

УДК 616.833.58–006.04–031–089.166

## Удаление опухоли седалищного нерва с интра-экстратазовым расположением

**В.А. Бабоша, Г.В. Лобанов, В.А. Шимченко, Е.А. Солоницын**

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого государственного медицинского университета им. М.Горького. Украина

Характер роста опухолей мышц, нервных стволов в большинстве случаев предсказуем. Они растут по ходу пораженного органа. Удаление их не представляет больших трудностей в области, например, конечностей, тем более когда опухоль доброкачественная. Однако операция в области сложного анатомического образования, каким является таз, представляет большие трудности, особенно в тех случаях, когда анатомическое образование и его опухоль имеют интра-экстратазовое расположение [1, 2].

Подобную опухоль нам пришлось удалять при нейросаркоме седалищного нерва. Приводим это наблюдение.

Больной Л., 30 лет, рабочий, история болезни №11225, был направлен в клинику костной онкологии по поводу больших размеров опухоли в правой ягодичной области. Болен около 8 лет. Лечился в местной больнице вначале по поводу боли в ягодичной области, расцененной как воспаление седалищного нерва. Получал соответствующую медикаментозную терапию и физиотерапевтические процедуры, что не давало ощутимого эффекта.

Два месяца назад в области правой ягодицы обнаружил опухолевидное образование, которое стало быстро увеличиваться. Появились «прострелы» с выраженной болью по задней поверхности правого бедра и голени. Боль беспокоит и ночью.

При осмотре отмечалось опухолевидное образование, занимающее пространство от крестца, крыла подвздошной кости и верхней трети задней поверхности бедра: пальпаторно оно округлой формы, плотноэластической консистенции, неподвижное, умеренно болезненное. Со стороны нижней конечности заметных изменений нет.

Пальпация правой подвздошной области не выявила изменений, кроме умеренной болезненности.

При рентгенологическом исследовании определяется тень новообразования в ягодичной области, изменений со стороны правой подвздошной кости и других костей таза нет. При компьютерной томографии в полости таза справа, между подвздошной костью и крестцом с распространением в ягодичную область определяется образование в виде «песочных часов», размерами 12x15x8 см. (рис. 1). Оно имеет капсулу толщиной до 0,2–0,3 см и низкоплотное неоднородное содержимое. В полости таза данное образование деформирует подвздошные сосуды, мочевой пузырь, прямую кишку и семенные пузырьки, смещая их влево. Задневерхний край образования прилежит к передним крестцовым отверстиям на уровне SI–III без четкой границы.

При вазографии определялось снижение пульсового кровенаполнения правой нижней конечности с асимметрией на уровне бедра в 1,4 раза, на уровне стопы в 1,3 раза. Данные нервно-мышечной возбудимости: снижение ее по правому малоберцовому нерву в 3 раза, по большеберцовому — в 1,6 раза, реакция при раздражении вялая, типичная.

Со стороны крови: СОЭ — 56 мм/час; тромбоциты — 580,8 тыс. Исследование биопсийного



Рис. 1. Спиральная компьютерная томография опухоли



Рис. 2. Внешний вид удаленной опухоли

материала (открытое взятие кусочка ткани) показало веретенчатую структуру с участками большого агипизма клеток.

Расположение опухоли внутри и снаружи таза определило хирургическую тактику, а именно: 1) оперативный доступ; 2) необходимость перевязки внутренней подвздошной артерии; 3) объем удаляемых тканей; 4) закрытие раны; 5) дренирование.

В первую очередь необходимо было предотвратить кровотечение из крупных артериальных стволов внутренней подвздошной артерии: верхней и нижней ягодичных артерий, которые непосредственно находятся в районе операции.

Положение больного с приподнятой правой половиной таза. Разрезом от задневерхней до передней ости подвздошной кости и далее на переднюю поверхность бедра рассечены кожа, фасция, отсечены брюшные мышцы, паховая связка, они смещены кнутри. Забрюшинно обнаружены подвздошные сосуды, их бифуркация. На расстоянии 1,5–2 см от угла последней мобилизована внутренняя подвздошная артерия, перевязана двумя лигатурами. Рана тампонирована и укрыта большими салфетками. Больной повернут на  $\frac{3}{4}$  на живот. По длинному размеру пальпируемой опухоли проведен разрез кожи и фасции с иссечением участка, где была биопсия. Под фасцией определялись волокна ягодичной мышцы бледно-синего цвета, резко истонченные. Тупо волокна сняты с опухоли. По передневерхнему участку опухоли определялись такие же рас-

тянутые мышечные волокна грушевидной мышцы, внизу — внутренней запирательной. Они интимно связаны с опухолью. Сухожилия указанных мышц отсечены от большого вертела, после чего удалось мобилизовать опухоль сверху и снизу до вырезки подвздошной кости.

Нижний полюс опухоли плавно переходит в нервные волокна седалищного нерва. После введения 1% раствора лидокаина в ствол седалищного нерва проведено его пересечение на 4 см книзу от видимой границы нормального цвета и диаметра нервной ткани. После этого удалось опухоль отделить от заднего отдела тазобедренного сустава, его капсулы. Освободив опухоль от вырезки подвздошной кости, больного повернули на бок ( $\frac{3}{4}$  на спину). Открыта рана и доступ в подвздошную область. Подвздошная мышца с бедренным нервом отведена кнаружи, сосуды кнутри. Выделено начало седалищного нерва в области крестца. Нерв входит в опухоль без четких границ. После обезболивания нерв (два его ствола) пересечен у выхода из крестцовых отверстий, около 6 см кверху от опухоли.

Дальнейшее выделение внутритазовой части опухоли без больших затруднений: потягивая за наружную часть, толкая изнутри и отсекая начало грушевидной мышцы от крестца, опухоль удалили.

Кровоточащие сосуды перевязаны. Вход в полость таза со стороны ягодичцы закрыт остатками мышц и фасции. Раны дренированы.

Опухоль размерами 25x18x10 см, округлой формы (рис. 2), на разрезе светлосерая ткань с участками некроза темно-бурого цвета.

Цитологическая форма опухоли — нейросаркома.

Послеоперационное течение без особенностей. Осмотрен через 3,5 месяца. Ходит без опоры, отмечается умеренное отвисание стопы. Послеоперационные рубцы обычные, рецидива опухоли нет. Получил курс лучевой терапии.

## Литература

1. Чаклин В.Д. Хирургические доступы при лечении опухолей костей таза / В.Д. Чаклин // Ортопед., травматол. — 1966. — №2. — С. 3–9.
2. Корж А.А. Хирургическое лечение заболеваний таза / А.А. Корж, Н.И. Кулиш, К.Н. Моисеева. — Киев, «Здоров'я», 1985. — С. 19–20.