



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37397 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/02

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ТА ПІДГОСТРИХ ТРАВМАТИЧНИХ СУБДУРАЛЬНИХ КРОВОВИЛИВІВ

1

2

(21) u200808131

(22) 17.06.2008

(24) 25.11.2008

(46) 25.11.2008, Бюл.№ 22, 2008 р.

(72) БОЛЮХ АНДРІЙ СЕРГІЙОВИЧ, UA, ГОТІН ОЛЕКСАНДР СЕРГІЙОВИЧ, UA, ГОРБАТЮК КОСТЯНТИН ІВАНОВИЧ, UA, ПЕДАЧЕНКО ЄВГЕН ГЕОРГІЄВИЧ, UA, ОЛЬХОВ ВАЛЕРІЙ МИХАЙЛОВИЧ, UA

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

(57) Спосіб лікування гострих та підгострих травматичних субдуральних крововиливів, який харак-

теризується тим, що виконують розріз шкіри та м'яких тканин над крововиливом, накладають фрезевий отвір (до 1 см в діаметрі), хрестоподібно відкривають тверду мозкову оболонку, надалі шляхом аспірації та відмивання видаляють доступну частину крововиливу, через контрапертуру в крововилив проводять силіконовий катетер, через який з частотою 1 раз на 6 годин вводять фібринолітик з попередньою елегантною аспірацією візованої 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 та підгострими субдуральними крововиливами.

Відомий спосіб лікування травматичних субдуральних крововиливів передбачає резекційну 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» 2 т. 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 ме-

теозалежності (за рахунок дефекту кісток склепіння черепа).

Прототип даного способу не відомий. В основу корисної моделі «Спосіб лікування гострих та підгострих травматичних субдуральних 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, накладають фрезевий отвір (до 1см в діаметрі), хрестоподібно відкривають тверду мозкову оболонку, надалі шляхом аспірації та відмивання видаляють доступну частину крововиливу, через контрапертуру в крововилив проводять силіконовий катетер, через який з частотою 1 раз на 6 годин вводять фібринолітик з попередньою елегантною аспірацією візованої крові під контролем спіральної комп'ютерної томографії головного мозку 1 раз на добу.

Спосіб здійснюється таким чином - під місцевою анестезією (в рідких випадках, при потребі загальний ендотрахеальний наркоз) виконують

UA (19) 37397 (13) U

розріз шкіри та м'яких тканин довжиною до 3-4см над крововиливом. Після скелетування кістки накладають фрезевий отвір та хрестоподібно відкривають тверду мозкову оболонку. Шляхом аспірації та відмивання 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 локального фібринолізу шляхом введення по дренажу фібринолітика. Ми використовували стрептокіназу, по дренажу вводили по 50 000 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 5 пацієнтів з гострим та 2 пацієнтів з підгострим субдуральним крововиливом. У всіх хворих для повного видалення крововиливу вистачило 48 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 фібринолітики чи змін у коагулограмі пацієнтів.

В 77% було виконано загалом по 3 СКТ головного мозку за весь період лікування (23% по 2 СКТ). Середній час перебування пацієнта в клініці склав 11 діб.

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

Добре відновлення – 78%

Помірна інвалідизація – 23%

Застосування локального фібринолізу показало ефективність у хірургічному лікуванні гострих та пігострих субдуральних 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.