

ВРОЖДЕННАЯ ГИПОПАЗИЯ ТРЕХГЛAVОЙ МЫШЦЫ ГОЛЕНИ КАК ПРИЧИНЫ РИГИДНОЙ ЭКВИНУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОПЫ У РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Домарев А.О.¹, Клочкова О.А.², Кенис В.М.³

¹ Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, Москва, Россия;

² Российский научный центр хирургии им. Б.В. Петровского, Москва, Россия;

³ Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. Эквинусная деформация стопы — одна из наиболее частых деформаций нижней конечности у детей с неврологической патологией. Врожденные гипоплазии мышц — крайне редкие состояния, практически не представлены в специальной литературе. Данное наблюдение междисциплинарного взаимодействия невролога и ортопеда представляет интерес для широкого круга специалистов, сталкивающихся с проблемой деформации стоп и нарушения походки у детей.

Описание наблюдения. Девочка от 3-й беременности (первые две — выкидыши на ранних сроках), протекавшей на фоне гипотиреоза, ОРВИ и угрозы прерывания в 1-м триместре, приема L-тироксина, курантила, дюфастона. Неонатальный скрининг — без патологии. Роды на 41-й неделе, стимулированные. Масса при рождении 3820 г, рост 55 см, по шкале Апгар 8/9 баллов. Наследственный анамнез — болезнь Бехтерева у отца. В 1 мес. по УЗИ выявлена дисплазия левого тазобедренного сустава. Получала нерегулярное лечение в подушке Фрейка, затем с 6 до 8 мес. — в шине Виленского, с 8 до 10 мес. — в шине на тазобедренные суставы и стопы. С рождения отмечалось приведение передних отделов обеих стоп. В 5 мес. проходила однократное гипсование правой стопы. При плановых осмотрах неврологом отмечалась темповая задержка моторного развития, что расценено как последствие ограничений из-за ортопедического лечения. С 1 г. 6 мес. встала у опоры с выраженной эквино-варусной установкой левой стопы. Проведено двукратное гипсование. В дальнейшем, в течение двух месяцев, родители стали отмечать неполную нагрузку на левую стопу при ходьбе (преимущественная нагрузка на передний отдел), в связи с чем обратились к неврологу в специализированный центр двигательных нарушений для исключения сопутствующей патологии. При подробном осмотре в неврологическом статусе выявлены признаки поражения ЦНС, соответствующие легкому левостороннему нижнему монопарезу, а также темповая задержка речевого развития. Органическое поражение ЦНС подтверждено по результатам МРТ головного мозга: в перивентрикулярных отделах боковых желудочков мозга выявлены небольшие зоны повышения интенсивности МР-сигнала в T2/FLAIR, соответствующие картине перенесенной гипоксии. Однако степень неврологического дефицита и повышения мышечного тонуса не объясняли тяжесть ортопедических деформаций. При МРТ левой голени выявлены признаки гипоплазии трехглавой мышцы. По данным ЭНМГ нижних конечностей не выявлено убедительных признаков поражения периферического нейромоторного аппарата. Далее девочка находилась под совместным наблюдением невролога и ортопеда в учреждениях 3-го уровня помощи, получала консервативное лечение. При этом повторное гипсование расценивалось как нецелесообразное из-за выраженной нестабильности в левом голеностопном и подтаранном суставах. Однако отсутствие полноценной опоры на левую стопу, усугубление контрактуры на фоне роста ребенка диктовали необходимость принятия решения о хирургическом удлинении ахиллова сухожилия. Опасение вызывало сочетание врожденного порока развития мышцы с неврологическим дефицитом на этой же стороне, что потенциально могло повлиять на эффективность восстановления после операции. Тем не менее нарастание эквинусной деформации на фоне положительной динамики в неврологическом статусе (прогресс в двигательном и психоречевом развитии, уменьшение гипертонуса) побуждали

к активным действиям, и в возрасте 3 г. 3 мес. в ребенку под АМН была выполнена чрескожная ахиллотомия. Интраоперационно отмечена полная коррекция эквинусной деформации, наложена высокая гипсовая повязка в положении максимально возможной тыльной флексии (до 10°). Через 4 нед. выполнена смена гипса с увеличением дорсифлексии стопы до 20° . Через 2 нед. после снятия повязки отмечено удовлетворительное положение стопы с возможностью гиперкоррекции до 20° . В ближайшие недели после снятия гипса ребенок начал активно пользоваться левой конечностью с восстановлением паттерна походки, близкого к физиологическому, с опорой на полную стопу. Через месяц после операции в связи с выявленным нарастанием тугоподвижности в голеностопном суставе назначено противорецидивное ношение динамического ортеза ADM. При катamnестическом наблюдении сохраняется достигнутый результат лечения с полноценной двигательной активностью ребенка.

Заключение. Таким образом, выявленное при междисциплинарном взаимодействии клиническое несоответствие неврологических маркеров ортопедическому статусу, проведенный результативный диагностический поиск позволили с отличным результатом устранить анатомический и функциональный дефект в случае редкой врожденной патологии.

Ключевые слова: гипоплазия трехглавой мышцы; эквинусная деформация; ахиллотомия.