



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80858** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 15146	(72) Винахідник(и): Хижняк Михайло Віталійович (UA), Танасейчук Олександр Феліксович (UA), Боднарчук Юрій Анатолійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 28.12.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.06.2013	(73) Власник(и): ІНСТИТУТ НЕЙРОХІРУРГІЇ ІМ. А.П. РОМОДАНОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Платона Майбороди, 32, м. Київ, 04050 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.06.2013, Бюл.№ 11	

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СПОНДИЛОЛІТЕЗІВ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування спондилолітезів, в якому у проекції дужок зміщених спондилолітезом хребців проводять розрізи шкіри, після розмітки під ЕОП-контролем, пункційно проводять голку та провідник у корені дуг хребців, по провіднику через отвір всередині модифікованого хірургічного ножа, виконують розріз шкіри та м'яких тканин на всю глибину рани, виконують вкручування канюльованих гвинтів та збір системи транспедикулярної фіксації, гемостаз, пошарові шви на рану.

UA 80858 U

Корисна модель належить до таких галузей медицини як нейрохірургія і може бути використана для хірургічного лікування спондилолістезів.

Найближчі аналоги запропонованого винаходу - системи динамічної стабілізації "DIAM" та "Coflex" [1, 2]. Ці методи дозволяють проводити хірургічне лікування спондилолістезів, але вони більш інвазивні та більш багатовартісні.

Задачею корисної моделі є створення способу хірургічного лікування спондилолістезів, що дозволяє малоінвазивно та меншзатратно лікувати спондилолістези.

Поставлена задача вирішується тим, що у проекції дужок зміщених спондилолістезом хребців проводять 4 розрізи шкіри довжиною 2 см, після розмітки під ЕОП-контролем, пункційно проводиться голка та провідник у корені дуг хребців, по провіднику через отвір всередині модифікованого хірургічного ножа, виконується розріз шкіри та м'яких тканин на всю глибину рани, далі виконують вкручування канюльованих гвинтів та збір системи транспедикулярної фіксації, гемостаз, пошарові шви на рану.

Спосіб виконується наступним образом.

Розріз шкіри та м'яких тканин у проекції необхідного (ураженого) міжостистого проміжку, скелетизація остистих та на півдуг анатомічного сегменту, флавектомія, видалення грижі диску та (або) декомпресія неавральних структур, видалення міжостистої зв'язки при збереженні цілісності надостистої, встановлення пристрою міжостистої стабілізації, фіксація пристрою та пошарове ушивання рани.

Клінічний випадок 1: Пацієнт 52 років, Сидорченко М.А., діагноз: Нестабільний остеохондроз крижо-поперекового відділу хребта, патологія (кила) м/х диска L3-L4, змішаний стеноз спинномозкового каналу, виражений радикулярний больовий синдром, радикулопатія L4 ліворуч. Скарги: сильний біль у попереку з іррадіацією у ліву ногу, слабкість у обох ногах, більше у лівій нозі, зниження якості життя через вищевказані скарги, переміжну кульгавість. Неврологічно: радикулопатія L4 (гіпестезія у вищевказаному дерматомі, парез м'язів лівої стопи, зниження колінного рефлексу ліворуч). Виконано оперативне втручання: мікродискектомія L3-L4 ліворуч, декомпресія корінця L4, встановлення системи динамічної міжостистої стабілізації. В п/о періоді повний регрес больового синдрому, регрес явищ гіпестезії в ураженому дерматомі. В подальшому - повернення хворого до повноцінного життя.

Клінічний випадок 2: Пацієнт 61 рік, Переверзнев В.І., діагноз: Нестабільний остеохондроз крижо-поперекового відділу хребта, патологія (кила) м/х диска L4-L5, змішаний стеноз спинномозкового каналу, виражений радикулярний больовий синдром, радикулопатія L5 праворуч. Скарги: сильний біль у попереку з іррадіацією у праву ногу, слабкість більше у правій нозі, слабкість наростає при ходьбі. Неврологічно: радикулопатія L5 (гіпестезія у вищевказаному дерматомі зниження колінного рефлексу праворуч). Виконано оперативне втручання: мікродискектомія L4-L5 праворуч, широка декомпресія корінця L5, встановлення системи динамічної міжостистої стабілізації. В п/о періоді повний регрес больового синдрому, регрес явищ гіпестезії в ураженому дерматомі. В подальшому-повернення до повноцінного життя.

Ми використовуємо вищевказану методику протягом 11 років практично в усіх хворих. Не відмічено жодного випадку рецидиву спондилолістезу.

В порівнянні із прототипом, запропонований спосіб має ряд переваг:

1) можливість пристрою, інтраопераційно, у кожному конкретному випадку досягати необхідного розміру відповідно до розміру міжостистого проміжку у пацієнта з подальшим його розширенням та фіксацією.

2) при серійному випуску даних пристроїв значне здешевлення у порівнянні з вищевказаними (іноземними) аналогами.

3) простота у виготовленні та біологічно інертні матеріали.

Джерела інформації:

1. Ромоданов А.П., Мосийчук Н.М. Нейрохірургія. К.: Вища школа, 1990;

2. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия. М.: Медицина, 2000.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування спондилолістезів, який **відрізняється** тим, що у проекції дужок зміщених спондилолістезом хребців проводять 4 розрізи шкіри довжиною 2 см, після розмітки під ЕОП-контролем, пункційно проводиться голка та провідник у корені дуг хребців, по провіднику через отвір всередині модифікованого хірургічного ножа, виконується розріз шкіри та м'яких тканин на всю глибину рани, далі виконують вкручування канюльованих гвинтів та збір системи транспедикулярної фіксації, гемостаз, пошарові шви на рану.

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601