



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** **К МАЛОМУ ПАТЕНТУ**

1

(21) 2201693
(22) 01.06.2022
(46) Бюл. 192, 2023
(71)(73) Турдибоев Ш.А. (TJ)
(72) Бердиев Р.Н. (TJ); Турдибоев Ш.А. (TJ);
Шоев С.Н. (TJ); Рахмонов Б.А. (TJ)
(54) **СПОСОБ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ ПРИ ГЕМО-
РАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ**
(56) 1. Мартынов М.Ю., Щукин И.А. Окислительный
стресс у больных с мозговым инсультом. Consilium
Medicum Неврология. -2010. №2.С.14-17.

2. Дашьян В.Г. Хирургическое лечение геморагического инсульта: автореф. Диссертации доктора мед. наук: 14.00.28, 14. 00.13 / Дашьян Владимир Григорьевич. – М, 2009. 49с.

3. Академия инсульта. Материалы Школы Научного центра неврологии по сосудистым заболеваниям мозга. Под ред. М.М. Танашян, М.А. Пирадова. – М.: ООО «Медиа Менте», 2015. 176с.

4. Геморрагический инсульт: Практическое руководство / под редакцией В.И. Скворцовой, В.В. Крылова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 160с.

2

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к нейрохирургии, и может быть использовано в лечении внутричерепных гематом в результате геморрагических инсультов. Сущность изобретения заключается в том, что путем применения алгоритма с учетом размера, локализации гематомы, возраста пострадавшего, глубину нарушения уровня сознания и оценка соматического состояния пациента выбирается тактика лечения больных с геморрагическим инсультом. Так как именно при внутричерепных гематомах, причиной которых является нарушение кровообращения по геморрагическому типу, объем гематомы не является обязательным показателем для постановки показания к операции. Геморрагический инсульт в большинство случаев встречается у людей пожилого возраста, поэтому любая общая анестезия и операция негативно влияют на течение болезни в послеоперационном периоде.

Изобретение относится к медицине и предназначено для улучшения исходов лечения внутричерепных гематом при геморрагических инсультах.

Аналогом заявленного изобретения является способ тактики диагностики и лечения травматических внутричерепных гематом у детей с применением алгоритма диагностики и лечения. Недостатком данного аналога: указанный способ с применением вышеуказанного алгоритма является неполноценным, так как его эффективность предназначена больше диагностике, чем лечению травматических внутричерепных гематом. А также этот способ применяется только детям с травматическими внутричерепными гематомами [1,2].

Прототипом является способ выбора тактики лечения больных с нетравматическими внутричерепными гематомами в хронической форме путем применения алгоритма дифференцированной тактики. Способ предназначен только для хирургического лечения хронических внутричерепных гематом. Сущность способа заключается в том, что принимая во внимание томоденситометрические данные определяется объем и тактика хирургического вмешательства, а также способ обезболивания больных с данной патологией. Естественно учитывается и экстракраниальные соматические изменения, и возраст пациента. Недостатком этого способа является то, что данный алгоритм применяется только при хронических внутричерепных гематомах и он эффективен только у больных, которым показана операция [3,4].

Задачей предлагаемого способа является устранение указанных недостатков, оптимизация выбора тактики лечения позволяющая повысить его эффективность путем применения современных лучевых методов диагностики (нейровизуализация на КТ и МРТ), так как где точно можно определить размер, локализация, структура, плотность, характер, отношение к смежным структурам головного мозга, состояние цистерн и желудочков головного мозга и выбрать тактики лечения и ведения больных с данной патологией. А также обязательно учитывается соматическое состояние больных, возраст, глубина нарушения уровня сознания.

Сущность изобретения заключается в том, что путем применения алгоритма с учетом размера, локализации гематомы, возраста пострадавшего, глубину нарушения уровня сознания, оценка соматического состояния пациента выбирается тактика лечения больных с геморрагическим инсультом. Показания и противопоказания к хирургическому лечению и консервативному лечению приведено на фигуре.

Показания к хирургическому лечению:

Пушманальное и субкортикальное кровоизлияние объемом 30 см³ и более сопровождающееся выраженным неврологическим дефицитом и/или приводящее к дислокации мозга (смещению срединных структур более 5 мм или деформации цистерн ствола мозга).

Кровоизлияние в мозжечок объемом более 20 см³, диаметром более 3 см, сопровождающееся компрессией ствола мозга и/или окклюзионной гидроцефалией.

Кровоизлияние в мозжечок объемом 20 см³ и более, сопровождающееся гематомпадой IV желудочка и окклюзионной гидроцефалией ВМГ, сопровождающееся гематомпадой желудочков и окклюзионной гидроцефалией.

Противопоказания к хирургическому лечению

Хирургическое вмешательство не показано при угнетении сознания до комы (ШКГ - 7 баллов и менее).

Относительным противопоказанием к операции явились наличие тяжелой соматической патологии (сахарный диабет, почечно-печеночная, сердечно-сосудистая и легочная патология в стадии суб- и декомпенсации, коагулопатии, сепсис).

Возраст больных выше 75- 80 лет.

Неуправляемая артериальная гипертензия - систолическое давление более 200 мм рт.ст.

Показания к консервативному лечению:

1. Компенсированное состояние больных (ясное сознание или оглушение – 13-15 баллов GCS).

2. Отсутствие характерных симптомов сдавления мозга при поступлении и в динамике наблюдения.

3. Наличие при КТ или МРТ головного мозга ВЧГ до 30 мл супратенториальной и до 10-15 мл субтенториальной локализации, не вызывающей грубой деформации желудочковых систем на стороне кровоизлияния, сдавления подпаутинных пространств, базальных цистерн и дислокации срединных образований мозга.

Так как именно при внутричерепных гематомах, причиной которых является нарушение кровообращения по геморрагическому типу объем гематомы не является обязательным показателем для постановки показаний к операции. Геморрагический инсульт в большинстве случаев встречается у людей пожилого возраста, поэтому любая общая анестезия и операция негативно влияют на течение болезни в послеоперационном периоде.

Преимуществом данного метода является:

Данный алгоритм легкодоступный, экономичный, так как всегда и в любых условиях можно определить тактику лечения.

В отличие от других алгоритмов этот алгоритм позволяет выбрать оптимальный вариант лечения больных с геморрагическим инсультом.

Пример 1. Больной С. 43 года доставлен попутной машиной в приемное отделение ГО Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в тяжелом состоянии. Из анамнеза, за час до поступления у больного на фоне полного здоровья резко состояние ухудшилось и отмечена пенистое выделение изо рта. Из анамнеза со слов жены периодически больной жаловался на головные боли. При поступлении состояние тяжелое. АД 180/100 мм.рт.ст. Пульс- 116 ударов/минут.

В неврологическом статусе: уровень сознания оценивалась сопор. Имеется анизокорея с мидриазом справа. Фотореакция сохранена. При нанесении болевых раздражителей отмечается координированные движения с устранением справа. Имеется левосторонняя гемиплегия. Менингеальная симптоматика в

виде ригидности мышц затылка. Сухожильные рефлексы слева чуть высокие. На КТ имеется внутримозговая гематома теменно-височной долей головного мозга справа с объемом 90-100 мл. Смещение срединных структур головного мозга влево 12 мм.

Учитывая вышеуказанных больному произведена операция – кранэктомия теменно-височной костей с удалением ВМГ теменно-височной долей головного мозга справа, пластика ТМО с апоневрозом височной мышцы. Послеоперационный период протекал тяжело. Рана зажила первичным натяжением. Больной выписан с улучшением. Левосторонняя гемиплегия перешла на гемипарез.

Пример 2. Больная 78 лет, доставлена в тяжелом состоянии машиной СМП. Со слов детей за час до поступления дома на фоне повышения АД состояние ухудшилось. При поступлении состояние тяжелое. Дыхание ровное. ЧД 20 уд/мин. АД 200/110 мм. рт. ст. ЧСС 96 уд/мин. Больная в течение 12 лет страдает сахарным диабетом. Гипертоническая болезнь беспокоит около 10 лет. В неврологическом статусе сознание – умеренное оглушение. На вопросы отвечает неохотно. Простые инструкции выполняет. Зрачки одинаковые. Фотореакция сохранена. Имеется левосторонний грубый гемипарез. Положительная менингеальная симптоматика. На КТ имеется внутримозговая гематома глубинных отделов височной доли справа объемом около 30 мл. Смещение срединных структур мозга 6 мм влево.

Учитывая умеренное оглушение больного, соматического статуса, объем ВМГ и локализацию гематому в глубинных отделах головного мозга выбрана выжидательная тактика параллельно с проведением адекватной интенсивной терапии. В динамике состояние больной незначительно улучшилось. Через 2 недели произведена контрольная КТ, где гематома почти полностью рассосалась. Грубый гемипарез

перешел на легкий. Больная таким образом путем консервативной терапии улучшением выписана домой.

Пример 3. Больной 76 лет. Из анамнеза страдает гипертонической болезнью. Состояние больного резко дома ухудшилось и попутной машиной доставлено в приемное отделение. А также на фоне гепатита В цирроз печени. Сахарный диабет в течение 14 лет. АД 190/110 мм рт. ст. Пульс 98 уд/мин. ЧД 20 /мин.

В неврологическом статусе уровень сознания глубокое оглушение. Лежит закрытыми глазами. На зов открывает глаза периодами фиксации взора. Зрачки одинаковые. Фотореакция сохранена. Простые инструкции с трудом выполняет. Имеется правосторонняя гемиплегия. Положительная менингеальная симптоматика. На КТ имеется ВМГ височной доли головного мозга объемом около 40 мл. Смещение срединных структур головного мозга 7 мм слева на права. Учитывая тяжелый соматический фон, глубинной локализации гематому проводилась противотечная и другие компоненты интенсивной терапии. Через 20 дней по некоторым улучшением состояния больного произведена контрольная КТ, где гематома разжижалась и имеется перифокальный отек. После консилиума решено произвести мининвазивную операцию - трепанация височной кости с эндоскопическим удалением подострой ВМГ под в/в наркозом. Послеоперационный период протекал относительно гладко. Больной с улучшением выписан домой.

Таким образом, с использованием КТ можно следить за динамику течения внутричерепных гематом, эволюции внутричерепных гематом с своевременным применением соответствующих лекарств в определенной стадии ее, а также лечить консервативным методом.

Формула изобретения

Способ выбора тактики лечения внутричерепных гематом, включающий обследование пациента, отличающийся тем, что во время обследования у пациента (больного) с геморрагическим инсультом определяют размер и очаг (локализацию) гематомы, глубину нарушения уровня сознания, проводят оценку соматического состояния и возраста больного, и при наличии внутричерепных гематом размером до 30 мл супратенториальной и до 10-15 мл субтенториальной локализации, при угнетении сознания до комы ШКГ – 7 баллов и менее, наличие тяжелой соматической патологии (сахарный диабет, почечно-печеночная, сердечно-сосудистая и легочная патология в стадии суб- и декомпенсации, коагулопатии, сепсис), при систолическом давлении более 200 мм рт.ст., компенсированное состояние больного (ясное сознание или оглушение 13-15 баллов GSC), отсутствие характерных симптомов сдавления мозга при

поступлении и в динамике наблюдения и возраст больного выше 75-80 лет рекомендуют консервативное лечение а при путаменальном и субкортикальном кровоизлиянии объемом 30 см³ и более сопровождающееся выраженным неврологическим дефицитом и/или приводящее к дислокации мозга (смещению срединных структур более 5 мм или деформации цистерн ствола мозга), кровоизлияние в мозжечок объемом более 20 см³ и диаметром более 3 см, сопровождающееся компрессией ствола мозга и/или окклюзионной гидроцефалией, кровоизлияние в мозжечок объемом 20 см³ и более, сопровождающееся гемотампонадой IV желудочка и окклюзионной гидроцефалией и внутричерепных гематом сопровождающейся гемотампонадой желудочков и окклюзионной гидроцефалией осуществляют хирургическое лечение.

Компьютерный набор: Нигораи А.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а		