

Нотатки з 14-го Європейського конгресу нейрохірургів

Віталій Цимбалюк, керівник відділення відновної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

З 9 по 14 жовтня 2011 року в Римі (Італія) відбувся 14-й Європейський конгрес нейрохірургів (EANS 2011). Конгрес проходив в монументальній споруді з античними колонами – Конгрес палаці.

Емблемою Конгресу був фрагмент Сикстинської Капелли (Ватикан) Мікеланджело Буонаротті «Створення Адама».

З 7 по 8 вересня до початку роботи Конгресу проведено пре-конгрес курси: «Ендоскопічні трансфеноїдальні доступи до турецького сідла» за спонсорської підтримки фірми «Карл Шторц»; «Мікрохірургічний судинний курс»; «SKULL base птеріональний та краніоспінальний задньо-латеральний доступи; мініінвазивна спінальна хірургія» та ін.

Відкриття Конгресу відбулося 9.10.11 о 18.00 в головній аудиторії Конгрес палацу, з вітальними промовама виступили Президент конгресу Франческо Томаселло (Італія), Президент наукового комітету Джованні Броччі (Італія), Президент організаційного комітету Роберто Дельфіні (Італія), Президент Європейської Асоціації нейрохірургічних товариств Й.Шрамм (Німеччина).

У роботі Конгресу взяли участь 1890 нейрохірургів, науковців та лікарів суміжних спеціальностей всіх країн Європи та багатьох країн світу (загалом 93 країни).

Найбільшими були делегації з США, Італії, Китаю. З України в роботі Конгресу взяли участь 42 нейрохірурги. Найбільше представництво було з Києва та Дніпропетровська.

Відкриття Конгресу завершилось святковим оперним концертом та дружньою вечерею.

З понеділка 10.10.11 розпочалась наукова програма, присвячена всім розділам сучасної нейрохірургії.

Традиційно з 8 до 9.30 ранку працювали брекфест семінари, з 10 до 12.00 пленарні засідання, на яких провідні фахівці світу читали лекції присвячені найактуальнішим проблемам сучасної нейрохірургії.

Особливий інтерес викликали лекції, в яких подані різні точки зору на одну і ту саму проблему; наприклад:

«Невеликі вестибулярні шванноми: хірургія чи радіохірургія?» Провідні фахівці світу M.Sami (Німеччина) та J.Regis (Франція) наводили свої аргументи на користь того чи іншого методу.

Або: «Церебральні АВМ: хірургія чи радіохірургія?» та ін. Новиною пленарних засідань були лекції на загальні теми: «Євросоюз: міф чи реальність» та ін.

Після обіду, на якому пропонувались національні італійські страви, з 14.30 розпочинали роботу паралельні сесії, на яких розглядалися питання діагностики та лікування всіх видів нейрохірургічної патології. Як правило, участь в цих сесіях брали лікарі та науковці, які безпосередньо займаються певною конкретною проблемою. Найбільшу цікавість викликали пленарні засідання та відеопрезентації.

В рамках Конгресу 11.10.11 відбулося засідання виконавчого комітету EANS на чолі з президентом проф. Й.Шраммом (Німеччина) на території готелю «Шератон».

На порядку денному стояли питання:

1. Звіт президента EANS.
2. Звіт скарбника.
3. Звіт голів комітетів.
4. Внесення змін до Статуту (Конституції) EANS.

5. Голосування про проведення наступних Європейських конгресів EANS у 2014 та 2016 роках.

Президент EANS та голови комітетів надали детальний звіт про проведеної роботу.

Зміни до Статуту. Відповідно до рішення виконавчого комітету EANS з 1914 р. Європейські конгреси нейрохірургів проводилися не через 4, а через 2 роки. З 2011 по 2014 р. інтервал становитиме 3 роки.

Для довідки: Перший Європейський конгрес нейрохірургів відбувся в Цюріху в 1959 р., потім Рим – 1963 р., Мадрид – 1967 р., Прага – 1971 р., Оксфорд – 1975 р., Париж – 1979 р., Брюссель – 1983 р., Барселона – 1987 р., Москва – 1991 р., Берлін – 1995 р., Копенгаген – 1999 р., Лісабон – 2003 р., Глазго – 2007 р.

Невиплата членських внесків протягом 2 років дає право на виключення. На цьому ж засіданні до складу EANS прийнята асоціація нейрохірургів Татарстану.

За право проведення наступних з'їздів боролися 4 країни: Греція (Афіни), Чехія (Прага), Швейцарія (Цюріх), Ізраїль (Тель-Авів).

Президенти асоціацій цих країн виступили перед членами Виконавчого комітету EANS з доповідями про місце проведення наступного конгресу і переваги порівняно з іншими.

Вперше після цих доповідей виступила експерт EANS, яка у відсотках оцінила географічне положення країни, зручність приїзду, якість готелів, їх ціну, відстань від готелю до конгрес-центру, умови розташування виставки, ціну на їжу та проїзні документи, можливості соціальної програми. За підрахунками експерта, найвищі проценти (82%) набрали Швейцарія (Цюріх) та Ізраїль (Тель-Авів).

Після обговорення проведено таємне голосування. На 2014 р. місцем конгресу обрана Прага (Чехія), на 2016 р. – Афіни (Греція).

Підтримується EANS індивідуальне членство. Переваги індивідуального членства в EANS наступні:

- 1) можливість отримати друковану версію Acta Neurochirurgica щомісяця;
- 2) online доступ до Acta Neurochirurgica, що дозволяє не тільки читати, а й скачувати повнотекстові статті у форматі PDF;
- 3) знижені тарифи на ознайомлення з матеріалами публікацій в інших нейрохірургічних виданнях, включаючи доступ до книжкової крамниці EANS;
- 4) знижені тарифи на стандартні процедури реєстрації (standard registration fees) на курси, що проводяться під егідою EANS, та щорічні з'їзди;
- 5) регулярно отримувати інформацію про останні новини та події, надіслану на власну поштову скриньку (email);

6) можливість використовувати «дошку оголошень» для надання інформації про діяльність, новини та ділитися ними з постійними членами;

7) можливість регулярно отримувати розсилку новин EANS;

8) можливість брати участь в освітніх програмах та отримувати гранти EANS, доступні лише для індивідуальних членів;

9) доступ до бази даних EANS з можливістю відкрити та змінювати власний профайл.

13.10.11 відбулася святкова вечеря (Gala Dinner) на території Via di Volle delle Camene, 11, Roma, на якій нейрохірурги світу мали можливість дегустувати чудові італійські вина та національні страви.

На Gala Dinner президент EANS проф. Й.Шрамм (Німеччина) передав повноваження новому президенту EANS В.Бенешу (Чехія).

Крім високоінформаційної програми, делегати Конгресу мали можливість ознайомитися з історичними пам'ятками вічного міста Риму, якому не менше 34 віків.

В рамках Конгресу працювала виставка.

Однією з новинок конгресу були постерні доповіді. В холі Конгресу були виставлені великі монітори і кожен бажаючий міг за назвою доповіді або прізвищем автора отримати відповідну інформацію.

Дуже зручно було отримати сертифікати. Достатньо було приставити штрих-код бейджа, як принтер видавав сертифікат з прізвищем власника.

Володимир Розуменко, завідувач відділення внутрішньомозкових пухлин ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Однією з основних проблем, яка розглядалася на сесійних засіданнях і була відображена в стендових доповідях і матеріалах 14-го Європейського Конгресу Нейрохірургів була проблема пухлин центральної нервової системи. Слід зазначити, що прогрес сучасної клінічної нейроонкології безпосередньо пов'язаний з якісно новим рівнем технічного забезпечення як методів діагностики так і хірургічного лікування пухлин головного мозку. Сучасні можливості магніторезонансної томографії, позитронно-емісійної томографії, комп'ютерної томографії, радіонуклідної діагностики, дозволяють на етапі доопераційного дослідження отримати повноцінну інформацію про пухлинне ураження мозку з уточненими даними про взаємини пухлини з оточуючими мозковими структурами, магістральними артеріями, великими венозними колекторами з виявленням ділянок пухлинної проліферації, зон функціональної активності мозку, топографії проходження трактів. При цьому планування тактики хірургічного втручання, оптимізація хірургічного доступу, вибір адекватного методу видалення пухлини проводяться з використанням мультимодальних зображень і їх 3D реконструкцією.



14 Європейський конгрес нейрохірургів. Рим (Італія), жовтень 2011 р. Зліва направо: Цимбалюк В.І., Педаченко Ю.Є., Розуменко В.Д., Пічкур Л.Д.,

Особливу увагу в презентаційному матеріалі приділено інтраопераційній діагностиці з використанням магніторезонансної томографії, 3D ультрасонографії, різних методів церебрального картування. Провідні позиції у забезпеченні високої точності хірургічних маніпуляцій, зниження операційного ризику та попередження неврологічного дефіциту посідає використання нейронавігаційних систем, найбільш досконалі з яких були представлені на стендах виставкового залу фірмами «Medtronic» і «BrainLab». Перспективним напрямком мініінвазивної нейрохірургії є проведення нейроендоскопічних операцій в умовах навігаційного супроводження.

Нові можливості мікрохірургії пухлин головно-го мозку відкриваються з використанням сучасних нейрохірургічних мікроскопів, адаптованих з системами хірургічної навігації, забезпечують функцію інтраопераційної флуоресцентної діагностики (мікроскопи «ZEISS» і «Leica»). У вирішенні питань, безпосередньо пов'язаних з хірургією пухлин головного мозку, важливу роль відіграє інтелектуальний творчий підхід користувачів до застосування сучасних технічних засобів забезпечення нейрохірургічних операцій. Спеціальні секційні засідання були присвячені питанням радіохірургії та стереотаксичної радіотерапії при пухлинах головного мозку, технічне вирішення яких забезпечується представленою на конгресі принципово новою серією лінійних прискорювачів і апаратом гамма-ніж Leksell Gamma Knife Perfexion (ELEKTA), системами для томотерапії (Tomo Therapy incorporated) і протонної терапії (IBA Particle Therapy), пристроями надточного наведення випромінювання. Крім того розглядалися прикладні питання застосування стереотаксичної брахітерапії при пухлинах мозку.

Доповіді, представлені на конгресі в Римі від ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», продемонстрували високий рівень досягнень української нейрохірургії і підтвердили відповідність проведених наукових досліджень в галузі клінічної нейроонкології передовим напрямкам сучасної нейрохірургії. Застосуванню прогресивних навігаційних і лазерних технологій

при хірургічному лікуванні пухлин функціонально важливих зон мозку була присвячена презентація В. Д. Розуменка і А.В. Розуменка. Заслугує на увагу стендова доповідь А. П. Гука та О. І. Паламара, присвячена проблемі хірургічного лікування краніофасціальних пухлин. Вирішення питань післяопераційного відновного лікування і якості життя хворих з гліомами головного мозку було представлено в повідомленні В. Д. Розуменка та А. П. Хорошун. В цілому, 14-й Європейський Конгрес Нейрохірургів (EANS 2011) продемонстрував науковий прогрес і досконалість нейрохірургічних технологій, єдність прагнень у боротьбі з онкологічними захворюваннями.

Костянтин Костюк, завідувач відділення функціональної нейрохірургії ім. проф. О.О. Лапоногова ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Сформульовані чіткі показання до проведення інвазивних діагностичних досліджень, це: відсутність вогнищевих структурних змін головного мозку при МРТ дослідженні, множинність епілептогенних вогнищ, локалізація вогнища у функціонально важливій ділянці мозку або поряд з нею. При цьому значна роль надається сучасним методам нейровізуалізації, а саме: МРТ з високим рівнем потужності (3 та 7 Тл), ПЕТ, МРТ-ПЕТ, магнітній ЕГ, функціональний МРТ.

На конгресі було продемонстровано, що на сучасному етапі розвитку напрямку нейрохірургічного лікування епілепсії, операції резекції лишаються найбільш поширеними.

Запропонований новий вид операції при скроневій епілепсії – гіпокампальна трансакція, яка полягає у розтині гіпокампу у корональній площині (Shimizu). Однак ефективність даного втручання ще не до кінця вивчена.

Розробляються методики менш радикальних гемісферектомій, спрямованих на зменшення об'єму резекції за рахунок перетину нервових волокон, які задіяні у поширенні епілептичної активності. Запропоновані перисільвієва гемісферотомія (Schramm; Villemure; Shimizu+Maehara), транссільвієва гемісферотомія (Schramm), центральна та вертикальна гемісферотомія (Delalande).

Не змінилися показання до проведення калозотомії, а саме: резистентні до антиепілептичної терапії генералізовані та парціальні напади з вторинною генералізацією; відсутність єдиного епілептичного фокусу, який можна було б видалити; наявність генералізованих атонічних нападів та нападів типу дроп-атак, які призводять до значної інвалідизації хворих. Однак відмічено, що в багатьох нейрохірургічних центрах все більше проводять стимуляцію блукаючого нерву (СБН), як перший етап хірургічного втручання, при вищеписаних випадках. Такій підхід пов'язаний з меншою травматичністю та більшою безпечністю СБН у порівнянні з калозотомією.

Більш обережно почали ставитись до операції множинної субпіальної трансекції, спрямованої на

блокування поширення епілептичної активності. Як альтернативу пропонують біполярну коркову коагуляцію.

Набувають актуальності методики нейромодуляції при лікуванні фармакорезистентної епілепсії: стимуляція блукаючого нерва, глибинна мозкова стимуляція (мішені стимуляції амигдалогіпокампальний комплекс при скроневій епілепсії, вентральна частина головки хвостатого ядра, центромедіанна та передні ядра таламуса, субталамічне ядро).

Хірургічне лікування екстрапірамідних розладів. Увага була звернена на створення новітніх електронних стереотаксичних атласах, які базуються на даних потужних МРТ, МР трактографії та функціональної МРТ. В майбутньому вони мають замінити сучасні електронні атласи, які зараз використовують при визначенні мішені деструкції або хронічної стимуляції, насамперед загальноприйнятого атласу Schaltenbrand-Wahren.

Показано важливе значення трактографії у визначенні мішені термодеструкції або глибинної мозкової стимуляції. Палідотомія або стимуляція GРі як і раніше рекомендована при дистоніях (але рідше при локальній дистонії) та при гіперкінезах з дистонічним компонентом.

Тривають дослідження, спрямовані на визначення нових мішеней при хворобі Паркінсона. Перспективною є стимуляція понтопедункулярного ядра (PPN).

На конгресі були висвітлені питання психохірургії. Визначені нозологічні форми та мішені стереотаксичних втручань для корекції психічних розладів:

- передня капсулотомія – деструкція передньої третини передньої ніжки внутрішньої капсули. Деструкція провідників, які з'єднують вентромедіальну, орбітофронтальну та передню поясну закрутки з таламусом та амигдало-гіпокампальним комплексом. Показання: тривожні та obsесивно-компульсивні розлади, агорафобії, депресія.

- передня цингулотомія – деструкція волокон поясного тракту, розташованих над мозолястим тілом, в місці його проходження через поясну закрутку. Показання: стійкий больовий синдром, тривожні та депресивні стани.

- субкаудальна трактоотомія - деструкція волокон, які з'єднують орбітальну кору з підкірковими та лімбічними відділами (таламус, підкіркові ядра, мигдалевидний комплекс). Показання: як альтернатива, при неефективності цингулотомії.

- лімбічна лейкотомія – поєднання цингулотомії та субкаудальної трактоотомії. Показання: тривожні та obsесивно-компульсивні розлади, депресія.

- стимуляція блукаючого нерва. Показання: тривожні розлади, депресія.

Відділенням функціональної нейрохірургії ім. проф. О.О. Лапоногова ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» був презентований електронний постер “Our experience of stereotactic thalamotomy in treatment of Parkinson disease - 223 cases” (Костюк К., Цимбалюк В., Попов А., Медведєв Ю., Зінкевич Я., Дічко С.).

Михайло Костюк, старший науковий співробітник відділення нейрохірургічної патології судин голови та шиї ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Значна актуальність проблем судинної нейрохірургії знайшла відображення в роботі Європейського Конгресу нейрохірургів. Провідні оцінки сучасних можливостей нейрохірургічного лікування судинних уражень головного мозку представлялись під час пленарних засідань. Вони мали цікаву форму порівняльного аналізу, наданого парами лекторів-«опонентів» щодо існуючих протиріч при виборі певної лікувальної тактики (пряма хірургія, ендovasкулярні втручання, радіохірургія) хворим з реканалізацією церебральних аневризм після їх емболізації спіралями, при складних артеріо-венозних мальформаціях і при великих та гігантських церебральних артеріальних аневризмах. Всі стендові доповіді на Конгресі представлялись в електронному вигляді на окремих терміналах зі зручною пошуковою програмою.

На теперішньому етапі розвитку судинної нейрохірургії подальше розширення можливостей лікування церебро-васкулярних захворювань і підвищення його безпечності залежить від технічних удосконалень мініінвазивних методик лікування і оптимізації ефективності радіохірургічних методик опромінення. Поряд з цим залишається необхідність збереження навичок традиційних мікронейрохірургічних втручань при судинній патології головного мозку. Особливо це стосується операцій обхідного судинного шунтування (високошвидкісні та звичайні мікроанастомози) при необхідності деконструктивних оперативних втручань з приводу гігантських аневризм.

Під час ранкових засідань та денних тематичних семінарів заслуховували доповіді і обговорювали питання, присвячені лікувальній тактиці при певній емболізації або неповному кліпуванні церебральних аневризм, хірургічному лікуванню каверном стовбуру головного мозку, гігантських аневризм, профілактиці ангіоспазму при субарахноїдальних крововиливах. Суттєвим кроком в лікуванні великих, гігантських та дисекційних аневризм стала можливість впровадження стентуючих систем – переспрямовуючих кровоток (flow diverters). Проте, накопичений досвід визначає наявність ризику розривів аневризм через деякий час після встановлення цих пристроїв, причина яких поки що не з'ясована.

Під час проведення Конгресу у вигляді усних доповідей були представлені дві роботи старшого наукового співробітника ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» Костюка М.Р. В доповіді «Каротидне стентування у ранні терміни після ішемічних порушень мозкового кровообігу» надані позитивні результати відновлення вогнищевих неврологічних порушень при виконанні ендovasкулярної операції в строки до 4 тижнів після появи відповідної симптоматики хворим з помірним



14 Європейський конгрес нейрохірургів.
Рим (Італія), жовтень 2011 р. Зліва направо: Педаченко Ю.Є.,
Квітницька-Рижова Т.Ю., Педаченко Є.Г., Гук А.П.

або вираженим неврологічним дефіцитом за умов відсутності поширених ішемічних змін у мозковій тканині за даними нейровізуалізаційних методів дослідження. В другій доповіді «Ендovasкулярна емболізація спіралями паракліноїдних аневризм» представлені результати лікування 40 хворих з аневризмами, розташованими в інтракліноїдному, кавернозному і петрозному сегментах внутрішньої сонної артерії (ВСА). Проведений аналіз результатів лікування демонструє ефективні можливості методики емболізації спіралями аневризм ВСА, недоступних для безпечного прямого хірургічного вимкнення.

Юрій Педаченко, асистент кафедри нейрохірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України

На 14-му Європейському конгресі нейрохірургів велику увагу було приділено мініінвазивним методам лікування захворювань хребта.

Зокрема, оцінені можливості проведення мініінвазивного лікування таких захворювань, як стеноз хребтового каналу, нестабільність, спондилолітез та ін. Представлені доповіді, присвячені електростимуляції спинного мозку при захворюваннях, які супроводжуються невгамовним болем. Також цей метод лікування рекомендують при синдромі невдало оперованого хребта.

Пункційні методики лікування компресійних переломів хребта, в т.ч. при мієломній хворобі, представлені пункційною вертебропластикою і кіфопластикою.

Пункційні методи лікування грижової патології представлені лазерною нуклеотомією, радіочастотною денервацією, етодом холодної плазми та ін. В цілому лікувальний ефект при них багато в чому схожий.

У роботі Педаченко Ю.Є. «Досвід застосування пункційної лазерної дискотомії на шийному відділі хребта у 213 хворих» представлений вітчизняний досвід застосування методу. Показана його ефективність при різних нейрокомпресійних синдромах шийного відділу хребта.

Вадим Білошицький, Андрій Гук, старші наукові співробітники відділення нейроtraвми ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Велику цікавість продовжує викликати можливість прогнозування наслідків ЧМТ. У роботах E. Szeiter та співавт., S. Mondello та співавт. показано високу ефективність дослідження біомаркерів у прогнозуванні летальності протягом 6 міс після травми. Ефективними предикторами летальності виявились рівень гліального фібрилярного кислого білка (GFAP) та убіквітинової С-термінальної гідролази L1 (UCH-L1) у сироватці крові та продуктів розпаду спектрина у спинномозковій рідині. Прогностичне значення UCH-L1 перевищує таке шкали коми Глазго.

Можливість вплинути на молекулярні механізми вторинного ураження головного мозку при ЧМТ розглянута в деяких експериментальних роботах. S.Krieg та співавт. дослідили з цією метою блокування рецепторів до аргінінового вазопресину – речовини, що є медіатором післятравматичного набряку головного мозку. Застосування такої методики сприяло зменшенню вираженості набряку на 68%, зниженню внутрішньочерепного тиску – на

46%, обмежувало збільшення вогнища експериментального забою мозку на 47%.

У роботі В.В. Білошицького та співавт. показано, що генна терапія, зокрема, ліпосомальна трансфекція тканини головного мозку геном апоЕ3 сприяла гальмуванню вторинного ушкодження гіпокампу при експериментальній ЧМТ, зменшуючи вираженість структурних і функціональних наслідків травми.

Значну увагу було приділено питанням прогнозування перебігу ЧМТ, важливості проведення нейромоніторингу з вимірюванням внутрішньочерепного тиску при тяжкій ЧМТ, показань до хірургічного лікування декомпресивної трепанації черепа при неконтрольованому післятравматичному набряку головного мозку.

У доповіді керівника відділення нейроtraвми Педаченка Є.Г. представлений позитивний вітчизняний досвід застосування локального фібринолізу при лікуванні пацієнтів з приводу травматичного внутрішньочерепного крововиливу.

У доповіді старшого наукового співробітника відділення нейроtraвми Гука А.П. представлені матеріали дослідження впливу застосування клінічних протоколів надання медичної допомоги на якість лікування потерпілих з ЧМТ.