

Изобретение относится к области медицины, в частности к нейротравматологии и нейрохирургии, и может быть использовано для лечения повреждений позвоночника.

Повреждения позвоночника, сопровождающиеся компрессионными переломами позвонков, относятся к тяжелым травмам позвоночника и к труднокомпенсируемым состояниям. Проблема хирургической стабилизации заключается в том, чтобы одновременно достичь хорошего стабилизирующего эффекта путем операционного доступа с минимальной травматизацией, так как длительная неустраненная нестабильность на уровне нестабильного перелома в конечном итоге приводит к осложненной травме позвоночника, т. е. неврологическим нарушениям со стороны спинного мозга.

Известен способ лечения компрессионных переломов позвонков[1], который включает доступ к пораженным телам позвонков и их удаление, кроме заднего участка ребра и поперечного отростка, еще суставных отростков, так называемая латеральная рахотомия. Данный способ обеспечивает доступ к телам позвонков, однако он довольно травматичный и приводит к дополнительной дестабилизации задних элементов позвонков,

Известен способ переднего погружного спондилодеза позвоночника [2], который предусматривает устранение нестабильности за счет корпородеза костными трансплантатами из переднего доступа. В данном способе доступ к передним поверхностям тел позвонков осуществляется внебрюшинно или предплеврально обнажаются тела позвонков и костными трансплантатами выполняется стабилизация пораженного сегмента.

Недостатком данного способа является то, что он выполняется из переднего доступа, и, применяя его, невозможно создать надежную стабилизацию при нестабильных переломах на уровне пораженного сегмента. Кроме того, невозможно осуществить ревизию спинного мозга, так как возникают непреодолимые трудности из-за малой площади операционной раны и большой ее глубины. Существует также опасность повреждения крупных сосудов.

В основу способа поставлена задача создания способа лечения компрессионных переломов позвонков, в котором благодаря осуществлению переднего корпородеза из заднего доступа путем проведения фигурных аллотрансплантатов, обеспечивается оптимальная стабилизация поврежденного сегмента позвоночника с одновременной декомпрессией спинного мозга и за счет этого сокращается время оперативного вмешательства и улучшаются результаты лечения. Поставленная задача решается тем, что используя способ лечения компрессионных переломов позвонков, осуществляют передний корпородез из заднего доступа, через резецированные корни дуг выполняют канал в телах вышележащих и нижележащих позвонков и проводят фигурные аллотрансплантаты, фиксируя их по типу "ромба". Дополнительно осуществляют ревизию спинного мозга.

Предлагаемый способ лечения компрессионных переломов позвонков позволяет осуществить передний корпородез из заднего доступа путем проведения фигурных аллотрансплантатов в тела выше и нижележащих позвонков, фиксируя их по типу "ромба", и в результате этого обеспечить сокращение оперативного вмешательства и улучшить результаты лечения. Стабильность костного блока обеспечивает профилактику неврологических нарушений со стороны спинного мозга. Проведение корпородеза из заднего доступа значительно облегчает осуществление ревизии спинного мозга, снижает риск повреждения крупных сосудов.

Способ осуществляют таким образом.

Скелетируют остистые отростки позвонков выше и ниже уровня поражения позвоночника, затем выполняют декомпрессионную ламинэктомию. Через резецированные корни дуг пораженного сегмента позвоночника разверткой выполняют канал в телах выше и нижележащих позвонков и проводят фигурные аллотрансплантаты, фиксируя их в виде "ромба". При необходимости выполняют ревизию спинного мозга.

Предлагаемый способ использован в Республиканском нейрохирургическом спинальном центре у больных с компрессионными переломами позвонков.

Б-ная Ю., 22 лет, и.б. № 391054, диагноз: компрессионный перелом L<sub>3</sub> с умеренной неврологической корешковой симптоматикой. Сделан разрез мягких тканей над остистыми отростками L<sub>2</sub>-L<sub>5</sub>, послойно скелетированы остистый отросток, дуга, поперечный отросток, резецированы корни дуг. Разверткой выполнены каналы в теле L<sub>2</sub> позвонка (вышележащий позвонок) и в теле L<sub>4</sub> позвонка (нижележащий позвонок), введены 4 фигурные аллотрансплантаты и фиксированы в виде "ромба". Рана послойно ушита. В течение 4 месяцев больная находилась в гипсовой иммобилизации, затем применен съемный корсет. Через 1 год после операции признаков нестабильности в области пораженного сегмента не наблюдается, на рентгенограммах отмечен хороший костный блок.

Б-ной К., 39 лет, и. б. № 394019, диагноз: компрессионный перелом L<sub>2</sub> позвонка. Произведен разрез мягких тканей над остистыми отростками, скелетированы остистый отросток, дуга, поперечный отросток, через резецированные корни дуги выполнены каналы в телах L<sub>1</sub> и L<sub>3</sub> позвонков, проведены 4 фигурные аллотрансплантаты в виде "ромба". На рассеченные ткани наложены послойные швы. В течение 4 месяцев больной находился в гипсовой иммобилизации, затем в съемном корсете. Через год после оперативного вмешательства в области пораженного сегмента отмечен хороший костный блок.

Ни в одном случае не отмечалось неврологических нарушений за счет нестабильности в пораженном и близлежащих сегментах,