



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2301884

(22) 02.10.2023

(46) Бюл. 206, 2024

(71)(72)(73) Бердиев Р.Н. (TJ); Турдибоев Ш.А. (TJ);
Рахмонов Б.А. (TJ)

(54) **СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

(56) 1. Мартин Барт, Клавдий Томе, Йохен Тюттенберг, Кристель Вайс. Водонепроницаемая дюралевая застежка: нужна ли она? Проспективное рандомизированное исследование у пациентов с супратенториальной краниотомией. Журнал Нейрохирургия 63 (4 Приложение 2), октябрь 2008г.

2. Алексеев Д.Е., Свистов Д.В., Мацко Д.Е., Елексеев Е.Д. Пластика дефектов твердой мозговой оболочки коллагеновыми имплантатами с использованием бесшовного аппликационного бесклеевого метода. Журнал «Пластическая и реконструктивная хирургия». Том 176, № 2.

3. Ameen A.A. The management of acute penetrate craniocerebral injury.

4. Сехвейл Салах М.М., Гончарова З.А. Способ хирургического лечения злокачественного ише-

2

мического инсульта. RU 2703439 C1, 10.12.2018. A61B 17/00

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к нейрохирургии, и может быть использовано в лечении внутричерепных гематом в результате геморрагических инсультов. Сущность способа заключается в том, что нами создаётся резервное компенсирующее пространство для мозга. Так как на 3-4 сутки в результате спазма мозговых сосудов развивается отек мозга, который негативно влияет на течение местного и общего процесса. Способ производится следующим образом: во время операции по поводу удаления внутримозговой гематомы после её удаления путем широкой кранэктомии, твердая мозговая оболочка не ушивается, а проводится её пластика с использованием апоневроза височной мышцы с одноименной стороны. Апоневроз аккуратно отслаивается от височной мышцы соответственно размеру дефекта твердой мозговой оболочки с незначительным даже резервом. В последующем после тщательного гемостаза последний укладывается на дефект и сперва в 4 местах накладываются узловые швы, затем укрепляется непрерывными швами.

Изобретение относится к области медицины, а именно к нейрохирургии, и может быть использовано при хирургическом лечении больных с геморрагическим инсультом.

Известен способ удаления гематомы путем кранэктомии теменно-височно-лобной костей со сшиванием твердой мозговой оболочки без ее пластики [1].

Однако этот способ имеет недостатки, так как сшивание твердой мозговой оболочки без пластики не дает достаточное резервное пространство при вторичном отеке головного мозга при геморрагических инсультах, который строго характерно при данной патологии особенно на 3-7 сутки после сосудистой катастрофы в результате спазма сосудов головного мозга. В последующем на фоне отека головного мозга присоединяются вторичные повреждающие факторы, таких как дислокационный синдром, что приводит к сдавливанию жизненно важных структур головного мозга, который является предиктором неблагоприятного исхода заболевания.

Известны также способы пластики дефектов твердой мозговой оболочки коллагеновыми имплантатами, предусматривающий кранэктомию теменно-височной и лобной костей с удалением внутримозговой гематомы. Твердая мозговая оболочка закрывается с применением аллотрансплантатов [2]. Тканевая реакция на трансплантацию аллогенной ТМО и аллоаминиона в эксперименте или же она не ушивается, а оставляется открытой, чтобы предотвратить развития дислокации головного мозга в случае вторичного отека головного мозга [3].

Недостатком способа закрытия аллотрансплантатом является дороговизна материала, которого не всегда можно доставать в экстренных ситуациях и она не растягивается, чтобы создать дополнительное резервное компенсирующее пространство. А недостатком второго способа является негерметичность твердой мозговой оболочки, что является потенциальным риском развития вторичного присоединения инфекций с последующим развитием гнойно-воспалительных осложнений. Так как мозговая ткань остается открытой прямо в подкожном пространстве и послеоперационная ликворея неизбежно, которая также приводит к присоединению вторичной инфекции. С другой стороны оставление твердой мозговой оболочки без её закрытия приводит к образованию оболочечно-мозговых рубцов, которые являются причиной эпилептического очага.

Наиболее близким аналогом является способ хирургического лечения инсульта, где выполняют кожный разрез, проводят резекцию лобно-височно-теменного фрагмента черепа. Резекцию лобно-височно-теменного фрагмента черепа по его нижней границе выполняют до остистого отверстия. Вскрывают твердую мозговую оболочку (ТМО). Формируют фрагмент намета мозжечка, окружающего латеральную поверхность среднего мозга. Для этого на стороне поражения, отступив от медиального конца верхнего каменистого синуса на 0,5-1,0 см кзади, участок намета мозжечка, прилегающий к своему переднему свободному краю, рассекают в форме полукругности диаметром 2-2,5 см. Сформированный

таким образом фрагмент намета мозжечка и передний отдел парагиппокампальной извилины височной доли головного мозга удаляют. После чего выполняют пластику ТМО [4].

Недостатком прототипа является недостаточная эффективность лечения.

Задачей изобретения является улучшение результатов хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом путем проведения пластики твердой мозговой оболочки с апоневрозом височной мышцы.

Сущность способа заключается в том, что после выявления внутримозговой гематомы на компьютерной томографии (размер, локализация, плотность, отношение к смежным участкам головного мозга) производится разрез кожи подкожнообразно и кожно-aponевротический лоскут укладывается в височную сторону. Гемостаз. Скелетизация. В последующем проводится кранэктомия желательнее больше височной кости с целью подвисочной декомпрессии. Твердая мозговая оболочка вскрывается крестообразно соответственно размеру гематомы. Энцефалотомия согласно нейровизуализации. Выполняется удаление гематомы. После её удаления путем широкой кранэктомии твердая мозговая оболочка не ушивается, а проводится её пластика с использованием апоневроза височной мышцы с одноименной стороны. Апоневроз аккуратно отслаивается от височной мышцы соответственно размеру дефекта твердой мозговой оболочки с незначительным даже резервом. После тщательного гемостаза апоневроз (последний) укладывается на дефект и сперва в 4 местах накладывается узловые швы, затем герметично укрепляется непрерывными швами.

Преимущества заявленного способа:

1. Способ легкодоступный, так как всегда и в любых условиях можно взять материал.

2. В отличие от фасции из бедренной области апоневроз из височной мышцы легко и быстро отсепаивается, а также совершается без дополнительных разрезов в других областях.

3. В отличие из предыдущего способа меньше продолжительность операции и наркоза, что имеет не только медицинское, но и экономическое значение.

Примеры

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 анизокория 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 внутри-

мозговая 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 из височной мышцы. Послеоперационный период протекал тяжело. Рана зажила первичным натяжением. Больной выписан с улучшением. Левосторонняя гемиплегия перешла на гемипарез.

2. Больная Б. 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 гематомы 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.

3. Больной 76 лет. Из анамнеза страдает гипертонической болезнью. Состояние больного резко дома ухудшилось и попутной машиной доставлен 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. Лежит с 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 90 мл. Смещение срединных структур головного мозга 17 мм слева на права. Учитывая объем гематомы по жизненным показаниям произведена операция кранэктомия теменно-височной костей с удалением внутримозговой гематомы вышеуказанной локализации. Интраоперационно отмечен прогрессирование отека мозга и не было возможности ушивать и производит пластику и учитывая нестабильность гемодинамики сразу было ушита кожа. В послеоперационном периоде отмечена раневая ликворея и присоединилась вторичная инфекция (менингит и менингоэнцефалит). В последующем состоянии больного еще ухудшилось, и прогноз был неблагоприятным.

Таким образом, использование апоневроза из височной мышцы является простым, доступным методом профилактики вторичного отека головного мозга в результате спазма мозговых сосудов и позитивно влияет на течение заболевания больных с геморрагическим инсультом с образованием внутримозговых гематом.

Формула изобретения

Способ хирургического лечения геморрагического инсульта, включающий выполнение кожного разреза, резекцию лобно-височно-теменного фрагмента черепа, вскрытие твердой мозговой оболочки (ТМО) с последующей ее пластикой, отличающийся

тем, что определяют положения и объема гематомы с помощью компьютерной томографии и после удаление гематомы пластику дефекта твердой мозговой оболочки выполняют апоневрозом височной мышцы с одноименной стороны.

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.

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