

ОПЕРАТИВНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ЖОМА

З. И. Архипова

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А. М. Аминев) Куйбышевского медицинского института

Недостаточность функции анального сфинктера, проявляющаяся недержанием кала и газов,— одно из тягостных заболеваний.

Для устранения недержания кала и газов предложено более 65 методов, большая часть из которых направлена на создание волевого искусственного сфинктера. С помощью других способов производят сужение заднего прохода. Используют компрессоры, зажимающие задний проход. Несомненно, пластические операции по созданию искусственного сфинктера являются наиболее радикальными.

Различают мышечные и мышечно-фасциальные методы создания волевого искусственного сфинктера прямой кишки.

Искусственный сфинктер создавали из ягодичных мышц [3, 4], из нежных мышц бедер [2], из приводящих мышц бедер, из мышц, поднимающих задний проход, и др. Большинство методов мышечной пластики сложно, травматично, при них производят большие кожные разрезы, нередко имеются резкие перегибы и значительные отклонения пересаженных мышечных лоскутов. Все это способствует развитию раневой инфекции, нарушению трофики пересаженных трансплантатов и их атрофии.

К мышечно-фасциальным методам относится операция Р. Р. Вредена, предложенная в 1928 г. Из широкой фасции бедра выкраивают две полоски длиной 18—20 см и шириной 1—1,5 см. Через два полуовальных разреза справа и слева от ануса фасциальные полоски укладывают в подкожных тоннелях в виде встречных полупетель вокруг анального отдела прямой кишки. Один конец каждой полоски проводят через волокна внутреннего края большой ягодичной мышцы. Полоски натягивают, концы их сшивают.

Подавляющее число авторов сообщает об единичных операциях, осуществленных по той или иной методике, и приводит только ближайшие исходы.

Суммарные же результаты различных пластических операций по созданию искусственного анального сфинктера, составленные на основании данных литературы, следующие. Всего прооперировано 373 больных, у 152 получены хорошие результаты, у 196 достигнуто улучшение и у 26 эффекта не было. Отсутствие эффекта связано с сопутствующим рубцовым стенозом или рубцовой деформацией ануса (14 больных) или нагноением операционных ран и некрозом пересаженных трансплантатов (11 больных), в единичных случаях — с рубцовым стенозом заднего прохода, развившимся на почве воспаления операционных ран.

В проктологическом отделении клиники госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института при лечении анальной недостаточности применялся метод Р. Р. Вредена. В клинике и больнице г. Куйбышева за последние 14 лет операция Вредена по поводу недержания кала и газов была осуществлена у 70 больных. Этот метод был несколько модифицирован и усовершенствован. Так, вместо четырех кожных разрезов делают только два полуовальных разреза справа и слева от заднего прохода. Выкроенные фасциальные полоски опускают на несколько минут в раствор антибиотиков (пенициллина или стрептомицина). Чтобы не перепутать полоски при проведении их в тоннелях, концы одной из них смазывают каким-либо красящим веществом. Натяжение полосок перед сшиванием их концов контролируют сфинктерометром проф. А. М. Аминева. При этом тонус искусственного сфинктера должен быть не менее 300 г.

14 больных из 70 прооперированы типично по Р. Р. Вредену, остальные 56 — по модифицированному на кафедре методу. Раны зажили первичным натяжением у 61 пациента, вторичным — у 9. Воспаление операционных ран было вызвано их инфицированием, плохой регенерацией при сопутствующей рубцовой структуре или рубцовой деформации заднего прохода, применением вместо фасциальных полосок синтетической ткани (капрона и лавсана).

Отличные непосредственные результаты операции Вредена получены у 41 больного, хорошие и удовлетворительные — у 18, операция не принесла улучшения 11 больным.

У большинства больных, выздоровевших после сфинктеропластики, заднепроходное отверстие до операции зияло, свободно пропускало 2—3 пальца, было мягким, в его толще и в периаанальной области не наблюдалось грубых рубцов. Дилатация анального кольца у больных этой группы равнялась 2,5—5,5 см.

Отличный результат операции получен и у 2 больных, у которых до сфинктеропластики был иссечен сопутствующий рубцовый стеноз ануса и произведена пластика заднего прохода.

В группе с удовлетворительными результатами операций у 13 больных из 17 герметическому закрытию заднепроходного отверстия после сфинктеропластики препятствовали имевшиеся до операции и усилившиеся или появившиеся после нее рубцовый стеноз

или рубцовая деформация анального отверстия. У 2 из них применялись полоски капрона.

Двое больных не ощущали позыва на дефекацию (естественный сфинктер у них был удален при брюшно-промежностной ампутации по поводу рака прямой кишки). Забывали сокращать искусственный жом ребенок 6 лет и 65-летняя женщина. Не принесла успеха операция Вредена у 4 больных из 8, у которых в послеоперационном периоде развилось воспаленные операционных ран и рубцовый стеноз ануса, который затем был рассечен вместе с полосками фасции или капрона, или прорезались швы и ослабло натяжение фасциальных полосок. Отрицательный результат операции Вредена получен у 2 больных, у которых до сфинктеропластики производилась пересадка моче-точников в прямую кишку при врожденной слабости сфинктера уретры и при эктопии мочевого пузыря. Искусственный жом не функционировал у 2 детей в возрасте 11 месяцев и двух лет, которые не могли сознательно тренировать новый сфинктер и пользоваться им. Не наступило улучшение у больного с недержанием газов и жидкого кала. Герметическому закрытию ануса у него также препятствовало рубцовое перерождение периаанальной области.

Отдаленные результаты операции сроком от 1 года до 14 лет проверены у 54 больных. У 2 больных возник рецидив рака дистального отдела прямой кишки. Опухоль распространилась и на фасциальные полоски, и они были удалены вместе с конгломератом опухоли. У одного больного спустя год после успешной сфинктеропластики при случайном падении на ягодичную область произошел разрыв одной из полосок фасции. Недержание у него было ликвидировано повторной односторонней операцией Вредена.

На кафедре применяли также метод Четвуда — Шемакера (5 раз) и метод Фаермана (дважды). Хороший ближайший результат операции Шемакера был получен лишь у 1 пациента. У 2 больных результат был удовлетворительный, у 2 — отрицательный. Через 1—3 года атрофировался новый жом, созданный методом Шемакера, у 2 больных и через 6 лет — у больной после операции Фаермана.

Отрицательный результат операции Шемакера наблюдался у больного с сопутствующим рубцовым стенозом ануса и у ребенка с пересаженными мочеточниками в прямую кишку при эктопии мочевого пузыря.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее удовлетворяющим методом создания искусственного анального сфинктера при лечении анальной недостаточности в настоящее время можно считать метод Р. Р. Вредена. Он технически прост, атравматичен, довольно эффективен. При неудаче его можно повторять, он не препятствует в последующем производству других методов сфинктеропластики. Операция Вредена при любом своем исходе не ухудшает функцию удержания кала.

2. Наиболее подходящий возраст для лечения детей, страдающих органической формой недостаточности функции сфинктера прямой кишки, — 6—8 лет.

3. Сопутствующие или являющиеся причиной анальной недостаточности рубцовый стеноз ануса или его деформация отрицательно влияют на исходы всех пластических операций по созданию искусственного заднепроходного жома. Улучшает результат операции в данном случае предварительное иссечение рубцовой стриктуры и грубых, деформирующих анус рубцов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вреден Р. Р. Сборник научных трудов медицинского института. Ростов-на-Дону, 1928, — 2. Фаерман И. Л. Нов. хир. арх., 1928, 3. — 3. Chetwood Ch. H. Med. Rec., 1902, 4, 529 — 4. Schoemaker I. Vorhandl. deut. Gesellsch. Chir., 1909, 38, 177, 220; Arch. klin. Chir., 1927, 211.

УДК 616.71—001.5—611.96

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА И ЕЕ ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

А. Н. Каралин

*Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — ст. научн. сотр. У. Я. Богданович)*

Существующие классификации можно разделить на три группы. Одни из них учитывают в основном особенности механизма повреждения [6, 13], другие — клинические особенности переломов [7, 12, 14], третьи — топографические особенности [15].