**Горелік Валерія Володимирівна. Селективна невротомія та гетеротопічна міоневротизація в лікуванні контрактур кульшового та колінного суглобів у дітей з церебральним паралічем : дис... канд. мед. наук: 14.01.09 / Національний медичний ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2005.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Горелік В. В. Селективна невротомія та гетеротопічна міоневротизація в лікуванні контрактур кульшового та колінного суглобів у дітей з церебральним паралічем. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за фахом 14.01.09 – дитяча хірургія. – Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України, Київ, 2005.  Дисертація присвячена вирішенню питань розробки ефективних методів хірургічного лікування контрактур кульшових і колінних суглобів у дітей із церебральним паралічем. Проведено обстеження, лікування й оцінка ефективності різних оперативних втручань у 159 дітей. На підставі проведених досліджень визначені механізми формування контрактур нижніх кінцівок у дітей із церебральним паралічем, доведений вплив привідних контрактур на патологічний розвиток кульшового суглоба. Вивчені електроміографічні й морфологічні зміни в м’язах до й після оперативного лікування.  Установлено, що основним принципом корекції контрактур є найбільш раннє й повне їх усунення до формування патологічних стереотипів у центральній нервовій системі в напрямку зверху вниз. Сформульовано чіткі показання до різних методів хірургічної корекції контрактур залежно від їхнього виду й ступеня, а також віку хворого. Патогенетично обґрунтований, розроблений і впроваджений метод корекції контрактур кульшових і колінних суглобів за допомогою селективної невротомії й гетеротопічної міоневротизації великого сідничного м’яза або широкого медіального м’яза стегна задньою гілкою затульного нерва, що поєднується з міотомією аддукторів стегна, а також транспозицією двоголового м’яза стегна на горбистість великогомілкової кістки. Розроблені методи корекції контрактур кульшових і колінних суглобів у дітей із церебральним паралічем дозволили досягти гарних результатів лікування в 87,2 % хворих, уникнути рецидивів деформації в 98,7 % дітей за рахунок відновленні реципрокної іннервації й усунення патологічного ефекту ко-контракції. | |
| |  | | --- | | У дисертації зроблене теоретичне узагальнення й подане нове вирішення наукового завдання по оптимізації хірургічного лікування контрактур кульшових і колінних суглобів у дітей із церебральним паралічем за допомогою селективної невротомії й гетеротопічної міоневротизації. Рішення цього завдання дозволило поліпшити результати лікування контрактур кульшових і колінних суглобів у дітей із церебральним паралічем за допомогою розробки й удосконалення хірургічних методів їхньої корекції.  1. Спастичність і м’язовий дисбаланс спричиняють морфофункціональні зміни в м’язах, зниження їх еластичних і скорочувальних властивостей, обмеження довжини їхнього лінійного переміщення і, як наслідок, формування контрактур суглобів. Додатковим негативним фактором, що впливає на формування контрактур тазостегнового й колінного суглобів, є порочні установки тулуба, таза й нижніх кінцівок.  2. Основними елементами патологічного формування кульшових суглобів при наявності привідних контрактур є збільшення ШДУ й кута антеторсії. При збереженому м’язовому дисбалансі патологічне формування проксимального метаепіфізу стегна спричиняє його підвивих і вивих. Консервативні методи лікування підвивиху й вивиху стегна без усунення м’язового дисбалансу не дозволяють досягти позитивного ефекту.  3. Селективна невротомія й гетеротопічна міоневротизація м’язів сприяють поліпшенню електрогенезу м’язів – агоністів і антагоністів, зниженню коефіцієнта реципрокної іннервації і, як наслідок, усуненню патологічного ефекту ко-контракції.  4. Морфологічне дослідження сегментів м’язів показало, що в строки до 7 місяців після їх гетеротопічної невротизації відбувалося формування нових нервово-м’язових синапсів, зміна структури м’яза убік переваги білих м’язових волокон, що є маркером зниження патологічної спастичности м’язів.  5. Основним механізмом позитивного впливу селективної невротомії й гетеротопічної міоневротизації на спастичність і м’язовий дисбаланс є посилення гальмуючого й стимулюючого впливу гама-клітин на альфа- і бета-нейрони, зниження порога сприйняття патологічних рефлексів, відновлення реципрокної іннервації.  6. Селективна невротомія й гетеротопічна міоневротизація великого сідничного м’яза в сполученні з міо-тенотомією привідних м’язів стегон, ніжного м’яза й тенотомією клубово-поперекового м’яза показана при згинально-привідних контрактурах кульшових суглобів III-IV ступеня й при I-II ступенях у випадках їхнього негативного впливу на формування кульшових суглобів.  7. Селективна невротомія з гетеротопічною міоневротизацією медіального широкого м’яза стегна показана при згинальних контрактурах колінних суглобів I-II ступеня. При контрактурах III-IV ступеня гетеротопічну міоневротизацію вищезгаданого м’яза необхідно поєднати із транспозицією двоголового м’яза стегна й м’язів групи semi залежно від ступеня патологічних змін у м’язах і параартикулярних тканинах.  8. Селективна невротомія й гетеротопічна міоневротизація великого сідничного м’яза або широкого медіального м’яза стегна в сполученні з міо-тенотоміями дозволило в 88,9 % хворих усунути згинально-привідні й ротаційні контрактури стегон, у 85,7 % контрактури колінних суглобів, у всіх випадках поліпшити координацію рухів і локомоцію ходьби. | |