

Из госпитальной хирургической клиники (завед. проф. Н. В. Соколов) КГМИ.

К казуистике *Amputatio interscapulo-thoracica*, произведенной под местной анестезией.

А. Н. Новиков.

Операция удаления верхней конечности вместе с лопаткой, носящая название *Amputatio interscapulo-thoracica*, связана в литературе с именем Берже, который в 1887 г. опубликовал монографию, где детально была описана техника и методика выполнения этой операции.

Amputatio interscapulo-thoracica является сравнительно редкой операцией. Так, по данным Кавамура, собравшим мировую литературу за 48 лет, удаление конечности по Берже произведено всего 400 раз. До последнего времени эта операция производилась исключительно под общим наркозом (Шарецкий, Обросов, Савин и др.). Опубликование нашего наблюдения находит себе оправдание в том, что вся операция при полной безболезненности проведена была под инфильтрационной анестезией.

Больной И., 51 г., токарь, поступил в клинику 1. IX 37 г. с жалобами на опухоль правого плеча, похудание и общую слабость. Заболел в 1930 г., когда впервые заметил опухоль величиною с грецкий орех с медиальной стороны верхней трети плеча. До 1935 г. эта опухоль не увеличивалась и не беспокоила больного. В 1935 г. опухоль начала быстро расти и в 2½ месяца достигла величины головки новорожденного.

15/IX 35 г. в госпитально-хирургической клинике КГМИ было произведено выслушивание опухоли (от ампутации конечности больной отказался), оказавшейся при микроскопическом исследовании круглоклеточковой саркомой.

Через 7 месяцев больной заметил в подмышечной впадине увеличение желез, которые сравнительно быстро достигли величины куриного яйца; железы были удалены оперативным путем.

В июне 1937 г. опухоль появилась вновь в верхней трети плеча и за четыре месяца достигла значительной величины.

Объективно: больной среднего роста, правильного телосложения, кожные покровы и видимые слизистые нормального цвета. Лимфатические железы прощупываются в правой подмышечной впадине.

Границы легких в пределах нормы. Дыхание жестковатое с единичными хрипами. Рентгеноскопически в легких изменений не обнаружено.

Со стороны сердца и органов брюшной полости изменений нет.

Locus morbi. В верхней трети правого плеча определяется опухоль, распространяющаяся на надплечье и кзади до *spina scapulae*. Опухоль неподвижна, спаяна с глубжележащими тканями; кожа над ней не изменена.

Больному рекомендована операция — удаление плечевого пояса с лопаткой.

9/IX 37 г. операция (проф. Н. В. Соколов) под местной инфильтрационной анестезией (1/4% раствором новокаина). Анестезия кожи и подкожной клетчатки по ходу кожных разрезов.

Первый кожный разрез проведен вдоль передней поверхности ключицы, немного отступя от грудино-ключичного сочленения, и не доведен на 2—3 см до акромиально-ключичного сочленения. Затем приблизительно в области середины ключицы начат второй кожный разрез, который продолжен книзу, через середину подмышечной впадины и закончен у ее задней стенки. После обезболивания надкостницы ключицы и окружающих тканей рассекается надкостница и поднадкостнично перепиливается (пила Gigey) ключица приблизительно в ее середине, затем после инфильтрации новокаином по ходу второго разреза рассекается большая грудная мышца. После обнаружения малой грудной мышцы, непосредственно по верхнему ее краю под фасцию введено около

75 см³ раствора новокаина, чем производится блокада проходящего под фасцией сосудисто-нервного пучка; этим обеспечивается безболезненное дальнейшее проведение операции. По рассечении *m. pectoralis minor*, *m. subclavius* разводятся крючками концы перепиленной ключицы, рассекается фасция, покрывающая сосудистый пучок, и отдельно перевязываются *art.* и *vena axillares*; нервы плечевого сплетения перерезаются после предварительной эндоневральной анестезии.

Затем выше ключицы был перерезан *m. trapezius* и перевязана *art. transversa scapulae*. После поворота больного на здоровый бок продолжен сзади первый кожный разрез, который соединился у задней стенки подмышечной впадины со вторым разрезом. После оттягивания кожи над лопаткой к позвоночнику перерезаются мышцы, прикрепляющие медиальный край лопатки, и по рассечении *m. latissimus dorsi* плечо удаляется вместе с лопаткой. Мышцы были сшиты кетгутом и в нижний отдел раны, после зашивания кожи, был вставлен тампон. Послеоперационное течение без осложнений. Заживление раны первичным натяжением. Через 20 дней больной выписан в хорошем состоянии. Патолого-анатомическим исследованием опухоли установлен диагноз кругло-клеточной саркомы.

Вся операция *amputatio-interscapulo-thoracica*, как уже сказано, была проведена под инфильтрационной анестезией при полной безболезненности. После обезболивания покровов дальнейшее обезболивание проведено по принципу футлярной анестезии, указанной проф. А. В. Вишневским. По обнажении *m. pectoralis minor* и фасции, покрывающей плечевое сплетение, под нее было введено 75 см³ новокаинового раствора, чем было достигнуто блокирование плечевого сплетения, безболезненное проведение дальнейших актов операции (перерезка сосудистого пучка и плечевого сплетения) и предупреждалось развитие шока. Применение инфильтрационной анестезии при *amputatio interscapulo-thoracica* возможно и при травматических повреждениях конечностей, при условии целости фасциального футляра, окружающего сосудисто-нервный пучок.

В травматических случаях, при разрушении фасциального футляра, метод инфильтрационной анестезии может встретить затруднение, и тогда может потребоваться проводниковая анестезия или общий наркоз.

Поступила в ред. 3/1 1938 г.