

Изобретение относится к медицине, а именно к ортопедии, вертебрологии, нейрохирургии и может быть использовано для проведения передней декомпрессии спинного мозга у больных с цервикальными миелопатиями.

Известен способ декомпрессии спинного мозга [1] осуществляемый из заднего доступа, в соответствии с которым производят ламинэктомию с сечением желтых связок, остеофитов, радикулолиз, вскрытие дурального мешка с последующей ревизией спинного мозга. Проводят пластику твердой мозговой оболочки (ТМО) с помощью широкой фасции бедра или лиофилизированным трансплантатом ТМО.

Однако, указанный способ не позволяет провести ревизию переднего эпидурального пространства и передних отделов спинного мозга с последующим удалением компрессирующих факторов, наиболее часто являющихся причинами цервикальных миелопатий.

Известен способ транскорпоральной декомпрессии спинного мозга [2], включающий резекцию тела позвонка путем выполнения продольного паза, удаление задних отделов тел позвонка, и межтеловой спондилодез.

Резекционный канал указанной формы не позволяет провести адекватную ревизию позвоночного канала и спинного мозга.

Наиболее близким и выбранным в качестве прототипа является способ передней декомпрессии шейного отдела спинного мозга (3), включающий продольную резекцию тел позвонков, ревизию передних отделов спинного мозга, пластику дурального мешка ауто-трансплантатом или лиофилизированной ТМО спинного мозга и спондилодез.

Указанный способ не позволяет провести мобилизацию дурального мешка и спинного мозга для адекватной ревизии эпидурального пространства и спинного мозга из-за выполняемой формы и размеров резекционного канала.

В основу изобретения поставлена задача усовершенствования способа передней декомпрессии спинного мозга, в котором изменением формы резекционного канала и характера пластики ТМО обеспечивается увеличением угла хирургической атаки, возможность проведения необходимой ревизии переднего и боковых отделов позвоночного канала и спинного мозга, увеличения размеров дурального мешка, улучшение гемодинамики и ликвороциркуляции спинного мозга и за счет этого повышается эффективность проводимого оперативного вмешательства.

Поставленная задача решается тем, что а способе передней декомпрессии спинного мозга, включающем резекцию тела позвонка выполнением продольного паза, проведение ревизии спинного мозга, удаления компрессирующих факторов, выполнение пластики твердой мозговой оболочки трансплантатом и межтеловой спондилодез, согласно изобретению, продольный паз в теле позвонка выполняют трапециевидной формы с широким основанием, направленным в сторону спинного мозга и равным фронтальному размеру позвоночного канала, для ревизии боковых отделов позвоночного канала проводят мобилизацию внутреннего листка твердой мозговой оболочки, для ревизии спинного мозга проводят его продольный разрез, а пластину

внутреннего листка ТМО выполняют трансплантатом ромбовидной формы с короткой диагональю, равной фронтальному размеру позвоночного канала и фиксируют трансплантат трансоссально к стенкам резекционного канала.

Выполнение продольного паза трапециевидной формы с широким основанием, направленным в сторону спинного мозга и равным фронтальному размеру позвоночного канала, позволяет значительно увеличить угол хирургической атаки и провести адекватную ревизию не только переднего, но и боковых отделов позвоночного канала и спинного мозга. Выполнение пластики ТМО трансплантатом ромбовидной формы с короткой диагональю равной фронтальному размеру позвоночного канала с трансоссальной фиксацией к стенкам резекционного канала дает возможность увеличить размеры дурального мешка для улучшения гемодинамики и ликвороциркуляции спинного мозга, профилактики рубцово-спаечных изменений в дуральном мешке.

На фиг.1 представлены формы резекционного канала в теле позвонка и пластики ТМО с трансоссальной фиксацией; на фиг.2 - форма трансплантата дуральной оболочки.

Заявляемый способ осуществляют следующим образом.

Производят доступ к телам шейных позвонков по Кловарду. Удаляют вышележащий и нижележащий диски относительно позвонка, компрессирующего спинной мозг. По центру позвонка выполняют продольную вертебротомию фрезой 10мм. Глубина образованного канала не должна превышать 20мм, т.е. канал доводят в глубину до задней трети позвонка. Нейрохирургической ложкой удаляют заднюю компактную пластинку и расширяют основание дефекта таким образом, что канал в теле позвонка (1) имеет трапециевидную форму с основанием в сторону спинного мозга. Размер основания резекционного канала выполняют равным фронтальному размеру позвоночного канала (2). Проводят мобилизацию внутреннего листка твердой мозговой оболочки, что позволяет проводить ревизию переднего и боковых отделов позвоночного канала. Удаляют экстрадуральные компрессирующие спинной мозг образования (например, остеофиты, спайки). Эффект декомпрессии спинного мозга контролируют по передаточной пульсации дурального мешка.

При отсутствии пульсации вскрывают внутренний листок дуральной оболочки по центру линейно (3), по длиннику дурального мешка для ревизии спинного мозга. Затем производят аллопластику дуральной оболочки лиофилизированной твердой мозговой оболочкой (4) ромбовидной формы с короткой диагональю, равной фронтальному размеру позвоночного канала, фиксируют ТМО трансоссально к стенкам сформированного в теле позвонка резекционного канала с использованием специального гвоздя (5) в двух или более местах, в зависимости от длины трансплантата. Таким образом, растяжки позволяют сохранять увеличенные размеры дурального мешка. Операцию заканчивают спондилодезом ауто-трансплантатом, который помещают в канал, образованный при вертебротомии. Концы ауто-трансплантата внедряют в соседние позвонки в режиме distraction позвоночника.

Предлагаемый способ позволяет проведение адекватной ревизии и удаление компримирующих факторов в переднем и боковых отделах позвоночного канала и спинном мозге, позволяет улучшить гемодинамику спинного мозга и

Фиг. 1

