

Збереження непошкоджених задніх структур.

Сучасним меодом малоінвазивного хірургічного втручання переднім доступом на поперековий відділ хребта є лапароскопічний 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 конструкції 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 операції.

Клінічна класифікація спондилолізу

Класифікація Мейердінга 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 класифікації 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 спондилолізу 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 спондилолізу 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 операції 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 хворого, в іншому – супутніми захворюваннями (цукровий діабет, остеопороз).

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

Оперативне лікування спондилолізу 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 цієї кількості близько 8 % мають клінічно-обгрунтовані покази до операції. Прогресування спондилолізу відбувається в юнацькому віці і рідко після закінчення формування скелета. У своїй роботі ми намагаємося підійти до питання лікування спондилолізу меншою мірою з етіопатогенетичних і рентгенологічних позицій, і більшою з клінічної позиції. Хірургічним лікуванням спондилолізу сьогодні займаються травматологи, ортопеди, нейрохірурги.

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

ЛІТЕРАТУРА

1. Зоуля Ю.А., Педаченко Е.Г., Слинько Е.И. Хирургическое лечение нейрокомпрессионных 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. Фіщенко В.Я. Сколіоз: Наукове видання. – Мажівка: 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 Тернопільської області, проведено лікування тканин пародонту з використанням гідрокарбонатно-натрієво-магнієво-кальцієво-мінеральної води. Результати проведеного дослідження стверджують доцільність використання "Новозбручанської" мінеральної води у лікуванні захворювань пародонту.

ДИНАМІКА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНИХ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИМ ПАРОДОНТИТОМ НАЧАЛЬНОЇ – І СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПРИ ЛІКУВАННІ НА КУРОРТІ ГУСЯТИН – Больним генералізованим пародонтитом, которые пребывали на санаторно-курортном лечении в г. Гусятине Тернопольской области, проведено лечение тканей пародонта с использованием гидрокарбонатно-натриево-магнієво-

кальцієвої мінеральної води. Результати проведеного дослідження підтверджують цілесобразність використання "Новозбручанської" мінеральної води при лікуванні захворювань 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 benefit 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.

Key words: generalized periodontitis, mineral water, state of periodontal tissues.

ВСТУП Захворювання пародонту через високу поширеність, схильність до прогресування з формуванням комплексу патологічних змін, які призводять до втрати основних функцій пародонту і зубощелепово системи у цілому, становлять важливу медико-соціальну проблему. Відповідно, пошук шляхів підвищення ефективності лікування та профілактики захворювань пародонту є актуальним напрямком сучасно терапевтично стоматологі.

Незважаючи на широкий арсенал і високу ефективність, хіміотерапевтичні препарати мають низку побічних ефектів. Через це увагу дослідників привертають природні фактори, зокрема мінеральні води, які володіючи вираженим терапевтичним ефектом, практично не мають несприятливих побічних дій [1-5].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – підвищення ефективності комплексного лікування генералізованого пародонтиту початкового – I ступеня опрацюванням та апробацією лікувальної схеми із застосуванням мінеральної води "Новозбручанська".

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ На базі санаторію "Збруч" (м. Гусятин Тернопільської області) було проведено клінічне обстеження 121 хворого, віком від 20 до 34 років.

Обстеження усіх пацієнтів проводили з дотриманням загальномедичної послідовності із використанням об'єктивних оцінок стану тканин пародонту. Із 27 хворих на генералізований пародонтит початкового – I ступеня тяжкості для проведення лікування було сформовано дві терапевтичні групи: основну (16 осіб), у якій комплексне лікування проводили з

використанням "Новозбручанської" мінеральної води, і групи контролю (11 чоловік), у якій при лікуванні використовували загальноживітані лікарські засоби.

При лікуванні хворих основної групи спостереження проводили аплікації, зрошення ясен мінеральною водою, інстиляції в пародонтальні кишені.

Після зменшення явищ запалення та у стадії ремісії захворювання використовували ультрафонофорез та гідромасаж ясен мінеральною водою.

У домашніх умовах пацієнтам основної групи рекомендували полоскання порожнини рота мінеральною водою протягом 7-10 хвилин 3-4 рази на день і ротові ванночки з мінеральною водою порціями по 30-40 мл протягом 1-3 хвилин.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Динаміку клініко-лабораторних показників у групах спостереження після проведеного лікування подано в таблиці 1.

У хворих на генералізований пародонтит початкового – I ступеня тяжкості основної групи ліквідація запальних явищ спостерігалась через 6-8 відвідувань.

Клінічно при цьому спостерігали зникнення ознак симптоматичного гінгівіту, зменшення запального процесу (проба Шиллера-Писарева становила (0,25±0,06) бала), визначали збільшення резистентності капілярів ясен від (25,77±2,29) до (46,53±1,37) с, підвищення щільності кісткової тканини нижньої щелепи від 16,02±0,09 до 15,60±0,05. Спостерігали зменшення кількості мігрованих лейкоцитів у порожнину рота за М.А. Ясиновським, що свідчило про зниження процесів алтерації та десквамації клітин епітеліального шару.

У групі контролю для ліквідації гострих явищ запалення необхідно було провести у середньому 7-10 відвідувань.

Таблиця 1. Динаміка клініко-лабораторних показників у хворих на генералізований пародонтит початкового – I ступеня (M±m)

Клініко-лабораторні показники	До лікування	Після лікування			
		Основна група n=17	p ₁	Контрольна група n=11	p ₁
Гігієнічний індекс (ГІ) (бали)	2,31±0,08	1,02±0,14 p ₂ < 0,05	< 0,05	1,39±0,11	< 0,05
Глибина пародонтальних кишень (мм)	2,65±0,05	1,36±0,15 p ₂ < 0,05	< 0,05	1,85±0,14	< 0,05
Проба Шиллера-Писарева (бали)	4,11±0,47	0,36±0,09 p ₂ < 0,05	< 0,05	0,69±0,12	< 0,05
Вакуумна проба за В.І. Кулаженком (с)	25,77±2,29	46,53±1,37 p ₂ < 0,05	< 0,05	42,72±1,29	< 0,05
Проба М.А. Ясиновського. Нейтроф. гранул. з них живих клітини плоского епітелію	242,18±18,11 64,95±2,97 98,11±4,12	119,0±8,0 83,43±2,60 54,33±2,50 p ₂ < 0,05	< 0,05	142,01±8,40 75,49±2,61 61,87±2,30	< 0,05
ЕОМ н/щ,мкс	16,02±0,09	15,60±0,05 p ₂ < 0,5	< 0,05	15,86±0,05	> 0,05

Примітка: p₁ – різниця достовірна між групами до і після лікування;
p₂ – розбіжності достовірні порівняно з контролем після лікування.

ВИСНОВКИ Отже, позитивна динаміка клініко-лабораторних показників стану тканин пародонту у хворих основної групи свідчить про достатню терапевтичну ефективність мінеральної води "Новозбручанська" при лікуванні генералізованого пародонтиту початкового – I ступеня тяжкості. Результати проведеного дослідження дозволяють рекомендувати гусятинську мінеральну воду у комплексному лікуванні захворювань пародонту на ранніх стадіях розвитку, зокрема хворим, що перебувають на санаторно-курортному лікуванні у місті Гусятині.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зубкова Л.П., Алексеенко Н.А., Зубкова Ю.В. Применение минеральных вод разного химического состава в стоматологии //

Український бальнеологічний журнал. – 2004. – № 1. – С. 16-21.

2. Марков А.В. Комплексна гідротерапія генералізованого пародонтиту сульфатно-хлоридно-натрієво-магнієво-калієвою мінеральною водою: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22/Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького. – Львів, 2004. – 15 с.

3. Самойлович В.А. Динаміка імунологічних показників хворих генералізованим пародонтитом під впливом грязьово-водних термо-контрастних ротових ванночок // Вісник пробл. біол. і мед. – 1999. – № 9. – С. 87-92.

4. Самойлович В.А. Діяння клімато-бальнеологічних факторів слов'янського курорту на хворих генералізованим пародонтитом // Вісник пробл. біол. і мед. – 1999. – № 129. – С. 130-138.

5. Урбанович Л.И., Чубарь А.П., Заречная И.П. Влияние климато-воздействия на некоторые иммунологические показатели при лечении гингивита у детей // Стоматология. – Киев: Здоров'я, 1989. – С. 73-74.