

## Свободная пересадка фасций в хирургии и гинекологии.

А. Т. Лидского.

Как ни ценна специализация в медицине, как ни обязаны мы ей детальнейшей разработкой отдельных отраслей нашей науки, все же приходится отметить и теневую сторону этого направления: общие положения и усовершенствования техники в одной области не так скоро становятся достоянием, а иногда и совсем исчезают для другой. Углубляясь в одну дисциплину, мы не успеваем следить за успехами другой.

Впервые вопрос о свободной пересадке фасций возник 15 лет назад, когда проф. В. Л. Боголюбовым была предложена операция выключения привратника помощью свободно взятой полоски фасции. В 1909 г. была опубликована работа Kirschner'a, основанная на обширных экспериментально, а впоследствии и клинически добытых данных, где свободная пересадка фасций уже возводится в метод, и автор пытается очертить и круг применения этого в высокой степени благодарного пластического материала: для укрепления мышечной стенки полостей, при обширных грыжах, для устранения анкилозов, для изолирования шва на нервах и т. д. Вскоре затем работами König'a и Hohmeier'a было установлено, что фасция является прекрасным материалом, подкрепляющим швы на полых органах, покрытых и непокрытых брюшиной, причем такое подкрепление авторы советуют применять особенно в тех случаях, когда есть причина опасаться за целость и прочность шва, наложенного на кишки, мочевого пузыря, пищевод и пр. Иоффе (1913) своими экспериментами на кошках также убедительно доказал всю ценность фасций, как пластического матерьяла для замещения дефектов и подкрепления ненадежных швов стенки кишек и мочевого пузыря, причем на основании своих микроскопических исследований этот автор пришел к заключению, что пересаженная фасция не обнаруживает склонности к сморщиванию, т. е. не дает стриктур кишечника, быстро васкуляризируется, питаясь до этого в доста-

точной степени в первые дни после пересадки омывающей ее лимфой, и, наконец, через некоторое время покрывается на стороне, обращенной в просвет органа, специфическим для последнего эпителием.

В обширной работе Корнева (1913), из клиники проф. Цейдлера, можно найти более подробные указания на те процессы, которые разыгрываются в пересаженном куске фасции. По этому автору, на смену тем незначительным дегенеративным процессам в пересаженном лоскуте, которые наблюдаются в первое время после пересадки, вскоре начинают развиваться прогрессивные процессы, сказывающиеся в энергичном проростании пересаженного куска вновь образованными сосудами, в быстром нарастании количества ядер и сочности последних. Скружающая ткань продуцирует тонкий слой соединительной ткани, которая окутывает как-бы являщем пересаженный кусок, не прорастая его. При замещении дефектов сухожилий и брюшной стенки происходит, спустя известное время,—вероятнее всего, благодаря механическому воздействию,—„уподобление пересаженной фасции окружающей ткани“. Пересаженная фасция служит как-бы проводником, по которому происходит замещение утерянных тканей из сохранившихся на месте дефекта.

В 1910 г. van Saar, а затем А. В. Смирнов (1913) и Здродовский (1915) экспериментально установили, что одним из лучших способов замещения дефектов твердой мозговой оболочки является вшивание свободного лоскута фасции, после чего в русской и иностранной литературе появляется ряд сообщений (Lucas, Kirschner, Denn, Смирнов и др.) о весьма успешных операциях этого рода после огнестрельных ранений с разрушением черепных костей, после удаления новообразований этих костей, когда приходилось удалять и часть оболочек и т. п. Так, напр., Лавров (XIII Съезд хирургов) на основании материала Обуховской больницы в Ленинграде говорит, что „фасция представляет собой прекрасный пластический материал для замещения дефектов твердой мозговой оболочки. Приживая почти всегда, она с успехом служит для герметического закрытия субдурального пространства, для предупреждения истечения мозговой жидкости и поступления инфекции извне; с таким же успехом она служит и в качестве защиты против выпадения мозга при обширных иссечениях твердой мозговой оболочки“.

Значительный интерес представляет, далее, применение фасции, как фиксирующего материала, в операции крипторхизма, причем авторы (Лавров, Корнев и др.) подчеркивают те прекрасные результаты, которые при этом получались, а я-бы прибавил еще ту

легкость техники, которая выгодно отличает данный метод от других способов, предложенных для лечения этой аномалии развития.

Paÿr, Ritter, Warschauer и др. широко пользовались фасциями для восстановления подвижности в анкилозированных суставах, получая при этом вполне удовлетворительные результаты. Равным образом Дуранте, Корнев и др. указывают на отличные результаты, полученные ими при восстановлении подвижности в анкилозированных челюстных, локтевом и др. суставах помощью прокладки их свободно взятой фасцией.

Фасция, затем, нашла себе применение для восстановления и воссоздания парализованных или травматически поврежденных сфинктеров уретры и прямой кишки, а также при выпадениях последней. Широко,—можно уже теперь сказать,—применяется вшивание полоски фасции вокруг анального конца прямой кишки при выпадениях ее взамен мертвой серебряной проволоки.

Neudorfer (1913) применил в двух случаях свободно взятый кусок фасции для закрытия дефекта при *spina bifida*, причем автор этот отдает предпочтение данному способу перед другими, вроде пересадки кости, учитывая как простоту его техники, так и „неприхотливость“ пересаженной ткани.

Heuschen, Иконников, Смирнов предлагали фасцию для замещения дефектов грудобрюшной преграды, остающихся после иссечения злокачественных опухолей и др.

Оригинальное применение нашла себе свободная пересадка фасций в глазной практике. Kirschner'ом, основателем разбираемого метода, была применена пересадка полоски фасции при птозе верхнего века, причем один конец полоски был фиксирован в хрящу, другой, после подкожного проведения, был пришит к лобной мышце.

Мы не будем останавливаться на случаях применения свободной пластики фасций при больших эвентрирующих грыжах после лапаротомий, а также на вшивании фасциальных лоскутов после типических грыжесечений при очень больших грыжевых воротах и дряблой стенке, ибо этот метод получил уже широкую известность и распространение (Hume, 1921).

Все эти данные позволяют нам широко пользоваться фасцией, как прекрасным материалом, легко доступным, могущим быть добытым в очень больших количествах без ущерба для дающей части или органа (Хесин, 1923),—материалом, который приживает быстро и прочно, почти независимо оттого, куда его пересаживают, в достаточной степени упругим, могущим противостоять внутриполостному давлению, мало страдающим в функциональном отношении даже в тех случаях, когда в месте пересадки развилась инфекция.

Мы лично имели возможность неоднократно применять свободную пересадку фасции для замещения тех или иных дефектов. Приведем три из этих случаев.

I. Старик 66 л., у которого за 4 мес. до поступления в больницу была произведена лапаротомия по неизвестному поводу. Кожный рубец по средней линии в верхней половине живота. Громадная эвентрирующая грыжа. В грыжевое кольцо, благодаря дряблости брюшной стенки, свободно вдвигается кулак. Под хлороформом обнажены края разошедшихся мышц. Стянуть их швами совершенно не удается. Тогда из широкой фасции бедра вырезан лоскут в  $8 \times 15$  сант. величиною и вшит в дефект. Несмотря на частичное нагноение в послеоперационном периоде, результаты операции, при осмотре больного через 3 мес., очень хорошие.

II. Трепанация черепа по поводу рубцовых сращений оболочек с мозговой корой после огнестрельного ранения. После иссечения рубцов из толщи мозга, причем были удалены также и мелкие костные осколки, образовавшийся дефект твердой мозговой оболочки замещен кусочком фасции бедра  $1,2 \times 1,5$ , величиною. Непосредственно получен очень хороший результат в смысле приживания.

III. Больной за 2 ч. до поступления был ранен пулей в область промежности. Выврана вся анальная область. Несмотря на то, что он после того 7 раз оперировался в разных больницах и клиниках, устранить недержание кала и газов не удавалось. Под хлороформом круговым разрезом высепарована прямая кишка из рубцов, и выделен внутренний край сохранившегося levator'a ani слева. Вырезана лента длиной в 15—17 сант. из *f. lata* и заложена вокруг обнаженного отрезка прямой кишки. Один конец ленты фиксирован на копчике, другой пришит к мышечной ленте, взятой из внутреннего края levator'a. Рана зашита наглухо. Первые два месяца после операции больной чувствовал себя очень хорошо: он свободно и подолгу удерживал жидкий кал и газы; при введении пальца в анус ясно ощущалось сокращение вшитого кольца (мы относим это за счет вшитой фасции, т. к. до нашей операции произвольного замыкания не было). Но затем, во время тяжелой и очень утомительной гребли на лодке в бурю, он почувствовал, как будто у него что-то порвалось около заднего прохода, и с этого момента состояние его ухудшилось.

Из только что изложенного можно видеть, насколько широко и успешно начали пользоваться хирурги фасцией, как пластическим материалом, за последние 10 лет. И в гинекологии свободная пластика фасцией должна найти себе применение, — именно, при лечении одного из самых распространенных и тягостных заболеваний женской половой сферы, пролапсе.

Здесь не место останавливаться на рассмотрении этиологии и критическом разборе всех применяющихся способов оперативного лечения этого страдания. Отметим лишь, что в вопросе об этиологии, судя по литературе, большинство гинекологов является в нас-



тоящее время сторонниками взгляда Tandler'a и Halban'a, которые смотрят на пролапс, как на грыжу тазового дна, являющуюся или следствием повреждения его мускулатуры,—главным образом во время родов,—или проявлением общей врожденной слабости мускулатуры этого отдела. Если стать на эту точку зрения, то наилучшими методами лечения пролапса являются те, которые устремлены в сторону восстановления тазового дна с теми или иными вмешательствами на самой матке и ее связочном аппарате. Последние, однако, должны быть только дополнительными и необязательными, они должны находить себе применение лишь при наличии совершенно определенных показаний со стороны этих органов. При этом здесь, как и при других оперативных вмешательствах, мы должны стремиться не только к сохранению, но и к функциональному восстановлению заболевшего органа. С этой точки зрения такие операции, как интерпозиция матки по Wertheim'y-Schauta, по крайней мере у женщин, еще не вступивших в климактерий, не выдерживают критики. Напротив, операция Негар'a, состоящая из передней кольпоррафии и кольноперинеоррафии, как наиболее отвечающая требованиям анатомии и физиологии, должна у таких женщин иметь широкий круг применения.

К сожалению, существенно слабую сторону этой операции составляет непрочность получаемых от нее результатов: процент рецидивов пролапса после нее колеблется у различных авторов от 43 до 91. Отсюда настоятельная необходимость в техническом усовершенствовании этой операции. Предлагаемая здесь методика именно на это и рассчитана и заключается в следующем:

После обычной передней кольпоррафии приступают к кольноперинеоррафии, причем производят ее следующим образом: двумя пулевыми щипцами захватывается край входа во влагалище у основания малых губ.; третьими щипцами, строго по средней линии, захватывается довольно высоко слизистая влагалища, после чего ножницами отрезается узкая полоска ткани на границе слизистой и кожи между первыми двумя пулевыми так, чтобы обнажилась рыхлая подслизистая ткань. Теперь удается очень легко почти без кровотечения отсепаровать, насколько нужно, слизистую задней стенки и затем выстричь треугольник ее, в вершинах которого наложены уже пулевые щипцы. Четвертые щипцы накладываются после этого на край *carpe* у первого разреза, так что при потягивании их получается освеженная поверхность ромбической формы. Обычно в момент отсепаровки слизистой сами собой обнажаются края разошедшихся *levator*'ов. Этим мы заканчиваем первый момент операции и приступаем к выделению полоски широкой фасции бедра длиной в

12 сант. и шириной в 2 сант. Добывши ее, мы переходим вновь на промежность, где, после раздвигания широкими, тупыми крючками обоих levator'ов, нащупываем внутреннюю поверхность седалищных бугров и пришиваем к ним возможно выше концы фасциальной ленты так, чтобы последняя оказалась несильно затянутой. Затем накладываются катгутовые швы на levator'ы, а затем на кожу и слизистую,—при постоянном растягивании пулевых щипцов, наложенных на верхний и нижний углы раны.

Предлагаемой модификацией мы стремимся главным образом к тому, чтобы разгрузить малосостоятельные мышцы, поднимающие задний проход. Тяжесть самой матки и значительная часть внутрибрюшного давления приходится именно на ту часть промежности, которую мы подкрепляем полоской фасции, если согласиться со схемами, приводимыми Halban'ом в написанной им статье для руководства Menge и Opitz'a. Другими словами говоря, нашей модификацией мы даем то же применение фасции при prolaps'e, каким теперь широко пользуются при лечении обширных грыж, где мускулатура брюшной стенки также оказывается малосостоятельной. Эта разгрузка levator'ов должна, по нашему мнению, играть существенную роль в повышении послеоперационного эффекта. Небольшая отсепаровка в сторону levator'ов несколько не должна нарушить целости тазовых фасций,—тем более, что последние в случаях далеко зашедшего пролапса бывают настолько атрофированы, что говорить о нарушении целости их операцией вообще не приходится.

Кроме указанного преимущества нашей модификации нужно отметить еще одно, а именно, то, что II. recto-uterina постольку, поскольку они играют роль в фиксации матки, должны „осесть“ на вшитую полосу, и эта последняя будет сдерживать их, предохраняя этим самым и матку от дальнейшего опущения.

Заканчивая краткое описание нашего способа, приведем, в заключение, показания к его применению. По нашему мнению 1) вшивание полоски фасции по вышеприведенному способу показано при обширных опущениях матки, которые были следствием разрыва промежности *sub partu*; 2) особенно этот способ должен найти себе применение в тех случаях, когда в анамнезе нет разрыва, а пролапс является следствием врожденной слабости мускулатуры тазового дна; в этих случаях наша операция должна быть признана операцией выбора; наконец, 3) данный способ показан при наличии *rectocele*, независимо оттого, необходимо ли усечение стенки кишки, или нет.

---