

## ЛЕЧЕНИЕ СГИБАТЕЛЬНЫХ КОНТРАКТУР КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Данилов А.А., Нех А.А., Балицкая Ю.Л., Моця М.А.

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, Киевская детская городская клиническая больница №1

Сгибательные контрактуры коленных суставов наблюдаются у 47-53% больных страдающих церебральным параличом. Механизм формирования деформаций носит мультифакториальный характер основные звенья которого малоизучены. Остается большое количество неудовлетворительных результатов лечения контрактур указанной локализации [Кенис В.М. 2008, Кутузов А.П. 1996, Hurrington J. 1983].

**Цель работы** – изучение механизмов формирования сгибательных контрактур коленных суставов и разработка методов лечения.

**Материал и методы обследования.** Проанализированы данные полученные при лечении 67 больных со сгибательными контрактурами коленных суставов в возрасте от 10 до 17 лет, обусловленные спастической диплегией и тетрапарезом. Обследование детей включало определение объема активных и пассивных движений в суставах, рентгенографию с определением угла торсии костей голени, УЗИ, МРТ.

**Результаты и их обсуждения.** Основной причиной контрактур коленных суставов был мышечный дисбаланс, с преобладанием силы действия мышц сгибателей голени. Важную роль играла разница величины плеча силы у четырехглавой мышцы бедра и мышц группы *semi-*. Наружная торсия костей голени формировалась в результате действия двуглавой мышцы бедра, малоберцовых мышц и длинного разгибателя пальцев стопы. Дополнительным фактором были компенсаторные установки коленных суставов на позицию и изменение туловища и таза. Контрактуры I-II степени устранялись посредством миотомии тонкой мышцы, невротизации передней ветвью запирающего нерва медиальной широкой мышцы бедра с последующей фиксацией коленного сустава гипсовой повязкой. При наличии контрактур II-III степени их коррекция осуществлялась посредством перемещения двуглавой мышцы на собственную связку надколенника или бугристость большеберцовой кости. Патологическая наружная торсия костей голени наблюдалась у всех больных старше 10 лет и контрактурами III-IV степени. У 10 больных с углом торсии до 15° проводилась деторсионная подмышечковая остеотомия большеберцовой кости, в 8 случаях с углом торсии более 15° деторсионная остеотомия обеих костей голени.

Сравнительный анализ группы больных, в которой коррекция контрактур производилась посредством перемещения двуглавой мышцы бедра, с группой, где дополнительно осуществлялась деторсионная остеотомия костей голени показал, что в первой группе рецидив контрактур наблюдался у 26% больных, в этой же группе наблюдалась тяжелая плоскостопная деформация стоп. В группе больных, где проводилась деторсионная остеотомия, рецидивов контрактур не наблюдалось. Отмечалось также улучшение позиции стопы при её плоскостопной деформации.

Таким образом, необходимым условием эффективного лечения сгибательных контрактур коленных суставов и плоскостопной деформации стоп является сочетание пересадки двуглавой мышцы бедра с устранением наружной торсии костей голени.