

диками послеоперационного ведения пациентов и лечения возможных осложнений она может быть рекомендована к использованию в специализированных детских онкологических клиниках.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дурнов Л.П., Голдобенко Г.В., Курмашов В.И. Детская онкология. — М., 1997. — С. 294–305.
2. Ковалев В.И., Стрыков В.А., Старостина А.Ю. и др. //Вестн. травматол. ортопед. — 1999. — N 1. — С. 45–53.
3. Махсон Н.Е., Блискунов А.И., Куценко С.Н. и др. //Пластическая и реконструктивная хирургия в онкологии: 1-й Междунар. симпозиум. — М., 1997. — С. 75.
4. Махсон А.Н. //Там же. — С. 73.
5. Мовшович И.А. Оперативная ортопедия: Руководство для врачей. — М., 1994. — С. 34–35, 316.
6. Шугабейкер П.Х., Малауэр М.М. Хирургия сарком мягких тканей и костей. Принципы и оперативная техника. — М., 1996. — С. 87–96, 112–132, 218, 245–308.
7. Eilber F.R., Morton D.L., Eckhard J. et al. //Cancer. — 1984. — Vol. 53. — P. 2579–2584.
8. Cancer in children /Eds. P.A. Voute, A. Barrett, J. Lemerle. — Berlin, 1992. — P. 282–291.
9. Kotz R., Salzer M. //J. Bone Jt Surg. — 1982. — Vol. 64A. — P. 959.
10. Malawer M.M., McHale K.A. //Clin. Orthop. — 1989. — N 239. — P. 231–248.
11. Marcove R.C., Rosen G., Caparros B. et. al. //Cancer. — 1980. — Vol. 43. — P. 2163–2177.
12. Pho R.W. //Plastic @ Reconstructive Surgery in Oncology: The First International Symposium. — Moscow, 1997. — P. 8–9.

© Коллектив авторов, 2001

### К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ПОРОКА РАЗВИТИЯ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ В СОЧЕТАНИИ С ПОДКОЛЕННЫМ ПТЕРИГИУМОМ

Л.Ф. Каримова, А.П. Поздеев, Д.С. Буклаев

Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург

*Предложен способ лечения порока развития костей голени в сочетании с подколенным птеригиумом. Лечение проводится в три этапа. Первым этапом удлиняется икроножная мышца, иссекаются ленточный и шнуровидный тяжи. Вторым этапом накладывается дистракционный аппарат с шарнирными устройствами, в котором производится асимметричная дистракция, растягивается крыловидная складка подколенной области, устраняется порочное положение конечности. Третьим этапом резецируется дополнительная стопа, из сухожилий мышц, обнаруженных в дополнительной стопе, создаются связки коленного сустава.*

*The technique for the treatment of crus malformation accompanied by popliteal pterygium is suggested. The method consists of three stages. First stage is the lengthening of m. gastrocnemius and dissection of tape and cord-like bands. In the second stage hinge distraction device is applied and asymmetric distraction is performed, then pterygium popliteal fold is distended and incorrect position of the limb is eliminated. During the third stage the additional foot is resected and ligaments of knee joint are created from the muscular tendon of the additional foot.*

Известно, что pterigium-syndrom, или крыловидный синдром, сочетается с рядом пороков развития, среди которых основными являются крыловидные изменения области шеи или суставов конечности. При птеригиум-синдроме поражаются кожа, подкожная клетчатка, мышцы, кости, суставы. Синдром подколенного птеригиума встречается очень редко, впервые он описан U. Trelat в 1869 г.

Умеренно выраженный птеригиум-синдром можно устранить методом встречных треугольных лоскутов. Сведений о способе, позволяющем устранить тяжелый подколенный птеригиум, мы в литературе не обнаружили. Известен способ хирургического вмешательства при гипоплазии и искривлении большеберцовой кости и резкой деформации стопы [2–4], предусматривающий ампутацию конечности выше деформированных костей голени и стопы. Главный его недостаток — ампутация деформированных сегментов нижней конечности.

Предлагаемый нами способ лечения порока развития костей голени в сочетании с подколенным птеригиумом позволяет создать опорную конечность и избавить ребенка от инвалидности.

#### Методика лечения

Оперативное лечение проводили в три этапа.

Первым этапом выполняли разрез кожи по задней поверхности бедра, области коленного сустава, голени по методу Лимберга встречными треугольными лоскутами. Иссекали фиброзно-хрящевое образование ленточной формы в месте прикрепления к задней поверхности бедра, области коленного сустава, большеберцовой кости. Шнуровидное фиброзно-хрящевое образование топографически выглядит как тетива лука, располагается по задней поверхности нижней конечности. Его отсекали от места прикрепления в верхней трети бедра и от пяточной кости. Удлиняли икроножную мышцу. Первый

этап вмешательства позволил уменьшить сгибательную контрактуру коленного сустава только на  $20^\circ$ . Дальнейшая коррекция была невозможна в связи с резким натяжением сосудисто-нервного пучка (n. ischiadicus, v. saphena parva), располагавшегося у самого основания подколенной складки.

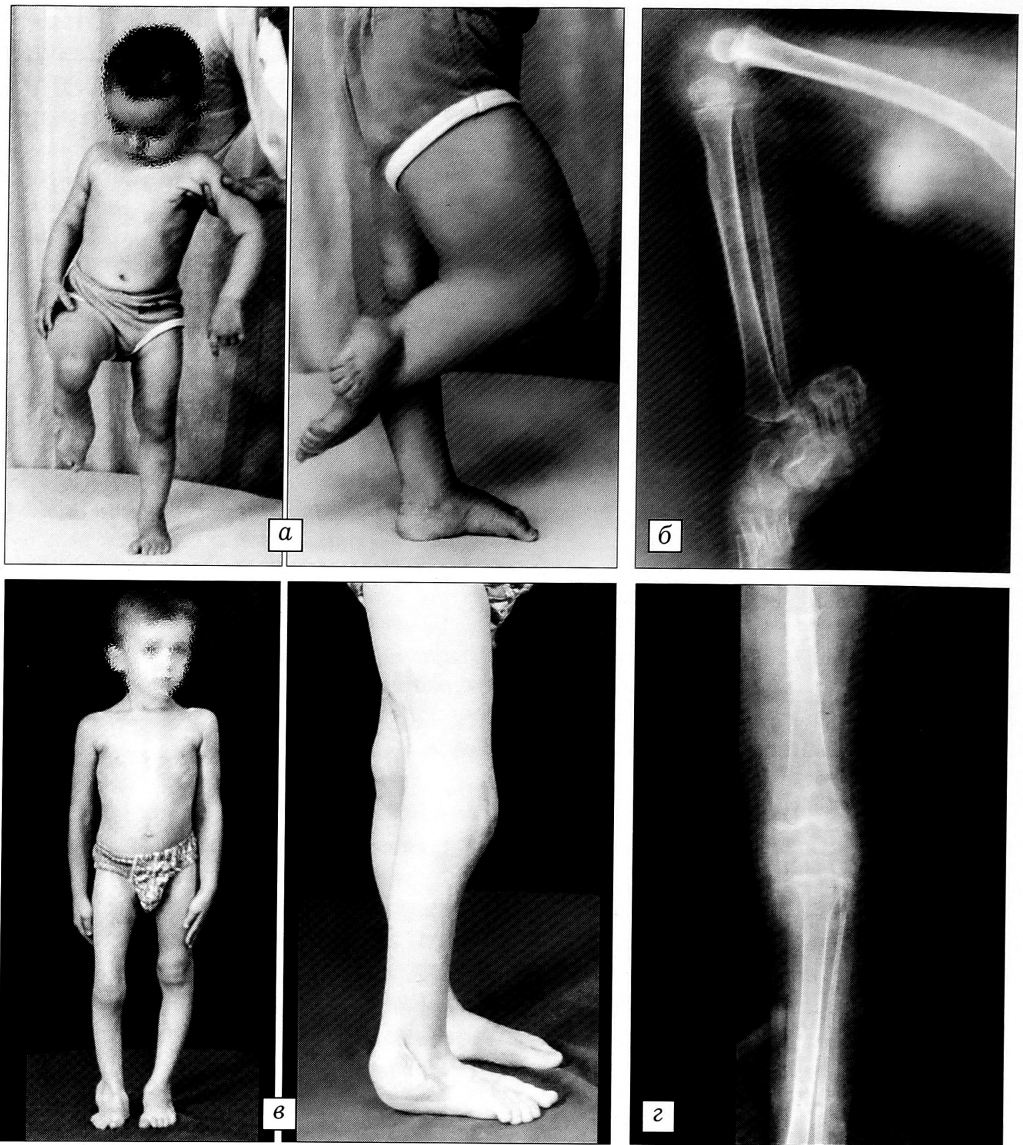
Вторым этапом накладывали дистракционный аппарат с шарнирными устройствами, которым при асимметричной дистракции растягивали крыловидную складку подколенной области и устраняли порочное положение конечности.

Третьим этапом резецировали дополнительную стопу, из сухожилий, обнаруженных в дополнительной стопе, создавали боковые связки коленного сустава. В послеоперационном периоде проводили комплекс восстановительного лечения.

Представляем наше клиническое наблюдение.

Больной М., 3 лет, поступил в НИДОИ им. Г.И. Турнера 28.09.97 с диагнозом: врожденный порок развития костей правой голени в сочетании с подколенным птеригиумом. Объем движений в правом тазобедренном суставе полный. Голень по отношению к бедру располагается под углом  $85^\circ$  (см. рисунок, а, б), сгибание возможно, разгибание ограничено до  $85^\circ$ . По задней поверхности бедра, коленного сустава и голени располагается мощная кожно-подкожная крыловидная складка, у основания которой на всем протяжении пальпируется плотное образование. В области средней, нижней трети бедра, коленного сустава окружность конечности увеличена на 10 см, в области голени — на 3–4 см. Стопа удвоена, дополнительная стопа представлена 5 пальцами с соответствующими плюсневыми костями. Основная и дополнительная стопы разделены, причем последняя располагается на 3,5 см выше, припаяна к задненаружному отделу пятки. Конечность укорочена за счет недоразвития бедра и голени.

12.10.97 произведена операция: разрез кожи по задней поверхности бедра, области коленного сустава, голени по методу Лимберга встречными треугольными лоскутами. Иссечены фиброзно-хрящевые образования ленточной и шнуровидной формы, удлинена икроножная мышца. 10.03.98 наложен дистракционный аппарат с



Больной М. 3 лет. Врожденный порок развития костей правой голени в сочетании с подколенным птеригиумом.

а — внешний вид при поступлении; б — рентгенограмма до оперативного лечения; в — внешний вид после завершения лечения: деформации исправлены, конечность опорна; г — рентгенограмма оперированной конечности.

шарнирными устройствами, позволяющий производить асимметричную дистракцию. В результате дистракции удалось растянуть кожно-подкожную подколенную складку и вывести конечность из порочного положения. Спустя 7 мес спицы удалены, дистракционный аппарат снят. Конечность уложена в гипсовую лонгету. 3.02.99 дополнительная стопа резецирована, из сухожилий мышц, обнаруженных в дополнительной стопе, созданы боковые связки коленного сустава. Проведен курс восстановительного лечения.

Деформации конечности были исправлены полностью, движения в коленном суставе не ограничены, опора правой ноги восстановлена (см. рисунок, в, г).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Andersen H.G., Hansen A.K. // Arch. Orthop. Trauma Surg. — 1990. — Vol. 109, N 4. — P. 231–233.
2. Hindermeyer J. // Readaptation. — 1985. — Vol. 316, N 1. — P. 8–14.
3. Jones G., Barnes J., Lioryd-Roberts C. // J. Bone Jt Surg. — 1987. — Vol. 60B, N 1. — P. 31–39.