

ЛЕКЦИЯ

© Л.Б. ЛИХТЕРМАН, 2014

ФИЛОСОФИЯ НЕЙРОХИРУРГИИ

Л.Б. Лихтерман

Институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН, Москва

Рассмотрена методологическая и мировоззренческая роль философии в современной нейрохирургии. Выделены слагаемые философского подхода к нейрохирургическим проблемам и их синергетическое взаимодействие. Показана, в том числе и на конкретных примерах, перспективность практической реализации философии через клиническое мышление и системные концептуальные решения при лечении патологии головного и спинного мозга. Сформулировано, зачем нужна философия нейрохирургии. Обоснована необходимость философских оценок ситуаций в развивающейся превентивной нейрохирургии. Использование разработанной философии нейрохирургии является надежным антидотом против атрофии клинического мышления, гипоскилли и синдрома разобщения врача с больным.

Ключевые слова: философия медицины, философия нейрохирургии, клиническое мышление, концептуальные подходы, патогенез, саногенез.

The methodological and worldview role of philosophy in modern neurosurgery is discussed. The components of philosophic approach to the problems of neurosurgery and their synergetic cooperation are distinguished. The perspective of philosophy implementation via medical judgment and system conceptual solutions during treatment of various brain and spinal cord pathology is shown including real clinical cases. It is stated why the philosophy of neurosurgery is necessary. The necessity of philosophic estimation of various situations in developing preventive neurosurgery is justified. The usage of developed philosophy of neurosurgery is the safe antidote against atrophy of medical judgment, hyposkills and syndrome of isolation of physician from patient.

Key words: philosophy of medicine, philosophy of neurosurgery, medical judgment, conceptual solutions, pathogenesis, sanogenesis.

Нарастающая технологизация и дифференциация нейрохирургии таит угрозу утраты как целостного ее восприятия, так и системного подхода к больному. Опасному процессу способна, на мой взгляд, противостоять разработка философии этой клинической дисциплины.

Преамбула

Попробуем определить, что же это такое — философия нейрохирургии, и зачем она нужна нейрохирургам.

Философия науки играет мировоззренческую, методологическую и аксиологическую роль в развитии теоретической и практической медицины. Однако философия медицины, в отличие от философии науки, охватывает, наряду с познавательной сферой, и сферу человеческих взаимоотношений, включая их эмоциональное слагаемое. Медицину следует понимать не только как профессию, но и как мировоззрение. Эта преамбула в полной мере относится к философии нейрохирургии, которая является разделом философии медицины.

Мы привыкли скептически относиться к философии и философствованию, как к некоей абстракции. Но вспомним Френсиса Бэкона: «Медицина, не основанная на философии, не может быть надежной».

Что значит философствовать применительно к нейрохирургии и нейрохирургу? Это есть не

что иное, как рассуждать и понимать с позиций известных общих закономерностей индивидуальные частные проявления нейрохирургической патологии, охватывать проблему заболевания целиком с учетом анамнеза и личности больного. Я полагаю, что против такой трактовки философствования в нейрохирургии вряд ли кто-либо будет возражать, ибо, на самом деле каждый нейрохирург, может быть не осознавая, именно этим занимается ежедневно у постели больного.

Раскрывая понятие «философия нейрохирургии», следует знать, что речь идет о понимании смысла и предназначения этой клинической дисциплины, объяснении ее базисных принципов, исследовании закономерностей ее развития и направленности этого процесса, роли междисциплинарных связей, изучении специфики или особенностей методологии и мировоззрения нейрохирургов, постижении средств и методов возникновения научных и технологических знаний применительно к задачам нейрохирургии.

Настоящая нейрохирургия начинается там, где есть философские подходы к ней, и более того, она невозможна без философии. Еще Гиппократ утверждал: «Философия должна быть внедрена в медицину и медицина — в философию, ибо все свойства философии сохраняют свое значение в медицине». И.В. Давыдовский прямо указал: «Медицина — есть философия». И по существу основоположники нейрохирургии, такие как Гарвей Кушинг, Николай Нилович Бурденко, Кловис



Рис. 1. Основоположники нейрохирургии: Гарвей Кушинг, Николай Бурденко, Кловис Венсан.
Fig. 1. The founders of neurosurgery: Harvey Cushing, Nikolay Burdenko, Clovis Vincent.

Венсан, были философами (рис. 1). Именно философия нейрохирургии обеспечивает системный подход и целостный взгляд на нейрохирургические ситуации, на нейрохирургического больного. Это особенно необходимо, когда углубление наших знаний достигает молекулярно-генетического уровня и может приводить к значительному сужению поля зрения нейрохирурга. Но именно философские подходы, реализуемые через клиническое мышление, способны препятствовать этому. И больной по-прежнему предстает перед нейрохирургом страдающей личностью, со всеми индивидуальными особенностями проявления патологии.

Философия необходима нейрохирургии и для осмысления прогноза ее будущего. Она дает возможность оценить и понять значение и границы применения частнонаучного метода исследования, диагностики и лечения. Так, например, предложенный Ф.А. Сербиненко метод баллонного выключения каротидно-кавернозных соустьев послужил основой для развития нового раздела нашей дисциплины — эндоваскулярной нейрохирургии со все расширяющимся спектром ее применения.

Философия нейрохирургии — хотим мы этого или не хотим — живет в каждом из нас, во многом определяя повседневную клиническую деятельность и профессиональные поступки. Однако интуитивной, «автоматизированной» философии не достает осознания ее, что предопределяет более продуктивное использование философских подходов в клинике.

Философия нейрохирургии, конечно, требует специальной углубленной разработки. Здесь я позволю себе коснуться лишь некоторых ее аспектов. Следует подчеркнуть, что нейрохирургия занимает особое место среди клинических дисциплин. Она единственная обладает возможностью экспериментального изучения центральной нервной системы человека на человеке. Бесспорно,

основной целью нейрохирургической операции является излечение больного, но одновременно, естественно, не вредя пациенту, могут добываться уникальные факты и знания, способствующие раскрытию механизмов деятельности головного и спинного мозга. Нейрохирургия обоснованно рассматривалась ее создателями (Н.Н. Бурденко, К. Венсан, Г. Кушинг и др.) как разновидность нейрофизиологии. В этих условиях нейрохирургия приобретает не только прикладное, но и фундаментальное значение.

Ситуация

Нейрохирургия как самостоятельная клиническая дисциплина имеет общие начала (социально-экономический, естественно-научный и институциональный дисциплинообразующие факторы), общие закономерности развития (от макронеурхирургии к микронеурхирургии, далее к минимально инвазивной нейрохирургии и к радиохимирургии, дифференциация и специализация нейрохирургии), общие цели (среди которых главная — исцеление пациентов с нейрохирургической патологией). Поэтому, естественно, нейрохирургия должна иметь и свою философию, объединяющую и объясняющую ее общие принципы, а также позволяющую понять и предвидеть будущее нашей дисциплины.

Несомненно, что каждый мыслящий нейрохирург — философ по роду своей деятельности, хотя, конечно, себя таковым не считает. В нашей повседневной работе у постели больного или в операционной мы неизбежно пользуемся многими философскими категориями (в частности, добра и зла, которое приносим пациенту), но не отдаем себе в этом отчет. Более того, повседневным нейрохирургическим категориям: *диагноз — операция — исход* соответствуют философские категории: *преддействие — действие — последствие*.

Роль философского осмысления предназначения нейрохирургии и каждого нейрохирурга становится все более актуальной. Настала пора от интуитивного использования общего в нейрохирургии, перейти к вербализованным философским понятиям.

Появление сборника «Philosophy of Neurosurgery» (США, 1995), составленного из статей крупных деятелей американской нейрохирургии, отражает веяние времени. Однако, как признает профессор Дон М. Лонг (Don M. Long), «до настоящего времени философия для нейрохирургии несформулирована». Он же подчеркивает, что философские традиции, на которых основывалась бы нейрохирургия, по существу отсутствуют. Практика нейрохирургии обсуждается активно, но философские основы ее упоминаются при этом крайне редко. Вместе с тем философия есть общая теория нейрохирургии как клинической дисциплины, необходимость в которой возрастает в условиях информационного и технологического взрыва. То, что пришло время разработки вопросов философии нейрохирургии, свидетельствует о зрелости нашей специальности.

Наступила пора объяснения смысла, закономерностей, направлений развития и раскрытия методов познания и лечения патологии мозга. Философия нейрохирургии является основой ее методологии как науки и практики и формирует мировоззрение нейрохирурга. Она опирается на всю совокупность знаний этой клинической дисциплины, а также смежных наук и дисциплин. Философия нейрохирургии определяется уровнем базисных знаний и одновременно способствует их осмыслению и применению на практике.

В нейротравматологии, например, соответственно можно выделить три периода развития:

1. *Краниологический:*

от Гиппократов до 70-х гг. XIX века, когда для диагностических суждений были доступны лишь внешние признаки повреждения мягких тканей головы и черепа;

2. *Неврологический:*

с 70-х гг. XIX века до 70-х гг. XX века, когда для диагностических суждений стали доступны неврологические признаки повреждения вещества мозга;

3. *Нейровизуализационный:*

с 70-х гг. XX века по настоящее время, когда стала доступной неинвазивная визуализация мозга.

Философия невольно пронизывает концепции в современной нейрохирургии, как, например: учение об идеальном методе диагностики, учение о фазности течения нейрохирургической патологии, учение об очаговых и диффузных повреждениях мозга, учение о первичных и вторичных поражениях ЦНС, учение о последствиях черепно-мозговой травмы и др.

По существу эти и иные концепции являются философскими или, точнее, клинко-философскими. С этих же позиций следует рассматривать и классификационные построения в нейрохирур-

гии, такие, например, как классификация опухолей центральной нервной системы или классификация травмы головного и спинного мозга.

Слагаемые философского подхода

В центре философии нейрохирургии, бесспорно, находится больной и стремление нейрохирурга сделать все возможное для его исцеления.

Слагаемые в деятельности нейрохирурга для достижения этой цели следующие: 1) клиническое, 2) мануально-техническое, 3) технологическое, 4) научное, 5) гуманистическое. В совокупности они составляют целое, т.е. систему, имя которой нейрохирургия, и конечно, синергетически взаимодействуют между собой, иначе — усиливают друг друга. Рассмотрим их последовательно.

Клиническое слагаемое в нейрохирургии было первым и остается главным, ибо оно и есть содержание проблемы — врач и больной. Суметь выявить не только симптомы нейрохирургической болезни, но и адекватно проанализировать анамнез, учесть общее состояние пациента, возраст, его психологию и социальный статус, назначить необходимые исследования и критически оценить находки, наконец, выбрать оптимальный путь лечения и осуществить его — таково ежедневное предназначение нейрохирурга. Наилучшим образом это достижимо через клиническое мышление, реализующее системный, а, стало быть, философский подход ко всякому пациенту.

Что же такое клиническое мышление? Этот термин употребляется очень часто, но его конкретное содержание, как правило, не раскрывается. Нет формулировки или сущностного определения «клинического мышления» ни в «Большой» и «Малой» медицинских энциклопедиях, ни в «Энциклопедическом словаре медицинских терминов», ни в других отечественных и зарубежных изданиях. Создается впечатление, что это всем известное и само собой разумеющееся понятие.

Совершенно очевидно, что клиническое мышление принципиально подчиняется тем же законам, что и мышление человека вообще, т.е. реализует высшую форму отражательной деятельности мозга, человеческого познания, мыслительных операций (анализа и синтеза, сравнения и различения, суждений и умозаключений, абстракции, обобщения и др.), но содержание его определяется специальными медицинскими знаниями и направлено на решение конкретных задач диагностики, прогностики и тактики лечения.

Исходя из этого полагаем, что клиническое мышление врача есть способность охватить, проанализировать и синтезировать все имеющиеся данные о больном, полученные различными путями, при одновременном сравнении с ранее встречавшимися наблюдениями, книжными знаниями и интуицией (опытом) для установления индивидуального диагноза, прогноза и тактики лечения.

Современные методы неинвазивной нейровизуализации не только подняли диагностику на

небывалый уровень, но и резко повысили ответственность клинического мышления. Раньше его выводы проверялись наблюдением в динамике, операцией или секцией, т.е. контроль отставал от возможностей коррекции диагноза. Теперь клиницист получил немедленную обратную связь. Таким образом, технологии стали неотъемлемым слагаемым врачевания.

Однако переживаемый нейрохирургией технологический бум приводит к кризису клинического мышления. Загипнотизированный картинками нейрохирург слишком часто отдает им приоритет в диагностике.

Диалектически клиническое мышление при этом начинает атрофироваться, и нейрохирург утрачивает свою врачебную состоятельность. Утрачиваются навыки неврологического обследования больного — наступает так называемая гипоскиллия. Клиническое мышление деградирует, по существу превращаясь в картиночное мышление. Проблема — глобальная, затрагивающая всю современную медицину. «Утраченное искусство врачевания», — так назвал свою книгу кардиолог Б. Лаун (B. Laun). Ему вторит нейрохирург Л. Кесслер (L. Kessler): «Является ли клиническое мышление утерянным искусством в эпоху высоких технологий?», — так озаглавлены его размышления.

Философия нейрохирургии способна не только предвидеть подобные ситуации, но и дать совет, как их предотвращать. С философской точки зрения диагноз — всегда творчество. Вместе с тем любой инструментальный метод исследования запрограммирован на получение лишь заданной информации. В то же время клиническое мышление, основанное на всеохватном системном подходе, позволяет адекватно использовать любую информацию о больном, придающую инструментальной картине ее истинный смысл, который и диктует адекватную тактику лечения.

Приведем пример. У 16-летнего юноши при прохождении в военкомате призывной комиссии обнаружили смещение срединного эха влево на 11 мм. Очень тревожный сигнал нейрохирургической опасности. Как правило, это показатель необходимости оперативного вмешательства. Для выяснения причины патологии и операции пациента перевели в наш Институт. Он не предъявлял жалоб. Кроме значительного увеличения окружности головы, никакой неврологической симптоматики не было обнаружено. В юноше чувствовались одаренность и огромное трудолюбие. Ни одной минуты у него не пропадало — на тумбочке, кровати, стуле были аккуратно разложены книги и тетради. С утра до вечера он усиленно занимался. Однако на компьютерных томограммах предстала картина, поразившая даже опытных специалистов. Открытая водянка мозга была выражена в предельной степени: правое полушарие практически отсутствовало, его территорию занимала цереброспинальная жидкость. Много цереброспинальной жидкости находилось и в левом полушарии.

На таком гидроцефальном фоне все средин-

ные структуры мозга были заметно смещены влево. По картинке, на первый взгляд, казалось, что надо срочно отводить избыточную жидкость из мозга, т.е. делать шунтирующую операцию. Но, сопоставив данные компьютерной томографии с клинической картиной, мы пришли к противоположному выводу. Гидроцефалия у мальчика с первых дней рождения. Организм и, прежде всего, головной мозг хорошо и устойчиво компенсировали болезненные изменения, продемонстрировав удивительные пластические возможности нервной системы. Будучи формально правы, если поставим шунт, резко нарушим сложившееся ликвородинамическое равновесие и можем спровоцировать каскад осложнений, вырвав тем самым юношу из полноценной жизни. Наблюдать, конечно, надо, но от операции следует воздержаться. Прошло около 30 лет. Пациент блестяще закончил университет, успешно работает. Женится. Наш прогноз оправдался.

Встречаемость той или иной симптоматики при патологии раньше характеризовали понятиями «чаще» или «реже», «больше» или «меньше» и т.д. Теперь клинициста вооружают исчерпывающей статистикой с показателями достоверности. И это хорошо. Цифра всегда точней слова. Но все же статистика отдельных проявлений клинической картины — количественная характеристика — не может заменить клинику болезни, в целом — понятие синтетическое, качественное. Это относится не только к диагнозу, но и к прогнозу.

Самая корректная статистика с использованием безукоризненных расчетов способна привести к абсурду, если начинает довлеть над клиническим мышлением. Есть тому примеры.

Величины «г» и «р», используемые для суждения о достоверности прогноза, вычисляются на основании встречаемости признака. Чем чаще, тем значимей. Исходя из этого, казалось бы, бесспорного положения, в серьезном исследовании опухолей хиазмально-селлярной области по параметру «состояние сознания» получили достоверную разницу между значением «оглушение» и «кома» для прогнозирования исхода. «Оглушение» имело гораздо больший вес для плохого прогноза, чем «кома». Абсурд клинически очевиден. Однако математически (сами расчеты были безупречны) доказывалось противоположное. А дело оказалось в том, что большие в оглушении встречались намного чаще, чем в коме. Опираясь на частоту признаков, и определили их прогностическую роль. Но как при этом допустимо забывать качество признака, что в конкретной ситуации несоизмеримо выше его общей распространенности? Ясно, что «кома» несравненно значимей для плохого прогноза, чем «оглушение». А при формальном применении математических правил получилась наоборот.

Если спросить у любого нейрохирурга: «Светлый промежуток при острых внутримозговых гематомах — это хорошо или плохо для прогнозирования исхода и его качества?» Ответ был бы один: «Бесспорно, хорошо, так как свидетельствует о том, что кроме гематомы нет других

сопутствующих тяжелых повреждений вещества мозга». Дипломированный клиницист, прекрасно владеющий компьютерной техникой, статистически проанализировал огромный материал по летальным исходам при эпидуральных и субдуральных гематомах. По цифрам оказалось, что те пострадавшие, у которых наблюдался светлый промежуток, погибали достоверно чаще, чем те, у кого светлый промежуток после черепно-мозговой травмы отсутствовал. Следовательно, заключил ученый, светлый промежуток при острых и подострых оболочечных гематомах является плохим прогностическим признаком. Не трудно представить, с чем же на самом деле столкнулся исследователь: в больницах очень крупного города пострадавших, поступивших с внутричерепными гематомами в тяжелом состоянии, оперировали сразу же, а поступивших в светлом промежутке наблюдали до тех пор, пока они не впадали в кому — т.е. упустили время, а результаты запоздалых операций, понятно, давали высокий процент смертельных исходов.

Исходя из философских позиций, многих нелепых и опасных прогностических заблуждений легко избежать.

В нейрохирургию, как и в другие клинические дисциплины, пришла медицина, основанная на доказательствах (evidence base medicine). Несомненно, это обеспечивает повышение общего уровня и качества оказания помощи нейрохирургическим пациентам. Но порой стандарты лечения вступают в противоречия с индивидуальной эффективностью лечения, не говоря уже о том, что сами по себе они периодически пересматриваются. И то, что рекомендовалось вчера, сегодня исключается из практики. Философское осмысление стандартов диагностики и лечения в нейрохирургии позволяет понять их относительность, ограниченность и динамичность.

В настоящее время энергично разрабатываются различные критерии прогноза течения нейрохирургической патологии. Но с философских позиций очевидно, что насколько возможен группой прогноз с вполне удовлетворительной точностью, насколько же невозможно предсказание исхода у конкретного пациента в силу индивидуальной окраски особенностей патологии. Д. Менон и Д. Харрисон (D. Menon и D. Harrison) (2011) подчеркивают, что, в частности, при травматическом повреждении мозга вероятность исхода может быть установлена в группах пострадавших, но не для индивидуума.

Философия нейрохирургии, позволяя осмыслить каждый клинический случай, помогает вскрыть общие закономерности проявления нейрохирургической патологии.

Мануально-техническое слагаемое. Сегодня прямые или минимально инвазивные вмешательства осуществляются не только мануально — руками нейрохирурга, но и с применением массы технических приспособлений (операционного микроскопа, эндоскопов, навигации, нейровизуализационных приборов, катетеров, спиралей, стентов и т.д.). Философской основой мануаль-

но-технического слагаемого в нейрохирургии являются принципы нейрохирургического вмешательства, сформулированные Н.Н. Бурденко еще в 30-е гг. XX века: анатомическая доступность, физиологическая дозволенность и техническая возможность. Естественно, с развитием нейрохирургии каждый из этих принципов наполняется новым содержанием, они, тем не менее, остаются основой, на которую опирается нейрохирург, выполняя всякое оперативное вмешательство.

Технологическое слагаемое определяет развитие и колоссальные успехи современной нейрохирургии. Безо всякого вторжения мы можем видеть почти все, что происходит в мозгу с анатомическими, а во многом и функциональными позициями. Различные модальности, главным образом, рентгеновских, компьютерных и магнитно-резонансных технологий, обеспечили беспрецедентный рывок в изучении и распознавании патологии ЦНС.

Вместе с тем адекватная трактовка картиночных данных, различных кривых и количественных измерений и тактика лечения в нейрохирургии всегда должна базироваться на клиническом мышлении.

Приведем пример:

Б-ной Б., 22 л. В 2011 г. произведена операция — удаление глиобластомы лобной доли справа. Получил курс лучевого лечения. Спустя 1,5 года на фоне редких эпилептических припадков при вполне удовлетворительном самочувствии, мобильности контрольная СКТ выявила гиперденсивную опухоль, примыкающую широким основанием к кости в зоне бывшего оперативного вмешательства (рис. 2). И поэтому рентгенолог заключил, что имеет место радиоиндуцированная менингиома, а нейрохирург принял, казалось, разумное решение — подождать с операцией и воздержаться в дальнейшем от облучения. Однако не учли, что продолженный рост глиобластомы может идти в корковом направлении сквозь послеоперационные и пострадационные рубцы. Поэтому ни поверхностное расположение опухоли, ни ее гиперденсивность на СКТ не могут являться решающими аргументами в пользу радиоиндуцированной менингиомы в условиях ранее гистологически доказанной глиобластомы.

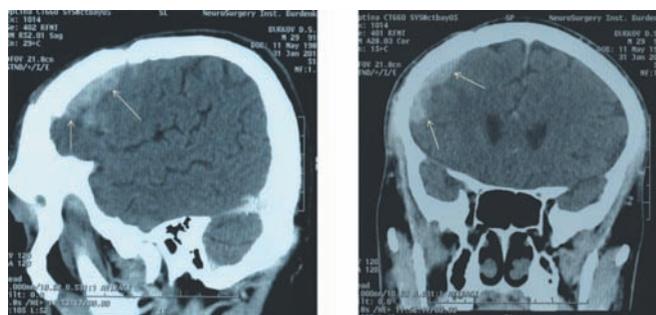


Рис. 2. СКТ 6-го Б., 22 лет, — боковая и прямая проекции. Опухоль лобной области слева (стрелки). Радиоиндуцированная менингиома или рецидив глиобластомы?

Fig. 2. CT of male patient B., 22 years old, — lateral and frontal projections. The tumor of left frontal area (arrows). The radiation-induced meningioma or glioblastoma recurrence?

К тому же форма опухоли была не характерной для менингиомы, тем более, что ее внутренняя поверхность сливалась с мозговым веществом, а не являлась четко ограниченной, как обычно при менингиоме. Выполненная операция подтвердила суждение невролога о рецидиве глиобластомы.

Еще один пример. Несмотря на использование всех модальностей 3-теслового магнитно-резонансного томографа, раскрыть характер патологии, являющейся причиной височных пароксизмов у 23-летнего пациента, удалось, лишь обратив внимание, что у него имеется выраженный врожденный варикоз вен левого запястья и левой голени. Это и позволило определить редкую форму мозговой патологии: варикоз вены в базальных отделах височной доли справа (рис. 3).

А в этой ситуации: внутримозговая опухоль или позднее нагноение мозгового рубца (рис. 4), решающую роль в их дифференциации сыграл анамнез с указанием на проникающее ранение стволом сапогала 17 лет назад. Естественно, от операции воздержались, добившись клинического успеха сочетанным применением антибиотиков и гормонов.

Не только диагностические, но и собственно хирургические технологии получили колоссальное развитие в современной нейрохирургии, включая микрохирургию, эндоскопическую хирургию, различные методики реконструктивной, минимально инвазивной, функциональной и стереотаксической хирургии, вплоть до применения роботов.



Рис. 3. МРТ пациента Г., 23 лет. Варикоз вены базальных отделов височной доли слева (стрелка).

Fig. 3. MRI of male patient Г., 23 years old. Varicose of the vein of basal parts of left temporal lobe (arrow).

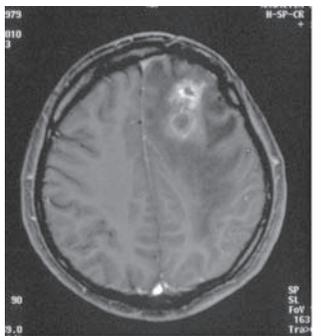


Рис. 4. МРТ 6-го Ш., 30 лет, аксиальная и сагиттальная проекции. Эпилептический и цефалгический синдромы. Опухоль или позднее нагноение мозгового рубца в лобной доле слева?

Fig. 4. MRI of male patient Ш., 30 years old, axial and sagittal projections. Epileptic and cephalgic syndromes. The tumor or late purulence of cerebral cicatrix in left frontal lobe?

Хирургические вмешательства на центральной нервной системе сегодня неотделимы от контролируемой анестезии, систем навигации, физиологического мониторинга функций отдельных черепных нервов и функционально значимых зон мозга (в т.ч. пробуждение больного во время операций для проверки сохранности речи), лазерной спектроскопии, фотодинамической терапии и многого другого.

Исключительно продуктивным является развитие технологий реконструктивной нейрохирургии черепа и позвоночника с использованием стереолитографии, лазерного спекания и других информационных технологий и широкого класса новых ксенотрансплантатов.

Все большее поле деятельности завоевывают дистантные технологии воздействия на патологические образования головного и спинного мозга такие, как радиотерапия и радиохимирургия.

Необходимо философское осмысление границ их использования, перспектив развития и связей с клиническим мышлением.

Технологизация нейрохирургии может приводить к иллюзии, что лечит аппарат. На деле все-таки лечит больного врач, используя все показанные в каждом конкретном наблюдении методы, средства и приборы.

Научное слагаемое нейрохирургии занимает особое место в ее философии. Присущая только нейрохирургии возможность прямых и опосредованных исследований человеческого мозга при оказании лечебной помощи возлагает на нейрохирурга ответственность за получение новых знаний по интегративной деятельности ЦНС, ее функциональным и анатомическим связям в норме и патологии.

Следует различать и изучать не только механизмы патогенеза болезни, но и механизмы саногенеза, иными словами выздоровления. Именно философски мотивированные подходы к разным сторонам динамики одной и той же патологии позволяют находить новые решения в клинической практике.

Так, например, изучение в Институте нейрохирургии патогенеза и саногенеза хронических субдуральных гематом показало, что основной причиной, поддерживающей их существование, является гиперфибринолиз содержимого полости гематомы (вследствие накопления продуктов деградации фибрина). Если это так, то вместо большого травматического хирургического вмешательства с трепанацией черепа и удалением гематомы вместе с капсулой, достаточно через мини-отверстие изменить внутригематомную среду, чтобы запустить процессы саногенеза. И действительно, оказалось, что наряду с резким снижением летальных исходов и осложнений, происходит в течение 2-3 месяцев полная резорбция гематомы вместе с капсулой, подтвержденная МРТ или КТ.

В рамках научного слагаемого философии нейрохирургии требуют разработки понятия тяжести повреждения мозга и тяжести состояния больного. Соответствие между ними наблюдается далеко не всегда. Например, при тяжелом вери-

фицированном КТ или МРТ ушибе лобных долей (субстратная тяжесть повреждения) клиническое состояние больного может восприниматься как удовлетворительное по таким показателям, как уровень сознания, очаговые, стволовые и обще-органические симптомы.

Подобные «ножницы» нередко наблюдаются и при хронических субдуральных гематомах, когда не только колоссальный объем ХСГ, но и смещение срединных структур достигают критических цифр при сохраняющемся удовлетворительном состоянии пациента.

Проблема фазности клинического течения нейрохирургической патологии и компенсации церебральных функций продуктивна для своего раскрытия с философских позиций целостного организма.

Постановка научных вопросов и предлагаемые гипотезы в нейрохирургии всегда требуют анализа с позиций системного подхода, учитывающего все взаимодействующие и противодействующие факторы для их осуществления.

Гуманистическое слагаемое. Философский подход к больному, как к страдающей личности, должен противостоять технологическому, занимающему лишь болезнью без учета индивидуальных характеристик ее носителя, определяющих особенности клинического проявления патологии, развертывание компенсаторных процессов, отношение к своей болезни. Дело в том, что больной человек не сводим к своей болезни как бы она ни была значима или даже фатальна для него.

Для нейрохирурга стала наиболее важной, и это естественно, визуализация патологии нервной системы, что намного определенной для диагноза, чем общение с пациентом. При этом неизбежно игнорируются не только личностные качества человека, но и страдает клиническое и психологическое внимание к нему. Часто возникает опасный синдром разобщения врача и больного.

Медицинская наука занимается главным образом изучением признаков и субстратов болезни, достигнув в этом огромных успехов. Происходит искусственное расчленение пациента на носителя болезни и на личность, которой почти не уделяется внимания. Между тем нейрохирург всегда должен помнить, что он оперирует больным, а не картинку. Роль гуманистического начала в нейрохирургии с развитием высоких технологий не только не нивелируется, а должна возрастать.

Я могу привести пример человеколюбия, который мне довелось наблюдать при беседе профессора Юрия Михайловича Филатова с женой 65-летнего больного с множественными метастазами рака в мозг. Интеллигентная, разумная, все понимающая пожилая женщина, хочет, и это естественно, спасти любимого человека. Ее надежды особенно возросли после разительного улучшения состояния, когда назначили гормональную терапию. Теперь она знает, что муж перенесет операцию на мозге, верит в ее спасительность и всеми путями пробивалась и пробилась — таки в Институт нейрохирургии.

— Спасите, хотя бы продлите ему жизнь! — обращается она к Юрию Михайловичу.

— Продления чего Вы хотите? — отвечает нейрохирург, — продления его страданий? Вы думаете это гуманно? Да, он перенесет операцию на головном мозге, но имеет ли она смысл? Метастазов слишком много, они глубоко расположены и к тому же в разных полушариях мозга. Операция не только не принесет облегчение, а скорее усугубит симптоматику. Почти наверняка появятся парезы рук и ног, которых сейчас нет. Ваш муж раньше времени утратит мобильность, окончательно сляжет, а главное — принципиально ничего не изменится. Пораженное раком легкое будет посылать все новые и новые метастазы. Чего же Вы хотите? Усугубления страданий мужа, Ваших, вашей семьи, или радоваться, пусть временному, но отчетливому улучшению, уменьшению головных болей, возросшей активности мужа под влиянием гормонов? Подумайте, что лучше. Я Вам не отказываю, готов положить Вашего мужа к себе в клинику. Но надо ли его оперировать, зная, что это ни к чему, кроме новых страданий, не приведет? На мой взгляд, гуманнее окружить его домашним теплом, которое будет смягчать его тяжелую, неизлечимую боль.

После беседы с Юрием Михайловичем жене уже иначе представлялись и вся ситуация, и свой долг — сделать все для близкого человека.

В современной нейрохирургии накопилось немало противоречий, таких, например, как святость жизни и качество жизни, профессиональный долг врача и коммерческие соблазны, здравый смысл и научные знания, спасение жизни и трансплантация органов, обширные технические возможности и ограниченные финансовые ресурсы. Их разрешению в интересах больного способствует профессиональная философия.

Гуманистическое слагаемое философского подхода в нейрохирургии тесно связано с таким важнейшим понятием, как «качество жизни». Благодаря достижениям современной нейрохирургии летальность больных резко снизилась. Например, в Институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко на произведенных в 2012 г. 6835 больших операций на головном и спинном мозге смертельные исходы составили 1,34%. Поэтому в нейрохирургии произошла смена парадигм в оценке результатов лечения больных — не выжившие и умершие, а качество жизни пациентов. Именно исходя из него теперь должны приниматься решения об оперативном вмешательстве. Просто сохранение жизни на уровне вегетативного статуса, состояния минимального сознания, а порой тяжелой инвалидизации не является гуманным как для больного, так и для его близких и социума. Критерии добра и зла в деятельности нейрохирурга должны рассматриваться с позиций приемлемого качества жизни прооперированных пациентов.

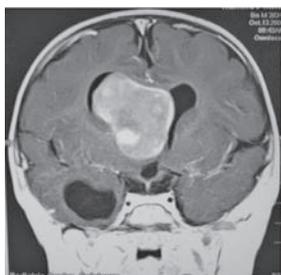
Может быть, особенно востребована разработка философии в таком новом направлении, как превентивная нейрохирургия. Благодаря неинвазивной визуализации головного и спинного мозга случайные находки в медицине стали прижизнен-

ными (асимптомные аневризмы и артериовенозные мальформации, различные пороки развития ЦНС, гидроцефалия, гидромиелия, ликворные кисты, опухоли и др.), как, например, представленная опухоль прозрачной перегородки (рис. 5).



Рис. 5. Ребенок 6 мес. Окружность головы и развитие соответствуют возрасту. Клинически асимптомная опухоль прозрачной перегородки (случайная находка при плановом сонографическом исследовании).

Fig. 5. Child 6 month old. The head circumference and development are corresponded to his age. Asymptomatic tumor of pellucid septum (incidental finding during scheduled sonographic examination).



ПРЕВЕНТИВНАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ

Диагноз – картиночный

Решение – клинико-философское

Рис. 6. Особенности диагностики и лечебной тактики в превентивной нейрохирургии.

Fig. 6. The features of diagnostics and treatment policy in preventive neurosurgery.

ПРЕВЕНТИВНАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ

ВИДЕТЬ

ОПЕРИРОВАТЬ НЕ ОПЕРИРОВАТЬ

Рис. 7. Двойная роль нейровизуализации.

Fig. 7. The dual role of neurovisualization.

Теперь дело не может, как ранее, ограничиваться лишь их констатацией, а требует различных решений, одни из которых оказываются спасительными, а другие — губительными (рис. 6).

Каковы бы благими ни были мотивы, но если они угрожают основному принципу медицины — «не навреди», их не следует осуществлять. Поэтому превентивная нейрохирургия, востребованная новыми условиями диагностики и лечения, всячески должна избегать печальной участи любого глобального подхода к проблеме. Она остро нуждается в разработке своей особой философии и методологии, которой должны проникнуться нейрохирурги, решившие ею заниматься. Только философское осмысление позволит за картинкой увидеть, в отличие от больного, нестрадающего человека, и, по-врачебному представив угрозы его будущему, решить, надо ли ему помогать, когда и как.

Нейрохирург, занимающийся превентивным лечением, не может не быть философом, даже если он этого не осознает. Ему конкретно и осязаемо приходится сталкиваться с такими философскими категориями, как жизнь и смерть, добро и зло. Ибо вторгаясь в патологию мозга, подчеркнем, в доклинический период, он вынужден (и не только профессионально) сомневаться в том, что дадут небольшому человеку его действия: обеспечат ли здоровое будущее — добро или сделают страдальцем — зло, активно, хотя и против желания, принесенное нейрохирургом.

Диалектика «действие или бездействие» мучительна для нейрохирурга, поскольку он видит патологический субстрат, сам по себе подлежащий удалению, но, соизмеряя, что лучше для человека, часто выбирает бездействие как оптимальный тактический вариант (рис. 7). С превентивной нейрохирургией складывается ситуация, когда практика давно готова к радикальным воздействиям на случайно обнаруженный патологический субстрат, ибо в хирургическом аспекте подобное уже отработано в плановой нейрохирургии (применительно к тем же, но симптомным врожденным уродствам и приобретенным болезням). Но философия предупредительного лечения, разработка дифференцированных показаний к нему, находятся еще в зачаточном состоянии. «Мы можем, но надо ли?» Именно ответ на этот вопрос сегодня наиболее актуален для нового, масштабного и, безусловно, перспективного направления в нашей дисциплине — превентивной нейрохирургии.

Концептуальные подходы

Наилучшим образом совокупность представленных слагаемых нейрохирургии на практике реализуется через концептуальные решения, осуществляющие системный, а, стало быть, философский подход к любому пациенту (рис. 8). Представим концептуальные подходы, разработанные нами применительно к хирургически значимым последствиям черепно-мозговой травмы.



Рис. 8. Иерархия и взаимосвязи клинического мышления и концептуальных решений (дерево философии нейрохирургии).
 Fig. 8. The hierarchy and relations between medical judgment and conceptual solutions (the tree of neurosurgical philosophy).

Посттравматические артериосинусные соустья (рис. 9) (1315 наблюдений)

Концепция реконструктивной хирургии:

- устранение смещения артериальной и венозной крови;
- восстановление анатомической целостности поврежденных сосудов.

Технологии:

- эндоваскулярный подход;
- эндоваскулярная пластика дефектов стенок сосудов (баллоны, спирали, стенты).

Результаты:

- хорошие — 82,1%
- удовлетворительные — 13,2%
- осложнения — 4,3%
- летальность — 0,4%

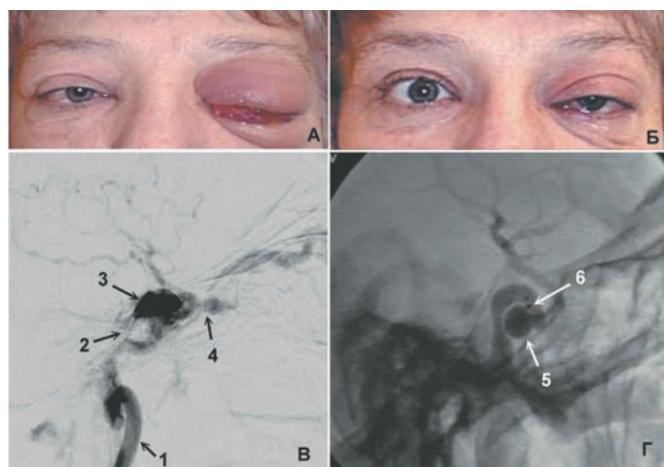


Рис. 9. Посттравматическое каротидно-кавернозное соустье. Глаза больной и ангиограмма. Слева — до операции, справа — после эндоваскулярной пластики баллоном (соустье перестало функционировать).
 Fig. 9. The posttraumatic carotid-cavernous fistula. Patient's eyes and angiogram. At the left — before operation, at the right — after endovascular plasty by balloon (the functioning of fistula was stopped).

Хронические субдуральные гематомы (рис. 10) (427 наблюдений)

Концепция минимально-инвазивной хирургии:

- изменение внутригематомной среды;
- управляемая внутренняя декомпрессия.

Технология:

- опорожнение и промывание полости гематомы через мини-отверстие;
- краткосрочное закрытое наружное дренирование.

Результаты:

- хорошие — 91,6%;
- удовлетворительные — 3,2%;
- повторные операции — 4,1%;
- летальность — 1,1%.

Посттравматическая гидроцефалия (рис. 11) (186 наблюдений)

Концепция минимально-инвазивной хирургии:

- отведение цереброспинальной жидкости за пределы краниовертебрального пространства;
- использование внечерепных полей для резорбции цереброспинальной жидкости.

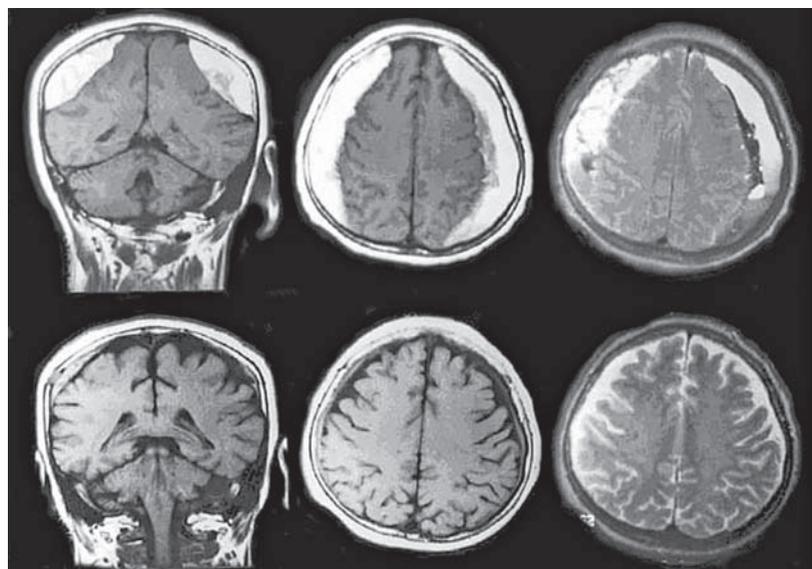


Рис. 10. МРТ больного с двусторонней хронической субдуральной гематомой — фронтальный и аксиальные срезы по T1 и T2. Вверху — до операции. Внизу — спустя 2 мес после закрытого наружного дренирования; полная резорбция гематомы справа и небольшая остаточная слева.
 Fig. 10. MRI of patient with two-sided chronic subdural hematoma — frontal and axial scans (T1 and T2). Above — before operation. Below — 2 months later after close external drainage; full resorption of hematoma is at the right and small remain hematoma is at the left.

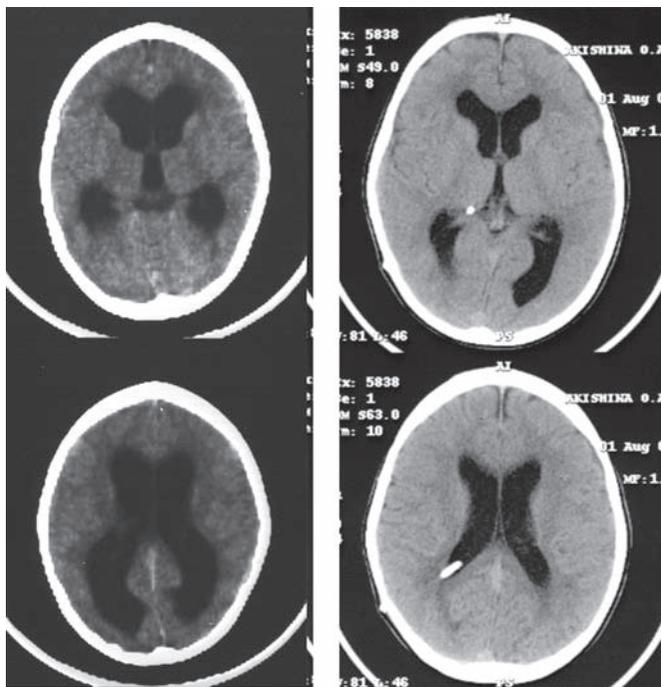


Рис. 11. Посттравматическая гидроцефалия. КТ, аксиальные срезы. Слева — до операции, справа — после вентрикулоперитонеального шунтирования: уменьшение в размерах боковых желудочков, исчезновение перивентрикулярного отека; отчетливое клиническое улучшение.

Fig. 11. Posttraumatic hydrocephaly. CT, axial scans. At the left — before operation, at the right — after ventriculoperitoneal shunt placement: the decrease of sizes of lateral ventricles and disappearance of periventricular; the significant clinical improvement.

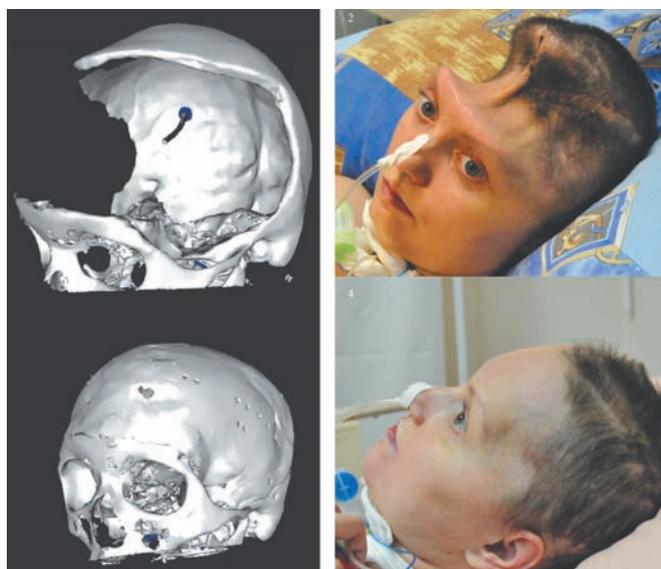


Рис. 12. Обширный дефект черепа. 3D КТ и вид больной. Слева — до операции, справа — после краниопластики (с моделированием дефекта методом лазерной стереолитографии).

Fig. 12. The large cranial defect. 3D-CT and appearance of patient. At the left — before operation, at the right — after cranioplasty (with the defect modeling by laser stereolithography).

Технологии:

- программное шунтирование боковых желудочков;
- временное шунтирование люмбального сака.

Результаты:

- хорошие — 52,2%;
- удовлетворительные — 22,9%;
- осложнения — 21,2%;
- летальность — 3,7%.

Посттравматическая длительная базальная ликворея (248 наблюдений)

Концепция реконструктивной хирургии:

- восстановление замкнутого контура циркуляции цереброспинальной жидкости;
- пластика ликворной фистулы.

Технологии:

- эндоскопическое (реже интракраниальное) закрытие ликворной фистулы с использованием аутоканей;
- временное адаптивное туннельное наружное дренирование люмбального сака.

Результаты:

- хорошие — 84,7%;
- рецидивы — 15,3%;
- летальность — 0%.

Дефекты черепа (рис. 12) (1523 наблюдения)

Концепция реконструктивной хирургии:

- восстановление целостности черепа и защита мозга от внешних воздействий;
- восстановление индивидуальной конфигурации твердых и мягких покровов головы и краниофациального перехода.

Технологии:

- компьютерное моделирование и лазерная стереолитография поврежденного черепа и имплантата;
- имплантация подкожных эспандеров.

Результаты:

- хорошие — 93,8%;
- осложнения — 6,2%;
- летальность — 0%.

Благодаря применению описанных концептуальных подходов удалось значительно улучшить результаты хирургического лечения последствий черепно-мозговой травмы. И это естественно, ибо концептуальный подход равнозначен философскому, так как охватывает проблему целиком, учитывая все движущие механизмы заболевания и выздоровления, методы и технологии лечения и, конечно, его результаты.

Заключение

Интеграционные тенденции в медицине начала XXI века на основе теории систем, информатики, эволюционных, экологических, синергетических

и других идей, принципов и методов наиболее адекватно воспринимаются, а затем плодотворно используются с помощью научного философского мировоззрения и методологии. Еще Демокрит указывал: «Философское исследование — есть сестра медицинской науки».

Философская культура позволяет врачу преодолевать односторонность в изучении проблем в условиях усиливающейся узкоспециализированной научной и практической деятельности.

Попробуем сформулировать, зачем нужна философия нейрохирургии:

- Чтобы удержать нейрохирургию, распадающуюся на многие направления и субспециальности, единой клинической дисциплиной;
- Чтобы нейрохирург сохранял и развивал клиническое мышление, а не превращался в зависимого исключительно от технологий;
- Чтобы нейрохирург в своей практической деятельности всегда исходил из дилеммы: что он принесет пациенту — добро или зло;
- Чтобы объединить все три главные составляющие нейрохирургии как клинической дисциплины и нейронауки — образование, научные исследования и практическую деятельность нейрохирурга;
- Чтобы предвидеть эволюцию нейрохирургии и адекватно ее воспринимать, усиливая позитивные начала и смягчая негативные стороны прогресса.

Острее, чем недостаток высоких технологий, нам не хватает философской подготовки, давно востребованной практической нейрохирургией.

Крупнейший философ XX века Мартин Хайдеггер подчеркивал: «Мы крайне нуждаемся в думающих врачах, которые не намерены уступать свои позиции научным техникам».

Философия нейрохирургии — надежный антитедот против:

1) атрофии клинического мышления и наркотической зависимости от технологий;

2) утраты навыков неврологического обследования (гипоскिलлия) и исключительно картиночной диагностики;

3) синдрома разобщения врача с больным и игнорирования личности пациента.

Развитие нейрохирургии с широким внедрением высоких технологий и экономических категорий все больше требует философских подходов при решении ежедневных практических задач. Поэтому нейрохирург должен быть методологически и мировоззренчески образован, чтобы не превратиться в «винтик» современной нейрохирургической науки и практики, а оставаться человеческим и мыслящим врачом. Философия нейрохирургии — это не отрыв от реальности, а напротив, адекватный путь к овладению реальностью через познание закономерностей ее развития.

Философия нейрохирургии необходима, чтобы противостоять механистическим и технологическим трактовкам при диагностике и лечении заболеваний ЦНС, и должна использоваться через клиническое мышление у постели каждого больного. При этом надо учитывать, что продуктивность философии не в конкретных предписаниях, а в обеспечении нейрохирурга системным кругозором и интеллектуально-нравственным потенциалом для адекватных решений.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Лихтерман Леонид Болеславович — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН, e-mail: nelkina@nsi.ru