

МЕТОДИКА УПРАВЛЯЕМОГО РОСТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Чилимцев А.М., Сычевский Л.З.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Сгибательная контрактура коленных суставов является распространенным осложнением заболеваний нервной системы, в том числе при детском церебральном параличе (ДЦП) [1, 2]. Консервативное ведение пациента, включающее в себя физиотерапию и ортезирование, часто в сочетании с баклофеном или селективной и временной химической денервацией мышц ботулотоксином или фенолом, может применяться для лечения более легких проявлений [3, 4]. Однако естественное течение патологического процесса при ДЦП происходит от спастичности мышц к контрактуре и костной деформации [5]. Сопутствующая спастичность мышц, действующих через суставы, и приводящая к деформациям опорно-двигательного аппарата, делает походку более трудоемкой и энергозатратной [6].

Хирургические вмешательства, применяемые при неэффективности консервативного лечения сгибательной контрактуры коленных суставов, включают многоуровневые операции на мягких тканях и костях: тенотомия подколенных мышц, надмыщелковая остеотомия бедра, передний дистальный гемиепифизиодез бедренной кости [4, 6-9]. Оперативное лечение направлено на сохранение двигательных возможностей у детей с легкими формами ДЦП, а также на облегчение ухода за пациентом для детей с тяжелыми формами поражения [10]. Надмыщелковая разгибательная остеотомия является высокоинвазивной процедурой с достаточно частыми осложнениями. Потеря коррекции после такого вмешательства составляет около 1 градуса в месяц за счет интенсивного роста [11]. Множество недостатков оперативных методик требует модификации имеющихся или поиска альтернативных методов лечения сгибательной контрактуры коленных суставов у детей с ДЦП в период активного роста.

Цель. Оценка результатов лечения сгибательной контрактуры коленных суставов у детей с ДЦП методом дистального переднего гемиепифизиодеза бедренных костей.

Методы исследования. В исследовании были оценены данные 5 детей (2 мальчик, 3 девочки), находившихся на стационарном лечении в 3 отделении травматологии и ортопедии УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в 2022-2023 гг., со сгибательными контрактурами коленных суставов на фоне ДЦП, которым был выполнен дистальный передний гемиепифизиодез бедренных костей (6 коленных суставов). Возраст пациентов составил от 11 до 15 лет. При клиническом обследовании проводилась оценка общего ортопедического статуса, с помощью гониометра оценивался объем

активных и пассивных движений в коленных суставах до и после оперативных вмешательств, оценивалась походка пациента и подколенный угол в положении стоя, измерялась относительная и абсолютная длина нижних конечностей. На рентгенограммах коленных суставов в боковой проекции оценивались наличие открытой зоны роста, высота стояния надколенников (индекс Caton-Deschamps) и задний дистальный бедренный угол. Оценка двигательной активности пациентов по шкале *Gross Motor Function Classification System (GMFCS)*.

Показанием для оперативного лечения методом дистального переднего гемиепифизиодеза является сгибательная контрактура коленного сустава на фоне ДЦП при условии открытой зоны роста и неэффективности консервативных методов лечения, включая лечение корригирующими гипсовыми повязками и ортезирование. Основными жалобами со стороны пациентов и их родителей на момент госпитализации были нарушение походки, ограничение движений в коленных суставах, быстрая утомляемость при ходьбе.

Детям младшего и среднего школьного возраста (до 14 лет) был выполнен дистальный передний гемиепифизиодез 8-образными пластинами либо канюлированными винтами без использования гипсовых повязок в послеоперационном периоде. Пациенту 15 лет, учитывая относительно низкий потенциал роста, был выполнен окончательный дистальный передний гемиепифизиодез методом кюретажа. В случае положительного хамстринг-теста дополнительно выполнялась чрезкожная тенотомия сгибателей голени с последующим наложением гипсовой повязки в положении максимального разгибания в коленном суставе сроком на 3 недели.

После оперативного вмешательства контрольный осмотр проводится каждые 3 месяца, рентгенография коленных суставов в боковой проекции выполняется каждые 6 месяцев после операции либо при достижении коррекции. Оценка коррекции проводится клинически. Целевым уровнем коррекции было разгибание в коленном суставе до 180° .

Результаты и их обсуждение. Дефицит разгибания в коленных суставах у исследуемых пациентов до операции составил до 10 до 25 градусов, что является главной причиной для формирования основных жалоб. Клинически коррекция деформации была достигнута в среднем через 12 месяцев после операции. Все пациенты отмечали улучшение двигательной активности и способности к передвижению. Уровень по шкале *GMFCS* после операции увеличился на 1 единицу.

При выполнении рентгенографии коленных суставов в боковой проекции у всех пациентов отмечалось высокое положение надколенников (индекс Caton-Deschamps 1,2-1,35). При выполнении контрольной рентгенографии после достижения коррекции отмечалась нормализация положения надколенников (индекс Caton-Deschamps 1,0-1,2).

Учитывая малую травматичность оперативного вмешательства и внесуставное положение импланта, мы не отмечали в послеоперационном периоде осложнений, требующих изменения тактики лечения, коррекции

положения металлоконструкции или ее удаления. Так же не наблюдалось преждевременного закрытия зоны роста, за исключение пациента 15 лет, которому выполнялся окончательный гемиепифизиодез методом кюретажа.

Мы не наблюдали рецидива деформации после выполненного дистального переднего гемиепифизиодеза.

Выводы. Метод переднего дистального гемиепифизиодеза при коррекции сгибательной контрактуры коленных суставов у детей с ДЦП позволяет достичь значительных положительных результатов в лечении пациентов данной возрастной группы. Благодаря малой травматичности, низкому риску осложнений, высокой эффективности метод управляемого роста может быть основным при лечении сгибательной контрактуры коленных суставов в период роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Salami, F. Long term muscle changes after hamstring lengthening in children with bilateral cerebral palsy. / F. Salami [et al.]. – *Developmental Medicine & Child Neurology*. – 2019. – № 61(7). – P. 791–797.
2. Wren, T.A. Prevalence of specific gait abnormalities in children with cerebral palsy: influence of cerebral palsy subtype, age, and previous surgery. / T. A. Wren [et al.]. – *J Pediatr Orthop*. – 2005. – № 25. – P. 79–83.
3. Carbonell, P. G. Monolateral external fixation for the progressive correction of neurological spastic knee flexion contracture in children. / P. G. Carbonell [et al.]. – *Strategies Trauma Limb Reconstr*. – 2007. – № 2. – P. 91–97.
4. Molenaers, G. The effects of quantitative gait assessment and botulinum toxin a on musculoskeletal surgery in children with cerebral palsy. / G. Molenaers, [et al.]. – *J BoneJoint Surg Am*. – 2006. № 88. P. 161–170.
5. Management of knee joint impairment in Cerebral Palsy: a systematic review and meta-analysis. / R. Campbell [et al.]. – *Gait & Posture*. – 2020. – 80. – P. 347–360. doi:10.1016/j.gaitpost.2020.06.020.
6. Svehlík, M. G. The influence of age at single-event multilevel surgery on outcome in children with cerebral palsy who walk with flexed knee gait. / M. Svehlík [et al.]. – *Dev. Med. Child. Neurol*. – 2011. – № 53 (8). – P. 730–735.
7. Long, J. T. Improved clinical and functional outcomes in crouch gait following minimally invasive hamstring lengthening and serial casting in children with cerebral palsy. / J. T. Long [et al.]. – *Journal of Pediatric Orthopaedics*. – 2020. – № 40(6). – P. 510–515.
8. Волкова, М. О. Анализ эффективности сухожильно-мышечной пластики коленного сустава у пациентов со сгибательными контрактурами коленных суставов на фоне спастических форм детского церебрального паралича. / М. О. Волкова, К. В. Жердев, О. Б. Челпаченко, С. П. Яцык // *Детская хирургия*. – 2020. – № 24(4). – С. 272–277.
9. Asirvatham, R. Supracondylar femoral extension osteotomy: its complications. / R. Asirvatham [et al.]. – *J Pediatr Orthop* (1993) 13:642–645.

10. Park, H. Distal Femoral Shortening Osteotomy for Severe Knee Flexion Contracture and Crouch Gait in Cerebral Palsy. / H. Park [et al.]. – Journal of clinical medicine. – 2019. – № 8(9). – P. 1354.

11. Heinen, F. European consensus table 2006 on botulinum toxin for children with cerebral palsy. / G. Molenaers [et al.]. – Eur J Paediatr Neurol. – 2006. – № 10(5–6). – P. 215–225.

ПРОБЛЕМА ОТЧУЖДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В ФИЛОСОФИИ М.ШЕЛЕРА

Шафаревиц И.О.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. К проблеме отчуждения на современном этапе достаточно часто обращаются как философы, так и социологи, исследуя социальную природу, структуру и способы развития личности. Выступая в качестве одной из достаточно популярных тем изучения ряда философских социологических школ XX века (школ марксизма, гегельянского марксизма, франкфуртской школы и пр.), проблема отчуждения достаточно актуальна и по сей день.

Цель. Исследование феномена отчуждения личности в философии М. Шелера.

Методы исследования. Методами исследования являются аналитический, описательный, а также метод исторической реконструкции.

Результаты и их обсуждение. Категория отчуждения достаточно принципиальна для понимания образа мыслей М. Шелера, а также всего его творчества. При этом имеется ввиду жизненная позиция Шелера, его установка по отношению ко всему, что имеет место в мире. Именно отчуждение, по мысли философа, есть скрытая движущая сила, вызвавшая определившая разложение этоса в следствие переворота в позитивном порядке ценностей.

Понятия «отчуждение», по М.Шелеру, трактуется следующим образом. Прежде всего, смысл этого понятия заключен в воспроизведении в переживании конкретной ответной реакции. Соответственно, отчуждение входит в определенную структуру причин и следствий. Отличаясь от активных и агрессивных импульсов, отчуждение имеет основой только воспринятые ранее чужие душевные состояния. Предшественником каждого отчуждения должны быть нападение или оскорбление, поэтому его необходимо отличать от злости, недоброжелательности, злорадства и т. п. уже из-за специфики его возникновения.

Отчуждение выступает долговременной психической установкой. Долговременность установки – это не столько результат повторяющихся внешних воздействий, сколько следствие систематического вытеснения самой возможности выхода (разрядки) ряда душевных движений и аффектов. Соответственно, реакция личности, которая подверглась нападению, никогда не