



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40471 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИДАЛЕННЯ ГЕМАТОМ, ПОЄДНАНИХ З КОНТУЗІЙНИМИ ОСЕРЕДКАМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

(21) 2001031458

(22) 02.03.2001

(24) 16.07.2001

(33) UA

(46) 16.07.2001, Бюл. № 6, 2001 р.

(72) Сіпітий Віталій Іванович, Воробйов Володимир Володимирович, Григорова Ірина Анатоліївна, Котляревський Юрій Олексійович, Циганков Олександр Васильович, Духовський Олександр Ерікович

(73) Харківський державний медичний університет, UA

(57) Спосіб видалення гематом, поєднаних з контузієними осередками головного мозку, який включає виконання доступу у вигляді кістково-пластичних трепанаційних отворів, який **відрізняється** тим, що перед формуванням трепанаційних

отворів уточнюють локалізацію та розміри гематом та множинних контузієних вогнищ за допомогою рентгеновської комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії, а доступ до гематом здійснюють шляхом нанесення корончатих фрезерних отворів діаметром 25 мм, одно- або двосторонніх, в залежності від локалізації та розмірів епісубдуральних, внутрішньомозкових гематом та контузієних осередків, після чого виконують видалення гематом з використанням ендоскопічного обладнання, видалення контузієних осередків - з застосуванням мікроінструментарію та ультразвукового аспіратора, проводять контроль зони видалення контузієних осередків та гематом за допомогою ендоскопів з різними кутами обзору, а в зону їх видалення встановлюють припливно-відтокову дренажну систему на строк до 3 діб.

Винахід відноситься до області медицини, а саме: до нейрохірургії, - і може бути використаний в лікуванні травматичних внутрішньочерепних гематом та множинних осередків забою-розтрощення головного мозку.

Відомий спосіб операції при множинних контузієних осередках та гематомах, розроблений А.П. Ромодановим та В.Г. Черненковим, при якому шкірно-апоневротичний клапоть відвертається до надбрівних дуг та відповідної виличної дуги. Кістково-окісний клапоть формується в передніх відділах лобних та скроневої долі мозку. Для цього достатньо накладення 7 фрезерних отворів. Підхід забезпечує візуалізацію лобних та скроневих відділів мозку, ревізію передньої та середньої черепних ямок, що дозволяє видаляти наявні множинні осередки контузіє-розтрощення головного мозку (Черненков В.Г. Методичні рекомендації по діагностиці та хірургічному лікуванню множинних базальних забій півкуль головного мозку. - Харків, 1981). Модифікацією цього способу є метод, який полягає в тому, що підхід до гематом та вогнищ розтрощення здійснюється передньо-боковим доступом, а обробка вогнищ розтрощення здійснюється (в залежності від ступеня гіпертензійно-дислокаційного синдрому) у межах зони макроскопічно зміненої тканини без включення перехідної зони або з включенням всіх нежиттєздатних тка-

нин мозку (Шевага В.М., Гук А.П. Деякі особливості хірургічної тактики при травматичних компресіях головного мозку. Бюлетень Української Асоціації Нейрохірургів. Випуск 5. - Київ, 1998.) Вищевказаний спосіб видалення травматичних гематом та контузієних вогнищ є найбільш близьким до того, що пропонується за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його обрано як прототип.

Проте застосування широких кістково-пластичних трепанацій при видаленні травматичних внутрішньочерепних гематом, поєднаних з множинними осередками забою-розтрощення має такий істотний недолік, як високе травмування операційного доступу, що може призвести в післяопераційному періоді до розвитку гострого набряку-набування головного мозку, збільшення вірогідності розвитку гнійних ускладнень в післяопераційному періоді.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу винаходу покладено задачу підвищення ефективності хірургічного лікування травматичних внутрішньочерепних гематом та множинних осередків забою-розтрощення головного мозку шляхом оптимізації оперативного доступу.

Задача, яку покладено в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі видалення гематом, поєднаних з контузієними осередками

(19) UA (11) 40471 (13) A

головного мозку, який включає виконання доступу у вигляді кістково-пластичних трепанацій, який відрізняється тим, що перед формуванням трепанаційних отворів уточнюють локалізацію та розміри гематом і контузійних осередків за допомогою рентгенівської комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії, а доступ здійснюють шляхом нанесення корончастих фрезерних отворів, одно- або двосторонніх, в залежності від локалізації та розмірів гематом і контузійних вогнищ, після чого видаляють гематоми з використанням ендоскопічного обладнання, а контузійні осередки - з застосуванням мікроінструментарію та ультразвукового аспіратора, далі проводять ендоскопічний контроль зони видалення контузійних осередків та гематом, а в зону їх видалення встановлюють приточно-відточну дренажну систему.

Запропонований спосіб забезпечує оптимізацію доступу з формуванням кістково-пластичних трепанаційних отворів за рахунок:

- попереднього встановлення місця знаходження і розмірів травматичних інтракраніальних гематом та контузійних вогнищ;
- виконання трепанаційних отворів, розмір і форма яких обумовлена місцем знаходження вогнищ пошкодження, їхнім розміром та характером;
- малоінвазійного видалення цих вогнищ під постійним контролем, що складає сукупність суттєвих ознак формули винаходу.

Спосіб виконують таким чином. На етапі обстеження хворого проводять уточнення локалізації і розмірів гематом та множинних контузійних вогнищ за допомогою рентгенівської комп'ютерної, магнітно-резонансної томографії або обох методів, після чого здійснюють доступ шляхом проведення лінійних розтинів м'яких тканин з наступним нанесенням одного, двох чи трьох корончастих фрезерних отворів діаметром 25 мм, одно- або двосторонніх в залежності від локалізації та розмірів епі-, субдуральних та внутрішньомозкових гематом і контузійних вогнищ, а видалення гематом виконують з використанням ендоскопічного обладнання, видалення контузійних осередків - з застосуванням мікроінструментарію та ультразвукового аспіратора, після чого проводять контроль зони видалення контузійних осередків та гематом за допомогою ендоскопів з різними кутами огляду, а в зону їхнього видалення встановлюють приточно-відточну дренажну систему на строк до 3 діб.

Метод ілюструє наступне клінічне спостереження.

Хворий Зінченко А.Г., 50 років, і. х. № 8277, поступив 24.X.1999 р. з діагнозом: Гостра важка черепно-мозкова травма, забій лобних часток головного мозку з формуванням контузійних осередків лобних часток, субдуральна гематома лівої лобної області. Травма 25.X.1999 р., був знайдений у непритомному стані, доставлений по лінії санавіації до нейрохірургічної клініки ХОКЛ для обстеження та лікування.

Анамнез у зв'язку з важким станом хворого зібрати не вдалося. Соматичний статус: шкіряні покриви бліді, в легенях - везикулярне дихання. Тони серця приглушені, АТ - 110/85 мм рт. ст., Ps - 92 уд. в 1', живіт м'який, печінка не збільшена.

Неврологічний статус: рівень порушення свідомості - глибоке запаморочення, продуктивному контакту не доступний. Очні щілини, зіниці - D=S. Сухожильні рефлекс пожвавлені D>S, грубий правосторонній геміпарез. Менінгіальний симптомокомплекс.

Хворий був обстежений: клінічний та біохімічний аналізи крові та сечі, ЕКГ, догляданий терапевтом, травматологом, хірургом, котрі свою патологію зняли. Проведена рентгенографія органів грудної та черевної порожнин - без патології. Рентгенографія черепа у двох проекціях - лінійний перелом лобної кістки зліва з переходом на базис черепа. Ехо-ЕС - зміщення М-еха немає. Лікворна гіпертензія. ЕЕГ - Дифузні зміни з осередком патологічної активності в лобно-скроневих відділах праворуч. Нейроофтальмолог - виражений веностаз, більше - зліва. РКТ головного мозку: праворуч в лобній долі - геморагічний контузійний осередок 38 мм в діаметрі, ліворуч в задньолобно-скроневій області - субдуральна гематома 27 мм товщиною. Перелом луски лобної кістки парамедіально ліворуч. 26.X.1999 - операція - накладання корончастого фрезерного отвору в лівій лобно-скроневій області, малоінвазійне ендоскопічне видалення гострої субдуральної гематоми лівої лобно-скрової області. Накладання корончастого фрезерного отвору в правій задньо-лобно-скроневій області, видалення осередку забою-розтрощення правої задньо-лобно-скрової області за допомогою ультразвукового аспіратора з встановленням приточно-відточної дренажної системи.

В післяопераційному періоді хворий отримував антибіотикотерапію, гемостатичну, протинабрякову, ноотропну терапію. Післяопераційні рани загоїлися первинним натягом. Шви зняті на 10 добу. Хворий виписаний на 16 добу після операції в задовільному стані без грубих неврологічних порушень.

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
