

УДК 616.728.3-009.12-08:616.988.23

Эшматов Мирлазиз Мирфозилович

Кафедра детской травматологии, ортопедии и нейрохирургии

Андижанский государственный медицинский институт

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
СГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА У
БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Резюме: Детский церебральный паралич - тяжёлое заболевание нервной системы, обусловленное вредоносными воздействиями на мозг в различные периоды внутриутробного развития ребёнка, во время родов и впервые недели жизни. Время воздействия вредоносных факторов определяет картину болезни в большей степени, чем характер воздействующих факторов.

Ключевая слова: детский церебральный паралич, сгибательная контрактура, коленный сустав, детской возраст.

Eshmatov Mirlaziz Mirfozilovich

Department of Pediatric Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery

Andijan State Medical Institute

**IMPROVEMENT OF METHODS OF TREATMENT OF FLEXION
CONTRACTURE OF THE KNEE JOINT IN PATIENTS WITH
CEREBRAL PALSY**

Resume: Cerebral palsy is a severe disease of the nervous system caused by harmful effects on the brain during various periods of intrauterine development of a child, during childbirth and for the first time in life. The time of exposure to harmful factors determines the picture of the disease to a greater extent than the nature of the influencing factors.

Keywords: cerebral palsy, flexor contracture, knee joint, childhood.

Актуальность. Заболевание сопровождается не только собственно грубыми двигательными нарушениями, но и извращением программы нормального развития движений[2,6].

Детские церебральные параличи - группа заболеваний центральной нервной системы при ведущем непрогрессирующем поражении двигательных зон и двигательных проводящих путей головного мозга [1,4].

В специальной литературе [3] отмечается, что детский церебральный паралич объединяет группу двигательных нарушений, возникающих при поражении двигательных систем головного мозга и проявляющихся в недостатке или отсутствии контроля со стороны центральной нервной системы за функционированием мышц. Детский церебральный паралич наступает в результате поражения незрелого головного мозга, находящегося в состоянии созревания во внутриутробном периоде или в период раннего возраста [5].

При детском церебральном параличе резко нарушено взаимодействие между двигательными и сенсорными системами, между звеньями самой двигательной системы, между системами регуляции произвольных и непроизвольных движений. Детский церебральный паралич характеризуется нарушением высших корковых функций, признаками поражения пирамидных путей и подкорковых (базальных) ядер, ранним органическим поражением двигательных и речедвигательных систем головного мозга. Детский церебральный паралич является полиэтиологическим заболеванием. При этом, как указывают Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, Г.С. Бурд, факторы, детерминирующие структурно-функциональные изменения в мозге, в 80% случаев действуют в процессе внутриутробного развития плода, в 20% - постнатально.

Среди причин данные авторы выделяют следующие: ·воздействие токсических факторов пренатального периода (инфекции - грипп,

краснуха, токсоплазмоз); ·соматические и эндогенные заболевания матери (врожденные пороки сердца, сахарный диабет и др); ·иммунологическая несовместимость крови матери и плода (по резусфактору, системе АВО и другим антигенам); ·пренатальная патология; ·асфиксии новорожденных; ·родовая травма; ·нейроинфекции постнатального периода (менингиты, менингоэнцефалиты различной этиологии).

Наиболее вероятной причиной развития детского церебрального паралича, согласно М.М. Кольцовой [3,7], являются: недоношенность (27-34 недели, с весом при рождении 980-1550 грамм); неблагоприятное течение беременности (инфекционная или соматическая патология); отягощенный акушерский анамнез.

В специальной литературе [6] отмечается, что детский церебральный паралич объединяет следующие формы:

1. двойная гемиплегия;
2. спастическая диплегия;
3. гиперкинетическая;
4. атоническо-астатическая;
5. гемипаретическая.

Двойная гемиплегия является самой тяжелой формой детского церебрального паралича, которая, согласно Н.И. Архиповой [1], возникает при наиболее распространенном поражении мозга, прежде всего больших полушарий. При этом поражены все конечности, причем руки в большей степени, чем ноги. Дети данной категории не овладевают статическими и локомоторными функциями. Резко выражено повышение мышечного тонуса в общей и речевой мускулатуре с выраженным и стойким влиянием лабиринтного и шейных тонических рефлексов. Отмечаются тяжелые речевые и сенсорные расстройства. Интеллект значительно снижен. Мышление замедленно, инертно, память ослаблена.

Часто наблюдается расторможенность, эйфория. Отмечаются судорожные припадки [4]. Спастическая диплегия является наиболее частой формой детского церебрального паралича, при которой имеет место двустороннее, иногда ассиметричное поражение или недоразвитие центрального двигательного нейрона.

При данной форме детского церебрального паралича поражаются и верхние, и нижние конечности, причем ноги поражаются в большей степени. Задерживается развитие речи. Речевые расстройства проявляются в виде дизартрии, алалии. Гиперкинезы артикуляционной и дыхательной мускулатуры делают речь смазанной, толчкообразной. Интеллект в большинстве случаев снижен.

Дети с трудом концентрируют внимание на занятиях, быстро истощаются, отвлекаются. Как правило, не могут самостоятельно организовать игру, не владеют собой.

Память снижена. Судорожные пароксизмы при данной форме детского церебрального паралича встречаются реже, чем при других формах. Гиперкинетическая форма детского церебрального паралича связана с поражением подкорковых отделов мозга.

Нарушения общей и артикуляционной моторики определяются меняющимся характером мышечного тонуса (дистонией), наличием произвольных насильственных движений, отсутствием эмоциональной выразительности двигательного и речевого акта. Отмечается недостаточность удержания статических поз и положений. Двигательные нарушения утяжеляются за счет наличия тонических спазмов, распространяющихся на артикуляционную, дыхательную мускулатуру и на мышцы гортани, обуславливая своеобразные расстройства голосообразования и дыхания. Речевые расстройства проявляются задержкой формирования речи, нарушением артикуляции, темпа речи. Речь замедленная. Интеллект страдает незначительно.

Судорожные пароксизмы редки. Гемипаретическая форма детского церебрального паралича характеризуется односторонним поражением центрального двигательного нейрона. Отмечаются односторонние двигательные расстройства, менее выраженные в нижней конечности и в проксимальных отделах верхней конечности, таким образом, отмечается более тяжелое поражение кисти руки.

Речевые расстройства в виде дизартрии. Интеллект и память снижены. Внимание неустойчиво, дети быстро истощаются. Психическая активность снижена. Судороги генерализованные, реже парциальные. При атоническо-астатической форма детского церебрального паралича имеет место поражение мозжечка и его связей с другими структурами мозга, прежде всего с лобными отделами коры больших полушарий.

Нарушения общей и артикуляционной моторики определяются низким мышечным тонусом, отсутствием точности и соразмерности движений, нарушением их синхронности и ритма. Дети со значительным опозданием по сравнению с физиологической нормой начинают садиться, стоять, ходить. Интеллект страдает незначительно. В ряде случаев отмечаются умеренные гиперкинезы [2].

Цель исследования. Улучшить методы лечения контрактуры сгибателя колена у пациентов с церебральным параличом.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленную задачу, мы провели лечение контрактуры сгибания колена в общей сложности у 65 пациентов с церебральным параличом.

Результаты исследования. Паллиативные вмешательства при нереконструируемом тазобедренном суставе у пациентов подросткового и взрослого возраста с тяжелыми формами ДЦП одинаково эффективны с точки зрения контроля болевого синдрома и устранения порочного положения конечности, но только вальгизирующая опорная остеотомия

бедренной кости обеспечивает условия для пассивной вертикализации больного с полноценной опорой на конечности.

Выполнение паллиативных вмешательств в сочетании с коррекцией контрактур коленного и голеностопного суставов и деформаций стопы в рамках многоуровневых одномоментных вмешательств увеличивает функциональные возможности пациентов, что сопровождается повышением качества жизни.

Научная новизна результатов настоящего диссертационного исследования определяется тем, что в ней на основании исследования ближайших и отдаленных результатов лечения 41 пациента доказано, что показаниями к выполнению паллиативных вмешательств при нереконструируемом вывихе бедра у пациентов с ДЦП помимо общепризнанных (контроль болевого синдрома, устранение порочного положения бедра, улучшение условия для гигиенических процедур, увеличение толерантности к позиции сидя), является создание условий для пассивной вертикализации пациента с опорой на нижние конечности.

Оба типа паллиативного вмешательства (артропластическая резекция проксимального отдела бедра и проксимальная опорная остеотомия) эффективны с точки зрения контроля болевого синдрома и устранения порочного положения конечности. Но только опорная остеотомия бедренной кости обеспечивает условия для пассивной полноценной вертикализации больного. При этом, симультанное устранение сгибательной установки голени, контрактур голеностопного суставов, деформаций стопы является обязательным условием для восстановления опоры на нижние конечности и улучшения качества жизни.

Увеличение функциональных возможностей пациентов в сочетании с повышением качества жизни были достигнуты после коррекция ортопедических проблем, где центральным звеном явилось паллиативное хирургическое вмешательство на тазобедренном суставе.

Предложенная собственная модификация опорной остеотомии проксимального отдела бедренной кости обеспечивает увеличенную амплитуду отведения и сгибания бедра по сравнению с классической методикой McHale, сохраняя возможность осевой опоры на конечность и вертикализации пациентов.

Практическая значимость работы заключается в предложении, обосновании и определении показаний к дифференцированному применению методик паллиативных операций на тазобедренном суставе в рамках многоуровневых вмешательств в зависимости от степени тяжести неврологических расстройств и прогноза двигательных возможностей у пациентов с тяжелыми формами ДЦП.

В работе детально показаны хирургическая техника паллиативных операций, модификации операций, ожидаемые результаты лечения, возможные ошибки и осложнения, а также способы их профилактики и коррекции.

Вывод. Практическая значимость работы заключается в предложении, обосновании и определении показаний к дифференцированному применению методик паллиативных операций на тазобедренном суставе в рамках многоуровневых вмешательств в зависимости от степени тяжести неврологических расстройств и прогноза двигательных возможностей у пациентов с тяжелыми формами ДЦП.

В работе детально показаны хирургическая техника паллиативных операций, модификации операций, ожидаемые результаты лечения, возможные ошибки и осложнения, а также способы их профилактики и коррекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баковский В.Б., Головкин С.И. Оценка качества жизни детей после лечения переломов при сочетанной и множественной травме. Политравма. 2012. №3 стр. 11-16.

2. Гузева В.И., Куренков А.Л., Змановская В.А., Батышева Т.Т., Семенова К.А., Жеребцова В.А., Владыкина Л.Н., Попков Д.А. Детский церебральный паралич. В кн: Федеральное руководство по детской неврологии (под ред. В.И.Гузовой), Москва, ООО «МК», 2016, с.169-185.

3. Корольков А.И., Люткевич Н.И., Хащук А.В. Концептуальные подходы к диагностике и профилактическому лечению подвывиха и вывиха бедра у больных с детским церебральным параличом. Ортопедия, травматология и протезирование. 2013. №3 (592). С. 20-27.

4. Соснина С.Ф., Волосников Д.К. Качество жизни детей, проживающих в закрытом административно-территориальном образовании. Вопросы современной педиатрии. 2010. Т.9, №5, с.10-13.

5. Туренков С.В., Ахтямов И.Ф. Анализ результатов хирургического лечения диспластического коксартроза различными вариантами тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Гений ортопедии. 2003. № 2. С.19-23.

6. Умнов В.В. Тактика двухэтапного лечения сложных случаев нестабильности тазобедренного сустава у больных ДЦП. Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2014. Т.2, №2, с.66-69.

7. Durkin MS, Benedict RE, Christensen D, Dubois LA, Fitzgerald RT, Kirby RS, Maenner MJ, Van Naarden Braun K, Wingate MS, Yeargin-Allsopp M. Prevalence of Cerebral Palsy among 8-Year-Old Children in 2010 and Preliminary Evidence of Trends in Its Relationship to Low Birthweight. Paediatr Perinat Epidemiol. 2016 Sep;30(5):496-510.