

Огляд матеріалів
13-ї проміжної конференції Світової Федерації Нейрохірургічних Товариств
і 12-го Азійсько-Австралійського Конгресу нейрохірургів
(18–22 листопада 2007 року, м.Нагоя, Японія)

Костюк М.Р., Костюк К.Р., Паламар О.І.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України, м.Київ

У місті Нагоя (Японія) відбувся визначний міжнародний науковий форум під егідою двох авторитетних міжнародних нейрохірургічних товариств за головуванням Президента Азійсько-Австралійського Конгресу нейрохірургів, Віце-Президента Світової Федерації Нейрохірургічних Товариств (СФНТ) професора Т.Канно. Під час його проведення вдало поєднане висвітлення сучасних досягнень в нейрохірургії з курсом навчальних програм підготовки молодих спеціалістів. Організаційний комітет надав спонсорську допомогу для участі в роботі Конгресу близько 250 молодим нейрохірургам з країн, що розвиваються — переважно з Азії, Африки і Центральної Америки.

На засіданнях адміністративних комітетів розглянуті поточні питання роботи відповідних асоціацій, визначені перспективні плани їх діяльності. Наступний Конгрес СФНТ відбудеться у 2009 році у Бостоні (США). За результатами голосування офіційних представників нейрохірургічних асоціацій окремих країн затверджене місце проведення Конгресу СФНТ у 2013 році (Сеул, Корея). Наступником діючого президента СФНТ професора Жака Бротчі (Бельгія) обрано відомого нейроонколога професора Гарвардського Університету Пітера Блека (США). Він почне виконувати свої обов'язки з 2009 року, після закінчення наступного Конгресу у Бостоні.

Програма Конгресу в Нагої була вкрай насиченою і включала практично всі актуальні аспекти нейрохірургії. Робочі засідання тривали з 7.00 до 20.30 і включали ранкові семінари, дві денні основні сесії, обідні засідання і вечірні відеосемінари. Згідно з визначеною тематикою, основні сесії одночасно проходили у 4-5 залах, семінари і обідні засідання одночасно проводились у 8-10 приміщеннях. Протягом дня під час однієї з основних сесій проводили майстер-класи та відеосесії з актуальних аспектів нейрохірургічної спеціальності, які включали набуття практичних навичок під час роботи на тренажерах та інструментальних симуляторах (нейроанатомія, нейроендоскопія, інтервенційна нейрорадіологія, хірургія основи черепа, нейронавігація та ін.).

Узагальнювальні лекції на основних сесіях та майстер-клас семінари проходили за участю всесвітньо визнаних нейрохірургів і нейрорадіологів, зокрема, Г.Язаргіла, М.Саміі, Ж.Бротчі, М.Шоу, Н.Триболеат, А.Ротона, Р.Спетслера, О.Аль-Мефті, В.Доленка, Р.Хігашиди, Л.Секхара, Т.Терради, Дж.Аусмана, П.Лілика, Х.Сано, М.Негоро та ін. Під час форуму молодих нейрохірургів у форматі презентацій подавалась інформація про історію, здобутки і теперішній стан нейрохірургічної служби в країнах Близького Сходу, Центральної Азії, Африки, Центральної та Південної Америки.

Важливою темою Конгресу була розробка програм підготовки нейрохірургів для країн, що розвиваються, з огляду на технічні можливості реалізації сучасних досягнень в умовах обмеженого фінансування цієї служби. Стрімкий розвиток субспеціалізацій з нейрохірургії за умови сталих строків освоєння професії нейрохірурга потребує пошуку вдосконалених навчальних форм для якнайширшого охоплення нових наукових і технічних досягнень, які справляють вплив на якість підготовки спеціалістів.

Сучасні аспекти функціональної нейрохірургії та хірургічного лікування епілепсії розглянуті на окремих семінарах та відеосесіях. Доповідачі продемонстрували ефективність різних стереотаксичних методик під час лікування паркінсонізму та інших рухових розладів, а саме, тремору, спастичності, дистонії, хореї. Автори наголошували, що на сучасному етапі розвитку нейрохірургії перевага віддається технологіям глибокої стимуляції мозку. У порівнянні з деструктивними операціями глибока стимуляція мозку не спричиняє психічних ускладнень та стало неврологічного дефіциту, а за її неефективності зберігається можливість здійснити повторну операцію і покращити стан хворого. Особливо відзначено високу ефективність глибокої стимуляції мозку при лікуванні брадикінетичних форм паркінсонізму, різних форм дистонії та хореї. Обговорювалися питання щодо мішені стимуляції. Загальноприйнятими мішенями стимуляції є вентроінтермедіанне ядро таламусу (VIM), субталамічне ядро (STN), внутрішній блідий шар (GPI). Новою мозковою мішенню для глибокої стимуляції є ніжко-мостове ядро (pedunculoportinus nucleus). Стимуляцію цієї структури сьогодні вважають найбільш фізіологічною та перспективною мішенню при лікуванні брадикінетичних форм паркінсонізму.

У доповідях також наголошувалось на збереженні ролі деструктивних операцій у функціональній нейрохірургії з використанням як сучасної стереотаксичної техніки, так і радіохірургічних методик, зокрема, стереотаксичне опромінення гама-ножем. Протягом останніх років проводяться експериментальні дослідження та впроваджуються у практику методики трансплантації стовбурових клітин, генна інженерія та нанотехнології.

У.Сайтох (Японія) продемонстрував ефективність транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС) при лікуванні больового синдрому та паркінсонізму. Автором показано, що використання височастотної (5 та 10 Гц) навігаційної двобічної ТМС моторної ділянки кори великого мозку сприяло значному регресу больового синдрому, брадикінезії, ригідності та медикаментозної дискінезії у хворих на паркінсонізм. Проведені ПЕТ дослідження під час стимуляції свід-

чили про активацію в корі острівця, орбітофронтальної ділянки, в задньому таламусі, кори та передніх відділів поясної закрутки.

При плануванні хірургічної тактики хворим на епілепсію особливу важливість має всебічне інструментальне обстеження, для точного визначення епілептичного фокусу необхідно поєднання результатів МРТ, ПЕТ, ОФЕКТ і ЕЕГ досліджень. Якщо епілептичний фокус розташований у функціонально важливих ділянках мозку, при резекційних операціях обов'язково слід проводити функціональне картування мозку. Як альтернативу хірургічного методу за таких ситуацій розглядають паліативні операції функціонального роз'єднання структур мозку (disconnection surgery). На семінарах особливу увагу приділяли хірургічній техніці при виконанні гемісферектомії та кальозотомії за різних форм епілепсії.

У хворих з скроневою епілепсією виконання передньої скроневої лобектомії має певні особливості, що стосуються видалення нижніх двох третин мигдалеподібного ядра та передніх відділів гіпокампу. Селективна амигдалогіпокампектомія через сільв'єву щілину має додаткову складність виконання, проте, ризик виникнення розладів пам'яті, які спостерігають при передній скроневої лобектомії, практично відсутній. До вискоєфективних операцій при лікуванні скроневої епілепсії відносять множинну гіпокампульну транссекцію, яка передбачає розрізи кори гіпокампу через кожні 4 мм перпендикулярно до його осі. Вона має супроводжуватися інтраопераційним моніторингом електричної активності гіпокампу та медіобазальних відділів скроневої частки.

При розгляді ролі хіміотерапії в лікуванні гліобластом з використанням Темозоламід (Темодал) у поєднанні з променевою терапією відзначене суттєве збільшення тривалості життя хворих. За наявності

глиом з низьким ступенем злоякісності хіміотерапію призначають тільки при виникненні рецидиву захворювання. Молекулярні дослідження показали, що позитивний результат хіміотерапії можна очікувати, коли клітини пухлини мають ген промотор метилгуанін метилтрансферази і не здатні відновити пошкодження ДНК, індуковані хіміотерапією.

Мікрохірургічні аспекти анатомії шлуночкової системи, печеристого синусу, анатомічні особливості хірургічних доступів до основи черепа представлені А. Ротоном (США).

В хірургії невриноом прсінково-завиткового нерва основну роль відіграє мікрохірургічне видалення, в тому числі за наявності рецидивів. На думку окремих спеціалістів, стереорадіохірургія не достатньо ефективна в їх лікуванні (в тому числі рецидивів) у порівнянні з традиційними прямими операціями.

Нейрохірургічні втручання з приводу складних краніобазальних пухлин передбачають наявність двох провідних концепцій. Одна з них полягає у використанні малотравматичних доступів, видаленні безпечного об'єму пухлини з подальшим стереотаксичним опроміненням її залишків гама-ножем (М.Саміі, Німеччина). На думку О.Аль-Мефті (США), необхідно використовувати широку базальну реконструктивну краніотомію з метою радикального видалення пухлини. Щодо менінгіом, під впливом променевої терапії змінюються біологічні властивості пухлини, проте це не виключає рецидиву захворювання.

За певних показань, під час видалення краніобазальних менінгіом можливе застосування ендоскопічної техніки (риноольфакторна, селярна локалізація пухлин).

За складом учасників і рівнем наукової інформації Конгрес в Нагої визнаний подією для світової нейрохірургічної спільноти. Організація і порядок проведення цього світового наукового форуму заслуговують найвищої оцінки.