

Несколько слов по поводу оперативного лечения больших выпадений прямой кишки.

(Сообщено в Обществе Врачей при Казанском Университете).

Проф. А. В. Вишневского.

В вопросе об оперативном лечении выпадения прямой кишки нет до настоящего времени сколько-нибудь заметной определенности. Обилие методов лечения ясно свидетельствует о том, что надежного метода до сих пор не имеется. Не только начинающий врач, но и опытный хирург должен иногда много подумать, прежде чем приступить к хирургическому лечению большого выпадения прямой кишки. С небольшими выпадениями дело обстоит проще: здесь имеется ряд методов достаточно надежных, которые и выручают хирурга в подходящих случаях.

Все оперативные методы лечения выпадений прямой кишки я-бы разделил на две большие группы: методы промежностные и методы внутрибрюшинные.

Среди промежностных методов, оставляя в стороне общеизвестный метод Thiersch'a, нужно отметить прежде всего те, где вмешательство касается самой выпадающей кишки или жома. Здесь Deloigt удаляет слизистую оболочку. Bier и Juvaга к удалению слизистой оболочки прибавляют собирание в складки, в форме гармоник, мускулатуры кишки при помощи радиальных швов и подшивают к коже заднего прохода верхний край слизистой оболочки. Dieffenbach вырезает куски из мышцы, запирающей задний проход, дабы с'юзить заднепроходное отверстие. Kogewski предлагает впрыскивать парафин вокруг заднего прохода. Бреден изолирует кишку со стороны промежности вместе с жомом и поворачивает ее на 180°. Verneuil и Marchand предлагают заднюю perinaeorrhaphi'ю в соединении с rectorexi'eй. Lepoirtant и Напалков разработывают переднюю perineorrrhaphi'ю. Schoemaker, Цастров и Березнеговский увеличивают прочность промежности методами сложной пластики при посредстве лоскутов из большой ягодичной мышцы. Наконец, Ger-

hardt, Weinlechner, Esmarch, Mikulitz и др. просто резецируют выпавшую часть кишки тем или иным способом.

Внутрибрюшинные методы имеют своей целью всевозможные виды фиксации кишки, а иногда даже и предварительное удаление flexurae sigmoideae. Впервые colorexia была предложена Jeannelem, который произвел ее чрез косой разрез в левой подвздошной области и все лечение выпадения прямой кишки вел при посредстве anas praeternaturalis iliaca, полагая, что тем самым он имеет возможность действовать одновременно на этиологический момент самого выпадения — катарр recti et colonis. С тех пор colorexia подверглась многочисленным видоизменениям. Rotter, Lenormant, Ball, Monod et Vanverts и др. укрепляют кишку в левой подвздошной впадине, предварительно убрав здесь брюшину в виде эллипсиса, или просто линейным разрезом, чтобы иметь возможность получить сращение с мягкими частями fossae iliacaе. Eiselsberg прежде, чем произвести colorexiam, удаляет fl. sigmoideam, если находит ее длинной, вообще же фиксирует кишку к передней брюшной стенке. Vardenheuer обращает внимание на глубину Douglasa'sова пространства, сшивает здесь листки брюшины, производит ventrofixatio, затем верхнюю часть flexurae подшивает к правой широкой связке и матке, а нижнюю часть той же кишки укладывает параллельно верхней, соединив их швами. Большинство других операторов производит фиксацию кишки за брыжжейку или непосредственно к боковым стенкам таза, или просто к передней стенке живота. Quenu и Ducal фиксируют тазовую петлю к задней стенке матки.

Совершенно особо от только что указанных способов стоит предложение Liapu. Последний, вскрыв живот, поперечным разрезом в самом глубоком отделе брюшинного кармана отделяет прямую кишку от дна мочевого пузыря и предстательной железы у мужчин и влагалища у женщин вплоть до верхней поверхности мышц, поднимающих задний проход. Мышцы эти захватываются зажимом, предстательная железа или влагалище оттягиваются впереди, после чего приступают к наложению швов. Шьют справа налево: правый m. levator, rectum и левый m. levator. Швов делают 2—3, причем последний захватывает ткань предстательной железы или влагалища. После этого следует colorexia. Брюшинный карман зашивается с помощью двойного кисетного шва. Целью этой операции автор ставит восстановление тазового дна, закрытие прямокишечно-пузырного пространства и фиксацию ненормально удлиненной кишки.

Приведенный, далеко неполный перечень известных нам оперативных приемов иллюстрирует, я полагаю, довольно ярко состояние вопроса о хирургическом лечении выпадений прямой кишки. Отсутствие до настоящего времени определенного надежного метода для лечения этой аномалии зависит, повидимому, от того, что каждый из методов является результатом того или иного понимания автором патогенеза prolaps'a, когда партизан известной теории обращает внимание на ту сторону дела, какую он считает наиболее важной. Отсюда один занят пластикой сфинктера, другой укрепляет тазовое дно, третий фиксирует кишку и т. д. Патогенез выпадения прямой кишки столь же сложен, как и неясен. Во всяком случае при нем мы встречаемся с такими элементами, которые не могут быть уложены в рамки одной какой-либо из существующих теорий его, а потому и метод, претендующий на радикализм, должен, так сказать, покрывать все возможности.

Суммируя все то, что мы имеем при prolaps'e, мы должны поставить себе задачей: устранить расслабление сфинктера, с'юзить ampullam recti, укрепить ее связь с окружающими тканями в нижнем внебрюшинном отделе, укрепить дно малого таза, приподнять низко спускающуюся складку Douglas'a и фиксировать внутрибрюшинным порядком часто удлиненную и подвижную кишку. Все это легко может быть сделано, если умело скомбинировать операцию на промежности с внутрибрюшинным укреплением кишки. Вышеприведенное предложение Iianc ясно показывает, что хирургическая мысль в деле искания надежного способа оперативного лечения выпадений прямой кишки имеет наклонность повернуть именно в эту сторону.

Со своей стороны я полагаю, что настало время определенно заявить, что значительные выпадения прямой кишки должны лечиться оперативно по комбинированному способу со стороны промежности и внутри брюшины. В настоящей своей заметке я имею в виду показать, как я поступаю в подобных случаях, стоя на почве высказанного принципиального положения.

Внутрибрюшинной операции я предпосылаю заднюю ретинаэогнархию, Здесь я имею возможность стянуть расслабленный сфинктер, заложить в складки расширенную ampullam recti и прикрепить ее в нижнему краю крестцовых связок или в копчику. Затем, обезопасив соответствующим образом зашитую промежностную рану, я кладу больного на спину в положение по Trendelenburg'u и чрез срединный разрез производжу

укрепление кишки следующим образом: вытянув кверху складку Douglas'a, прошиваю ее 2—3 швами, дабы уничтожить низкое стояние брюшинного кармана; далее, при постоянном легком потягивании кишки помощником, подшиваю несколькими швами зыбищу к задней поверхности матки или мочевого пузыря; затем а брыжжейку, по возможности ближе к месту ее прикрепления к кишке, фиксирую последнюю к *linea innominata* той и другой стороны и, наконец, подшиваю следующий, более высокий отдел кишки к передней брюшной стенке в области верхнего конца брюшной раны несколькими петлеобразными швами.

Приведенная схема имеет возможность претендовать на рассмотрение в себе всех моментов радикализма операции prolaps'a. В самом деле, здесь все отделы, участвующие в выпадении, являются надежно укрепленными, как внутри брюшной полости, так и со стороны промежности, низкое стояние складки Douglas'a уничтожается, и дно таза укрепляется швами краев мышц, поднимающих задний проход, при производстве *perineorrhaphiae posterioris*.

Больные легко выносят эту операцию в один раз; в случае надобности ее можно расчленить на два сеанса. Мое глубокое убеждение,—что, оперируя так, мы в состоянии избавить больного от его невыносимого страдания в самых тяжелых случаях, кроме тех, разумеется, где больной стоит по основным показаниям перед ре-зекцией.

Я не имею в виду входить здесь в подробный разбор и критику существующих методов операции prolaps'a; однако по поводу предложения I i a n u, которое близко стоит к моему по принципиальной постановке вопроса, должен высказаться, что оно едва ли встретит сочувствие хирургов. Производить восстановление тазового дна со стороны брюшной полости—дело по меньшей мере неблагоприятное. В качестве пластической операции на промежности я умышленно выбираю именно заднюю *perinaeorrhaphi*ю, а не переднюю, между прочим и потому, что, по отзыву одного из авторов передней *perinaeorrhaphiae*, состояние мышц, поднимающих задний проход, здесь может быть таково, что „тут и шить-то нечего“ (Н а п а л-ков). Если так дело обстоит со стороны промежности, то в брюшной полости оно будет еще хуже. Кроме того в методе I i a n u остаются необработанными *ampulla recti* и расслабленный сфинктер.

Литература.

Балашов. К казуистике операции по способу Напалкова при большом выпадении прямой кишки. Хирургия, 1909, стр. 355.—Гордеев. К патогенезу и оперативному лечению больших выпадений прямой кишки. Русск. Врач, 1907, № 6.—Напалков. Выпадение прямой кишки. Работы Госпит. Хир. клиники проф. Дьяконова, т. X, 1907. — Сахаянский. К выбору способа хир. лечения обширных выпадений прямой кишки. Хирургия, 1909, стр. 352.—Цастров. Пересадка лоскутов большой ягодичн. мышцы при выпадении прямой кишки, Хирургия, 1911, т. XXIX, стр. 53.—Миротворцев. Поворот прямой кишки, как один из методов лечения ее выпадения. Доклад на X Съезде Российск. Хир., 1910.—Тиханович. К казуистике операции по способу Напалкова при выпадении прямой кишки. Хирургия, т. XXXIII, 1913, стр. 644.—Tianu. Intraabdominelle Myorrhaphie der Heber des Afters beim Vorfalle des Mastdarms. D. Zeitsch. f. Chirurgie, 1912, Bdd. 118, H. 5—6.—Monod et Vanverts. Traité de technique opératoire.—Rotter. Chirurgie des Mastdarms und des Afters. Bruns, Garré und Küttner's Handbuch der praktischen Chirurgie, 1913.—Robert Abbe. Surgery of the rectum and anus. Keen, Surgery, 1910.—Poppert. Operationen am Mastdarm. Bier, Braun u. Kümme'l's Chirurgische Operationslehre, Bd. III.
