

## Корпоративна інформація

### Застосування нейромідину в комплексі лікування пошкодження черепних нервів під час операцій на сонних артеріях

Боженко Н.Л.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Судинні захворювання головного мозку посідають третє місце після серцево-судинних захворювань та пухлин у структурі захворюваності та смертності населення, їх частота становить 11,3%.

Ураження магістральних артерій голови (стеноз, оклюзія, патологія екстракраніальних сонних та хребтових артерій різного генезу) у 45% хворих є причиною виникнення транзиторних ішемічних атак (ТІА), в 40% — ішемічного інсульту, що спричиняє втрату працездатності хворого, а часто смерть.

Сьогодні важливим, сучасним і надійним методом попередження гострого порушення кровообігу головного мозку (ГПК ГМ) у пацієнтів з симптомами хронічної недостатності його гемодинаміки є реконструктивні операції на сонних артеріях (СА).

Кількість таких операцій в усьому світі збільшується. На базі відділення хірургії судин Львівської обласної клінічної лікарні здійснюють 130 таких операцій за рік.

Важливе значення має вивчення причин виникнення післяопераційних ускладнень, зокрема, інтра- та післяопераційного інсульту, гіперперфузійного синдрому, пошкодження черепних нервів (ЧН).

Частота ятрогенного ураження ЧН, за даними різних авторів, становить 47,5% [8].

Це, очевидно, зумовлене застосуванням комплексної оцінки до- і післяопераційного неврологічного статусу пацієнта. Під час оцінки розладів мови після операцій дослідники [6, 8] встановили, що частота невропатії під'язикового нерва і гортанних гілок блукаючого нерва становить 47,5%, що заставляє говорити про це ускладнення як супутнє при втручанні на СА.

Як правило, післяопераційна невропатія тимчасова і швидко зникає, проте, у деяких пацієнтів ураження ЧН впливає на результат операції (особливо за відсутності клінічних симптомів), що значно знижує якість їх життя.

За даними різних авторів, їх частота становить від 0,3% [8] до 9,6% [4], постійної невропатії ЧН — 33% з них.

Частота пошкодження ЧН у клініках Європи, Північної Америки становить 15,5–9,5%, у нашій

клініці — 11,7%, при цьому 3–4% — постійна невропатія.

Частота постійної невропатії ЧН співпадає з такою післяопераційного інсульту.

За останній рік у відділенні судинної хірургії оперовані 153 хворих з ураженням СА, з них 88 чоловіків і 65 жінок. Операцію виконували під загальним знеболенням.

До операції для підтвердження діагнозу хворим проводили ультразвукову доплерографію гілок дуги аорти та дуплексне сканування. При ТІА та ГПК ГМ більшості хворих проводили комп'ютерну томографію.

В стаціонарі до операції всіх хворих оглядали судинний хірург та невролог.

Симптоми порушення ЧН спостерігали в 11,2% хворих, в 1,5% — це було пошкодження язикоглоткового (ІХ) ЧН, у 3% — під'язикового (ХІІ), у 4,5% — гілки лицевого нерва (VІІ), у 4% — блукаючого (Х) та його гілок.

Метою роботи була оцінка ефективності лікування ураження ЧН під час операцій на СА з використанням схем, що включали нейромідин.

За даними літератури, в основі фармакологічної активності нейромідину лежить біологічно вигідне поєднання двох молекулярних ефектів — блокади калієвої проникності пре- та постсинаптичних мембран та інгібування активності холінестерази, що забезпечує безпосередню стимуляцію проведення імпульсу в нервово-м'язовому синапсі та нервовій системі. Нейромідин є фактично єдиним препаратом, який відновлює проведення імпульсу в периферичній нервовій системі, порушене внаслідок дії різних факторів травми, запального процесу, дії місцевих анестетиків.

Хворі розподілені на дві групи. Хворим першої групи призначали нейромідин в дозі 20 мг тричі на добу. Курс лікування 6–8 тиж; хворим другої групи — нейромідин по 1 таблетці 2 рази на добу, L-лізину есцинат 5 мл внутрішньовенно в 15 мл ізотонічного розчину натрію хлориду як протинабряковий засіб, 10 ін'єкцій, енелбін по 1 таблетці тричі на добу як судинний засіб, вітамінотерапію (групи В, С, А, Е), курс 4–6 тиж.

Під час клінічної оцінки відзначено хорошу переносність нейромідину.

Відновлення функції ЧН у хворих першої групи спостерігали з 10–12-ї доби лікування (табл. 1). Найменш ефективним лікування було у пацієнтів з супутніми захворюваннями (цукровий діабет). Курс лікування тривав 2 міс. У 5 пацієнтів повне відновлення досягнуте вже через 1 міс, у 2 — відновлення не було, очевидно, через тяжкість ураження.

**Таблиця 1. Результати лікування пацієнтів першої групи**

Результат	Кількість хворих	
	абс.	%
Хороший	8	53,3
Задовільний	5	33,3
Без змін	2	13,3

Найвищу ефективність лікування спостерігали у пацієнтів другої групи (табл. 2).

**Таблиця 2. Результати лікування у пацієнтів другої групи**

Результат	Кількість хворих	
	абс.	%
Дуже хороший/хороший	13	86,7
Задовільний	2	13,3
Без змін	—	—

Відновлення функції ЧН відзначали вже з 7–10-ї доби у 50% пацієнтів, повне відновлення — через 1–1,5 міс від початку лікування.

Аналіз ефективності лікування свідчив, що:

— лікування повинне бути комплексним і достатньо тривалим;

— нейромідин — ефективний препарат в комплексі відновної терапії пошкодження ЧН під час операцій на СА;

— застосування нейромідину дозволяє скоротити тривалість відновного періоду в середньому на (5±2,7) дня, сприяє більш повному відновленню втрачених функцій ЧН;

— нейромідин підвищує терапевтичну ефективність схем лікування ураження ЧН.

Визначені тенденції клінічної ефективності нейромідину дозволяють рекомендувати цей препарат у комплексі відновної терапії ураження ЧН. Його ефективність пролонгується й стабілізується при застосуванні протинабрякових, судинних засобів та вітамінотерапії.

### Список літератури

1. Ангиология и сосуд. хирургия. — 2003. — Т.9, №1. — С.114–121.
2. Лаврецкая Э.Ф. Амиридин. Проспект ВНИИСЭ-НТИ НПО Медбиоэкономика. — М., 1995. — 21 с.
3. Парпалей И.А., Головаченко Ю.И., Калищук-Слободян Т.Н. и др. Применение нейромедина в комплексной терапии заболеваний периферической нервной системы. — Укр. вісн. психоневрології. — 2003. — Т.11, вип. 1/34. — С.59–63.
4. Фокин А.А., Куклин А.В., Алехин Д.И., Зотов С.П. Частота поврежденных черепно-мозговых нервов при реконструктивных операциях на сонных артериях // Новые технологии профилактики, диагностики и лечения внутренних болезней. — Челябинск, 2000. — Вып.5. — С.100–101.
5. Ballotta E., Da Ciau G., Renon L. Cranial and cervical nerve injuries after carotid endarterectomy, a prospective study // J. Surg. — 1999. — V.125, N1. — P.85–91.
6. European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group. MRC European Carotid Surgery Trial interim results for symptomatic patients with severe (70–99%) or with mild (0–29%) carotid stenosis // Lancet. — 1991. — V.337. — P.1235–1243.
7. Herrzer N.R., Feldman B.J., Beven E.G., Tucker H.M. A prospective study of the incidence of injury to the cranial nerves during carotid endarterectomy // Surg Gynec. Obstet. — 1980. — V.151, N6. — P.781–784.
8. Liapis C.D., Satiani B., Florance C.L., Evans W.E. Motor speech malfunction following carotid endarterectomy // Surgery. — 1981. — V.89, N1. — P.56–59.
9. Rosenbloom M., Friedman S.G., Lamparello P.J., Imperato A.M. Glossopharyngeal nerve injury complicating carotid endarterectomy // J. Vasc. Surg. — 1987. — V.5, N3. — P.469–471.
10. Vasques G., Mascoli F., Buccoliero F., Occhionorelli S. Iatrogenic lesions of nerves during endarterectomy of the carotid artery // Minerva Chir. — 1994. — V.49, N9. — P.813–877.