

Тактика оперативного лечения сгибательных контрактур коленных суставов у детей с ДЦП

Волкова М.О., Жердев К.В.

ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Сгибательные контрактуры коленных суставов (СККС) на фоне ДЦП приводят к болевому синдрому, компенсаторным деформациям, регрессу двигательных навыков. Высокий риск осложнений хирургического лечения свидетельствует о необходимости развития мини-инвазивных технологий.

Цель исследования. Усовершенствовать тактику оперативного лечения детей со сгибательными контрактурами коленных суставов на фоне детского церебрального паралича.

Пациенты и методы. В группе ПГ (20 детей, 37 коленных суставов (КС)) проведен передний гемиепифизиодез (ПГ) бедренной кости. В группе СГ (40 детей, 75 КС) проведено удлинение сгибателей голени (СГ). В группе ПГ определен задний дистальный бедренный угол (ЗДБУ), образуемый анатомической осью бедра и суставной линией. По динамике ЗДБУ до и после лечения определена скорость коррекции, доля мягкотканного (за счет реабилитации) и костного компонентов коррекции. Определены взаимосвязь дефицита разгибания и результата коррекции, тактика лечения.

Результаты. Результат коррекции методом ПГ не зависит от дефицита разгибания до операции ($r = 0,27$, $p = 0,1$) — в отличие от метода удлинения сгибателей голени ($r = -0,95$, $p < 0,05$). Так как в группе ПГ средняя доля коррекции за счет мягкотканного компонента

составила 27%, в первую очередь следует использовать методы воздействия на сгибатели голени. При положительном хамстринг-тесте показано удлинение сгибателей голени. После выполнения сухожильно-мышечной пластики в случае остаточного дефицита разгибания до 10° (более 10° — риск нейропатии седалищного нерва) проводится этапное гипсование. Детям с открытыми зонами роста и дефицитом разгибания от 10° до 15° рекомендуется проводить ПГ без этапного гипсования, поскольку деформация небольшого объема будет корректироваться в среднем за 7 мес (средняя скорость коррекции — $1^\circ/\text{мес}$). При дефиците разгибания более 15° рекомендуется ПГ в сочетании с этапным гипсованием. Пациентам с закрытыми зонами роста при неэффективности удлинения сгибателей голени показано проведение заднего артролиза КС с этапным гипсованием. Если сохраняется дефицит разгибания более 10° , то показана корригирующая остеотомия бедренной кости в сочетании с низведением надколенника.

Заключение. Выбор метода оперативного лечения СККС на фоне ДЦП определяется выраженностью дефицита разгибания, степенью укорочения сгибателей голени, наличием артрогенной контрактуры, продолжающегося роста скелета. Планировать передний гемиепифизиодез стоит после удлинения сгибателей голени с учетом скорости костной коррекции $1^\circ/\text{мес}$.