



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ,
ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

Статус: по данным на 27.08.2015 - действует
Пошлина: учтена за 4 год с 13.11.2015 по 12.11.2016

(21), (22) Заявка: **2012148002/14, 12.11.2012**

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
12.11.2012

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: **12.11.2012**

(45) Опубликовано: [10.03.2014](#)

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: **RU 2142748 C1, 20.12.1999. RU 2462203 C1, 27.09.2012. US 6358254 B1, 19.03.2002. ЕФИМОВ А.Н. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Топографо-анатомические аспекты сравнительной оценки оперативных доступов к позвоночнику. - СПб., 2011, 1-20. KAWANARA N. et. al. Recapping T-saw Laminoplasty aor spinal cord tumors. Spine, 1999, v.24, 1363-1370.**

Адрес для переписки:

**664003, г.Иркутск, ул. Борцов революции, 1,
НЦРВХ СО РАМН**

(72) Автор(ы):

**Калинин Андрей Андреевич (RU),
Бывальцев Вадим Анатольевич (RU),
Сороковиков Владимир Алексеевич (RU),
Белых Евгений Георгиевич (RU)**

(73) Патентообладатель(и):

Федеральное государственное бюджетное учреждение "Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии" Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (ФГБУ "НЦРВХ" СО РАМН) (RU)

(54) СПОСОБ ДОСТУПА К ПОЗВОНОЧНОМУ КАНАЛУ ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ ПОРАЖЕНИИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к нейрохирургии. Производят одностороннее скелетирование межкостистого промежутка в проекции стенозирующего процесса в зависимости от его латерализации. Осуществляют трансспинозный доступ к позвоночному каналу путем спила основания остистого отростка позвонка контрлатерально в косогоризонтальной плоскости. После этого выполняют микрохирургическую реконструкцию позвоночного канала, сохраняя противоположную наружную стенку позвоночного канала и дугоотростчатые суставы позвонков с обеих сторон. Расслаивают и иссекают гипертрофированную часть желтой связки на стороне стенозирующего процесса до дурального мешка, сохраняя смежные связки надостистую и межкостистую. При восстановлении задней стенки позвоночного канала культю остистого отростка позвонка фиксируют к мышечно-связочному аппарату оперированной стороны. Способ позволяет при минимальной операционной травме обеспечить декомпрессию и стабилизацию в оперированном отделе позвоночника. 4 ил.