

Удаление нижней конечности с половиной таза (*amputatio interileo-abdominalis* *).

Д-ра И. Н. Паншина.

Впервые эту огромную по размерам наносимой травмы операцию произвел Billroth в 1889 г.; больной его погиб, и случай остался неописанным. Затем Jaboulay оперировал двух больных, погибших в первые дни после операции, и первый сделал сообщение в литературе по этому вопросу. Первым хирургом, выполнившим эту операцию, по поводу саркомы бедра, со счастливым непосредственным исходом, был Girard, больной которого прожил шесть месяцев и умер от метастаза в легких.

Из русских хирургов первым произвел эту операцию проф. Ратимов; случай его окончился смертью больного, опубликован не был, и об нем устно сообщил проф. Вреден на заседании Хирургического общества им. Пирогова в Ленинграде, в 1927 г. Профессору Салищеву, в 1899 г., выпало на долю первому спасти больного после этой операции и описать ее, почему среди русских хирургов она часто и называется его именем.

Прошло уже около 40 лет со времени первой попытки Billroth'a удалить пораженную конечность вместе с половиной таза, по статистика этой операции все еще исчисляется только десятками. Так, по Юдину, которому удалось собрать из русской и иностранной литературы наибольший материал по данному вопросу, число произведенных до 1926 г. операций этого рода составляет только 74, причем на долю русских хирургов приходится около 20. После этого в русской литературе появилось еще лишь одно сообщение в „Вестнике хирургии“ за 1927 г., проф. Шаака, больного которого поправилась.

Редкость данной операции, на мой взгляд, объясняется не отсутствием патологических состояний, требующих ее применения, но твердо установившимся мнением о трудности ее выполнения и плохом предсказании ¹⁾. По некоторым статистикам, относящимся к 1910 г., смертность от нее равняется 72%, по статистике же более поздней (1927 г.) смертность равняется уже 57%. Такое понижение % неблагоприятных исходов нужно объяснить усовершенствованием техники, а главным образом — отказом от применения общего наркоза. Если независимо от применявшегося метода обезболивания смертность равнялась 57%, то из 10

*) Сообщено в хирургической секции Общества врачей при Казанском университете 9/IV 1928 г.

¹⁾ Мне в Хирургическом отделении Ижевской больницы в течение 1927 г. пришлось наблюдать два случая саркомы тазовых костей; один был мною оперирован, другой больной от операции отказался.

больных (куда входит и оперированный мною), у которых операция была выполнена под спинномозговой анестезией, умерло только трое, смерть которых нужно поставить в зависимость от самого оперативного вмешательства.

Привожу краткую историю болезни моего больного.

Крестьянин А. С., 43 л., поступил в отделение 27/V 1927 г. Женат, имеет двоих здоровых детей. В 17-летнем возрасте был болен каким-то психическим расстройством, продолжавшимся 3 года и прошедшим бесследно. Других болезней не помнит. Настоящее заболевание началось с осени 1926 г. Сначала больной перестал свободно владеть левой ногой, а с Рождества заметил опухоль в области тазобедренного сустава. С начала марта 1927 г. пациент ходить уже не может, жалуется на стреляющие и режущие боли в левом тазобедренном суставе, активные движения в котором невозможны, пассивные же крайне болезненны и резко ограничены.

Больной сильно истощен, бледен. При выслушивании легких—жесткое дыхание с удлинненным выдохом на большом протяжении; границы легких опущены. Границы сердца заглушены, тоны глухие. Органы брюшной полости нормальны. В области тазобедренного сустава заметна опухоль, которая с одной стороны как бы приподнимает собой мышцы левой ягодицы, с другой—вдаётся в левую подвздошную яму, выполняя всю ее. Верхняя граница опухоли на уровне *sp. iliaca ant. sup.*, внутренняя—на 3 пальца не доходит до средней линии живота. Наружная и нижняя границы опухоли не контурируются. Наощупь опухоль плотна, безболезненна, покрыта нормальной кожей. Рентгеном обнаружено разрушение тазовых костей в области вертлужной впадины.

Таким образом клиническая картина болезни и объективные данные определенным образом говорили за поражение тазовых костей злокачественным новообразованием. Больному была предложена операция, о непосредственной опасности которой он был поставлен в известность, и после некоторых колебаний больной дал на нее согласие.

Операция была произведена 10/VI под спинномозговой анестезией. Люмбальным проколом введено в спинномозговой канал 1,7 к. сант. 5% раствора новокаина. За 1/2 часа до операции впрыкнуто подкожно 1,5 к. сант. 1% раствора морфия. Самая операция начата кожным разрезом, предложенным проф. Салищевым,—от конца левого XII ребра по направлению к *sp. iliaca ant. sup.* и дальше, несколько выше пупартовой связки, до лонного бугра. Широкие мышцы живота рассечены. В обнаженной подбрюшинной клетчатке отысканы мочеточник и семенные сосуды. Эти органы вместе с брюшиной отслоены к средине. После этого отысканы оттесненные опухолью общая подвздошная артерия и вена и перерезаны между двумя лигатурами, причем перед перевязкой вены ноге на время было придано высокое положение для получения обескровливания ее. Кожный разрез продолжен по промежуточно-бедренной складке до седалищного бугра, отсюда он направлен позади большого вертела на соединение с первым разрезом выше *sp. iliaca ant. sup.* Далее мягкие ткани близ симфиза отделены от горизонтальной ветви лобковой кости, оказавшейся здесь здоровой, и последняя перерезана проволоочной пиллой. Затем пила проведена через *foramen obturatorium*, и перепилена седалищная кость. Конечность и левая половина таза после этого значительно подались в сторону. Распластанная по опухоли пояснично-подвздошная мышца перерезана выше опухоли, точно также перерезан и бедренный нерв. Отступая на один сантиметр от крестцово-подвздошного сочленения, тазовая кость перебита долотом, и конечность после перерезки других мягких тканей удалена вместе с опухолью, целость которой не была нарушена. Кожно-мышечный ягодичный лоскут, в соединении с которым оставлена тонкая пластинка седалищного бугра, шит с соответствующими тканями брюшной стенки, и только в нижнем углу раны оставлен марлевый тампон. Кровотечение во время операции было ничтожное. Больной во все время операции, продолжавшейся 1 1/2 часа, разговаривал со стоявшим на пульсе фельдшером, и только в момент перерезки нервов крестцового сплетения у него было отмечено ослабление пульса и побледнение лица; но тотчас введенные внутривенно 2 к. с. раствора кофеина восстановили пульс, и во время зашивания кожи больной уже снова чувствовал себя хорошо. Наложена хорошая повязка, и, кроме того, левая сторона таза уложена в пригтовленную заранее гипсовую полумуфту, приблизительно соответствовавшую по форме тому, что мы ожидали получить после операции.

При осмотре препарата оказалось, что опухоль шаровидной формы, величиною в голову новорожденного, исходит из тела подвздошной кости; вертлужная впадина ею разрушена, головка бедренной кости кажется сидящей в опухоли, хотя суставной хрящ ее цел; на разрезе опухоль мясиста, бледно-серого цвета. Микроскопического исследования ее сделано не было.

В послеоперационном периоде наблюдались нагноение в нижнем углу раны и остеомиелит оставшейся части лобковой кости, потребовавший 6/IX повторного вмешательства, после чего рана стала быстро выполняться хорошими грануляциями, и 15/IX больной начал ходить на костылях, значительно поправившись. Но вот, 1/XI у него кнутри от середины протяжения операционного рубца было отмечено уплотнение без каких-либо воспалительных явлений. Это уплотнение стало быстро расти и к 20/XII в виде овала распространилось до средней линии живота; одновременно появились резкие боли в области опухоли, не дававшие больному спать; оставшаяся небольшая гранулирующая поверхность в нижнем конце раны стала покрываться грязным налетом, и рубец начал распадаться. Рецидив опухоли был, стало быть, налицо. О повторном вмешательстве не могло быть речи, и больной по просьбе родственников 28/XII был отпущен домой. О дальнейшей судьбе его мне ничего неизвестно, но о печальном исходе догадаться нетрудно.

Как видно из описания примененного оперативного вмешательства, операция в данном случае была мною сделана несколько атипически: лонное соединение не было нарушено, крестцово-подвздошное сочленение также осталось нетронутым, наконец, незначительная пластинка седалищного бугра также была оставлена в связи с кожно-мышечным лоскутом, чем имелось в виду получить в дальнейшем более устойчивую опору для брюшных внутренних органов и для ношения протеза. Может быть, проявленный мною в этом консерватизм и был причиной быстрого рецидива опухоли, так как оставленные участки костей тазового полукольца, казавшиеся на вид совершенно здоровыми, имея общие кровеносные и лимфатические сосуды с пораженными опухолью участками, могли уже содержать в себе заносы частиц опухоли, а может быть, опухоль стала расти из зараженных уже лимфатических забрюшинных желез. Которое из этих двух предположений верно,—решать не берусь, однако твердо уверен, что операция *amputatio*, а в большей степени *exarticulatio interileo-abdominalis*, произведенная возможно раньше, могла бы не только спасти жизнь моего больного, но и сделать его отчасти трудоспособным. Вообще, несмотря на громадность операционного поля, на колоссальную травму, наносимую организму, от которого удаляется около $\frac{1}{5}$, по весу, всего тела, данная операция, по моему, должна иметь все права гражданства в хирургии—тем более, что техническое выполнение ее особых трудностей не представляет.

Показанием к ней являются злокачественные новообразования, главным образом саркомы бедра и тазовых костей,—в тех случаях, когда не может быть применено более консервативное вмешательство, как экзартикуляция бедра или резекция тазовых костей. По некоторым авторам эта операция уместна также при остеомиелитических и туберкулезных поражениях таза, а также иногда при травматических повреждениях последнего. Из известных до сих пор случаев она была произведена однажды по поводу травматического повреждения таза, 5 раз по поводу остеомиелита, 11 раз по поводу тбс, остальные же 59 случаев приходятся на саркомы таза.

Причинами смерти при этой операции являлись чаще всего шок, затем кровопотеря и инфекция. Что касается последней причины, то при современном состоянии асептики она не должна нас пугать. Относительно

мер, применяемых для предупреждения кровопотери, взгляды авторов в последнее время как будто тоже сходятся: перевязка общей подвздошной артерии или, отдельно, наружной подвздошной и подчревной дает возможность сохранить питание кожно-мышечного лоскута, не вызывает опасных расстройств в питании органов малого таза и дает возможность выполнить операцию без большой кровопотери. Наложение жгута по Momburg'у, далеко небезразличное для организма, на мой взгляд при этой операции совершенно не нужно. Опаснее всего при данной операции шок, возникающий вследствие обширной травмы, главным образом при перерезке нервов крестцового сплетения. Вот почему блокада нервов, которая достигается люмбальной анестезией, так желательна в данном случае. Этим, очевидно, и надо объяснить тот факт, что из 10 оперированных больных, где была применена спинномозговая анестезия, умерло только трое, причем у одного из них причиной смерти выставляется наложение жгута по Momburg'у. Общий же наркоз давал смертность почти в три раза большую.

Позволю себе сделать следующие выводы:

1) Главная опасность, ведущая к большой смертности при операции *amputatio interileo-abdominalis*, заключается в развитии коллапса при перерезке нервов крестцового сплетения.

2) Блокада нервов, достигаемая люмбальной анестезией, предупреждает возникновение шока и ведет к понижению процента неблагоприятных исходов после этой операции.

3) Наложение жгута по Momburg'у при перевязке подвздошных сосудов излишне.

4) Злокачественные новообразования тазобедренного сустава с переходом их на таз являются безусловным показанием к данной операции.

5) Распространение рентгеновских аппаратов по периферии даст возможность чаще и раньше диагностировать саркомы тазовых костей, и в связи с этим смертность при этой операции должна будет снизиться.

ЛИТЕРАТУРА.

Кадыан. Летопись русской хир., 1900, кн. 4.— Михайлов. Хирургия, 1902, т. XI.—Крым. Хирургия, 1913, т. XXXIV.—Бржозовский. Новый хир. арх., 1924, т. 4, кн. 2.—Рабинович. Новая хир., 1925, т. I.—Шаак. Вестник хир. и погр. обл., т. X, кн. 30, 1927.
