

## Czy naprawdę potrzebujemy gipsu biodrowego w leczeniu spastycznej choroby stawu biodrowego?

Marek Józwiak, Maciej Kasprzyk, Aleksander Koch

Klinika Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej, Ortopedyczno-Rehabilitacyjny Szpital Kliniczny im. Wiktora Degi Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

**Cel.** Porównanie wyników leczenia rekonstrukcyjnego jednostronnej spastycznej choroby stawu biodrowego poprzez osteotomię detorsyjno-waryzującą bliższego końca kości udowej i osteotomię transiliakalną miednicy wg Degi u pacjentów, u których w okresie pooperacyjnym zastosowano unieruchomienie w gipsie biodrowym lub w ortezie odwodzącej.

**Materiał metoda.** Badaniem objęto 2 grupy chorych, u których wykonano leczenie rekonstrukcyjne stawu biodrowego: 1 – unieruchomienie za pomocą ortezy odwodzącej A-frame 2 – z unieruchomieniem pooperacyjnym za pomocą opa-trunku gipsowego. Obie grupy obejmowały niechodzących pacjentów z tetraplegią spastyczną w przebiegu mózgowego porażenia dziecięcego. Grupa pierwsza liczyła 34 pacjentów (18 dziewczynek oraz 16 chłopców) operowanych w latach 2016–2022. Wiek w chwili operacji wynosił 4–16 lat (średnia 8,8 lat). Grupa druga liczyła 47 pacjentów (23 dziewczynek oraz 24 chłopców) operowanych w latach 1996–2010. Wiek w chwili operacji wynosił 5,5–13 lat (średnia 10 lat). U wszystkich chorych zostało przeprowadzone badanie kliniczne stawów biodrowych oraz ustandaryzowane badanie radiologiczne stawów biodrowych wykonane przed rozpoczęciem leczenia i podczas ostatniej wizyty kontrolnej. Spastyczność mierzylismy za pomocą zmodyfikowanej skali Ashwortha. Okres obserwacji wynosił minimum 2 lata.

**Wyniki.** W obu grupach uzyskaliismy poprawę zakresu ruchu w stawach biodrowych oraz zmniejszenie spastyczności w obrębie mięśni przywodzicieli i zginaczy stawu biodrowego. W grupie I współczynnik migracji uległ poprawie z 93,6 (80–100%) do 5 (0–21%) a współczynnik panewkowy pojawił się z 25,9 (10–44 stopnie) do 19,3 (12–26 stopni). Objawy AVN stwierdziliismy u 12 z 34 pacjentów. W grupie II współczynnik migracji uległ poprawie z 99 (85–100%) do 23 (0–100%) a współczynnik panewkowy poprawił się z 32 (20–50 stopni) do 24 (3–50 stopni) Objawy AVN stwierdziliismy u 27 z 47 chorych. głowy kości udowej. Unieruchomienie w ortezie odwodzącej pozwalało na wcześniejsze przyjmanie pozycji siedzącej i wcześniejszą rehabilitację pooperacyjną stawu biodrowego.

**Wnioski.** Unieruchomienie w ortezie odwodzącej w okresie pooperacyjnym po wykonaniu osteotomii miednicy wg Degi oraz osteotomii międzykrętarzowej waryzującej detorsyjnej przedstawia lepsze wyniki niż zastosowanie unieruchomienia pooperacyjnego w gipsie biodrowym.