

ГУ «Детский клинический специализированный санаторий «Хаджибей»

Этапное лечение двигательных нарушений у больных детским церебральным параличем в условиях специализированного санатория

А. В. Пчеляков, С. В. Прусс

Одесса

- Спастические контрактуры нижних конечностей являются основным проявлением спастических форм детского церебрального паралича, ведущим к тяжёлым статолокомоторным нарушениям и инвалидизации больных.
- Первостепенное значение при этом имеют спастические контрактуры и деформации таких важных отделов нижних конечностей, как тазобедренный сустав (ТБС), голеностопный сустав (ГСС) и стопа.
- В ТБС грозным состоянием является его нестабильность, формирующаяся на фоне вторичной дисплазии и комплексной сгибательно-приводящей контрактуры.
- В ГСС и стопе формируется сложная эквино-плоско-вальгусная деформация, которая значительно снижает опороспособность стоп и препятствует возможности вертикального передвижения пациента.
- Это также является дополнительным отрицательным фактором, влияющим на состояние ТБС.
- Сгибательные контрактуры коленных суставов на этом фоне являются в значительной степени вторичными.



Цель работы

- Изучить эффективность этапного восстановительного лечения для коррекции нестабильности ТБС и деформаций стоп у детей с ДЦП и улучшения их двигательных возможностей.

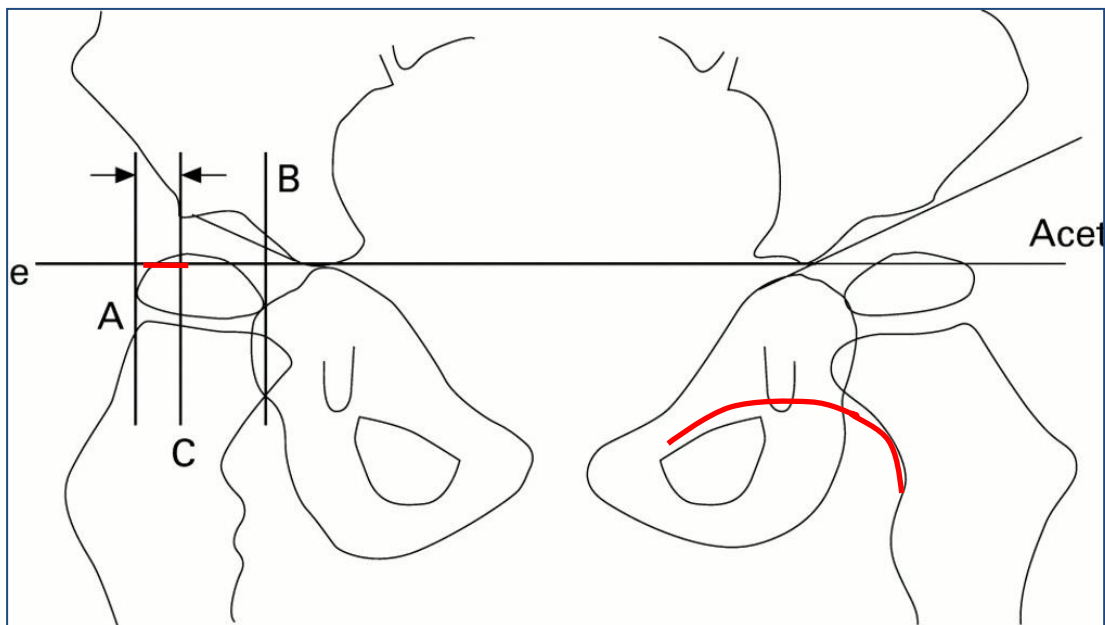
Материал и методы исследования

- Исследование проведено у 24 больных ДЦП обоего пола в форме спастической диплегии с различной степенью комплексной спастической контрактуры и нестабильности ТБС, а также со спастическими деформациями стоп в возрасте 4-8 лет, интеллектуально сохранных, разделённых на 2 группы (I младшая – 4-5- лет – 14 детей и II старшая 6-8 лет – 10).
- Срок наблюдения 1,5 года.
- Клинические (определение степени спастической контрактуры по измерению углов пассивных движений по 0°-проходящей методике по В.О Марксу);
- Рентгенологические: обзорная рентгенограмма таза (миграционный индекс Reimers); по снимкам стоп с нагрузкой определяли фронтальный (ФТПУ) и боковой таранно-пяточные углы БТПУ).
- Степень спастичности мышц определяли по шкале Ashworth.
- Двигательные нарушения определяли по шкале GMFCS.
- У всех пациентов отмечалась плоско-вальгусная деформация стоп, которая на фоне спастического эквинуса носила «скрытый» характер.

Клиническое тестирование аддукторов бёдер

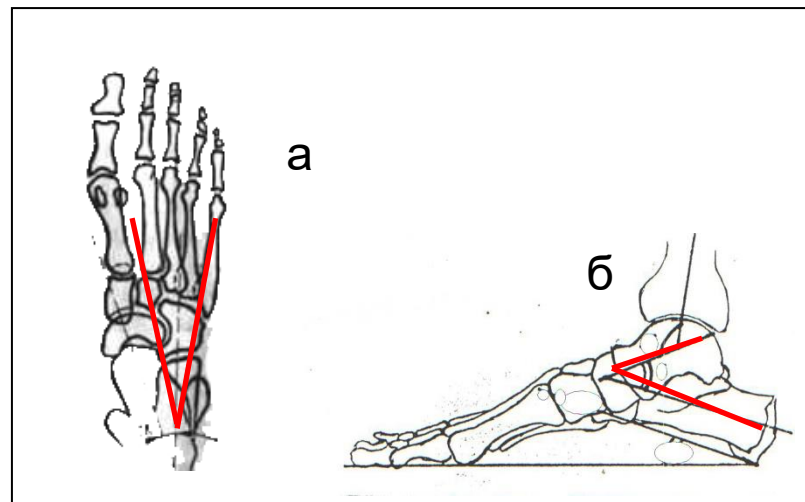


- а) аддукторы бёдер;
- б) аддукторы и сгибатели бёдер;
- в) нежная мышца;
- г) вид при попытке стояния с поддержкой.



Рентгенометрия ТБС

Рентгенометрия стоп



Распределение больных по уровню двигательных нарушений

Уровень двигательных нарушений	Возрастная группа	Количество по группам	Всего	
		Абс.	Абс.	%
II	1	-	5	20,8
	2	5		
III	1	-	10	41,7
	2	10		
IV	1	9	9	37,5
	2	-		
Всего			24	100,0

Виды спастических контрактур и степень спастичности

Группа пациентов	Сгибательно-приводящая контрактура ТБС	Показатели	Эквинусная контрактура ГСС	Показатели
1	Динамическая (III ст. сп.)	Пассивное отведение бедра: $\angle 30-35^\circ$ Инд.Reimers: до 25%	Фиксированная (IV ст. сп.)	Пассивное сгибание стопы: до $\angle 5-7^\circ$ ФТПУ – 20-30° БТПУ – 35-40°
2	Фиксированная (IV ст. сп.)	Пассивное отведение бедра: $\angle 15-25^\circ$ Инд.Reimers: до 32%	Фиксированная (IV ст. сп.)	Пассивное сгибание стопы: до $\angle 8-10^\circ$ ФТПУ – $>30^\circ$ БТПУ – $>40^\circ$

Последовательность лечебных этапов

Подготовительный этап
(Подготовительный курс лечения в санатории)

Хирургический этап
(Хирургическое отделение санатория)

Ортопедическое лечение
(Протезно-ортопедическое предприятие, санаторий)

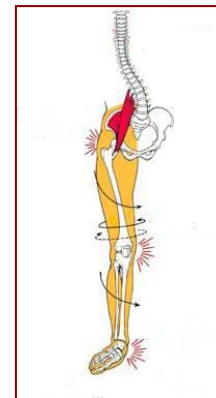
Восстановительный этап
(Санаторий)

Подготовительный этап

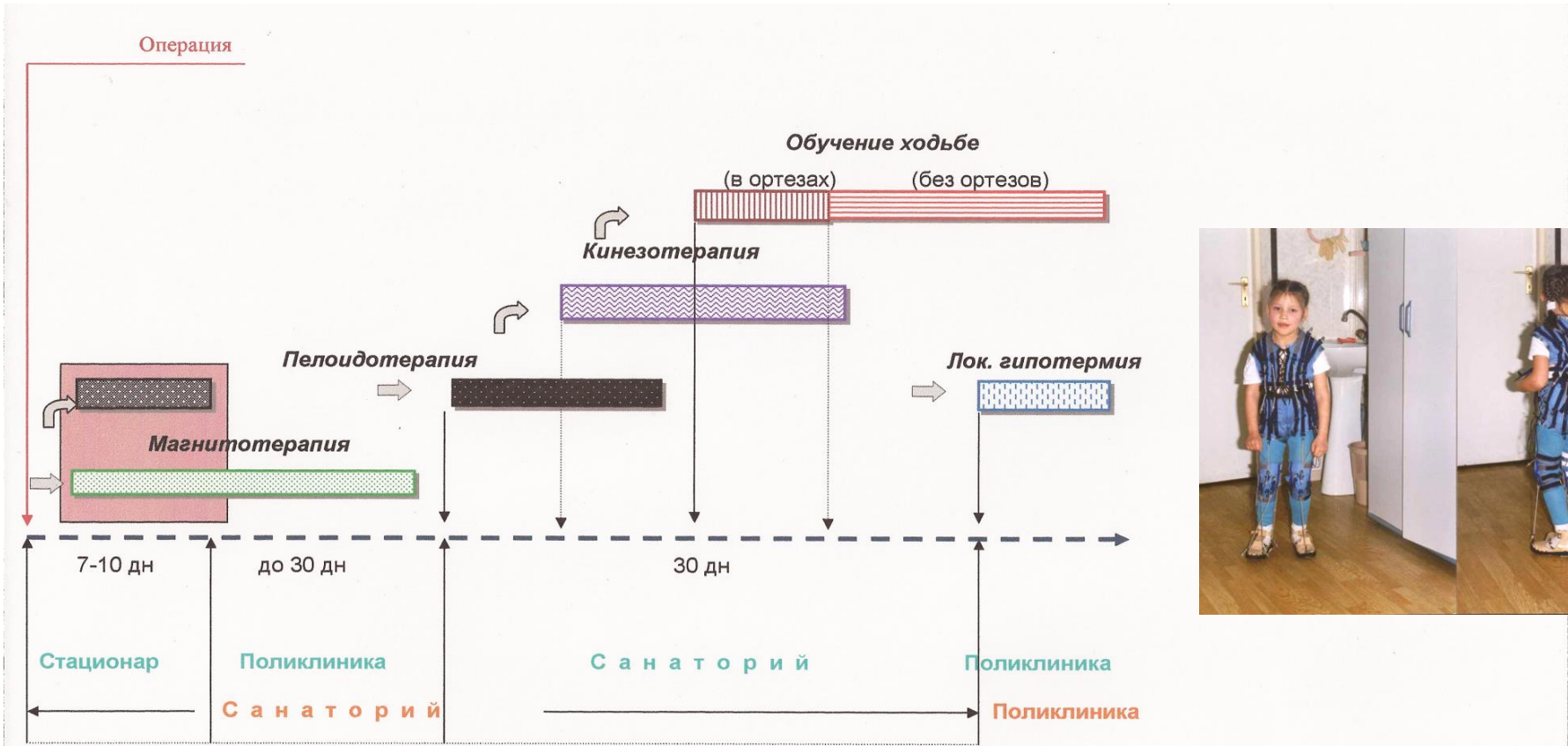
- Курс санаторного лечения.
- Основное значение придавалось бальнеогрязелечению, гидрокинезотерапии, механотерапии.
- На этом этапе осуществлялось планирование следующего хирургического этапа, который должен быть проведен в сроки до полугода после подготовительного.

Хирургический этап

- Хирургические вмешательства носили избирательный щадящий и малоинвазивный характер.
- Объектами операции являлись мышечная фасция и сухожилия некоторых поверхностных двусуставных мышц (в первую очередь ответственных за поддержание спастической контрактуры): закрытая аддуктотомия, ахиллопластика, закрытая селективная миофасциотомия икроножной мышцы.
- Выполнялись вмешательства под кратковременным общим обезболиванием с помощью разработанных нами малотравматичных хирургических инструментов.
- Длительность операции 20-30 мин.

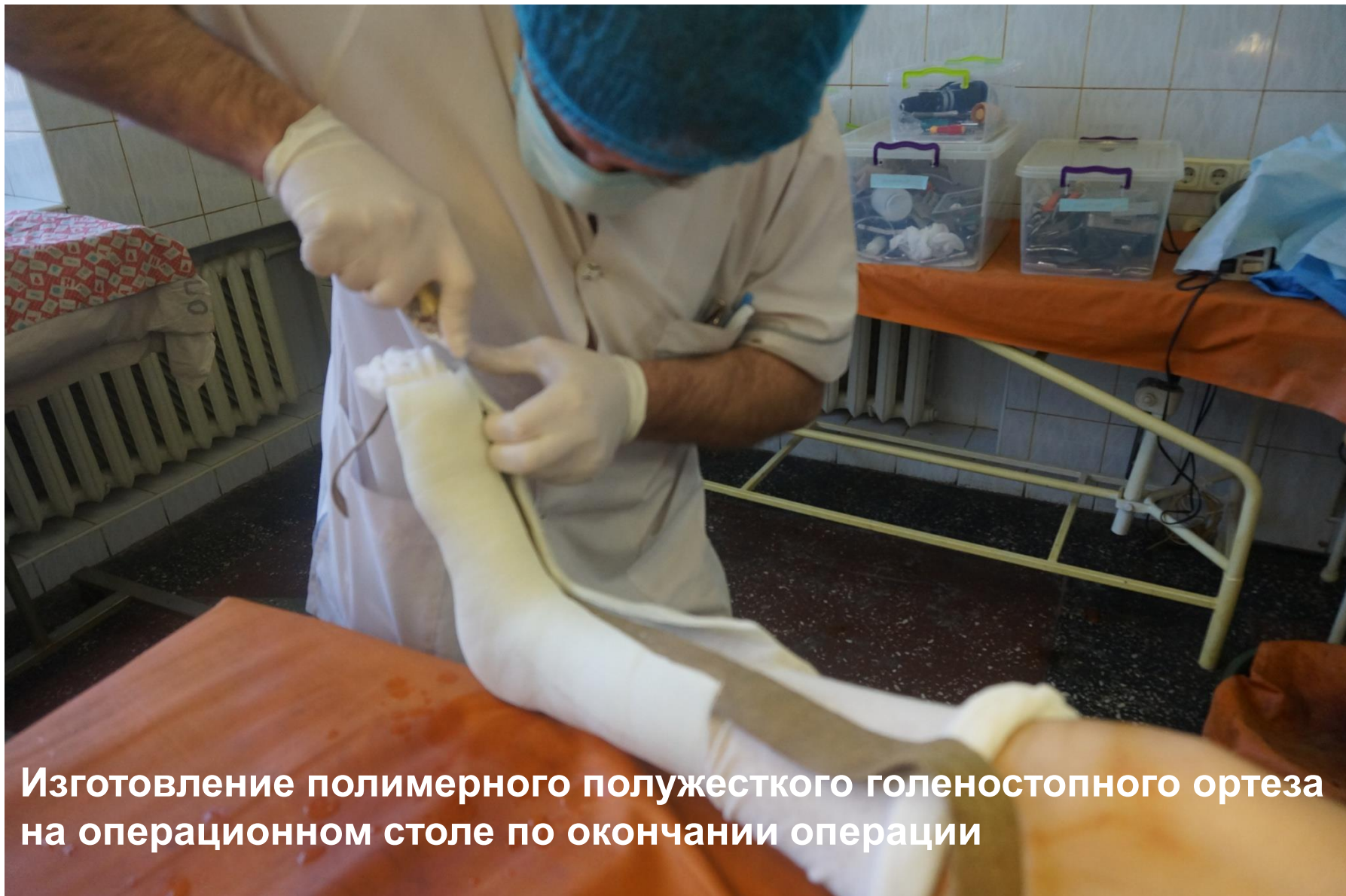


Восстановительный этап



Ортопедическая поддержка





Изготовление полимерного полужесткого голеностопного ортеза на операционном столе по окончании операции

Рентгенограммы таза пациента Р., 5 лет



- 1 - до лечения (RI - пр. 23%, лв. 40%);
2 - через 2 года (RI - пр. 16%, лв. 20%);
хороший результат

Результаты лечения

- Состояние ТБС через 1 год улучшилось у 8 пациентов, через 1,5 года – у 17. У 6 – без изменений.
- Клиническое улучшение заключалось в увеличении объёма пассивных движений в ТБС: отведения – на 10° (7), на 5° (9), разгибания – на 5° (11); у остальных объём движений не ухудшился.
- Спастичность мышц осталась на прежнем уровне.
- Через 1,5 года произошло улучшение индекса Reimers в среднем на 7% у 16 пациентов (68,6%).
- У остальных его значение осталось прежним при наличии клинического улучшения (расценивали как положительный результат).

- Улучшение со стороны стоп заключалось в повышении их опороспособности в результате дозированной коррекции спастического эквинуса , укрепления на восстановительном этапе тыльных флексоров и мышц, поддерживающих продольный свод стопы, а также адекватного и индивидуального применения соответствующих ортопедических средств.
- Рентгенологические улучшения были менее явными: уменьшение ФТПУ и БТПУ на 5-7°.

- Улучшили свои двигательные возможности с переходом на более высокий уровень 10 детей I группы и 8 – II-й (без изменений соответственно: 4 и 2, что при положительной динамике клинических и рентгенологических показателей также расценивали как улучшение).

Выводы

- Таким образом, этапное восстановительное лечение показало свою эффективность в коррекции нестабильности ТБС.
- Повысилась опороспособность стоп.
- Улучшение стато-локомоторных возможностей больных в этом возрасте даёт предпосылки к положительной динамике со стороны опорно-двигательного аппарата в будущем.

Спасибо за внимание!

