



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41079 (13) A

(51) 7 A61B17/56

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

(21) 2001010694

(22) 30.01.2001

(24) 15.08.2001

(46) 15.08.2001, Бюл. № 7, 2001 р.

(72) Брехов Олександр Миколайович, Елісеев Сергій Львович

(73) КРИМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. С.І. ГЕОРГІЄВСЬКОГО

(57) Спосіб хірургічного лікування остеохондрозу хребта, який включає геміінтерламінарний доступ у хребтовий канал, відсікання жовтої зв'язки, видалення грижі диска і закриття міждугового дефекту, який **відрізняється** тим, що під час виконання доступу із жовтої зв'язки формують шматок "на ніжці" з фрагментом дуги, який потім укладають на материнське ложе і фіксують до нього.

Винахід стосується медицини, а саме ортопедії та нейрохірургії, і може бути використаний для лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта.

Відомим є спосіб хірургічного лікування остеохондрозу хребта (Ким А.Е. Пластика дефектов дужек органическим стеклом при ламинэктомии: Автореф. дис.канд. мед. наук. - М., 1972. - 24 с.), який полягає в трансламінарному доступі до міжхребцевого диску, розширенні міждугового простору, виділенні грижі диску та закритті дефекту дужки полімерним імплантатом.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення ефективності хірургічного лікування, що забезпечує профілактику післяопераційного рубцевого епідуриту), є розширена резекція задніх опорних структур хребта та використання в якості пластичного матеріалу органічного скла, що часто призводить до післяопераційних ускладнень в результаті нестабільності і спайкових процесів, які виникають в хребтовому каналі, і сприяють виникненню постламенектомічного синдрому.

За прототип обрано спосіб хірургічного лікування остеохондрозу хребта (патент № 2057486, РФ, МКИ 6 А61В 17/00. Спосіб хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков / Исаков О.А. (РФ). Опубл. 10.04.96; Бюл. № 10.- 4 с.), який полягає в пластиці міждугового проміжку фасціальним шматком, сформованим із тораколюмбальної фасції.

Ознаками прототипу, що співпадають з суттєвими ознаками запропонованого винаходу, є геміінтерламінарний доступ в хребтовий канал, відсікан-

ня жовтої зв'язки диску і закриття міждугового дефекту.

Причинами, що перешкоджають досягненню очікуваного технічного результату (підвищення ефективності хірургічного лікування), є додаткова травматизація тораколюмбальної фасції, невідповідність морфофункціональних і біомеханічних властивостей тораколюмбальної фасції аналогічним властивостям резектованої жовтої зв'язки, що призводить до продовження рубцювання в хребтовому каналі і, як наслідок, веде до його стенозування і нестабільності хребтово-рухового сегменту, тривалий термін відновлення, обумовлений прогресуванням нестабільності сегменту і спайкового процесу в хребтовому каналі, що призводить до постламенектомічного синдрому.

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу хірургічного лікування остеохондрозу хребта шляхом відновлення герметичності хребтового каналу та запобігання розвитку нестабільності і післяопераційного рубцевого епідуриту, що дозволяє скоротити терміни лікування і реабілітації хворих з поперековим остеохондрозом.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування остеохондрозу хребта, який включає геміінтерламінарний доступ у хребтовий канал, відсікання жовтої зв'язки, видалення грижі диска і закриття міждугового дефекту, відповідно винаходу, під час виконання доступу із жовтої зв'язки формують шматок "на ніжці" з фрагментом дуги, який потім укладають на материнське ложе і фіксують до нього.

Між сукупністю суттєвих ознак способу, що заявляється, і технічним результатом, який може

бути досягнутим, проявляється наступний причинно-наслідковий зв'язок: виконується інтерламінарний доступ в хребтовий канал, відсікання жовтої зв'язки від місця її прикріплення до дуги вищележачого хребця з фрагментом дуги вищележачого хребця, видалення грижі диску і відновлення герметичності хребтового каналу шляхом реімплантації жовтої зв'язки до місця її анатомічного прикріплення і фіксації з'єднаного з нею кісткового фрагменту дуги трансосальними швами, що забезпечує профілактику післяопераційного рубцевого епідуриту, а також підвищення ефективності хірургічного лікування.

Спосіб хірургічного лікування остеохондрозу хребта проілюстрований графічним матеріалом.

На фіг.1 показано загальний вигляд задніх структур хребтового сегменту через відеосистему ендоскопа; на фіг.2 - ламіномію дуги L4 і формування кістково-зв'язкового шматка; на фіг.3 - сформований шматок жовтої зв'язки і частини дуги L4, відвернуті в каудальному напрямку з оголенням вмісту хребтового каналу; на фіг.4 - кістково-зв'язковий шматок, який укладений на материнське ложе і зафіксовано. На фіг.1-4- 1 - остистий відросток; 2 - дуга нижчележачого хребця L4; 3-верхній суглобовий відросток L5; 4 - нижній суглобовий відросток L4; 5 - дуга вищележачого хребця L4; 6 - жовта зв'язка; 7 - дуральний мішок; 8 - корінцевий нерв L5; 9 - грижа диску L4-L5; 10 - місця розсікання жовтої зв'язки.

Спосіб хірургічного лікування остеохондрозу хребта здійснюється наступним чином. Виконують лінійний доступ розміром 4-5 см, шарами оголюють міждуговий проміжок і суміжні дуги 2 і 5 хребців L4-L5 (фіг.1). Встановлюють ранорозширювач Каспара і через два окремих проколи в рану вводять електровідсмоктувач та жорсткий ендоскоп діаметром 4 мм і під кутом 30°. Ретельно скелетують жовту зв'язку 6, тупо та гостро її розшаровують в сагітальній площині, по середній лінії та у місці переходу зв'язки у дуговідростковий суглоб 10. У сагітальний розріз 10 жовтої зв'язки 6 вводять бранші кісткових кусачок Ferris-Smith-Kerrison. За їх допомогою виконують ламіномію каудальної частини дуги 5 з місцем прикріплення жовтої зв'язки 6 (фіг. 2). Сформований таким чином шматок жовтої зв'язки відводять каудально, оголюючи вміст хребтового каналу (фіг.3). Під контролем ендоскопа із збільшенням на відеомоніторі здійснюють ревізію хребтового каналу, виконують менінгорадикулоліз, зміщують корінцевий нерв 8, видаляють грижу диску 9, при необхідності виконують парціальну медіальну фасетектомію суглобу 3,4 і субтотальну резекцію диску L4-L5. Попередньо сформованим зв'язково-кістковим аутоотрансплантатом закривають задню стінку хребтового каналу в міждуговому проміжку L4-L5. Змінюють положення хворого на операційному столі

із колінно-ліктьового в положення на животі. При цьому, дуги L4-L5 наближуються, що зменшує натягання жовтої зв'язки 6. Відновлення її анатомічної цілісності виконують шляхом фіксації фрагмента дуги 5 до материнського ложа трансосальними швами (фіг.4). Рану шарами ушивають і дренують.

Запропонований спосіб хірургічного лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта малотравматичний і простий. Техніка операції спрощується тим, що для герметизації хребтового каналу в якості пластичного матеріалу використовується власна жовта зв'язка із живлячими її судинами, що значно скорочує терміни приживання аутоотрансплантату та запобігає розвитку рубцевого епідуриту.

Клінічні приклади.

**Приклад 1.** Хвора З., історія хвороби № 9171. Діагноз: Диспластичний остеохондроз поперекового відділу хребта. Застаріла грижа диску L5-L6. Ліворосторонній корінцевий синдром. Виражений больовий синдром.

20.01. 99 р. виконана мікродиссектомія L5-L6 зліва. Пластика хребтового каналу. На операції виявлено рубцевий епідурит в зоні диск-радикулярного конфлікту.

Післяопераційний період протікав без ускладнень, підніматися з ліжка дозволено на 4-у добу, виписана з лікарні через 13 діб. Відмічається регрес неврологічної симптоматики. Проведено курс реабілітації. Контрольні огляди через 3, 6, 9 і 12 міс. не виявили рецидиву корінцевого болю. Рухи в поперековому відділі в повному обсязі. Через 7 міс. повернулася до роботи - санітаркою полового будинку.

**Приклад 2.** Хворий Г., історія хвороби № 9768. Діагноз: Остеохондроз поперекового відділу хребта. Застаріла грижа диску L4-L5. Правосторонній корінцевий синдром, парез правої стопи. Терапевтично резистентна форма. Функціональна недостатність хребта другого ступеня.

21.12.99 р. виконана операція мікродиссектомія L4-L5. Пластика хребтового каналу. На операції виявлено виражений рубцевий епідурит в зоні L5. Післяопераційний період протікав без ускладнень, підніматися з ліжка дозволили на 4-у добу, виписаний на 10-у добу. Проведено курс реабілітації. Сила м'язів розгиначів правої стопи відновлена. Контрольні огляди через 3, 6 і 9 міс. не виявили рецидиву корінцевої симптоматики. Через 10 міс. повернувся до роботи - судового механіка.

Наведені клінічні приклади показують, що видужання хворих, прооперованих запропонованим способом, настає в 1,7 рази швидше загальновідомих термінів. Одержаний після операції клінічний ефект стійко зберігається в тривалі терміни спостереження за пацієнтами.

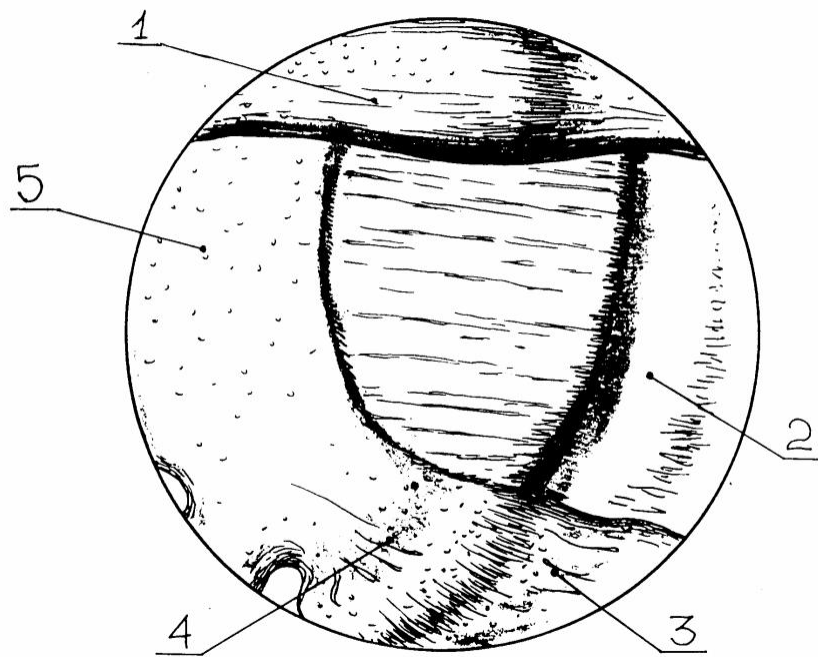


Fig. 1

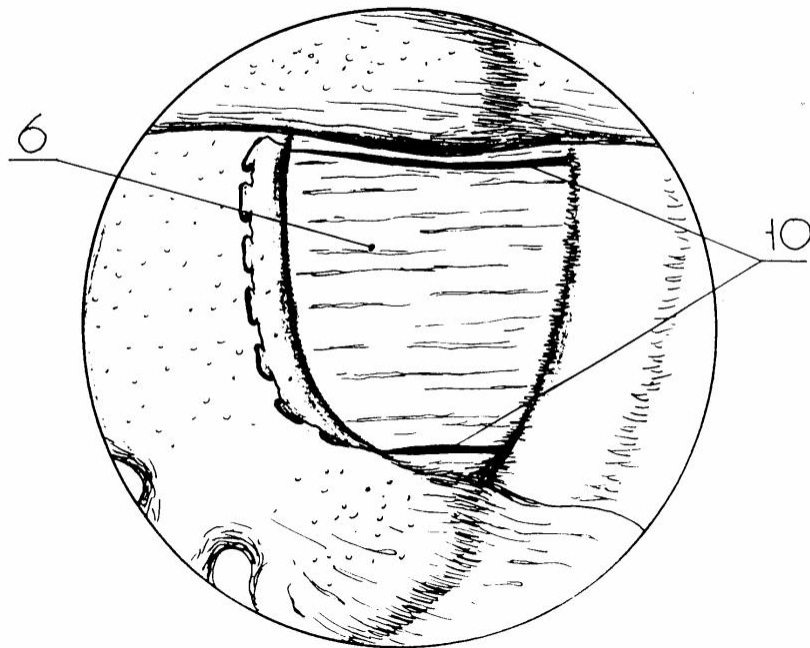
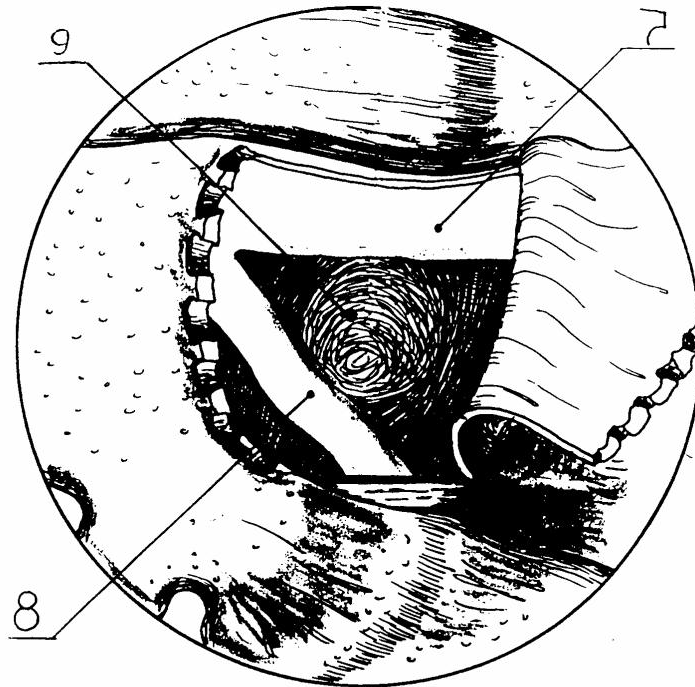
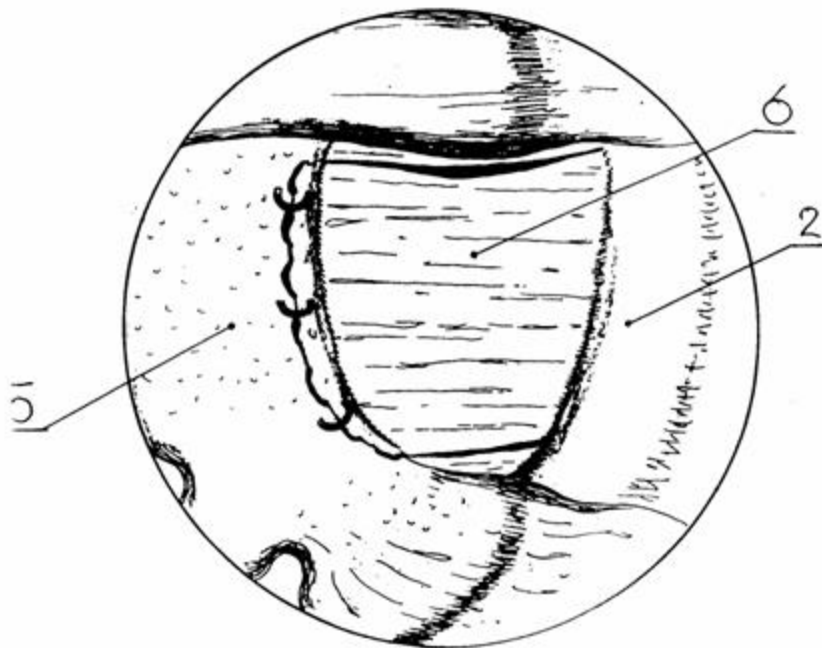


Fig. 2



**Fig. 3**



**Fig. 4**

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»  
Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101  
(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03

