

ХРОНИКА

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА НЕЙРОХИРУРГОВ ЗА 2016 Г.

Заседание 169 от 25.02.16

1. НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРИ ВЕНОЗНОЙ КОМПРЕССИИ.

В.К. Пошатаев

ФГАУ «НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Венозную компрессию как причину развития невралгии тройничного нерва (НТН) относят к редкой патологии. Васкулярная декомпрессия корешка ТН, как единственный этиопатогенетический метод лечения тригеминальной невралгии, является хорошо известной операцией и широко применяется в различных нейрохирургических клиниках. С ростом числа оперируемых по поводу НТН пациентов увеличивается и абсолютное число операций по устранению венозной компрессии V нерва.

За период с 2000 по 2015 г. в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко оперировано 500 пациентов с НТН. Диагноз был установлен на основании критериев 3-го издания Международной классификации синдромов головной боли (ICN-III) и согласно классификации, предложенной Burchiel. В исследование включены 211 мужчин и 289 женщин. Медиана возраста составила

57 лет. У всех пациентов болевой синдром, характерный для НТН, отмечался только на одной стороне. Вовлечение 2 и более ветвей отмечено у 90 пациентов, преимущественное поражение 1 ветви — у 10. Медиана длительности заболевания составила 16 мес. Медиана оценки по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) составила 8 баллов (очень сильные постоянные боли). Во всех случаях пациенты оперированы посредством ретросигмовидного субокципитального доступа. Медиана наблюдения пациентов в послеоперационном периоде составила 36 мес.

Целью данной работы является обобщение первого опыта НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко по хирургическому лечению венозной компрессии корешка V нерва и предложение методов повышения эффективности васкулярной декомпрессии у пациентов с этой патологией.

2. АЛГОЛОГИЯ — СУПЕРСПЕЦИАЛИЗАЦИЯ ИЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ

Э.Д. Исагулян

ФГАУ «НИИ нейрохирургии имени акад. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

По данным различных эпидемиологических исследований, распространенность хронической боли составляет до 15% (США), 19% (Германия), 20% (страны ЕС и Северной Европы) всего населения. По данным отечественных эпидемиологических исследований, распространенность хронических болевых синдромов (без учета онкологических заболеваний) составляет не менее 40% у взрослого населения, при этом тяжелые хронические болевые синдромы составляют не менее 15% в популяции с ежегодным приростом в 5–6 млн. В РФ — 280 тыс. пациентов с неонкологическими болевыми синдромами являются кандидатами на хирургическое лечение. 35% из них имеют явный невропатический компонент — 100 тыс. пациентов с тяжелой резистентной болью. Ежегодный прирост — 25 тыс. новых случаев. С учетом основных критериев — 65 тыс. пациентов в год потребуются имплантация нейростимуляторов. Остальным 35 тыс. — деструктивные вмешательства.

До 21% всех пациентов с хронической болью имеют клиническую депрессию, при этом у части этих больных отмечается вторичное суицидальное поведение. Хорошо известны только громкие самоубийства на фоне неадекватного контроля тяжелейших болей, однако ежедневные самоубийства большинства больных с тяжелейшими хроническими болями по-прежнему остаются проблемой только их ближайшего окружения.

Многочисленные достижения в медицине, многие из которых являются революционными, по-прежнему мало отражаются на прогрессе в этой области знаний. Как совершенно справедливо отмечает доктор Ю.Ф. Каменев: «В настоящее время в изучении боли сложилась парадоксальная ситуация, когда новые знания в области нейрофизиологии и неврологии данного феномена мало отражаются на результатах противоболевой терапии. Обнаружилось, что эти данные необходимы прежде всего специалистам в области клинической фармакологии, занимающимся разработкой и усовершенствованием уже найденных в медицинской практике лекарственных средств опиатной и неопиатной анальгезии. В практической же медицине новые знания, касающиеся морфофункциональной организации проводников болевой чувствительности, были востребованы исключительно нейрохирургами, тогда как врачи других специальностей не смогли извлечь существенной пользы для успешного лечения хронической боли». Много нерешенных задач лежит в плоскости диагностики и объективизации проблемы боли.

Особенно актуальны проблемы, которые, несмотря на прогресс в медицине (а во многих случаях именно «благодаря» этому прогрессу), продолжают оставаться универсальными:

1. Отсутствие преемственности и последовательности между консервативными методами и минимально-инвазивной хирургией боли. Злоупотребление возможностями консервативной терапии и искусственное «растягивание» ее во времени — т. е. увеличение «периода задержки» для эффективного применения хирургической нейромодуляции.

2. Продолжающиеся попытки иссечения рубцово-спаечной ткани — радикулолизис, менингомиелолизис, повторные, многократные невролизисы и т.п., несмотря на доказанную их неэффективность.

3. Необратимые деструктивные операции нередко по-прежнему предшествуют обратимым методам нейромодуляции.

По непонятным до конца причинам высокоэффективные методы нейромодуляции не находят должного распространения в лечении хронических болевых синдромов.

Основной причиной неадекватного контроля боли у тяжело больных является **отсутствие алгологической службы в РФ!**

Создание такой службы — это единственный возможный путь решения всех проблем пациентов с хронической болью. Во всех развитых странах давно сущес-

твуют институты и клиники боли, в которых проблемы боли решаются мультидисциплинарно — комплексно. Пациент с хронической болью знает, куда обращаться, знает чего ожидать и где наблюдаться дальше.

Пришло время, наконец, и у нас в стране создать адекватную алгологическую службу. Необходимо понять и принять: невролог — не может лечить хроническую боль. Особенно если это невролог поликлиники, который в день принимает более 30 больных (в среднем за 10 мин) с различной патологией периферической и центральной нервной системы, среди которых такие серьезные поражения, как инсульт и его последствия, различные радикулопатии, нейродегенеративные заболевания и прочие.

Хроническая боль — это отдельное самостоятельное заболевание, а не симптом (!) другого заболевания. Лечение такого заболевания может заниматься исключительно алголог, или специально обученный невролог!

Только тогда, когда мы это поймем и примем адекватные меры, количество самоубийств существенно уменьшится, а больные с тяжелейшими болями найдут пути адекватного ее контроля. Многие из пациентов с сильной болью смогут вернуться к труду.

3. КЛИНИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ В МУНИЦИПАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТАЦИОНАРЕ. ПЕРВЫЕ ИТОГИ

П.Г. Генев, В.Х. Тимербаев, О.В. Смирнова, Н.С. Долгашева, А.А. Ефанов

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Известно, что большинство болезней и травм сопровождаются болью. Опросы, проведенные в разные годы, свидетельствуют о том, что подавляющее большинство респондентов испытывают боль на протяжении жизни. Несмотря на достижения современной медицины, 50-90% пациентов переживают умеренную или сильную боль после хирургических вмешательств, а 23% населения планеты страдают от хронических болевых синдромов. Боль имеет не только медицинские последствия, подрывая здоровье пациента, но и социальные, приводя к неблагополучию в семье и обществе.

Для адекватного решения этой актуальной проблемы в мире создаются специализированные клиники лечения боли. Первый такой центр был открыт в США еще в 1961 г., а к настоящему времени до 70% больниц в некоторых странах имеют клиники боли в структуре многопрофильных больниц. В России процесс осознания проблемы и появления специальных программ для пациентов, страдающих от боли, только идет, и в этой области существует множество нерешенных проблем. Не определена законодательная база: специалистов по лечению боли нет в перечне основных и требующих дополнительной подготовки специальностей, нет юридической основы для выполнения ими ряда инвазивных процедур. В последние годы становится крайне сложной задача поиска источников финансирования лечебного процесса — нет «лишних» ставок, тарифы ОМС неадекватны затратам, а платные услуги доступны далеко не всем пациентам. Актуальной является и

проблема подготовки квалифицированных кадров: отсутствуют центры, стандарты и программы обучения специалистов по лечению острой и хронической боли.

В НИИ СП им. Н.В. Склифосовского клиника лечения боли создана и развивается на базе научного отделения анестезиологии. Старт работы был положен в 2009 г. несколькими специалистами, интересующимися регионарной анестезией и лечением послеоперационной боли, а в 2015 г. на базе Института уже функционировала мультидисциплинарная клиника лечения боли, амбулаторно принимающая пациентов с хроническими болевыми синдромами, имеющая собственную инфраструктуру и оснащенная современным оборудованием. В области лечения острой боли новая структура выполняет следующие задачи: создание протоколов, мониторинг и контроль качества послеоперационного обезболивания; внедрение новых методов анальгезии, обучение врачей, медицинских сестер и пациентов, консультативная работа. При лечении пациентов с хронической болью используют лечебные и диагностические блокады, радиочастотные абляции нервов и сплетений, методы нейромодуляции, системное обезболивание, психотерапевтические методы лечения, лечебную физкультуру и обучение пациентов. Сотрудники клиники ведут обширную научно-исследовательскую работу.

В 2015 г. сотрудники клиники лечения боли проконсультировали 1637 пациентов с хронической и 165 больных с острой болью, выполнили 597 инвазивных процедур. Прием и лечение проводили как в рамках ОМС, так и по каналу «платных медицинских услуг».

Заседание 170 от 31.03.16

1. МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСПИРАМИДНЫХ ДОСТУПОВ

Д.Ж. Мухаметжанов, А.М. Дородов

ФГАУ «НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва