

СИСТЕМА ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЦП В ДЕТСКОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ КЛИНИЧЕСКОМ САНАТОРИИ «ХАДЖИБЕЙ»

Пчеляков А.В.

ГУ «Детский специализированный (специальный) клинический санаторий «Хаджибей»

Ключевые слова: детский церебральный паралич (ДЦП), спастические контрактуры, этапное гипсование (ЭГ).

Ортопедическая составляющая – неотъемлемая часть курсового санаторного лечения детей, страдающих спастическими формами ДЦП. Основной задачей ортопедического лечения в санатории является коррекция спастических контрактур суставов и поддержание корригированного состояния в процессе освоения свободного передвижения. Система ортопедического лечения, разработанная и с успехом применяемая при динамических и фиксированных контрактурах, включает в себя следующие этапы: курсовой – в процессе санаторного лечения для поддержания временной коррекции применяем временные курсовые ортезы на время отдыха; амбулаторный – включающий коррекцию контрактур методом этапного гипсования (ЭГ), а также поддержание достигнутого состояния ортезами и ортопедической обувью.

Цель работы: повышение эффективности коррекции спастического эквинуса при ДЦП. Исследовали 19 пациентов обоего пола, страдающих ДЦП в форме спастической диплегии в возрасте 6-8 лет. Основное проявление – фиксированный двусторонний эквинус IV ст. по шкале Ashworth (5-10°). Интегральную оценку состояния детей проводили по разработанной нами шкале: 8 пациентов – свободное передвижение на расстояние до 15-20 м (II ур. по шкале GMFCS), 11 – с опорой (III ур.). Группа 1 – 7 пациентов, получивших стандартное санаторное лечение и один этап гипсования по окончании курса.

В группе 2 проводилось ЭГ в 3 этапа: I этап – частичная коррекция; II этап – полная коррекция; III этап – закрепляющий. Каждый этап длился 2 недели, амбулаторно. В эти периоды ребенок ежедневно выполнял курс физических упражнений в различных исходных положениях; обязательна ходьба в гипсовых повязках. Со II-го этапа дополнительную поддержку стопы осуществляли с помощью вгипсованной жесткой полимерной вставки-шины (патент Украины №101752). Перед III этапом изотавливались заготовки для полужестких полимерных ортезов и заказывалась ортопедическая обувь.

У 6 пациентов контрольной группы (85,7%) удалось достичь коррекции эквинусной контрактуры (0°), которая сохранялась 2-3 мес. У 16 детей клинической группы (84,2%) достигнута полная коррекция (-5°) сроком на 5-6 мес. В 3-х случаях (15,8%) сохранялась на протяжении 5 мес., постепенно уменьшаясь, но не достигла первичного состояния. Улучшили свои двигательные возможности с переходом на высший уровень по шкале GMFCS: группа 1 – 3 пациента (42,9%), без изменений – 4 (57,1%); группа 2 – у 12 детей отмечены функциональные улучшения (63,2%), без изменений – 2, соответственно (36,8%), что при позитивной динамике расценивали как улучшение. Интегральная оценка показала увеличение общей суммы баллов на $14,0 \pm 3,1$ (группа 1) и $17,1 \pm 2,0$ (группа 2).

Известны 3 основных метода деконтрактуры при ДЦП, с разными структурными объектами приложения и различным действием: хирургический – плотная соединительная ткань; нейротоксинотерапия (ВТХ-А) – частичная денервация мышечных волокон; ЭГ – происходит анатомическое удлинение мышцы путем добавления саркомеров мышечных волокон.

Таким образом, данная система ортопедического лечения показала свою эффективность. Необходимо дальнейшее ее совершенствование и развитие.