



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45861 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00
A61B 8/13

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОПЕРЕКОВИХ РАДИКУЛОШЕМІЙ, ОБУМОВЛЕНИХ СЕКВЕСТРОВАНИМИ ГРИЖАМИ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ

1

(21) u200906888

(22) 01.07.2009

(24) 25.11.2009

(46) 25.11.2009, Бюл. № 22, 2009 р.

(72) СІПІТИЙ ВІТАЛІЙ ІВАНОВИЧ, ЯКИМІВ ГЕНАДІЙ АДАМОВИЧ, СВИРИДЕНКО ВІТАЛІЙ ЮРІЙОВИЧ, ВОРОБІЙОВ ВОЛОДИМИР ВОЛОДИМИРОВИЧ, БАБАЛЯН ЮРІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб лікування поперекових радикулошемій, обумовлених секвестрованими грижами міжхребцевих дисків, що включає доопераційну діагностику топографо-анатомічних варіантів секвестрованих гриж міжхребцевих дисків за до-

2

помогою спіральної комп'ютерної томографії і магнітно-резонансної томографії та застосування інтерламінарного доступу, який **відрізняється** тим, що при форамінальних та задньо-бокових секвестрованих грижах виконують інтерламінарний доступ з аркотомією, частковою фасетектомією, фораміномією, малоінвазивною мікрохірургічною декомпресією спинного мозку, його корінців та судин в поєднанні з асистуючою відеоендоскопією; при парамедіанних та медіанних грижах виконують задній інтерламінарний доступ з резекцією суміжних країв каудальної та краніальної дужок до їх середини з частковою фасетектомією, ендоскопічною відеоасистенцією та мікродиссектомією.

Корисна модель відноситься до галузі медицини, а саме - нейрохірургії, та може бути використаною в лікуванні дискогенних поперекових радикулошемій.

Хірургічне лікування секвестрованих гриж дисків виконується з застосуванням класичного доступу - геміламінектомії. Традиційна класична геміламінектомія застосовується для видалення секвестрованих гриж міжхребцевих дисків на поперековому рівні, і вона ефективна у цих випадках (Хирургическое лечение нейрокомпрессионных пояснично-крестцовых болевых синдромов / под. ред. Зозуля Ю.А., Педаченко Е.Г., Слынько Е.И. - К., 2006. - С.61).

До недоліків цієї методики слід віднести великий об'єм оперативного втручання, нерідко поглиблення або виникнення грубих неврологічних порушень після операції, та частий розвиток нестабільності в поперековому відділі хребта, що потребує проведення стабілізуючих операцій.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб лікування поперекових радикулошемій, обумовлених секвестрованими грижами міжхребцевих дисків, шляхом виконання інтерламінектомії (Хронические дискогенные болевые синдромы шейного и поясничного остеохондроза. / под. ред. Хели-

мский А.М. -Хабаровск., 2000. - С.48.; М.Ю. Бирючков Особенности хирургии грыж межпозвоночных дисков // Вопросы нейрохирургии. - 2005. - №4. - С.22-24.; Anatomical study of the parapinal approach to the lumbar spine. / Vialle R., Court C, Khouri N. et al. // Eur. Spine. J. - 2004. - V.19).

До недоліків цього методу слід віднести наявність у оперованих хворих (7-10%) стійких болевих синдромів, які обумовлені наявністю компресії корінця в міжхребцевому просторі після видалення секвестрованої грижі.

У зв'язку з вищеназваним, в основу корисної моделі покладено задачу підвищення ефективності хірургічного лікування хворих з поперековими радикулошеміями, обумовленими секвестрованими грижами міжхребцевих дисків шляхом профілактики компресії корінця.

Задачу, яку покладено в основу корисної моделі, вирішують тим, що у відомому способі лікування поперекових радикулошемій, обумовлених секвестрованими грижами міжхребцевих дисків, який включає доопераційну діагностику топографо-анатомічних варіантів секвестрованих гриж міжхребцевих дисків за допомогою спіральної комп'ютерної томографії і магнітно-резонансної томографії та застосування інтерламінарного до-

(19) UA (11) 45861 (13) U

ступу, згідно з корисною моделлю, при форамінальних та задньо-бокових секвестрованих грижах виконують інтерламінарний доступ з аркотомією, частковою фасетектомією, фораміотомією, малоінвазивною мікрохірургічною декомпресією спинного мозку, його корінців та судин в поєднанні з асистуючою відеоендоскопією; при парамедіанних та медіанних грижах виконують задній інтерламінарний доступ з резекцією суміжних країв каудальної та краніальної дужок до їх середини з частковою фасетектомією, ендоскопічною відеоасистенцією та мікродиссектомією.

Спосіб дозволяє підвищити ефективність лікування хворих на поперекову радикулошемію, обумовлену секвестрованими грижами міжхребцевих дисків, за рахунок радикального усунення компресії корінців та судин спинного мозку секвестрованими грижами міжхребцевих дисків з мінімальною травматизацією та збереженням їх анатомічної цілісності.

Спосіб виконують наступним чином: безпосередньо перед операцією шляхом використання методів нейровізуалізації - спіральної комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ), діагностують топографо-анатомічний варіант секвестрованої міжхребцевої грижі в поперековому відділі хребта - екстрафорамінальний, форамінальний, задньо-боковий, парамедіанний, медіанний, встановлюють ступінь компресії спинного мозку та його корінців.

Операцію проводять під загальним наркозом із апаратно-керованим диханням та місцевою анестезією розчином новокаїну 2% - 40,0, у положенні на боці проводять лінійний серединний розтин шкіри на рівні двох поперекових хребців. На боці операції на 1 см відходять від середньої лінії, розтинають поверхневий листок попереково-спинної фасції, на стороні секвестрованої грижі диску распатором відділяють м'язи від півдужок. Необхідний проміжок між краями півдужок віддаляють за допомогою распатора та ножиців. Виконують мікрохірургічний доступ. При цьому сусідні краї дужок за допомогою кусачок пістолетного типу викушують на 0,3 мм (аркотомія). Скальпелем розтинають жовту зв'язку і потім її видаляють за допомогою мікрохірургічного затискача, мікропінцетом видаляють епідуральну клітковину.

Методика мікрохірургічного доступу залежить від топографо-анатомічного варіанту розташування секвестрованого міжхребцевого диска. Так, при парамедіанних та медіанних секвестрованих грижах виконують максимальне видалення жовтої зв'язки до суглобних відростків, резекцію суміжних країв каудальної та краніальної дужок до їх середини з частковою фасетектомією в поєднанні з мікродиссектомією та ендоскопічною відеоасистенцією.

Після видалення секвестрів диску, видаляють фрагменти фіброзного кільця - виконують тотальну мікродиссектомію. Після зупинки кровотечі м'язи укладають на місце і накладають часті шовкові шви на розрізану фасцію. Шкіру зашивають звичайним способом.

Таким чином, в доопераційному періоді за допомогою методів візуалізації (КТ, МРТ) встанов-

люють топографо-анатомічний варіант секвестрованої міжхребцевої грижі і залежно від цього виконують різні доступи: 1) при форамінальних та задньо-бокових міжхребцевих секвестрованих грижах виконують задній інтерламінарний доступ з аркотомією, фораміотомією, частковою фасетектомією, видалення корінця секвестрованого диска виконують мікрохірургічним методом спільно з відеоасистенцією.

2) при парамедіанних та медіанних грижах виконують резекцію суміжних країв каудальної та краніальних дужок до їх середини, максимальне видалення жовтої зв'язки до суглобних відростків, частинну фасетектомію в поєднанні з мікродиссектомією і ендоскопічною відеоасистенцією.

Метод ілюструється наступними клінічними спостереженнями:

Приклад №1

Хворий К., 42 років перебував на лікуванні у нейрохірургічному відділенні.

Під час госпіталізації до відділення скаржився на наявність болі в попереку, в лівій кінцівці, утруднення ходи.

Анамнез хворого - хворіє з 2000 року, коли вперше з'явилися болі в попереку і в лівій нижній кінцівці.

Анамнез життя - без особливостей. В неврологічному статусі: в ногах сухожилісні рефлекси знижені, S>D, біль в паравертебральних точках L4-L5. Симптом Ласега зліва, лівобічний сколіоз.

Заключення невропатолога: дискогенна поперекова радикулошемія, секвестрована лівобічна парамедіанна грижа міжхребцевих дисків L4-L5.

Консультація терапевта: виразної терапевтичної патології не виявлено.

Рентгенографія поперекового відділу хребта: ознаки остеохондрозу в сегментах L4-L5 хребців, лівобічний сколіоз I ст.

МРТ поперекового відділу хребта: парамедіанна секвестрована лівобічна грижа диска L4-L5 (12 мм).

Операція - задній інтерламінарний доступ з аркотомією зліва, часткова фасетектомія, видалення секвестрованої грижі диску на рівні L4-L5, з проведенням мікродиссектомії в поєднанні з ендоскопічною відеоасистенцією.

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Шви зняті, рана загоїлась первинним натягненням.

Больовий синдром зник, сколіоз зник, хода нормальна. В неврологічному статусі: без патології. Виписаний до дому в хорошому стані.

Приклад №2

Хворий К., 47 років перебував на лікуванні у нейрохірургічному відділенні.

Під час госпіталізації до відділення скаржився на наявність болі в попереку, слабкість, оніміння у нижніх кінцівках, затримку сечі.

Анамнез хворого - хворіє з 2003 року, коли вперше з'явилися болі в попереку з поширенням у нижні кінцівки та промежину.

Анамнез життя - без особливостей. В неврологічному статусі: нижній помірний в'ялий парепарез, більше праворуч, колінні рефлекси знижені, ахіллові рефлекс праворуч відсутній, ліворуч торпідний,

біль в паравертебральних точках Валле L4, L5. Симптом Ласега з обох боків, Нері, Дежеріна, обмеження згинання в поперековому відділі хребта. Сфінктерні порушення за периферичним типом.

Заключення невропатолога: Дискогенна поперекова радикуломієлоішемія, секвестрована задня медіанна грижа міжхребцевого диску L4-L5. Нижній помірний паразетез. Сфінктерні порушення.

Консультація терапевта: ІХС. Атеросклеротичний аортокардіосклероз. СН І ст.

Рентгенографія поперекового відділу хребта з функціональними пробами: ознаки остеохондрозу в сегментах L4-L5 хребців, зниження висоти міжхребцевого диску L4-L5, симптом «розпірки» на рівні L4-L5, ознак нестабільності не виявлено.

МРТ поперекового відділу хребта: задня медіанна секвестрована грижа диску L4-L5 (10 мм) з грубою деформацією термінальної цистерни та компресією елементів кінського хвоста.

Операція - задній інтерламінарний доступ з видаленням жовтої зв'язки, аркотомія праворуч, часткова фасетектомія, видалення секвестрованої грижі диску на рівні L4-L5, з проведенням мікродиссектомії в поєднанні з ендоскопічною відеоасистенцією.

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Шви зняті, рана загоїлась первинним натягненням.

Больовий синдром зник, відмічався поступовий регрес рухових розладів в нижніх кінцівках. Нормалізація функції тазових органів. Виписаний до дому в хорошому стані.

Приклад № 3

Хворий Н., 39 років перебував на лікуванні у нейрохірургічному відділенні.

Під час госпіталізації до відділення скаржився на наявність болю в попереку, яка поширюється в ліву ногу та стопу, слабкість лівої стопи, оніміння у промежині, затримку сечі.

Анамнез хворого - хворіє з 2005 року, коли вперше з'явилися болі в попереку з поширенням у ліву нижню кінцівку та промежину.

Анамнез життя - без особливостей. В неврологічному статусі: помірний в'ялий парез лівої стопи, колінні рефлекси підвищені, ахіллів рефлекс ліворуч відсутній, біль в паравертебральних точках Валле L5, S1. Симптом Ласега більше ліворуч, обмеження згинання в поперековому відділі хребта. Сфінктерні порушення за периферичним типом.

Заключення невропатолога: Дискогенна поперекова радикуломієлоішемія, форамінальна грижа міжхребцевого диску L5-S1. Помірний парез лівої стопи. Сфінктерні порушення.

Консультація терапевта: ІХС. Атеросклеротичний кардіосклероз. СН 0 ст.

Рентгенографія поперекового відділу хребта з функціональними пробами: ознаки остеохондрозу в сегментах L4-L5, хребців, зниження висоти міжхребцевого диску L5-S1, ознак нестабільності не виявлено.

МРТ поперекового відділу хребта: форамінальна грижа диску L5-S1 (3мм) з грубою деформацією корінцевого каналу.

Операція - задній інтерламінарний доступ з максимальним видаленням жовтої зв'язки, аркотомія ліворуч, часткова фасетектомія, форамінотомія, видалення форамінальної грижі диску на рівні L5-S1, з проведенням мікродиссектомії в поєднанні з ендоскопічною відеоасистенцією.

Післяопераційний період проходив без ускладнень. Шви зняті, рана загоїлась первинним натягненням.

Больовий синдром зник, відмічався поступовий регрес рухових розладів в лівій стопі. Нормалізація функції тазових органів. Виписаний додому в хорошому стані.