



## РУБРИКА ПРОФЕССОРА Л.Б. ЛИХТЕРМАНА

DOI: 10.53498/24094498\_2021\_3\_52

Л.Б. Лихтерман

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Москва, Россия

### КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗБОРЫ. ПОПРЕЖНЕМУ ЛИ ОНИ НЕОБХОДИМЫ?

*Анализируются клинические разборы с их историей возникновения и развития. Обосновывается опасность отказа от клинических разборов в связи со всеобщей доступностью методов визуализации патологии. Показано влияние клинических разборов как на адекватную тактику лечения, так и на развитие знаний и опыта врача. В условиях превентивной медицины, когда морфологический субстрат болезни выявляется у практически здорового человека, клинические разборы позволяют предпринять упреждающее хирургическое вмешательство либо обоснованно воздержаться от него, тем самым помогая разрешить в пользу пациента ситуацию случайных находок.*

**Ключевые слова:** клинические разборы, методы визуализации, превентивная нейрохирургия, образование врача.

Клинические разборы больных в конце XIX века, когда возникли многие медицинские специальности, получили невиданное развитие. Именно разборы заболеваний пациентов служили основной формой обретения врачом практического опыта. Обычно их вел мэтр, у которого знания удачно сочетались с необходимой долей артистизма. Зрелищность в известной мере тоже способствовала не только привлечению участников, но и более надежному запоминанию и симптоматики, и лечебной тактики. Например, сильное впечатление производили клинические разборы основоположника неврологии Жан-Мартен Шарко (Jean-Martin Charcot, 1825-1893), собиравшие участников не только из Франции, но и других европейских стран [1].

Появившиеся в первой половине XX века диагностические технологии только усиливали значение клинических разборов, т.к. наряду с диагнозом надо было еще определить показания и противопоказания к тем или иным высокорискованным инвазивным методам исследования.

Приведу описание очевидцем В.В. Греховым такого разбора, который проводил в начале 30-х гг. в нейрохирургической клинике на Солянке невролог профессор Василий Васильевич Крамер [2].

«Высокий, худощавый, седой, как лунь, с рыжеватыми усиками над верхней губой, с безучастным взором поверх людей, он [В.В. Крамер] многих приводил в какой-то неизъяснимый трепет, вызывая желание скорее исчезнуть из его поля зрения. Однако это не всегда удавалось, особенно во время разбора больных.

Разбор происходил в его кабинете, увешанном неврологическими схемами. На разбор собирались все. Василий Васильевич обычно сидел вполоборота, облокотившись рукой о стол, держа в своих тонких выразительных «юдиновских» пальцах неизменную папиросу, и беспрерывно курил.

Даже в хорошо представленном случае он находил те или иные недочеты, ошибки диагностики, неправильности формулировки. Его излюбленным приемом критики были поучительные ракурсы в неврологию, убеждающие окружающих в несостоятельности доводов докладчика. «У Вас нет логического мышления в построении диагноза. Вы не знаете анатомии». При этом он указывал на ту или иную схему, висевшую на стене. «Чтобы точно локализовать опухоль, надо представить себе мозг прозрачным, с просвечивающимися в нем ядерными и проводниковыми структурами. Тогда диагноз станет прост». Его критические замечания иногда убивали напрочь несчастного



ординатора. Диагностическим дополнительным методам он придавал второстепенное значение. Разбор заканчивался тем, что Василий Васильевич диктовал ординатору свое заключение и диагноз. Иногда попадало и Михаилу Юльевичу, как руководителю неврологической службы клиники, не сумевшему подготовить докладчика. Находчивый М.Ю. Рапопорт всегда выходил из затруднительного положения тактичной дипломатической репликой. Разборы продолжались долго, и эмоциональный Николай Нилович [Бурденко] начинал ерзать на стуле, иногда разводил руками или подмигивал Борису Григорьевичу [Егорову], который добродушно улыбался, как бы говоря: «Что поде-лаешь!». Иногда Николай Нилович не выдерживал, срывался с места и на ходу бросал лаконично: «Иду оперировать!». Разбор продолжался».

Мне довелось участвовать в клинических разборах таких мэтров неврологии, как профессора Юлий Вениаминович Коновалов (3) и Михаил Юльевич Рапопорт [4]. Разные манеры, но анализ наблюдений и замечания с рекомендациями тех или иных действий поражали глубиной, тонкостью и даже изяществом.

Я был вынужден рано овладеть искусством клинического разбора. В 31 год, едва закончив аспирантуру и защитив кандидатскую диссертацию, оказался единственным подготовленным специалистом в открывавшемся в Горьком 100-коечном межобластном нейрохирургическом центре. Меня окружали 10 молодых способных хирургов и травматологов с желанием оперировать на головном и спинном мозге, но без неврологических знаний, нейрохирургических навыков и школы.

Мы разбирали каждого больного, поступавшего в нашу клинику. Совместно проверяли его неврологический статус, при этом я обращал особое 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 три главных вопроса в нейрохирургической диагностике: 1) где – расположение процесса (топическая диагностика), 2) что – природа процесса (нозологическая диагностика), 3) что делать – тактика лечения (прежде всего – хирургическая).

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 о 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, или вызывая тяжелые переживания – при расхождении дооперационных суждений с хирургическими находками. И то, и другое мне приходилось испытывать. Клинические разборы – надежный фильтр для минимизации врачебных ошибок.

Так 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 её особенностями.

Конечно, КТ и МРТ с многочисленными их модификациями – революция в нейродиагностике. Её надо всячески приветствовать, и, как можно шире, внедрять нейровизуализацию 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 картинок, утрата навыков неврологического обследования пациента (гипоскиллия) и дистанцизация 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 болезней, фазы заболевания, состоянии психики, зрения, внутренних органов и т.д. Более того, нередко только анамнез и клиника заболевания способны уточнить истинную природу патологии и дать адекватное толкование изображению. Наконец, совместные осмотр и обсуждение больного есть надежный антидот против врачебной



несостоятельности, гипоскилли и обесчеловечивания медицины [5].

Клинические разборы полезны прежде всего для больных, но и для врачей в не меньшей степени. Это запоминающееся обогащение знаний и опыт и лучший, на мой взгляд, способ развития клинического мышления [6]. Личная ответственность лечащего врача за судьбу его больных отнюдь не снимается и не умаляется. При этом поднимается коллективная ответственность за работу клиники в целом.

В Центре нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, насыщенный 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. Каждый пациент, которому предстоит оперативное вмешательство, докладывается лечащим врачом на еженедельном клиническом разборе.

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

При этом нередко возникают различные ситуации, требующие специального углубления в литературу для их понимания и адекватного ведения больного. Тогда ведущий клинический разбор профессор поручает кому-либо из молодых коллег подготовить тематические сообщения. Так мы знакомимся с различными редкими и нередкими нейропатологиями, вариантами основного и дополнительного лечения, новыми нейрохирургическими материалами и доступами, а порой по результатам клинического разбора наблюдения готовится case report для научно-практического журнала.

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

Шло обсуждение 37-летнего мужчины могучего телосложения. Предстояло разобраться в очень запутанной истории болезни. Год тому назад без, казалось, видимых причин у него возникли шаткая походка, носовой оттенок речи, слабость в правых конечностях. Спустя 2 месяца эти явления исчезли. Посчитав себя здоровым, пациент окупился в дела. Но прошло несколько месяцев

и вновь вернулись признаки болезни, к которым прибавилось двоение в глазах. Заподозрили рассеянный склероз. На магнитно-резонансной томограмме 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. Поздно, 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 подробнее.

- 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 артерио-венозной мальформации? Первый раз под влиянием явной физической перегрузки, второй – после новогоднего перенапряжения. Такое возможно? Возможно. А на МРТ виден не очаг демиелинизации, а хроническая гематома ствола мозга. Тогда понятно, почему «бляшка» рассеянного склероза только одна (обычно очажки демиелинизации множествен-



ные), почему она такая крупная и «круглится», 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 может только усугубить состояние больного. Вновь и вновь прокручиваем и обсуждаем данные анамнеза, клиники и лучевых 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.

Между морфологическим субстратом болезни и её клиническими проявлениями далеко не всегда есть соответствие. Проблема наиболее четко обозначена при случайном выявлении клинически асимптомной патологии головного и спинного мозга у здорового человека [7, 8]. Факт прижизненной констатации заболеваний или скрытых уродств развития головного мозга требует вра-

чебных решений, одни из которых могут оказаться спасительными, а другие – губительными.

Подчеркнем, что диагноз при асимптомной нейрохирургической патологии всегда картиночный, а вот решение о тактике ведения человека, чувствующего себя здоровым, должно быть только клиничко-философским [9]. И клинический разбор – лучший вариант для принятия верного решения.

Приведем иллюстрацию. Младенец 6 месяцев. Никаких жалоб матери на поведение и состояние ребенка. Окружность головы и общее развитие соответствуют возрасту ребенка. При плановой нейросонографии обнаружена асимптомная опухоль прозрачной перегородки (рис. 1). Несмотря на клиническое благополучие, принято коллегиальное решение о радикальном хирургическом вмешательстве (неминуема угроза скорой блокады мангровых отверстий с развитием окклюзионного гипертензионного синдрома, который сделает данную оперативную помощь в неблагоприятных для пациента условиях). Опухоль была удалена (рис. 1). Послеоперационный период – без осложнений. Катамнез в течение 5 лет – нормальное психическое и физическое развитие мальчика.

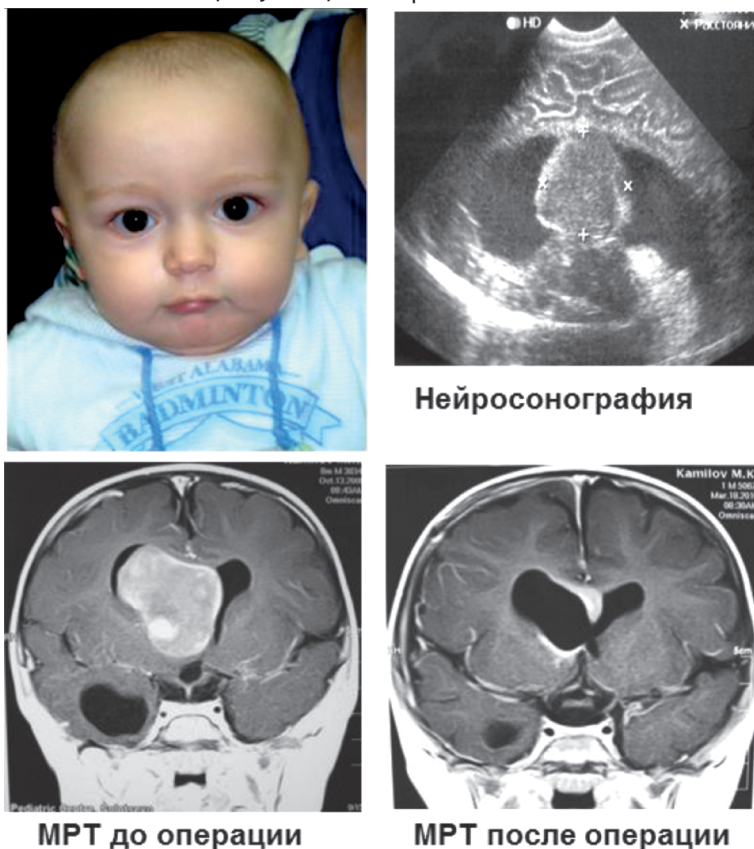


Рисунок 1 – Клинически асимптомная опухоль прозрачной перегородки: сверху – слева 6 мес. младенец, справа – нейросонограмма, внизу – динамика МРТ

А вот пример с противоположным решением.

У 27-летнего претендента во время подготовки к матчу на звание чемпиона мира по шахматам заболела голова. Сделали МРТ и обнаружили значительную ликворную кисту в левой височной области (рис. 2). Предложили оперативное вмешательство. Тренерский совет решил осуществить его в Институте нейрохирургии, консультируя пациента, я обнаружил явные признаки врожден-

ной патологии, а головные боли мигренозного типа нередко и раньше посещали шахматиста. Необходимость хирургической помощи представлялась более чем сомнительной, не говоря о том, что операция могла нарушить весь ход подготовки к матчу в Нью-Йорке. На клиническом разборе со мной все согласились. Пациент с кистой стал чемпионом мира по шахматам.



Рисунок 2 – МРТ в сагиттальной проекции. Видна височная арахноидальная киста

Регулярные клинические разборы – гарантия того, что врач не станет винтиком гигантской машины, какой сегодня становится медицина, а больной получит столь необходимое и понятное ему человеческое внимание, а главное – будет обоснована адекватная тактика лечения. Клинические

разборы сегодня, на мой взгляд, еще более необходимы и для больного, и для врача. Их культуру надо развивать, а обязательность требовать. Это должно быть стратегией современной медицины.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Goetz C.G., Bonduelle M., Gelfand N. Charcot: Constructing Neurology. Oxford University Press, 1995. ISBN 0-19-507643-5.
2. Лихтерман Л.Б. Василий Васильевич Крамер. Национальный центр нейрохирургии. К 90-летию основания. Часть II. Деяния и судьбы ученых – М.: ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения РФ, 2020, стр. 216-225. [Lihterman L.B. Vasilii Vasil'evich Kramer. Natsional'nyi tsentr neirokhirurgii. K 90-letiyu osnovaniya. Chast' II. Deyaniya i sud'by uchenykh – M.: FGAU «Natsional'nyi meditsinskii issledovatel'skii tsentr neirokhirurgii imeni akademika N.N. Burdenko» Ministerstva zdravookhraneniya RF, 2020, str. 216-225.]
3. Лихтерман Л.Б. Юлий Вениаминович Коновалов. Национальный центр нейрохирургии. К 90-летию основания. Часть II. Деяния



- и судьбы ученых – М.: ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения РФ, 2020, стр. 188-197. [Lihтерman L.B. Yulii Veniaminovich Konovalov. Natsional'nyi tsentr neirokhirurgii. K 90-letiyu osnovaniya. Chast' II. Deyaniya i sud'by uchenykh – М.: FGAU «Natsional'nyi meditsinskii issledovatel'skii tsentr neirokhirurgii imeni akademika N.N. Burdenko» Ministerstva zdravookhraneniya RF, 2020, str. 188-197.]
4. Лихтерман Л.Б. Михаил Юльевич Рапопорт. Национальный центр нейрохирургии. К 90-летию основания. Часть II. Деяния и судьбы ученых – М.: ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения РФ, 2020, стр. 250-261. [Lihтерman L.B. Mikhail Yul'evich Rapoport. Natsional'nyi tsentr neirokhirurgii. K 90-letiyu osnovaniya. Chast' II. Deyaniya i sud'by uchenykh – М.: FGAU «Natsional'nyi meditsinskii issledovatel'skii tsentr neirokhirurgii imeni akademika N.N. Burdenko» Ministerstva zdravookhraneniya RF, 2020, str. 250-261.]
  5. Лихтерман Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы. М, 2009, 385 стр. [Lihтерman L.B. Nevrologiya cherepno-mozgovoi travmy. M, 2009, 385 str.]
  6. Высокие технологии и клиническое мышление в нейрохирургии // «Нейрохирургия». – 2021. - № 6. - С. 9-17. [Vysokie tekhnologii i klinicheskoe myshlenie v neirokhirurgii // «Neirokhirurgiya». – 2021. - № 6. - S. 9-17.]
  7. Матуев К.Б. Опухоли головного мозга у детей грудного возраста // Вопросы нейрохирургии. – 2012. - № 3. - С. 81-90. [Matuev K.B. Opuholi golovnogo mozga u detei grudnogo vozrasta // Voprosy neirokhirurgii. – 2012. - № 3. - S. 81-90.]
  8. Филатов Ю.М., Коновалов А.Н., Элиава Ш.Ш., Яковлев С.Б. Артериальные аневризмы / в кн.: Современные технологии и клинические исследования в нейрохирургии. – М., 2012. – Т.1. – С. 291-308. [Filatov YU.M., Konovalov A.N., Eliava SH.SH., Yakovlev S.B. Arterial'nye anevrizmy / v kn.: Sovremennye tekhnologii i klinicheskie issledovaniya v neirokhirurgii. – М., 2012. – Т.1. – S. 291-308.]
  9. Lihтерman L., Long D., Lihтерman B. Clinical philosophy of neurosurgery. Athena Srl, Modena, Italy, 229 pp.