



(19) KG (11) 792 (13) C1 (46) 31.07.2005

(51)⁷ A61B 17/56

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНСТВО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20040095.1

(22) 28.07.2004

(46) 31.07.2005, Бюл. №7

(71)(73) Сулайманов Ж.Д., Сабыралиев М.К. (KG)

(72) Джумабеков С.А., Сулайманов Ж.Д., Сабыралиев М.К. (KG)

(56) Патент RU, C2, №2154432, кл. A61B 17/56; A61L 27/06, 2000

(54) Способ лечения нестабильных форм поясничного остеохондроза

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к травматологии, и может быть использовано в лечении нестабильных форм поясничного остеохондроза. Задача изобретения - сокращение сроков лечения нестабильных форм поясничного остеохондроза и снижение рецидивов заболевания. Задача решается тем, что разработан способ лечения нестабильных форм поясничного остеохондроза, включающий левосторонний передненаружный внебрюшинный доступ к нижним поясничным позвонкам, рассечение фиброзного кольца, удаление остатков пульпозного ядра, замыкательной пластинки с последующим формированием ложа для укладки трансплантата, причем доступ к патологическому очагу осуществляют строго над пораженным диском, оставляя интактной переднюю продольную связку, рассекают фиброзное кольцо на $\frac{1}{4}$ часть со стороны патологического очага, причем формируют по заднебоковой поверхности сочленяемых позвонков интеркорпоральные ложа с вхождением в их спонгиозную часть и производят укладку комбинированного "T"-образного аутотрансплантата в сформированные интеркорпоральные ложа, в межтелевое пространство 1 ил.. 1 пр.

Изобретение относится к медицине, а именно к ортопедии, и может быть использовано в лечение нестабильных форм поясничного остеохондроза.

Известен способ лечения поясничного остеохондроза, заключающийся в левостороннем передненаружном внебрюшинном доступе, которым обнажают тела нижних поясничных позвонков, затем производят рассечение фиброзного кольца и удаление остатков пульпозного ядра, замыкательной пластинки с последующим формированием ложа для укладки трансплантата. Дополнительно производят рассечение передней продольной связки (Мовшович И.А. Оперативная ортопедия: Руководство для врачей. - М: Медицина. -1994. - С. 379-385).

Недостатком вышеизложенного способа является травматичность за счет обширного оперативного доступа путем тотального рассечения фиброзного кольца и передней продольной связки, что осложняет послеоперационный период. Длительные сроки вынужденного постельного режима и ограничение активности в послеоперационном периоде приводят к удлинению срока лечения в стационаре и затягивает общие сроки реабилитации, а также большой процент рецидивов заболевания, обусловленный приемами межтелевой укладки трансплантата.

Задача изобретения - сокращение сроков лечения нестабильных форм поясничного остеохондроза и снижение рецидивов заболевания.

Задача решается тем, что разработан способ лечения нестабильных форм поясничного остеохондроза, включающий левосторонний передненаружный внебрюшинный доступ к нижним поясничным позвонкам, рассечение фиброзного кольца, удаление остатков пульпозного ядра, замыкательной пластинки с последующим формированием ложа для укладки трансплантата, причем доступ к патологическому очагу осуществляют строго над пораженным диском, оставляя интактной переднюю продольную связку, рассекают фиброзное кольцо на $\frac{1}{2}$ часть со стороны патологического очага, причем формируют по заднебоковой поверхности сочленяемых позвонков интеркорпоральные ложа с вхождением в них спонгиозную часть и производят укладку комбинированного "T"-образного аутотрансплантата в сформированные интеркорпоральные ложа, в межтелевое пространство.

На фиг. 1 изображена "T"-образная укладка аутотрансплантата (вид сбоку).

Способ осуществляется следующим образом.

Операцию производят под перидуральной анестезией в положении больного на правом боку. Доступ к патологическому очагу осуществляют строго над пораженным диском, оставляя интактной переднюю продольную связку, а именно производят левосторонний внебрюшинный доступ. После послойного обнажения переднебоковой поверхности сочленяемых позвонков рассекают фиброзное кольцо, отступая 5-10 мм от заднего края позвонка, и производят мобилизацию в разные стороны в виде развернутой буквы "H", рассекая при этом только $\frac{1}{4}$ часть фиброзного кольца. Затем, по заднебоковой поверхности сочленяемых позвонков делают продольный паз вышележащего позвонка высотой 10-12 мм, шириной 10-12 и глубиной 15-20 мм. Аналогичную процедуру проводили в нижележащем позвонке. Извлеченные трансплантаты из тел позвонков укладывают в межтелевые пространства, после чего из крыла подвздошной кости берут цельный аутотрансплантат по размеру паза и укладывают продольно, т.е. производили укладку комбинированного "T"-образного аутотрансплантата 1 (фиг. 1) в сформированные интеркорпоральные ложа и межтелевое пространство.

Данным способом было пролечено 62 больных, возраст которых составил от 16 до 58 лет. Сроки лечения сократились в два раза до 2.5-3 месяцев, против 6-8 месяцев традиционными способами лечения, рецидивов заболевания нет.

Пример.

Больной Н., 1950 г.р., поступил в отделение патологии позвоночника НИЦ ТО с диагнозом: остеохондроз пояснично-кресцового отдела позвоночника, антепсевдопистез L-4, лumbosacralgia слева, рецидивирующее течение в стадии обострения.

Была произведена операция по предложенному способу. Операцию производят под перидуральной анестезией в положении больного на правом боку. Доступ к патологическому очагу осуществляют строго над пораженным диском, оставляя интактной переднюю продольную связку, а именно производят левосторонний внебрюшинный доступ. После послойного обнажения переднебоковой поверхности сочленяемых позвонков, рассекают фиброзное кольцо, отступая 10 мм от заднего края позвонка, и мобилизуют в разные стороны в виде развернутой буквы "H", рассекая при этом только $\frac{1}{4}$ часть фиброзного кольца, удалили остатки пульпозного ядра и грыжевого содержимого. Затем, по заднебоковой поверхности сочленяемых позвонков делают

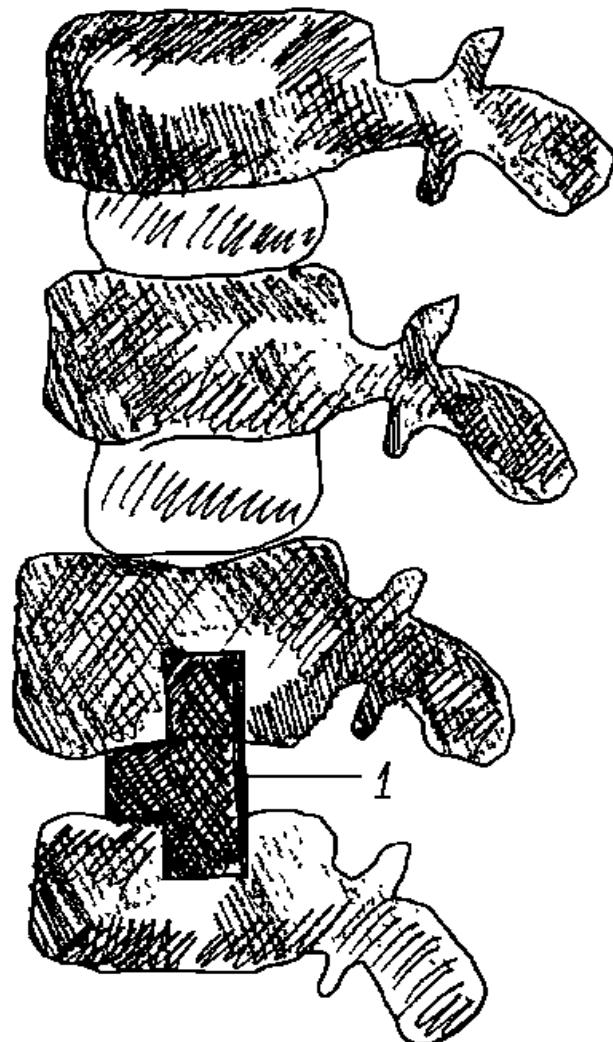
продольный паз вышележащего позвонка высотой 12 мм, шириной 12 и глубиной 20 мм Аналогичную процедуру проводили в нижележащем позвонке. Извлеченные транспланаты из тел позвонков укладывают в межтелевые пространства. После чего из крыла подвздошной кости берут цельный аутотрансплантат соответственно размеру паза и укладывают продольно, т.е. производили укладку комбинированного "Т"-образного аутотрансплантата в сформированные интеркорпоральные ложа и межтелевое пространство, а также послойные швы на рану, установка дренажа и асептическая повязка на рану. Контрольный осмотр был осуществлен через 6 и 12 месяцев, движение позвоночного столба в полном объеме, болевой симптоматики, симптомов натяжения не отмечалось. На контрольной R-грамме отмечается костный блок между L4-L5 поясничного отдела позвоночника. Был достигнут положительный результат в максимально короткие сроки без длительной госпитализации.

Таким образом, предложенный способ позволяет максимально сокращать сроки лечения, за счет минимальной травматичности операции и сводит до минимума риск возникновения рецидивов заболевания.

Формула изобретения

Способ лечения нестабильных форм поясничного остеохондроза, включающий левосторонний передненаружный внебрюшинный доступ к нижним поясничным позвонкам, рассечение фиброзного кольца, удаление остатков пульпозного ядра, замыкательной пластинки с последующим формированием ложа для укладки трансплантата, отличающийся тем, что доступ к патологическому очагу осуществляют строго над пораженным диском, оставляя интактной переднюю продольную связку, рассекают фиброзное кольцо на 1/4 часть со стороны патологического очага, причем формируют по заднебоковой поверхности сочленяемых позвонков интеркорпоральные ложа с вхождением в их спонгиозную часть и производят укладку комбинированного "Т"-образного аутотрансплантата в сформированные интеркорпоральные ложа, в межтелевое пространство.

Способ лечения нестабильных форм поясничного остеохондроза



Фиг. 1. «Т»- образная укладка аутотрансплантата

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Грунина И.Ф.
Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03