

## ПОЗДРАВЛЯЕМ ЮБИЛАРА !

### НАХИМ ЕВСЕЕВИЧ МАХСОН

15 декабря 2003 г. исполнилось 85 лет со дня рождения и 62 года врачебной и научной деятельности известного хирурга, травматолога-ортопеда, костного онколога Н.Е. Махсона. Его трудовой путь начался в первые дни Великой Отечественной войны, когда он, выпускник II Московского медицинского института, был направлен на фронт в батальон авиационного обслуживания в качестве начальника и ведущего хирурга лазарета. Прошел всю войну в составе действующей армии. Награжден тремя орденами Красной Звезды, орденом Отечественной войны II степени, многими медалями. По окончании войны работал в Кировограде начальником и ведущим хирургом гарнизонного лазарета, затем (после увольнения из армии) заведующим крупным хирургическим отделением городской больницы. В 1959 г. переехал в Москву, поступил ординатором в городскую онкологическую больницу № 62, в 1962 г. перешел в отделение костной патологии Центрального института травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. С приходом Н.Е. Махсона в ЦИТО появился еще один хирург, который умел с удивительным мастерством оперировать во всех областях человеческого тела.



Умение широко мыслить, высочайший профессионализм, творческий подход к работе, критическое отношение к стандартным установкам, целеустремленность и смелость в действиях, твердость в отстаивании принципиальных позиций — качества, отличающие Н.Е. Махсона-ученого, клинициста, человека. В период, когда онкология переживала бум сверхрадикальных резекций, он одним из первых начал разрабатывать принципы органосохраняющих операций. Им были выполнены первые в стране операции по аллотрансплантации и эндопротезированию у онкологических больных, он возродил и модифицировал межлопаточно-грудные резекции, первым начал применять межподвздошно-брюшные резекции как альтернативу ампутациям. Н.Е. Махсону принадлежит большая заслуга в разработке проблемы лечения больных с тяжелым остеомиелитом различной локализации. Под его руководством в блоке раневой инфекции ЦИТО была создана комплексная система лечения, позволяющая купировать гнойный процесс, сохранив у большинства больных имплантированные металлические конструкции (и, следовательно, функцию конечности).

Результаты научных поисков и огромный клинический опыт Н.Е. Махсона нашли отражение в его многочисленных журнальных публикациях, в книге «Гнойная травматология костей и суставов» (в соавторстве с А.В. Капланом и В.М. Мельниковой), изданной в 1985 г., а также в серии монографий, написанных вместе с сыном и продолжателем его дела А.Н. Махсоном, — «Адекватная хирургия при опухолях плечевого и тазового пояса» (1998), «Адекватная хирургия опухолей конечностей» (2001), «Хирургия при метастатических опухолях конечностей» (2002).

В настоящее время Нахим Евсеевич работает в Московской городской онкологической больнице № 62 — ведет прием больных в поликлинике, делится своим опытом с молодыми коллегами, обучая их не только врачебному мастерству, но и медицинской этике. Его высокие нравственные принципы, неравнодушные, активная доброта, молодость души неизменно привлекают к нему окружающих, вызывают их любовь и глубокое уважение.

*Желаем Нахиму Евсеевичу доброго здоровья, радости, долгих лет активной творческой жизни!*

© Н.Е. Махсон, 2004

## ЕЩЕ РАЗ ОБ АДЕКВАТНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

*Н.Е. Махсон*

Московская городская клиническая онкологическая больница № 62

Определение «адекватный» широко используется применительно к самым различным понятиям. Политики говорят об адекватной реакции на те или иные события в международной и внутренней жизни страны, военные — об адекватном ответе на возникающие угрозы. Очевидно, что в каждом конкретном случае это слово имеет (или, по крайней мере, должно иметь) строго определенное значение. В полной мере это относится и к медицине. В последнее время врачи все чаще используют словосочетание «адекватное лечение» — обычно в значении «правильное, достаточное». Однако если в основу этого определения не заложены четкие объективные критерии, оно неизбежно будет расплывчатым, субъективным.

В Московской городской онкологической больнице № 62 разработана концепция адекватной хирургии при опухолях опорно-двигательного аппа-

рата и дано четкое определение понятия адекватной операции при этой патологии. *Адекватной является операция, выполненная по основным онкологическим правилам, т.е. радикально и абластично, и при этом в максимально возможной степени сохраняющая функцию оперированной конечности.*

Для сохранения максимально возможной функции конечности используются все современные достижения ортопедии — эндопротезирование там, где оно показано, замещение образующихся дефектов аутоотрансплантатами, в том числе с применением микрохирургической техники. Оправданны и другие приемы пластической хирургии, позволяющие улучшить качество жизни оперированного больного. И здесь нельзя не напомнить о выдвинутом еще в начале XX века нашими соотечественниками П.И. Тиховым и А.Н. Богоразом простом и мудром предложении: при опухолях проксималь-

ного отдела конечностей не производить их ампутацию или экзартикуляцию, при которых во имя радикальности операции приносится в жертву не пораженный дистальный, наиболее ценный в функциональном отношении отдел, а сохранять его на сосудах и нервах. Таким образом на верхней конечности сохраняются кисть и предплечье, на нижней — стопа и голень (нужно ли говорить, что ни один самый совершенный протез не может вернуть им чувствительность). Это предложение было оценено как фундаментальное, и имя проф. П.И. Тихова внесено Американской ассоциацией хирургов в антологию мировой хирургии.

Обычно диагностируются раздельно опухоли костей и опухоли мягких тканей (чаще всего это опухоли мышц). Для ортопедических заболеваний деление на поражения костей и поражения мышц и выполнение оперативных вмешательств на костях либо на мышцах вполне оправданно. Однако в хирургической анатомии и, соответственно, в онкологической хирургии не существует отдельно костной и мышечной систем — есть единая костно-мышечная система. Опухоли, возникающие в костях, неизбежно распространяются в окружающей мышечной ткани и, наоборот, опухоли мышц, расположенных в мышечном футляре, непосредственно окружающем кость, в той или иной степени распространяются на кость (по меньшей мере, на подлежащую надкостницу).

Исходя из этого — в общем известного — положения, автор концепции адекватной хирургии (А.Н. Махсон) в дополнение к международной классификации опухолей TNM (tumor, nodulus, metastases) предложил классифицировать опухоли опорно-двигательного аппарата по степени их выхода за пределы кости в окружающие ее мышечно-фасциальные влагалища. Первая стадия распространения процесса — опухоль локализуется (по рентгенологическим данным) в пределах кости. В такой ситуации резекция кости производится не поднадкостнично, как это принято в ортопедической практике, а с пересечением тонкого слоя подлежащей мышцы или ее сухожилия. Вторая стадия — опухоль не вышла за пределы ближайшего к кости мышечно-фасциального влагалища. В данном случае в соответствии с принципом зональности и футлярности, разработанным А.И. Раковым, это влагалище должно быть иссечено целиком или в большей своей части. На уровнях, где иссечение всего влагалища (т.е. с точками прикрепления мышц к кости) хирургически неосуществимо, мышечный футляр пересекается в зоне здоровых тканей — на расстоянии, не меньшем, чем протяженность опухоли по длине кости. На второй стадии выполняема адекватная органосохраняющая операция. На третьей стадии, когда опухоль распространяется в следующий, покрывающий ближайший к кости мышечно-фасциальный футляр, адекватной может быть только ампутация или экзартикуляция. Исключением являются опухоли лопатки. Анатомия этой области такова, что лопатка и окружающие ее мышечно-фасциальные футляры могут быть удалены целиком с обеими точками при-

крепления мышц — на лопатке и в области проксимального метаэпифиза плечевой кости. При этой локализации опухоли органосохраняющие операции допустимы и на третьей стадии распространения процесса. При опухолях бедра решением проблемы может быть операция Н.А. Богораза. Принцип зональности в этом случае реализуется в полной мере. Из двух циркулярных разрезов кожи выше и ниже опухоли пересекаются все мягкие ткани (кроме магистральных сосудов и нервов) и кость и удаляется целый сегмент конечности длиной 20 см и более. Затем опилы костей (бедренной и большеберцовой) сращиваются с последующим удлинением конечности.

Адекватной и неадекватной может быть не только резекция, но и ампутация. Ее уровень определяет качество жизни больного. Однако в любом случае ампутация должна быть произведена с учетом принципа зональности, т.е. на таком уровне, чтобы в препарат целиком ушел мышечно-фасциальный футляр. Например, при опухоли нижней трети голени ампутация возможна в ее верхней трети. При этом сохраняется коленный сустав. Качество жизни больного в таком случае будет значительно выше, чем после ампутации на уровне бедра. При показаниях к ампутации бедра она должна производиться в средней его трети, т.е. выше места прикрепления на бедре мышц голени. При такой ампутации в полной мере соблюдается принцип зональности по А.И. Ракову: мышечно-фасциальный футляр удаляется целиком.

Опухоли опорно-двигательного аппарата по сравнению с другой онкологической патологией встречаются редко. Больные, как правило, госпитализируются или в ортопедические, или в онкологические отделения общего профиля. Ортопеды оперируют больных в соответствии с правилами ортопедической хирургии — без учета онкологических правил, на освоение которых требуются годы работы с онкологическими больными. В свою очередь, онкологи общего профиля нередко производят ампутации больным, у которых были возможны органосохраняющие операции, ампутации подчас выполняются на не оправданном с онкологических позиций уровне.

Диагностика опухолей опорно-двигательного аппарата сложна и ответственна. Она требует дружественной работы трех специалистов, подготовленных в этой области, — клинициста, рентгенолога и патолога. Хирурги, оперирующие таких больных, кроме знания правил онкологической хирургии, должны владеть всеми современными методами ортопедических вмешательств. Таким образом, появляется новая специальность — онкологическая ортопедия. Для успешного лечения сложной категории больных с опухолями опорно-двигательного аппарата нужны специализированные отделения. Таких отделений в больничной сети страны пока единицы. Понятно, что они не могут удовлетворить потребность населения в данном виде помощи. По нашему глубокому убеждению, подобные отделения должны быть созданы в каждом крупном административном центре страны.