

УСПЕШНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ПОНСЕТИ В ЛЕЧЕНИИ ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕГО РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ I ТИПА

© Бландинский В. Ф., Вавилов М. А., Баушев М. А.

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации»

ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница»

■ **Резюме.** Консервативное лечение врожденной косолапости на фоне несовершенного остеогенеза представляет значительные трудности из-за риска развития патологических переломов. В доступной литературе не обнаружено описаний подобных случаев. Представлен ребенок с несовершенным остеогенезом, безуспешно и с многочисленными осложнениями (патологические переломы) лечившийся по поводу врожденной косолапости этапными гипсовыми повязками. Использование методики Понсети позволило полностью и без осложнений устранить деформацию.

■ **Ключевые слова:** Дети, несовершенный остеогенез, косолапость, лечение, метод Понсети.

Введение

Несовершенный остеогенез — наследственное системное заболевание скелета, в основе которого лежит дефект коллагенообразования.

Выделяют 4 типа данного заболевания (D. O. Sillence, 1979), среди которых I тип, наследуемый по доминантному механизму, характеризуется голубыми, синими или серыми склерами, ранней тугоухостью и костными изменениями умеренной тяжести. Его частота составляет около 1 : 30 000 родов [1—5].

В отечественной и доступной нам зарубежной литературе мы не встретили сообщений о детях с I типом несовершенного остеогенеза, ассоциированным с врожденной косолапостью и о результатах лечения их по поводу данной деформации. Представляют интерес возможности консервативного лечения деформации стоп у детей с данным заболеванием, поскольку главным препятствием в коррекции является повышенная ломкость костей голени, не выдерживающих манипуляций, необходимых для достижения эффекта.

Приводим собственное клиническое наблюдение за четырехлетним ребенком с врожденной косолапостью на фоне несовершенного остеогенеза. Мальчик был доставлен родителями в нашу

клинику с жалобами на врожденную деформацию правой стопы и отсутствие эффекта от предпринятых методов лечения.

Из анамнеза было установлено, что ребенок родился от первой нормально протекавшей беременности в головном предлежании, весом 3250,0 г. Антенатальный ультразвуковой скрининг на врожденные пороки развития у матери ребенка не проводился, хотя наследственность была отягощена наличием несовершенного остеогенеза у отца, перенесшего несколько переломов длинных трубчатых костей. Сразу после рождения была выявлена врожденная правосторонняя косолапость. По месту жительства ребенку были предприняты три безуспешные попытки этапной гипсовой коррекции деформации стопы методом Виленского. Все они были прерваны из-за осложнения патологическим переломом костей левой голени. В последующем у ребенка в результате падений с высоты своего роста произошли патологические переломы других сегментов и очередной перелом левой голени за три месяца до обращения в нашу клинику.

Объективно: при поступлении ребенок прихрамывает на правую ногу, опираясь на наружный край стопы без контакта пятки с полом. При



Рис. 1. а, б. Положение правой стопы до операции



Рис. 2. а, б. Положение стопы по окончании этапного гипсования

осмотре и пальпации определяется сложная ригидная деформация правой стопы, включающая эквинус заднего отдела (35°), приведение переднего отдела (15°), супинацию структуральную (30°) и динамическую (60°). Имеется легкая пастозность мягких тканей голени на уровне сросшегося диафизарного перелома большеберцовой кости (рис. 1). При осмотре глаз ребенка обращают внимание типичные «голубые склеры». Ребенок консультирован генетиком, и ему был установлен диагноз несовершенного остеогенеза I типа.

Ребенку был проведен курс лечения косолапости по методу Понсети, включающий шесть этапов гипсования. С учетом сниженной прочности костей голени во время каждого сеанса гипсования осуществлялась щадящая коррекция компонентов деформации, не превышающая 10° . В результате была достигнута полная коррекция всех компонентов косолапости за исключением

эквинуса (20°) и динамической супинации (50°) (рис. 2). Дальнейшую коррекцию эквинуса сочли опасной из-за риска патологического перелома голени. Ребенку была выполнена операция. Классической ахиллотомии был предпочтен задний релиз стопы. Для стабилизации правильного положения переднего и среднего отделов была произведена транспозиция дистальной точки прикрепления сухожилия передней большеберцовой мышцы на III клиновидную кость. Имобилизация осуществлялась гипсовой повязкой в течение 6 нед., в положении максимальной коррекции деформации стопы. В послеоперационном периоде пациент 4 нед. ходил на костылях без опоры на оперированную стопу, а последующие 2 нед. — с частичной опорой на нее. В результате была достигнута полная коррекция деформации стопы (рис. 3). В дальнейшем ребенку было назначено ношение ортопедической обуви и курсы

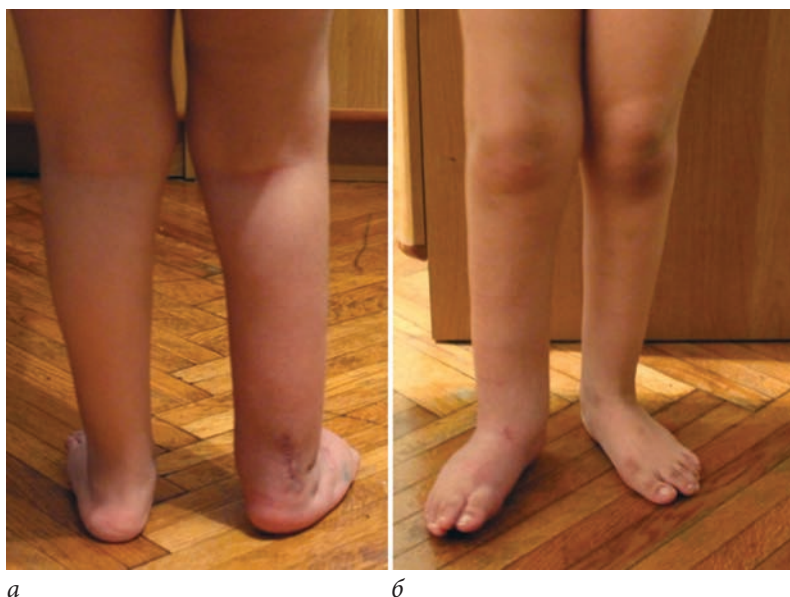


Рис. 3. а, б. Результат лечения

реабилитации (ЛФК, озокерит, массаж и т. д.). Наше наблюдение свидетельствует, что осторожное применение методики Понсети позволяет эффективно корригировать врожденную косолапость даже у детей с повышенной ломкостью костей, в том числе при несовершенном остеогенезе.

Литература

1. Brenner RE, et al: Defective collagen fibril formation and mineralization in osteogenesis imperfecta with congenital joint contractures (Bruck syndrome). *Europ. J. Pediatr.* 1993;152:505–508.
2. Ruck J, Dahan-Oliel N, Montpetit K, Rauch F, Fassier F. Fassier-Duval femoral rodding in children with osteogenesis imperfecta receiving bisphosphonates: functional outcomes at one year. *J. Child Orthop.* 2011; Jun. 5(3):217-224.
3. Birke O, Davies N, Latimer M, Little DG, Bellemore M. Experience with the Fassier-Duval telescopic rod: first 24 consecutive cases with a minimum of 1-year follow-up. *J. Pediatr. Orthop.* 2011; Jun. 31(4):458-464.
4. Cho T-J, Kim J-B, Lee JW, Lee K, Park MS, Yoo WJ, Chung CY, Choi IH. Fracture in long bones stabilised by telescopic intramedullary rods in patients with osteogenesis imperfect. *J. Bone Joint Surg.* May 2011; 93-B:634-638.
5. Ruck J, Dahan-Oliel N, Montpetit K, Rauch F, Fassier F. Fassier-Duval femoral rodding in children with osteogenesis imperfecta receiving bisphosphonates: functional outcomes at one year. *J. Child Orthop.* 2011; Jun 5(3):217-24.

SUCCESSFUL USE OF THE PONSETI METHOD IN THE TREATMENT OF FOUR CHILDREN WITH CLUBFOOT ASSOCIATED WITH OSTEOGENESIS IMPERFECTA TYPE I

Blandinsky V. F., Vavilov M. A., Baushev M. A.

Yaroslavl State Medical Academy, Ministry of Health of Russian Federation

Regional Children's Hospital

✧ **Abstract.** Conservative treatment of congenital clubfoot deformity in osteogenesis imperfecta is very challenging because the high risk of pathological fractures. There is little to no data of such cases in the literature. We present a child with osteogenesis imperfect and clubfoot deformity, who had been previously

inefficiently treated with plaster casts and developed pathological fractures of the tibia. The use of Ponseti method allowed us to completely correct the deformity and avoid complications.

✧ **Keywords:** I. Ponseti, clubfoot, osteogenesis imperfecta.

Сведения об авторах:

Бландинский Валерий Федорович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздрава России. 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5.

Blandinsky Valery Fyodorovich — MD, PhD, DMedSc, Professor, head of the chair of pediatric surgery. SBEI HVE “Yaroslavl State Medical Academy” under the Ministry of Health of the Russian Federation. 150000, Yaroslavl, Revolutsionnaya str., 5.

Вавилов Максим Александрович — к. м. н., врач отделения травматологии и ортопедии № 3 ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница». 150042, г. Ярославль, Тутаевское шоссе, д. 27.

Vavilov Maksim Aleksandrovich — MD, PhD, orthopedic surgeon of the department of trauma and orthopedics № 3. SFHI “Children's municipal clinical hospital”. 150042, Yaroslavl, Tutaevskoe highway, 27.

Баушев Максим Александрович — ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации». 125321, Ярославская область, Тутаевский район, п. Константиновский ул. Старостина д. 8. e-mail: baushevmaximalexandrovich@gmail.com

Baushev Maksim Aleksandrovich — student of SBEI HVE “Yaroslavl State Medical Academy” under the Ministry of Health of the Russian Federation. 125321, Yaroslavl region, Tutaevskiy district, Konstantinovskiy town, Starostina str., 8–23.