

**Выводы.** При адекватном хирургическом подходе в значительной степени способствует снижению частоты послеоперационных осложнений, улучшению качества жизни оперируемых больных.

### Развитие нейрохирургии в Крыму в послевоенные годы

*Касьянов В. А., Вербицкая Г. Д.,  
Дышловой В. Н., Игнатенко В. П.*

*Симферополь, Крымское Республиканское  
Учреждение «Клиническая Больница  
им. Н. А. СЕМАШКО», Республиканский  
нейрохирургический центр*

Одна из самых современных и в тоже время древних профессий — нейрохирургия — не обошла своим вниманием Крым. В послевоенное время здесь лечились, обретая здоровье, раненые и пострадавшие в Великой Отечественной войне (курортах Крыма и госпиталях). Консультантом в Симферополе работал военный хирург Калужский А.Л.

В 1953 г. в Крым была направлена группа профессоров, среди которых была нейрохирург профессор В.Л. Лесницкая из г. Ленинграда. Научная деятельность и талант, которой смогли создать в Крыму нейрохирургическую школу.

Вначале при хирургическом отделении были размещены нейрохирургические койки и приняты на работу первые клинические ординаторы Воробьев Ю.А. и Собещанский Г.В. Началось восстановление разрушенного войной здания, где впоследствии открылось отделение на 30 коек. Руководила отделением нейрохирургии бывший военный нейрохирург Н.Е. Воробьева, затем на этом посту ее сменили Собещанский Г.В., Пошерстник Л.С., Баранов М.А., Дышловой В.Н. . Благодаря настойчивости и таланту не только как нейрохирурга, но и архитектора проф. Лесницкой В. Л был составлен проект и воплощено в жизнь строительство нового здания нейрохирургического отделения на 85 коек в 1980г.

Отделение пополнилось новыми кадрами, влюбленными в свою профессию и отдающие весь свой энтузиазм молодости на освоение профессии и усовершенствование в ней, такими, как Вербицкая Г.Д., Воробьев Ю.А. . Несколько позже начали плодотворную работу талантливые, преданные делу нейрохирургии Зинченко В.Г., Корченков И.С., Кузьмищенко Ю.В. После развала СССР отделение переживало не лучшие свои годы, но смогло сохранить свой основной кадровый состав.

В 1996 году был организован Республиканский нейрохирургический центр на 81 койку с отделениями нейрореанимации, экстренной нейрохирургии и плановой нейрохирургии. По возможности отделение было укомплектовано новой аппаратурой — ЭхоЭС, СКТ, более современным оснащением операционных, что помогало расширить возможности хирургического лечения больных. Осваивались новые методики медикаментозного лечения при черепно-мозговой травме, травмах периферических нервов, новые методики оперативных вмешательств при травмах позвоночника и спинного мозга, при остеохондрозах.

В настоящее время одним из приоритетных направлений является разработка и внедрение современных диагностических и лечебных мероприятий

при цереброваскулярной патологии, в рамках принятой Республиканской Программы по кардио — и цереброваскулярной патологии, в разработке и реализации которой нейрохирурги Крыма приняли самое активное участие.

Первым руководителем центра был профессор В.В. Могила, а затем с 2003 года В.А. Касьянов, который в настоящее время является заведующим Республиканским нейрохирургическим центром, главным нейрохирургом МЗ АР Крым, председателем Ассоциации нейрохирургов Крыма.

Благодаря большому административному таланту В.Л. Лесницкой были созданы и открыты отделения в Ялте, Керчи и Севастополе. Несколько позже нейрохирургические койки открыты в Евпатории, Саках, Феодосии, Бахчисарае, Алуште, Красноперекопске. При детской Республиканской больнице открыты нейрохирургические койки (1996 г).

В настоящее время в Крыму работает 37 нейрохирургов, из них трое — к. м. н., 14 врачей высшей категории, из них один заслуженный врач Украины. Нейрохирургами Крыма осуществляется экстренная и консультативная и оперативная помощь в городах и районах Крыма (более 300—400 вызовов в год) и в санатории им. Н.Н. Бурденко г. Саки (спинальная патология).

Нейрохирурги Крыма активно участвуют в конференциях, съездах, симпозиумах, не только республиканских, но и международных, что помогает нейрохирургам быть в курсе всех современных методов лечения больных, применять новые методики лечения и оперативных вмешательств.

Анализируя богатую историю, видя много активных, талантливых молодых нейрохирургов, жадно перенимающих опыт и лучшие традиции нейрохирургической школы, можно с уверенностью смотреть в будущее крымской нейрохирургии.

*Главный нейрохирург МЗ АР Крым  
В. А. Касьянов. 02.04.2007г.*

### Гидроцефалия (симптом, синдром, заболевание). Проблемы диагностики и лечения

*Хачатрян В. А.*

*ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова,  
Санкт-Петербург, 191014, Маяковского, 12;  
тел. 273-80-96, e-mail: kitoza@mail.ru.*

**Материал и методы.** Проведен анализ исходов 2416 операций 1600 больным с гидроцефалией в возрасте от 2 нед. до 69 лет.

**Результаты.** Установлено, что на ранних этапах развития гидроцефалии ведущим в патогенезе является первопричина, обуславливающая гипертоническую спинномозговую жидкости (СМЖ), окклюзию ликворных путей или, реже, гиперсекрецию СМЖ. Биомеханические свойства краниоспинальной системы (КСС) ближе к нормальным, этиопатогенетическое лечение обычно эффективно. На поздних этапах развития заболевания на фоне деформации ликворных полостей, снижения эластичности КСС формируется патологическая система, в основе которой лежит транзиторная окклюзия ликворных путей и синусов твердой мозговой оболочки, снижение перфузионного давления мозга, облитерация субарахноидальных щелей, которые функционируют

автономно и обуславливают дальнейшее развитие заболевания помимо предполагаемого этиологического фактора.

На поздних этапах гидроцефалия приобретает очертания заболевания. Эффективное лечение гидроцефалии предполагает применение ликворощунтирующих операций.

Таким образом, целесообразно разделить гидроцефалию как симптома (определяется морфометрически), гидроцефального синдрома или заболевания. В последнем случае гидроцефалию следует разделить как заболевание до ликворощунтирующей операции и дренажезависимую гидроцефалию.

Подобный подход упрощает выбор эффективной тактики лечения, снижает послеоперационные осложнения и количество дренажезависимых больных.

### **Вентрикулосинусные операции в лечении гидроцефалии**

**Хачатрян В. А., Малхасян Ж. Г.,  
Гогарян С. Ф.**

**ФГУ РНХИ им. проф. А. Л. Поленова,  
Санкт-Петербург, 191014, Маяковского, 12;  
тел. 273-80-96, kitoza@mail.ru**

Разработка малоинвазивных доступных альтернативных вентрикулоатростомии вентрикулоулонозных операций является важной проблемой.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов применения 36 вентрикулоулонозных операций больным в возрасте от 3 мес. до 39 лет за период с 1981 по 2001 гг. В 5 случаях венозный катетер введен в продольный, в 23 — в поперечный и в 8 случаях — в сигмовидный синусы. Функциональная часть дистального катетера при этом локализовалась в сагиттальном (у 5), поперечном, сигмовидном синусах (у 22), яремной вене (у 6) и в полости правого предсердия (у 9).

**Результаты.** Контроль за гидроцефалией достигнут в 32 случаях, инфекционные осложнения — 2, гиподренажное состояние — 4, эпилептические припадки — 1, гипердренажные осложнения — 0. Ревизия шунта в течение первых 3 лет у 7 больных. Умерло 7 больных в результате прогрессирования основного заболевания. Гиподренажное состояние чаще наблюдалось при введении ликвора в сагиттальный синус (у 3 больных из 5). Оптимальным является анастомоз между правым боковым желудочком и ипсилатеральным поперечным синусом дренажной системой низкого или очень низкого давления. Дистальный конец венозного катетера оставляют в поперечном и сигмовидном синусах, доводят до яремной вены или полости правого предсердия до получения необходимого суммарного давления (венозное давление + давление шунта), равного возрастной норме ВЧД. Операция показана, если применение классических ликворощунтирующих операций не возможно, не целесообразно или не эффективно.

### **Нервно-психические нарушения в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы**

**Ким А. А., Хусанов Л. Э., Мирзабаев М. Д.**

**Республиканский научный центр  
нейрохирургии МЗ РУз.**

**Кафедра нейрохирургии и ВПХ  
Медицинской Академии, Республика  
Узбекистан, Ташкент, 100000,  
Каблукова, 5, 134-10-83, kariev@bcc.com.uz**

Нами обследовано группа больных с нервно-психическими расстройствами, возникшие в остром или в позднем периоде черепно-мозговой травмы. У больных наряду с имеющейся неврологической симптоматикой (параличи, парезы конечностей и ЧМН, гиперкинезы) отмечался стойкий астено-невротический синдром, причем проявления разнообразны. У одних больных наблюдалась общая гиперпатия, вегетативные нарушения, раздражительность. У других проявлялся депрессивный синдром в сочетании с головными болями и головокружением. Особенно эти проявления наблюдались при изменении положения или позы. Отмечались изменения и со стороны соматического фона в виде артериальной гипотонии или гипертензии. Явления травматической астении колеблются в интенсивности от выраженного ухудшения состояния до относительно благополучия. У ряда больных прослеживались черты органического психосиндрома, выражающиеся ослаблением памяти, утратой и потерей способности усвоения новых знаний, обеднением мышления, общее снижение интеллекта.

Для больных перенесших тяжелую ЧМТ характерна травматическое слабоумие, при котором наряду с неврологически дефицитом, апатическим или эйфорическим расстройством выявляется значительное интеллектуальное снижение с грубым ослаблением критических способностей, а также нарушение памяти прошлого и настоящего. В отдельных случаях отмечаются психозы, которые как правило связаны с дополнительными вредностями (алкоголь, псевдодеменция). Сравнительно реже в отдаленном периоде возникают периодические резидуально-органические психозы. Эти психозы характеризуются быстрым возникновением и критическим обратным развитием. Их возникновению предшествует ухудшение общего состояния и протекает с Катриной двигательного возбуждения или ступора, галлюцинациями, бредом. В некоторых случаях может иметь место и аффективные нарушения.

Таким образом, последствия ЧМТ прямо или косвенно затрагивающие функции центральной нервной системы, оказывают наибольшее влияние на адаптацию больного к условиям жизни в обществе. Это вызвано тем, что способность общаться и взаимодействовать с другими людьми является определяющей характеристикой функциональности ЦНС.