

Винахід має відношення до медицини, а саме до нейрохірургії.

Відомий спосіб хірургічного лікування пошкоджень сідничного нерва І корінців попереково-крижового сплетення в ділянці малого таза шляхом відкушування верхнього краю сідничної вирізки І крижової кістки [Черкес-Заде Д.И., Козырев В.А., Филатов О.М. // Ортопед., травм, и протезир. - 1987. -№ 6. - С 15-19]. Але необхідно зазначити, що він має ряд суттєвих недоліків, а саме: високий рівень травматизації, неможливість мобілізації нерва більше, ніж на 1,5-2 см, відсутність можливості виконати ревізію попереково-крижового сплетення.

Класичні позаочеревинні доступи до попереково-крижового сплетення такі, як доступ Кремптон-Пирогова, Чакліна, Прібрама [Мовшович И.А. Оперативная ортопедия. М. - Медицина. - 1983. - С 179], також не позбавлені багатьох недоліків. При згаданих доступах операційне поле надто обмежене, маніпуляції хірурга доводиться виконувати глибоко у рані, в значній мірі обмежені можливості мобілізації стовбурів попереково-крижового сплетення, доступ виконується через площину магістральних судин, випадкове поранення яких призводить до надзвичайно серйозних наслідків.

Задачею даного винаходу є створення способу хірургічного лікування травматичних ушкоджень сідничного нерва та корінців попереково-крижового сплетення, в порожнині малого таза, який дозволяє виконати повноцінну ревізію нервів та проведення реконструктивних операційних втручань.

Технічний результат рішення поставленої задачі досягається тим, що позаочеревинний доступ до попереково-крижового сплетення І сідничного нерва в порожнині малого таза проводять по гребню клубової кістки з переходом на пахвинну складку і субпериостальним відділенням клубового м'яза від внутрішньої поверхні клубової кістки.

Спосіб виконується таким чином: Положення хворого на бок, з підкладеним під груднопоперекову частину тулуба валиком. Після обробки операційного поля роблять розріз шкіри по гребню клубової кістки від середини відстані між заднь-верхньою І переднь-верхньою остю до середини пахвинної складки (довжина розрізу становить біля 15-20 см). Розсікають підшкірно-жирову клітковину, косі й поперечний м'язи живота. Відсікання м'язів бажано розпочати на рівні переднь-верхньої ості поперекової кістки для більш зручного "проникнення" в позаочеревинний простір. Потім субпериостально відділяють клубовий м'яз від внутрішньої поверхні клубової кістки. Цей етап операції виконується позаочеревинно, парієтальну очеревину від пошкодження захищає м'язовий масив відділеного m. iliacus. Нижче linea terminalis в порожнині малого таза вже можна побачити стовбур сідничного нерва І корінці попереково-крижового сплетення.

Приклад. Хвора К. 6 років, клінічний діагноз" - відкрите пошкодження правого сідничного нерва в ділянці сідниці. Хірургічне втручання проводилось в положенні лежачи на лівому боці з підкладеним в грудно-поперековій ділянці валиком. Операційне поле було оброблено типово, виконано розріз шкіри по гребню клубової кістки від середини відстані між заднь-верхньою І переднь-верхньою остю до середини пахвинної складки (довжина розрізу становила близько 15 см). Розсікли підшкірно-жирову клітковину, косі І поперечний м'язи живота відсічено на рівні переднь-верхньої ості клубової кістки. Субпериостально відділений клубовий м'яз від внутрішньої поверхні клубової кістки. В порожнині малого таза, на 4 см нижче linea terminalis Із рубцевої тканини виділені проксимальний (представлений невромою 1,5 0 2,0) і дистальний відрізки сідничного нерва. Кінці нерва були усічені до картини задовільної "зернистості" І кровоточивості пучків. Діастаз між відрізками становив близько 3,5 см і був усунутий мобілізацією проксимального і дистального відрізків нерва. Нерв зшити епіпериневральним швом І використанням операційного мікроскопа ниткою 7/00. В зону шва нерва субепіневралью виконана трансплантація фрагментів ембріонального спинного мозку загальним об'ємом 2 мм³, з метою стимуляції процесів регенерації нерва. Рана ушита пошарово, накладена асептична пов'язка. Ускладнень під час проведення операції не було.

Через 6 місяців після хірургічного втручання у хворої з'явилися активні рухи в гомілковому суглобі І пальцях ступні. Електронейроміографічно було зареєстровано відновлення функції великогомілкового нерва на 56% і маломілкового нерва на 43%. Також відмічалось відновлення чутливості до гіпостезії (S3).

Запропонований доступ був застосований у 13 хворих з високими пошкодженнями сідничного нерва і попереково-крижового сплетення, причому в усіх випадках вдалося без будь-яких ускладнень провести повноцінні реконструктивні оперативні втручання на нервових стовбурах.

Описаний доступ до попереково-крижового сплетення і сідничного нерва значно поліпшує орієнтування в складній анатомо-топографічній ділянці, збільшує площу операційного поля, надаючи можливість провести повноцінну ревізію нервів, забезпечити потрібну свободу І "безпеку" маніпуляцій при реконструктивних хірургічних втручаннях. Це дозволяє підвищити якість операцій, покращити ефективність лікування хворих з пошкодженнями сідничного нерва І попереково-крижового сплетення.