

К вопросу о межлопаточно-грудной ампутации при злокачественных новообразованиях плече-лопаточной области.

Ординатора **З. Д. Заложневой.**

(С 2 рис.).

В виду того, что вопрос о применении того или другого вида оперативного вмешательства при злокачественных новообразованиях плече-лопаточной области еще неполно выяснен (что отчасти объясняется сравнительной редкостью данного заболевания), и что каждая недостаточно радикальная операция ведет в этих случаях к тяжелому исходу, тогда как, наоборот, своевременно сделанная радикальная операция дает хорошие результаты, хирурги вынуждены сообщать и соответствующие отдельные случаи, дабы в дальнейшем, на основании статистических данных, иметь возможность строить правильные заключения.

В вопросе о лечении злокачественных опухолей плече-лопаточной области чрезвычайно важно установить, в каких случаях следует производить здесь радикальную операцию, *amputatio interscapulo-thoracica* (операция *Berger*), и в каких более консервативную, экстирпацию (*resp.* резекцию) лопатки.

Дедов на основании литературных данных и собственных наблюдений устанавливает следующие показания к первой из них: „На наш взгляд *amputatio interscapulo-thoracica* показана во всех случаях злокачественных новообразований плече-лопаточной области, независимо от величины видимого распространения, так как мы не можем с достоверностью решить, как далеко зашел процесс. Она особенно показана, если новообразованием поражены: 1) хотя-бы только одна головка плечевой кости, 2) часть плеча в области прикрепления *m. deltoidei*, 3) лопатка в области *spinae scapulae*, притом во всех этих случаях совершенно независимо от величины опухоли и распространения ее на мягкие ткани; далее, 4) — если новообразованием поражены нижележащие участки плечевой кости, но уже им захвачены и мягкие ткани; наконец, 5) в случаях новообразований, метастатически развившихся в плече-лопаточной или ключичной области, когда иначе удалить их невозможно, придется прибегнуть к этой операции, „если“, как говорит проф. Сапежко, „не из видов на продолжительную жизнь больного, то, по крайней мере, из сочувствия к ужасным страданиям человека, раз раковый узел заслонит нервный пучок и инфильтрирует надлопаточную область“.

Неудовлетворительные результаты операции Berger в функциональном отношении и тяжкое увечье, наносимое ею больному, заставляет нас быть очень осторожными в показаниях к ампутации при ограниченных, небольших опухолях лопатки и прибегать здесь к более сохраняющим операциям—1) экстирпации лопатки с резекцией ключицы и плеча, с тщательным удалением жировой клетчатки и лимфатических желез подмышечной, под- и надключичной области, и 2) экстирпации или иссечению лопатки, причем тщательное удаление лимфатических желез показано и при саркомах, так как некоторые виды сарком могут распространяться и по лимфатическим сосудам (Стрелков, „К вопросу о хирургии злокачественных опухолей лопатки“, Перм. Мед. Журнал, 1923 г. №№ 1—2). Сам автор операции Berger говорит: „Злокачественная опухоль лопатки оправдывает межлопаточно-грудную ампутацию лишь в том случае, когда сохранение верхнего члена несовместимо с полным удалением опухоли“.

Экстирпация лопатки с резекцией ключицы и плеча была применена в случае Estor'a; второй случай этой операции, Прянишникова, был опубликован в „Хирургии“ за 1908 г., третий описан Бауманом (оперировал проф. Тихов в 1912 г.), и четвертый случай, Эпштейна, был опубликован в „Хирургии“ за 1913 г. 1-й, 3-й и 4-й случаи этой операции окончились благополучно, во 2-м же случае наступила смерть от рецидива. 1-й, 2-й и 4-й из этих случаев подтверждают закон распространения инфекции. Так, в 1-м случае, Estor'a, после экстирпации лопатки с резекцией ключицы и верхнего конца плеча рецидив возник в виде двух саркоматозных узлов в тканях верхней части рубца (после удаления узлов больная прослежена в течение 8 месяцев, причем рецидива у ней не наступило). В случае Прянишникова рецидив имел место у срединного конца ключицы, на лопатке, около позвоночника (со стороны, где была первичная опухоль), на голове. В случае Эпштейна рецидив возник в виде узелка, величиной со сливу, в области рубца ниже сосцевидного отростка, у места отхождения m. sterno-cleido-mastoidei (после удаления рецидива больная через 28 дней умерла от сепсиса, развившегося после парапроктита). Справедливо, поэтому, отмечает Эпштейн, что „локализация рецидивов в указанных трех случаях подтверждает законы распространения инфекции: конечность, лежащая в стороне от тока крови, осталась свободной от рецидива, следовательно amputatio interscapulo-thoracica не спасла-бы от рецидива, так как возвраты во всех трех случаях явились независимо от сохранения конечности“.

К сожалению, многие авторы не указывают локализации рецидивов. В доступной мне литературе я нашла только один случай появления рецидива на конечности после резекции лопатки по поводу саркомы, именно сл. Дедова (Труды Госпитальной Хирургической клиники проф. С. П. Федорова за 1906 г.). Рецидив появился здесь в виде болезненного инфильтрата на передней поверхности верхней части плеча. Но этот случай неособенно ясен, так как больной погиб от генерализации опухоли, и саркома лопатки, по поводу которой ему была произведена резекция последней, возникла путем метастаза из опухоли правого бедра, ампутированного за 2 г. 2 мес. до резекции лопатки.

Мы не можем здесь подробно останавливаться на установке точных показаний к резекции лопатки, но считаем уместным указать, что эта

операция может иметь место лишь: 1) при доброкачественных опухолях лопатки, встречающихся, правда, в этой области значительно реже злокачественных; 2) в случаях небольших злокачественных опухолей, развившихся из самой лопатки, при отсутствии поражения мягких частей; 3) при небольших злокачественных опухолях какой-либо мышцы задней поверхности лопатки.

Таблица д-ра Недзельского с добавлением к ней 16 случаев, собранных Дедовым (всего 117 случаев сделанных с 1883 по 1905 г. операций по поводу злокачественных опухолей плече-лопаточной области), показывает, что % смертей от рецидивов и метастазов при удалении опухоли или ампутации в два и более приемов значительно больше, чем при первичной межлопаточно-грудной ампутации, и что % излечений, прослеженных от 1 до 30 лет, при первичной ампутации больше, чем при экстирпациях, резекциях и вторичной ампутации. Привожу неполностью указанную таблицу:

А. <i>Первичная ампутация</i> —всего	79 случ.	
Излечение, прослеженное от 1 до 30 лет,	13 "	(16,45 ⁰ /о).
Смерть от метастазов	16 "	(20,25 ⁰ /о).
Смерть от рецидивов	8 "	(10,12 ⁰ /о).
Б. <i>Удаление опухоли или ампутация</i> в два и более приемов—всего	38 случ.	
Излечение, прослеженное от 1 до 30 лет,	6 "	(15,78 ⁰ /о).
Смерть от рецидивов и метастазов	16 "	(42,10 ⁰ /о).

Из этой таблицы видно, что операция удаления всего плечевого пояса дает гораздо больше гарантий для стойкого выздоровления, а потому и должна быть предпочитаема другим, менее радикальным операциям; однако, вследствие тяжкого уродства, получающегося после этой операции, при небольших, ограниченных опухолях лопатки приходится строго индивидуализировать каждый отдельный случай и только при наличии наиболее злокачественных опухолей, быстро растущих и распадающихся, применять операцию Berger.

Что касается результатов последней, то в 1887 г. Berger сообщил данные относительно 50 случаев ее с 20% смертности; Fowler собрал в 1900 году 82 случая всего с 8% смертности и более, чем 46% „длительных излечений“; Jeanbrau и Riche сообщили в 1906 г. о 188 случаях с общей смертностью в 11%, из коих 35 случаев до 1887 г. дали смертность в 29%, а 153 случая после 1887 г.—всего в 7,8%.

Дедову удалось собрать из русской литературы за десятилетие с 1896 по 1905 г. включительно (с его двумя случаями) всего 10 случаев операции по Berger, да из иностранной литературы за этот же срок также 10 случаев. Во всех этих случаях ампутация протекла без указанных выше осложнений, причем Posados, в 1896 г., оперировал по Berger 15-месячного ребенка, который в течение 7 месяцев до опубликования был вполне здоров ¹⁾. Юкельсон (1902 г.) сделал ампутацию Berger у 20-летней больной на 7-м месяце беременности, причем она также хорошо перенесла операцию и впоследствии благополучно родила в срок. Стрелковым до 1923 г. собрано 37 случаев межлопа-

1) Случай этот подробно описан у Стрелкова.

точно-грудной ампутации, произведенной русскими хирургами по поводу злокачественных новообразований плече-лопаточной области. всего с двумя смертельными исходами непосредственно от операции (3,7% смертности).

Что касается длительных результатов, то они представляются после *amputatio interscapulo-thoracica* для злокачественных опухолей более благоприятными, чем после экзартикуляции в плечевом суставе, или после простой экстирпации лопатки. *Jeanbrau* и *Riche* считают для злокачественных опухолей, микроскопически установленных, средний срок выживания оперированных равным 35 месяцам. Статистики, к сожалению, страдают во многих отношениях в смысле длительных наблюдений. *Berger* считает смертность при *amputatio interscapulo-thoracica* при опухолях лопаточного происхождения в 5 раз выше, чем при опухолях плечевого происхождения. По данным *Дедова* и др. русских и иностранных хирургов стойкое излечение после первичной ампутации *Berger* наступает в 33—50%¹⁾.

Перехожу теперь к описанию нашего случая.

Больной К., 40 лет, поступил 4/X 24 г. в Пермскую Госпитальную Хирургическую клинику по поводу опухоли в плече-лопаточной области. 8½ месяцев тому назад, во второй половине января 1924 г., у него в области надплечья появилась небольшая припухлость мягкой консистенции. Через 1½ месяца опухоль распространилась на верхнюю треть плеча и постепенно стала приобретать плотную консистенцию; в это время больной обращался в местную больницу, где ему советовали ехать в Пермь для хирургического лечения, но материальная небеспеченность семьи оттянула на продолжительный срок эту поездку. Больному, плотнику по профессии, приходилось часто носить тяжести. Не придавая особенного значения заболеванию, так как никакой боли им вначале не ощущалось, больной продолжал свою обычную работу, по привычке таская бревно на больном плече, как и на здоровом. Самое возникновение данного заболевания больной приписывает постоянному механическому раздражению плеча при поднимании и переноске тяжестей во время работы. В конце июля 1924 г. опухоль начала быстрее расти, распространилась, по словам больного, на лопатку, в некоторых местах стала более мягкой и вызвала ограничение движений в плечевом суставе. С этого же времени больной начал худеть, и временами у него стали появляться небольшие боли в области плеча. В половине сентября месяца больной упал при постройке лесов и ушиб опухоль, после чего заметил, что последняя стала еще быстрее увеличиваться и в двух местах изъязвилась. Работать перестал вследствие сильного ограничения движений в плечевом суставе. Через две недели после ушиба больной поступил в клинику. Во время заболевания он применял различные домашние средства, — втирал в больное место масло, скипидар, несколько раз «правил», но рост опухоли продолжал прогрессировать.

Со стороны наследственности у К. ничего патологического не отмечается. Больной женат, жена здорова, имеет 5 человек детей. До настоящего заболевания ничем не болел. До 1914 г. много пил. С ранних лет занимается тяжелым физическим трудом.

Status praesens. Больной среднего роста, правильного телосложения, кожа и видимые слизистые оболочки бледны, подкожный жировой слой развит умеренно, мускулатура хорошо развита. Лимфатические железы не увеличены, за исключением желез левой подмышечной впадины. Правая граница сердца на 1 сант. вправо от 1. *sternalis d.*, тоны сердца глуховаты. На обеих верхушках легких несколько жесткое дыхание. Остальные внутренние органы уклонений от нормы не представляют. В области надплечья обнаруживается опухоль, ограниченная, на широком

¹⁾ По Стрелкову возраст больных с злокачественными новообразованиями плече-лопаточной области очень разнообразен. Наименьшие цифры падают на детский возраст, до 5 лет, и на старческий, от 60 до 80, а наибольшие — на возраст от 15 до 30 лет.

основании, распространяющаяся на лопатку, за исключением лишь нижнего ее угла, на всю область плечевого сустава и верхнюю часть плеча до места его прикрепления (см. рис. 1). Опухоль овальной формы, величиною более головы взрослого человека. Длина ее—34 сант., ширина—25 сант. Измерение по поверхности опухоли: расстояние от наиболее удаленных точек опухоли во фронтальной плоскости (т. е. от медиального края лопатки до области прикрепления *m. deltoidei*)—52 сант., в сагиттальной плоскости—43 сант. Окружность плеча при измерении через подмышечную впадину и *acromion*—67 сант. Опухоль слегка бугристая. Кожа на ней напряжена, по периферии опухоли нормального цвета, в центре красновато-синеватого, на ней видна сеть расширенных венозных сосудов; в двух участках, величиною с 3-х и 5 коп. медную монету, кожа изъязвлена. Местами кожа спаяна с опухолью. При ощупывании опухоль безболезненна, большая часть ее плотной, местами даже твердой, как кость, консистенции; в некото-

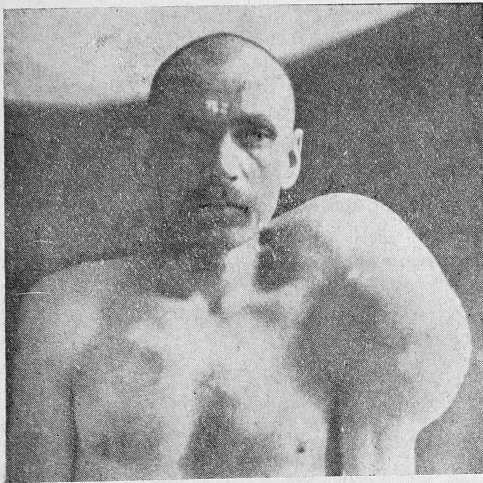


Рис. 1.

рых участках с мягкой консистенцией наблюдается невольная ясная глубокая флюктуация. Опухоль тесно сросшена с подлежащими частями, совершенно не смещается по отношению к лопатке и плечевой кости. Из анамнеза, вследствие ненаблюдательности больного, не удалось выяснить, из какой первоначально кости возникла опухоль. Мышцы левого плеча и предплечья значительно атрофированы. Незначительные активные и пассивные движения плеча совершаются за счет плечевого пояса, активные же и пассивные движения в плечевом суставе совершенно отсутствуют. В других суставах конечности движения нормальны. Диагноз—остеосаркома лопатки и надплечья.

15/X 24 г. произведена проф. В. Н. Париным *amputatio interscapulo-thoracica* под морфий-хлороформ-эфирным наркозом. Участки с изъязвившейся кожей покрыты, в несколько слоев, марлевыми компрессами, прикрепленными швами по краям. Разрез по передней поверхности ключицы, от грудинного ее конца кнаружи, продолжен на подмышечную впадину по переднему ее краю с таким расчетом, чтобы получить возможно больший лоскут для закрытия дефекта. Ключица перешилена на месте перехода срединной в среднюю треть, перерезаны *m. subclavius*, *m. pectoralis mj. et min.*, перевязаны *art. et v. axillares* двойными лигатурами, и перерезано нервное сплетение. Опухоль вместе с наружным концом ключицы отведена кнаружи, и по отведении верхнего края раны перевязаны *art. transversa scapulae* и *art. transversa colli*. Разрез со стороны ключицы у наружного его конца продолжен назад к подмышечной впадине в пределах неповрежденной кожи и совпал с передним разрезом. После перерезки соответствующих мышц, конечность вместе с лопаткой и опухолью удалена. Дополнительно удалены лимфатические железы подмышечной впадины и жировая клетчатка (некоторые из лимфатических желез оказались значительно увеличенными). Рана без особого натяжения зашита наглухо, за исключением нижнего отдела, куда были введены две небольшие марлевые полоски. Операция протекала при малой потере крови, явлений шока не наблюдалось. Больной после операции проснулся через час, чувствовал себя хорошо.

Послеоперационное течение в общем благоприятное. Рана зажила *per primam*, за исключением двух небольших участков, где были вставлены тампоны, и где наблюдалось некоторое время гнойное отделение. Здесь выделались в разное время 2 лигатуры. 18/XII на месте операционной раны обнаружен узкий рубец (см. рис. 2, на стр. 921). Болей нет, состояние больного хорошее, сон и аппетит нормальны. Больной выписан из клиники. Через 4 месяца после операции он по личным делам приехал в Пермь, причем был найден совершенно здоровым и значительно прибавившимся в весе.

Макроскопическое описание препарата: вес конечности вместе с опухолью 8,5 кило (вес конечности вместе с лопаткой у трупа мужчины такого же возраста и сложения оказался равным 4 кило, т. е., следовательно, вес опухоли был около 4,5 кило или 11 фун.). Опухоль вместе с лопаткой и пораженной частью плеча по величине более головы взрослого человека. Исходит она из лопатки. Костное вещество последней и верхней части плеча сильно изъедено, порозно. Хрящ *cavittatis glenoidalis* и головка плеча разрушены. Опухоль проросла мышцы лопатки и плеча. При разрезе опухоли видны вновь образованные тонкие нежные костные перекладки, напоминающие губчатое вещество кости, от присутствия которых при разрезе опухоли слышится хруст. Местами имеется распад ткани. Поверхность опухоли всюду покрыта плотной соединительнотканной капсулой.

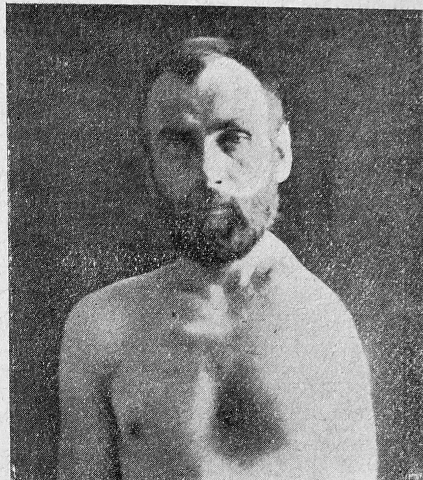


Рис. 2.

Микроскопическое исследование обнаружило остеод-хондросаркому: в опухоли встречались островки новообразованного хряща, окрашивавшиеся гематоксилином в фиолетовый цвет, с расположенными в нем клетками, окруженными капсулой, сядрами, плохо окрашившимися гематоксилином; остеидная ткань располагалась в виде островков и тяжей неправильной формы, окруженных расположенными в один ряд крупными отростчатыми клетками, имевшими характер остеобластов.

Таким образом, в нашем случае

- 1) У больного в области левой лопатки развилась опухоль, перешедшая на надплечье и верхнюю треть плеча; опухоль эта, неоднократно подвергавшаяся травме, обнаружила необычайно быстрый рост и за последнее время подверглась изъязвлению.
- 2) Больному, приблизительно спустя 9 месяцев после обнаружения опухоли, была произведена *amputatio interscapulo-thoracica*, с предварительной перевязкой *art. transversae scapulae* и *art. transversae colli*.
- 3) Опухоль, весившая 11 фунтов, при микроскопическом исследовании оказалось остеидной хондросаркомой.
- 4) Спустя 4 месяца после операции рецидива не наблюдалось, больной значительно прибыл в весе, чувствует себя совершенно здоровым.

Л И Т Е Р А Т У Р А:

- 1) Архангельский. Нов. Хир. Архив, 1923. — 2) Дедов. Труды Госп. Хирургической клиники проф. С. П. Федорова. — 3) Нездельский. Рус. Хир. Архив, 1903. — 4) Стрелков. Пермский Мед. Журнал, 1923. — 5) Bier, Braun, Kummel. *Chirurg. Operationslehre*, Bd. V, 1923.

Dr. S. D. Saloschnewa (Perm). Zur Frage über die amputatio interscapulo-thoracica bei bösartigen Geschwülsten der regio brachio-scapularis.

Im Grunde dieser Mitteilung liegt ein Fall, wo sich bei einem 40-jährigen Manne in der Gegend des linken Schulterblattes eine Geschwulst entwickelte, die auf die Achsel und den oberen $\frac{1}{3}$ des Armes überging; diese Geschwulst, mehrmals traumatisiert, wuchs ausserordentlich schnell. Ungefähr 9 Monate nach der Entdeckung der Geschwulst wurde dem Kranken die amputatio interscapulo-thoracica mit vorläufiger Verbindung der aa. transversa scapulae und transversa colli gemacht. Die Geschwulst, etwa 11 Pfund schwer, erwies sich bei mikroskopischer Untersuchung als osteoid-chondro-sarcoma. 4 Monate nach der Operation war kein Recidiv zu bemerken, der Kranke nahm an Gewicht zu und fühlte sich ganz wohl.
