

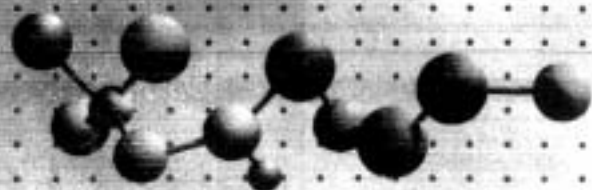
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ імені П.Л. ШУПИКА

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

за матеріалами
науково-практичної конференції

«ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ ТА АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ І ІНТЕНСИВНІЙ ТЕРАПІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ»

18-19 жовтня 2019 року
м. Київ



ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗГІНАЛЬНИХ КОНТРАКТУР КОЛІННИХ СУГЛОБІВ ПРИ ДЦП У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ.

Трутяк І.Р., Корольков О.І., *Рахман П.М.,
*Зеленецький Р.І., *Зеленецький І.Б.

Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького,

* КНП ХОР «обласна клінічна травматологічна лікарня», м. Харків.

Вступ. Однією із суттєвих проблем у хворих з ДЦП є контрактури колінних суглобів, які призводять до порушення координації, зниження об'єму активних рухів, розладів ходи та статика, що в свою чергу викликає розвиток вторинних змін в системі руху та опори і в значній мірі обмежує їх адаптацію у суспільстві.

Мета дослідження: представити досвід хірургічного лікування згинальних контрактур колінних суглобів (ЗККС) при ДЦП у дітей підліткового віку.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз лікування 35 пацієнтів з ДЦП у віці 10-18 років (18 жіночої та 17 чоловічої статі, 47 кінцівок), з 2-3 рівнем функціональної активності за GMFCS, яким було проведено хірургічне лікування ЗККС. В досліджувану групу увійшли хворі, у яких відзначалися ЗККС від 30° до 80°. Пацієнти були обстежені до початку і в процесі лікування: клінічний та неврологічний огляд, біомеханічні, рентгенологічні (в тому числі і КТ), динамометрія та електроміографія м'язів нижніх кінцівок. Середній термін спостереження 4,5 роки. Оцінка ефективності лікування проводилася за такими критеріями: терміни вертикалізації хворих; тривалість стаціонарного лікування; вартість лікування; наявність ускладнень.

Результати та їх обговорення. В усіх 35 хворих (47 кінцівок) проведено надвиіросткову клиновидну розгинальну остеотомію стегнової (НКРОСК) кістки (у 19 випадках - з укороченням СК від 2 до 4 см) з наступною фіксацією LSP-пластинами; на 12 сегментах вищевказане втручання поєднували з тенодезом зв'язки надколінника та переміщенням горбистості ВІК донизу; в 15 випадках додатково виконували закриття тенотомію m. semitendinosus і m. semimembranosus на рівні 1/3 стегна. Після виконання НКРОСК у жодному випадку не виникло необхідності у проведенні розширеного доступу в області підколінної ямки для подовження м'язів хамстрінг-групи та капсулотомії КС по задній поверхні, а також усувалася евінусна установка стопи за рахунок зменшення натягу литкового м'яза (ахілопластика не виконувалася!), що у подальшому значно прискорювало період реабілітації. У 16 хворих втручання

виконувалися одночасно з обох сторін, у 19 випадках - з інтервалом у 2 тижні. У післяопераційному періоді іммобілізація КС в розігнutoму положенні від 1/3 стегна до 1/3 гомілки стандартними шинами-туторами на «липучках» - від 1 до 1,5 міс, а з 3-4 дня після операції хворі вертикалізувалися за допомогою зовнішніх опор (як правило - ходунки). Проведений аналіз результатів лікування даної групи хворих показує значне зниження кількості ліжко-днів (в середньому 8 ± 2) та періоду іммобілізації - 25 ± 4 дня, а тривалість реабілітації до початку самостійної ходьби в 2,2 рази менше у порівнянні з іншими методиками

Заключення. Аналіз результатів використання даної методики усунення ЗККС дозволяє стверджувати, що вона має беззаперечні плюси: усі деформації усуваються одноментно, одночасно досягається біомеханічний баланс на всіх ланках опорно-рухової системи; знижується ймовірність розвинення рецидиву деформації за умов регулярної реабілітації та постійного використання ортезів з профілактичною метою; зручність для хворого та рідних - одноразова госпіталізація дозволяє планувати наступні реабілітаційні заходи за принципом планомірного "сходження вгору", в той час як неодноразові втручання нівелюють досягнення хворого та часто змушують починати відновлення "з нуля"; термін з 3-4 дня після втручань активно використовується для тренувань вертикалізації і ходьби; психологічна перевага - відсутній синдром "госпіталізму", зменшується фактор неодноразового перед та після операційного стресу; економічний ефект - зменшується загальна кількість ліжко-днів та витрати на медикаменти, відсутня необхідність у виготовленні та перепідгонці ортезів після чергової операції. При лікуванні за даною методикою, легше дотримуватися етапності та послідовності у лікуванні (консервативне -- хірургічне - реабілітаційне). Зменшується час перебування в стаціонарі і центрах реабілітації, що здешевлює лікування та дає можливість здійснювати соціальну адаптацію хворих в оптимальні строки.

