



MD 1999 F1 2002.09.30

REPUBLICA MOLDOVA



(19) Agenția de Stat
pentru Protecția Proprietății Industriale

(11) 1999 (13) F1
(51) Int. Cl.⁷: A 61 B 17/56

(12) BREVET DE INVENȚIE

Hotărârea de acordare a brevetului de invenție poate fi revocată în termen de 6 luni de la data publicării	
(21) Nr. depozit: a 2001 0175 (22) Data depozit: 2001.06.07	(45) Data publicării hotărârii de acordare a brevetului: 2002.09.30, BOPI nr. 9/2002
(71) Solicitant: UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA, MD	
(72) Inventatori: PULBERE Oleg, MD; CAPROȘ Nicolae, MD; PROCOPCIUC Vasile, MD; MÎNĂSCURTĂ Valeriu, MD	
(73) Titular: UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA, MD	
(74) Reprezentant: VOZIANU Maria, MD	

(54) Metodă de spondilodeză intersomatică în caz de fracturi verticale și/sau
cominutive ale vertebrelor, în special a celor toraco-lombare

(57) Rezumat:

1
Invenția se referă la medicină, în special la
ortopedie, traumatologie și neurochirurgie.

Esența invenției constă în aceea că se
efectuează accesul retroperitoneal după Ceaklin sau
transpleural-transdiafragmal, se mobilizează
vertebrele, se execută disectomia discurilor
adiacente la vertebra fracturată. Apoi regiunile
superioară și inferioară ale coloanei vertebrale se
supun unei hiperreclinări externe cu formarea
ulterioară prin mijlocul corpului vertebral afectat a

2
5 unui canal anteroposterior și oblic transfixiant,
unde se introduce o grefă osoasă, după care, grefa
se impactează astfel, încât capetele ei să se fixeze
în centrul vertebrelor adiacente în poziție verticală,
iar țesuturile moi se suturează pe straturi.

10
Revendicări: 1
Figuri: 3

15

MD 1999 F1 2002.09.30

Descriere:

Invenția se referă la medicina practică, în special la ortopedie, traumatologie și neurochirurgie.

5 Este cunoscută metoda de spondilodeză intersomatică a fracturilor cominutive de corpi ale vertebrelor lombare, care constă în abord antero-extern retroperitoneal după Ceaklin, în care incizia începe de la coasta a 12-a începând cu linia paravertebrală în jos și anterior aproximativ pe proiecția marginii externe a mușchiului rect abdominal până la punctul situat la mijlocul distanței dintre ombilic și pubis. Se disecă pe straturi țesuturile moi, se descoperă coasta a 12-a, partea distală a căreia se rezeacă, țesutul subcutanat, fascia superficială, mușchiul oblic extern abdominal și aponeuroza lui, mușchii oblic intern și transvers, se medializează peritoneul cu conținutul său. După mobilizarea vertebrelor, se înlătură fragmentele osoase și discale, a lamei caudale a corpului vertebrei supraiacente și celei craniene a vertebrei subiacente, se obține un defect dreptunghiular, în care se implantează un grefon osos spongios modelat conform înălțimii necesare, astfel fiind atins scopul intervenției, după debridarea și drenarea plăgii, ultima se suturează pe straturi [1].

15 Dezavantajele metodei date constituie: durata lungă a intervenției; hemoragie considerabilă în momentul corpectomiei; câmp restrâns de vizibilitate, deci și de manipulări chirurgicale controlate pentru regiunea toraco-lombară T11-L2, sau, în caz de fracturi multiple – în această regiune și ceva mai inferior, traumatism intraoperator substanțial cu necesitatea disecției diafragmei. Toate cele enumerate în asocierea lor contribuie la o potențială agravare a stării generale a pacientului, producând și complicații septice.

20 Problema pe care o rezolvă prezenta invenție constă în restabilirea și stabilizarea segmentului vertebral afectat cu un traumatism intraoperator minimal.

25 Esența invenției constă în aceea că se efectuează accesul retroperitoneal după Ceaklin sau transpleural-transdiafragmal, se mobilizează vertebrelor, se execută disectomia discurilor adiacente la vertebra fracturată. Apoi regiunile superioară și inferioară ale coloanei vertebrale se supun unei hiperreclinări externe cu formarea ulterioară prin mijlocul corpului vertebral afectat a unui canal anteroposterior și oblic transfixiant, unde se introduce o grefă osoasă, după care, grefa se impactează astfel, încât capetele ei să se fixeze în centrul vertebrelor adiacente în poziție verticală, iar țesuturile moi se suturează pe straturi.

30 Rezultatul obținut constă în efectuarea spondilodezei intersomatice într-un timp mai redus, risc intraoperator mai minor, asigurarea formării unui bloc osos unic stabil al segmentului vertebral afectat.

Metoda se explică prin desenele din fig. 1-3 care prezintă:

fig. 1, canalul antero-posterior și oblic;

fig. 2, introducerea grefei osoase corticale;

35 fig. 3, grefa osoasă corticală în poziție verticală după înlăturarea hiperreclinării externe.

1 – discul intervertebral subiacent înlăturat,

2 – canalul format în corpul vertebrei afectate,

3 – discul intervertebral supraiacent după chiuretaj transcorporal,

4 – grefa osoasă corticală introdusă oblic corpul vertebrei afectate.

40 Metoda propusă se efectuează în felul următor. Se execută abordul antero-extern retroperitoneal după Ceaklin, în care incizia începe de-a lungul coastei a 12-a de la linia paravertebrală în jos și anterior aproximativ pe proiecția marginii externe a mușchiului rect abdominal până la punctul, situat la mijlocul distanței dintre ombilic și pubis. Se disecă pe straturi țesuturile moi, se descoperă coasta a 12-a, partea distală a căreia se rezeacă, țesutul subcutanat, fascia superficială, mușchiul oblic extern abdominal și aponeuroza lui, mușchii oblic intern și transversal, se medializează peritoneul cu conținutul său.

45 După distingerea zonei fracturate se efectuează înlăturarea discului intervertebral (1) subiacent (sau supraiacent), formarea canalului antero-posterior și oblic transfixiant (2), chiuretaj transcorporal (3) al discului intervertebral supraiacent (sau subiacent) și introducerea prin canalul vertebrei fracturate spre mijlocul următoarei vertebre, modelată preliminar conform înălțimii necesare calculate a segmentului vertebral tasat în fractura cominutivă; după hiperreclinarea zonei date, obținute prin dezoirea maximă a coloanei vertebrale pe masa de operație, forțat se impactează capătul vizibil al grefei la mijlocul corpului vertebral, astfel ultima căpătând o poziție verticală, reobținându-se înălțimea obișnuită a segmentului afectat. După înlăturarea hiperreclinării grefa este înclăștată între vertebrele supra- și subiacente, se recapătă stabilitatea locală a coloanei afectate. După debridarea și drenarea plăgii ultima se suturează pe straturi, se aplică pansament aseptice.

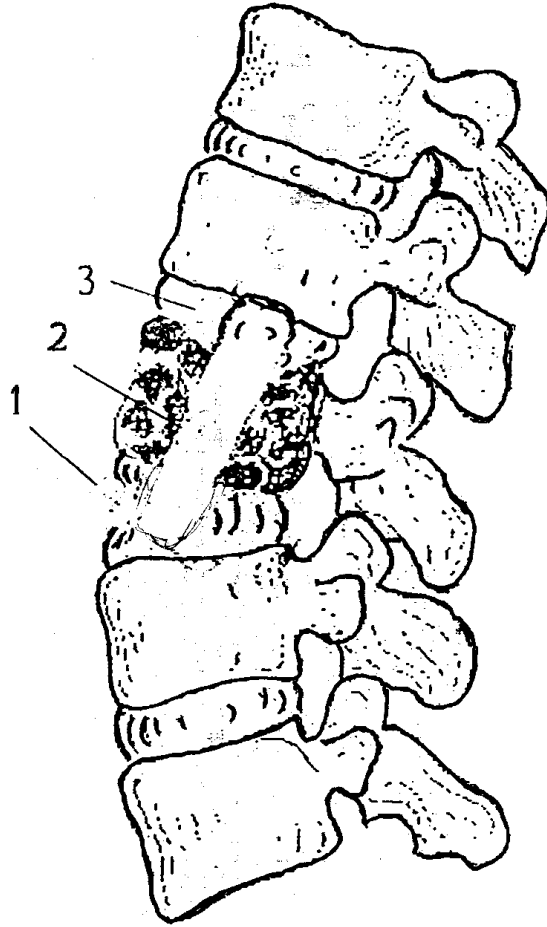


Fig. 1



Fig. 2

MD 1999 F1 2002.09.30

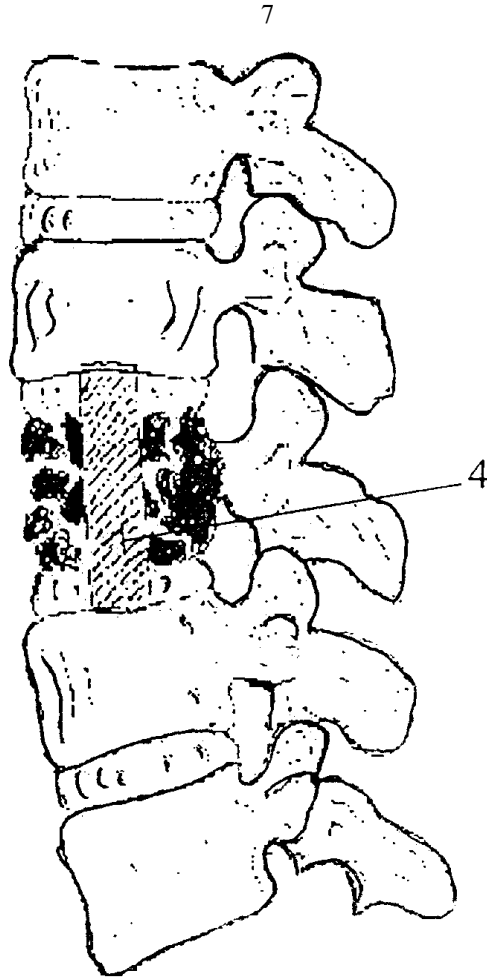


Fig. 3