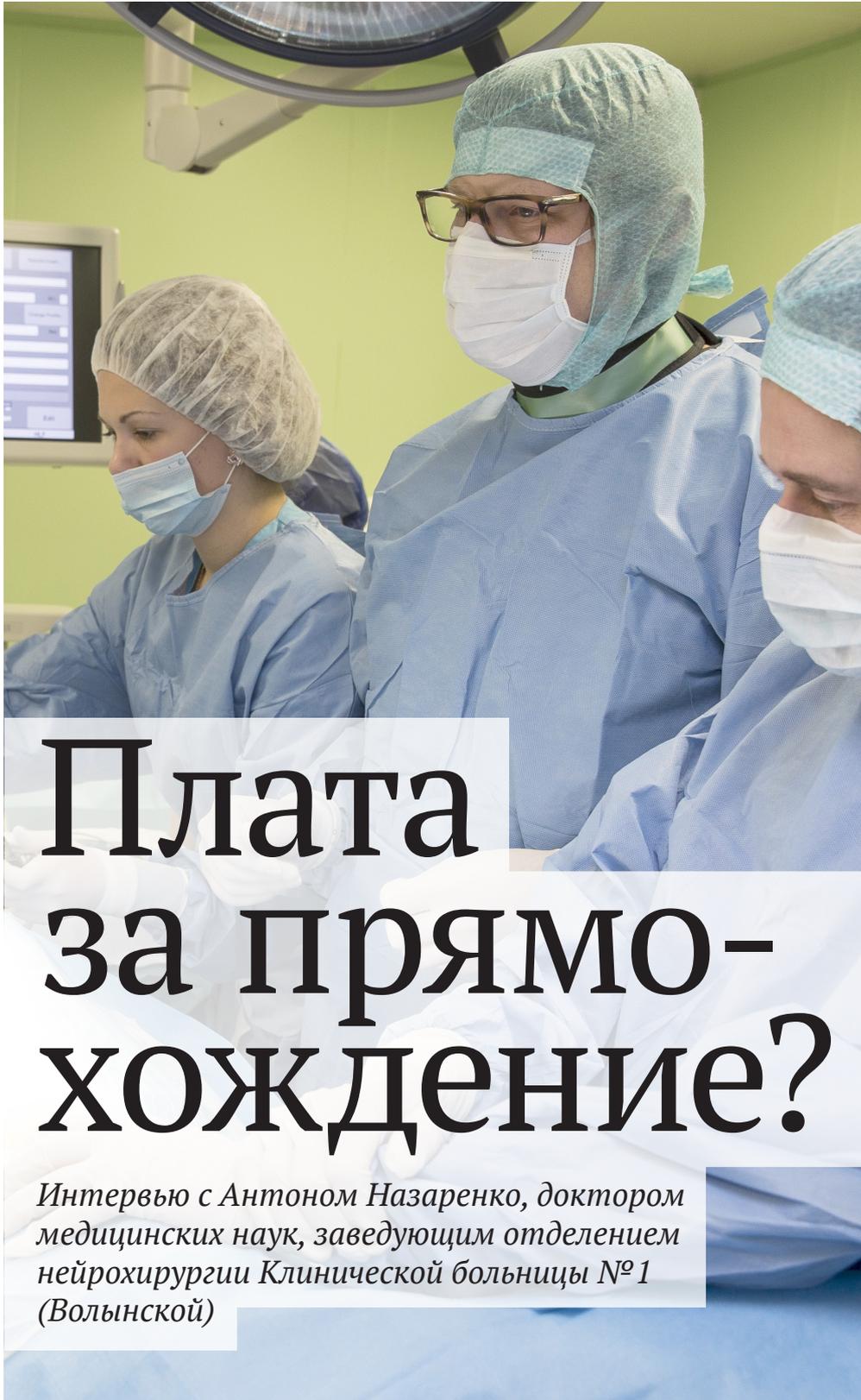


Волынская

больница *медицинский вестник* №7 / 2014



Плата за прямохождение?

Интервью с Антоном Назаренко, доктором медицинских наук, заведующим отделением нейрохирургии Клинической больницы №1 (Волынской)

- Антон Герасимович, говорят, что болезни позвоночника - это плата человека за прямохождение?

- На мой взгляд, некорректно говорить о том, что болезни это плата за что-то. Применительно к боли в спине можно говорить о том, что есть целый ряд факторов, которые могут увеличивать вероятность ее возникновения. Прежде всего, это функционирование человека в условиях сверхнагрузок, например, у профессиональных спортсменов. Известно, что образ жизни также может быть спутником боли в спине (избыточный вес, сидячая офисная работа, большие физические нагрузки и т.д.). Известно, что более 80% населения земного шара хоть раз в жизни испытывают боль в спине. Большинство случаев требует минимального консервативного лечения. Крайне важно понимать, что симптом «боль в спине» может быть проявлением и других заболеваний. В этой связи правильно при появлении боли в спине обратиться к специалисту неврологу, который проведет обследование и составит план действий.

- Антон Герасимович, к своевременному обращению к специалисту мы еще вернемся. Но прежде - о вашем отделении. Оно ведь не так велико - 22 койки.

- Для неспециализированной клиники - вполне достаточно. У нас одностольные, двухместные палаты, достаточно удобные, комфортные, современные, включая Wi-Fi. Но главное - мы подразделение огромной клинической больницы. Это позволяет нам работать по принципу «замкнутого контура». Если пациент обращается к нам с какой-то проблемой, благодаря тому, что у нас есть отделения неврологии, отделение лучевых методов диагностики, отделение физиотерапевтических методов лечения, наше нейрохирургическое отделение, а нас еще страхуют терапевты, кардиологи, - мы можем для каждого пациента составить индивидуальный план лечения. Пациент может в короткие сроки пройти все этапы лечения - от диагностики до реабилитации после операции.



- Для работы по современным методикам требуется высококвалифицированный персонал, врачи.

- Все врачи отделения - либо сотрудники Института нейрохирургии, либо прошли в Институте аспирантуру и ординатуру, все специалисты имеют научные степени. На этапе образования все специалисты отделения проходили обучение не только в отделениях Института Нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко, но и в ведущих клиниках США и Европы в рамках образовательных программ по разным направлениям нейрохирургии. Следует отметить, что обучение в Институте подразумевает ротацию специалистов в разных отделениях (Институт состоит из 10 специализированных отделений). Врачи за два года ординатуры и три года аспирантуры проходят по каждому из этих отделений по несколько месяцев. А это ведущие отделения в России, а некоторые и в Европе. Сотрудники отделения проходили ординатуру и аспирантуру в разных отделениях Института, что позволяет нам охватывать все основные направления нейрохирургии.

Тесное сотрудничество с Институтом позволяет нам, при необходимости, приглашать на консультацию его ведущих сотрудников.

Наше сотрудничество осуществляется в разных направлениях. Совместно с Институтом мы работаем над Российским вертебрологическим регистром, принимаем участие в плановых научных темах. Совместно с отделением спинальной нейрохирургии проводим семинары с международным участием. В частности, в марте 2014 года совместно с отделением спинальной нейрохирургии (руководитель отделения - д.м.н. Н.А. Коновалов) впервые в России внедрили новую хирургическую технологию «DLIF» для лечения дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника. В рамках семинара был проведен курс лекций и 2 операции, в которых принимали участие нейрохирурги из разных городов России и специалисты из Европы.

- **Мировая тенденция - как можно меньше держать больных в стационаре.**

- Это скорее относится к коммерческим клиникам. Простой пример: операция микродискэктомия при гры-

же межпозвонкового диска. Пациента можно выписать через день после операции. Но мы этого никогда не делаем, пусть это коммерчески менее выгодно для клиники: в раннем послеоперационном периоде пациент находится под контролем, начинает заниматься лечебной физкультурой с врачами нашего реабилитационного отделения, проходит физиотерапию, еще ряд консервативных методик, - и мы выписываем его, как правило, на пятые - седьмые сутки. Пациент уходит спокойно, зная, что у него не будет никаких проблем. Если выписать пациента на вторые сутки, ему все равно придется обратиться в клинику: надо сделать перевязку операционной раны и т.д.

травматичность операций. Все новые технологии повышают безопасность пациента и улучшают исходы лечения. В нейрохирургии сегодня активно используются интраоперационные компьютерные томографы, навигационные и робот-ассистированные технологии.

Говоря о дегенеративных заболеваниях позвоночника, следует отметить, что сегодня благодаря развитию методов нейровизуализации мы почти всегда можем установить диагноз. Однако, стремительное техническое развитие специальности привело сегодня к тому, что для лечения одного и того же заболевания существует несколько вариантов лечения. Таким образом,



Назаренко Антон Герасимович. Заведующий нейрохирургическим отделением Волынской больницы, врач-нейрохирург, д.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ нейрохирургии им. Академика Н.Н. Бурденко РАМН

- **Вы в нейрохирургии уже более 12 лет, как меняются подходы к лечению, технологии?**

- Последние десятилетия характеризуются появлением большого количества новых хирургических технологий - в большинстве клиник стали применять микроскопы, что значительно улучшило качество хирургического лечения.

Следует отметить, что появились новые направления в нейрохирургии - эндоваскулярная нейрохирургия, радиохимирургия. Широкое распространение эндоскопических технологий позволило значительно уменьшить

актуальной стала проблема поддержки принятия решения при выборе оптимального варианта лечения, в частности, хирургического. Для решения этой проблемы совместно с Вычислительным центром РАН им. А.А. Дородницына разработана система прогнозирования исходов, которая позволяет после обследования правильно выбрать ту или иную медицинскую технологию. По нашим наблюдениям точность этого прогноза во всех группах превышает 87%.

Заболевания позвоночника, в большинстве случаев - это иллюстрация процессов естественного старения ор-





Операция на позвоночнике в нейрохирургическом отделении

ганизма. Есть даже выражение «aging spine» (стареющий позвоночник), и число наших пациентов увеличивается из года в год еще и потому, что средняя продолжительность жизни

людей в развитых странах растет.

А что делать, чтобы не попасть к нам? Необходимо стараться вести здоровый образ жизни - заниматься физкультурой, двигаться, плавать.

- В каких случаях обращение к вам необходимо, неукоснительно?

- Боль в спине, которая изменяет походку, иррадирует в ногу, онемение в ноге. Даже если боль время от времени пропадает. Она же появится через три - четыре месяца и будет сильнее, интенсивнее. Это есть прямое указание - срочно обратиться к неврологу. Невролог устанавливает диагноз по топическим симптомам, формулирует план обследования и принимает решение: - консультация нейрохирурга не нужна, это наиболее часто встречающийся вариант, и тогда невролог назначает лечение. Ведь боль в спине могут вызвать и еще многие и многие заболевания. Если же нужна консультация нейрохирурга, врачи отправляют пациента к нам. И мы принимаем решение - можем ли и как мы ему можем помочь. Причем руководством для нейрохирурга является принцип: мы обязаны сделать минимально, но достаточно. При малой проблеме никогда не делай больших операций. А самое лучшее - когда можно операцию вообще не делать!

Высокотехнологичные нейрохирургические операции **бесплатно** (по квоте), без длительного ожидания. Подробнее: **(495) 442-43-52**



Ударно-волновая терапия в лечении болей в спине



Физиотерапевтическое отд. и лечебной физкультуры
Врач мануальный терапевт
Буякова И.В.

Дистрофические изменения позвоночника обычно проявляются в виде спондилеза, спондилоартроза, остеохондроза позвоночника. При клиническом исследовании невозможно разграничить эти понятия, верифицировать диагноз можно на основании данных рентгенологического исследования, магнитно-резонансной и компьютерной томографии (МРТ и КТ).

При спондилезе костеобразование происходит под передней продольной связкой. При рентгенологическом исследовании выявляются остеофиты в виде скоб, в направлении от тел позвонков, огибающие межпозвонковые

диски. При спондилоартрозе наблюдаются дистрофические изменения дугоотростчатых суставов. На рентгенограммах обнаруживаются сужение суставной щели и костные разрастания по суставным поверхностям.

Остеохондроз характеризуется дистрофическими изменениями межпозвонкового диска и прилежащих к нему тел позвонков. Рентгенологически при остеохондрозе наблюдаются снижение высоты межпозвонкового диска с развитием краевых остеофитов, расположенных перпендикулярно оси позвоночника, склероз субхондральных отделов тел позвонков, скошенная форма передних отделов тел позвонков, при функциональной нагрузке выявляется смещение позвонков (переднее, заднее, боковое).

С помощью КТ удастся не только определить характер и распро-

страненность поражения, но и выявить на более ранних стадиях дистрофические изменения позвоночника, когда они еще не определяются на рентгенограммах. При КТ четко видны разрывы контуров, сужение межпозвонковых отверстий, деформации дурального мешка спинного мозга. При дистрофических изменениях позвоночника часто выявляется «вакуум-феномен» - скопление газа в зоне студенистого ядра или по периферии диска, высвобождаемого при изменении гидростатического давления в пораженном межпозвонковом диске.

На МРТ при дистрофических изменениях выявляется снижение высоты межпозвонковых дисков, наличие протрузий или экструзий межпозвонковых дисков, определяется взаимоотношение между межпозвонковым диском и сосудисто-нервным



пучком.

Часто у больного присутствуют все варианты дистрофического поражения позвоночника.

Наиболее общим проявлением всех дистрофических изменений позвоночника является боль в спине. Этот симптом не специфичен для дистрофических изменений позвоночника, и встречается при многих других заболеваниях. Боли в спине могут быть проявлением заболеваний сердечно-сосудистой системы (поражения аорты, легочной артерии, аневризма брюшной аорты, венозный застой, кардиомиопатии, инфаркта миокарда и т.д.), патологии внутренних органов (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, опухоли, дивертикулы толстого кишечника, пневмонии и др.), травмы позвоночника и мягких тканей, а также новообразований позвоночника и т.д. Установлено, что вертеброгенные дорсалгии могут встречаться также и у больных с рассеянным склерозом.

При вертеброгенных спинальных болях одной из важнейших задач, стоящих перед врачом, является снятие болевого синдрома, купирование мышечного спазма, а также нормализация фона настроения и мотивация к выздоровлению у больного.

В большинстве клинических случаев (до 90% по данным литературы) в основе болей в спине лежит миофасциальный синдром. Миофасциальный болевой синдром – это мышечная боль, связанная с ограниченной зоной изменения болевой чувствительности. В этих зонах локализуются так называемые триггерные или пусковые точки. Триггерная точка пальпируется в уплотненном или тугом тяже скелетной мышцы, локализуется в мышечной ткани или фасции, при этом пациент ощущает типичный по интенсивности и иррадиации болевой синдром.

Триггерная точка является пусковой кнопкой для развития патофизиологического процесса, приводящего к искажению проприоцептивной информации от спазмированной мышцы, сохранению остаточного напряжения мышцы и снижению порога возбудимости, вторичному нарушению микроциркуляции и формированию порочного круга «боль-мышечный спазм-боль».

Лечение вертеброгенных дорсалгий включает применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), миорелаксантов, обезболивающих и раздражающих ма-

зей, лечебные блокады и т.д. Активно и эффективно применяются нефармакологические методы лечения: физиотерапия, лечебная физкультура, мягкотканая мануальная терапия, массаж, иглорефлексотерапия и т.д.

Методы нефармакологического лечения дорсалгий постоянно развиваются и совершенствуются. Одним из перспективных методов лечения миофасциального синдрома является экстракорпоральная ударно-волновая те-



Экстракорпоральная ударно-волновая терапия в отделении ФТО и ЛФК

рапия (ЭУВТ). Ударная волна является высокоэнергетическим одиночным импульсом давления, который распространяется от источника к точке воздействия. В воздушной среде ударная волна преобразуется в звуковую (акустическую). ЭУВТ позволяет наносить «точечные» удары по триггерной точке, не повреждая близлежащие ткани.

Цель ударно-волновой терапии – это разрыв порочного круга развития болевого синдрома, восстановление микроциркуляции и метаболизма в пораженном отделе позвоночника. Данные эффекты достигаются благодаря физическим и молекулярно-биологическим эффектам, свойственным ударной волне. Проявлением вышеуказанных эффектов является гиперстимуляционная анальгезия триггерной точки, метаболический и сосудистый эффекты.

Благодаря гиперстимуляционному эффекту происходит гиперполяризация мембраны нейронов, что приводит к временному блоку проведения раздражения. Сосудистый эффект реализуется вследствие стрессорной капиллярной реакции в виде спазма при воздействии ударной волны с последующим расширением капилляров.

ЭУВТ доказала свою эффективность не только при латеральных и медиальных эпикондилитах, плантарном фас-

ците, плечелопаточной периартропатии, но и при миофасциальных болевых синдромах. Для эффективной терапии дорсалгии важно определить локализацию основной триггерной точки и производя на нее воздействие, разорвать порочный круг боли.

Под нашим наблюдением находилось 18 пациентов с вертеброгенными дорсалгиями. 11(61%) человек с вертеброгенной цервикалгией, 7(39%) – с вертеброгенной люмбалгией. Мужчин

- 8 человек (44,4%), женщин - 10 человек (55,6%). Возраст пациентов составлял от 21 до 54 лет (средний возраст 37,5 года). Среди пациентов с дорсалгиями у 6 человек основным диагнозом был рассеянный склероз. Всем пациентам проводилась медикаментозная терапия (НПВС, миорелаксанты, лечебные блокады). Кроме того применялся метод ЭУВТ. Так как ведущим фактором возникновения болевого синдрома, в том числе и у больных с рассеянным склерозом, являлся миофасциальный синдром с наличием триггерных пунктов, воздействие проводилось с учетом субъективных ощущений пациента. Индивидуально подбирались максимальная интенсивность ударной волны. Сеансы проводились 1 раз в неделю, курс 3-5 сеансов. У всех пациентов наблюдался хороший положительный эффект с купированием болевого синдрома, нормализацией мышечного тонуса, увеличением объема движений в пораженном отделе позвоночника.

Применение ЭУВТ в комплексном лечении дорсалгий, с учетом триггерных пунктов значительно повышает эффективность лечения, позволяет скорректировать медикаментозную терапию, ускоряет сроки выздоровления.

