

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волынская

больница

медицинский вестник №30 / 2024

СОВРЕМЕННАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ

В ЭТОМ НОМЕРЕ:

ОПУХОЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА
ТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ

СТР.
4

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МИКРОДИСКЭКТОМИЯ
УДАЛЕНИЕ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА

СТР.
6

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА
МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ И РАДИОЧАСТОТНАЯ РИЗОТОМИЯ

СТР.
12

СИНДРОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА
КОНСЕРВАТИВНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

СТР.
14



КОЛОНКА ГЛАВНОГО ВРАЧА



Журавлёв Сергей Викторович,
Главный врач ФГБУ «Клиническая
больница №1» УДП РФ, доцент
кафедры скорой медицинской
помощи, неотложной
и экстремальной медицины
ФГБУ ДПО «Центральная
государственная медицинская
академия» УДП РФ, к.м.н.,
заслуженный врач РФ.

Отделение нейрохирургии оснащено современным оборудованием: нейрохирургическим микроскопом, эндоскопическим оборудованием, интраоперационным рентгенологическим оборудованием, нейрофизиологическим мониторингом. Все это позволяет выполнить весь спектр нейрохирургических вмешательств при различных заболеваниях головного и спинного мозга, позвоночника, периферической нервной системы.

Отделение нейрохирургии — часть многопрофильного стационара Волынской больницы, что, безусловно, дает большое преимущество в организации

нейрохирургической службы. Отделения терапии и кардиологии позволяют проводить предоперационную подготовку возрастным пациентам и пациентам с сопутствующими заболеваниями. После нейрохирургических вмешательств многие пациенты проходят реабилитационное лечение в условиях отделения неврологии и неврологической реабилитации.

Врачам отделения круглосуточно доступны диагностические службы с КТ, УЗИ, МРТ, а также все виды эндоваскулярных методов лечения, позволяющие организовать как плановую, так и экстренную нейрохирургическую помощь. ■

ОТДЕЛЕНИЕ НЕЙРОХИРУРГИИ.

ОПЕРАЦИИ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ, ГОЛОВНОМ МОЗГЕ, ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЕ



Степанян Мушег Агоевич,
заведующий отделением,
врач-нейрохирург, д.м.н.

Отделение нейрохирургии сформировано на базе ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ и успешно работает с 2011 г.

Ежегодно в отделении выполняются более 800 нейрохирургических вмешательств. 1/3 оперативных вмешательств выполняются по поводу заболеваний головного мозга: доброкачественных и злокачественных опухолей головного мозга, сосудистых заболеваний головного мозга, гидроцефалий, дефектов черепа, невралгии тройничного нерва, гемифациального спазма.

Больше половины оперативных вмешательств выполняются в связи с опухолями спинного мозга, грыж межпозвоночных дисков, травм позвоночника.

Так же выполняются операции на периферических нервах по поводу травм, опухолей и туннельных синдромов.

Одним из направлений нейрохирургической помощи являются эндоскопические вмешательства, которые успешно применяются при опухолях основания черепа, дегенеративных заболеваниях позвоночника. ■

КРАНИОПЛАСТИКА

- пластика дефектов черепа.

В отделении нейрохирургии выполняются оперативные вмешательства в связи с различными обширными и сложными дефектами черепа после травм, декомпрессионных трепанаций, оперативных вмешательств по поводу опухолей головного мозга, прорастающих в костные структуры черепа.

Задача хирурга — не только восстановить защитные функ-

ции черепа, но и добиться максимального косметического эффекта. В Волынской больнице это достигается путем стереолитографического моделирования черепа. При помощи специальной программы на основе данных КТ создается отсутствующий фрагмент черепа, абсолютно идентичный с противоположной стороной. Искусственный лоскут производится из титана или из ПИК-

материала. Эти два материала максимально инертны для организма, практически не вызывают отторжения или воспалительных реакций.

После этого путем микрохирургической техники выделяются мягкотканый лоскут, определяются края дефекта, лоскут устанавливается на место и фиксируется при помощи винтов. ■

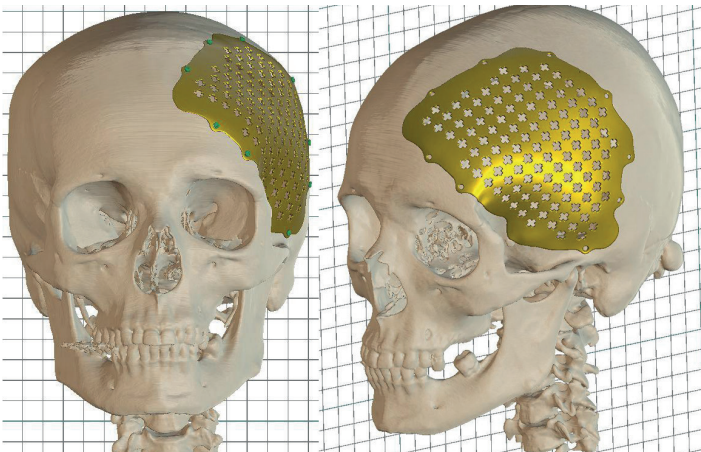


Рис.1. Стереолитографическое моделирование черепа позволяет добиться максимальной точности.



Рис.2. Искусственный лоскут создается из титана или из ПИК-материала.



ОПУХОЛЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Опухоли головного мозга составляют до 6% всех новообразований в теле человека. Частота их встречаемости колеблется от 10 до 15 случаев на 100 тысяч человек. В большинстве случаев причина возникновения данного заболевания неизвестна, однако, существуют факторы, увеличивающие риск развития опухоли головного мозга: возраст и наследственность, воздействие токсинов и ионизирующего излучения, травмы головы и воздействие некоторых инфекций, вирусов или аллергенов.

Опухоли головного мозга в большинстве случаев оказываются доброкачественными и поддающимися лечению. К примеру, на долю «грозной» глиобластомы приходится всего 2-3 случая на 100 тысяч населения. Остальные разновидности опухолей: менингиомы, глиомы, шванномы, аденомы в большинстве случаев успешно излечиваются опытными нейрохирургами. Важно не игнорировать внезапно возникшие симптомы: головные боли, головокружения, тошноту, зрительные и двигательные нарушения, судороги, потерю сознания.

С подобными симптомами пациенты обращаются к неврологу, который дает направление на магнито-резонансную томографию. МРТ выявляет истинную картину заболевания, это самое чувствительное исследование при заболеваниях головного мозга, достоверно показывающее характер новообразования, его положение и локализацию. Встречаются доброкачественные опухоли небольшого размера, например, менингиома, при которой отсутствуют ярко выраженные симптомы. В таких случаях, в первую очередь, необходимы врачебное наблюдение и диагностический контроль. Некоторые проявления аденомы гипофиза излечиваются путем приема лекарственных препаратов, без хирургического вмешательства. Но в большинстве случаев при опухоли головного мозга первым этапом лечения все же является хирургическое лечение, суть которого — удаление опухоли.

Такие операции проводятся под контролем микроскопа и нейронавигационной системы для четкой визуализации анатомических структур головного мозга.

В некоторых случаях также используется интраоперационное ультразвуковое оборудование. Техника и объем операции определяются в индивидуальном порядке в зависимости от размеров опухоли и ее локализации. Хирургический доступ к месту локализации новообразования может быть трансназальным, когда эндоскопическими инструментами хирург проникает через носовые проходы пациента. Удаление аденомы гипофиза трансназальным доступом является «золотым стандартом» в медицине и успешно применяется нейрохирургами Волынской больницы.

Не стоит переживать, если нейрохирург выбирает тактику оперативного доступа к месту локализации опухоли путем трепанации черепа. Данная операция выполняется наиболее квалифицированными специалистами при помощи самых современных хирургических инструментов. Вырезается небольшой фрагмент кости черепа, после чего вскрываются оболочки головного мозга над опухолью. Под контролем нейрохирургического микроскопа опухоль

осторожно отделяется от здоровых тканей мозга с сохранением важных сосудов и нервов, и удаляется. Хирург закрывает оболочку головного мозга, костный фрагмент устанавливается на место и надежно фиксируется при помощи специального оборудования.

В большинстве случаев опухоль головного мозга оказывается доброкачественной. Последующее гистологическое исследование изъятых в ходе операции материала позволяет диагностировать свойства опухоли со стопроцентной точностью. В случае обнаружения злокачественного новообразования, пациента после оперативного вмешательства направляют в отделение онкологии Волынской больницы для дальнейшего лечения. Преимущество многопрофильного стационара позволяет получить всю необходимую медицинскую помощь в одном месте и в кратчайшие сроки.

При расположении опухоли в левом полушарии головного мозга, нейрохирургами выполняется операция по её удалению, в процессе которой часть времени пациент находится в сознании. Он может разговаривать и совершать движения пальцами по просьбе хирурга. Такая тактика проведения операции обусловлена тем, что именно в левом полушарии мозга располагаются центры речи. Задачей хирургии является тотальное удаление

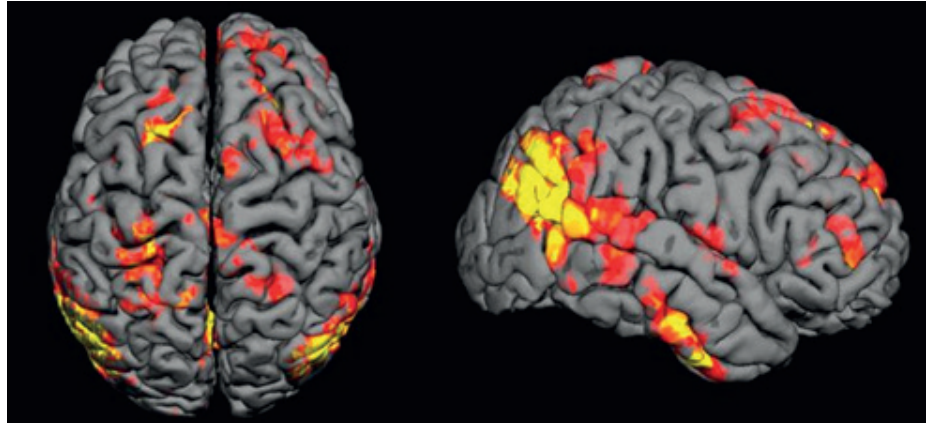


Рис.1. Функциональная МРТ головного мозга.

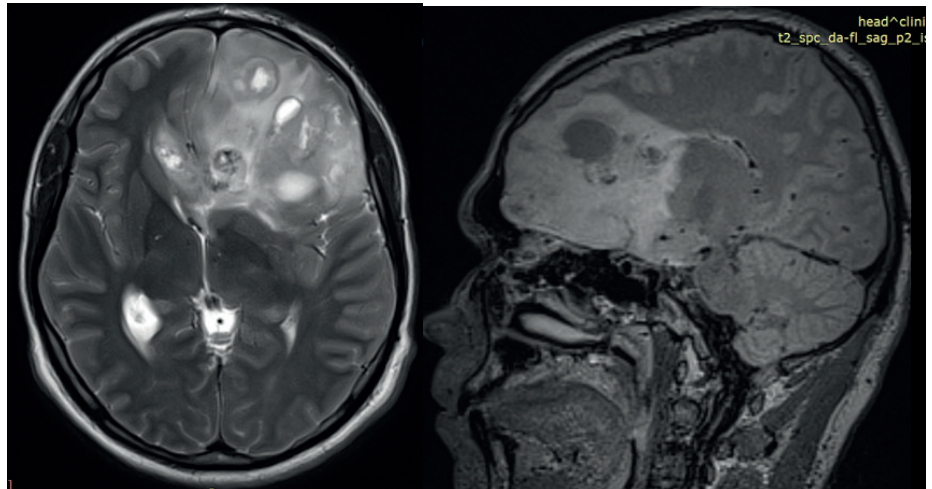


Рис.2. Внутримозговая опухоль левой лобной доли головного мозга.

опухоли с сохранением речевой функции пациента. Для четкой визуализации функционально значимых зон головного мозга перед операцией выполняется функциональное МРТ головного мозга.

После хирургического вмешательства пациент переводится в отделение реанимации или

в постоперационную палату. На следующий день ему снова выполняется магнито-резонансная томография для оценки послеоперационного состояния головного мозга и подтверждения тотального удаления опухоли. Если новообразование являлось доброкачественным, то пациент после восстановительного периода может считать себя здоровым и должен только через несколько месяцев явиться на контрольное МРТ-исследование. Если это злокачественная опухоль, онкологи Волынской больницы продолжают лечение методами химио- и лучевой терапии. Но независимо от качества выявленного новообразования, чем раньше выявляется опухоль и начинается лечение, тем лучше его результаты. ■

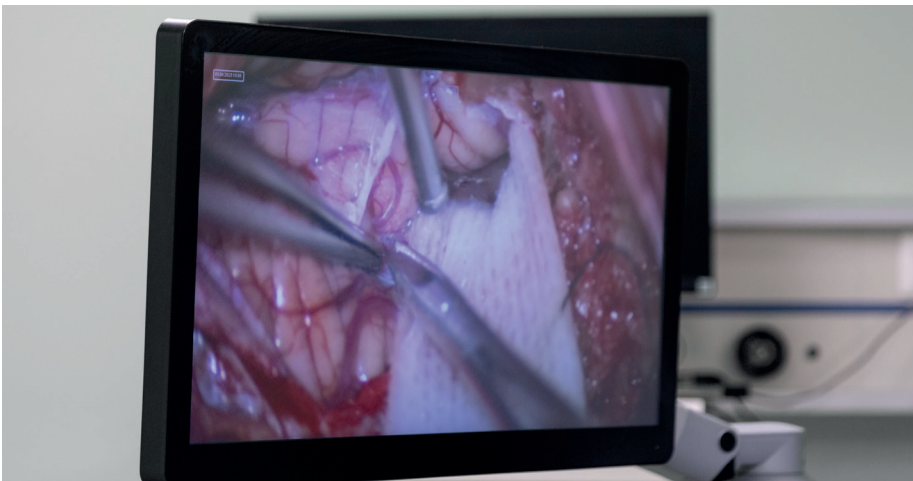


Рис.3. Операции проводятся под контролем микроскопа и нейронавигационной системы для четкой визуализации анатомических структур головного мозга.

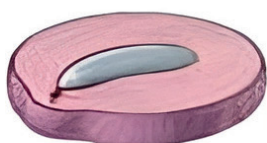
СМОТРИТЕ
ВИДЕО НА САЙТЕ
ВОЛЫНСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСКЭКТОМИЯ.

УДАЛЕНИЕ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА

Межпозвоночные диски выполняют функцию амортизации при ходьбе, беге и прочих физических нагрузках, придают гибкость и подвижность позвоночнику. Грыжа — это выпячивание, взбухание межпозвоночного диска в сторону позвоночного канала, где располагаются нервные корешки и спинной мозг. В поясничном отделе позвоночника грыжи появляются чаще



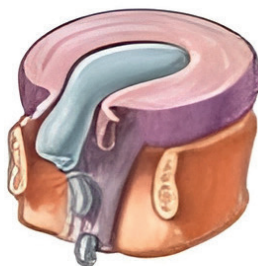
Начальная дегенерация диска



Проплапс



Формирование грыжи диска



Секвестрация

всего, на втором месте по частоте локализации — шейный отдел позвоночника. Основными причинами их возникновения врачи называют дегенеративные изменения межпозвоночного диска — остеохондроз, а также травмы.

Есть определенные факторы, которые являются предрасполагающими для возникновения межпозвоночных грыж, — это сидячий образ жизни, тяжелый физический труд, курение, избыточный вес. Сначала в межпозвоночном диске возникает небольшая трещина, в эту трещину вдавливаются так называемое пульпозное ядро межпозвоночного диска, которое взбухает в сторону позвоночного канала. Точную причину возникновения грыжи установить невозможно, они возникают вследствие дегенеративных изменений — остеохондроза межпозвоночных дисков, травмы. В первую очередь, пациента принимает врач-невролог и назначает дальнейшие диагностические исследования.

Визит к неврологу не стоит откладывать тому, кто чувствует регулярную боль в спине, и боль, слабость или снижение чувствительности в ногах. Нервные корешки, располагающиеся в поясничном отделе позвоночника, уходят вниз и формируют нервы нижних конечностей. Поэтому сдавление нервных структур на уровне позвоночника может приводить к так называемому корешковому

болевному синдрому в одной или обеих ногах.

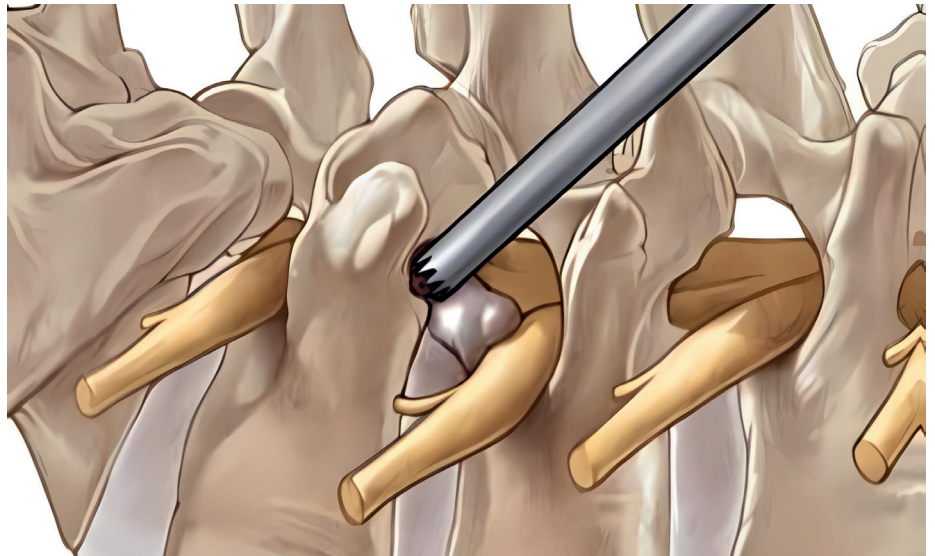
При грыжах у пациента наблюдается как локальный болевой синдром в поясничном отделе позвоночника, так и корешковые боли: боль в ноге по задней поверхности, по передней поверхности. Второй самый часто встречающийся симптом — это снижение чувствительности: поражаются нервные корешки, нарушается функция нервных корешков, нарушается чувствительность в конечности — в ноге. И третье — это двигательные нарушения: так как по корешкам проходят двигательные волокна, поражение этих двигательных волокон приводит к слабости в одной или двух ногах.

До 85% межпозвоночных грыж излечиваются консервативными методами, без операции. Медикаментозные препараты успешно снимают воспаление и отек в пораженной области и купируют болевой синдром. Лечебная физкультура и массаж, физио- и иглорефлексотерапия позволяют поддерживать стабильное самочувствие пациента. Консервативное лечение продолжается около 4-х недель. Если за это время симптомы регрессируют, болевой синдром уходит, то врач продолжает придерживаться выбранной тактики лечения, и необходимости в операции не возникает. Но если у пациента есть выраженный, некупируемый болевой синдром,

рассматривается вопрос хирургического вмешательства.

В редких случаях при сильном поражении, компрессии так называемого «конского хвоста» возникают тазовые нарушения. Нарушения в функции малого таза — это обязательное показание для выполнения хирургического вмешательства также, как и резко возникшая усталость нижних конечностей.

Нейрохирургами Волынской больницы выполняется наиболее щадящий вариант операции — **эндоскопическая дискэктомия**. Новейшая методика позволяет избежать проникновения в позвоночный канал и травматизации мышц вокруг позвоночника. Хирургический доступ достигается при миниатюрном разрезе кожи. Специальным инструментом толщиной не более 8 мм нейрохирург проникает к позвонковому диску через естественное боковое так называемое фораминальное отверстие позвоночника и удаляет грыжу, не задевая окружающих тканей. Операция проводится под рентгенологическим контролем



Эндоскопическая дискэктомия позволяет избежать проникновения в позвоночный канал и травматизации мышц вокруг позвоночника.

и при помощи визуализирующего нейрохирургического микроскопа.

Хирургическое вмешательство является минимально травматичным, не нарушается стабильность позвоночного сегмента. Главным преимуществом хирургического вмешательства является быстрый положительный эффект. Симптомы заболевания проходят сразу после операции, а по мере

заживления опорные функции позвоночного столба полностью восстанавливаются.

Через 2 часа после хирургического вмешательства пациент может ходить. Выписка на дальнейшее амбулаторное лечение происходит со следующего дня после операции. После выписки можно сразу возвращаться к обычной жизни и работе, а в среднем через 3 недели — и к физическим нагрузкам. ■



Операция проводится под рентгенологическим контролем и при помощи визуализирующего нейрохирургического микроскопа.



МРТ протрузии межпозвонкового диска.

**СМОТРИТЕ
ВИДЕО НА САЙТЕ
ВОЛЫНСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ**



ПУНКЦИОННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА

Пункционная вертебропластика — это малоинвазивное хирургическое вмешательство, при котором в тело поврежденного позвонка вводится особый костный цемент, предназначенный для укрепления позвоночника.

Показаниями к пункционной вертебропластике являются болевые синдромы при патологическом переломе позвонков, которые не купируются консервативным лечением. Это компрессионные переломы на фоне остеопороза или на фоне метастатических поражений тел позвонков. Также пункционная вертебропластика выполняется при больших гемангиомах тел позвонков.

Суть операции в ведении цемента через специальные канюли, которые устанавливаются через ножки позвонков под рентгенологическим контролем в тело сломанного позвонка.

В зависимости от продолжительности полимеризации цементы бывают низкой и высо-

кой вязкости. Цементы высокой вязкости полимеризируются в течение 6 минут. Они применяются при компрессионных переломах на фоне остеопороза или на фоне метастатических поражений тел позвонков. Время полимеризации цемента низкой вязкости составляет 15 минут, применяется при гемангиомах тел позвонков.

Существует особая разновидность вертебропластики — это кифопластика. Суть этой операции в том, что при помощи специальных устройств или при помощи цемента высокой вязкости восстанавливается высота тела позвонка после перелома и в созданную полость вводит-

ся цемент. Кифопластику целесообразно выполнять в течение трех недель после травмы.

Пункционная вертебропластика при больших гемангиомах выполняется с целью предотвращения компрессионного перелома или для снятия болевого синдрома.

Такие операции происходят гладко, крайне редко возникают осложнения. В основном они связаны с попаданием цемента в позвоночный канал, в венозную систему, в ветви легочной артерии. Редко наблюдаются инфекционные осложнения и аллергические реакции на цемент. ■

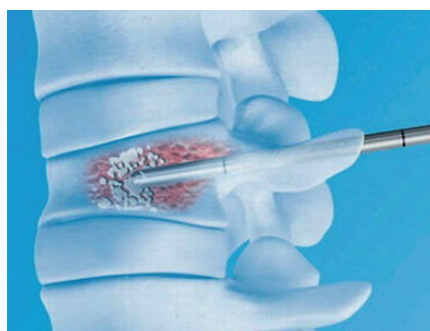


Рис.1. Вертебропластика

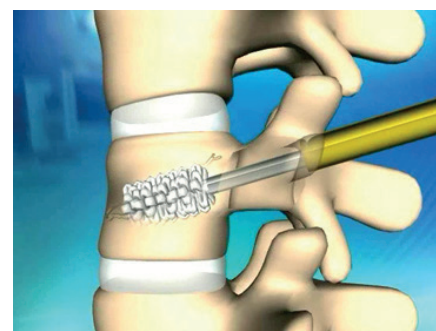


Рис.2. Кифопластика

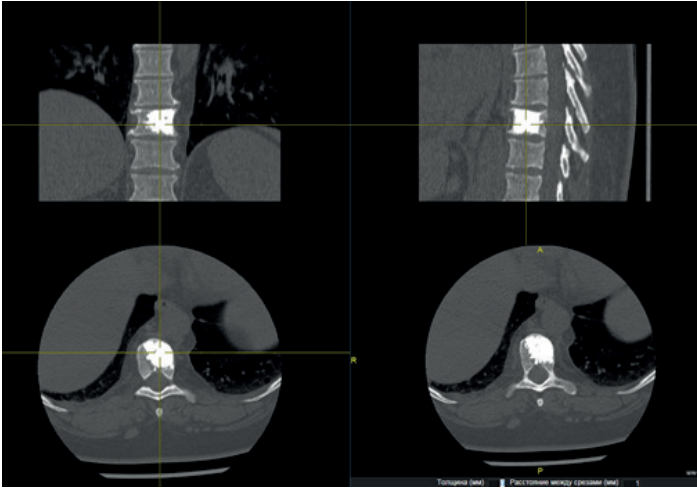


Рис.3. Пункционная вертебропластика при большой гемангиоме.

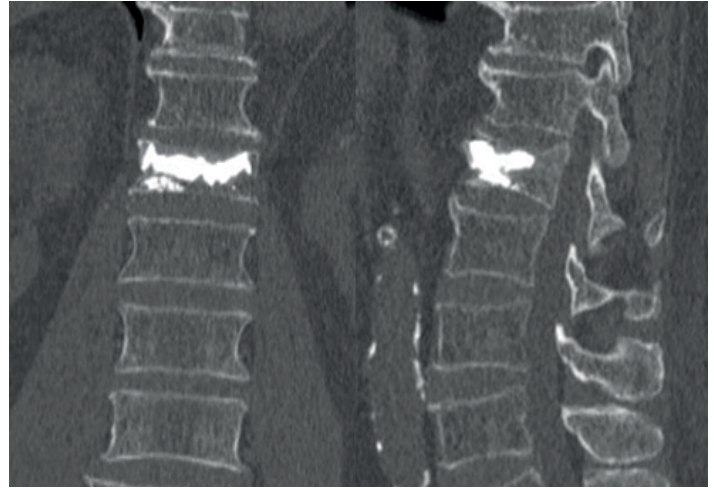


Рис.4. КТ-картина после вертебропластики.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ОПЕРАЦИЯ ПО ЗАМЕНЕ ШЕЙНОГО ПОЗВОНКА

Перелом одного или нескольких позвонков происходит в результате травмы. Самые частые её причины — дорожно-транспортные аварии, падения с высоты, прыжки в воду головой вперед, удары в область позвоночника. Для выздоровления после таких тяжелых травм пациенту может потребоваться операция по замене сломанного позвонка на искусственный имплант.

В отделение нейрохирургии обратился молодой мужчина, который получил перелом шейного позвонка вследствие ДТП, когда он находился за рулем мотоцикла. После диагностики у него выявлено достаточно серьезное поражение высоты 6-го шейного позвонка. Консервативное лечение не принесло эффекта и сращения естественным путем не произошло. Нейрохирургами Волынской больницы было принято решение заменить 6-ой шейный позвонок вместе со смежными межпозвонковыми дисками на титановый протез.

Данное хирургическое вмешательство выполняется передним доступом, то есть разрез выполняется в передних отделах шеи. Под рентгенологическим контролем определяется пораженный позвонок и специальными инструментами полностью удаляется тело сломанного позвонка и смежные с ним межпозвонковые диски. Операция выполняется под контролем микроскопа, чтобы не допустить повреждения находящихся в непосредственной близости позвоночных артерий, спинного мозга, и нервных корешков, которое может привести к серьезным неврологическим нарушениям. Сломанный позвонок удаляется осторожно с сохранением важных анатомических структур. Под контролем рентгена на его место устанавливается так называемый телескопический кейдж из титанового сплава. Новый искусственный позвонок надежно фиксируется с выше и ниже лежащими позвонками, таким образом выполняется декомпрессия сдавленных нервных структур и надежная

фиксация позвоночного сегмента. При помощи рентгена нейрохирург удостоверяется, что имплант зафиксирован правильно, не сдавливая нервные структуры, и приступает к завершающей стадии оперативного вмешательства — зашиванию раны и мягких тканей.

На следующий день после операции пациент может вставать и ходить. Ему ещё раз выполняется компьютерная томография, которая послойно показывает состояние позвоночника. Врач убеждается, что рана заживает хорошо, и примерно на 5-ый день после операции пациент выписывается домой под наблюдение. Дальнейшая реабилитация в зависимости от исходного неврологического состояния занимает, как правило, от 2 до 4 недель. У прооперированного молодого мужчины наблюдалось хорошее послеоперационное восстановление: боли, на которые он жаловался, полностью прошли, неврологических нарушений не выявлено. ■

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Более половины всех обращений к неврологу связаны с заболеваниями периферической нервной системы, которая служит связующим звеном между спинным мозгом и органами чувств.

Периферическая нервная система состоит из нервных сплетений, передающих импульсы от мозга в мускулатуру, внутренние органы и обратно. При поражении какого-либо участка этой системы нарушается передача импульса, что часто приводит к мышечной слабости, боли и онемению той части тела, где находится пораженный нерв. Причем болезненные симптомы чаще всего распространяются и далее по пути следования нерва до самых пальцев рук или ног.

Поражения периферических нервов можно разделить на три основных категории. Наиболее часто встречаются так называемые **туннельные синдромы**, которые проявляют себя болью,

снижением чувствительности, двигательными нарушениями в конечности. Пациент чувствует боль в руке или ноге, но при этом сам очаг поражения находится ближе к спинному мозгу по пути пролегания нервного канала, а не в том месте, где болит. Например, ежедневная работа за компьютером при недостаточном удобном положении тела или длительное нахождение за рулем («поза водителя») могут привести к возникновению туннель-

ность мизинца и безымянного пальца, наступает слабость некоторых мышц кисти руки.

Если нерв поражен ещё выше, на уровне плеча, рука может болеть на всем ее протяжении, становится сложно разгибать мышцы предплечья и кисти, отводить в сторону большой палец и разворачивать кисть ладонью вверх. Лучевой нерв, отвечающий за данные действия, чрезвычайно чувствителен к сдав-

Более половины всех обращений к неврологу связаны с заболеваниями периферической нервной системы, которая служит связующим звеном между спинным мозгом и органами чувств.

ного синдрома в руке или ноге. Так, при синдроме карпального канала происходит сдавление срединного нерва в области запястья, что проявляется болью, жжением и онемением во всех пальцах, кроме мизинца. А при невропатии локтевого нерва наоборот нарушается чувстви-

лению. Продолжительный сон в неудобной позе, вследствие сильной усталости или приема снотворных препаратов или алкоголя, чаще всего становится причиной невропатии лучевого нерва. Те же механизмы действуют при поражении нервов нижних конечностей. Невропатия

седалищного нерва проявляется онемением и слабостью в ноге. Симптомы начинаются от ягодичной или поясничной области и спускаются далее по задней поверхности бедра и вниз до стопы, что причиняет постоянную боль и значительно снижает качество жизни человека.

Второе место по частоте обращения к неврологам Волынской больницы занимают новообразования — **опухоли периферических нервов**. В большинстве случаев они являются доброкачественными: нейрофибромы, шванномы, перинейромы, а также липомы, возникающие из жировых клеток, и ангиомы, берущие свое начало из клеток сосудов. Злокачественное заболевание периферических нервов — нейрогенная саркома (злокачественная шваннома) — встречается во врачебной практике достаточно редко. Как и любые другие опухоли новообразования периферических нервных стволов возникают как результат бесконтрольного деления клеток. На сегодняшний день точно не известны причины такой опухолевой трансформации клеток нервных стволов. Возможно имеет место совокупность факторов, таких как генетическая предрасположенность и онкогенное влияние радиа-

ции, последствия воздействия на организм некоторых вирусов и химических соединений. Провоцирующей причиной возникновения опухоли, безуслов-

проводимости импульсов далее по нервным структурам. Нередко на месте травмы или пресечения нерва образуется опухоль, такая как невринома.

Ежегодно в Волынской больнице выполняется около 100 оперативных вмешательств, направленных на лечение поражений периферической нервной системы.

но, может выступать повреждение нерва вследствие травмы. И хотя на ранних стадиях своего развития такие доброкачественные новообразования не вызывают болевых ощущений, с развитием процесса проявляются симптомы в виде мышечной слабости, онемения, болезненности определенных движений и даже пульсирующей боли.

Третья категория пациентов с поражением периферической нервной системы — это люди, перенесшие **травму**. В результате открытой травмы (колотой, резанной, рваной, огнестрельной) часто происходит анатомический перерыв, пресечение нерва. При закрытой травме (сотрясении, сдавлении или ушибе) пресечения нерва не происходит, но формируется рубец на месте повреждения, который мешает

Основные способы диагностики заболеваний периферической нервной системы — магнито-резонансная томография и ультразвуковое исследование. После оценки неврологом результатов МРТ и УЗИ, врач принимает решение о консервативном или хирургическом способе лечения.

Ежегодно в Волынской больнице проводится около 100 оперативных вмешательств, направленных на лечение поражений периферической нервной системы. Большинство операций выполняются по поводу туннельных синдромов, но часто врачи оперируют также пациентов с опухолями периферических нервов.

Такие операции выполняются под интраоперационным УЗИ-контролем: до того, как делать разрез кожи, под УЗИ-контролем достоверно определяется локализация этого опухоли, что позволяет минимизировать травмы мягких тканей. После выполнения небольшого разреза, хирург добирается до объемного новообразования и под контролем микроскопа выделяет мельчайшие ветви нервов. После полного выделения опухоль удаляется, а ее ткани отправляются на гистологическое исследование, результаты которого показывают, доброкачественное это новообразование или нет. После операции у пациентов, как правило, не наблюдается неврологических отклонений: ни двигательных, ни чувствительных нарушений, ни болевого синдрома. ■





НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

В отделе­нии нейрохирургии на базе ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ проводится хирургическое лечение невралгии тройничного нерва.

Это заболевание проявляется острыми болями в лице, которые чаще всего носят односторонний характер.

Для невралгии характерно наличие триггерных зон в области лица. Прикосновение к этим точкам приводит к возникновению острых болевых приступов продолжительностью от нескольких секунд до нескольких минут. Приступы боли могут возникать при приеме пищи, при чистке зубов, при умывании.

Диагноз невралгии тройничного нерва ставится в первую очередь на основании характерной клинической картины. Большое значение имеет тот факт, что

при невралгиях хорошо помогают специальные препараты, а обычные обезболивающие неэффективны.

Обязательное исследование при диагностике невралгии — магнитно-резонансная томография головного мозга. Она выполняется с целью исключения рассеянного склероза, при котором зачастую пациенты страдают невралгией, для исключения наличия опухоли в области корешка тройничного нерва, а также для подтверждения сдавления корешка нерва сосудами головного мозга, что и является основной причиной невралгии.

Существуют различные методы лечения этого заболевания. **Консервативное лечение** — это лечение лекарственными препаратами. Если препараты не помогают или помогают только при высоких дозах, не-

обходимо думать о хирургическом вмешательстве.

Наиболее часто применяется **микроваскулярная декомпрессия** корешка тройничного нерва. Сегодня это наиболее предпочтительная операция. Она физиологична, позволяет устранить причину боли и, что немаловажно, после процедуры у пациента не снижается чувствительность в лице.

Оперативное вмешательство выполняется в условиях общего наркоза, длится около полутора часов. Выполняется небольшой разрез в заушной области, проводится трепанация в диаметре до двух сантиметров, после этого под контролем микроскопа, не травмируя мозг, осуществляется доступ к корешку тройничного нерва, визуализируется сдавливающий сосуд. Сосуд отводится от корешка

тройничного нерва, между нервом и сосудом устанавливается специальная тefлоновая прокладка. После этого полностью восстанавливается целостность оболочек головного мозга.

Эффективность микроваскулярной декомпрессии составляет 93-98%, риск осложнений не превышает 1%. Длится стационарное лечение 3-5 дней, а уже через 3-4 недели полностью восстанавливается трудоспособность пациента.

В тех случаях, когда заведомо ясно, что микроваскулярная декомпрессия не будет эффективна, или есть противопоказания к выполнению данной операции, пациенту предлагаются другие методы хирургического лечения, в частности **радиочастотная ризотомия** корешка тройничного нерва.

Оперативное вмешательство при радиочастотной ризотомии корешка тройничного нерва выполняется под внутривенной анестезией, применяются анестетики короткого действия. Под рентгенологическим контролем устанавливается специальная канюля в область корешка тройничного нерва. Пациент просыпается, вступает в контакт с вра-

чом, выполняется стимуляция для уточнения локализации кончика канюли. После того как врач убеждается, что канюля установлена правильно, выполняется деструкция в условиях внутривенной анестезии.

При данной операции неврологическая боль исчезает у 98% пациентов. Предпочтение этой операции отдается лишь в том случае, когда другие варианты не представляются возможным, ведь после хирургического вмешательства пациенты теряют чувствительность в той части лица, где ранее возникали болевые приступы.

Однажды придя в ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ можно быть уверенным, что на всем трудном пути избавления от боли пациента будут сопровождать квалифицированные специалисты. Мультидисциплинарная команда врачей проведет все необходимые диагностические процедуры, подберет оптимальный план лечения и организует необходимую реабилитацию после лечения. ■

СМОТРИТЕ
ВИДЕО НА САЙТЕ
ВОЛЫНСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ

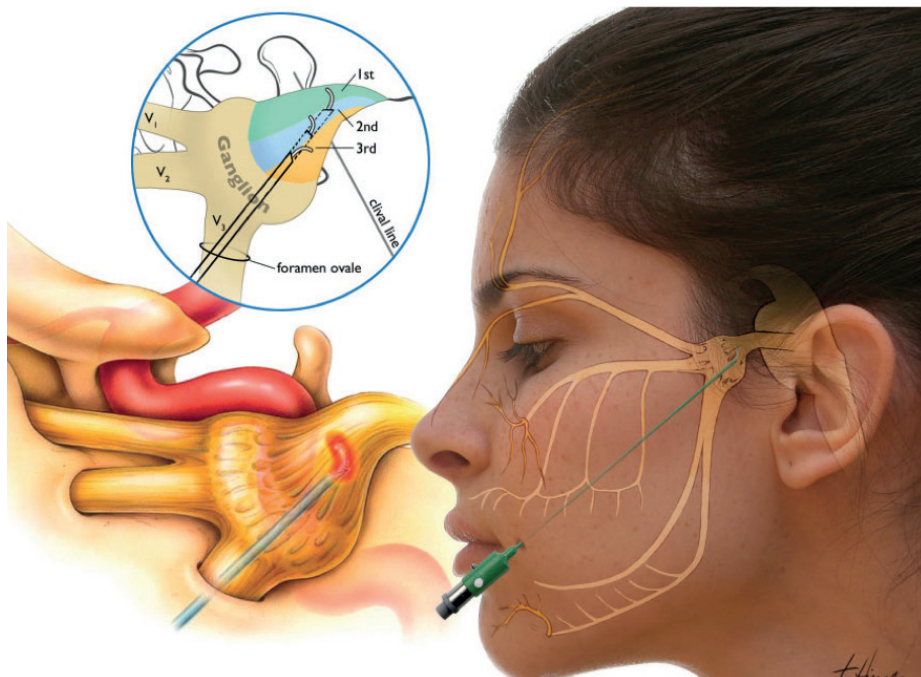


Рис.2. Черезкожная радиочастотная ризотомия корешка тройничного нерва.

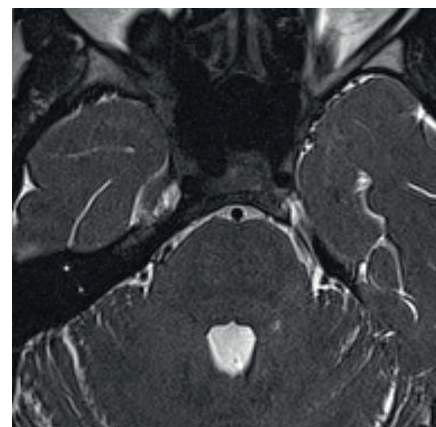


Рис.1. Сосудистая компрессия корешка тройничного нерва.

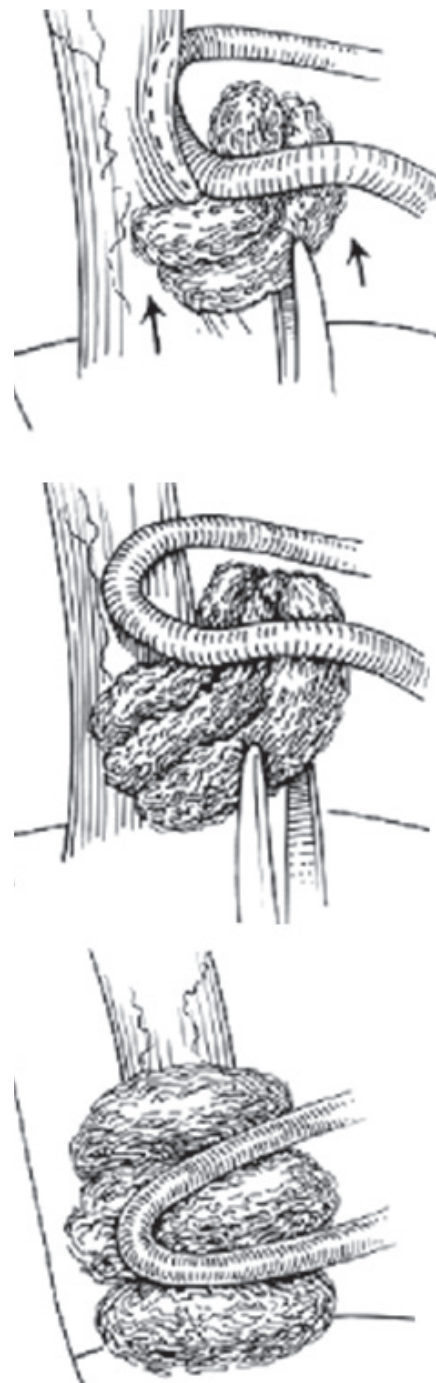


Рис.3. Установка прокладки между нервом и сосудом.



СИНДРОМ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА

Через канал запястья проходят 9 сухожилий мышц сгибателей: 4 сухожилия глубокого сгибателя пальцев, 4 сухожилия поверхностного сгибателя пальцев, 1 сухожилие длинного сгибателя большого пальца. Между сухожилиями глубокого и поверхностного сгибателей пальцев проходит срединный нерв.

Синдром карпального канала возникает в результате сужения в области запястного канала и сдавления срединного нерва. Причиной сужения канала могут быть утолщение поперечной связки кисти, дополнительные образования в области канала, травмы в области лучезапястного сустава, ревматоидные заболевания и сахарный диабет.

Какими признаками (симптомами) проявляется синдром карпального канала?

- Боль в кисти или 1, 2, 3 пальцах руки. Часто боль бывает двусторонняя, боль может распространяться в предплечье.

- Усиление боли в ночное время.
- Онемение в 1,2,3 пальцах руки.
- Атрофия мышц области тенора.
- Ощущение удара током в пальцы при поколачивании в области карпального канала.
- Усиление боли при сгибании в лучезапястном суставе в течение 20-40 секунд.

Диагностика

Диагностика основана на данных МРТ шейного отдела позвоночника для исключения грыж и опухолей в шейном отделе позвоночника, которые клинически могут проявиться как синдром карпального канала. В обязательном порядке выполняется УЗИ срединного нерва в области карпального канала, а так же элртонеиомиографическое исследование срединного нерва.

Консервативное лечение

Лечение начинается с консервативной тактики, которая включает физиотерапевтическое лечение, иглорефлексотерапию,

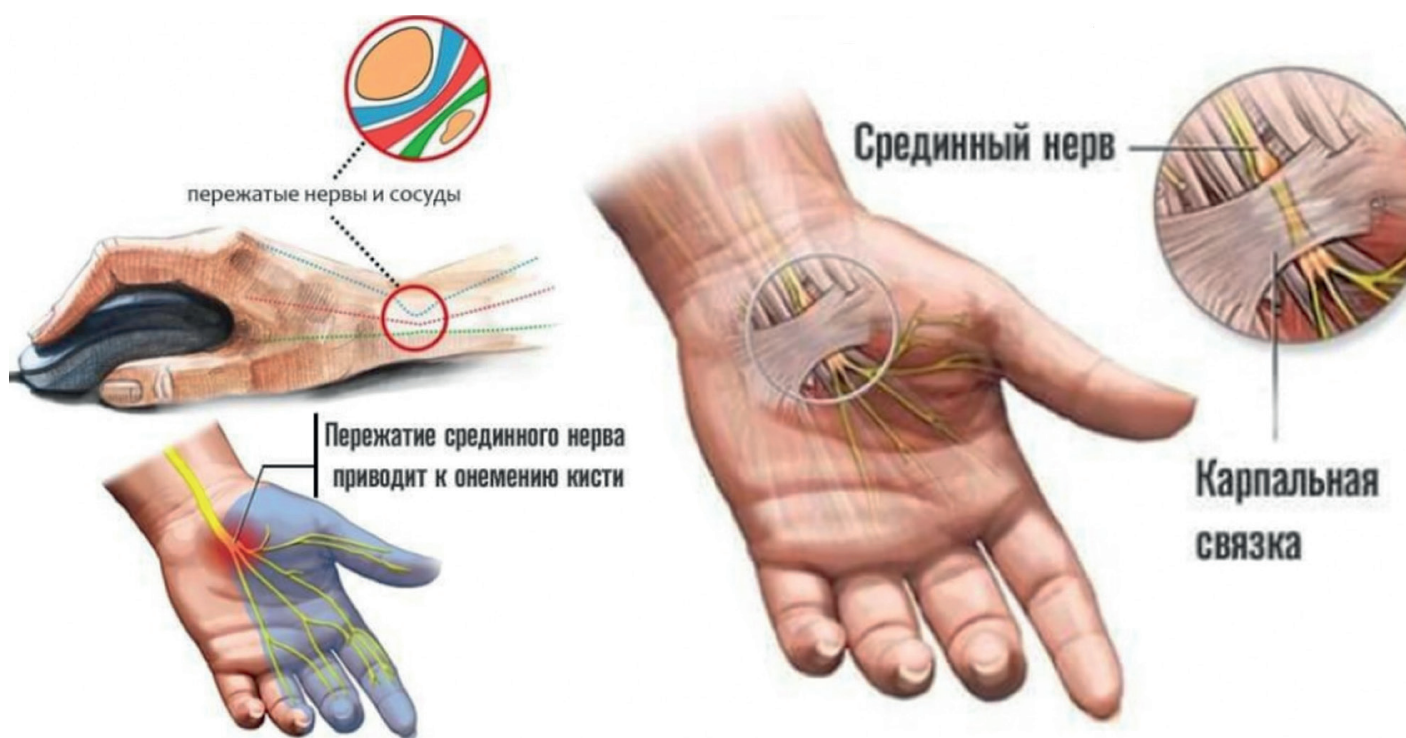
прием нестероидных противовоспалительных препаратов и стероидную блокаду срединного нерва в карпальном канале.

Блокада выполняется под контролем УЗИ, в область карпального канала вводится лекарственная смесь, которая состоит из местного обезболивающего препарата и стероидного гормона. После блокады возникает онемение в пальцах (преимущественно в 1, 2, 3), которое проходит в течение 2-12 часов, в зависимости от вида анестетика. Эффективность блокады оценивается, как правило, через три недели.

Хирургическое лечение

Хирургическое вмешательство применяется при слабости и атрофии мышц кисти, выраженном болевом синдроме, онемении в пальцах, а также при неэффективности консервативного лечения.

Микрхирургическая операция выполняется под местной ане-



стезией, иногда проводится легкий внутривенный наркоз. В проекции срединного нерва выполняется разрез длиной 2 см, пересекается запястная связка и освобождается срединный нерв, после чего накладываются швы на мягкие ткани.

Эндоскопическая операция выполняется под местной анестезией, иногда с добавлением внутривенного наркоза. Через

небольшое отверстие под запястную связку подводится эндоскоп. Специальным ножом под контролем эндоскопа пересекается запястная связка без разреза подлежащей кожи. Продолжительность такой операции — от 15 до 30 минут.

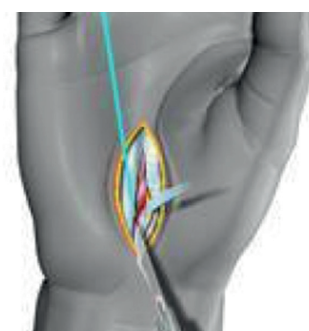
Пациент выписывается из клиники в день операции, иногда рекомендуется фиксировать лучезапястный сустав. Если рабо-

та не связана с физической нагрузкой на оперированную руку, то приступить к ней можно уже со следующего дня. Физические нагрузки стоит отложить на 1-3 недели.

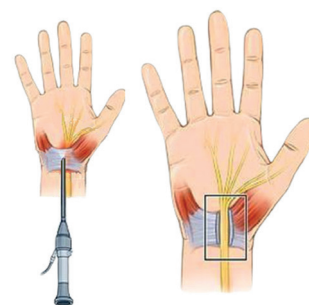
Эффективность операции при лечении карпального канала составляет 98%. При этом боли в пальцах проходят сразу, а онемение — в течение 3-6 месяцев. ■



При блокаде в область карпального канала вводится лекарственная смесь, которая состоит из местного обезболивающего препарата и стероидного гормона.



Микрхирургическая операция.



Эндоскопическая операция.

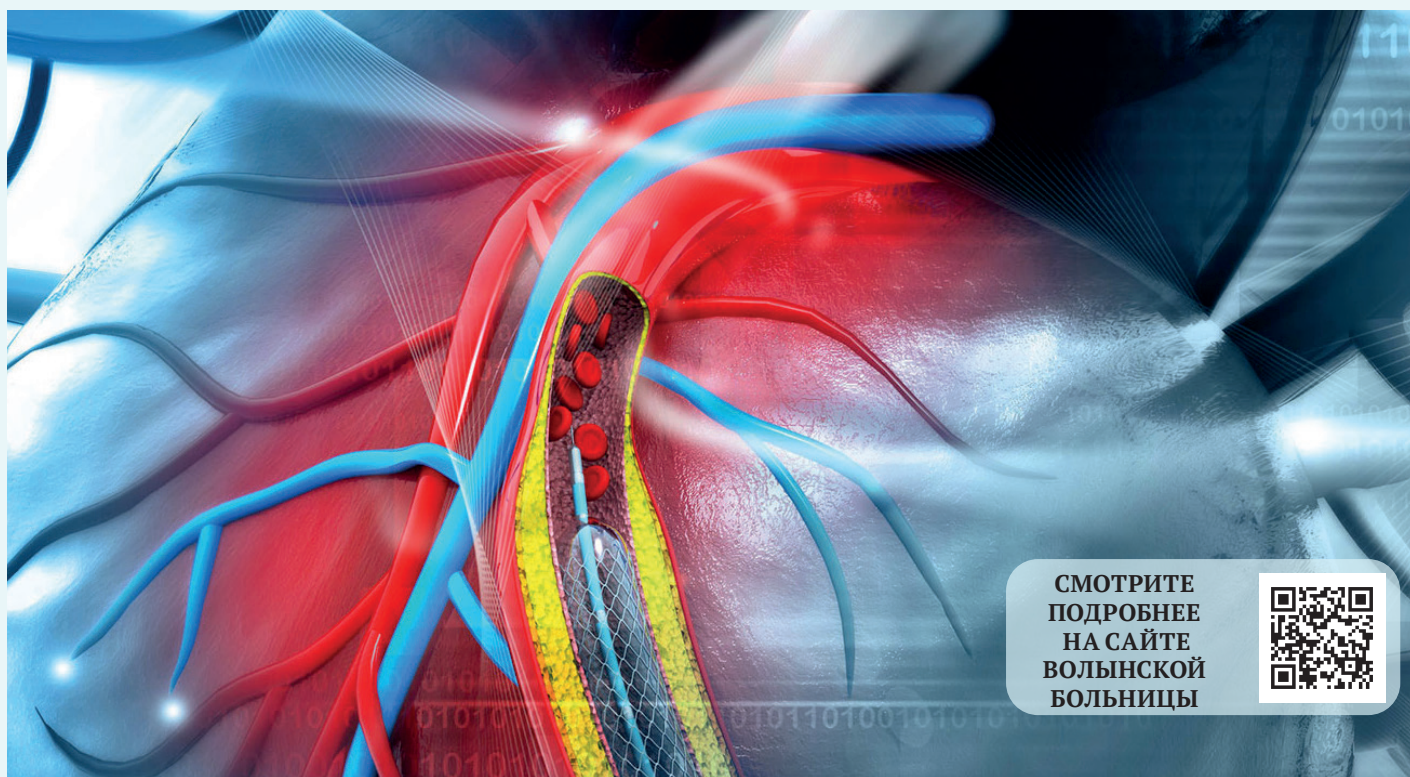
ФГБУ «Клиническая больница №1»
Управления делами Президента
Российской Федерации

ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

• Центр сердечно-сосудистых заболеваний создан в Волынской больнице для оптимизации лечения пациентов с сердечно-сосудистой патологией с использованием последних научно-технических достижений.

• В Центре выполняются открытые, эндоваскулярные и гибридные операции при лечении патологии всех сосудистых бассейнов, а также высокотехнологичные исследования и операции при нарушениях сердечного ритма и проводимости.

• Взаимодействие рентгенохирургов и сосудистых хирургов позволяет достичь оптимальных результатов при лечении патологии артерий нижних конечностей, брахиоцефальных, почечных и висцеральных артерий, при заболеваниях вен.



СМОТРИТЕ
ПОДРОБНЕЕ
НА САЙТЕ
ВОЛЫНСКОЙ
БОЛЬНИЦЫ



ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) УДП РФ
121352, г. Москва, ул. Староволынская, 10

Колл-центр:
(495) 620-80-95

Сайт:
volynka.ru

Моб. приложение:
«Больница №1»

Telegram канал:
@volynka_vestnik