

## РЕЗЮМЕ

## Регенерация коагулированной шейки матки при лечении диспластических процессов у беременных женщин

Салай Н., Салай В., Горог Т., Грига И.В.

В результате проведенных клинических исследований диспластических процессов у беременных женщин, отмечено положительное действие комбинированного лечения – электрокоагуляции и препарата № 1.

## SUMMARY

## Regeneration of the coagulated cervix uter in treating displastic processes in pregnant

M.Salay, V.Salay, T.Gorog, I.Griga

As the result clinical investigations of the displastic processes in pregnant. Positive reaction combined treatment (coagulation and preparations N 1) has been marked during – clinical investigations of the displastic processes in.

## УСКЛАДНЕННЯ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА В ХІРУРГІЇ СТЕНОЗІВ СОННОЇ АРТЕРІЇ

Смоланка В.І.

Ужгородський державний університет, м. Ужгород

Хірургія сонних артерій як профілактика ішемічних порушень мозкового кровообігу завойовує все більшу популярність у світі. Цьому сприяють в першу чергу статистичні дані, що свідчать про різке зменшення повторних ішемічних розладів у оперованих хворих в порівнянні з тими, хто лікувався консервативними методами. В той же час повідомлення багатьох нейрохірургів та судинних хірургів [3,5], показуючи безсумнівні переваги хірургічного методу, застерігають щодо післяопераційних ускладнень. На жаль, в спеціальній літературі ми не знаходимо праць з докладним аналізом цієї проблеми.

Метою нашого дослідження була оцінка причин, діагностика та профілактика ускладнень в ранньому післяопераційному періоді у хворих з стенозами сонних артерій, що перенесли ішемічний інсульт.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Нами проаналізовані результати хірургічного втручання 91 хворого з стенозом екстракраніального відділу внутрішньої сонної артерії ( 77 чоловіків та 14 жінок). У всіх хворих діагностовано гостре порушення мозкового кровообігу по типу ішемічного інсульту у великих півкулях головного мозку. Хворі оперовані в строки від одного до 42 днів після розвитку захворювання. Корекція звуження артерій виконувалась різними методами (ендартеректомія, ендovasкулярна дилатація, денудация) в залежності від причин стенозу та стану хворого. Переважна більшість оперативних втручань виконана під загальною анестезією. У випадку виникнення

післяопераційних ускладнень хворі повторно обстежувались з допомогою комп'ютерної томографії, доплерографії, при необхідності виконувалась ангіографія.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Ранній післяопераційний період був ускладнений в 8 випадках (8.8%). У двох хворих тимчасово наріс неврологічний дефіцит. В одному випадку проводилось видалення пухлини каротидного тільця (хемодектома). Поглиблення неврологічного дефіциту в даному спостереженні ми схильні пояснити активними маніпуляціями при видаленні пухлини, що була тісно спаяна з біфуркацією загальної сонної та стінкою внутрішньої сонної артерій. Другий випадок є ускладненням після ендартеректомії, ми констатували тимчасове наростання у хворого парезу кінцівок. З найбільшою імовірністю, це було наслідком емболізації з атероматозної бляшки під час операції, так як проведені повторно комп'ютерна томографія та доплерографія не виявили додаткової патології. Після п'ятиденного прийому пентоксифіліну рухові розлади зникли.

Післяопераційне наростання неврологічного дефіциту є найбільш неприємним ускладненням в хірургії магістральних судин шиї. Згідно з даними різних авторів, число минаючих порушень мозкового кровообігу та післяопераційних інсультів коливається в межах від 0% [1] до 6.8% [2]. Однією з основних причин цих ускладнень є емболізація мікротромбами або частинками атероматозної бляшки під час її видалення. Другою причиною є



часте падіння перфузійного тиску в середній мозковій артерії під час тимчасової оклюзії сонних артерій. Як відомо, у хворих, що перенесли ішемічний інсульт, реактивність судин головного мозку та ауторегуляція мозкового кровотоку в значній ступені втрачена. Це призводить до того, що такі хворі стають дуже чутливими до коливань перфузійного тиску, особливо при накладанні зажимів на сонні артерії при видаленні атероматозних бляшок. З метою прогнозування можливості цих ускладнень виконувалось тестування на толерантність мозку до оклюзії гомолатеральної сонної артерії з допомогою електроенцефалографії, доплерографії на фоні проб Матаса. Під час операції проводився моніторинг лінійної швидкості кровотоку по середній мозковій артерії під час перетискання сонних артерій. Ці заходи доповнювались обов'язковим захистом мозку (внутрішньовенне введення пірацетаму, пентоксифіліну та підйом артеріального тиску на 20 -30 мм рт.ст.), внутрішньовенною одноразовою ін'єкцією 5000 од. гепарину. Слід відмітити, що жодного разу ми не користувалися внутрішньосудинним шунтуванням.

Профілактика судинних післяопераційних ускладнень потребує виконання ряду інтраопераційних хірургічних заходів. Надзвичайно важливим вважаємо використання мікрохірургічної техніки під час операції, що дозволяє акуратно та кваліфіковано виконати видалення атероматозної бляшки та послідує ушивання стінки судини. При виявленні протяжної бляшки, неможливості видалення її дистального кінця після зрізання його з метою профілактики післяопераційної оклюзії артерії рекомендуємо накладання матрачних швів між краєм бляшки та стінкою каротиди. Одним із суттєвих моментів при ендартеректомії є накладання зажимів дистально на внутрішню сонну артерію до мобілізації біфуркації загальної сонної артерії з метою профілактики інтраопераційної тромбоемболізації. Необхідним є надзвичайна акуратність при маніпуляціях на артеріях. W. Moore [4] звертає увагу на високий ризик післяопераційної оклюзії внутрішньої сонної артерії у випадку поєднання атеросклеротичного стенозу та звитості судини. В подібних випадках наша тактика полягала у одномоментній корекції стенозу та подовження артерії. Так, у трьох хворих ендартеректомія доповнена усуненням перегину, в двох випадках виконана резе-

кція петлі з анастомозом "кінець в кінець" або "кінець внутрішньої сонної артерії в біфуркацію загальної сонної артерії".

В двох спостереженнях нами відмічений стійкий підйом артеріального тиску на протязі найближчих днів після операції. Характерно, що обидва хворі були прооперовані з приводу екстравазального стенозу гирла ВСА. Тому в виникненні гіпертензії зв'язуємо з пошкодженням синусного нерва або значними маніпуляціями на ньому. Синдром ліквідований введенням гіпотензивних засобів.

Одним із рідких ускладнень є синдром гіперперфузії мозку, який може проявлятися судорожними випадками, внутрішньомозковими крововиливами або головними болями. Таку симптоматику (гемікранії) ми спостерігали в одного хворого з складним "тандемним" стенозом внутрішньої сонної артерії. Судина була звужена атеросклеротичним процесом (атероматозною бляшкою) та екстравазально (ангіографічно виявлявся перегин із септальним стенозом на рівні С2 хребця). Крім того артерія була гіпоплазованою, що спонукало нас ендартеректомію та усунення перегину доповнити інтралюмінальною ангіопластиком балон-катетером. З другого дня після операції хворий почав скаржитись на головні болі мігренозного характеру, який припинився після прийому ангіопротекторів.

Одне з ускладнень було пов'язано з неправильним розтином м'яких тканин при виконанні хірургічного доступу. Внаслідок виконання розтину занадто близько до кута щелепи було пошкоджено мандибулярну гілку лицевого нерву.

Значний післяопераційний набряк м'яких тканин спостерігався у одного хворого, що було швидко ліквідовано дачею протинабрякової терапії.

## ВИСНОВКИ

1. При хірургії стенозів сонних артерій у хворих з ішемічними інсультами нами констатовано 8.8% ускладнень в ранньому післяопераційному періоді.

2. Зменшення післяопераційних ускладнень потребує прийняття ряду профілактичних заходів.

3. Профілактика ускладнень після каротидної хірургії повинна включати ретельне передопераційне обстеження хворого, інтраопераційний медикаментозний захист мозку та моніторинг кровотоку, використання мікрохірургічної техніки та ряд інших спеціальних хірургічних прийомів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Bardin J.A., Bernstein E.F., Humber P.B. Is carotid endarterectomy beneficial in prevention of recurrent stroke? // Arch. Surg. - 1982 - v.117. - P. 1401-1408.
2. Connolly J.E., Kwaan J.H.M., Stemmer E.A. Improved results with carotid endarterectomy. // Ann Surg. - 1977 - v. 186. - P. 334-337.
3. Easton J.D., Sherman D.G. Stroke and mortality rate in carotid endarterectomy: 228 consecutive operations. // Stroke, 1977 - v.8. - P.565 - 571.
4. Hertzner N.R. Early complications of carotid endarterectomy: incidence, diagnosis and management // Surgery for cerebrovascular disease. Ed. by



5. W.S.Moore - Churchill Livingstone - New York, Edinburgh, London - 1987. - P. 625 - 650.  
 6. Sundt T.M. Jr, Meyer F.B., Piegras D.G., Fode N.C. Prevention and management of postoperative complications // Sundt's Occlusive Cerebrovascular Disease, Ed. by F.B. Meyer - W.B. Saunders - Philadelphia, London, Toronto -1994. - P.248-263.

## РЕЗЮМЕ

## Осложнения и их профилактика в хирургии стенозов сонных артерий

Смоланка В.И.

Анализируя результаты хирургического лечения 91 больного со стенозом экстракраниального отдела внутренней сонной артерии, автор констатирует возникновение осложнений у 8 больных в ранний послеоперационный период (временное нарастание неврологического дефицита, стойкий подъем артериального давления, синдром гиперперфузии мозга, повреждение мандибулярной ветви лицевого нерва, отек мягких тканей шеи). Рассмотрены причины осложнений, способы их устранения. Профилактика их должна включать тщательное предоперационное обследование больного, интраоперационную защиту мозга и мониторинг кровотока, использование микрохирургической техники и ряда других специальных хирургических приемов.

## SUMMARY

## Postoperative complications and their prevention in carotid surgery

V.I.Smolanka

Author have analyzed the results of 91 cases of carotid surgery and examines the causes and management of the various types of postoperative complications (transient neurological deficit, arterial hypertension, hyperfusion syndrome, facial nerve injury, wound oedema) in 8 patients. The prevention should include careful preoperative examination, intraoperative brain defense and blood flow monitoring, use of microsurgical technique.

## ДИНАМІКА МІОТОНОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ ІЗ ЗАСТАРІЛИМИ УШКОДЖЕННЯМИ ПЛЕЧОВОГО СПЛЕТЕННЯ

Страфун С.С., Лайуні Р., Юхно Ю.А.

Український науково-дослідний інститут травматології і ортопедії;  
 Український державний університет фізвиховання, м.Київ.

Серед травматичних пошкоджень верхньої кінцівки особливе місце займають травми плечового сплетення. Це обумовлено важкістю ушкоджень та продовженим періодом реабілітації, а також необхідністю складного багатоетапного оперативного лікування. На кожному етапі реабілітації таких хворих доцільно мати об'єктивну картину функціонального стану м'язів для обґрунтування вибору оптимальної тактики лікування. Динаміка змін біомеханічних властивостей м'язової тканини в травмованому сегменті дозволяє судити про ступінь відновлення чи атрофії м'язів, і, таким чином, мати об'єктивну картину їх функціонального стану [1,2]. Скелетні м'язи мають певну жорсткість, під якою розуміють їх здатність до опору при місцевій контактній дії. Більшість методів, що використовуються в наш час для виміру жорсткості м'язів базуються на реєстрації їх реакції у відповідь на механічну дію. Приклади, за допомогою яких реалізують наведені вище методи вимірювання

жорсткості м'язів, прийнято називати міотонометрами.

## МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою вивчення динаміки стану скелетних м'язів 52 пацієнтам із застарілими ушкодженнями плечового сплетення були проведені міотонометричні дослідження в динаміці.

Міотонометричні дослідження базувались на аналізі затухаючих м'язових коливань, викликаних дозованим (каліброваним) ударом. В 1995 році Лапутінін А.М. [4] був модифікований даний метод з використанням персонального комп'ютера, що дозволив отримувати інформацію в графічній та цифровій формі в реальному масштабі часу. Ця методика дозволяє на сьогоднішній день найбільш повно проаналізувати зміни в стані скелетної мускулатури при впливі фізичних вправ, зокрема, реєструвати такі біомеханічні параметри скелетної мускулатури: амплітуда та стан ізотонічної та ізометричної.