



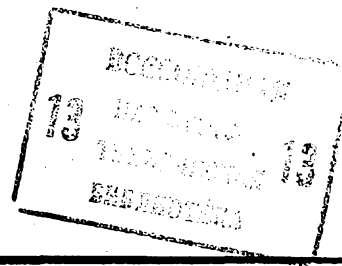
СОЮЗ СОВЕТСКИХ
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ
РЕСПУБЛИК

(19) **SU** (11) **1119675** **A**

3(5D) A 61 B 17/00

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР
ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ



(21) 3383709/28-13

(22) 15.01.82

(46) 23.10.84. Бюл. № 39

(72) Р. И. Карих

(71) Донецкий научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

(53) 616.711(088.8)

(56) 1. Авторское свидетельство СССР № 513695, кл. А 61 В 17/00, 1974.

(54) (57) СПОСОБ ПЕРЕДНЕГО СПОНДИЛОДЕЗА ПОЗВОНОЧНИКА путем резекции поврежденного позвонка, формирования

паза в телах смежных с ним позвонков, замещения дефекта костным аутотрансплантатом и последующей фиксацией трансплантата костной пластинкой и винтами, отличающийся тем, что, с целью сокращения сроков лечения, паз в телах смежных позвонков формируют в их передней части на глубину кортикального слоя, костную пластину устанавливают в пазу в положении упора между субхондральными зонами смежных позвонков, пластину фиксируют винтами из гомокости с захватом задней кортикальной части позвонков.

(19) **SU** (11) **1119675** **A**

Изобретение относится к медицине, а более конкретно к травматологии и ортопедии.

Известен способ переднего спондилодеза позвоночника путем резекции поврежденного позвоночника, формирования паза в телах смежных с ним позвонков, замещения дефекта костным аутоотрансплантатом и последующей фиксации трансплантата костной пластинкой и винтами [1].

Однако в известном способе стабилизация оперированного отдела позвоночника происходит только после вживления пластического материала и формирования костного блока, что требует весьма длительного (2—3 мес) пребывания больного на койке в неподвижном положении. Статико-динамические нагрузки на позвоночник допустимы только после вживления трансплантата.

Целью изобретения является сокращение сроков лечения.

Цель достигается тем, что согласно способу переднего спондилодеза позвоночника путем резекции поврежденного позвонка, формирования паза в телах смежных с ним позвонков, замещения дефекта костным аутоотрансплантатом и последующей фиксации трансплантата костной пластинкой и винтами, паз в телах смежных позвонков формируют в их передней части на глубину кортикального слоя, костную пластину устанавливают в пазу в положении упора между субхондральными зонами смежных позвонков, пластину фиксируют винтами из гомокости с захватом задней кортикальной части позвонков.

Способ осуществляют следующим образом.

Осуществляют оперативный доступ к телам позвонков и, рассекая переднюю продольную связку, обнажают передний отдел позвоночника. Долотом и кусачками производят тотальное удаление двух дисков, затем полностью или частично (в зависимости от показаний) удаляется тело поврежденного позвонка. После этого удаляется субхондральная зона выше- и нижележащих позвонков и до обнажения губчатой кости

с помощью валика операционного стола производят реклинацию позвоночника в месте повреждения таким образом, чтобы тела позвонков веерообразно разошлись.

5 Вследствие этого достигается некоторое увеличение промежутка между позвонками. Соответственно размерам этого промежутка из большеберцовой кости выпиливается участок кости (аутоотрансплантат) и устанавливается между телами позвонков, после чего валик убирают и трансплантат заклинивается между телами позвонков. Затем замеряют расстояние от верхней субхондральной зоны вышележащего позвонка 4 до нижней субхондральной зоны нижележащего позвонка и в соответствии с этим размером изготавливают пластину из кортикальной гомокости с отверстиями для костных винтов. В случае полной резекции тела поврежденного позвонка пластину крепят двумя винтами к позвонкам, а в случае 10 частичной — тремя винтами к позвонкам. Длину винтов подбирают равной переднезаднему размеру тел позвонков.

Пластину укладывают в ранее образованные пазы в телах позвонков таким образом, 25 чтобы она своими торцами упиралась в их субхондральные зоны, сверлят отверстия, перфорируя заднюю кортикальную часть позвонков и затем крепят ее винтами из гомокости.

30 Предлагаемый способ позволяет разгрузить оперированный сегмент позвоночника за счет того, что основная статическая нагрузка приходится на прочную кортикальную гомопластину, опирающуюся на наиболее прочные части выше- и нижележащих позвонков — их субхондральные зоны, кроме того, повышена надежность крепления пластины, так как она крепится к задней кортикальной части позвонков, являющейся более прочной, чем губчатая часть позвонков. 35 Все эти особенности способа позволяют начинать более раннюю, в сравнении с известными способами, мобилизацию больного и тем самым сократить сроки стационарного лечения травмы.

Редактор Н. Пушненко
Заказ 7504/4

Составитель В. Данилова
Техред И. Верес
Тираж 687

Корректор А. Тяско
Подписное

ВНИИПИ Государственного комитета СССР
по делам изобретений и открытий
113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., д. 4/5
Филиал ППП «Патент», г. Ужгород, ул. Проектная, 4