

## ХІРУРГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА НЕСТАБІЛЬНОСТІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ДІТЕЙ З ДЦП

Корольков О.І., Кикош Г.В., Рахман П.М., Рикун М.Д., Люткевич М.І.\*  
ДУ "Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка НАМН України "

\* Обласна дитяча клінічна лікарня м. Чернігів.

**Вступ.** При ДЦП наявність контрактур у кульшових суглобах (КС), різко обмежує можливості дитини до самостійного пересування і порушує фізіологічні умови навантаження суглобів. Тривало існуючий м'язовий дисбаланс призводить до порушення формування КС у зростаючої дитини і, як наслідок, до розвитку і прогресуванню децентрації, підвивиху і вивиху стегна.

**Мета роботи:** представити можливі варіанти хірургічних втручань, спрямовані на профілактику розвитку нестабільності кульшових суглобів у дітей з ДЦП.

**Матеріал і методи.** Ретроспективно проаналізовано дані обстеження і лікування 144 дітей з ДЦП у віці від 1 до 16 років, рівень рухової активності по GMFCS: у 48 пацієнтів (33,33%) – II рівень, у 57 (39,58%) – III, і у 39 (27,09%) – IV (у дослідження не були включені діти з I і V рівнем GMFCS). Середній термін спостереження – 6,7 років. Обстеження проводилось до початку і в процесі лікування: клінічне, рентгенологічне, неврологічне, біомеханічне, УЗД, динамометрія і електроміографія м'язів.

**Результати:** У дітей у віці 1–4 років проводили консервативне лікування, спрямоване на зменшення м'язового тону, усунення патологічних установок в нижніх кінцівках і фіксацію у відповідних ортопедичних пристроях (на час сну) та ортезах для ходьби. Ефективність цих заходів склала близько 15%. В інших випадках у даній віковій групі виконувалися м'якотканинні втручання на м'язах КС або введення ботулотоксину. Однак ці заходи також мали тимчасовий ефект (близько 25-30%) – тонус м'язів відновлювався і у подальшому прогресували зміни у КС. У зв'язку з цим у дітей у віці від 4 до 8 років застосовували втручання на медіальній частині зони росту головки стегнової кістки – тимчасовий або постійний геміепіфізез із застосуванням металоконструкції або кісткової аутопластики з метою поступової корекції вальгусної деформації проксимального відділу стегнової кістки та профілактики розвинення децентрації та підвивиху стегна. За даними методиками прооперовано 21 хворий (36 суглобів), у 3 випадках відзначено відсутність ефекту від даного втручання. У решти хворих при прогресуванні нестабільності КС виконували класичні оперативні втручання: межвертельні коригуючі остетомії стегнової кістки у поєднанні, або без, із втручаннями на тазовому компоненті і м'якотканинною декомпресією КС.

Своєчасне виконання лікувально-профілактичних втручань у дітей з ДЦП за наявності клініко-рентгенологічних даних про розвинення та прогресування децентрації КС, дозволило з одного боку досягти стабільності КС, а з іншого – за рахунок виконання багаторівневих одномоментних втручань в області колінного суглоба та стопи – досягти покращення вертикалізації хворих та збільшення їх рухливості.

**Висновок.** Отримані дані свідчать про перспективність превентивної хірургії КС у дітей з ДЦП. Необхідні подальші дослідження з уточнення показань до використання численних методик і способів як консервативного, так і хірургічного лікування контрактур і деформацій нижніх кінцівок у зв'язку з високою частотою рецидивів і можливими незадовільними результатами.