

Каук О.И.

СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ И ПРЕИМУЩЕСТВЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА.

Харьковский национальный медицинский университет

Детский церебральный паралич (ДЦП) является самой распространенной причиной детской инвалидности. Сегодня в мире на 1 тыс. рожденных живых детей приходится от 2 до 4% с ДЦП.

При спастических формах церебральных параличей чрезмерная тоническая активность одних мышц сопровождается торможением и снижением тонуса мышц-антагонистов. Повышение тонуса чаще возникает в длинных двухсуставных мышцах-сгибателях и в приводящих мышцах, а в коротких односуставных мышцах-разгибателях и отводящих — чаще встречается гипотония.

Возникающий мышечный дисбаланс приводит к формированию у ребенка контрактур, деформаций и патологических поз. Эти состояния формируются под влиянием следующих факторов: 1) повышенного мышечного тонуса; 2) патологических содружественных движений — синкинезий; 3) влияния массы тела и компенсаторных приспособительных реакций, направленных на сохранение равновесия в вертикальном положении; 4) длительного пребывания ребенка в одной стабильной патологической позе. При этом разные клинические формы ДЦП сопровождаются преимущественным поражением различных групп суставов.

Целью нашего исследования стало определение среднестатистических сроков формирования контрактур и преимущественного поражения суставов при различных формах ДЦП.

Исследование проводилось на базе Областного дома ребенка № 3 г. Харькова в период с 2007 по 2016 год. В группу исследования вошли 76 детей в возрасте от 3 до 7 лет с различными формами ДЦП.

В ходе исследования было установлено, что при спастических диплегиях в 56,7% случаях формировались контрактуры тазобедренных суставов (24,4% - приводящая, 18,7% - внутривертотаторная и 13,6% - сгибательно-приводящая), в 9,6 % случаев – встречались вывихи бедра в тазобедренном суставе. В коленных суставах формировались сгибательные контрактуры (в 27,6% случаев), которые часто сочетались с приведением и сгибанием бедер (20,3%), а также с эквиноварусной деформацией стоп (22,4%).

При двойных гемиплегиях наряду с контрактурами тазобедренных суставов (в 36,8% случаев), коленных суставов (в 27,3% случаев) отмечались приводящая и внутривертотаторная контрактуры плечевых

суставов (29,4% и 16,2% случаев соответственно) и сгибательная контрактура кисти (33,6%), которая почти всегда сочеталась со сгибательной контрактурой пальцев кисти, сгибанием и приведением большого пальца.

При астатически-атонических формах ДЦП часто встречалась рекурвация коленных суставов (в 58,9% случаев), что обусловлено слабостью четырехглавой мышцы бедра и других разгибателей колена.

Сроки формирования контрактур напрямую зависели от частоты проведения реабилитационных мероприятий. Среднестатистический период формирования контрактур составил $3,4 \pm 1,2$ года. У детей, которые проходили курс реабилитационных мероприятий (кинезотерапия, массаж, плавание, ФТО) 1-2 раза в год контрактуры формировались в среднем через $1,8 \pm 0,9$ лет, в то время как у детей, проводивших 4-6 курсов реабилитации в год лишь через $4,5 \pm 0,7$ лет.

Таким образом, учитывая форму ДЦП можно прогнозировать преимущественное поражение и сроки формирования контрактур у детей раннего возраста, что необходимо учитывать при составлении индивидуальной программы реабилитации каждого ребенка.