

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 13.06.2008 № 317**Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим із мононевропатіями**

Шифр за МКХ-10: G 55-59

Ознаки та критерії діагностики

Нетравматичні (тунельні, компресійно-ішемічні) мононевропатії – клінічний симптомокомплекс, що обумовлений стисненням судин та нервів в анатомічно сформованих каналах або тунелях, утворених кістками, м'язами, сухожиллями і т.п.

Тунельні невропатії є достатньо розповсюдженим поліетіологічним захворюванням нервової системи. Поширеність тунельних невропатій серед усіх захворювань периферичної нервової системи складає приблизно 40%.

Серед основних причин, що призводять до розвитку компресійно-ішемічних невропатій, називають травму (в тому числі довготривалу мікротравматизацію внаслідок професійної діяльності, занять спортом та ін.), особливості анатомічної будови (наявність вузьких каналів, сухожильних перетинок, кісткових відростків), спадкові аномалії (додаткові м'язи, додаткові ребра, фіброзні тяжі, кісткові шпори та ін.), ендокринопатії (гіпотиреоз, акромегалія), гормональну контрацепцію, вагітність, лактацію, вроджену вразливість периферичних нервів (генетично детерміновану), аліментарне голодування, атрофію підшкірно-жирової клітковини, системні захворювання та хвороби крові (ревматоїдний артрит, мієломна хвороба, амілоїдоз та ін.), пухлини та багато інших.

Види компресійно-ішемічних уражень:**Гострі нейропатії**

– Найчастіше є результатом травми (внаслідок безпосередньої дії травмуючого агента, швидко наростаючої гематоми або набряку, за рахунок стиснення уламками кісток або результати вивихів).

– Можуть бути ятрогенними (стиснення джгутом чи гіпсовою пов'язкою, в результаті неправильних укладок на операційному столі, стиснення фіксуєчими пластинами та ін.).

– Результат неправильного положення кінцівок.

– Внаслідок різкого перенапруження м'язів.

Хронічні нейропатії

– Тунельні компресійні синдроми.

– Посттравматичні компресійно-ішемічні нейропатії (стиснення кістковою мозоллю, стиснення внаслідок рубцевих змін оточуючих тканин).

Найбільш поширені види тунельних синдромів:**Верхньої кінцівки**

– Синдром верхнього грудного виходу.

– Лопаточно-реберний синдром.

– Синдром надлопаткового нерва.

– Тунельні синдроми серединного нерва (надвиростково-ліктьового жолобу, круглого пронатора, карпального каналу).

– Тунельні синдроми променевого нерва (радіальний тунельний синдром плеча, супінаторний, радіальний тунельний синдром зап'ястка, парестетична невралгія Вертенберга).

– Тунельні синдроми ліктьового нерва (надвиростково-ліктьового жолобу, кубітальний, в каналі Гюйона, в гороховидно-крючковидному каналі).

Нижньої кінцівки

- Затульного нерва.
- Хвороба Рота (нейропатія латерального шкірного нерва стегна).
- Здухвинно-пахвинна нейропатія.
- Синдром грушовидного м'яза.
- Синдром тарзального каналу.
- Синдром підшкірного нерва.

Тулуба

- Notalgia parestetica.
- Сідничого нерва.
- Синдром прямого м'яза живота.
- Стегново-пахвинна нейропатія.

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Клінічна картина тунельних невротій залежить від виду ураженого нерва, локалізації та ступеня компресії, темпу розвитку компресії, наявності супутніх компресійних ушкоджень судин, вікових та індивідуальних особливостей хворого.

Основними клінічними ознаками даного захворювання є:

- Поєднання сенсорних та моторних дефектів (ізолювані рухові розлади зустрічаються рідко і, як правило, є результатом травматичного ураження).
- В клінічній картині переважає больовий синдром, вегетативні розлади.
- Характерним є наявність парестезій.
- Пальпаторно у більшості хворих визначається локальний біль, що відповідає місцю компресії нервового стовбура.
- Цінною діагностичною ознакою є симптом Тінеля.
- Позитивними є тести, що поглиблюють компресійно-ішемічне ураження (пасивне згинання або розгинання в суглобах, піднімання кінцівки догори).
- Досить часто позитивний ефект при проведенні новокаїнгідрокортизонової параневральної блокади.
- В пізні терміни з'являється атрофія м'язів, що є несприятливою ознакою щодо прогнозу лікування.

Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Хворим з гострими мононевротіями (переважно травматичними) допомога повинна надаватись у відповідних відділеннях (судинних, травматологічних, хірургічних), в залежності від причини, що викликала стиснення нервового стовбура (гематоми, уламки кісток, вивихи та ін.).

У випадку, коли гостра невротія є домінуючим ураженням (тобто при відсутності супутніх ушкоджень) лікування повинно проводитися у неврологічному відділенні або амбулаторно під наглядом невропатолога.

Хворі з хронічними тунельними невротіями повинні проходити лікування у нейрохірургічному відділенні.

При наявності у хворого ознак компресійно-ішемічного ураження периферичних нервів необхідним є проведення стандартного комплексу досліджень, який повинен включати:

1. Загальний соматичний огляд з визначенням основних вітальних функцій (дихання, пульс, АД).
2. Неврологічний огляд.

3. Рентгенографія відповідної ділянки (наявність додаткових ребер, відростків кісток, кісткової мозолі, переломів, вивихів та ін.).

4. МРТ (візуалізація ділянки компресії нервового стовбура, МРТ хребта при диференційній діагностиці з остеохондрозом).

5. Електрофізіологічні методи дослідження, що проводяться в динаміці (мають вирішальне значення в діагностиці, виборі тактики та визначення ефективності відновного лікування). Основним електрофізіологічним показником, що свідчить про ступінь компресії, є латентний період ПД. Серед електрофізіологічних досліджень перевагу надають методикам реєстрації викликаних потенціалів (електронейроміографія). Необхідним є також забезпечення можливості виконання інтраопераційного електрофізіологічного дослідження.

6. Доплерографія судин кінцівок з виконанням згинально-розгинальних проб.

7. Визначення групи крові та резус-фактора.

8. Загальний аналіз крові та сечі.

9. Аналіз крові на вміст цукру.

10. Біохімічне дослідження крові (електроліти, загальний білок), показників осмолярності плазми крові та гематокриту, дослідження згортання крові.

Принципи лікування

Обсяг та послідовність надання лікувальної допомоги залежать від стану хворого, наявності супутніх ушкоджень, виду та ступеня ураження нервового стовбура.

При гострих невротіях за відсутності супутніх уражень, як правило, хірургічне лікування не показано.

Проведення декомпресії нервового стовбура виконується лише **при наявності показань до хірургічного лікування з приводу супутніх уражень, що викликали компресію:**

– Невідкладне хірургічне втручання показане при гострій компресії наростаючою гематомою або набряком.

– Абсолютним показанням до оперативного втручання в ранні терміни при гострих компресійних (як правило травматичних) ураженнях є наявність повного блоку проведення за даними електронейроміографії з ознаками повної денервації м'язових волокон, і з урахуванням інших обставин (характеру та механізму травми, клінічних проявів) та даних інших методів обстеження, може слугувати показом до оперативного втручання.

– Абсолютним показанням до оперативного втручання в ранні терміни також є наявність вираженого прогресуючого больового синдрому та швидка поява грубих вегетотрофічних порушень.

– До абсолютних показань належать відкриті ушкодження, що супроводжують ушкодженням значних магістральних судин і кісток.

В усіх інших випадках питання щодо хірургічного лікування визначається динамічним спостереженням та ЕНМГ контролем, і в разі відсутності позитивної динаміки повинно бути вирішене протягом 4-6 тижнів.

Нейрохірургічне втручання також показане при відсутності інформації про обсяг і характер операцій, зроблених в інших лікувальних закладах, особливо в неспеціалізованих, а також при відсутності відновлення втрачених функцій у межах термінів регенерації нервових волокон.

При хронічних компресійно-ішемічних ураженнях, в тому числі при тунельних синдромах, консервативне лікування, як правило, є неефективним. Застосування консервативного лікування є виправданим лише при відмові хворого від хірургічного лікування або при наявності протипоказань до оперативного втручання.

Наявність симптомів випадіння (гіпостезія, атрофія м'язів та ін.) є безумовним показанням до хірургічного лікування. Враховуючи механізми утворення компресійно-ішемічних невропатій, метою оперативних втручань, крім декомпресії нервового стовбура, є створення умов для запобігання повторного ураження. Ефективність лікування залежить від тривалості захворювання, рівня ушкодження, виду нервового стовбура, виразності рухових та вегетативно-трофічних порушень.

При виконанні втручань надають перевагу косметичним розрізам, що не проходять в проекції нерва. Суть оперативного втручання полягає в проведенні декомпресії нервового стовбура шляхом пересічення або видалення компресуючого агента. З метою запобігання рецидиву компресії допускається переведення нерва в інше анатомічне ложе за умови збереження його кровопостачання та відсутності натягнення.

Обов'язковим при наданні хірургічної допомоги хворим з тунельними невропатіями є виконання наступних умов:

1. Наявність спеціаліста, який володіє навичками мікрохірургічної техніки з гарним знанням топографічної анатомії периферичних нервів, здатним забезпечити точну діагностику характеру, ступеня та рівня ушкодження нерва.

2. Наявність мікроскопічної операційної техніки.

3. Наявність мікрохірургічного інструментарію, апаратури для інтраопераційної електродіагностики.

4. Адекватне анестезіологічне забезпечення.

Лікування в післяопераційному періоді є аналогічним консервативному лікуванню невропатій і включає призначення інгібіторів холінестерази, вітамінів групи В, розсмоктувочої терапії, біогенних стимуляторів, електростимуляції, масажу, ЛФК.

Протипоказання до оперативного втручання:

– порушення свідомості (сопор, кома), геморагічний або травматичний шок, інші вітальні порушення;

– критичні порушення системи згортання крові, ДВЗ-синдром;

– наявність супутньої патології, що призводить або може призвести до порушення вітальних функцій у хворого, або перешкоджає проведенню відносно тривалих операцій;

– наявність виражених трофічних порушень або явищ запалення в ділянці операції;

– тотальна атрофія м'язів у осіб старше 45-50 років;

– наявність грубих сухожильних, м'язових і кісткових контрактур.

Критеріями ефективності та очікуваними результатами лікування є зменшення вегетативно-трофічних порушень, зменшення або зникнення больового синдрому, регрес неврологічного дефіциту.

Середній термін лікування в нейрохірургічному відділенні – до 8 діб (може бути скорочений до 1-2 днів).

У подальшому хворому показано відновне лікування під наглядом дільничного невропатолога та травматолога (хірурга) з обов'язковим регулярним ЕНМГ контролем.

Головний позаштатний спеціаліст

МОЗ України за спеціальністю «нейрохірургія» Підпис

Є.Г. Педаченко