, не может служить утешением в случае гибели конкретного больного. Важно отметить, что 84% оперированных пациентов после операции остаются трудоспособными и имеют хорошее качество жизни.

Наряду с открытыми операциями по выключению аневризм в клинике довольно интенсивно развивается эндоваскулярный метод (к.м.н. А.А. Страхов). Родоначальником в мире эндоваскулярной нейрохирургии был выдающийся отечественный нейрохирург академик Ф.А. Сербиненко. Ещё в 70 годах прошлого столетия этот метод при содействии Ф.А. Сербиненко был внедрен в нашу клинику и использовался в основном в лечении каротидно-кавернозных соустьев и артерио-венозных мальформаций (В.П. Сакович, С.А. Суслов, В.Г. Лещинский). Метод в клинике был модифицирован, расширил возможности катетеризации мозговых сосудов и был положен в основу кандидатской диссертации врача-нейрохирурга С.А. Суслова.

Для выключения артериальных аневризм в настоящее время используются микроспирали. Некоторые особенности геометрии аневризмы и её шейки могут быть ограничением к их применению, однако, сочетание установки, так называемых стентов с микроспиральями, расширяет возможности эндоваскулярной хирургии аневризм. За этим методом большое будущее.

По проблеме диагностики и хирургического лечения аневризм сосудов головного мозга сотрудниками кафедры и клиники защищены четыре кандидатские (Н.Е. Крупина, М.А. Хинко, Е.Р. Лебедева, В.С. Колотвинов) и одна докторская (Е.Р. Лебедева) диссертации. Результаты научных исследований были доложены не только на съездах, конференциях неврологов и нейрохирургов России, но и на Европейских конгрессах в Копенгагене (1999 г.), Париже (2004 г.), Афинах (2005 г.), Глазго (2006 г.). По рассматриваемой проблеме опубликовано более 90 работ, в том числе в зарубежной печати. В 2007 году опубликована монография «Новые аспекты этиологии и открытой хирургии интракраниальных аневризм» (Сакович В.П., Колотвинов В.С., Лебедева Е.Р.)

Какие мы видим перспективы по улучшению диагностики и результатов хирургического лечения интракраниальных аневризм? Необходима система скрининговой диагностики по выявлению аневризм до их разрыва. Должны пройти обследование по сосудистой программе родственники первой степени

родства пациентов, перенесших субарахноидальное кровоизлияние, а также лица, имеющие выраженные признаки дисплазии соединительной ткани. Работами д.м.н. Е.Р. Лебедевой показано, что пациенты с аневризмами имеют гораздо больше маркёров дисплазии соединительной ткани по сравнению с наличием их в популяции (варикозная болезнь, плоскостопие, пролапс митрального клапана и др.). Необходима четкая организация помощи больным с субарахноидальными кровоизлияниями в остром периоде. В этом отношении в нашем городе сделаны существенные шаги. Создана служба терминальных состояний (проф. А.А. Белкин) одной из задач которой как раз является выявление пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями и госпитализация их в специализированное учреждение с возможностью оказания нейрореанимационной экстренной нейрохирургической помощи. Этим задачи отвечает созданное отделение в ГКБ №40 с 24 реанимационными койками (А.С. Солдатов).

ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Диагностике и лечению опухолей головного мозга в клинике всегда уделялось особое внимание. По этой проблеме под руководством проф. Д.Г. Шефера было защищено 19 кандидатских (П.Н. Приз, В.А. Бахтияров, А.К. Гуськова, Д.Л. Крупаткина, М.В. Попырева-Горелышева, Р.Г. Образцова, Ю.И. Беляев, А.Т. Зыкова, Л.Н. Нестеров, А.А. Удинцева, А.А. Шутов, В.В. Скрябин, А.А. Сурженко, Л.П. Цигель, А.Е. Мякота, В.П. Сакович, В.Т. Миридонов, Р.А. Салеев, В.Я. Кунис) и 5 докторских (М.Г. Гольдельман, О.С. Горбашова - Воронина, О.В. Гринкевич, Р.Г. Образцова, А.А. Шутов) диссертаций. Предметом научного поиска были клинико – морфологические сопоставления при опухолях головного мозга, дифференциальная диагностика их с другими заболеваниями, пути улучшения результатов хирургического лечения.

Методологические основы хирургии опухолей головного мозга были сформулированы академиком Н.Н. Бурденко: «Анатомическая доступность, техническая возможность, физиологическая дозволенность». Время оказалось не властным что-то

изменить в этом определении, поскольку в нем были даны не только установки настоящего, но и будущего нейрохирургии.

В последние десятилетия произошёл огромный прогресс в хирургии опухолей головного мозга обусловленный, прежде всего, стремительным развитием новых технологий (технических возможностей), которые расширили границы «анатомической доступности и физиологической дозволенности» при выполнении операций. «Физиологическая дозволенность» стала контролируемой при операциях методами регистрации акустических стволовых и зрительных вызванных потенциалов (к.м.н. С.А. Лаврова, О.В. Манашук), а также картированием корковых зон мозга (к.м.н. П.Б. Гвоздев, к.м.н. С.А. Лаврова).

Появление в арсенале нейрохирурга точных методов нейровизуализации таких как КТ, МРТ, позволяет планировать ход операции при минимальной травме здоровых участков мозга. Значительным прорывом явилось применение принципов микрохирургической техники, которая, в свою очередь, не мыслима без детального знания микрохирургической анатомии. Использование в практике нейрохирурга современных оптических систем, высокоскоростных дрелей, ультразвуковых деструкторов-аспираторов, применение интраоперационного электрофизиологического мониторинга сделало возможным развитие хирургии основания мозга. Сегодня успешно проводятся операции при опухолях ската, дна III желудочка, зрительного бугра, области шишковидной железы. Значительно расширили возможности нейрохирурга применение в повседневной практике навигационных систем. При выявлении богато васкуляризированных опухолей, угрожающих массивным кровотечением во время операции, предварительно производится эмболизация основных приводящих ветвей. Удаление опухолей в таких случаях происходит с меньшей кровопотерей.

В результате применения новых технологий удалось снизить травматичность операций, достигать более радикального удаления опухолей, расширить показания к хирургическому лечению. Сократилось число послеоперационных осложнений, снизилась послеоперационная летальность, во многих случаях

увеличился безрецидивный период и улучшилось качество жизни оперированных пациентов.

Однако, отдаленные результаты хирургии опухолей головного мозга далеко не во всех случаях благоприятны. Это суждение касается в основном злокачественных глиом. Вот почему на сегодняшний день оптимальным направлением мировой нейроонкологии считаются комбинированные методы лечения – хирургический, дополненный лучевой и/или химиотерапией.

В конце 1999 г Уральский межобластной нейрохирургический центр переехал на базу Свердловского онкодиспансера. Опыт 8-ми летней работы позволяет сделать определенные выводы о новых возможностях лечения нейроонкологических заболеваний в специализированном учреждении. Уникальной особенностью центра является возможность применения комбинированных методов лечения в пределах одной клиники. Коллегиальному решению многих вопросов, связанных с онкологической патологией, благоприятствует наличие кафедры онкологии в диспансере (зав. каф. – проф. С.А. Берзин)

Наша клиника оснащена современным комплексом для планирования и реализации лучевой терапии, который включает в себя спиральный компьютерный томограф, 3 D планирующие системы, высокоэнергетические радиотерапевтические установки и аппараты для брахитерапии. Весь комплекс дает возможность осуществлять прецизионные методики облучения. Брахитерапия проводится на аппарате «Гамма-Мед» путем доставки радиоактивного источника через аппликатор, внедренный в опухоль, тем самым достигается подведение высокой дозы к опухоли и снижается доза облучения в здоровом мозге (гл. онколог Свердловской области к.м.н., доцент, Засл. врач Р.Ф. Г.Н. Чайковский, Засл. врач А.К. Халенко, Д.Л. Бенцион, Н.В. Фиалко, О.Ф. Дугинова, Ю.А. Миронова, Т.Н. Емельянова, И.В. Басаргина, Ж.К. Свиридова, В.В. Брюханов, Л.Н. Изюров, К.В. Коротков, А.Е. Новиченок, О.В. Хлебникова, Н.Н. Чмерёва, И.А. Петренёва, С.Л. Берзина, Л.П. Каратченя, И.О. Потеха, Р.И. Чекунова, Г.П. Воронкина, Ю.Л. Гагаринова, Е.Э. Мехдеева, Т.А. Байкова).

Говоря о традициях и опыте нашей клиники, мы должны отметить один очень важный факт. Проф. Д.Г. Шефером в 1936 г. была издана книга: «Рентгеновские лучи и центральная нервная система», которая и в настоящее время занимает одно из ведущих мест в реестре научной литературы по этой проблеме. Д.Г. Шефером была показана особая чувствительность к лучевому воздействию ядер гипоталамуса. Примечательно, что долгое время радиологическую службу страны возглавляла ученица проф. Д.Г. Шефера член - корр. Российской акад. мед. наук, Лауреат Ленинской премии проф. А.Г. Гуськова – автор нескольких монографий, посвящённых лучевой болезни человека, активный участник и инициатор движения «Врачи мира против атомной войны».

В соответствии с программой лечения ряд пациентов подвергаются химиотерапии по современным протоколам (Н.В. Страхова, И.С. Булавина, Е.А. Аврамченко, С.Ю. Красильников, Л.В. Пивенштейн, В.В. Питкау, Н.Н. Черных, Е.Н. Гордеева, И.А. Дьяконова).

Расположение отделений лучевой терапии, химиотерапии и нейрохирургии в стенах одной клиники дает возможность снизить интервал между этапами лечения. Так, например, интервал между хирургическим этапом и лучевой терапии сократится с 4-5 недель до 10-14 дней и, как правило, пациенты переводятся в отделение лучевой терапии без выписки из стационара. Кратко осветим последние достижения клиники в некоторых разделах нейроонкологии.

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИЙ МЕТОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ГЛУБИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

По определению профессора Э.И. Канделя, «стереотаксический метод – совокупность приемов и расчетов, позволяющий с помощью специальных приборов, методов визуализации и функционального контроля с большой точностью осуществить доступ в определенную структуру головного мозга для

воздействия на неё с лечебной целью». Мы должны отметить, что ещё в начале 60 годов прошлого столетия по инициативе профессора Д.Г. Шефера стереотаксический метод был внедрен в нашу клинику, а пионером его применения был ассистент кафедры Л.Н. Нестеров, в последующем доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, Лауреат государственной премии. Клиника была одним из немногих учреждений страны, в которой использовался этот метод. Существенный вклад в его развитие в разные годы внесли сотрудники кафедры и клиники: проф. А.С. Стариков, к.м.н. Э.В. Иванов, проф. В.В. Скрыбин, д.м.н. А.С. Шершевер, проф. М.В. Надеждина). Метод использовался в основном для лечения заболеваний экстрапирамидной системы, некоторых форм детского церебрального паралича, эпилепсии и болевых синдромов. Для лечения новообразований мозга этот метод не применялся.

В то же время, проблема хирургического лечения опухолей глубинной локализации, расположенных вблизи или непосредственно в функционально значимых зонах мозга, весьма актуальна. Применение традиционной техники оперативных вмешательств при такой локализации процесса всегда граничит с риском появления или усугубления неврологической симптоматики, что связано с особенностями операционного доступа, его протяженностью, трудностями поиска новообразования и возможными отклонениями в ходе операции от намеченной траектории доступа.

Внедрение в практику нейронавигационных систем, совместимых с современными рентгеновскими и магнитно-резонансными томографами, во многом помогает хирургу осуществить точный доступ к патологическому процессу, обеспечивая удаление образований с минимальной травматизацией вещества мозга.

В нашей клинике, начиная с 2001 года, для лечения пациентов с опухолями мозга глубинной локализации стала применяться стереотаксическая рамочная навигационная система Leibinger Stryker (Германия) в комплекте со стереотаксическим модулем и стереотаксическими ретракторами.

Предоперационные расчеты расположения трепанационного окна и траектории доступа проводятся по фронтальным, аксиальным и сагиттальным срезам МРТ и объемной их реконструкции, выполняемой на томографе Philips Gyroscan № Т-5. Учитываются индивидуальные особенности расположения церебральных сосудов. Операционный доступ осуществляется через круглое трепанационное окно диаметром 35 мм. Для его выполнения используются корончатые фрезы. Стереотаксический ретрактор поэтапно погружается в мозговое вещество до заданной глубины, подводя операционное поле к патологическому процессу. В результате погружения бранш ретрактора в мозговом веществе формируется канал диаметром 1 -1,5 см. Все манипуляции по удалению новообразования проводятся с использованием операционного микроскопа Carl Zeiss и микроинструментария.

По такой методике оперировано более 60 пациентов, среди которых были больные не только с первичными опухолями мозга, но и метастазами рака различной локализации. Все пациенты показали удовлетворительные результаты в послеоперационном периоде. Операционных осложнений не было. У всех больных отмечалась тенденция к регрессу очаговых симптомов, особенно ярко выраженная у больных с метастатическими процессами. Проведенные контрольные КТ и МРТ исследования продемонстрировали тотальность удаления опухолей.

Результаты этой очень важной работы нашли отражение в кандидатской диссертации врача – нейрохирурга П.Б. Гвоздева, в принятой к изданию монографии (авторы: В.П. Сакович, П.Б. Гвоздев, В.Г. Лещинский). Клиника пока является единственным нейрохирургическим учреждением страны, в котором используется такая технология лечения опухолей мозга глубинной локализации.

Данная работа будет продолжена. Целью дальнейшего исследования является создание алгоритма, включающего показание к данному виду хирургического вмешательства в зависимости от локализации, размеров, характера патологических процессов и выбора оптимальных траек-

торий доступа с минимальным риском возникновения или усугубления неврологического дефицита.

ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА И ХИАЗМАЛЬНО-СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

Преобладающими среди опухолей хиазмально-селлярной области являются аденомы гипофиза. Хирургия этих опухолей в клинике имеет 50 летнюю историю. Длительное время опухоли хиазмально-селлярной области оперировались транскраниальным подходом с трепанацией черепа в лобной области. В 1969 году под руководством профессора Д.Г. Шефера врачом Л.П. Цигель была защищена кандидатская диссертация, посвящённая диагностике и хирургическому лечению аденом гипофиза указанным доступом.

В 80 годах прошлого столетия начался поиск принципиально новых подходов к хирургии опухолей данной локализации, в частности, был внедрён доступ через основную пазуху (трансфеноидальный доступ). Пионером применения этого доступа в клинике является нейрохирург А.И. Бенедиктов, защитивший в 1988 году кандидатскую диссертацию. В то время контроль хода оперативного вмешательства осуществлялся использованием рентгеновской аппаратуры с электронно-оптическим преобразователем.

В настоящее время патологические процессы основания черепа и хиазмально-селлярной области мы удаляем трансфеноидальным доступом с использованием системы операционной навигации, сопряжённой с операционным микроскопом. Применение системы операционной нейронавигации позволяет четко ориентироваться в операционной ране, выбирать самый оптимальный вариант доступа, распознавать анатомические ориентиры по ходу доступа, в частности, в придаточных пазухах носа, полости турецкого седла.

Применение нейронавигации, при которой в режиме реального времени отслеживается ход операции, позволяет отказаться от применения рентгеновского контроля интраопераци-

онно, снизить лучевую нагрузку, как на пациента, так и на хирурга. Нейронавигационная система позволяет интраоперационно в трёхмерном пространстве с точностью до 1-2 мм осуществлять доступ к опухоли, представлять её границы, производить удаление с минимальным воздействием на окружающие анатомические структуры, хиазму, кавернозные синусы.

В клинике с конца 2003 г. оперировано по такой методике более 150 больных. Применение системы операционной нейронавигации позволяет наиболее щадящим способом произвести операцию, что способствует ранней реабилитации больных. Оперативное вмешательство отвечает требованиям малоинвазивной и одновременно эстетической хирургии, поскольку при ней нет внешне видимых следов оперативного вмешательства. По этой проблеме находится в стадии завершения кандидатская диссертация врача-нейрохирурга А.В. Лещинского.

ОПУХОЛИ КРАНИООРБИТОФАЦИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Такие опухоли поражают мозговой череп и его содержимое, глазницу и нередко структуры лицевого скелета. Эти опухоли не были в клинике предметом тщательного изучения, однако, неудовлетворительные результаты хирургического лечения логически привели нас в 1993 г. к тому, что диагностику и лечение новообразований краниоорбитофациальной области следует выделить в отдельную проблему.

Мы полагали, что реальный путь к решению этой проблемы - ознакомление с ней в таких смежных специальностях как офтальмология, оториноларингология, челюстно-лицевая хирургия. Потребовалось пройти специализацию по заболеваниям орбиты в Московском институте глазных болезней им. Гельмгольца (В.П. Сакович, О.М. Шуголь), изучить на секционном материале микронейрохирургическую анатомию всех структур, которые могут вовлекаться в опухолевый процесс, включая и такое сложное образование в анатомическом плане,

как кавернозный синус (В.П. Сакович, В.Ф. Хаймуни, О.М. Шуголь, А.Ю. Лазарев).

Были разработаны совершенно новые доступы, например, фронтоорбитозигоматический, применение которого исключает травму головного мозга, во время операции стали также использоваться комбинации доступов, которыми владеют офтальмологи, оториноларингологи, челюстно-лицевые хирурги.

На первых этапах хирургического лечения опухолей данной локализации неоценимую помощь клинике оказали профессор Л.П. Мальчикова, В.А. Виссарионов, Х.Т. Абдулкери-мов. Мы приносим им нашу искреннюю признательность. Благодаря такому мультидисциплинарному подходу в решении этой проблемы, многие опухоли, которые ранее считались неоперабельными, были переведены в категорию операбельных новообразований.

Наряду с институтом нейрохирургии РАМН им. акад. Н.Н. Бурденко, клиника стала одним из ведущих учреждений страны, которая оказывает хирургическую помощь этой сложной категории больных. Прооперировано несколько сотен пациентов. У 69% из них получены хорошие и отличные результаты. Под нашим руководством по этой проблеме защищены две кандидатские диссертации (О.М. Шуголь, В.Ф. Хаймуни), находится в стадии завершения диссертация врача-нейрохирурга А.Ю. Лазарева.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Сегодня мы показали прогресс в диагностике и хирургическом лечении лишь некоторых заболеваний головного мозга. В клиниках новые технологии используются также в лечении гидроцефалии (к.м.н. О.П. Берсенёва, В.Н. Севостьянов, М.П. Кесельман, С.С. Зимовик, Д.Ю. Рогов, А.В. Митрофанов, Т.А. Штаркман), травматических повреждениях и заболеваниях позвоночника и спинного мозга (Д.И. Южаков, Е.П. Данилов, А.В. Черепанов, к.м.н. М.Ю. Гончаров, И.В. Волков, Д.В. Ефимов, М.А. Горев и др.), заболеваний экстрапирамидной системы (к.м.н. П.Б. Гвоздев), эпи-

лепсии и болевых синдромов (д.м.н. А.С. Шершевер, М.В. Герасимов, к.м.н. П.Б. Гвоздев, О.В. Соколова).

Нейрохирургия не мыслима сегодня без анестезиологии и нейрореанимации и во многом наши успехи мы должны разделить с врачами этой специальности. В межобластном нейрохирургическом центре трудится дружный коллектив анестезиологов – реаниматологов (Г.В. Черкасов, В.Б. Гончаров, М.И. Беньяминович, О.А. Язов, В.А. Никитин, О.Г. Ватутин, А.И. Савельев). Мы благодарны профессорам Э.К. Николаеву, В.М. Егорову, В.А. Руднову, Б.Д. Зислину, А.И. Левиту, Н.С. Давыдовой в действенном участии в решении многих проблем нашей специальности.

Большую роль в операциях, в выхаживании больных играют медицинские сёстры. И мы приносим им нашу сердечную признательность.

И.П. Павлов говорил: «Для того, чтобы хорошо оценить новое необходимо, прежде всего, понять и оценить старое». По нашему глубокому убеждению без традиций, без прежнего опыта, накопленного нашими Учителями, был бы не возможен прогресс в медицине, даже при использовании высоких технологий. Только в органичном синтезе этих трёх составляющих мы видим будущие успехи медицины в целом и нейрохирургии в частности.

Сакович Владимир Петрович

**СОВРЕМЕННАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ
(ИНТЕГРАЦИЯ ТРАДИЦИЙ,
ОПЫТА И НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)**

Актováя речъ