

ПУБЛИЦИСТИКА

© Л.Б. ЛИХТЕРМАН, 2017

НУЖНЫ ЛИ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ В НЕЙРОХИРУРГИИ?

Я врачую более 60 лет. После окончания медицинского института испытал на себе почти все варианты дальнейшей профессиональной учебы: 5-месячный цикл по неврологии в ЦИУ, 4-месячный — усовершенствования там же, различные краткосрочные семинары и трехгодичную ассистентуру по неврологии в Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, не говоря уже о бесконечных съездах, конференциях, симпозиумах на Родине и за рубежом. Все они необходимы и полезны. Но главным для становления врача считаю клинические разборы больных в стационаре, где работаешь. Их отличает конкретика, прагматизм и прямая ответственность за принимаемые решения. И, что чрезвычайно важно, видишь результаты своих раздумий, действий и их последствия.

Мне довелось участвовать в клинических разборах таких мэтров неврологии, как профессора Юлий Вениаминович Коновалов и Михаил Юльевич Рапопорт. Разные манеры, но анализ наблюдений и замечание с рекомендациями тех или иных действий поражали глубиной, тонкостью и даже изяществом.

Я был вынужден рано овладевать искусством клинического разбора. В 31 год, едва закончив аспирантуру и защитив кандидатскую диссертацию, оказался единственным подготовленным специалистом в открывавшемся в г. Горьком 100-кочном межобластном нейрохирургическом центре. Меня окружали 10 молодых способных хирургов и травматологов с желанием оперировать на головном и спинном мозге, но без нейрохирургических навыков и школы. Мы разбирали каждого больного, поступившего в нашу клинику. Совместно проверяли его неврологический статус, при этом я обращал внимание, как правильно выявлять тот или иной симптом. Лечащий врач докладывал результаты выполненных инструментальных и лабораторных исследований. Смотрели снимки. И начиналось обсуждение. Никто не имел права отмалчиваться. Каждый выступал со своим мнением, отвечая на 3 главных вопроса в нейрохирургической диагностике: 1) где расположен процесс (топическая диагностика), 2) что — природа процесса (нозологическая диагностика), 3) что делать — лечебная (прежде всего хирургическая) тактика.

Необходимость публично высказать свое суждение мобилизовывала знания и способствовала выработке клинического мышления. Я подытоживал дискуссию, кого-то поддерживал, кого-то тактично поправлял. И мы приходили к решению о показанности оперативного вмешательства, либо отказе от него, либо к необходимости

дополнительных исследований для окончательного уточнения диагноза. Нейрохирургия отличается от неврологии быстрой и жесткой проверкой вынесенного клинического заключения, удовлетворяя в случае совпадения диагноза с его верификацией на операции либо вызывая тяжелые переживания при расхождении дооперационного распознавания с хирургическими находками. И то, и другое мне приходилось испытывать. Клинические разборы — надежный фильтр для минимизации врачебных ошибок.

Прошло 20 с лишним лет. Оставив после себя школу мыслящих клиницистов, я перешел на работу в Московский институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. Между тем в диагностике патологии головного и спинного мозга наступила компьютерная эра. Методы неинвазивной нейровизуализации, казалось, сделали ненужными клинические разборы. Ну, в самом деле, стоит ли тратить время на рассуждения о топике и нозологии очагового поражения мозга, когда за считанные минуты, не принося пациенту страданий, можно увидеть на картинке патологию ЦНС со многими важными для оперативного вмешательства ее особенностями. Конечно, КТ и МРТ с многочисленными их модификациями — революция в нейродиагностике. Ее надо всячески приветствовать и как можно шире внедрять в практику. Однако надо заблаговременно увидеть и те опасности, которые в себе таит безоглядная технологизация нейрохирургии. Это прежде всего атрофия клинического мышления с «наркотической» зависимостью от изображений, утрата навыков неврологического обследования пациента (гипоскиллия) и дистанцирование врача от больного.

Лучшим способом, на мой взгляд, избежать разрушительных последствий внедрения высоких технологий являются как раз регулярные клинические разборы. Я не говорю уже о том, что видение патологии само по себе очень часто неспособно решить вопрос о показаниях к операции без учета возраста больного, перенесенных и имеющихся болезнях, фазы заболевания, состояния его психики, зрения, внутренних органов и т.д. Более того, нередко только анамнез и клиника заболевания способны уточнить истинную его природу и дать адекватное толкование изображению. Наконец, совместные осмотр и обсуждение больного есть надежный антидот против врачебной несостоятельности, гипоскиллии и обесчеловечивания медицины.

Клинические разборы полезны прежде всего для больных, но и для врачей в неменьшей сте-

пени. Личная ответственность лечащего врача за судьбу его больных отнюдь не снимается и не умаляется. При этом поднимается коллективная ответственность за «лицо» клиники в целом.

В Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, насыщенном до предела нейровизуализационными и иными современными технологиями, клинические разборы больных не исчезли, а, напротив, сохранив обязательность, значительно повысили свой уровень.

Отработанная десятилетиями классика естественно сочетается (и усиливается!) с самыми последними новациями. О каждом пациенте, которому предстоит оперативное вмешательство, докладывает лечащий врач на еженедельном клиническом разборе.

И анамнез, и неврологические и иные данные, и, конечно, на экране магнитно-резонансные, компьютерные рентгеновские и ангиографические исследования подвергаются совместному критическому анализу и обсуждению. Так вырабатывается тактика хирургического вмешательства или иного лечения.

При этом нередко возникают различные ситуации, требующие для их понимания специально углубления в литературу и адекватной тактики ведения больного. Тогда ведущий клинический разбор профессор поручает кому-либо из молодых или старших коллег подготовить тематическое сообщение. Так мы знакомимся с различными редкими и нередкими нейропатологиями, вариантами основного и дополнительного лечения, новыми нейрохирургическими материалами и доступами, а порой на основании клинического разбора наблюдения готовится *case report* для научно-практического журнала.

Приведу один пример, где клинический разбор круто изменил диагноз и тактику лечения.

Шло обсуждение лечения 37-летнего мужчины могучего телосложения. Предстояло разобраться в очень запутанной истории болезни. Год тому назад без, казалось бы, видимых причин у него возникли шаткая походка, носовой оттенок речи, слабость в правых конечностях. Спустя 2 месяца эти явления исчезли. Посчитав себя здоровым, пациент окунулся в дела. Но прошло несколько месяцев и вновь вернулись признаки болезни, к которым прибавилось двоение в глазах. Заподозрили рассеянный склероз. При магнитно-резонансной томографии был обнаружен округлый участок измененного сигнала в стволе мозга, который расценили как очаг демиелинизации. Печать диагноза «рассеянный склероз» была поставлена, тем более, что для него характерно волнообразное течение. Стволовая симптоматика нарастала, и больного направили в Москву на консультацию к специалистам по этому заболеванию. Они подтвердили диагноз и назначили гормональную терапию. Однако клиническая картина продолжала усугубляться. Для разрешения диагностических сомнений больного положили в наш Институт.

Топический диагноз — где расположен патологический процесс — не вызывал ни малейшего сомнения. В стволе мозга на уровне варолиева

моста резко выделялась округлая гиперинтенсивная зона, которая вполне могла трактоваться как участок демиелинизации. И тогда и нозологический диагноз становился подтвержденным. Волнообразность течения болезни — грубая стволовая симптоматика без внутричерепной гипертензии — участок демиелинизации. Что еще надо для диагноза «рассеянный склероз»?

Что же нас насторожило? Дебют болезни в 37 лет. Поздновато, обычно в 16-25 лет. Но бывает и в более старшем возрасте. Нарастание симптоматики, несмотря на массивную терапию гормонами надпочечников. Но и так, к сожалению, бывает. Сохранность брюшных рефлексов. Вот этого при развернутой картине заболевания быть не должно. Пригласили больного и на разборе начали «копать» анамнез.

— Как заболели, расскажите подробней.

— Август, вырвался с семьей на недельку на Волгу. После удачной рыбалки вытаскивал на берег тяжелую лодку. В этот момент испытал ощущение, как будто что-то в голове лопнуло, и в шее сзади возникла боль. А наутро онемела правая рука. Через несколько дней изменился голос. Через 2 месяца все восстановилось, кроме небольшой шаткости походки. А потом вернулось, как раз после встречи Нового года.

Возникла мысль, а что, если это кровоизлияние из маленькой артериовенозной мальформации? Первый раз под влиянием явной физической перегрузки, второй — после новогоднего перенапряжения. Такое возможно? Возможно. А при МРТ виден не очаг демиелинизации, а хроническая гематома ствола мозга. Тогда понятно, почему «бляшка» рассеянного склероза только одна (обычно очажки демиелинизации множественные), почему она такая крупная и «круглитесь», почему сигналы от нее неравномерны. Если так, спасительна только операция — удаление гематомы ствола. И, в конечном итоге, прогноз лучше, чем при хронически текущем с тяжелыми обострениями рассеянном склерозе. Но ведь есть по-своему еще более убедительная аргументация известных специалистов по рассеянному склерозу, и рискованное нейрохирургическое вмешательство только усугубит состояние больного. Вновь и вновь прокручиваем и обсуждаем данные анамнеза, клиники и технических картин. И приходим к выводу, что имеем дело с хронической гематомой, а стало быть, требуется хирургическое вмешательство. Хроническая гематома была успешно удалена. Больной быстро поправился и вернулся к прежней полноценной жизни.

Регулярные клинические разборы — гарантия того, что врач не станет винтиком гигантской машины, какой сегодня стала медицина, а больной получит столь необходимое, близкое и понятное ему человеческое внимание.

*Л.Б. Лихтерман,
профессор, Заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии России,
Институт нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко*