



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38592 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО АСЕПТИЧНОГО ТОКСИЧНОГО ЛЕПТОМЕНІНГІТУ

(21) 2000074559

(22) 28.07.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Кваша Михайло Сергійович, Висоцький Микола Станіславович, Самбор Володимир Кузьмич, Лісяний Олександр Миколайович

(73) Інститут нейрохірургії АМН України

(57) Спосіб хірургічного лікування вторинного післяопераційного асептичного токсичного лептоменінгиту шляхом люмбальних пункцій, який відрізняється тим, що в ранньому післяопераційному періоді в ложе видаленої пухлини через активну приточно-відточну промивну систему періодично вводять 10% розчин кислоти амінокапронової, а при проведенні люмбальних пункцій в лікворні шляхи вводять кортикостероїди в дозі 2-5 мг один раз на добу.

Винахід відноситься до галузі медицини, зокрема, нейрохірургії, і може бути використаний в нейроонкології, як спосіб хірургічного лікування вторинного післяопераційного асептичного токсичного лептоменінгиту (ВПАТЛ), після видалення країнобазальних пухлин - холестеатом.

Лікування холестеатом головного мозку виключно - оперативне. В післяопераційному періоді розвиваються вторинні післяопераційні асептичні токсичні лептоменінгити (не бактеріального походження), в результаті попадання в лікворні шляхи жирних кислот і їх ефірів.

Існує спосіб лікування ВПАТЛ шляхом енуклеації холестеатомних мас з вимиванням їх зі стінок і перетинок порожнини пухлинного мішка, ретельним відгороджуванням серветками і ватянками всіх щілин і проміжків, в які можуть потрапити холестеатомні маси при їх видаленні [1, 3, 8].

В випадку розвитку ВПАТЛ одним з кращих методів лікування вважають пункції, з випусканням великих порцій спинномозкової рідини люмбальним або вентрикулярним проколом, в залежності від локалізації холестеатом [2, 4, 7].

Однак, вищевказаний спосіб лікування, не є достатньо ефективним, раціональним і адекватним, тому що при тяжкій формі лептоменінгиту прогресивно наростає симптоматика токсичного пошкодження головного мозку та його оболонок, виникає гіпертермія, зниження, або падіння до нульового рівня лікворного тиску.

Задачею даного винаходу є підвищення ефективності лікування ВПАТЛ, зниження інвалідизації хворих і скорочення термінів лікування.

Поставлена задача в даному способі лікування (ВПАТЛ) вирішується тим, що додатково, в ран-

ньому післяопераційному періоді в ложе видаленої пухлини через активну приточно-відточну промивну систему періодично вводять 10% розчин кислоти амінокапронової, та ендолумбально кортикостероїди (дексаметазон, преднізолон) - 2-5 мг один раз на добу.

Беручи до уваги порушення імунного статусу в патогенезі розвитку ВПАТЛ, виникає потреба включення в лікувальний комплекс препаратів для імункорекції. Автори способу використали антиалергічну і антипротеазну дію кислоти амінокапронової, яка реалізується шляхом пригнічення утворення антитіл [5].

В комплекс лікування ВПАТЛ включили препарати глюкокортикоїдної дії, зокрема, дексаметазон та преднізолон. Препарати спричиняють виражену протизапальну дію, знижують проникливість каплярної стінки, пригнічують алергічні реакції (перешкоджають утворенню антитіл), таким чином впливають на перебіг імунобіологічних реакцій [6].

Спосіб виконання: під час операції послідовно, ретельно з використанням мікрохірургічного інструментарію і збільшувальної техніки проводиться видалення холестеатом з максимальною ізоляцією мас, які видаляються, від мозку і лікворних цистерн. Пухлина видаляється тотально, разом із капсулою.

Після цього, в ложе видаленої пухлини встановлюється активна приточно-відточна промивна система. В приточну трубку періодично, через 8 годин (почергово з 0,9% розчином натрію хлориду) протягом 1-2 днів вводиться 10%-100 мл розчин кислоти амінокапронової, до 400-500 мл в день) для інактивації токсичних речовин і зменшення їх агресії, і впливу на мозкову речовину.

(19) UA (11) 38592 (13) A

В післяопераційному періоді, після видалення зміненого ліквору, ендолюмбально вводять 5-10 мл розчину кортикостероїдів (дексаметазона або преднізолону 2-5 мг в 0,9% розчині натрію хлориду) для зменшення виразності і пригнічення алергічного компонента запалення мозкових оболонок.

Приклад № 1. Хвора М-ва, 43 роки, історія хвороби № 716 (1997 р.). Клінічний діагноз: позамозкова пухлина дна середньої черепної ями зліва. Хворіє 15 років, початок захворювання з появи і наростання частоти судомних епіприступів. Оперована в ш-й клініці інституту нейрохірургії АМН України. Пухлина видалена повністю. Біопсія №45 від 18.02.1997р. - холестеатома. Післяопераційний період ускладнився розвитком тяжкої форми ВПАТЛ з високою гіпертермією. На протязі 2 днів проводилась санація ложа видаленої пухлини через активну приточно-відточну промивну систему 10% по 100 мл розчином кислоти амінокапронової (всього 500 мл) і 0,9% по 200 мл розчином натрію хлориду (всього 1000 мл). Під час люмбальних пункцій, максимально видаляли змінену спинномозкову рідину і ендолюмбально вводили розчин дексаметазону по 2-3-4-5 мг з першого дня післяопераційного періоду. Застосування способу призвело до швидкого зворотного розвитку алергічних та запальних проявів ВПАТЛ. Це дало змогу швидко стабілізувати температуру і виписати хвору без неврологічного дефіциту з клініки.

Приклад № 2. Хвора Ч-ка, 26 років, історія хвороби №689 (1999 р.). Клінічний діагноз: позамозкова пухлина лобно-скроневої ділянки справа. Хворіє протягом 6 років. Початок захворювання з появи і наростання інтенсивності головних болей. Оперована 22.02.1999 р. Біопсія № 34 від 10.03.-1999 р. - холестеатома. Протягом однієї доби проводилась санація ложа видаленої пухлини через активну приточно-відточну промивну систему 10% по 100 мл розчином кислоти амінокапронової (всього за добу 300 мл) і 0,9% по 400 мл розчином натрію хлориду (всього за добу 800 мл). Окрім цього, ще протягом 10 днів проводились люмбальні пункції і ендолюмбально вводився розчин дексаметазону по 4 мг і преднізолону по 5 мг, на фоні прийому діазоліну по 1 табл. 3 рази в день. Спосіб дозволив виписати хвору на 10-й день з клініки із значним покращенням її стану і без ускладнень.

Приклад №3. Хвора Л-ко, 22 роки, історія хвороби №2520 (2000 р.). Клінічний діагноз: позамозкова пухлина дна передньої черепної ями справа. Хворіє протягом 5 років, коли вперше в житті появились головні болі з нудотами і підвищенням температури тіла. Оперована 3.03.2000 р. Біопсія №252 від 6.06.2000 р. - холестеатома. Протягом 2 днів проводилась санація ложа видаленої пухлини

через активну приточно-відточну промивну систему 10% розчином по 100 мл кислоти амінокапронової (всього за добу по 300 мл) і 0,9% розчином по 400 мл натрію хлориду (всього за добу по 1000 мл.). Протягом 7 днів проводились люмбальні пункції і ендолюмбально вводився розчин дексаметазону по 2 і 4 мг. Через 10-30 хвилин відмічалось значне зниження температури тіла (особливо в перші дні після операції з 38-39°C до норми). Також хвора отримувала тавегіл по 2 мл в/м і дексаметазон по 4 мг 2 рази в день на протязі 2 неділей після операції. Виписалась з клініки теж в задовільному стані.

Таким чином, результати клінічного спостереження і лікування хворих з ВПАТЛ дали можливість зробити висновки: 1) використовуючи даний спосіб лікування ВПАТЛ можна досягти нормалізації аналізу крові та стану спинномозкової рідини вже протягом першого тижня після операції; 2) температура тіла і загальний стан нормалізуються вже протягом 5-10 днів; 3) ознаки подразнення мозкових оболонок регресують протягом 1-2 тижнів; 4) використання запропонованого способу дає можливість в 2-3 рази скоротити термін лікування хворих; 5) лікувальний ефект значно збільшується завдяки одночасній санації лікворної системи і зменшення виразності та пригнічення алергічних реакцій запалення мозкових оболонок.

Спосіб хірургічного лікування ВПАТЛ може використовуватись в відділеннях нейрохірургічного профілю, дозволяє підвищити ефективність і значно скоротити терміни лікування.

Джерела інформації.

1. Брык В.Е. Некоторые особенности клинического течения холестеатом боковой цистерны варолиева моста // *Вопр. Нейрохирургии.* - Т. 16, 1952. - № 4. - С. 23.
2. Егоров Б.Г., Корнянский Г.П. К диагностике и хирургии интракраниальных холестеатом // *Вопр. Нейрохирургии.* - Т. 9. - 1952. - № 4. - С. 3.
3. Егоров Л.В., Кузнецова Л.С. // *Вестн. Оториноларингологии.* - 1993. - № 2. - С. 43, 44.
4. Кручинина И.Л., Балясинская Г.Л. // *Вестн. оториноларингологии.* - 1984. - № 2. - С. 65, 66.
5. Машковский М.Д. // *Лекарственные средства.* - М.: Медицина, 1987. - Ч. 2. - С. 72, 73.
6. Чекман И.С. и др. // *Справочник по клинической фармакологии и фармакотерапии.* - К.: Здоровье, 1986. - С. 461, 462.
7. Cruz O.L.M., Filho N.A.C., Maia R.A. et al. // *Rev. Laryng.* - 1982. - Vol. 103, N3. - P. 227-229.
8. Marks P.V, Mee E.W, Garvan N.J., Chopra B. // *J. Laryng.* - 1987. - Vol. 101, N10. - P. 1066-1069.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
