ПРОГРАММА

[**18 сентября
(6 баллов НМО)**](https://brainschools.ru/brainschools-nerveses.html#nkt-program-tab-18)

|  |
| --- |
| **СЕССИЯ 4. ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ.**Председатели: к.м.н. С.И. Дедаев, к.м.н. Д.А. Тумуров, к.м.н. А.Г. Федяков, Н.Н. Алипбеков. |
| **10.00 - 10.30** | **СИНДРОМ ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА.**д.м.н. А.С. НикитинНесмотря на значительное развитие и существенный прогресс экспериментальной науки и клинической медицины за последние годы, число пациентов с синдромом оперированного позвоночника не становится меньше. Доклад посвящен актуальным проблемам ведения пациентов с синдромом оперированного позвоночника. |
| **10.30 - 10.40** | **Дискуссия** |
| **10.40 - 11.10** | **РАДИОЧАСТОТНАЯ ИМПУЛЬСНАЯ АБЛЯЦИЯ КОРЕШКОВ КОНСКОГО ХВОСТА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ПОЗВОНОЧНИКА.**Ф.А. ЛаркинВедение болевого синдрома, включающее своевременную диагностику и терапию, позволяет не только адекватно помочь пациентам, но и в существенной степени улучшить их функциональное состояние и качество жизни. В докладе описаны показания, способы вмешательства и результаты радиочастотной импульсной абляции корешков конского хвоста. |
| **11.10 - 11.20** | **Дискуссия** |
| **11.20 - 11.50** | **ГАНГЛИОН МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА.**Н.Н. АлипбековГанглион — образование, производящее макроскопически впечатление кисты, заполненной слизистоподобной массой, связанное с апоневрозом, сухожилием, реже с наружными слоями капсулы сустава. Располагается вокруг сухожильных влагалищ и суставов, а также в хрящах (так называемый meniscus-ganglion) и костях — параартикулярно (так называемый внутрикостный ганглион). Локализуется чаще всего в зоне коленного сустава, суставов кистей (более 50%), стоп. |
| **11.50 - 12.00** | **Дискуссия** |
| **12.00 - 12.30** | **ОПУХОЛЬ БАРРЕ-МАСОНА КАК ПРИЧИНА НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА.**к.м.н. А.Г. Федяков, З.Х. Плиева, проф. О.Н. Древаль, О.В. КоваленкоОдной из тяжелейших форм болевого синдрома является – нейропатический. Помимо значительного снижения качества жизни, потери трудоспособности, пациенты с хроническим нейропатическим синдромом страдают различными видами невротических расстройств. Нейропатические боли сопровождают опухолевые поражения периферических нервов (шванномы, нейрофибромы и т.д.), однако этот болевой синдром является и основным клиническим проявлением гломусной опухоли (опухоли Барре-Масона), которая не является опухолью нерва. Таким образом, дифференциальная диагностика опухоли Барре-Масона с другими новообразованиями периферической нервной системы, а также ведение пациентов с этой патологией представляет значительный интерес для врачей-клиницистов. |
| **12.30 - 12.40** | **Дискуссия** |
| **12.40 - 13.10** | **ЧРЕСКОЖНЫЙ НЕВРОЛИЗ СРЕДИННОГО НЕРВА НА УРОВНЕ КАРПАЛЬНОГО КАНАЛА: ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ, МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ, ВАРИАНТЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВА.**З.Х. Плиева, к.м.н. А.Г. Федяков, проф. А.В. Басков, к.м.н. А.В. Горожанин, М.А. РазинНа ранних стадиях компрессионно-ишемических нейропатий имеются неврологические нарушения (гипестезия, гиперпатия, нейропатический болевой синдром), обусловленные периневральным фиброзом, но при этом отсутствуют признаки компрессии нерва при ультразвуковом исследовании.Такие случаи вызывают сложности в определении тактики лечения: с одной стороны имеются симптомы, снижающие качество жизни пациента, с другой – отсутствуют точки приложения хирургического вмешательства ввиду отсутствия компрессии. Сотрудниками кафедры нейрохирургии РМАНПО разработан метод чрескожного невролиза периферических нервов под УЗ- контролем (патент № 2801026, Российская Федерация. 01.08.2023), направленный на устранение периневрального фиброза на начальной стадии компрессионно-ишемических нейропатий. В сообщении освещены топографо-анатомическое обоснование, методика проведения, варианты малоинвазивного чрескожного вмешательства при карпальном туннельном синдроме. |
| **13.10 - 13.20** | **Дискуссия** |
| **13.20 - 14.20** | **ПЕРЕРЫВ** |
| **14.20 - 14.40** | Лекция подготовлена при поддержке АО «Валента Фармацевтика», Баллы Совета НМО не начисляются.**ПАЦИЕНТ С БОЛЬЮ В СПИНЕ: СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА НЕВРОЛОГА.**к.м.н. Д.А. Тумуров |
| **14.40 - 14.50** | **Дискуссия** |
| **14.50 - 15.20** | **ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ НЕВРОМЫ МОРТОНА: НОВАЯ ТЕОРИЯ ПАТОГЕНЕЗА, ВОПРОСЫ НОМЕНКЛАТУРЫ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ.**М.А. Разин, к.м.н. А.Г. Федяков, к.м.н. А.В. Кузнецов, З.Х. ПлиеваНеврома Мортона – одна из наиболее распространенных компрессионных нейропатий, занимающая второе место по частоте встречаемости после карпального туннельного синдрома. Несмотря на высокую распространенность, врачи различных специальностей зачастую мало информированы об этой патологии, что приводит к длительно сохраняющемуся нейропатическому болевому синдрому, увеличению сроков оказания медицинской помощи и ошибкам маршрутизации пациентов. В настоящее время нет единого мнения о патогенетических причинах возникновения этого заболевания, подходах к выбору методов лечения, а также о номенклатуре невромы Мортона. Сообщение посвящено фундаментальным аспектам невромы Мортона, представлены авторская теория ее формирования, а также современные принципы лечения на основе патогенетического подхода |
| **15.20 - 15.30** | **Дискуссия** |
| **15.30 - 16.00** | **БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ОБЛАСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ. ТОЧКА ЗРЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА.**к.м.н. А.В. КузнецовБоли в области тазобедренного и коленного сустава являются сложной проблемой на стыке неврологии и ортопедии и порой вызывают сложности в ответе на вопрос, какой же специалист должен заниматься пациентом. Наличие ортопедической патологии в данной области нередко приводит к появлению неврологических проблем и наоборот – патология нейрогенного характера может служить причиной развития патологии ортопедического характера. В докладе приведена точка зрения ортопеда травматолога на дифференциальную диагностику при болевом синдроме в области тазобедренного и коленного сустава |
| **16.00 - 16.10** | **Дискуссия** |
| **16.10 - 16.40** | **КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАЛИЧОМ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ ЛИЦА.**к.м.н. З.Ю. ВисаитоваПаралич лица не является личной драмой пациента. Вне зависимости от причины нарушения мимики, зачастую, физические страдания пациента не являются основной причиной его десоциализации. Тяжелый психоэмоциональный фон, неприятие своего «нового лица»,  изолируют человека и нарушают его общественную жизнь. Вопросы физического здоровья переходят в социальную и, кроме того, экономическую проблемы. Хирургическая составляющая в программе по реанимации парализованного лица на данном этапе может рассматриваться как «монопрограмма», ввиду отсутствия необходимого уровня сотрудничества между специалистами, на разных этапах взаимодействующих с данными пациентами. Учитывая, высокую эффективность реабилитации пациентов с параличом лица при условии соблюдения основных требований к проводимому хирургическому лечению - формирование междисциплинарного подхода к лечению пациентов с параличом лица является актальной задачей.  |
| **16.40 - 16.50** | **Дискуссия** |
| **16.50 - 17.20** | **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИИ ТРАВМЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ.**Е.Н.ПластуненкоТравматическое поражение периферической нервной системы является достаточно частой ситуацией в нейрохирургической практике. В сообщении раскрыты основные моменты, влияющие на выбор методики и подхода к хирургическому лечению таких пациентов. |
| **17.20 - 17.30** | **Дискуссия** |