



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **53390** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61K 35/16
A61P 15/06 (2006.01)
A61P 37/06 (2006.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АКУШЕРСЬКОГО АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ

1

(21) u201002595
(22) 09.03.2010
(24) 11.10.2010
(46) 11.10.2010, Бюл.№ 19, 2010 р.
(72) ТРІФОНОВ ВІКТОР ЮРІЙОВИЧ, ПРОКОПЮК
ВОЛОДИМИР ЮРІЙОВИЧ, ПРОКОПЮК ОЛЬГА
СТЕПАНІВНА, ЛІПІНА ОЛЬГА ВАСИЛІВНА
(73) ІНСТИТУТ ПРОБЛЕМ КРІОБІОЛОГІЇ І КРІО-
МЕДИЦИНИ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ НАУК
УКРАЇНИ

2

(57) Спосіб лікування акушерського антифосфоліпідного синдрому, що передбачає застосування профілактичних доз аспіріну та гепарину під час вагітності, який **відрізняється** тим, що додатково застосовують препарат "Кріокорд", який вводять по 1мл внутрішньом'язово 1 раз в дві доби, всього п'ять разів за 1 місяць до планування вагітності.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до анестезіології, і може бути використаний для проведення анестезіологічного забезпечення лапароскопічних абдомінальних оперативних втручань.

Для анестезіологічного забезпечення хворих під час лапароскопічної холецистектомії застосовують неінгаляційні анестетики: каліпсол в дозі 1мг/кг маси тіла, натрію оксибутират в дозі 60-70мг/кг маси тіла і фентаніл в дозі 0,0014мг/кг маси тіла (патент України №61830 А). Даний метод має суттєві хиби: токсичний вплив на організм тотальних анестетиків з відомими побічними ефектами, більш важкий перебіг післяопераційного періоду та відповідно триваліша реабілітація, гірший у порівнянні з заявленим способом анагетичний компонент, необхідність використання штучної вентиляції легенів й міорелаксантів.

Найбільш близьким за технічною суттю є патент України №37879 наступний спосіб анестезії пацієнтів при лапароскопічних холецистектоміях. На рівні 7-10 грудних хребців виконують пункцію епідурального простору з заведенням катетеру до рівня 5-6 грудних хребців. Епідурально вводять 0,5% розчину бупівакаїну. Хибами даного методу є складна методологія, можливість ушкодження спинного мозку, сегментарність блокади, виникнення плече-лопаткового больового синдрому, для лікування якого потрібне введення тотальних анестетиків.

В основу корисної моделі поставлено завдання вдосконалення анестезіологічного знеболення при лапароскопічних операціях в абдомінальній хірургії шляхом поєднання спінальної анестезії, поверхневої блокади шийного сплетіння та термінальної анестезії діафрагми, що дозволить ефективно знеболювати пацієнта без традиційного наркозу що дасть можливість уникнути інтубації трахеї й штучної вентиляції легенів, а також значно скоротити період відновлення хворого після операції.

Поставлене завдання способу знеболювання лапароскопічних абдомінальних операцій поєднанням спінальної анестезії, поверхневої блокади шийного сплетіння та термінальної анестезії діафрагми, що вирішується шляхом застосування анестезії згідно з корисною моделлю додатково додається спінальна анестезія з поверхневою блокадою шийного сплетіння та термінальною анестезією діафрагми.

Спосіб реалізується наступним чином. На безпечному рівні L_{II-III} виконується спінальна анестезія гіпербаричним розчином бупівакаїну в дозі 15-20мг. Положення хворого - «на боці». Головний кінець операційного столу опущено (кут - 10-15°). Після інтратекальної інтервенції пацієнта перевертають на спину, а стіл вирівнюють в горизонтальне положення. Таким чином досягається високий рівень нейроаксіального блоку (Th_{II-IV}), що дозволяє проводити оперативні втручання на будь-якому поверху черевної порожнини. Єдиний орган, що залишається інтактним, - діафрагма, тому що ін-

(13) **U**
(11) **53390**
(19) **UA**

нервація останньої здійснюється на рівні C_{II-IV}. Збережена функція діафрагми дозволяє хворому адекватно дихати. Для проведення лапароскопічної абдомінальної операції потрібно створення пневмоперитонеуму. При цьому відбувається іригація газом діафрагми, що призводить до появи больового плече-лопаткового синдрому (френікус-синдром) в основному справа. Для профілактики останнього, перед створенням пневмоперитонеуму, виконується поверхнева блокада шийного сплетіння справа 0,8% розчином лідокаїну в дозі 80мг (10мл). Відразу ж, після введення газу до черевної порожнини, через лапароскопічний порт виконується спреєве обприскування діафрагми 3-4% розчином лідокаїну в дозі 400мг (10-13мл). Провідникова блокада шийного сплетіння справа та термінальна анестезія діафрагми дозволяють уникати больового плече-лопаткового синдрому.

Переваги запропонованого методу оцінювали за наступним. Адекватність знеболювання визначалась в режимі реального часу самими пацієнтами, які характеризували свій стан, як безбольовий та комфортний. При спонтанному диханні повітрям, що збагачено киснем (FiO₂=0,5), хворі не скаржилися на респіраторну дисфункцію, і за даними пульсоксиметрії SpO₂ була в межах фізіологічної норми. Гемодинаміка підтримувалась введенням низьких доз адреналіну й була стабільною. Ентеральне харчування та активізацію пацієнтів починали в 1-шу післяопераційну добу. Знеболювання після операції здійснювалось введенням нестероїдних протизапальних засобів без застосування опіоїдів. Відмічався позитивний профіль за візуальною аналоговою 10 бальною шкалою болю - 1-2 бали. Не потрібне дороговартісне медикаментозне забезпечення для тотальної анестезії.

Всі ці показники демонструють перевагу запропонованого способу перед прототипом.

Суть способу, що заявляється підтверджується наступними прикладами.

1. Хвора Б. (28р., I ASA) поступила до Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги для оперативного лікування з діагнозом -

гострий апендицит, напружена кіста яєчника. Запропоновано: операція - лапароскопічні апендектомія та кістектомія, знеболювання - поєднання спінальної анестезії гіпербаричним розчином бупівакаїну, провідникової поверхневої блокади лідокаїном шийного сплетення та термінального знечулення спреєм лідокаїну діафрагми. Після отриманої інформованої згоди 21.02.07 хвора була прооперована. Препарати для седації або наркозу не використовувались. Перебіг інтра- й постопераційного періодів без особливостей. Хвору з повним одужанням виписано із лікарні.

2. Хвора М. (34р., II ASA) поступила до Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги для оперативного лікування з діагнозом - кіста яєчника. Запропоновано: операція - лапароскопічна кістектомія, знеболювання - поєднання спінальної анестезії гіпербаричним розчином бупівакаїну, провідникової поверхневої блокади лідокаїном шийного сплетення та термінального знечулення спреєм лідокаїну діафрагми. Після отриманої інформованої згоди 04.02.08 хвора була прооперована. Препарати для седації або наркозу не використовувались. Перебіг інтра- й постопераційного періодів без особливостей. Хвору з повним одужанням виписано із лікарні.

3. Хвора К. (54р., II ASA) поступила до комунального закладу Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня» для оперативного лікування з діагнозом - жовчнокам'яча хвороба. Запропоновано: операція - лапароскопічна холецистектомія, знеболювання - поєднання спінальної анестезії гіпербаричним розчином бупівакаїну, провідникової поверхневої блокади лідокаїном шийного сплетення та термінального знечулення спреєм лідокаїну діафрагми. Після отриманої інформованої згоди 16.06.09 хвора була прооперована. Препарати для седації або наркозу не використовувались. Перебіг інтра- й постопераційного періодів без особливостей. Хвору з повним одужанням виписано в лікарні.

Даний засіб знеболювання проводиться в спеціалізованих стаціонарах.