



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **12084** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС****ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ ДО ОСНОВИ ЧЕРЕПА**

1

2

(21) u200507572

(22) 29.07.2005

(24) 16.01.2006

(46) 16.01.2006, Бюл. № 1, 2006 р.

(72) Молчанов Віктор Іванович, Волкодав Олег
Володимирович, Зінченко Світлана Артурівна, Зе-
млянський Михайло Юрійович(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. С.І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО

(57) Спосіб оперативного доступу до основи черепа, який включає мобілізацію надкисниці і скроневого м'язу з його фасціями відповідно до межі трепанційного вікна, і формування манжети для пластики післяопераційної рани, який **відрізняється** тим, що виконують птеріональний доступ до структур передньої і середньої черепних ямок, переміщення м'яких тканин з формуванням надкисничної манжети.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема, до нейрохірургії і може бути використана при нейрохірургічних маніпуляціях на основі черепа з метою мінімальної травматизації тканин, забезпечення широкого і зручного огляду операційного поля, покращення пластичності операції зі зменшенням ризику інтраопераційних ускладнень і мінімізації післяопераційних функціональних косметичних дефектів.

За прототип обрано спосіб оперативного доступу до основи черепа [Yasargil M.G., Reichman M.V., Kubik S. Preservation of the frontotemporal branch of the facial nerve using the interfascial flap for pterional craniotomy// Technical article. J.Neurosurg. - 1987. - Vol.67. - P.463-466], який заключається в інтерфасціальному виділенні лобної гілки лицевого нерва на етапі формування кістково-м'язового шматочка з наступним розсіченням надкисниці і скроневого м'язу з його фасціями відповідно до меж трепанційного вікна і формуванням м'язової манжети, відкиданням кісткового шматочка на м'язовій ніжці.

Ознаками, що співпадають із суттєвими ознаками заявляемого способу, є: мобілізація надкисниці і скроневого м'язу з його фасціями відповідно до меж трепанційного вікна і формування манжети для пластики післяопераційної рани.

Ознаками, які перешкоджають досягненню очікуваного результату (підвищення ефективності лікування і зменшення можливих ускладнень), є: необхідність інтерфасціального виділення лобної гілки лицевого нерва, що призводить до ушкодження лобної гілки поверхневої скроневої артерії та атрофії скроневого м'язу на етапі формування

кістково-м'язового шматочка з м'язовою манжеткою із скроневого м'язу.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу оперативного доступу до основи черепа шляхом використання надкисничної манжети на етапі виконання птеріонального доступу до структур передньої і середньої черепних ямок без інтерфасціального виділення лобної гілки лицевого нерва і формування м'язової манжети із скроневого м'язу, що дозволяє уникнути ушкодження лобної гілки лицевого нерва, лобної гілки поверхневої скроневої артерії та атрофії скроневого м'язу, і тим самим зменшити ризик інтраопераційних ускладнень із мінімізацією післяопераційних функціональних косметичних дефектів.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі оперативного доступу до основи черепа, який включає мобілізацію надкисниці і скроневого м'язу з його фасціями відповідно до межі трепанційного вікна, і формування манжети для пластики післяопераційної рани, згідно корисної моделі, виконують птеріональний доступ до структур передньої і середньої черепних ямок, виконують переміщення м'яких тканин з формуванням надкисничної манжети.

Між сукупністю істотних ознак способу, який заявляється і клінічним результатом, який може бути досягнутий, проявляється наступний причинно-слідчий зв'язок: виконання птеріонального доступу з формуванням надкисничної манжети без інтерфасціального виділення лобної гілки лицевого нерва і формування м'язової манжети із скроневого м'язу дозволяє уникнути ушкодження лобної гілки лицевого нерва, лобної гілки поверхневої

(19) **UA** (11) **12084** (13) **U**

скроневої артерії та атрофії скроневого м'язу, і тим самим зменшити ризик інтраопераційних ускладнень з мінімізацією післяопераційних функціональних косметичних дефектів; за відсутності вищеперелічених ознак технічний результат недосяжний.

Спосіб полягає в наступному.

Виконують розріз шкіри вгору від верхнього краю виличної дуги на відстані не більше 0,5 см наперед від козелка вуха, лінія розрізу продовжується плавною дугою по краю волосистої частини голови в лобно-парасагітальну область зі збереженням цілісності лобної гілки поверхневої скроневої артерії і лобної гілки лицевого нерва, тим самим забезпечуючи косметичність операції. Шкірно-алопевротичний лоскут відсепаровують і відводять до обличчя.

Переміщують м'які тканини з формуванням надкісничної манжетки для фіксації м'язу і фасції. Для цього надсікають надкісницю в лобній області, потім виконують розсікають скроневі фасції на 1 см нижче верхньої скроневої лінії, нижній шматок відсепаровують від скроневого м'язу до нижньої межі трепанаційного вікна, відкидають вниз. Після цього верхній шматок відділяють від скроневого м'язу по напрямку до верхньої скроневої лінії, виконують відділення скроневого м'язу від кістки назад по напрямку до вуха.

Запропонований спосіб дозволяє уникнути травматизації і інтерфасціального виділення лобної гілки лицевого нерва, поверхневої скроневої артерії та атрофії скроневого м'язу з наступною адекватною фіксацією м'язу і фасції до сформованої надкісничної манжетки на етапі закриття операційної рани.

Запропонований спосіб підтверджується наступними прикладами.

Приклад 1.

Хвора Н., 15 років. Клінічний діагноз: Тяжка сполучена травма. Тяжка відкрита проникаюча черепно-мозкова травма. Забій головного мозку тяжкого ступеня з осередками розтрощення правої лобної і скроневої частинок. Удавлений імпресійно-депресійний перелом кісток черепа лобно-скронево-тім'яної області з переходом на основу передньої і середньої черепних ямок, передню третину верхнього сагітального синусу; здавлювання правої півкулі головного мозку епідуральною гематомою лобно-скронево-тім'яної локалізації, лівої півкулі головного мозку субдуральною гематомою скронево-лобної локалізації. Отогемолікворея справа. Закритий перелом кісток лівої гомілки в верхній третині зі зміщенням. Множинні забої і садер голови, тулуба, кінцівок. Травматичний шок III. Шкала Глазго - 4-5 балів.

Хворій було проведено оперативне лікування по заявляемому способу, що дозволило усунути травматичне здавлювання головного мозку епідуральною гематомою правої лобно-скронево-тім'яної локалізації і субдуральною гематомою лівої скронево-лобної локалізації з адекватною ревізією епісубдуральних просторів з двох боків з виходом на основу черепа, розширеною зовнішньою декомпресією базально-стовбурових відділів, з мінімальною травматизацією тканин і мінімальним функціональним косметичним дефектом у

післяопераційному періоді, зі збереженням цілості лобної гілки лицевого нерва, адекватною пластикою на етапі закриття операційної рани шляхом фіксації непошкодженого скроневого м'язу і фасції до сформованої надкісничної манжетки.

Приклад 2.

Хворий Б., 21 рік. Клінічний діагноз: Тяжка відкрита черепно-мозкова травма. Забій головного мозку тяжкого ступеня переважно базально-стовбурових відділів. Травматичне здавлювання правої півкулі головного мозку епідуральною гематомою скронево-лобно-тім'яної локалізації, субдуральною гідроною скронево-базальною локалізації. Лінійний перелом кісток черепа лобно-скроневої області з переходом на основу середньої черепної ямки. Множинні забої, садна м'яких тканин волосистої частини голови, обличчя. Шкала Глазго - 4 бали.

Хворому було проведено оперативне лікування по заявляемому способу, що дозволило усунути травматичне здавлювання головного мозку епідуральною гематомою правої скронево-лобно-теменною локалізації і субдуральною гідроною правої скронево-базальною локалізації з адекватною ревізією епісубдуральних просторів з двох боків з виходом на основу черепа, розширеною зовнішньою декомпресією базально-стовбурових відділів, з мінімальною інтраопераційною травматизацією тканин і мінімальним функціональним косметичним дефектом у післяопераційному періоді, зі збереженням цілості лобної гілки лицевого нерва, адекватною пластикою на етапі закриття операційної рани шляхом фіксації неушкодженого скроневого м'язу і фасції до сформованої надкісничної манжетки.

Приклад 3.

Хворий К., 5 років. Клінічний діагноз: Перелом нижньої щелепи зліва в області суглобового відростка, зміщення спиці Кіршнера в крило-піднебінну ямку; відкрите проникаюче поранення основи черепа з проникненням стороннього тіла в параселлярну область середньої черепної ямки.

Хворому було проведено оперативне лікування по даному способу, що дозволило здійснити екстрадуральний підхід до основи середньої черепної ямки. З поетапною коагуляцією спиці Кіршнера ретроградно, через екстрадуральний простір була витягнена.

Огляд пацієнта в першу добу після операції: в свідомості, орієнтований, афатичних порушень немає, на запитання відповідає правильно. Зінниці D=S, фотореакція і корнеальні рефлексі збережені, рух очних яблук в повному обсязі, незначна асиметрія обличчя за рахунок набрялості лівої защеелепної області. Рух в руках і ногах збережений у повному обсязі. Патологічних і менингіальних знаків немає. КТ контроль: Серединні структури симетричні, не зміщені. Базальні цистерни і шлуночки звичної конфігурації, не розширені. Ознак об'ємного утворення не виявлено. Ділянок патологічної щільності не визначається. Стан після трепанації нижньо-базальних відділів лівої скроневої області. Прилеглі тканини до трепанаційного отвору звичної щільності, незначно пролабують. В передніх відділах середньої черепної ямки два повітряних міхурця до 5 мм в діаметрі. У великому

крилі основної кістки відмічається ділянка деструкції до 3мм в діаметрі за рахунок перфорації спиці. Прилеглі м'які тканини в базальних відділах не змінені. Заключення: стан після видалення стороннього тіла середньої черепної ямки зліва. Перелом передньої гілки нижньої щелепи зліва. Стан після остеосинтезу. Післяопераційна рана загоїлась первинним натягом, шви зняті на 10 добу. Функціональний косметичний дефект у післяопе-

раційному періоді відсутній. Дитина була виписана без неврологічного дефіциту і запальних явищ.

Використання запропонованого способу дозволяє уникнути травматизації і інтерфасціального виділення лобної гілки лицевого нерва, ушкодження лобної гілки поверхневої скроневої артерії, атрофії скроневого м'язу, і тим самим покращити пластичність операції зі зменшенням ризику інтраопераційних ускладнень та мінімізацією післяопераційних функціональних косметичних дефектів.