

Рентгенограмма пояснично-крестцового отдела позвоночника: дистальная половина копчика отсутствует.

Больная демонстрирована в Казанских акушерско-гинекологическом и хирургическом научных обществах.

Под местной анестезией по А. В. Вишневскому произведена операция (доцент В. Н. Помосов).

Разрез по средней линии промежности от задней спайки больших половых губ в направлении к крестцу длиной 10—12 см. Рассечены кожа, подкожная клетчатка и поверхностная фасция. Частично острым, частично тупым путем отпрепарована прямая кишка сзади почти до брюшины малого таза. Затем со стороны входа во влагалище надсечена слизистая вокруг противоестественного анального отверстия. Прямая кишка отпрепарована от окружающих частей (влагалища) почти до дна заднего дугласова кармана. Таким образом мобилизован дистальный отрезок прямой кишки на протяжении 10—12 см. После этого указанный отрезок прямой кишки низведен на промежность, проведен между мышечными волокнами поверхностно лежащей и хорошо развитой поперечной промежностной мышцы и циркулярно узловатыми швами вшит в отверстие, образованное в области втянутой кожной складки промежности. Раны слизистой влагалища и кожи ушиты узловатыми швами. В просвет прямой кишки введен тампон с мазью Вишневского.

Послеоперационный период протекал гладко. Стул искусственно задерживался в течение 5 дней. В течение 8 суток мочу спускали катетером. На 9-й день сняты швы, причем оказалось, что некоторые швы прорезались и часть ректальной стенки на несколько миллиметров отошла от кожи.

Больная выписана на 51 день. При выписке промежностная рана зажила первичным натяжением. В задней части заднепроходного отверстия — небольшая гранулирующая поверхность. На остальных местах слизистая прямой кишки приросла к коже хорошо. Анальное отверстие несколько зияет, введенный в прямую кишку палец ощущает сжатие. Больная хорошо удерживает газы и кал.

Поступила 12 ноября 1959 г.

К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ АТРЕЗИЙ АНАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Канд. мед. наук Ю. И. Малышев

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

Врожденные уродства прямой кишки и заднего прохода встречаются относительно редко (1 : 5 000—10 000 новорожденных). Различают полные атрезии и атрезии со свищом. Развитие новорожденного в таких случаях возможно, если оперативное вмешательство произведено в первые сутки или если атрезия сочетается с аномалией кишечного отверстия, обеспечивающего достаточное опорожнение кишечника. Известны только единичные случаи описания подобных аномалий у взрослых (Н. И. Тихов, А. Г. Бржозовский). В связи с этим приводим наше наблюдение.

Б-ная С., 21 года, поступила 28/XI 1958 г. с диагнозом «атрезия заднего прохода». С рождения опорожняет прямую кишку через влагалище, кал и газы не удерживает. Позывы на дефекацию сохранены.

Менструации регулярные, по три дня. Начало половой жизни в возрасте 21 г. Беременностей не было.

Внутренние органы без патологии.

Позади влагалища совершенно гладкая кожа. При механическом раздражении кожи ягодиц на месте ануса заметен не резко выраженный анальный рефлекс (кожа анальной области собирается в легкие складки). Это позволило сделать вывод о присутствии наружного сфинктера; наружное отверстие прямой кишки расположено в ладьевидной ямке преддверия влагалища. Через это отверстие в просвет кишки свободно входит указательный палец. При ощупывании анальной области двумя пальцами, один из которых введен в просвет прямой кишки, а другой расположен на коже, протяженность атрезии определяется в 2—3 см. Диагноз — *atresia ani vestibularis* с явлениями недержания кишечного содержимого.

Операция 8/XII 1958 г. под эфирно-кислородным наркозом (Ю. И. Малышев). Вертикальным разрезом рассечены задняя спайка больших срамных губ, промежность и передняя полуокружность наружного сфинктера, волокна которого оказались слабо выраженными. Прямая кишка циркулярным разрезом отсепарована от окружающих тканей и задней стенки влагалища на глубину в 5 см. Дистальный отдел задней стенки влагалища восстановлен двухрядным кетгуттовым швом. Прямая кишка вшита в кожную рану промежности узловыми шелковыми швами. Промеж-

ность восстановлена двухрядным узловатым шелковым швом с наложением 8-образного шва на рассеченный наружный сфинктер. Позади созданного заднепроходного отверстия сделана контрапертура, через которую в кожу кишки введена резиновая дренажная трубка. Тампоны с мазью Вишневского во влагалище и просвет прямой кишки.

После операции в течение 8 дней давался опиум, а затем после стула ежедневно делались теплые сидячие ванны с раствором марганцевокислого калия. Постельный режим соблюдался в течение 18 дней. Швы сняты на 21 день. Заживление ран наступило первичным натяжением. Контрапертура, через которую длительное время выделялся гной, зажила вторичным натяжением.

Больная выписана 18/1 1959 г. Стул был регулярным через образованное заднепроходное отверстие. Кал и газы больная удерживала. Анальный рефлекс вызывался с кожи анальной области и ягодич.

Повторный осмотр 7/IV 1959 г. Больная здорова. Стул регулярный, естественным путем. Кал и газы удерживает. Первичный тонус сфинктера по сфинктерометру проф. А. М. Аминова 150,0, максимальный 275,0. Анальный рефлекс вызывается с кожи анальной области, ягодич и задней поверхности бедер.

Транспозиция эктопированного анального отверстия по описанной методике произведена в нашей клинике три раза, во всех случаях с благоприятным результатом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брайцев В. Р. Заболевания прямой кишки. М., 1952.— 2. Бржозовский А. Г. Частная хирургия, М., 1954.— 3. Венгеровский И. С. Нов. хир. арх., 1940, 3.— 4. Мурашов И. К. Хирургия, 1957, 6.— 5. Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956.— 6. Слупский Н. Е. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1958, 11.— 7. Тихов Н. И. Частная хирургия. Петроград, 1917, т. 2.

Поступила 20 сентября 1959 г.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДОЛГОЛЕТИЯ МИКРОЦЕФАЛА

Е. С. Станкевич

Кафедра психиатрии (зав. — проф. М. П. Андреев)
Казанского медицинского института

Страдающие врожденной микроцефалией и слабоумием обычно не отличаются долголетием.

Мы располагаем наблюдением (сообщено д-ром Н. А. Вологиной), когда при этой аномалии развития человек дожил до 75 лет, чему способствовало приобщение его к посильному труду.

Г. родился в крестьянской семье первым по счету ребенком, при нормально протекавших беременности и родах. Наследственность не отягощена. У родителей было 9 детей, из которых 6 умерли в раннем детстве. Оставшиеся в живых две младшие сестры больного вполне полноценны, здоровы.

Большой начал ходить и говорить с двух лет, в детстве болел корью. Судорог, снохождений, энуреза не отмечалось. Умственно отсталым его считали с детства, но с раннего возраста он приучался отцом к работе и проявлял трудолюбие: подметал двор, очищал его от снега и т. д. В школу не ходил из-за отсутствия способностей к учебе. Жил постоянно под надзором родных. До 60 лет он работал в колхозе, под постоянным наблюдением колхозников. Зарабатывал по 200 трудовней в год. За последние 3 года стал плохо слышать. Материально-бытовые условия хорошие, семье помогает колхоз.

Лицо малоосмысленное, запас слов крайне ограничен. Не знает текущего времени, не может перечислить месяцы по порядку, не имеет понятия о времени года. Знает все буквы алфавита, узнает деньги, но считать может только до четырех. Узнает близких людей и соседей, называет их по имени. Опрятен, любит чистое белье. Не способен сам приготовить себе пищу, боится зажигать спички. Не решается самостоятельно побриться и просит сестру побрить его. В баню ходит с посторонними.

Спокоен, послушен, с готовностью выполняет распоряжения сестры, заучивает слова, подражает ей в действиях. По ее указанию выполняет всю хозяйственную работу по дому.

Рост 150 см. Лицевая часть массивная, череп микроцефалической формы, имеет в окружности 46 см (д-р А. М. Азеева). Парезов, параличей и других неврологических знаков не отмечается. Внутренние органы — без отклонения от нормы. Неспособен на преклонный возраст, больной вполне здоров и выглядит бодрым.

Итак, мы имеем 75-летнего микроцефала. Чем же объяснить столь редкий случай долголетия? На наш взгляд, это объясняется правильным трудоустройством, ко-