



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 7468

(13) U

(51) 7 A61B17/00

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

(54) СПОСІБ ЗАДНЬОГО ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ ДО СПИННОГО МОЗКУ ЗА О.О. НАХАБОЮ

1

2

(21) 20041210713

(22) 27 12 2004

(24) 15 06 2005

(46) 15 06 2005 Бюл. № 6, 2005 р.

(72) Нахаба Олександр Олександрович

(73) Нахаба Олександр Олександрович

(57) Спосіб заднього хірургічного доступу до спинного мозку шляхом його відкриття, який відрізняється тим, що спинномозковий канал

відкривається без скелетування та видалення остистих відростків та дужок хребців на рівні яких виконується задній доступ до спинного мозку, що значно зменшує крововтрати під час операції, а після виконання основного етапу операції (наприклад, видалення пухлини спинного мозку) є можливість повного відновлення анатомічної структури спинномозкового каналу.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до нейрохірургії, і може бути використаний при любых оперативних втручаннях на спинному мозку та його корінцях.

Найбільш відомі способи заднього доступу до спинного мозку та корінців, прийняті мною за прототипи - це ламінектомія та геміламінектомія. Ці методи дозволяють оголити необхідну частину спинного мозку, або його корінців, але вони мають такі недоліки - додаткову крововтрату під час скелетування остистих паростків та дужок хребця часткову дестабілізацію хребта при ламінектомії на рівні декількох хребців, відсутність задньої стінки спинномозкового каналу на рівні хребців, де виконана ламінектомія, а також деяке обмеження рухів у ділянках хребта, де виконана ламінектомія.

Задачею корисної моделі є розробка найменш травматичного заднього оперативного доступу до спинного мозку та його корінців, котрий забезпечить достатньо комфортні умови для оперування, знизить крововтрату під час операції, та дасть можливість повного відновлення нормальної анатомії спинномозкового каналу після виконання основного етапу операції.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі заднього доступу до спинного мозку, після розтину шкіри та підшкірної жирової клітковини замість класичного скелетування та видалення остистих паростків та дужок, проводиться розпил хребця пилою Джиглі у трьох місцях: один розпил у місці з'єднання лівої та правої дужки хребця, тобто сагітальний розпил остистого паростка хребця, та два розпили у місцях з'єднання дужок хребця із сугавними паростками хребця. Те ж

саме проводиться на усіх хребцях на рівні яких необхідно оголити дуральний мішок спинного мозку, або його корінці. Далі за допомогою ранорозширювача лівої та правої дужки оперованих хребців разом із приєднаними до них м'язами розводяться у латеральному напрямку, що оголяє дуральний мішок спинного мозку та його корінці не гірше, ніж при класичній ламінектомії.

Спосіб виконується наступним чином. Положення хворого на животі. Після обробки операційного поля роблять лінійний розтин шкіри та підшкірної жирової клітковини над остистими паростками хребців, на рівні яких необхідно оголити дуральний мішок спинного мозку, або його корінці. За допомогою пилки Джиглі проводиться розпил у місці з'єднання лівої та правої дужки хребця, тобто сагітальний розпил остистого паростка хребця, далі два розпили у місцях з'єднання дужок хребця із сугавними паростками хребця. Те ж саме проводиться на усіх хребцях на рівні яких необхідно оголити дуральний мішок спинного мозку або його корінці. Далі за допомогою ранорозширювача лівої та правої дужки оперованих хребців разом із приєднаними до них м'язами розводяться у латеральному напрямку, що оголяє дуральний мішок спинного мозку та його корінці на необхідному рівні. Гемостаз. Далі виконується основний етап операції, наприклад видалення пухлини спинного мозку. Після виконання основного етапу операції, знімають ранорозширювач, та зводять праві дужки із лівими до щільного їх контакту. Далі їх зшивають у місці їх переходу у остисті паростки простими вузловими швами, попередньо зробивши у них отвори за допомогою цапки, або іншого перфо-

(13) U

(11) 7468

(19) UA

руючого інструменту Далі накладають шви на м'які тканини Асептична пов'язка

В порівнянні з прототипом, запропонований спосіб має ряд переваг

- значне зменшення крововтрати під час виконання доступу, за рахунок відмови від скелетування остистих паростків та дужок хребців

- зменшення травматичності доступу, що у свою чергу знижує післяопераційне формування рубців,

- можливість повного відновлення нормальної анатомії спинномозкового каналу після виконання основного етапу операції, що необхідно для пов-

ноцінного захисту спинного мозку та відновлення нормальної біомеханіки хребта

Література

1 А В Лившиц Хирургия позвоночника и спинного мозга М , «Медицина», 1990,

2 В П Берснев Е А Давыдов, Е Н Кондаков Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов Санкт-Петербург, «Специальная литература», 1998

3 Reno Louis, Surgery of the spine Surgical anatomy and operative approaches New York, «Springer-Verlag» 1982