

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до нейрохірургії і може бути використаний в хірургії хребта при ендоскопічних портальних нуклеоектоміях.

Відомі способи ендоскопічної портальної нуклеоектомії полягають в тому, що в дегенеративний диск під ЄОП-контролем вводиться провідник в вигляді спиці, який фенеструє його.

Надалі провідник виконує роль направляючої, по якій до диску, не входячи в нього, підводяться поступово збільшуючи порти ділятатори. Останній, найширший порт - робочий, через нього, за допомогою спеціального інструменту (набору ендоскопічних кусачок та кюреток) здійснюється видалення дегенеративно-зміненого пульпозного ядра диску [1].

Однак даний спосіб

- не створює умов для формування кісткового анкілозу в оперованому сегменті, що в віддаленому післяопераційному періоді проявляється хронічним больовим синдромом.

Другий, найбільш поширений спосіб ендоскопічної портальної нуклеоектомії полягає в тому, що в дегенеративний диск під ЄОП-контролем вводиться провідник в вигляді спиці, який фенеструє його. Надалі спиця виконує роль направляючої по якій в порожнину диску вводяться поступово збільшуючи ділятатори. Останній найширший робочий порт під час введення пошкоджує верхній хрящовий шар замикаючих пластинок. Залишки пульпозного ядра видаляються за допомогою ендоскопічних кюреток та кусачок [2].

Однак даний спосіб

- потребує подовженої фіксації поперекового відділу хребта за допомогою корсету для формування кісткового анкілозу в оперованому хребетно-руховому сегменті.

В основу винаходу була поставлена задача удосконалення способу ендоскопічної портальної нуклеоектомії завдяки створенню кращих умов для формування кісткового анкілозу в оперованому сегменті, що в свою чергу, дозволяє запобігти виникненню нестабільності або формуванню фіброзного анкілозу, які проявляються хронічним люмбалгічним синдромом.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування хребта шляхом ендоскопічної портальної нуклеоектомії в сформований канал після розташування робочого порта та видалення залишків пульпозного ядра, з дегенеративно зміненого міжхребцевого диску, заповнюється брикетами ліофілізованої кістки.

Спосіб виконується наступним чином.

Положення хворого на бок. Після обробки операційного поля під ЄОП-контролем виконують пункцію ураженого диску спицею по якій в диск вводять порти ділятатори. Останній найширший робочий порт пошкоджує верхній хрящовий шар замикаючих пластинок. За допомогою ендоскопічних кусачок та кюреток видаляють залишки пульпозного ядра. Візуалізація забезпечується ЄОПом та камерою ендоскопа. Через робочий порт сформований канал заповнюють брикетами ліофілізованої кістки. Шов на шкіру.

Приклад.

Хворий У., 55 років, звернувся в клініку з скаргами на болі в поперековому відділі хребта протягом 2-х років. Останній місяць болі почали іррадіювати в праву ногу по задній поверхні стегна та гомілки, з'явилося оніміння пальців стопи. Болі мали тенденцію до збільшення. Лікування у невропатолога вже не давало ефекту. За даними магнітно-резонансної томографії була виявлена парамедіанна грижа L5-S1 міжхребцевого диску розміром до 0,8см з компресією структур спинномозкового каналу. Клінічно у хворого спостерігався анталгічний сколіоз, напруження поперекових м'язів, симптоми натягу, гіпестезія в дерматомі корінця S1 справа, випав правий ахіловий рефлекс. Була виконана операція - ендоскопічна портальна нуклеоектомія L5-S1 міжхребцевого диску з стабілізацією опорно-рухового сегменту брикетами ліофілізованої кістки (Tutoplast) введенними через робочий порт ендоскопа. На другий день після операції хворому було дозволено ходити, відмічено повний регрес больового синдрому. Через 2 тижні хворий повернувся до своєї роботи вчителем фізкультури. Спостереження протягом року за хворим вказали на те, що відбувся повний регрес неврологічної симптоматики з відновленням рухів, чутливості, рефлексів.

Таким чином, використання запропонованого способу ендоскопічної портальної нуклеоектомії з стабілізацією оперованого сегменту брикетами ліофілізованої кістки можливо практично в усіх випадках де планується проведення ендоскопічної портальної нуклеоектомії, що сприяє складанню ліпших умов для формування кісткового анкілозу в оперованому сегменті, та зменшує вірогідність виникнення хронічного люмбалгічного синдрому в після операційному періоді. Запропонований спосіб може бути використаний у нейрохірургічній практиці для покращення результатів лікування, зменшення післяопераційних ускладнень, швидкої соціальної реадптації хворих з килами дисків.

Література

1. John C. Chiu, Thomas J. Clifford, Merrill W. Reuter "Cervical endoscopic discectomy with Laser Thermodiskoplasty" // The practice of minimally invasive spinal technique. 2000p., 278c.

2. Martin T.N. Knight, Anukul K.D. Goswami "Endoscopic foraminoplasty" // The practice of minimally invasive spinal technique. 2000p., 278c.