



ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ ДО ОПЕРАЦИИ

НЕВРОЛИЗ. ДЕКОМПРЕССИЯ И ОСВОБОЖДЕНИЕ НЕРВНЫХ СТРУКТУР

Невролиз — это хирургическая операция, направленная на освобождение нервного ствола периферического нерва от сдавления рубцовой тканью, спайками, костными разрастаниями или другими структурами, вызывающими его компрессию и нарушение функции. Данный метод позволяет восстановить проведение нервных импульсов, устранить болевой синдром и улучшить трофику (питание) тканей в зоне иннервации нерва.

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

- Посттравматические и послеоперационные рубцово-спаечные процессы, сдавливающие нервные стволы или корешки;
- Компрессионно-ишемические невропатии (туннельные синдромы), не поддающиеся консервативному лечению (синдром запястного канала, синдром кубитального канала и др.);
- Невромы (доброкачественные опухоли нерва) и их последствия;
- Стойкий болевой синдром, связанный с компрессией нерва, при неэффективности консервативной терапии;
- Нарушение двигательной функции и чувствительности в зоне иннервации пораженного нерва.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Тяжелое соматическое состояние пациента (декомпенсация сердечно-сосудистой, дыхательной систем);
- Необратимые нарушения свертываемости крови;
- Местный или общий инфекционный процесс в области предполагаемого вмешательства;
- Онкологические заболевания с прорастанием нерва (требует комбинированного лечения);
- Терминальные состояния.

ЭТАПЫ И ИХ ОСОБЕННОСТИ

Операция проводится под общим наркозом, регионарной (проводниковой) или местной анестезией с внутривенной седацией (в зависимости от локализации и объема вмешательства). Положение пациента на операционном столе определяется зоной операции (на спине, на животе, на боку, с отведенной конечностью).

ОСОБЕННОСТИ ДОСТУПА К НЕРВНЫМ СТРУКТУРАМ

Хирург выполняет разрез кожи и мягких тканей в проекции пораженного нерва или корешка. Доступ планируется таким образом, чтобы обеспечить максимально безопасное выделение нервных структур и минимальную травматизацию окружающих тканей. При необходимости используется операционный микроскоп или увеличительная оптика.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОЛИЗА

После обнажения нервного ствола или корешка хирург под контролем зрения (микроскопа) производит тщательное выделение нерва из окружающих рубцов и спаек. Рассекаются компрессирующие структуры: рубцовая ткань, спайки, утолщенные фасции, связки (например, поперечная связка запястья при карпальном туннельном синдроме). При наличии костных разрастаний (остеофитов), сдавливающих нерв, они удаляются. Важной задачей является сохранение питающих нерв сосудов (*vasa nervorum*) и окружающих тканей.

ОСОБЕННОСТИ ИНТРАНЕВРАЛЬНОГО НЕВРОЛИЗА

В случаях, когда рубцовый процесс захватывает не только окружающие ткани, но и проникает внутрь нервного ствола (между пучками), выполняется интраневральный невролиз. Под высоким увеличением микроскопа хирург рассекает рубцы между пучками нерва, освобождая каждый пучок. Эта манипуляция требует высочайшей квалификации и прецизионной техники.

ОСОБЕННОСТИ ОКОНЧАНИЯ ОПЕРАЦИИ

После завершения невролиза и освобождения нерва проводится тщательный гемостаз. Для профилактики повторного рубцевания могут использоваться специальные барьерные средства (гели, мембраны), которые помещаются между нервом и окружающими тканями. Рана послойно ушивается, при необходимости устанавливается дренаж (тонкая трубка) для оттока послеоперационного отделяемого. Дренаж удаляется обычно на 1-2 сутки.

После окончания операции пациента переводят в палату пробуждения, а затем в профильное отделение. Длительность пребывания в палате пробуждения определяется индивидуально. Затем пациент переводится в палату, где врач продолжает наблюдение и корректирует назначения. Активизация пациента (вставание, ходьба) разрешается обычно в день операции или на следующие сутки. Общий срок госпитализации составляет от 1 до 5 дней (в зависимости от сложности операции, локализации и восстановления).

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Распространенные (временные)

- Боль и дискомфорт в области послеоперационной раны;
- Отек мягких тканей в зоне операции;
- Усиление чувства онемения или парестезий («мурашек») в зоне иннервации нерва (реакция на декомпрессию);
- Гематома (синяк) мягких тканей в области операции;
- Тошнота после наркоза.

Редкие

- Неполное заживление послеоперационной раны;
- Присоединение инфекции (нагноение послеоперационной раны, неврит);
- Временное усиление неврологического дефицита (слабость в мышцах, нарушение чувствительности) из-за отека нерва;
- Формирование новой рубцовой ткани (рецидив компрессии) в отдаленном периоде;
- Повреждение питающих нерв сосудов.

Очень редкие

- Кровотечение с формированием гематомы, требующее повторного вмешательства;
- Повреждение нервного ствола или его пучков с развитием стойкого неврологического дефицита (паралич, грубое нарушение чувствительности);
- Каузалгия (комплексный регионарный болевой синдром) — выраженный болевой синдром после повреждения нерва;
- Тромбозмбolicеские осложнения.

Обращаем внимание, что представленная информация носит ознакомительный характер и не заменяет консультацию лечащего врача-нейрохирурга! Риски всегда обсуждаются индивидуально, так как зависят от локализации, протяженности и причины компрессии нерва, а также от исходного неврологического статуса пациента.