Волосюк Я.О.

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ВНАСЛІДОК СПОНДИЛОЛІСТЕЗУ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Ки вська міська клінічна лікарня № 8

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЙ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ВНАСЛІДОК СПОНДИЛОЛІСТЕЗУ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА – Порушення функцій кульшового суглоба як наслідок спондилолістезу поперекового відділу хребта – хворі зі спондилолістезом першого – четвертого ступеня, які мали порушення в кульшовому суглобі, були прооперовані з метою усунення спондилолістезу. У всіх випадках було проведено лікування залежно від ступеня спондилолістезу і ураження кульшового суглоба. Результатом спостереження встановлений кореляційний зв'язок між цими захворюваннями.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В СЛЕДСТВИИ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА – Больные со спондилолистезом первой – четвертой степени, имеющие нарушения в тазобедренном суставе, были прооперированы с целью устранения спондилолистеза. Во всех случаях было проведено лечение в зависимости от степени спондилолистеза и поражения тазобедренного сустава. Результатом наблюдения установлена корреляционная связь между этими заболеваниями.

HIP FUNCTION DISTORTION FOLLOWING L-SPINE SPONDYLOLISTHESIS – Hip function distortion following L-spine spondylolisthesis was observed. For patients with the 1st-4th stage of spondylolisthesis and hip distortion the surgical treatment for elimination of spondylolisthesis was performed. In all cases the treatment strategy varied depending on disability stage and hip injury. As the result of investigation the correlation between L-spine spondylolisthesis and hip function distortion were found out.

Ключові слова: спондилолістез, кульшовий суглоб.
Ключевые слова: спондилолистез, тазобедренный сустав.
Key words: spondylolisthesis, hip.

ВСТУП Захворювання хребта, порушення функцій кульшового суглоба в основному пов'язано з наслідками ускладненого остеохондрозу, спондилолістезу поперекового відділу хребта. Тяжкі форми цього захворювання призводять до зниження працездатності, якості життя в молодому віці, що викликає складність соціально та психологічно адаптаці . Раннє виявлення та лікування є запорукою успішного одужання хворих.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під спостереженням перебувало 20 хворих (11 жінок, 9 чоловіків) з спондилолістезом поперекового відділу хребта першого, другого, третього, четвертого ступенів, які мали порушення в одному або двох кульшових суглобах. Вік хворих становив від 30 до 60 років. У цих пацієнтів проводилося хірургічне, медикаментозне, фізіотерапевтичне лікування з приводу спондилолістезу поперекового відділу хребта. Паралельно ми вели спостереження за станом деформуючого артрозу в кульшовому суглобі. Ці пацієнти спостерігались на протязі п'яти років.

Анатомо-функціональні особливості кульшового суглоба – проксимальна частина стегново кістки складається з голівки, шийки, великого і малого вертлюгів. Поступове формування суглоба продовжується до 18 років. Кінцева диференціація стопи проходить до 16 років. Шийно-діафізарний кут в середньому становить від 115 до 130 градусів, зменшення кута до 90 градусів послаблює опір шийки до механічних навантажень, що сприяє переломам, особливо у людей похилого віку. Голівка стегново кістки представляє собою приблизно 2/3 радіуса круга, радіус якого дорівнює 20-22 мм. Вертлюгова впадина являє собою половину круга, вона заглиблюється за рахунок хрящового кільця, покриваючи на всьому протязі край впадини. Таким чином, голівка глибоко входить в суглобову впадину, що є хорошою і надійною опорою для нижньо кінцівки. Сама впадина знаходиться в місці з'єднання трьох тазових кісток, які утворюють. Це важлива деталь, яку необхідно враховувати при класифікаці вивихів стегна залежно від місця знаходження зміщено голівки. Вертлюгова впадина доповнена волокнисто-хрящовим обідком висотою 5-6 мм, збільшуючи глибину впадини. Хрящова губа в ділянці in cisurae acetabuli зростається з натягнутою між краями поперековою зв'язкою вертлюгово впадини. В суглобовій впадині крайова частина покрита хрящем, а центральна заповнена жировою тканиною і основою кругло зв'язки, покритою синовіальною оболонкою. Суглобова впадина повністю відповідає голівці стегово кістки, яка покрита гіаліновим хрящем, за винятком fovea capitis femoris. Вертлюгова впадина має певну просторову орієнтацію, вона нахилена зовні і вниз на 45 градусів і повернута до переду на 15 градусів. Якщо шийка з голівкою стегново кістки повернута допереду, то мають на увазі антиверсію. У дорослих кут антиверсій дорівнює 10-15 градусів. Фіброзна сумка суглоба складається із сполучнотканинних волокон, які проходять у поздовжних і поперечних напрямках. Переплетення волокон надає сумці міцності. До кісток таза сумка прикріплюється кругом вертлюгово впадини, широким обідком до 28 мм спереду і ззаду до 33 мм. Кульшовий суглоб охоплений міцними м'язами, які захищають суглоб від перевантаження. За рахунок м'язів відбуваються рухи за трьома основними осями: згинання, розгинання, приведення, відведення, кругові рухи, а також х комбінація. З м'язів, які беруть початок на хребті і тазі: велика поперекова, грушеподібна, великий сідничний прикріплюються до стегново кістки і забезпечують рухи в кульшовому суглобі. Великий поперековий м'яз з'єднується з поздовжнім і прикріплюється до малого вертлюга, що згинає стегно, а при фіксованій нозі згинає поперековий відділ хребта і нахиляє таз разом з тулубом наперед.

Кровопостачання шийки і голівки стегново кістки відбуваються через численні кінцеві дрібні судини, які відходять від медіально і латерально артері , що огинають стегнову кістку. Голівка стегново кістки постачається через артерію зв'язки голівки стегново кістки. Безпосередньо в стегні судини слабо анастомозують. Однією з основних причин сповільнено консолідаці є формування несправжнього суглоба і некрозу голівки стегново кістки, що спричиняє порушення кровопостачання проксимального відділу в результаті сповільнення кровообігу в кровопостачальних судин.

Кульшовий суглоб має велику інервацію, яка здійснюється за рахунок нервів надкісниці, біля суглобових судинно-нервових утворень, а також гілок великих стовбурів: стегнового, сідничного, закриваючого, верхньосідничного, нижньосідничного й статевого нервів. Задня частина суглобово капсули іннервується гілками сідничного нерва, а також верхньосідничного і статевого, передня частина – суглобовою гілкою замикаючого нерва. Кругла зв'язка і жирова подушка іннервуються задньою гілкою замикаючого нерва, крім того, в іннервацi вказаних структур можуть брати участь гілки стегнового та верхнього сідничного нерва.

Порушення іннервацi кульшового суглоба при спондилолістезі спричиняє трофічні порушення хрящово тканини та кістково тканини кульшового суглоба, що супроводжується його деформацією та переродженням тканин (рис. 1, рис. 2).

Деформуючий артроз – дегенеративно-дистрофічне захворювання з порушенням конфігураці поєднаних суглобових кінців кісток, зниження висоти і зміна форми суглобово щілини.

За сучасного уявлення патогенетичний процес в кульшових суглобах при деформуючому артрозі протікає наступним чином. У результаті викликаних навантажень порушується трофічна функція нервово-судинного апарату суглобово капсули і кістково тканини суглобових кінців. Погіршуються умови кровопостачання хряща, в якому активізуються протеолітичні процеси, проходить руйнування лізосом хондроцитів. Виникає деполімеризація проте нополісахаридних комплек-

сів. Цей процес призводить до поступово загибелі хонроцитів, переважно спочатку в поверхових його шарах. На найбільш навантажуваних ділянках суглобово поверхні виникають трішини, ви мки, шорохуватість поверхні, зникає характерний для нормального суглобового хряща блиск, змінюється його колір. В результаті складних біохімічних змін, викликаних дистрофією всіє зони суглоба, процес набуває закономірного протікання, певну стадійність, суть якого полягає в прогресуючому руйнуванні з виникненням реактивних, пристосувальних процесів. Дані зміни проявляються в ділянках проліфераці хряща, виникають крайові кісткові розростання, які збільшують площу суглобово поверхні, розвиток сполучно тканини в стінках суглобово капсули. При гістологічному дослідженні синовіально оболонки можна виявити виражену гіперплазію і нагромадження мононуклеарів. Цитокіни прозапально ді , які синтезуються макрофагами запально синовіально оболонки, сприяють підтримці локального запального процесу в тканинах суглоба при деформуючому артрозі, що також сприяє проявам реактивного синовіту і веде до дегенераці суглобового хряща. Паралельно дегенеративно-дистрофічним процесам в суглобовому хрящі проходять деформуючі зміни і в кістковій тканині епіфіза, змінюючи форму суглобових поверхонь. З часом в суглобі і особливо в суглобовій капсулі розвивається фіброз, який проявляється у вигляді внурішньосуглобових зрощень, рубцевих синехій, ущільнення окремих ділянок навколосуглобових тканин, різкого обмеження рухливості в суглобі.

Виділяють три стаді навантаження:

– прихована, при якій морфологічні зміни випереджають функціональні;

– стадія компенсаці , з клінічними симптомами навантаження, але без ознак декомпенсаці м'якотканних елементів;

– декомпенсаці з явними ознаками вторинного порушення м'якотканинних елементів.

Клінічно-рентгенологічна симптоматика

Спочатку біль має періодичний характер, який проходять після відпочинку, а потім є постійним, інтенсивність його постійно збільшується, переважно при незначному фізичному навантаженні. На пізніх стадіях захворювання біль спостерігається в нічний час. У більшості хворих на протязі декількох місяців і навіть років зберігається нормальна амплітуда рухів суглобів. Насамперед, настає обмеження ротаційних рухів і рухів на відведення кінцівки. В пізньому періоді, коли виникають вторинні зміни, з'являється обмеження рухів в сагітальній площині, утворюється згинально-привідна контрактура і функціональне укорочення кінцівки. Навіть у ранні строки захворювання відмічається атрофія м'яких тканин стегна у площині ураження. Атрофія м'яких тканин уражено кінцівки пояснюється нейротрофічними розладами, зумовленими хронічним подразненням внутрішньокісткових рецепторів і пропріорецепторів, які виходять з вогнища ураження. Тенденція сучасно хірургі – малоінвазивність. Операці з приводу сколіотично диформаці основані на застосуванні сучасних ендокоректорів, які виконуються з декількох невеликих доступів до хребта. Друга вимога хірургі хребта – створення при оперативному втручанні первинно- стабільного спондилодезу, для можливості швидшо вертикалізаці пацієнта.

Міжтілову стабілізацію використовують з переднього та заднього доступів. Практика довела, що передній доступ міжтілово стабілізаці є кращим хірургічним рішенням. Для усунення дефектів скелета, відновлення функцій і естетики використовують відповідні метали, х сплави, композиційні метали, кераміку та інші. Для стабілізаці хребта при тяжких зміщеннях використовується метод індивідуального підбору стабілізуючо конструкці . Концепція сучасно хірургі захворювань опорно-рухового апарату – досягнення максимально швидкого функціонального результату при мінімальному хірургічному втручанні. Недоліком заднього спондилолістезу є необхідність фіксаці не менше трьох сегментів та малоефективність при значному ступені зміщення. Задній метод хірургічно стабілізаці нагадує внутрішній корсет. Більшість хірургів вважають, що успіх операці полягає в досягненні міжтілового зрощення. Можливе використання заднього оперативного доступу для проведення переднього спондилодезу, при цьому проводиться вискоблювання міжхребцевого диска заднім доступом, на це місце вводились кісткові трансплантанти або композиційні х сплави, кераміка (R.B. Cloward 1952). У результаті таких операцій кістковий блок в прооперованому хребцевому сегменті формується на протязі 15-30 місяців. З початку 90-х років для використання міжтілового спондилодезу стали широко використовувати металеві імплантанти (кейджі). Основне х завдання – збільшення міжтілового проміжку і досягення надійного спондилодезу. Досить ефективне використання кейджів з біополімерно кераміки. Результатом є відмінне приживання такого виду протезів в міжхребцевому проміжку.

Переваги переднього доступу:

– радикальна дискектомія;

– для усунення ураженого сегмента і досягнення кісткового блоку;

– розвантаження нервових корінців, яке досягається за рахунок збільшення міжтілового проміжку шляхом розклинюючого корпородезу;

Рис. 1. Спондилолістез II ступеня.

Рис. 2. Артроз кульшового суглоба II-III ст.

Збереження непошкоджених задніх структур.

Сучасним меодом малоінвазивного хірургічного втручання переднім доступом на поперековий відділ хребта є лапороскопічний ALIF.

Передній спондилодез за допомогою комбінованого (переднього і заднього) оперативних доступів. Часто використовується круговий спондилодез, насправді мова йде про фіксацію патологічного сегмента за допомогою встановлення конструкці із заднього доступу та встановлення міжтілового спондилодезу після видалення міжхребцевого диска з переднього доступу. З огляду на сучасні можливості хірургі передній доступ повинен відігравати основну роль стосовно вибору методу операці .

Клінічна класифікація спондилолістезу

Класифікація Мейєрдінга 1932 р. Чотири ступені:

перший – зміщення 1/4 хребця;

другий – до 1/2;

третій – до 3/4;

четвертий більше 3/4 зміщень.

П'ятий ступінь – повне зміщення хребця відносно нижчележачого.

Нормальне положення тіла L-5 хребця має 45 градусів. Перший ступінь до 60 градусів, другий – до 75 градусів, третій – до 90 градусів, четвертий до 105 градусів, п'ятий більший 105 градусів.

В основу класифікаці Newman, Wiltse, Macnab 1976 р. лежить етіогенетичний фактор: диспластичний, спондилолізний, дегенеративний, травматичний і патологічний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ Етіологія деформуючого артрозу не зовсім зрозуміла на сьогодні. Що стосується патогенезу, є певна точка зору: ушкоджувальні фактори викликають порушення трофічних процесів в ділянці суглоба через регіонарні нервово-судинні утворення, дисфункція яких в певних часових параметрах незворотна, призводить до захворювання – деформуючого артрозу.

При першому ступені спондилолістезу з паралельним ураженням кульшового суглоба першого, другого степеня у шести хворих проведено медикаментозне, фізіотерапевтичне лікування, нам вдалося призупинити процес ураження кульшового суглоба, покращити його іннервацію та функцію на 20-30 %. 14 пацієнтам з другим, третім ступенем спондилолістезу і другим, третім ступенем деформуючого артрозу проведено оперативне лікування на поперековому відділі хребта. Метою хірургічного лікування була декомпресія нервово-судинного комплексу на рівні ураження і стабілізація ураженого сегмента хребта.

З 14 пацієнтів двом з них була проведена операція із ендопротезування двох кульшових суглобів, 7 пацієнтам було проведено ендопротезування одного кульшового суглоба, 5 пацієнтам операці на кульшовому суглобі не проводились у зв'язку з покращенням х стану. Лише в двох пацієнтів після ендопротезування кульшового суглоба залишилися болі в ділянці суглоба. В одному випадку це було викликано надмірною вагою хворо , в іншому – супутніми захворюваннями (цукровий діабет, остеопороз).

ВИСНОВКИ Спондилолістез поперекового відділу хребта часто ускладнюється деформуючим артрозом кульшового суглоба, тому необхідно діагностувати і усунути весь комплекс патогенетичних ситуацій, які визначають ступінь патологі і компенсаторні можливості організму.

Оперативне лікування спондилолістезу і особливо його тяжких форм є багато в чому невирішеною проблемою, яка потребує подальших досліджень. За даними ВООЗ від деформуючого артрозу страждають 4 % мешканців планети. З ціє кількості близько 8 % мають клінічно-обгрунтовані покази до операці . Прогресування спондилолістезу відбувається в юнацькому віці і рідко після закінчення формування скелета. У сво й роботі ми намагаємося підійти до питання лікування спондилолістезу меншою мірою з етіопатогенетичних і рентгенологічних позицій, і більшою з клінічно позиці . Хірургічним лікуванням спондилолістезу сьогодні займаються травматологи, ортопеди, нейрохірурги.

Лікування спондилолістезу має велике значення в відновленні рухових функцій нижніх кінцівок та повернення людини до повноцінного життя. Операці з приводу спондилолістезу покращують іннервацію, кровообіг кульшового суглоба і дають можливість у першій та другій стадіях уникнути операцій з приводу ендопротезування кульшового суглоба, а в третій, четвертій стадіях покращити результати хворих з ендопротезування кульшового суглоба.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зозуля Ю.А., Педаченко Е.Г., Слинько Е.И. Хирургическое лечение нейрокомпресионных пояснично-крестцовых болевых синдромов. – Киев, 2006. – С. 246-258 с.
2. Поліщук М.Є., Корж Н.А., Фіщенко В.Я. Пошкодження хребта та спинного мозку. – К.: "Книга плюс", 2001. – С. 152-167.
3. Фищенко В.Я. Сколіоз: Наукове видання. – Макі вка: Видавець Бугасова С.Г., 2005. – С. 246-273.
4. Arpino L., Iavarone A., Parlato C., Moraci A. Prognostic role of depression after lumbar disk surgery // Neurol. Sci. – 2004. – V. 25, № 3. – P. 145-147.
5. Asazuma T., Yamugishi M., Sato M. et al. Posterior spinal fusion for lumbar degenerative diseases using the Crock-Yamagishi (C-Y) spinal Fixation system // J. Spinal Disord. Tech. – 2004. – V. 17, № 3. – P. 174-177.

Залізняк М.С.

ДИНАМІКА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ПОЧАТКОВОГО – І СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПРИ ЛІКУВАННІ НА КУРОРТІ ГУСЯТИН

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

ДИНАМІКА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ ПОЧАТКОВОГО – І СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПРИ ЛІКУВАННІ НА КУРОРТІ ГУСЯТИН – Хворим на генералізований пародонтит, що перебували на санаторно-курортному лікуванні у м. Гусятині Тернопільсько області, проведено лікування тканин пародонту з використанням гідрокарбонатно-натрієво-магнієво-кальцієво мінерально води. Результати проведеного дослідження стверджують доцільність використання "Новозбручансько " мінерально води у лікуванні захворювань пародонту.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ НАЧАЛЬНОЙ – I СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НА КУРОРТЕ ГУСЯТИН – Больным генерализованным пародонтитом, которые пребывали на санаторно-курортном лечении в г. Гусятине Тернопольской области, проведено лечение тканей пародонта с использованием гидрокарбонатно-натриево-магниево-кальциевой минеральной воды. Результаты проведенного исследования подтверждают целесообразность использования "Новозбручанской" минеральной воды при лечении заболеваний пародонта.

DYNAMICS OF CLINICAL AND LABORATORY INDICES IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS OF THE PRIMARY – I-ST SEVERITY STAGE DURING THE TREATMENT AT HUSYATYN RESORT – The periodontal tissues of Husyatyn resort patients with generalized periodontitis were treated with hydrocarbonate-natrium-magnesium-calcium mineral water. The results of conducted researches prove the benefist of usage "Novozbruchanska" mineral water while treating periodontium diseases.

Ключові слова: генералізований пародонтит, мінеральна вода, стан тканин пародонту.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, минеральная вода, состояние тканей пародонта.