



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38937 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ТРАВМАТИЧНИХ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВИХ КРОВОВИЛИВІВ

1

2

(21) u200810474

(22) 18.08.2008

(24) 26.01.2009

(46) 26.01.2009, Бюл.№ 2, 2009 р.

(72) ГОТІН ОЛЕКСАНДР СЕРГІЙОВИЧ, UA, БО-
ЛЮХ АНДРІЙ СЕРГІЙОВИЧ, UA, ПЕДАЧЕНКО
ЄВГЕН ГЕОРГІЙОВИЧ, UA, ГОРБАТЮК КОСТЯН-
ТИН ІВАНОВИЧ, UA

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА, UA

(57) Спосіб лікування гострих травматичних внутрішньомозкових крововиливів, який полягає в тому,

що виконують розріз шкіри та м'яких тканин над крововиливом, хрестоподібно розтинають тверду мозкову оболонку, пунктують порожнину крововиливу та аспірують його доступну частину, через контрапертуру в крововилив проводять силіконовий катетер, через який з частотою 1 раз на 6 годин вводять фібринолітик з попередньою елегантною аспірацією лізованої крові під контролем спіральної комп'ютерної томографії головного мозку 1 раз на добу.

Корисна модель відноситься до медицини і, зокрема, до хірургії та може застосовуватись для хірургічного лікування постраждалих з гострими травматичними внутрішньомозковими крововиливами.

Відомий спосіб лікування травматичних внутрішньомозкових крововиливів передбачає резекційну або кістково-пластичну трепанацію черепа, видалення крововиливу через великий розріз шкіри (8-15см), округлу резекцію частини кісток склепіння черепа для адекватного видалення згортків крововиливу [А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов «Клиническое руководство по черепно-мозговой травме» 2т. Москва „АНТИДОР” 2001, ст.346-347].

Основними недоліками методу є значна травматизація м'яких тканин та організму в цілому (великий шкірний розріз, резекція кісток склепіння черепа), необхідність проводити пластику утвореного дефекту кісток склепіння черепа через 1-3міс після операції, необхідність проводити оперативне втручання під загальним ендотрахеальним інтубаційним наркозом, наявність ризиків у пацієнтів з важкою соматичною патологією та у похилого віку пацієнтів, пов'язаних як із важкістю самої операції так і з проведенням загального наркозу, тривале перебування пацієнтів у стаціонарі, наявність післяопераційного косметичного дефекту, поява метеозалежності (за рахунок дефекту кісток склепіння черепа).

Прототип даного способу не відомий. В основу корисної моделі «Спосіб лікування гострих трав-

матичних внутрішньомозкових крововиливів» поставлено завдання шляхом використання фібринолітиків (засобів, що розчиняють нитки фібрину за рахунок протеолізу пептичних зв'язків плазміногену, таким чином активуючи останній), для лізису згортків крововиливу, та переведення їх у рідку форму, здійснити малоінвазивну аспірацію лізованого вмісту крововиливу.

Поставлене завдання здійснюється способом, який полягає в тому, що виконують розріз шкіри та м'яких тканин над крововиливом, хрестоподібно розтинають тверду мозкову оболонку, пунктують порожнину крововиливу та аспірують його доступну частину, через контрапертуру в крововилив проводять силіконовий катетер, через який з частотою 1 раз на 6 годин вводять фібринолітик з попередньою елегантною аспірацією лізованої крові під контролем спіральної комп'ютерної томографії головного мозку 1 раз на добу.

Спосіб здійснюється таким чином - під місцевою анестезією або при потребі загальний ендотрахеальний наркоз, виконують розріз шкіри та м'яких тканин довжиною до 3-4см над крововиливом. Після скелетування кістки накладають фрезевий отвір. Хрестоподібно розтинають тверду мозкову оболонку. Пунктують крововилив. Шляхом аспірації видаляють доступну частину крововиливу. Через контрапертуру в крововилив проводять силіконовий катетер з внутрішнім діаметром 2мм. Операційну рану зашивають наглухо. Через дренаж проводять аспірацію рідкої частини гематоми, після чого розпочинають саме процедуру локаль-

U
(13)

38937
(11)

UA
(19)

ного фібринолізу шляхом введення по дренажу фібринолітика. Ми використовували стрептокіназу, по дренажу вводили по 50000 одиниць останньої кожні 6 годин, попередньо елегантно аспіруючи лізовану кров. Контролем слугувало покращення стану хворого та позитивна динаміка на спіральній комп'ютерній томографії (СКТ) головного мозку, яка виконувалась кожні 24 години проведення фібринолізу. Після зменшення об'єму крововиливу більше, ніж на 70%, процедура локального фібринолізу припинялась.

Ми використали метод для лікування 6 пацієнтів з травматичним внутрішньомозковим крововиливом. У всіх хворих для повного видалення крововиливу вистачило до 72 годин. Активізація хворих проводилась на наступний день після операції, а регрес неврологічної симптоматики спостерігали через дві доби. У всіх пацієнтів використання локального фібринолізу призвело до повного видалення крововиливу, рецидивування останнього не було відмічено.

Ні в одному випадку не було відмічено системної дії фібринолітику, чи змін у коагулограмі пацієнтів.

Було виконано загалом по 3 СКТ головного мозку за весь період лікування. Середній час перебування пацієнта в клініці склав 13,7 діб.

Результати проведеного лікування оцінені по шкалі результатів Глазго через 3 місяці після травми:

Добре відновлення - 4 пацієнта

Помірна інвалідизація - 2 пацієнта

Застосування локального фібринолізу показало ефективність у хірургічному лікуванні травматичних внутрішньомозкових крововиливів малого та середнього об'єму у пацієнтів в компенсованому та субкомпенсованому стані.

Використання даного методу значно зменшує травматизацію операції, а також дозволяє проводити останню під місцевою анестезією, на противагу комбінованому ендотрахеальному наркозу. Це значно знижує операційний ризик, особливо у пацієнтів похилого віку та пацієнтів з важкою соматичною патологією.

Використання даної методики дозволяє:

- активізувати хворих у коротші строки після операції;

- зменшити час перебування хворих у стаціонарі (відповідно зменшити витрати на лікування одного пацієнта);

- покращити якість життя пацієнтів у ранній післяопераційний період.