



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **767**
(51) **МПК А61 В 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1500960

(22) 29.05.2015

(46) Бюл. 118, 2016

(71) Турдибоев Ш.А. (ТJ).

(72) Бердиев Р.Н. (ТJ); Рахмонов Х.Дж. (ТJ);

Турдибоев Ш.А. (ТJ); Мирзоев Х. (ТJ).

(73) Турдибоев Ш.А. (ТJ).

(54) **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ
РУБЦОВО-СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА
В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИС-
КОВ ПОЯСНИНОГО ОТДЕЛА ПО-
ЗВОНОЧНИКА.**

(56) 1. Патент РФ №2243727, МПК А 61 В 17/00, 2005, БИПМ №1.

2. Авторском свидетельстве СССР №1426552 МПК А 61 В 17/00, 1988, БИ №36

3. Патенте РФ №2057486 МПК А 61 В 17/00, 1996, БИ №10

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к нейрохирургии, и может быть использовано при хирургическом лечении больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника. Сущность способ заключается в том, что при гемиинтерламинарном доступе к грыже межпозвонкового диска при дискэктомии, иссекается желтая связка, жировая клетчатка вместе с апоневрозом поясничной области рассекается в его латеральных отделах, отводится в латеральном направлении и сохраняется на питающей ножке. По окончании основного этапа операции – удаления грыжи диска и гемостаза, ранняя сохранившаяся жировая ткань с апоневрозом на ножке укладывается в междужковое пространство и фиксируется 2-3 швами к мягким тканям краниального отдела междужкового пространства.

Изобретение относится к области медицины, а именно к нейрохирургии, и может быть использовано при хирургическом лечении больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника.

Известен "Способ профилактики развития рубцово-спаечного процесса в эпидуральном пространстве после удаления грыж межпозвонковых дисков на поясничном уровне", предусматривающий осуществление интерламинарного удаления грыжи. [1]

Однако этот способ достаточно технически сложен в реализации, поскольку зачастую бывает затруднена и осложнена возможность формирования полноценной сосудистой ножки имплантируемого фрагмента клетчатки при глубине раны в 7-10 см и более, в особенности у мужчин с развитым мышечным корсетом, при том, что длина операционного разреза, как правило, значительно меньше глубины раны.

Известен "Способ лечения заболеваний и повреждений межпозвонковых дисков", предусматривающий их удаление и помещение между телами позвонков аутодермального лоскута. [2]

Недостатком способа являются сложность их выполнения, травматичность, нарушающая целостность позвоночного сегмента, за счет удаления суставных отростков и корней дуг позвонков, длительность послеоперационного лечения, а также недостаточная эффективность лечения из-за возможности развития в эпидуральном пространстве рубцово-спаечного процесса, который является причиной возникновения хронической боли в послеоперационном периоде, приводящей к инвалидизации, снижающей качество жизни больных, и зачастую приводящей к необходимости повторной операции

В качестве прототипа является "Способ хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков", включающий геминтерламинарный доступ в позвоночный канал, иссечение желтой связки, удаление грыжи диска, формирование из поверхностного листка тораколюмбальной фасции лоскута, который после удаления грыжи диска укладывают на место дефекта желтой связки и фиксируют швами. [3]

Недостатком этого способа заключается, что не всегда можно выкраивать желтую связку, так грыжа диска сопровождается снижением высоты межпозвонкового диска и междужкового пространства. В этих случаях невозможно взять пластический материал. Рубцово-спаечный процесс формируется вокруг корешковой воронки и дурального мешка в результате преобразования раневого детрита, заполняющего эпидуральное пространство после удаления грыжи диска в соединительную ткань, которая со временем грубеет, сдавливает корешок вместе с сопровождающей его артерией и приводит к сужению позвоночного канала, что лежит в основе формирования синдрома хронической боли. При повторных операциях по поводу рубцово-спаечного процесса обнаруживают грубые келлоидные рубцы вокруг корешка и

дурального мешка, приводящих к их компрессии со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Цель работы является улучшение результатов хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков путем разработки новых способов профилактики развития рубцово-спаечных процессов в зоне операции.

Сущность способа заключается в том, что при геминтерламинарный доступ к грыже межпозвонкового диска при дискэктомии, иссекается желтой связки, жировая клетчатка вместе с апоневрозом поясничной области рассекается в его латеральных отделах, отводится в латеральном направлении и сохраняется на питающей ножке (фиг. 1). Для того чтобы это не мешало при доступе к работе на диске, она берется на узловый шов и фиксируется к мягким тканям операционной раны. По окончании основного этапа операции – удаления грыжи диска и гемостаза, ранняя сохранившаяся жировая ткань с апоневрозом на ножке укладывается в междужковое пространство и фиксируется 2-3 швами к мягким тканям краниального отдела междужкового пространства (фиг. 2).

Преимуществом данного способа:

1. Способ легко доступный, так как всегда и в любых условиях можно взять материал.
2. В отличие от жировой ткани он не расплавляется, так как на питающей ножке.
3. Его можно герметично ушивать по периметру окна.

Это способствует тому, что между эпидуральным пространством (твердая мозговая оболочка, корешки спинного мозга) с одной стороны и подвергшихся тракции и скелетизации (повреждений) паравертебральными мышцами с другой стороны, сохраняется естественный барьер. Все это в значительной степени предохраняет от развития рубцово-спаечного процесса и рубцового фиброза в послеоперационном периоде, тем самым улучшить результаты хирургического лечения грыжи поясничных межпозвонковых дисков.

ПРИМЕРЫ

1 Больной Р. 26 лет поступил в клинику с выраженной болью в области поясничного отдела позвоночника с иррадиацией в правую ногу. Болеет в течение три года. Неоднократно получил курс консервативной терапии, но без эффекта. Поэтому обратился нейрохирургу. После проведения МРТ поясничного отдела позвоночника госпитализирован для оперативного лечения. Состояние больного средней тяжести. По органам без особенностей. Местно имеется болезненность при пальпации над остистыми отростками поясничных позвонков.

В неврологическом статусе: уровень сознания ясное. Ориентирован. Адекватен. Зрачки одинаковы, фотореакция живая. Движения в конечностях симметричны. Имеется гипестезия в зоне иннервации L5-S1 корешков справа. Гипотрофия голени на 1 см. Ахиллов рефлекс сни-

жен. Менингеальные симптомы отрицательные.

На серии МРТ- Грыжа межпозвонкового диска на уровне L5-S1 позвонков справа разме-

5

После соответствующей подготовки, в плановом порядке больному произведено операция под общим обезболиванием в положении больного на левый бок. Произведен разрез кожи паравертебрально на уровне L4-S1 позвонков - 4 см. Скелетизация. Иссечение желтой связки. Частичная гемиламинэктомия на уровне L5-S1 позвонков. Найдена грыжа на этой уровне и удалена. Последняя сдавливала корешка. Остатки выскоблены ложечкой. Для профилактики развития рубцово-спаечного процесса жировая клетчатка вместе с апоневрозом поясничной области иссечена в его латеральных отделах, отведена в латеральном направлении с сохранением на питающей ножке. На этом операция завершена. Установлен эпидуральный дренаж выведено и соединено с закрытым наружным дренированием к системе Хайра Шулта. Швы сняты на 10-сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

2) Больной С. 45 лет поступил в клинику с выраженной болью в области поясничного отдела позвоночника с иррадиацией в левую ногу. Болеет в течение 9 лет. Из анамнеза 4 года тому назад произведена операция и пластика междужкового пространства произведена традиционным способом. В последующем через 3 года беспокоили вышеуказанные жалобы преимущественно боли в области пояснице. Неоднократно получил курс консервативной терапии, но без эффекта. Поэтому повторно обратился нейрохирургу. После проведения МРТ поясничного отдела позвоночника госпитализирован для оперативного лечения. Состояние больного средней тяжести. По органам без особенностей. Местно имеется болезненность при пальпации над остистыми отростками поясничных позвонков.

Формула изобретения

Многofункциональный диафрагменный водовыпуск состоящий из выходного отверстия, поплавка, затвора для подпора воды, **отличающееся тем, что** в нём установлены два швеллерных опор, диафрагмы из двух металлических листов квадратного или прямоугольного сечения соединённый между собой шарнирно - подвижной системой, и имеющий в первом листе вырезанный просвет полукруга, а во втором 75% площади, который при вытягивание верхней рукоятки и под воздействием тросово-грузовым возвратным механизмом вращается вокруг собственной оси от 0 до 135° и обрат-

рами 8мм со сдавливанием корешка. А также снижение высоты МПД данного уровня.

767

6

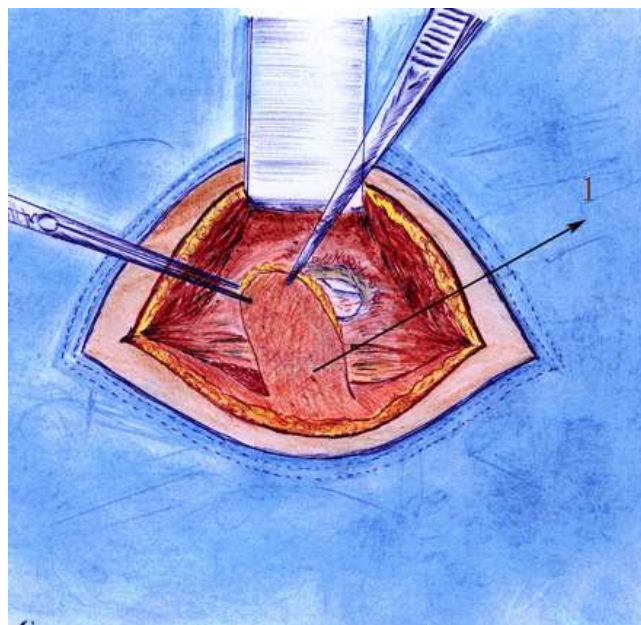
В неврологическом статусе: уровень сознания ясное. Ориентирован. Адекватен. Зрачки одинаковы, фотореакция живая. Движения в конечностях симметричны. Имеется гипестезия в зоне иннервации L4 корешков слева. Гипотрофия голени на 1 см. Коленный рефлекс слева снижен. Менингеальные симптомы отрицательные.

На серии МРТ- Грыжа межпозвонкового диска на уровне L4- L5 позвонков справа размерами 6 мм со с давлением корешка. А также признаки рубцово спаечного процесса данной области.

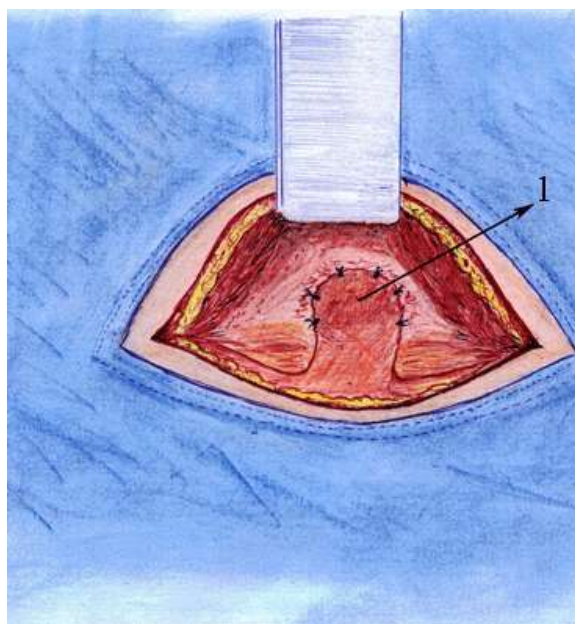
После соответствующей подготовки, в плановом порядке больному произведено операция под общим обезболиванием в положении больного на правый бок. Произведен разрез кожи паравертебрально на уровне L3-L5 позвонков - 4 см с иссечением рубцовой ткани. Скелетизация. При этом имеется выраженная рубцовая ткань и последние с трудом иссечены. При этом найдена грыжа. Но сдавление корешка больше было связано с рубцовой тканью. Остатки выскоблена ложечкой. Для профилактики развития повторного рубцово-спаечного процесса жировая клетчатка вместе с апоневрозом поясничной области иссечена в его латеральных отделах, отведена в латеральном направлении с сохранением на питающей ножке. На этом операция завершена. Установлен эпидуральный дренаж выведено и соединено с закрытым наружным дренированием к системе Хайра Шулта. Швы сняты на 10-сутки. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. При изучении отдаленных результатов больной не жалуется на боль.

но, а в верхней части с двух сторон рамы диафрагмы прикреплены поплавки и тросовая система с роликовым и грузовым механизмам, для поддержание диафрагмы в плавучем состоянии, а в боковой части с двух сторон имеется по две шарнирно - подвижные опоры для перемещение диафрагмы по канавкам швеллерных опор в вверх и вниз, при этом в нижней части для перекрытия просвета имеется мягкая синтетическая упругая водонепроницаемая мембрана жестко прикреплённая к флотбету.

Способ профилактики рубцово-спаечного процесса в хирургическом лечении грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника



Фиг-1



Фиг-2