Свободная пересадка фасций в хирургии и гинекологии.

А. Т. Лидского.

Как ни ценна специализация в медицине, как ни обязаны мы ей детальнейшее 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. Углубяясь 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 операція выключения призматика помощью свободно взятой полоски фасции. В 1909 г. была опубликована работа Kirschner'a, основанная на обширных экспериментально, а впоследствии и клинически доходитых данных, где свободная пересадка фасций уже возводится в метод, и автор пытается очертировать и круг применения этого в высокой степени благородного 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 Hofmeier'a было установлено, что фасция является прекрасным материалом, поддерживающим 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 кишку, мочевой пузырь, пищевод и пр. Оффе (1913) своими экспериментами на кошках также убедительно доказал всю ценность фасций, как пластического материала для замещения дефектов и подкрепления ненадежных швов стенки кишок и мочевого пузыря, причем на основании своих микроскопических исследований этот автор пришел к заключению, что пересаженная фасция не обнаруживает склонности к смерканию, т. е. не дает структур кишечника, быстро васкуляризируется, питаюсь 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 Корнёва (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 накоплении количества ядер и сочности последних. Окружающая ткань продуцирует тонкий слой соединительной ткани, которая окутывает как-бы мягчайший пересаженный кусок, не проростая 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 Эдродовский (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, Denp, Смирнов и др.) о весьма успешных операціях этого рода после огнестрельных ранений с разрушением черепных костей, после удаления повообразований 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. Прививая 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, Корнёв 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.

Pa
ger, Ritter, Warschauer и др. широко пользовались фасциами для восстановления подвижности в анкилизированных суставах, получая при этом вполне удовлетворительные результаты. Разным образом Дуранте, Корнеев и др. указывают на отличные результаты, полученные ими при восстановлении подвижности в анкилизированных челюстных, локтевых 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.

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

Henschel, Иконников, Смирнов предлагали фасцию для замещения дефектов труднообратимой преграды, оставляющихся после пскечения злокачественных опухолей и др.

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

Мы не будем останавливаться на случаях применения свободной пластинки фасций при больших эвентрирующих грыжах после лапаротомии, а также на вшивании фасциальных лоскутов после типических грыжевечений при очень больших грыжевых воротах и др. Мы считаем, что 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 (Xescin, 1923),—материалом, который приживается быстро и прочно, почти независимо оттого, куда его пересаживают, в достаточной степени упругим, могущим противостоять внутренненом повреждению, 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 разорванных мышц. Стянуть их швами совершенно не удается. Тогда из широкой фасции бедра вырезан лоскут в $8 \times 15$ см. 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 замечен кусочком фасции бедра $1,2 \times 1,5$, величиною. Непосредственно получен очень хороший результат в смысле приживления.

III. Больной за 2 ч. до поступления был ранен пулей в область промежности. Вырезана 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 сохраняющегося levator'a ani слева. Вырезана лента длиной в 15—17 см. из l. iaca и заложена вокруг обнаженного отрезка прямой кишки. Одни конец ленты фиксирован на кончике, другой пришит к мышечной ленте, взятой из внутреннего края levator'a. Пана область наглухо. Первые два месяца после операции больной чувствовал себя очень хорошо: он свободно и подолгу удерживал жидкую кашу; при введении пальца в анус ясно ощущалось сокращение вшейшего кольца (мы относим это за счет вшитой фасции, т. к. до нашей операции произвольного замыкания не было). Но затем, во время тяжелой и очень угтомительной 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 фасциями, 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 тяжелых 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-
тогательное время сторонниками вигляда **Tandler'a** и **Halban'a**, которые смотрят на пролапс, как на грязку 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 устреплены 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-Schaut'a**, по крайней мере у женщин, еще не ступивших в климактерий, не выдерживают критики. Напротив, операция **Hegar'a**, состоящая из передней колпопрази и колпоперинеоррафии, 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 колпопразии приступают к колпоперинеоррафии, 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. Четвертные щипцы накладываются после этого на край гарфы у первого разреза, так что при потягивании их получается освещенная поверхность ромбической формы. Обычно в момент отсепаровки слизистой сами собой обнажаются край 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 перехдим вновь на промежность, где, после раздывания широкими, тупыми крючками обоих levator'ов, нащупываем внутреннюю поверхность седалищных бугров и приписываем к ним возможно выше концы фасциальной ленты так, чтобы последняя оказалась несильно затянутой. Затем накладываются кеттутовые 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. Так, есть самой матки и значительная часть внутрибрюшного давления приходятся 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 запущенного 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 Li. recto-uterina постольку, поскольку они играют роль в фиксации матки, должны „осесть“ на вшитую полосу, и эта последняя будет сдерживать их, предохраня 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 вышеупомянутому 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.