

К оперативному лечению выпадений прямой кишки.

Зав. отделением **С. М. Эйбера** и зав. Патологической лабораторией
И. О. Ткаченко.

В настоящее время приняты две классификации выпадений нижнего отрезка кишечной трубки: французская, в основу которой положено различное участие слоев кишечной трубки в выпадении, и немецкая, основывающаяся формы выпадения на топографии выпавших частей по длине кишечной трубки. Первая различает 1) *prolapsus mucosae recti*, 2) *prolapsus recti completus* и 3) *prolapsus recti invaginati*, вторая — 1) *prolapsus ani*, 2) *prolapsus ani et recti*, 3) *prolapsus recti* и 4) *prolapsus recti invaginati*.

Возможно ли выпадение, т. е., следовательно, выворот заднего прохода, или слизистой оболочки *recti* вместе с жомом? Такое явление не наблюдалось и теоретически не обосновано, выпадает лишь слизистая оболочка *ani* и вышележащего отрезка кишки, иногда на значительном протяжении. Точно также нет оснований разграничивать, как это делают немецкие авторы, *prolapsus ani et recti* от *prolapsus recti*, если под *prolapsus ani* понимать выпадение только слизистой оболочки заднего прохода, которая последовательно вовлекается в процесс при выпадении прямой кишки.

Таким образом правильнее было бы, по совету проф. Напалкова, различать две основных формы выпадения *recti*: 1) выпадение слизистой оболочки и 2) выпадение прямой кишки, относя инвагинацию *flexurae sigmoideae* к ее собственным заболеваниям. Выпадение слизистой оболочки наблюдается чаще всего со стороны заднего прохода, но далеко нередко выпадает слизистая и вышележащих частей кишки, иногда на значительном протяжении — до 12—15 сантиметров. Этиологическими моментами такого выпадения служат все те явления, которые способны вести к разрыхлению слизистой и особенно подслизистой ткани, нарушающему связь между слизистой оболочкой и подлежащим мышечным слоем. Сюда должны быть отнесены запоры, поносы, воспалительное состояние слизистой прямой кишки, геморрой, наконец, необходимо допустить и наследственную слабость связи между слизистой и мышечным слоем заднепроходной части кишечной трубки.

Патолого-анатомические изменения в случаях выпадения слизистой оболочки кишечной трубки складываются из серозно-слизистого катарра этой оболочки с серозным пропитыванием и мелкоклеточной инфильтрацией подслизистого слоя и то гиперпластическим разрастанием эпителия, то атрофией и уплощением его. Сосуды, главным образом вены, бывают расширены, стенки их местами склерозированы, местами пронизанная

венами ткань напоминает кавернозную, с большей или меньшей величины пространствами, выстланными эндотелием. Такие изменения со стороны сосудов свойственны преимущественно выпадению, сопровождающему геморрой.

Обычно выпадение происходит при дефекации под влиянием перистальтических движений кишки, давления со стороны каловых масс или давления на переднюю стенку кишки брюшных внутренностей. Значение последнего фактора подтверждается искусственным воспроизведением выпадения слизистой с определенными целями (среди рекрутов); что касается первого фактора, то участие его в происхождении проляпса прямой кишки подтверждается диагностическим методом Chassaignac'a, выворачивающего слизистую оболочку кишки помощью надутого воздухом резинового баллона. Так как перечисленные факторы повседневны, выпадение же прямой кишки представляет сравнительно редкое явление, то необходимо допустить, что они становятся производящими выпадение лишь при наличии предрасполагающих причин, к каковым надо отнести нарушение связи между слизистой и мышечным слоем кишки, вызываемое обычно предшествующими воспалительными заболеваниями, хотя не исключена возможность и врожденного рыхлого состояния подслизистой ткани. Наконец, считаем нелишним указать на значение состояния третьего сфинктера для выпадения ректальной мукозы. Нормальное состояние этого сфинктера не допускает смещения каловых масс в нижележащие участки кишки, и *ampulla recti* обычно пуста. Ослабление тонуса этого сфинктера, напр., под влиянием запоров, ведет к постоянному выполнению ампулы каловыми массами со всеми вытекающими отсюда последствиями: венозным застоем, воспалительными процессами, расстройством питания слизистой и разрыхлением подслизистого слоя.

Необходимо допустить, — и опыт это подтверждает, — что выпадение слизистой оболочки *recti* сплошь и рядом предшествует выпадению всех слоев прямой кишки. Вследствие этого, естественно, патолого-анатомические изменения, свойственные ректальному проляпсу, состоятся с одной стороны из описанной выше патолого-анатомической картины выпадения слизистой, а с другой — из изменений, локализирующихся в тех тканях и органах, от которых зависит нормальная топография прямой кишки, а именно, в мышечной трубке кишки, мышцах и фасциях тазового дна и подвешивающем прямую кишку аппарате. Мышцы тазового дна, — *m. levator ani*, *m. sacro-coccygeus* и *sphincter ani externus*, — особенно в далеко зашедших случаях, представляются бледными, дряблыми и истонченными. Гистологически в них обнаруживаются фиброматозные изменения, атрофия мышечных волокон, замещение их соединительной тканью, вследствие чего мышечная ткань вместо сплошных слоев представляется в виде разной величины пучков, прослоенных на значительном протяжении бедной сосудами фиброзной тканью. Истонченными, утратившими свой тонус представляются как мышечный цилиндр кишки, так и сфинктеры. Гистологически в *muscularis* кишечной стенки отмечаются те же атрофические явления и то же отсутствие непрерывности мышечных слоев вследствие пролиферации соединительной ткани, какие указаны выше для мышц тазового дна. Подвешивающий аппарат и в частности *fascia endopelvina*, *ligamentum recto-coccygeum*, брыжейка кишки и окружающая клетчатка представляются лишенными упругости, растянутыми, жировая ткань *cavi ischio-rectalis* — сильно атрофированною.

Таков анатомический субстрат, в условиях которого действуют этиологические моменты, вызывающие выпадение прямой кишки. Здесь так же, как и при выпадении слизистой, играют важную роль предрасполагающие причины. К причинам этим должны быть отнесены все те патологические процессы, главным образом воспалительные, которые ведут к растройству питания и к описанной выше патолого-анатомической картине и которые обнимают тазовое дно и кишку с ее связями. Кроме того, в выпадениях *recti* выступает, в качестве этиологического момента, еще один важный предрасполагающий фактор, именно, состояние пузыряно-(влагалищно-) прямокишечного пространства. Его низкое стояние и карманообразный вид, вместо щелевидного, имеют часто решающее значение. Этим обстоятельством и объясняется, между прочим, большая частота выпадения прямой кишки в детском возрасте. По мере развития мышц тазового дна, *fasciae endopelvineae* и тазовой клетчатки, дугласовы складки поднимаются все выше, и частота выпадения уменьшается. Что касается производящих причин, то сюда можно полностью отнести все то, что указано выше для выпадения слизистой, т. е. причины, связанные в конечном итоге с повышением внутрибрюшного давления: частые и сильные натуживания при поносах или запорах, частые роды, скопление жидкости в брюшной полости, опухоли в области малого таза, упорный кашель и пр.

Патогенез выпадения кишки, вследствие более глубоких, захватывающих все слои кишечной стенки изменений, менее сложен, чем патогенез выпадения только слизистой. Если в последнем случае требуется действие давления в двух направлениях—внутри кишечной трубки и на переднюю стенку ее, то для полного выпадения достаточно уже давления на переднюю стенку кишки, которая, впячиваясь в просвет, мало-по-малу увлекает с собой сначала боковые части кишки, потом и задние. При слабости жомов впяченная стенка кишки беспретятственно преодолевает сопротивление их и показывается снаружи заднего прохода. Из сказанного следует, что выпавшая передняя стенка *recti* представляет собою мешок, в котором заключены брюшные внутренности, прошедшие сквозь щель между краями *m. levatoris ani*. Другими словами говоря, мы имеем здесь прямокишечную грыжу с высланным брюшиной мешком и входными воротами.

Надо отметить, что далеко не во всяком случае разбираемого заболевания имеются налицо все патолого-анатомические изменения и анатомические соотношения, создающие предрасположение к выпадению. Здесь допустимы всевозможные комбинации, в которых в большей или меньшей мере участвуют одни из причин, как предрасполагающих, так и производящих, и отсутствуют или имеют второстепенное значение другие. Это обстоятельство необходимо иметь в виду, приступая к оперативному или другого вида врачебному вмешательству в отдельных случаях разбираемого страдания.

Многочисленность старых и вновь нарождающихся оперативных способов лечения данного страдания, разница в получаемых от них результатах, огромное число посвященных этому вопросу статей в хирургических и общемедицинских журналах, а также докладов в медицинских обществах и на съездах,—все это свидетельствует, что в разбираемом вопросе еще не сказано последнее слово,—что в нем имеются многие, еще не выясненные детали. В целях выявления наилучшего метода опе-

рации по поводу выпадений прямой кишки нами и было проработано 59 случаев этого страдания, проведенных оперативно и представляющих 0,9% всех стационарных больных отделения за последние пять лет (6,018 чел.).

Обычно в отделение поступали больные с выпадением прямой кишки, у которых был проведен курс той или другой консервативной—диетической или лекарственной терапии, причем только развившиеся резкие патолого-анатомические изменения, выведившие больных из строя их обычной жизнедеятельности, заставляли их искать оперативной помощи. В этих случаях хирург должен был вернуть кишку на ее прежнее место, укрепить ее в этом положении и восстановить тазовое дно. Изучив каждый из этих случаев в отдельности и всю их совокупность, мы могли по анатомическому субстрату, возрасту и полу больных распределить их следующим образом (см. таблицу I):

ТАБЛИЦА I.

№№ групп	Анатомич. субстрат	Возраст	Мужчины	Женщины	Дети	Итого
I	Слизистая заднего прохода	5—36 лет	18	3	5	26
II	Все слои прямой кишки	7—45 лет	9	2	3	14
III	Все слои прямой кишки и заднего прохода	8—33 г.	12	4	2	18
IV	Все слои прямой кишки и заднего прохода с увлечением вниз брюшины дугласова пространства .	35 лет	1	—	—	1
Итого от слизистой заднего прохода до брюшины		5—45 лет	40	9	10	59

Из указанной таблицы видно, что наибольшее число случаев падало на первую группу, ограничиваясь мукозой ani. При этом поражался преимущественно рабочий, цветущий возраст и мужчины. Выпадение существовало или как постоянное явление (в 11 случаях), или проявлялось лишь при повышении внутрибрюшного давления resр. сильных сокращениях брюшного пресса (в 48 случаях). В происхождении его играли главную роль: 1) ослабление мускулатуры тазового дна (роды, брюшной тиф, хроническая малярия)—в 16 случаях; 2) частые повышения внутрибрюшного давления (хронический бронхит, запор, стриктура уретры)—в 20 случаях; 3) воспалительные заболевания, острые и хронические (проктит, энтероколит, дизентерия, геморрой, свищ)—в 23 случаях. Длина выпадавшей части простиралась от 1 до 8 сантиметров, причем ущемления либо иных сопутствующих деструктивных изменений не было обнаружено ни разу. Ни в одном случае не было в нашем материале и глистных заболеваний. Важно зато отметить, что наличие геморроидальных узлов в течение 2—6 лет имело, повидимому, существенное значение в происхождении проляпса—вероятно, в зависимости от расслабления сфинктеров и хронического проктита; равным образом и хронические запоры зачастую (у нас в 33 случаях), создавая резкий венозный стаз и спо-

собствуя нарушению питания и развитию воспалительного процесса, оказывали влияние на анатомические слои прямой кишки и их взаимоотношения.

Применяя индивидуальный подход к выбору операции в наших случаях, мы применили, в зависимости от особенностей каждого данного случая, следующие 8 способов оперативного лечения ректального проляпса (см. таблицу II):

ТАБЛИЦА II.

№№ способов	Авторы способов	Суть способов	Показания (группы таблицы I)	Взрослые	Дети	Итого
1	Langenbeck	Радиарное прижигание до мышечного слоя термокаутером.	I	2	1	3
2	Mikulicz	Резекция прямой кишки	III	1	—	1
3	Ren-Delorme-Bier	Образование нового сфинктера за счет мышечных сборок . .	III, IV	4	—	4
4	Thiersch	Круговой проволоочный шов . .	I, II, III	7	4	11
5	Вакуленко	Аутопластика фасциальной пол- лоской	I, II, III	25	3	28
6	Hild	Ректококцигопексия	I, II	5	2	7
7	Janel	Колопексия	II, III	2	—	2
8	Kümmel	Фиксация к промонторию . . .	III	3	—	3

При этом нами применялись различные методы обезболивания (см. таблицу III).

ТАБЛИЦА III.

№№ способов	Местн. анэстезия	Спиналномозг. анэстезия	Ингаляц. наркоз
1	2	—	1
2	—	—	1
3	—	1	3
4	7	—	4
5	19	2	7
6	—	—	7
7	—	—	2
8	—	1	2
	28	4	27

Впечатления, вынесенные нами от отдельных способов, могут быть сформулированы так:

1. Способ Langenbeck'a технически очень прост: надо лапчатым пинцетом, как можно больше, вытянуть выпадающую слизистую, осушить

ее и прожечь четырьмя-шестью длинными полосами во всю длину выпадающей части.

2. Резекция по Mikulicz'у сложна, отнимает даже при хорошо развитой технике много времени и требует длительного заживления.

3. Операция Ren-Delorme-Bier'a легко выполняема и достаточно радикальна, причем тщательная высепаровка слизистой предохраняет при ней от разрыва и кровотечения.

4. Сужение анального кольца проволокой—способ крайне простой; послеоперационный период протекает здесь обычно гладко, хотя в 3 случаях образовались упорно державшиеся свищи, а в одном случае появились резкие боли при дефекации, для ликвидации которых пришлось проволоку удалить.

5. Аутопластическая фасциальная полоска дает, несомненно, лучший результат; операция по этому способу отнимает немного больше времени, чем при первом и четвертом способах, причем помощь двух ассистентов значительно облегчает работу.

6. Фиксация выпавшей прямой кишки к копчику 4—6 швами, проводимыми изнутри наружу к коже, в виду своей простоты, легкости и быстроты выполнения является предпочтительно показанною у детей.

7. Способ Janel'я не оправдал себя в виду скоро наступающего расслабления новообразованных операционных сращений.

8. Фиксация к промонторию за брыжейку наиболее физиологична, технически проста и дает наибольший процент стойких выздоровлений.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались нами, кроме описанных при четвертом способе, еще в 4 случаях, оперированных пятому и шестому способом, причем они состояли здесь в вялом вторичном заживлении. В остальных 52 случаях операции протекли вполне гладко. Интересуясь ближайшими (до 1 года) и отдаленными (от 2 лет) результатами операции, мы выяснили путем полученных анкет и писем от 19 оперированных, что наилучший эффект дали нам способы пятый, шестой и восьмой. Особенно хороших результатов можно ожидать от одновременного применения шестого и восьмого способов, при которых выпавшая кишка укрепляется у anus'a и поддерживается за брыжейку. В настоящее время указанную комбинацию можно считать, при разбираемом заболевании, методом выбора.