

Винахід належить до медицини, а саме до пластичної хірургії.

Відомий спосіб діагностики післяопераційних внутришньочерепних гематом і пристрій для його здійснення О.М. Чікуніна та Ю.С. Йоффе (А.с. СРСР №1572522), який полягає в додатковому накладанні маркерів в товщу кісткового клаптя через вузькоканалний отвір, розміщений в центрі клаптя, і при величині відстані між маркерами більше як 5мм відносно попереднього дослідження діагностують гематому.

Але, вказаний спосіб дозволяє діагностувати тільки наростаючу гематому. При випадку її постійної величини або нагноєння гематоми спосіб неефективний. Спосіб потребує кількаразового Рo - дослідження черепа, що притягає за собою невиправдану велику дозу опромінювання і витрачання півки. Спосіб неможливо застосувати для операційної діагностики субдуральних або епідуральних гематом і абсцесів.

Ціль винаходу - визначення тактики оперативного лікування хворих, у яких в результаті термічних чи механічних травм оголені та некротичне змінені кістки черепного склепіння.

По нашим клінічним спостереженням тотальне (на всю товщину) пошкодження кісток склепіння черепа, в сукупності з клінічними симптомами, можуть свідчити про можливі ускладнення у вигляді субдуральних або епідуральних гематом, абсцесів тощо. Тому в основу винаходу поставлено задачу прискорити та спростити діагностику глибини пошкодження оголених кісток склепіння черепа, яка досягається тим, що реєструється різна електропровідна здатність ділянок пошкодженої і здорової кістки.

У цьому зв'язку нами розроблено пристрій для діагностики глибини пошкодження оголених кісток черепного склепіння, зображений на фіг.1 в загальному вигляді. На фіг.2 схематично зображено пристрій під час роботи. На фіг.3 пристрій в продольному розрізі.

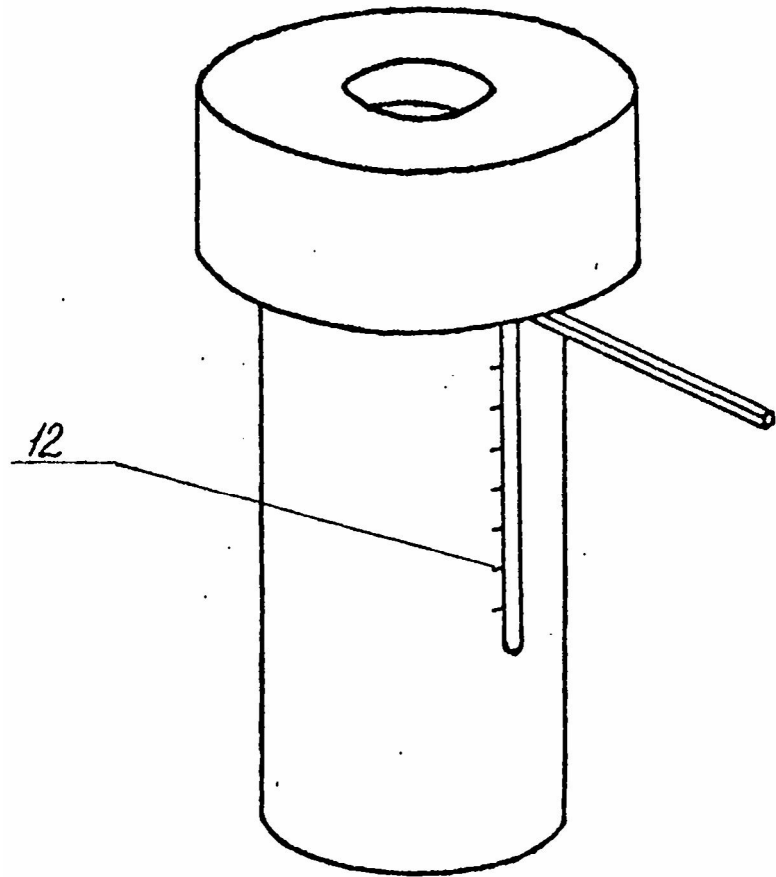
Пристрій виготовлено із інструментальної сталі і складається із тубусу 1 з накручуваним ковпачком 2 з однієї сторони, і отвором 3 з іншої, причому в ковпачку 2 є отвір 4. В середину тубусу 1 поміщено електрод 3 виконаний у вигляді шурупа-саморізу (крок різьби - 0,5мм) з голівкою 6, яка має проріз 7 для викрутки; шайба 8 з контактним штоком 9, який виходить із порожнини тубусу 1 назовні через проріз 10, і притисне пружина 11. На зовній поверхні тубусу 1 з боку прорізу 10 є міліметрова шкала 12 з початком, відповідним до первісного положення контактного штоку 9.

Для виконання способу використовують омметр, один електрод якого у вигляді голки уводять під шкіру в безперечно життєздатній області черепа. Другий вивід омметра підключають до контактного штоку 9 пристрою. Після оброблення операційного поля пристрій встановлюють перпендикулярно до пошкодженої кістки. Електрод 5 вкручують викруткою в кістку і при досягненні ним життєздатних тканин опір кістки проведенню електричного струму різко знижується, що реєструється омметром. По шкалі 12 визначають глибину пошкодження кістки.

Спосіб рекомендується виконувати з дотриманням правил асептики. Хірургічні рукавички також дозволяють ізолювати електричний ланцюг від рук діагноста.

Пристрій легко розбирається і може підлягати стерилізації способами, що застосовуються до хірургічного інструментарію.

Описана методика може бути використана у декількох місцях пошкодження ділянки кістки для встановлення більш точного рельєфу глибини пошкодження на протязі.



Фіг. 1

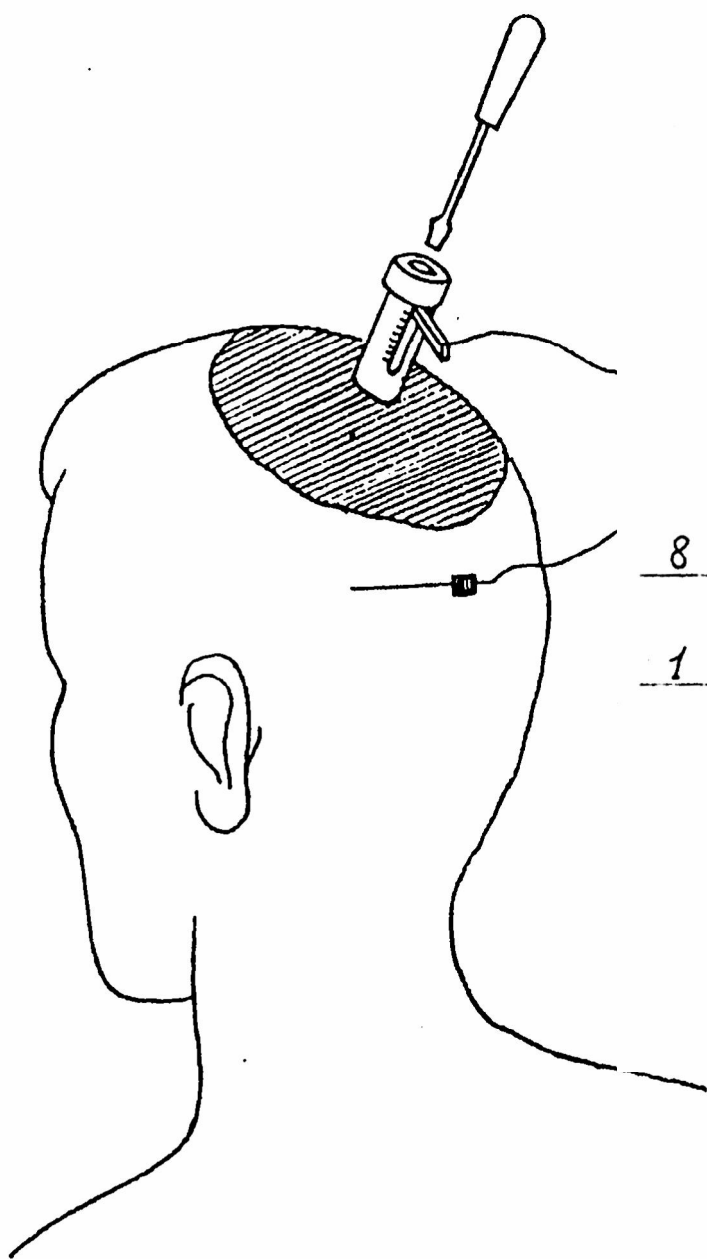


Fig. 2

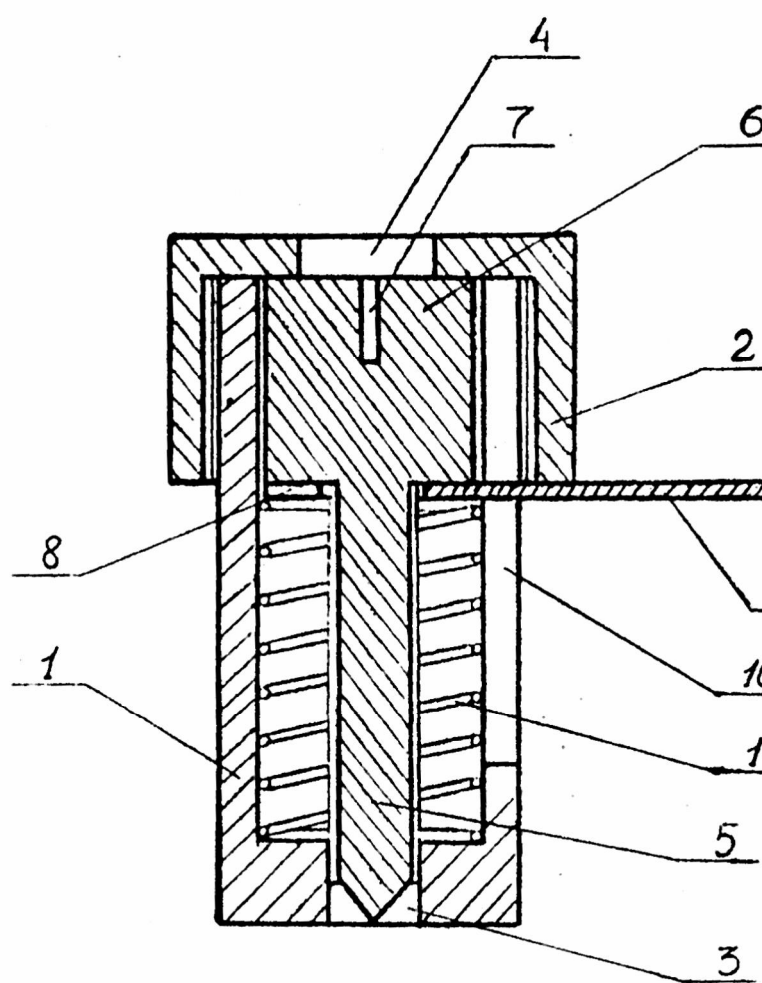


Fig. 3