

Новый способ резекции голеностопного сустава через задний разрез (*resectio talo-cruralis posterior* *)

Анатомо-хирургический очерк.

Проф. П. М. Красина.

(С 3 рис.)

Без всякого преувеличения можно сказать, что способов вскрытия ступневого сустава с целью его резекции предложено множество. Проф. П. И. Тихов в своей, вышедшей из Казанской Госпитальной Хирургической Клиники, диссертации „О резекции голеностопного сустава“ и т. д. (Казань, 1897), насчитывает их более 40. Сустав вскрывался буквально со всех сторон—спереди, сзади, снаружи, снутри, сверху и снизу. Однако несмотря на это, вопрос о резекции ступневого сустава не потерял интереса и до сих пор уже по одному тому, что самое обилие оперативных способов указывает на безусловность, очень многих из них и даже на полную негодность некоторых.

Наиболее популярными способами резекции голеностопного сустава при туберкулезе у нас в России, по Тихову, являются способы Langenbeck'a, König'a и Kocher'a; менее известны способы Albanese, Lauenstein'a, Hüter'a, Сабанеева и Тилинга. Сам проф. Тихов рекомендует способ Ollier, практиковавшийся в 90-х годах в нашей Госпитальной Хирургической Клинике проф. В. И. Разумовского.

В настоящем сообщении я буду говорить только о тех способах резекции голеностопного сустава, где доступ к последнему идет с задней стороны сустава. Все остальные способы я опускаю, как не имеющие прямого отношения к затронутому мною вопросу, и позволю себе сделать только несколько кратких замечаний по поводу наиболее популярных способов резекции ступневого сустава. При этом, отдавая полную дань уважения наиболее распространенным способам данной операции, я должен, однако, отметить присущие им недостатки.

*) Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете в 1922 г.

Так, способ Langenbeck'a сопровождается слишком большой и не всегда необходимой при туберкулезе травмой (удаление наружной лодыжки, редко поражаемой туберкулезным процессом). Способ König'a, как признает и сам автор в своем руководстве частной хирургии, не дает широкого доступа к задним отделам сустава. Способ Kocher'a сопровождается обыкновенно перерезкой малоберцовых мышц. Способ Ollier слишком сложен.

В виду того, что меня интересуют главным образом задние разрезы, дающие доступ к ступневому суставу при туберкулезе последнего, я изложу теперь кратко известные мне способы резекций, которые открывают путь в полость сустава с задней стороны. При этом я коснусь и тех способов, где доступ к суставу идет снизу, так как те и другие способы стоят в тесной связи между собою. Сказанное относится, по крайней мере, к способам Busch'a, Hahn'a, Сабанеева и Bogdanik'a. Особняком стоят способы Textor'a, Reverdin'a, Liebrecht'a и Meinhardt-Schmidt'a.

Способы Hahn'a, Busch'a, Сабанеева и Bogdanik'a несомненно обязаны своим происхождением гениальной идее Пирогова. Первые два автора для обширной резекции ступневого сустава по поводу туберкулеза проводят от нижних концов лодыжек стремяобразный разрез через пятку, причем Busch этот разрез ведет косвенно по направлению к *tuberositas calcanei*; под лодыжками он рассекает только кожу, а внизу—все мягкие части до кости; далее отсепааровываются сухожилия, сосуды и нервы из залодыжковых бороздок и оттягиваются вперед; таким образом задняя сторона сустава становится свободной от них. После того пяточная кость в линии кожного разреза перепиливается к задней поверхности сустава, и последний вскрывается. Итак в этом способе в сущности образуется лоскут Пирогова, дающий доступ в сустав снизу и сзади.

Способ Bogdanik'a, по словам самого автора, имеет ограниченное применение и назначен для доступа к таранной и пяточной костям. Разрез проводится при нем от одного конца лодыжки до другого через точку, лежащую на 1 сант. выше пятки. Делается он так, как описано уже выше, и в линии разреза перепиливается пяточная кость. Стопа, как на шарнире, поворачивается к передней поверхности голени, и ступневой сустав осматривается снизу. Таранная кость удаляется.

Способ Сабанеева назначен для доступа в сустав снизу и сзади. Оперируемая конечность сгибается в коленном суставе. Стопа устанавливается в положении тыльного сгибания. Делают два разреза по середине расстояния между задними краями лодыжек и

Ахилловым сухожилием, причем внутренний разрез рекомендуется проводить ближе к Ахилловой жиле, чтобы не поранить *a. tibialis post.* Оба разреза начинаются выше линии сустава у взрослых сант. на 8. Наружный разрез проникает только до фасции. Оба разреза соединяются стремяобразным разрезом по нижней поверхности пятки. Последний разрез делается сразу до кости, и пяточная кость в плоскости кожного разреза отвесно перепиливается. Пяточный бугор вместе с сухожилием и мягкими частями отсекаются и поднимают кзади и кверху. Далее рассекается жировая клетчатка треугольного пространства впереди Ахиллова сухожилия, а также глубокая пластинка апоневроза, и оператор доходит до задней стенки суставной капсулы. В этот момент рана сильно растягивается крючками, и надрезывается надкостница по заднему краю наружной лодыжки. Последняя обнажается и освобождается от связок, идущих к таранной кости, причем сухожильное влагалище малоберцовых мышц не вскрывается, и они вывихиваются вперед на лодыжку. То же самое делается и в области внутренней лодыжки, — только вместе с надкостницей отсекаются связки, идущие от лодыжки к пяточной кости, и вывихивается сухожилие *m. flexoris hallucis*. После того таранная кость, при сильном тыловом сгибании стопы, вывихивается кзади, и сустав широко открывается. В случае надобности таранная кость и удаляется. На спиленную пяточную кость вкладывают после возвращения вывихнутых сухожилий на прежнее место костный шов. В пользу способа Сабанеева высказались в свое время проф. Ринке и д-р Флейшер, проверявший этот способ на трупах.

Способ *Textor*'а состоит в проведении дугообразного разреза от верхушки одной лодыжки до другой выпуклостью книзу. Ахиллово сухожилие перерезывается при нем поперечно. Затем при сильном тыловом сгибании пересекаются наружные и внутренние связки, и сустав вскрывается сзади.

Способ *Reverdin*'а заключается в том, что через кожный разрез от внутреннего края Ахиллова сухожилия к наружной лодыжке проводится поперечно идущий разрез, обходящий снизу наружный мышелок и достигающий сухожилия разгибателя мизинца. Затем Ахиллово сухожилие поперечно перерезывается, пересекаются также и сухожилия малоберцовых мышц и боковые связки, после чего вскрывается таранно-пяточный сустав. Далее отделяются связки *lig. talo-fibulare ant. et post.* и наружная часть *lig. talo-navicularis*, и стопа приводится внутрь, после чего показывается суставная поверхность таранной кости. Вслед за этим пересекаются *lig. deltoides* и внутренняя часть *lig. talo-navicularis sup.* и *app. liga-*

mentosus, костными щипцами выкручивается таранная кость, скелетируют лодыжки и вывихивают их в рану.

При способе Liebrecht'a стопа приводится в состояние тыльного сгибания, и проводится задний поперечный разрез от одной лодыжки до другой только через кожу. Затем по зонду пересекается Ахиллово сухожилие, и по внутреннему краю его проводят второй разрез, перекрещивающийся с первым у *tuber calcanei* на 4 сант. выше первого. В глубине продольного разреза находят *m. flexor hallucis longus* и отодвигают его со всеми другими мягкими частями внутрь. Сустав вскрывается по задней периферии.

По способу Meinhardt-Schmidt'a разрез ведут по наружному краю Ахиллова сухожилия, причем длина его равняется 6 сант., и он достигает пяточного бугра. По рассечении фасции рана растягивается крючками; в глубине ее отыскивают пальцем заднюю стенку сустава, вскрывают последний и входят в него пальцем. Затем с помощью еще переднего разреза приступают к отделению мягких частей в области лодыжек и производят резекцию.

Из всех приведенных способов, по моему мнению, наиболее анатомически обоснованным является Сабанеевский. В доказательство этого я сошлюсь на слова таких авторитетных хирургов, как Nasse и Borhardt (см. руководство к практической хирургии Bergmann Bruns-Mikulicz'a). Общим недостатком способов Textor'a, Reverdin'a и Liebrecht'a является поперечная перерезка Ахиллова сухожилия. Способ Meinhardt-Schmidt'a, с моей точки зрения, совершенно неудовлетворителен.

Перехожу теперь к тому способу, который я выработал на трупах. Кожный разрез я провожу от наиболее выдающейся точки пяточного бугра по средней линии вверх, пальца на 4 выше нижнего конца наружной лодыжки (см. рис. 1), причем труп лежит на животе. Встречающееся по рассечении кожи и наружной пластинки апоневроза Ахиллово сухожилие, строго по середине, расщепляется на две половины, причем я вкалываю остроконечный нож у места прикрепления сухожилия и держу лезвие кверху. Далее к нижнему концу первого разреза добавляется второй, пересекающий первый у его начала и дугообразно охватывающий пятку, причем снутри он доводится до середины расстояния между задним краем внутренней лодыжки и Ахилловой жилкой, а снаружи заканчивается у переднего края наружного мышелка. Через этот разрез я дохожу до кости и несколько отсепаровываю края раны в стороны. Таким образом наружный разрез имеет у меня в общем Т-образную форму с нижним дугообразным основанием, охватывающим пятку на подобие разреза Erichsen'a, предложенного для уда-

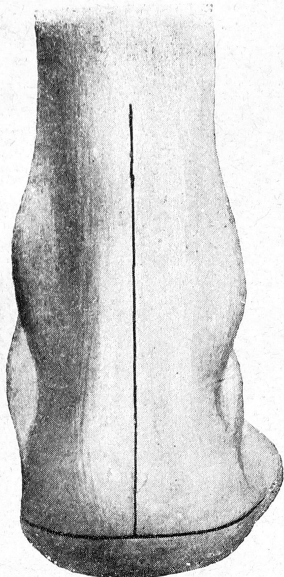


Рис. 1.

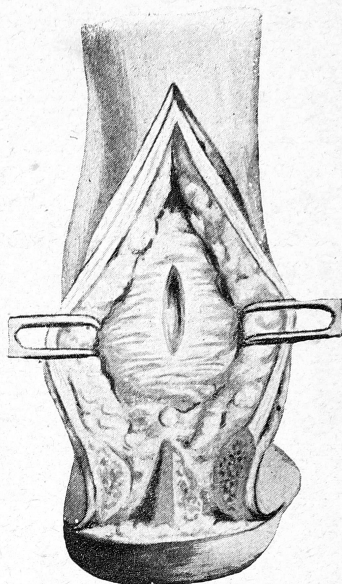


Рис. 2.

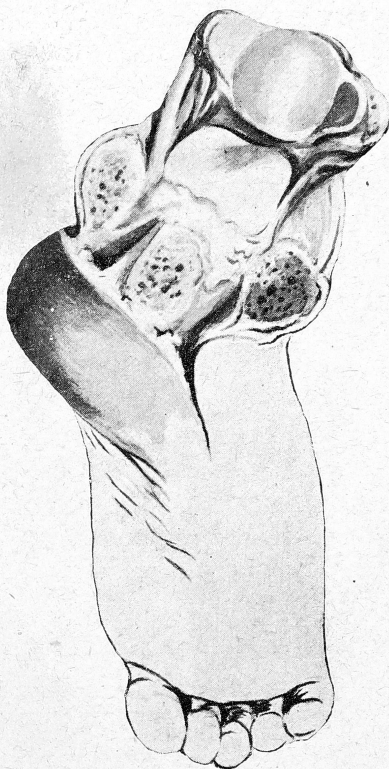


Рис. 3.

ления пяточной кости. В линии дугообразного разреза рассекается надкостница. После того края рассеченного Ахиллова сухожилия разводятся в стороны крючками (рис. 2), я ставлю наклонно в линию первого разреза широкое долото и скалываю сначала наружную часть нижнего прикрепления Ахиллова сухожилия вместе с кортикальной пластинкой наружной стороны пяточного бугра, потом то же самое делаю и со внутренней стороны. После этого рана может быть очень широко разведена крючками, и открывается широкий доступ к задней стороне сустава. Я рассекаю отвесным сечением жировую ткань и глубокую пластинку апоневроза, нахожу *m. flexor hallucis longus*, оттягиваю его внутрь и дохожу до суставной капсулы. После этого я вскрываю ступневой сустав по заднему краю свода, надрезаю надкостницу по заднему краю лодыжек, скелетирую их и, перерезав боковые связки с той и другой стороны, широко вывихиваю сустав (рис. 3). Через указанный разрез легко удаляется и таранная кость. После операции рана зашивается с восстановлением непрерывности сухожилия, концы которого с костными пластинками можно укрепить на старом месте костным швом или гвоздиками.

Предлагая вниманию хирургов описанный способ, я считаю его оригинальным, так как подобной резекции я в литературе не встречал. Правда, трудно в настоящее время проверить сказанное вследствие оторванности русской хирургии от западно-европейской мысли. Несомненно, однако, что предлагаемый способ выдерживает критику с анатоми-хирургической стороны, причем дело клиники в будущем сказать свое мнение о нем. Во всяком случае способ может быть удобно применен при туберкулезе ступневого сустава с задней локализацией процесса.
