

(19) **KG** (11) **1089** (13) **C1** (46) **31.10.2008**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ(51) *A61B 17/00* (2006.01)**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ****к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**

(21) 20060104.1

(22) 29.09.2006

(46) 31.10.2008, Бюл. №10

(76) Джумабеков С.А., Сулайманов Ж.Д., Нурматов У.К., Сабыралиев М.К., Нарынбек уулу Чынгыз, Мырзахат уулу Абас (KG)

(56) KG №835, кл. A61B 17/56, 2005

(54) **Способ межтелового спондилодеза при лечении заболеваний позвоночника**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно ортопедии и травматологии и может найти применение в лечении ортопедических заболеваний позвоночника. Задачей изобретения является снижение послеоперационных осложнений и сокращение сроков наступления костного блока. Задача решается в способе межтелового спондилодеза при лечении заболеваний позвоночника, включающем внебрюшинный доступ к позвоночнику, Н-образное рассечение фиброзного кольца, забор трансплантата из крыла подвздошной кости, где из подвздошной кости выкраивают два трансплантата, причем основной трансплантат укладывается в межтеловое пространство горизонтально и второй трансплантат меньшего размера используется в виде «шина-клин». 1 п. ф., 1 пр., 4 ил.

Изобретение относится к медицине, а именно ортопедии и травматологии и может найти применение в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.

Известен способ межтелового спондилодеза путем тотальной резекции межпозвонкового диска, расклинивания и вправления позвонков с последующим замещением дефекта трансплантатом (А.с. SU №833226, кл. A61B 17/00, 1981).

Однако при этом способе возможно смещение позвонков и сужение межпозвонковых пространств.

Наиболее близким к предлагаемому изобретению является способ, предложенный в патенте KG №835, кл. A61B 17/56, 2005, где трансплантат укладывают в межтеловое пространство вертикально, губчатой поверхностью к телам сочленяемых позвонков, кортикальным слоем – друг к другу.

Недостатком предложенного способа является то, что при вертикальной укладке трансплантата повреждается замыкательная пластинка позвоночника и происходит проникновение кортикального слоя трансплантата в губчатую кость тела позвоночника. При этом вокруг трансплантата наступает лизис и это приводит к замедленному сращению и нестабильности, клинически проявляется в затяжном болевом синдроме.

Задачей изобретения является предупреждение послеоперационных осложнений и сокращение сроков формирования костного блока.

Задача решается в способе межтелового спондилодеза при лечении заболеваний позвоночника, включающем внебрюшинный доступ к позвоночнику, Н-образное рассечение фиброзного

(19) **KG** (11) **1089** (13) **C1** (46) **31.10.2008**

кольца, забор трансплантата из крыла подвздошной кости, где из подвздошной кости выкраивают два трансплантата, причем основной трансплантат укладывается в межтеловое пространство горизонтально и второй трансплантат меньшего размера используется в виде «шина-клин».

Предложенный способ поясняется следующими фигурами:

- фиг. 1, где показано взятие основного трансплантата и клина «шина» из крыла подвздошной кости;
- фиг. 2, – вид основного трансплантата из крыла подвздошной кости;
- фиг. 3, – вид трансплантата «шина-клин»;
- фиг. 4, – установка трансплантатов в межкорпоральное пространство позвонков.

Предложенный способ осуществляют следующим способом:

К дегенеративно измененному диску тел позвонков осуществляют левосторонний внебрюшинный доступ. Послойно раздвигают мышцы передней брюшной стенки (наружная, внутренняя косая и поперечная). После обнажения тел позвонков и межпозвоночных дисков мобилизуют сосудистый пучок, фиброзное кольцо по заднебоковой поверхности позвонков, Н-образно рассекают, створки кольца на лигатурах раздвигают в стороны. Удаляют дегенеративно поврежденный диск и гиалиновые пластинки. Из крыла подвздошной кости берут два трансплантата, как показано на фиг. 1, один основной – большего размера (фиг. 2) и другой меньшего размера (фиг. 3), в зависимости от дефекта основного трансплантата. Трансплантаты укладывают горизонтально в межтеловое пространство кортикальной поверхностью к замыкательной пластинке тел позвонков встречно друг к другу в виде «шина-клин» (фиг. 4). Восстанавливают фиброзное кольцо, устанавливают дренаж и накладывают послойные швы на рану. Дренажная трубка удаляется на 1-2 сутки.

Пример. Больной К.А., 42 г., история болезни №3182, обратился в БНИЦТО 14.04.2006 г. с жалобами на выраженные боли в поясничном отделе позвоночника, иррадирующие в правую нижнюю конечность, чувство онемения в ней. Из анамнеза стало известно, что боли беспокоят в течение ряда лет. Неоднократно лечился консервативно с временным улучшением состояния. Последние две недели отмечает усиление боли.

При осмотре больной ходит, хромя на правую нижнюю конечность.

Пальпаторно определяется болезненность по паравертебральной и вертебральной линии на уровне L4-L5, L5-S1. Чувствительность кожных покровов снижена по наружно-боковой поверхности правого бедра. Отмечается слабость тыльного сгибания большого пальца правой стопы. Симптом Лассега резко положительный под углом 35°. На компьютерной томограмме имеется правосторонняя грыжа L4-L5 8мм со сдавлением нервных корешков. Диагноз: Грыжа диска L4-L5 с правосторонним корешковым синдромом.

После обследования была проведена операция по предложенному способу: передний спондилолиз L4-L5 позвонков с аутотрансплантатом «шина-клин».

Больной начал ходить самостоятельно на 12 сутки после операции с помощью матерчатого поясничного корсета.

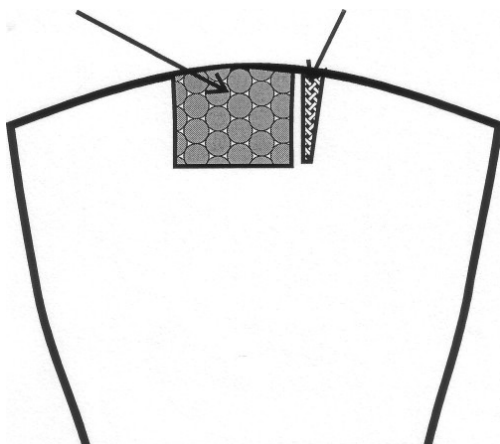
Предложенным способом было пролечено 12 больных разной возрастной категории. Больные самостоятельно начали ходить на 10-12 сутки. В раннем послеоперационном периоде не отмечались болевые синдромы. Были существенно сокращены сроки лечения.

Преимуществом данного способа является ускорение процесса консолидации с формированием костного анкилоза в результате плотного соприкосновения костных трансплантатов с материнским ложем за счет устранения анатомической кривизны основного трансплантата и резервного пространства.

Формула изобретения

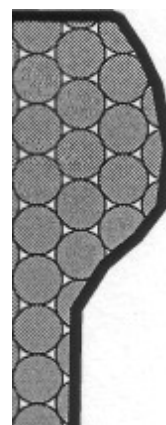
Способ межтелового спондилодеза при лечении заболеваний позвоночника, включающий внебрюшинный доступ к позвоночнику, Н-образное рассечение фиброзного кольца, забор трансплантата из крыла подвздошной кости, отличающийся тем, что из подвздошной кости выкраивают два трансплантата, где основной трансплантат укладывают в межтеловое пространство горизонтально и второй трансплантат меньшего размера используют в виде "шина-клин".

Основной трансплантат клин «шина»



Фиг. 1

Взятие основного трансплантата и клина
"шина" из крыла подвздошной кости

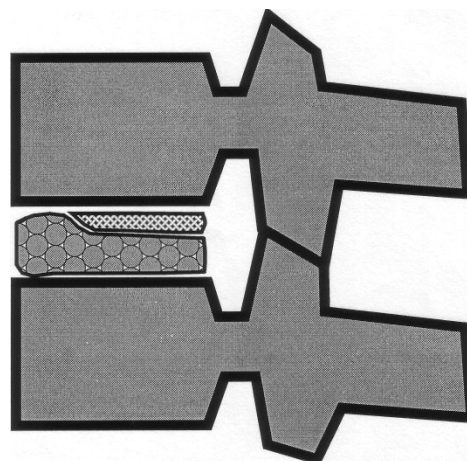


Фиг. 2

Основной трансплантат
из крыла подвздошной кости



Фиг. 3
Клин "Шина"



Фиг.4

Установление основного трансплантата и клина
"шина" в межкорпоральное пространство

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Нургазиева А.С.
Чекиров А.Ч.