

Кыргызстандын саламаттык сактоо
илимий-практикалык журналы
2025, № 2 б. 48-53

Здравоохранение Кыргызстана
научно-практический журнал
2025, № 2, с. 48-53

Health care of Kyrgyzstan
scientific and practical journal
2025, No 2, pp. 48-53

УДК: 616.831-073:617.481+1:7

Нейрохирургиялык диагностикада чыгармачылык жана клиникалык ой жүгүртүү

М. М. Мамытов, Э. М. Мамытова

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы

МАКАЛА ЖӨНҮНДӨ МААЛЫМАТ КОРУТУНДУ

Негизги сөздөр:

Нейрохирургия

Диагностика

Чыгармачылык

Нейрохирургиялык дарылоо

Кирешүү. Нейрохирургиялык ооруларды туура диагноздоо көйгөйлөрү өзгөчө орунду ээлейт.

Изилдөөнүн максаты – мээни анын ар кандай жаракаттарында изилдөөнүн заманбап теориялык-методологиялык ыкмаларын талдоо. **Материалдар жана методдор.** Толук тексттүү орус жана англис тилиндеги макалалар РИНЦ жана Scopus илимий цитаталардын базаларынан, ошондой эле ушул темадагы монографиялардан алынган.

Натыйжалар жана талкуулар. Клиникалык ой жүгүртүү аркылуу диагноз коюу жана хирургиялык дарылоо иш жүзүндө кандайча ишке ашырылгандыгын көрсөтөт. Макалада нейрохирургиялык ооруларды туура диагноздоо көйгөйлөрүнө өзгөчө орун берилген.

Жыйынтыктар. Диагноз коюуда чыгармачыл мамиленин өзгөчө мааниси жана ооруну эмес, биринчи кезекте оорулууну хирургиялык дарылоонун максатка ылайыктуулугу жана өз убагында болушу жөнүндө чечим кабыл алууда нейрохирургдун жаратуучу катары ролу негизделген.

Творческий подход и клиническое мышление в нейрохирургической диагностике

М. М. Мамытов, Э. М. Мамытова

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ

РЕЗЮМЕ

Ключевые слова:

Нейрохирургия

Диагностика

Творчество

Нейрохирургическое лечение

Введение. Особое место занимают проблемы правильной диагностики нейрохирургических заболеваний.

Цель исследования. Проанализировать современные теоретико-методологические подходы к исследованию головного мозга при различных его поражениях.

Адрес для переписки:

Мамытова Эльмира Миталиповна, 720020,
Кыргызская Республика, Бишкек, ул. Ахунбаева 92
КГМА им. И.К. Ахунбаева,
Тел.: + 996 551325314
E-mail: elmiramamytova@yahoo.com

Contacts:

Mamytova Elmira Mitalipovna, 720020,
92, Akchunbaev str, Bishkek, Kyrgyz Republic
KSMA named after. I.K. Akhunbaev
Phone: +996 551325314
E-mail: elmiramamytova@yahoo.com

Для цитирования:

Мамытов М.М., Мамытова Э.М. Творческий подход и клиническое мышление в нейрохирургической диагностике. Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2025, № 2, с. 48-53. doi.10.51350/zdravkg2025.2.6.5.48.53

Citation:

Mamytov M.M., Mamytova E.M. Creative approach and clinical thinking in neurosurgical diagnostics. Scientific and practical journal "Health care of Kyrgyzstan" 2025, No. 2, p. 48-53. doi.10.51350/zdravkg2025.2.6.5.48.53

Материалы и методы. Доступные полнотекстовые русско- и англоязычные статьи из баз научного цитирования РИНЦ и Scopus, а также монографии по данной тематике.

Результаты и обсуждения. Показано, как практически реализуется диагностика и хирургическое лечение через клиническое мышление. Особое место в статье было уделено проблемам правильной диагностики нейрохирургических заболеваний.

Заключение. Обоснованы исключительное значение творческого подхода в постановке диагноза и роль нейрохирурга как творца в принятии решения о целесообразности и своевременности хирургического лечения в первую очередь самого больного, а не болезни.

Creative approach and clinical thinking in neurosurgical diagnostics

M.M. Mamytov, E.M. Mamytova

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic

ARTICLE INFO

Key words:

Neurosurgery

Diagnostics

Creativity

Neurosurgical treatment

ABSTRACT

Introduction. A special place is occupied by the problems of proper diagnosis of neurosurgical diseases.

The purpose of the study is to analyze modern theoretical and methodological approaches to the study of the brain in its various lesions.

Materials and methods. Available full-text Russian and English-language articles from the scientific citation databases of the Russian Science Citation Index and Scopus, as well as monographs on this topic.

Results and discussions. It shows how diagnosis and surgical treatment are practically implemented through clinical thinking. A special place in the article was given to the problems of proper diagnosis of neurosurgical diseases.

Conclusion. The article substantiates the exceptional importance of a creative approach in making a diagnosis and the role of a neurosurgeon as a creator in deciding on the expediency and timeliness of surgical treatment, primarily of the patient himself, rather than the disease.

Введение

Последние достижения науки и техники в исследовании функции центральной нервной системы, особенно изучении поражений головного мозга, совершенствовании методов диагностики и лечения во многом изменили прежние представления нейрохирургов и других врачей [1, 2].

По своей сущности и содержанию постановка правильного и своевременного диагноза является динамичным и по-настоящему творческим процессом, особенно, если это относится к постановке нейрохирургического диагноза, то это непременно возвысится до ранга творчества [3, 4].

Цель исследования – проанализировать современные теоретико-методологические подходы к исследованию головного мозга при различных его поражениях.

Материалы и методы

Анализ доступных полнотекстовых русско- и англоязычных статей из баз научного цитирования РИНЦ и Scopus, а также монографий по данной тематике.

Результаты

Сформированные в 30-е годы XX века Н. Н. Бурденко принципы нейрохирургии: анатомическая доступность, физиологическая дозволенность и техническая возможность, – и по смыслу, и по содержанию как никогда сегодня требуют от нейрохирурга творческого поиска при любой операции на головном и спинном мозге. Именно творческая нейрохирургия обеспечивает системный подход и целостный взгляд на нейрохирургические ситуации и пациента [4, 5]. В то же время с момента появления самого

элементарного способа диагностики заболеваний головного мозга не перестают конкурировать два направления врачебного мышления – клиницизм и техницизм. Однако техницизм – это естественное развитие технологии, а совершенствование клиницизма – неразрывная часть любой отрасли клинической медицины, в том числе и нейрохирургии [2].

Впервые термин *diagnosis* появился во втором веке до нашей эры, был предложен александрийскими врачами как схема обследования больного. Учение Гиппократ (406-377 гг. до н.э.) – «знать о больном его прошлое, настоящее и будущее» – стало основой для создания схемы обследования больного. В последующем практические врачи эту схему представили в виде «*anamnesis – diagnosis – prognosis*». Именно так врачи древности называли процесс взаимоотношения врача с больным – «миг врача о больном между прошлым, настоящим и будущим». Со временем это триединое понятие стало возможным разделить на отчасти три самостоятельные элемента [4, 6]. Так, стали самостоятельными *anamnesis morbi* (анамнез болезни), *anamnesis vitae* (анамнез жизни) и *prognosis* (в виде предугадывания или предвидения). Прогноз остается важнейшим элементом действий врача. Прогноз способствует своевременной, рациональной и точной диагностике.

Diagnosis, как диагностический процесс, т. е. «распознавание болезни», является самым главным атрибутом клинической медицины. Не случайно имеется надпись на вратах Лейденской научной клинической школы: «*Qui bene diagnosis – bene curat*» («Кто хорошо ставит диагноз, тот хорошо лечит») [2].

На протяжении веков между врачом и больным не было никаких приборов и аппаратов, кроме осмотра и беседы с больными. В распознавании болезней врач мог полагаться только на свой опыт, интуицию, на искусство расспроса про развитие болезни, на собственный осмотр, во время которого использовал свой слух, зрение, обоняние и интуитивное чувство, и даже на свой интеллектуальный уровень. Врач оценивал цвет кожи больного, характер пульса и дыхания, придавал значение цвету и запаху выделений больного. Вот таким был арсенал у врача для постановки правильного диагноза у больных с самой различной патологией [4].

Первый инструмент для диагностики заболеваний появился в 1816 году. Доктора Лазеннека пригласили к заболевшей французской даме. Жалобы дамы указывали на болезнь сердца, которое надо было выслушать. Для этого обычно прикладывали ухо к груди. Но доктору прикасаться к даме было не положено. Опытному доктору пришла в голову удачная мысль. Доктор сложил в трубку плотную бумагу и приложил ее одним концом к своему уху, а другим – к даме. Тоны сердца были хорошо слышны. Так появился стетоскоп, ставший непременным diagnosti-

ческим атрибутом многих практикующих врачей до сегодняшнего дня. Для диагностики любого заболевания сегодня имеются самые суперсовременные диагностические оборудования и аппараты.

Сегодня благодаря развитию науки и техники можно без вторжения в мозг увидеть все, что там происходит, как анатомические, так и физиологические позиции. Любой инструментальный метод диагностики, несомненно, является соподчиненным клинике. Проблема диагностики не сводится к замене клинического мышления инструментальными методами, а к освобождению мышления врача для синтеза и анализа всей полученной информации о больном, для постановки правильного диагноза и формирования плана целенаправленного и эффективного способа лечения.

При всех выдающихся достижениях науки любой инструментальный метод исследования не отражает всей полноты индивидуальности и личности больного. Например, получив с помощью компьютерного или магнитно-резонансного томографов даже неоспоримые доказательства наличия опухоли или других поражений мозга, они все равно не смогут отразить истинные особенности болезни и определить показания или противопоказания к операции без учета таких истин, как возраст больного, отягощенность анамнеза, состояние внутренних органов, степень нарушения психики, зрительные и речевые расстройства, наконец, клинической фазы заболевания.

Если признать, что современный нейрохирургический диагноз – это творчество, то становится заметным наличие ограниченности любого инструментального метода исследования, запрограммированного на получение лишь определенной информации. А когда мы считаем, что постановка нейрохирургического диагноза есть настоящее творчество, это означает, что нейрохирург имеет дело не только с больным, но и комплексом особых черт человеческой личности, тем самым нейрохирург выступает не как железный робот, а как гуманное, даже творческое существо [4, 5]. Тем более нейрохирург всегда должен помнить, что он оперирует больным, а не картину, которая представлена на томографах. Роль интеллектуально-нравственного и гуманистически творческого начала и подхода в нейрохирургии, даже перед развитием высоких технологий, не может быть уменьшена, но еще больше возрастать.

Обычно ставятся следующие диагнозы:

- клинический;
- патологоанатомический;
- судебно-медицинский;
- эпидемиологический.

По времени выявления ставятся следующие диагнозы:

- ранний;
- поздний;

- ретроспективный;
- посмертный.

По методу оформления или построения бывают:

- диагноз по аналогии;
- диагноз под вопросом;
- предварительный диагноз;
- сопутствующий диагноз;
- диагноз путем наблюдения (интуитивный);
- дифференциальный диагноз;
- основной или окончательный диагноз;
- диагноз по лечебному эффекту.

Диагноз – это краткое врачебное заключение об объективном состоянии больного, оформленное в соответствии с действующими стандартами, предложенными действующими классификациями и номенклатурами болезней вообще, и в нейрохирургии в частности.

Можем констатировать, что в настоящее время понятие «диагноз» – это интуитивно понимаемый предмет, нежели четко определенный наукой термин. Все это свидетельствует о необходимости найти правильное и научное и творческое понимание термина «нейрохирургический диагноз», полезного для практической работы нейрохирурга. Здесь дело заключается лишь в правильном и творческом понимании нейрохирургом истинных целей обращения пациента, только тогда может быть поставлен правильный диагноз. Нетворческое, неверное решение этого вопроса нейрохирургом приводит к формированию врачебных ошибок, неудовлетворенности и недовольству пациента.

Каждый практикующий врач, тем более настоящий нейрохирург – творец и мыслитель по роду своей деятельности, хотя, конечно, он себя не считает таковым. На самом деле, можно с уверенностью утверждать, что ежедневная работа нейрохирурга – мыслительная и творческая категория. Осмотр больного – диагноз – операция – исход требуют творческого осмысления [7, 8].

Таким образом, на основании анализа данных клинических, дополнительных инструментальных исследований каждый нейрохирург должен установить следующие уровни поражения:

- А) очаговый уровень;
- Б) органический уровень;
- В) системный уровень.

А) Очаговый уровень

На данном уровне лежит концепция знания о наличии основных зон поражения мозга. Любое поражающее действие на мозг (травма, опухоль, кровоизлияние) приводит к повреждению на очаговом уровне, при котором, как правило, формируются три зоны:

- зона первичного поражения мозга;
- зона вторичного поражения мозга;
- зона без поражения.

В зоне первичного поражения происходят полные, необратимые изменения клеток и тканей с последующей гибелью и некрозом структур нервной ткани.

В непосредственной близости к зоне первичного поражения формируется вторичная зона поражения с выраженными структурными изменениями. Часть клеток погибает (программируемая клеточная гибель – апоптоз), другая часть клеток может возвращаться к прежним функциям, но не полностью («клетки-калеки»). Некоторые клетки остаются функционировать в более лучшем состоянии («клетки-полутени» – зона пенумбра) [2].

В) Органический уровень

С формированием очагового (локального) поражения при опухолях, травмах, сосудистых процессах может наступить органический уровень поражения (головной мозг, спинной мозг, сосудистая система, ликворная система, в супра- или субтенториальном пространстве). Процесс может вызвать дислокацию срединной структуры мозга в латеральном, медиальном и аксиальном направлении. Также надо учитывать темп развития и размер очагового и органического поражения.

С) Системный уровень

В результате очагового и органического уровней поражения происходит истощение адаптационно-приспособительных и защитных механизмов организма, тем самым наступает уже системный уровень поражения. Таким образом, различные заболевания мозга являются не только своеобразной нозологической единицей с изолированным нарушением функции головного и спинного мозга, но и вызывающей глубокие расстройства организма в целом, и, значит, может развиваться системный уровень процесса (сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная, гормональная системы и др.).

Следовательно, в наши задачи входит установление всех этих трех уровней поражения.

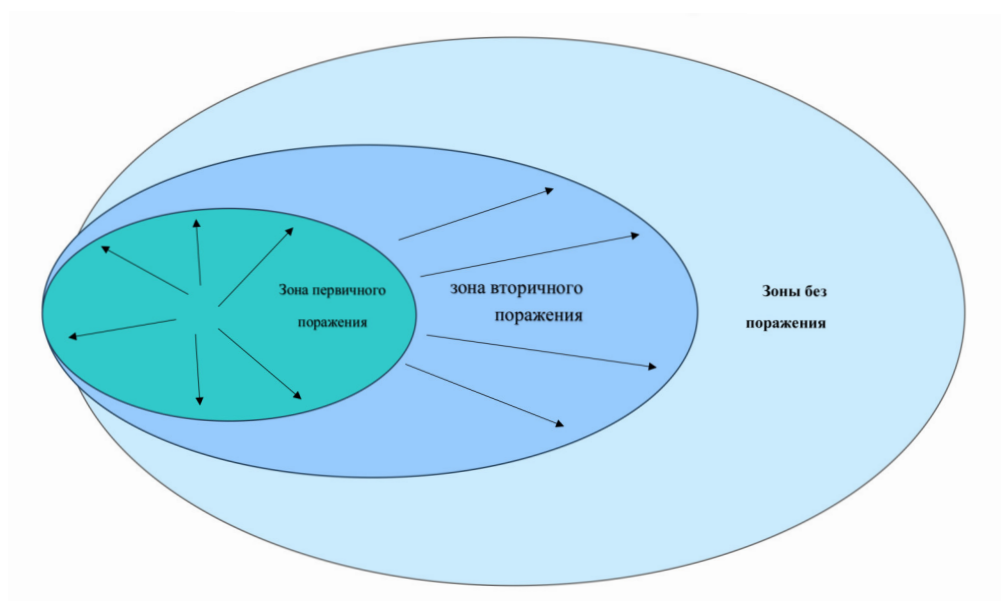
Наконец, на основании клинических симптомов и данных дополнительных инструментальных исследований мы должны установить три взаимосвязанных диагноза:

- топический диагноз;
- функциональный диагноз;
- клинический диагноз.

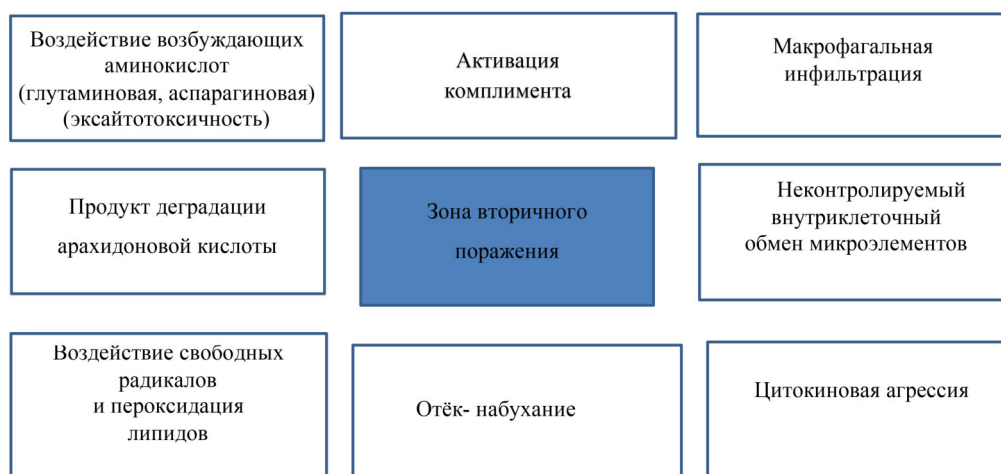
Топический диагноз

На основании жалоб, анамнеза, клинических симптомов и инструментальных дополнительных исследований необходимо установить топический диагноз, а именно определить место локализации патологического процесса: головной мозг или спинной мозг. Если это головной мозг, то где именно – в левом или правом полушарии. Если в полушарии, то в

Эти три зоны поражения мозга примерно выглядят таким образом



В зоне вторичного поражения мозга может формироваться уже новый патофизиологический процесс с явлениями апоптоза и пенумбра



какой доле: лобной, теменной, височной доле или же подкорковых ядрах, стволе мозга, мозжечке.

Функциональный диагноз

Устанавливается по нарушенным функциям: двигательная, чувствительная, речевая, познавательная сфера и другим. Имеет большое значение темп развития функциональных нарушений, объем или степень отклонения от нормы тех или иных функций.

Клинический диагноз

Процесс постановки клинического нейрохирургического диагноза – очень актуальный и исключительно важный вопрос. Постановка клинического диагноза во многом зависит от творческой способ-

ности нейрохирурга, от образованности и грамотности и его склонности к клиническому, врачебному мышлению.

Клинический диагноз – это уже установление диагноза по нозологическим формам: онкологический, воспалительный или сосудистый. Только от правильной постановки нейрохирургического клинического диагноза зависит результат нейрохирургического лечения центральной нервной системы.

Заключение

В данной работе был раскрыт вопрос творческого подхода в постановке нейрохирургического диагноза, и анализируются современные теоретико-

методологические подходы к исследованию головного мозга при различных его поражениях. Было показано, как диагностика и хирургическое лечение практически реализуются через клиническое мышление. Особое место было уделено проблемам правильной диагностики нейрохирургических заболеваний. Обосновано исключительное значение творческого подхода в постановке диагноза и роль ней-

рохиурга как творца в принятии решения о целесообразности и своевременности хирургического лечения в первую очередь самого больного, а не болезни.

Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жоктугун жарыялайт.

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература/References

1. Блинков С.М., Глезер И.И. «Мозг человека в цифрах и таблицах»–Ленинград – Медицина – 1964 – 471с.
2. Бурденко Н.Н «Обзор и пути дальнейшего развития нейрохирургической работы нейрохирургического института». В кн. Первая сессия нейрохирургического совета. 1937г. С. 7-14
3. Бурляева Н.А. понятие «духовность» в современной психологии. Труды Томского Государственного Педагогического Университета. 2011 г. с. 189-193
4. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал структура и диагностика. М. Смысл. 2011 г. 367 с.
5. Лихтерман Л.Б. Методология диагноза в Нейрохирургии. Нейрохирургия 2016-г.1 с.5-9
6. Лихтерман Л.Б. Философия клинической нейрохирургии. Нейрохирургия и неврология Казахстана. 2019-г. №1(59) с.57-68
7. Франкл В. «Человек в поисках смысла М. Прогресс»,1990-г. с.367
8. Long D.B., Apullo M.L. The formulation of a Theory of Neurosurgery. Neurosurgery 2001 v. 49-№3. P. 567-574

Авторы:

Мамытов Миталип Мамытович, академик НАН КР, доктор медицинских наук, профессор, зав. каф. нейрохирургии до дипломного и последипломного образования Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0586-9480>

Мамытова Эльмира Миталиповна, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой Неврологии и клинической генетики Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4322-5555>

Authors:

Mamytov Mitalip Mamytovich, Academician of the National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head. department neurosurgery before diploma and postgraduate education of the Kyrgyz State Medical Academy named after. I.K. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0586-9480>

Mamytova Elmira Mitalipovna, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Neurology and Clinical Genetics of the Kyrgyz State Medical Academy named after. I.K. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4322-5555>

Поступила в редакцию 07.07.2025
Принята к печати 20.08.2025

Received 07.07.2025
Accepted 20.08.2025