



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 58854

(13) A

(51) 7 A61B10/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

1

2

(21) 2002118940

(22) 11 11 2002

(24) 15 08 2003

(46) 15 08 2003, Бюл. № 8, 2003 р.

(72) Павленко Ірина Андріївна

(73) Павленко Ірина Андріївна

(57) Спосіб лікування черепно-мозкової травми, що включає оперативне втручання та введення лікарських речовин, який відрізняється тим, що до оперативного втручання та на наступну добу

вводять сорбіпакт по 200 мл внутрішньовенно зі швидкістю 80 крап./хв 1-2 рази на добу, вводять актовегін внутрішньовенно 1-2 рази на добу по 200-600 мг до оперативного втручання та у наступні 2-4 доби, потім поступово зменшують дозу введення актовегіну до 40-80 мг 1-2 рази на добу та вводять його протягом 0,5-1 місяця, рео-сорбіпакт вводять по 200 мл 2 рази на добу через 12 годин протягом 3-7 діб, починаючи з третьої доби після оперативного втручання

Винахід відноситься до медицини, а саме до інтенсивної терапії та може бути використаний в нейрохірургії, травматології, неврології, реанімації.

При черепно-мозковій травмі пошкоджені тканини поступають з головного мозку в загальний кровоплин, що є пусковим механізмом генералізованої реакції організму. Внаслідок гіперреактивності протеолізу, накопичення вторинних ендотоксинів пептичної природи, системного порушення гемостазу розвивається ендогенна інтоксикація організму. Вивільнення великої кількості ендогенних медіаторів запалення призводить до порушення периферичної мікроциркуляції, пригнічення функції міокарду, зменшення транспорту кисню та його використання тканинами. Неможливість пошкодженого головного мозку приймати участь в регуляції гемостазу і центрально зумовлені гіповентиляція, кардіодепресія і парез кишківника призводять до розвитку системної поліорганної недостатності, яка є безпосередньо причиною летальності. При черепно-мозковій травмі середнього та важкого ступеня завжди розвивається перифокальна реакція з виникненням набряку головного мозку з подальшим розвитком вазогенного набряку. Спостерігається збільшення вмісту води в тканинах мозку у відповідь на різноманітні пошкоджуючі чинники. Важливим аспектом лікування цього стану є адекватна інфузійна терапія, корекція розладів електролітного, кислотно-основного, колоїдно-осмотичного балансу, оксигенація тканин головного мозку, своєчасне хірургічне втручання. Зважаючи на циркуляцію в крові та особливо в спинномозковій рідині великої кількості токсичних продуктів

розпаду крові, тканини мозку та їх метаболітів, обов'язковим є застосування, поряд з протинабряковою, дезінтоксикаційної терапії.

Відомий спосіб терапевтичного лікування травматичного та гіпоксичного ураження мозку з використанням селєгіліну в дозі 5мг/добу через рот протягом 30 днів /Ендолюмбальний метод нейротрансплантації фетальних клітин головного мозку людини в неврології Журн. Медикал Маркет - М., 1995, 3, с 84-87/. Селєгілін здатний збільшувати продукування N-метил-D-аспартату-антагоніста глутаматових рецепторів, захищати від нейротоксинів та знижувати рівень перекисного окислення ліпідів в ушкодженному мозку. Застосування селєгіліну дійсно зменшувало час репарації мозкової тканини, вираження мозгового дефіциту в гострому періоді травми.

Проте застосування селєгіліну при лікуванні черепно-мозкової травми не дозволяє повністю вивести хворого зі стану вегетативного статусу, так як він є слабким антигіпоксантом і не впливає на споживання глюкози-основного енергетичного субстрату нервових клітин.

Відомий спосіб лікування черепно-мозкової травми /Патент Росії №2142800/, при якому після проведення оперативного втручання вводять лікарський засіб рипузол перорально в кількості від 20 до 200мг і внутрішньовенно від 125 до 200мг. Рипузол дозволяє знизити неврологічний дефіцит, викликаний травмою.

Проте при відомому способі лікування мало сорбуються ендотоксини, тому можливий розвиток поліорганної недостатності, яка призводить до

(13) A

(11) 58854

(19) UA

летального кінця

В основу винаходу покладене завдання вдосконалення способу лікування черепно-мозкової травми, в якому комбінація та доза лікарських речовин, що вводяться, сприяють зменшенню набряку мозку та сорбції ендотоксинів, які надходять в кровоплин з моменту травми, що забезпечує виключення розвитку синдрому системної запальної відповіді та поліорганної недостатності, збільшується використання кисню і глюкози ішемізованими тканинами, за рахунок чого хворий швидко виводиться з шокowego стану, зменшується комотазний період, не розвиваються незворотні зміни внутрішніх органів, виключається летальний кінець

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі лікування черепно-мозкової травми, що включає оперативне втручання і введення лікарських речовин, згідно з винаходом до оперативного втручання та на наступну добу вводять сорбілакт по 200мл внутрішньовенно зі швидкістю 80крап/хв 1-2 рази на добу, вводять актовегін внутрішньовенно 1-2 рази на добу по 200-600мг до оперативного втручання та на наступні 2-4 доби, потім поступово зменшують дозу введення актовегіну до 40-80мг 1-2 рази на добу та вводять його протягом 0,5-1 місяця, реосорбілакт вводять по 200мл 2 рази на добу через 12 годин протягом 3-7 діб, починаючи з третьої доби після оперативного втручання

Спосіб здійснюється таким чином

Хворому з черепно-мозковою травмою проводять за відомими методиками необхідне оперативне втручання, наприклад, видалення гематоми, субдуральної гематоми і потім проводять інтенсивну терапію, вводять до операції сорбілакт та актовегін і після операції вводять сорбілакт, актовегін та реосорбілакт починаючи з третьої доби, причому активегін вводять після оперативного втручання на протязі 0,5-1 місяць з поступовим зменшенням дози, що залежить від тяжкості захворювання

Приклад №1

Хворий М, 21 рік, поступив в лікарню швидкої медичної допомоги м Львова 10 09 2002р, виписаний 25 10 2002р Історія хвороби №17436 Клінічний діагноз Закрита черепно-мозкова травма Забій мозку важкого ступеню з ураженням правої гемісфери Внутрішньомозкова гематома правих лобної і скроневої часток Субарахноїдальний крововилив При поступленні загальний стан хворого важкий Свідомість на рівні 5 балів по шкалі Глазко Фото реакція відсутня Активні рухи в кінцівках збережені Дихання самостійне Помірна гіпотензія - АТ 100/70мм рт ст, брадикардія - пульс 62уд/хв

Живіт м'який

Прооперований 10 09 02, Переведений в палату⁷ інтенсивної терапії В комплексі інтенсивної терапії отримував внутрішньовенно сорбілакт 200мл до операції та 200мл 2 рази на добу після операції, актовегін по 200мг 3 рази на добу протягом 2 діб, поступово зменшували дозу до 40мг на добу, з третьої доби після оперативного втручання призначено реосорбілакт по 200мл 2 рази на добу через 12 годин протягом 7 діб На наступну добу гемодинаміка хворого нормалізувалась З 13 09 02 відновлюється свідомість- хворий відкриває очі, фіксує погляд, реагує на голос Екстубований, дихання адекватне

18 09 02- переведений в нейрохірургічне відділення

25 10 02- виписаний з лікарні

Приклад №2

Хвора Л, 45 років, госпіталізована в лікарню швидкої медичної допомоги м Львова 27 08 2002р, виписана 13,09 2002р Історія хвороби №16479 Клінічний діагноз Закрита черепно-мозкова травма Забій головного мозку середнього ступеню Гостра субдуральна гематома лівої скронево-тім'янопотиличної ділянки

При поступленні стан хворої важкий, кома 7-8 балів по шкалі Глазко

Продуктивному контакту не доступна, реагує на подразники Шкіра блідно-рожева, хвора надмірного відживлення, гематоми на грудній клітці спереду і ззаду, навколо орбіт Дихання везикулярне Тони серця ритмічні, прискорені Гіпертензія - АТ 170/100мм рт ст, тахікардія-пульс 124уд/хв Живіт м'який Симптом Бабінського справа Гостра субдуральна гематома зліва Прооперована 27 08 02- виділено субдуральну гематому Після операції переведена в палату інтенсивної терапії Отримувала сорбілакт 200х2р /до оперативного втручання і наступну добу/, актовегін 200мг/добу/до операції і наступні дві доби/, реосорбілакт 200млх1р /на третю добу/ в комплексі інтенсивної терапії Поступово нормалізувалась гемодинаміка /150/100-130/90-110/70мм рт ст/, зменшилась тахікардія/пульс 112-100-98уд/хв/ Екстубована 28 08 02 в 21год 40хв на фоні відновленої свідомості Після операційний період протікав гладко і 30 08 02 переведена в 1-е нейрохірургічне відділення 13 09 02 хвора виписана з лікарні

При застосуванні запропонованого способу лікування черепно-мозкової травми зменшується комотазний період, не розвиваються незворотні зміни внутрішніх органів, виключається летальний кінець