



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 50607

(13) A

(51) 6 A61K31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЯХ

1

2

(21) 2002031768

(22) 04 03 2002

(24) 15 10 2002

(46) 15 10 2002, Бюл. № 10, 2002 р

(72) Кравченко Олена Олександрівна, Губка Віктор Олександрович, Губка Олександр Вікторович, Бу-
чакчійська Наталія Михайлівна(73) Кравченко Олена Олександрівна, Губка Віктор Олександрович, Губка Олександр Вікторович, Бу-
чакчійська Наталія Михайлівна

(57) Спосіб реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях шляхом проведення реабілітаційних заходів, починаючи з 14 дня після реконструктивної операції, та призначення лікарського засобу, який відрізняється тим, що виконують морфологічне дослідження видалених сегментів сонних та хребетних артерій та при виявленні атеросклеротичних змін артерій хворим призначають статини, а при виявленні неспецифічного аортоартеріту - нестероїдні протизапальні засоби

Винахід стосується медицини, а саме неврології та судинної хірургії, і може бути використаний для реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях

Широке впровадження в клінічну практику операцій на брахіоцефальних артеріях зробило актуальною проблему удосконалення реабілітаційних заходів цій категорії хворих. Існуючі в даний час способи реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях характеризуються використанням різноманітних комплексів фізіо- та бальнеотерапії, ЛФК, раціонального режиму труда та відпочинку. Але в той же час відомо, що саме медикаментозне лікування є найбільш ефективним фактором збереження гарних результатів після операції у віддаленому періоді, тому залишаються актуальними питання удосконалення способів реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях

Відомий спосіб реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях, що полягає у наступному

1 Починають проведення реабілітаційних заходів з 14 дня після реконструктивної операції

2 Хворим призначають імпульсне електричне поле УВЧ 40,68 МГц на шийно-комірчану ділянку

(Стрелкова Н.І., Данилова Д.П. Применение ЭП УВЧ, суховоздушных углекислых ванн в ранние сроки после нарушения мозгового кровообращения и реконструктивных операций на экстра-

краниальных магистральных артериях головного мозга // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК - 1992 - № 2 - С 60 - 62)

Суттєвою ознакою аналогу і винаходу, що збігається, є така

1 Проведення реабілітаційних заходів з 14 дня після реконструктивної операції

Не зменшуючи значення цього способу, слід помітити, що він не спрямований на гальмування чи пом'якшення дії етіологічного чинника макроангіопатії і через це не перешкоджає прогресуванню дисциркуляторної енцефалопатії. Крім того, існуючі певні протипоказання до призначення цього методу не дозволяють використовувати його у широкого загалу оперованих хворих, а хворим на неспецифічний аортоартеріт взагалі активне фізіотерапевтичне лікування не показано, що значно обмежує коло хворих, у яких може бути застосовано даний спосіб реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях, що полягає в наступному

1 Починають проведення реабілітаційних заходів з 14 дня після реконструктивної операції

2 Хворим призначають лікарський засіб кавінтон у таблетованій формі як монотерапію у добовій дозі 60мг

(Дзяк Л.А., Голик В.А., Рожкова І.В., Мізякина

(13) A

(11) 50607

(19) UA

К В. Ефективність використання кавінтону в лікуванні церебральних ішемій, обумовлених патологією магістральних артерій голови // Медичні перспективи - 2001 №3 -С 20-24)

Спільні суттєві ознаки прототипу та винаходу, що збігаються є такі

1 Проведення реабілітаційних заходів з 14 дня після реконструктивної операції

2 Призначення лікарського засобу

Але при реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях цей лікарський засіб може використовуватися лише у комплексі з лікарськими засобами інших груп, не впливає на процеси атерогенезу та запалення, що може призвести до розвитку такого ускладнення в післяопераційному періоді як рестеноз, та не може істотно зменшувати прогресування дисциркуляторної енцефалопатії. Тому даний спосіб може бути використаний лише як складова частина реабілітаційних комплексів, так як використання кавінтону для реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях не є самодостатнім.

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях шляхом визначення етіологічного фактору макроангіопатії та призначення відповідних лікарських засобів, що забезпечить підвищення ефективності реабілітації та попередить виникнення важких ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях, що полягає в проведенні реабілітаційних заходів, починаючи з 14 дня після реконструктивної операції, та призначенні лікарського засобу НОВИМ є те, що виконують морфологічне дослідження видалених сегментів сонних та хребетних артерій, та при виявленні атеросклеротичних змін артерій хворим призначають статини, а при виявленні неспецифічного аортоартеріту хворим призначають нестероїдні протизапальні засоби.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає в наступному: проведення морфологічного дослідження видалених сегментів уражених сонних та хребетних артерій після проведення реконструктивної операції дає змогу виявити етіологічний фактор макроангіопатії та розробити оперованим хворим обґрунтовані комплекси медикаментозної післяопераційної терапії. При виявленні атеросклеротичних змін артерій хворим необхідно призначати статини, як гіполіпідемічний засіб, істотно гальмуючий розвиток атеросклерозу. При виявленні неспецифічного аортоартеріту у реабілітаційному комплексі хворим повинні призначатись нестероїдні протизапальні засоби для ліквідації чи пом'якшення запалення. Призначення етіотропної терапії в залежності від характеру морфологічних змін артеріальної стінки у реабілітації хворих після реконструктивних операцій на брахіоцефальних артеріях спрямоване на зменшення прогресування основного захворювання як етіологічного фактору дисциркуляторної енцефалопатії, попереджає розвиток повторних транзито-

рних ішемічних атак та інсультів у віддаленому періоді, знижує прогресування ураження інших артерій екстра- та інтракраніального відділів мозку, а також частоту рестенозу.

Спосіб здійснюється таким чином

1 Проводять морфологічне дослідження видаленого сегменту ураженої артерії після реконструктивної операції

2 В залежності від характеру одержаних морфологічних даних хворим призначають лікарські засоби: при виявленні атеросклеротичних змін артерії призначають статини, а при виявленні неспецифічного аортоартеріту призначають нестероїдні протизапальні засоби.

3 Починають проведення реабілітаційних заходів з 14 дня після реконструктивної операції.

Приклад 1. Хвора К., 43 років, поступила у відділення судинної хірургії Запорізької обласної клінічної лікарні із скаргами на стягуючий головний біль у потиличних та лобних ділянках, слабкість в лівих кінцівках, запаморочення з короточасним порушенням рівноваги. Вважає себе хворою біля 5 років, коли з'явився головний біль, лікувалась вазоактивними та знеболюючими засобами без значного ефекту. 01.12.1999 року у хворої розвився ішемічний інсульт в вертебробазиллярній системі. Хворій призначались засоби нейропротекторної та мембранопротекторної дії, антиагрегантної дії, діуретики, вазоактивні засоби. Медикаментозне лікування бажаного результату не дало. Об'єктивно стан хворої задовільний, дихання везикулярне, хрипи відсутні, частота дихання - 16 за хвилину, діяльність серця правильна, тони ясні, артеріальний тиск - 120/80 мм рт.ст. пульс - 75 ударів за хвилину. Шумової симптоматики над брахіоцефальними артеріями не виявлено. Живіт при пальпації безболісний, нижній край печінки - по краю реберної дуги, набряки відсутні, тазові функції контролює.

У неврологічному статусі - очні щілини D<S через птоз правого верхнього віка, реакція зіниць на світло збережена, рухи очних яблук в повному об'ємі, горизонтальний ністагм вліво, лице симетричне, язик - по середній лінії, сухожильні рефлексі з верхніх кінцівок D<S, з нижніх - D<S. Симптом Штрюмпеля ліворуч. Знижена сила у проксимальному та дистальному відділах лівої ноги до 4 балів. М'язовий тонус не змінений. Координаторні проби виконує задовільно. В позі Ромберга стійка. Чутливість збережена. Дослідження мозкового кровотоку за допомогою дуплексного сканування - структурних та гемодинамічних змін з боку сонних артерій не виявлено. Права хребетна артерія має S-образний вигин. Виявляється дефіцит кровообігу в обох хребетних артеріях, більш виражений ліворуч. В інтракраніальних відділах кровообіг по хребетним артеріям знижений. Венозна система без особливостей. Дані комп'ютерної томографії головного мозку - внутрішня симетрична гідроцефалія. Ангіографічне дослідження - патологічна звивистість обох внутрішніх сонних артерій, гіпоплазія та патологічна звивистість лівої хребетної артерії. Враховуючи скарги хворої, клінічну картину захворювання, дані об'єктивного дослідження та результати інструментальних методів дослідження, хворій було виставлено діагноз: Патологі-

чна звивистість обох внутрішніх сонних артерій, гіпоплазія та патологічна звивистість лівої хребетної артерії. Дисциркуляторна енцефалопатія III стадії (ішемічний інсульт в вертебробазиллярній системі (01.12.1999)), альтернуючий синдром Вебера. Хворий виконав операція - резекція патологічної звивистості лівої внутрішньої сонної артерії (патологічна "S"-образна звивистість резецирована до 1,5 см). Морфологічне дослідження видаленого сегменту артерії - атеросклеротичні зміни у вигляді мікроатерокальцинозу стінки артерії з вираженим набряком. Починаючи з 14 дня після операції хворий у реабілітаційному комплексі призначався статин - "Вазипін" у дозі 10 мг увечері на протязі року. Після проведеного лікування загальний стан хворої поліпшився, відсутні скарги, не виникло повторних транзиторних ішемічних атак та інсультів. Об'єктивно очні щілини D=S, реакція зіниць на світло збережена, рухи очних яблук в повному об'ємі, ністагм відсутній, лице симетричне, язик - по середній лінії, сухожильні рефлекс з верхніх кінцівок D=S, з нижніх - D=S. Ліворуч виражається симптом Штрюмпеля. Сила у кінцівках збережена. М'язовий тонус не змінений. Координаційні проби виконує задовільно. В позі Ромберга стійка. Чутливість збережена. За даними дуплексного сканування структурних та гемодинамічних змін з боку сонних артерій не виявлено. Спостерігається дефіцит кровообігу в лівій хребетній артерії, в інтракраніальних відділах кровообіг по хребетних артеріях збережений.

Приклад 2. Хвора М., 25 років, поступила у відділення судинної хірургії Запорізької обласної клінічної лікарні із скаргами на зниження зору на ліве око та слабкість правих кінцівок. Захворіла гостро, коли у серпні 1996 року перенесла ішемічний інсульт в системі каротид зліва, лікувалась засобами нейро-, мембранопротекторної та антиагрегантної дії без значного ефекту. Об'єктивно стан хворої задовільний, дихання везикулярне, хрипи відсутні, частота дихання - 16 за хвилину, діяльність серця правильна, тони ясні, артеріальний тиск - 130/70 мм рт.ст., пульс - 70 ударів за хвилину. Шумової симптоматики над брахіоцефальними артеріями не виявлено. Живіт при пальпації безболісний, нижній край печінки - по краю реберної дуги, набряки відсутні, тазові функції контролює. У неврологічному статусі - очні щілини D=S, реакція зіниць на світло збережена, рухи очних яблук в повному об'ємі, ністагм відсутній, парез м'язів обличчя та язика за центральним типом праворуч, сухожильні рефлекс з верхніх кінцівок D>S, з нижніх - D>S. Праворуч симптоми Бабінського, Штрюмпеля. Знижена сила у дистальному відділі правої руки до 3 балів, знижена сила у проксимальному та дистальному відділах правої ноги до 4 балів. М'язовий тонус підвищений за пірамідним типом у правій руці. Проба Барре - негативна з верхніх та нижніх кінцівок. Координаційні проби виконує задовільно. В позі Ромберга стійка. Геміпестезія праворуч. Дослідження мозкового кровоотоку за допомогою спектральної доплерографії екстра- та інтракраніальних судин - кровообіг по сонних артеріях у межах вікової норми, підвищення турбулентності по внутрішній сонній артерії

зліва. По хребетним артеріям лінійна швидкість кровообігу - нижня межа норми з обох сторін. Знижена лінійна швидкість кровообігу по очних артеріям, більше праворуч, асиметрія - 50%, різке підвищення опору кровообігу. У середній мозковій артерії кровообіг достатній, ліворуч - 52 см/сек, праворуч - 54 см/сек. Венозна система без особливостей. Дані комп'ютерної томографії головного мозку - у внутрішній капсулі зліва - вогнище лікворної щільності 1,7 см, зв'язане з переднім відділом лівого бокового шлуночку, дислокації серединних структур немає. Лікворні комунікації звужені. Заключення. Постінсультна поренцефалічна кіста лівої гемісфери, внутрішньочерепна гіпертензія. Ангіографічне дослідження - патологічна звивистість лівої внутрішньої сонної артерії, гіпоплазія лівої хребетної артерії. Враховуючи скарги хворої, клінічну картину захворювання, дані об'єктивного дослідження та результати інструментальних методів дослідження, хворій було виставлено діагноз. Патологічна звивистість лівої внутрішньої сонної артерії, гіпоплазія лівої хребетної артерії. Дисциркуляторна енцефалопатія II стадії. Ішемічний інсульт в системі каротид зліва (26.08.1996), легка правостороння пірамідна недостатність. Хворий виконав операція - резекція патологічної звивистості лівої внутрішньої сонної артерії (патологічна звивистість у вигляді петлеутворення резецирована до 2,5 см). Морфологічне дослідження видаленого сегменту артерії - виражена гіперплазія гладком'язових клітин інтими, в середній оболонці та адвентиції - периваскулярна лімфоїдно-гістіоцитарна інфільтрація артеріол, що дозволяє діагностувати неспецифічний аортоартеріт. Починаючи з 14 дня після операції хворий у реабілітаційному комплексі призначався нестероїдний протизапальний засіб "Моваліс" у добовій дозі 7,5 мг протягом 2 тижнів, на протязі року проводилось два таких курси. Після проведеного лікування загальний стан хворої поліпшився, відсутні скарги, не виникло повторних транзиторних ішемічних атак та інсультів. Об'єктивно очні щілини D=S, реакція зіниць на світло збережена, рухи очних яблук в повному об'ємі, ністагм відсутній, лице симетричне, язик - по середній лінії, сухожильні рефлекс з верхніх кінцівок D=S, з нижніх - D=S. Симптом Штрюмпеля зліва. Сила у кінцівках збережена. М'язовий тонус не змінений. Координаційні проби виконує задовільно. В позі Ромберга стійка. Чутливість збережена. За даними спектральної доплерографії кровообіг по лівій внутрішній сонній артерії достатній, без ознак турбулентності, по правій - нижня межа вікової норми. По хребетним артеріям лінійна швидкість кровообігу - у межах вікової норми, достатня з обох сторін. Помірне зниження лінійної швидкості кровообігу на рівні очних артерій з обох сторін. У середній мозковій артерії кровообіг достатній, ліворуч - 55 см/сек, праворуч - 57 см/сек. Кровообіг по венах збережений.

Таким чином, використання способу, що пропонується, дозволило забезпечити підвищення ефективності реабілітації та попередити виникнення важких ускладнень - розвиток повторних гострих ішемії головного мозку та рестенозів.

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)
вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна
(044) 456 – 20 – 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»
вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна
(044) 216 – 32 – 71