

ПРОТЕЗУВАННЯ ДІТЕЙ З НЕДОРОЗВИТКОМ СТЕГНА

Петров В.Г., Тимофєєв І.Л., Ватолінський Л.Є., Шевченко С.Д., Щетиніна Л.Г.

Український науково-дослідний інститут протезування, протезобудування та відновлення працездатності (УкрНДІпротезування), м. Харків, Україна

Аномалії розвитку нижніх кінцівок відносяться до тяжкої вродженої патології і складають від 1,7 до 2,5 % серед усіх пороків розвитку опорно-рухової системи. Одним з пороків розвитку є недорозвинення на рівні стегна, яке згідно класифікації міжнародної асоціації протезистів і ортопедів (ISPO) поділяються на дві групи: 1) поперечні дефекти за типом кукси стегна; 2) повздовжні дефекти стегна на різних його частинах. Реабілітаційні заходи повинні плануватися комплексно, протезування таких пацієнтів відноситься, як правило, до розряду складного.

Тому за мету роботи стало вивчення та удосконалення порядку медичної підготовки та протезування дітей з недорозвиненням кінцівки на рівні стегна.

Було обстежено 5 дітей з куксою стегна (поперечний дефект) та 26 з продовжним недорозвиненням стегна. Успішному протезуванню дітей з куксою стегна заважали пороки та хвороби у невеликій кількості, серед яких: наявність мякотканних рудиментів, значна або недостатня довжина кукси, патологічність рухів в тазостегновому суглобі за рахунок недорозвитку суглоба і проксимального відділу стегна, патології контрлатеральної кінцівки. Серед 26 дітей з продовжним типом недорозвитку було виявлено: значне укорочення кінцівки, нестабільність тазостегнового суглоба, згинально-відвідна контрактура тазостегнового суглоба, згинальна контрактура або нестабільність колінного суглоба, невідповідність розташування колінного суглоба збереженої кінцівки гомілковостопному суглобу ураженої кінцівки, наявність асиметричної гіпотрофії на стороні ураження, значне біомеханічне порушення локомоції кінцівки.

В якості підготовки до протезування 8 (25,8 %) дітям проведено оперативне лікування: реампутація, відсікання мякотканних рудиментів, подовження кукси, корегуючі остеотомії, реконструктивні втручання в області тазостегнового суглоба, ампутації недорозвиненої стопи або гомілки з формуванням кукси. Обов'язково проводилось консервативне лікування, яке поліпшувало стан м'яких тканин, збільшувало силу м'язів.

Протезування дітей з недорозвиненням на рівні стегна починали з початком вертикалізації дитини (з 11-12 місяців) або з першим зверненням батьків. При визначенні показань до призначення протезів за основу брали не абсолютну величину укорочення, а його співвідношення з суглобами і сегментами збереженої кінцівки. Вимоги до форми прийомної гільзи залежали від стану тазостегнового сполучення та форми недорозвинення.

При поперечних дефектах приймальна гільза протеза формувалась як квадрилатеральна або подовжньо-овальна. В конструкції протеза використовувались полегшений або модульний колінний шарнір, а у дітей до трирічного віку колінний шарнір не використовувався. Кріплення протеза здійснювалось за рахунок поясу, вакуумного клапану або жилетки у молодших дітей.

В разі нестабільності тазостегнового суглоба в приймальній гільзі протеза навантаження здійснювалось по осі кінцівки в стопу та сідничний пагорб з урахуванням згинально-відвідної установки фрагмента стегна. При значних проксимальних дефектах стегна, наявності нестабільності запропонована форма гільзи з охопленням сідничного м'яза та упором в крило крижової кістки. Такою формою гільзи забезпечено 11 дітей. У 2 дітей для зменшення медіо-латерального та вертикального зміщення конструкція протеза доповнювалась додатковою гільзою корсета на таз на поперековий відділ хребта у поєднанні з жорстким вертлюгом.

Біомеханічні дослідження показали поліпшення стояння та ходьби при своєчасній заміні протезів в зв'язку із зміною антропометричних даних на 7-26 %. Диспансерне спостереження у дітей проводилось 1 раз на 6 місяців. Всі діти в результаті проведених заходів засвоїли ходьбу без обмеження і додаткової опори.

Протезування дітей з недорозвиненням кінцівки на рівні стегна є завершальним етапом в системі реабілітаційних заходів. Вибір конструкції протеза залежить від віку дитини, рівня відсутності кінцівки, виду недорозвитку сегмента стегна. При нестабільності в тазостегновому суглобі необхідне виготовлення приймальної гільзи стегна з охопленням тазу та додатковим кріпленням за допомогою жорсткого вертлюга до корсету

Реферат. Рассмотрены клинические аспекты реабилитационных мероприятий у детей с недоразвитиями бедра по продольному и поперечному типу культы. Предложены и апробированы конструкции протезов бедра при различных видах недоразвития. The

abstract. Clinical aspects of rehabilitational measures for children with above-knee underdevelopment on longitudinal and transversal type of a stump were considered. Designs of above-knee prostheses were offered and approved for different aspects of underdevelopmen