

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

Применение оперативных доступов через структуры пирамиды височной кости в нейрохирургии всегда остается актуальным, особенно при распространении патологического процесса одновременно в среднюю и заднюю черепные ямки. Оперативные доступы через пирамиду височной кости выполняют строго по показаниям, преследуя цель — одномоментное, по возможности радикальное удаление патологического процесса. Степень резекции пирамиды височной кости разделяют на ретролабиринтную, транслабиринтную, транскохлеарную, доступ по передней поверхности пирамиды височной кости к внутреннему слуховому каналу, резекцию вер-

шины пирамиды височной кости по основанию передней черепной ямки. Наиболее часто применяют ретролабиринтную, затем транслабиринтную резекцию пирамиды височной кости, трансмаатальный доступ, резекцию вершины пирамиды височной кости, крайне редко применяют транскохлеарную резекцию пирамиды височной кости. Предварительная неоднократная отработка резекции пирамиды височной кости на анатомических препаратах с изучением микрохирургической анатомии представленных в пирамиде височной кости структур позволяет безопасно применять этот метод в нейрохирургической практике с хорошими лечебными результатами.

2. ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ГЛАЗНИЦЫ И ВЕРХНЕЙ ГЛАЗНИЧНОЙ ЩЕЛИ

В.А. Черкаев

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

Микрохирургическую анатомию изучали на 12 блок-препаратах основания черепа с глазницами, приготовленных в 10% растворе формалина в течение 8 дней, по трем основным направлениям: 1) на макросрезах, 2) на блок-препаратах, 3) на коррозионных препаратах. Изучение проводили путем послойного удаления под микроскопом клетчатки глазницы и препаровки нервов и перфузированных окрашенных латексом сосудов с помощью микрохирургического инструментария. На основании полученных данных и данных литературы были составлены схемы типичного расположения артерии, вен и нервов глазницы в аксиальной, сагиттальной и фронтальной проекциях.

Данные наблюдения показали, что глазница является сложным комплексом сосудисто-нервно-мышечных пучков, обеспечивающих полноценную зрительную

функцию. Образования верхней глазничной щели и зрительного канала, являясь единой системой, обеспечивают приток и отток крови из глазницы, иннервацию мышц глазного яблока, непосредственно зрительную функцию. Трофика глазного яблока осуществляется через латеральные и медиальные ресничные пучки, включающие ресничные вены, артерии и нервы.

Полученные результаты изучения важны для планировании хирургических доступов, оценки возможных функциональных нарушений при повреждении определенного сосудисто-нервного пучка глазницы. Знание микрохирургической анатомии глазницы и современных хирургических доступов позволяет увеличить радикальность операций у больных с новообразованиями глазницы, улучшить функциональные и косметические результаты.

Заседание 171 от 28.04.16

1. ЗАДНЯЯ ДЕКОМПРЕССИЯ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ I У ДЕТЕЙ: ВЫБОР ВАРИАНТА ОПЕРАЦИИ.

А.Е. Коршунов, Ю.В. Кушель

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

Цель: изучить результаты задней декомпрессии при аномалии Киари I типа (АКІ) у детей, соотнеся их с техникой операции.

Материал и методы. С 2001 по 2015 г.г. задняя декомпрессия выполнена 76 детям (<18 лет) с АКІ. У 52 (68%) имелась синингомиелия. В 14 (18%) наблюдениях выполнена экстрадуральная декомпрессия (ЭДД); в 21 (28%) — экстраарахноидальная дулопластика (ЭАД); в 21 (28%) — интраарахноидальная диссекция и дулопластика; в 20 (26%) наблюдениях — стентирование отверстия Мажанди и дулопластика.

Результаты. Осложнения возникли у 15 (20%) больных, одно из них привело к летальному исходу

(летальность 1,3%). Частота осложнений была выше после (1) интраарахноидальной диссекции ($p=0,0009$) и (2) стентирования ($p=0,02$). Реоперации проведены у 8 (11%) больных. Суммарная частота осложнений и реопераций была наименьшей после ЭАД (10%).

Заключение. ЭАД — наиболее привлекательная первичная опция при АКІ. ЭДД — безопасная первичная опция, но требует отбора подходящих пациентов. Интраарахноидальная диссекция, в том числе со стентированием, вряд ли оправдана при первичных вмешательствах, но может быть неизбежной при ревизии ревизии.

2. НЕОБХОДИМОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ У ДЕТЕЙ

Б.З. Чельдиев, Ю.В. Кушель

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