

616.34
А 62

А.М. АМУСЬЕВ

РУКОВОДСТВО ПО ПРОКТОЛОГИИ

ТОМ ЧЕТВЕРТЫЙ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

КУЙБЫШЕВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМЕНИ Д. И. УЛЬЯНОВА

А. М. АМИНЕВ

РУКОВОДСТВО ПО ПРОКТОЛОГИИ

ТОМ 4

КУЙБЫШЕВСКОЕ КНИЖНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
1979

616.34

A62

616133
A62

V ✓ 158442

~~БИБЛИОТЕКА
Государственного
медицинского института
Республики
Алтай~~

ADTI
AXB. RESURS MARKAZI
INV № 6857

A62 Аминев А. М. Руководство по проктологии.
Том 4. Куйбышевское книжное издательство,
1979, с. 576.

Настоящий, четвертый том завершает издание задуманного нами четырехтомного «Руководства по проктологии». В нем описаны трещины заднего прохода, прокталгия, кокцигодия, зуд заднего прохода, пластические операции в проктологии, функциональные расстройства прямой кишки, дисморфобия в проктологии, пневматоз толстой кишки. По всем этим вопросам накоплен огромный теоретический и практический опыт в нашей клинике, коллективный опыт советских и зарубежных проктологов, объективно отраженный в данной работе. Книга предназначена для студентов и врачей.

616133

616.346

*Проктологическому отделению
кафедры госпитальной хирургии
Куйбышевского медицинского
института имени Д. И. Ульянова
посвящается эта книга*

ОТ АВТОРА

В каждом из первых трех томов «Руководства по проктологии» давались сведения из области проктологии или описывались заболевания, в значительной степени объединенные каким-то общим признаком. Первый том (1965) являлся преимущественно пропедевтическим, подготовительным к вопросам частной проктологии. В нем изложены вопросы эмбриологии, анатомии, физиологии прямой кишки, методы исследования проктологических больных, приведены общие данные о проктологических операциях. В последних четырех главах первого тома описаны врожденные заболевания прямой кишки и крестцово-копчиковой области, а также травмы и инородные тела в прямой кишке.

Во втором томе (1971) приведены заболевания, общим, объединяющим признаком которых является повышение внутрибрюшного и внутрикишечного давления. К этим заболеваниям относятся: геморрой, выпадение прямой кишки, ректоцеле, грыжи прямокишечно-влагалищной перегородки, дивертикулы и дивертикулез толстой кишки.

Третий том (1973) посвящен воспалительным заболеваниям прямой кишки и окружающей ее клетчатки. Это различные формы проктитов и парапроктитов, вульгарных и специфических. В последней главе тома описаны постнатальные сужения прямой кишки, одной из самых частых причин которых являются также воспалительные заболевания прямой кишки и окружающей ее клетчатки.

В четвертом, последнем томе — 8 глав, которые не объединены какой-либо общей идеей, признаком, общностью происхождения. Это своеобразная смесь — *varia*, содержащая нужные для врача-проктолога сведения. В первых трех главах тома рассмотрен ано-ректальный болевой синдром — трещины заднего прохода, прокталгия, копчиковая боль — кокцигодиния. Затем идут зуд заднего прохода, пластические операции в проктологии, функциональные расстройства прямой кишки, дисморфофобия в проктологии, пневматоз толстой кишки.

За 13 лет, прошедших со времени выхода в свет первого тома Руководства, этот новый в нашей стране раздел хирургии получил очень широкое развитие. Организовано более 40 специализированных проктологических отделений в крупнейших городах страны. Научно-исследовательская лаборатория проктологии в Москве превращена с января 1978 года в научно-исследовательский институт проктологии Министерства здравоохранения РСФСР. Прошло шесть всероссийских конференций врачей-проктологов. Напечатано значительное число монографий, сборников и множество журнальных статей по частным вопросам проктологии. Несколько расширились и рамки проктологии. Кроме заболеваний прямой кишки, теперь уже явно в понятие проктологии входят хирургические заболевания всей толстой кишки.

В четыре тома Руководства по проктологии не уместилось учение о новообразованиях прямой и ободочной кишок, а также небольшой раздел о болезни Крона толстой кишки. Но это компенсируется тем обстоятельством, что за последние годы по вопросу о новообразованиях толстой кишки вышло более 10 монографий, среди них такие солидные труды, как книги А. М. Ганичкина «Рак толстой кишки» (М., 1970), А. П. Баженовой и Л. Д. Островцева «Рак толстой кишки» (М., 1969), С. И. Холдина «Новообразования прямой и сигмовидной кишки» (М.,—Л., 1977). Болезни Крона посвящена небольшая монография М. Х. Левитана, И. Т. Абасова, Л. Л. Каппулера «Болезнь Крона» (Баку, 1974).

Все материалы, изложенные в четырех томах Руководства, являются результатом совместного труда сотрудников проктологического отделения кафедры госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова. Большинство стриховых рисунков и в этом томе выполнено ординатором проктологического отделения кафедры Ю. А. Лебедевым, за что выносим ему большую благодарность.

**Заслуженный деятель науки РСФСР
профессор А. М. Аминев**

Глава XXI
ТРЕЩИНЫ ЗАДНЕГО ПРОХОДА.
FISSURA ANI

Среди проктологических заболеваний трещины заднего прохода по частоте занимают второе и третье места, уступая лишь геморрою, а в некоторых статистиках — и парапроктиту (А. М. Аминев, 1964, 1969, 1971; М. Б. Баркан, 1970; L. A. Buie, 1960; M. Patterson, A. Drake, R. C. Stoenber, 1965). У детей раннего возраста наиболее распространенным хирургическим заболеванием прямой кишки и заднего прохода является анальная трещина (E. F. Patton, 1945; R. M. Alexander, S. D. Manheim, 1958; J. M. Nunez, 1959). На долю больных, страдающих трещинами заднего прохода, до 9% приходится пациентов проктологических стационаров (L. A. Buie, 1960).

Трещина заднего прохода — нозологически обособленное заболевание, ее клинические рамки ясно очерчены, известен патогенез, хорошо изучена симптоматология, испытано много средств и способов лечения.

Далеко не каждое повреждение кожи и слизистой оболочки заднего прохода может быть названо трещиной. Справедливо мнение, которое высказали R. C. Bennett, J. C. Goligher (1962) о трещине заднего прохода, как «о болезни малой, но причиняющей большие страдания, излечение от которой приносит людям настоящую радость». В. Fries, K. A. Rietz (1964) определяют ее как «банальную, но очень мучительную болезнь».

Проблема лечения трещин заднего прохода далека от радикального разрешения. В этом вопросе много взглядов и предложений, особенно если учесть, что приходится иметь дело с двумя основными формами заболевания — с острыми и хроническими трещинами. Если первая сравнительно легко поддается терапии, то лечение хронических трещин остается сложной задачей (E. S. R. Hughes, 1953, 1957; C. E. Pope, 1959, H. D. Mooge, 1964). Среди проктологов нет единства взглядов на показания и методику лечения трещин заднего прохода. Более того, имеются диаметрально противоположные мнения по всем этим вопросам.

К истории вопроса

Гиппократ (400—377 г. до н. э.) в главе «Испражнения» писал: «Жгучие выделения с потугой указывают, что желудок в плохом состоянии». Относится ли это замечание к трещинам заднего прохода, решить трудно. В параграфе 10 книги «О фистулах» он говорил о боли в области заднего прохода без воспаления. Термин «трещина» он не употреблял,

но с уверенностью можно сказать, что в этом параграфе вопрос идет о трещинах заднего прохода.

Как уверяют некоторые авторы (А. Я. Шнее, 1950 и др.), Albucasis первый дал название заболеванию — «трещина» (*fissura ani*). Однако живший в тот же период великий таджикский ученый Абу Али Ибн Сина (Авиценна, 980—1037 г. до н. э.) самостоятельно, независимо от Albucasis, в своих трудах, объединенных названием «Канон врачебной науки», употреблял название «трещина» заднего прохода и в параграфе 13, статье 5 второго тома III книги около двух страниц посвятил этому вопросу.

Первую книгу о трещинах заднего прохода выпустил L. Lemonnier (1689). В ней он писал: «Трещины суть язвы небольшие, болящие, не сопровождаемые опухолью, имеющие расположение вдоль складок заднего прохода и похожие на ознобины, являющиеся на руках и ногах». Основными причинами трещин автор считал затрудненное прохождение через задний проход кишечных масс, кровавый понос и сифилитический яд. Sabatier через 100 лет (1791) снова подробно описал трещины заднего прохода. Он обращал внимание на то, что их трудно излечить. В первой половине XIX в. о трещинах и их лечении опубликовали оставившие след работы Blandin, N. Recamier (1829), Boyer (1845) и др. Blandin (цит. по Г. Петрову, 1863) в работе, опубликованной в 30-е годы прошлого века, обратил внимание на то, что особенно упорно текущие трещины располагались на уплотненных участках подслизистого слоя. Это первое неясное упоминание о фиброзе анального канала, только намек на пектеноз при хронических трещинах заднего прохода, о чем подробно позже писал Г. Петров. Blandin предложил новое оперативное вмешательство — подкожное рассечение сфинктера при хронических трещинах, не поддающихся консервативному лечению. Он назвал это вмешательство *tenotomia analis*. Почти сто лет спустя аналогичную операцию, но только с другим названием — «пектенотомия» описал W. E. Miles (1919, 1944).

В 1829 г. французский хирург Recamier предложил для лечения трещин заднего прохода производить бескровное насильственное растяжение сфинктера прямой кишки. Этот метод и тогда, и позднее с успехом применяли многие хирурги.

В 1845 г. Boyer опубликовал статью, детально анализирующую заболевание 100 наблюдавшихся им больных с трещинами заднего прохода. Основным этиологически связанным предшествующим заболеванием он считал геморрой, а непосредственной причиной возникновения трещин и болей при них — сфинктероспазм. Автор правильно утверждал, что без спазма жома не бывает трещины. Для устранения спазма он предлагал производить рассечение сфинктера через трещину или в стороне от нее. Разрез делался не более 2,5 см в длину, после чего оставалась треугольная рана с основанием, обращенным наружу. При наличии трещины типа язвы с ороговелыми краями и дном ее рекомендовалось иссекать. В статье указывалось, на какую глубину следует рассекать сфинктер, а это очень важно, так как повреждение сфинктера на значительную глубину приводит к нарушению функции замыкательного аппарата прямой кишки. Boyer на столетие предвосхитил сравнительно широко в последние годы распространенную в западных странах операцию — сфинктеротомию и ее применение в нашей стране представителями научно-исследовательской лаборатории проктологии, начиная с А. Н. Рыжих (1956, 1968).

Естественно, что в первой половине прошлого столетия, когда еще не были известны антисептика, асептика и особенно обезболивание, способы Recamier и Boyer применялись ограниченно с использованием до-

ступных в то время методов снижения болевой чувствительности (сно-творные, опиаты, алкоголь и др.).

И. Ф. Буш (1823—1831) — автор первого отечественного руководства к преподаванию хирургии — считал, как и большинство его предшественников и современников (gui de Chauliaque, 1363; L. Lemonnier, 1689; Sabatier, 1791; Dupuytren, Blandin — цит. по Г. Петрову, 1863), причинами трещин: перелой, люэс, педерастию, травму инородными телами, содержащимися в каловых массах. Во втором томе руководства, в параграфе 433, И. Буш описывал «особое породие судорожного сжатия заднего прохода с трещинами в коже, с припадками, болью, жжением, запорами, лихорадкой, при котором почти все средства тщетны или всемерно полезны, но в котором действительнейший способ есть разрез вправо и влево в самый проход». Далее идет описание методики рассечения сфинктера. Буш делил трещины на перелойные, геморроидальные, педерастические и пр. Описание клинической картины и лечения трещин заднего прохода занимает в учебнике Буша одну страницу.

Солидным исследованием, в котором подводился итог всего, что было к тому времени известно о трещинах заднего прохода, явилась докторская диссертация Г. Петрова (1863) под названием «De fissuris in ano», напечатанная типографским путем и выпущенная в свет в 1863 г. в Москве. Автор отмечал, что анальная трещина — это самостоятельная болезнь, не имеющая ничего общего с язвой дизентерийной, люэтической, раковой. Причинами заболевания он называл запоры, задержку кала в морганиевых криптах, хронический аноректит с раздражением слизистой оболочки. В работе отмечалась существенная разница между острыми и хроническими трещинами — в хронической стадии трещина превращается в круглую или овальную язву. Г. Петров подметил также, что при хронических трещинах имеется «гипертрофия ткани сфинктера с образованием плотной массы, окружающей палец, введенный в задний проход, наподобие твердого неуступчивого кольца». Это было первое правильное описание осложняющей длительное хроническое течение трещины гребневой связки, которую в 1919 г. W. E. Miles назвал «recten band». В последующие годы это осложнение чаще описывается под названием «пектеноз».

Г. Петров утверждал, что хроническая трещина, предоставленная самостоятельному течению, никогда не заживает, и наиболее обоснованными лечебными пособиями считал методы Рекамье и Буайе. О сфинктеротомии он отзывался как «о самом верном, во многих случаях ничем не заменимом способе лечения анальных трещин». Предложение Velrean постепенно расширять канал заднего прохода толстым марлевым тампоном он отверг как длительную, мучительную процедуру. Г. Петров верно оценивал патогенетическую и диагностическую роль спазма сфинктера в происхождении и течении трещин заднего прохода. Это позволило ему утверждать, что средства, направленные на лечение только трещины-язвы, в огромном большинстве наблюдений не дают полноценных результатов. Недостатком работы Г. Петрова следует считать незначительное число собственных наблюдений (в диссертации он описывает только 3 больных) и полное отсутствие сравнительных статистических данных из литературы о трещинах заднего прохода.

Автор первой отечественной монографии по различным вопросам проктологии И. Карпинский (1870) в своих воззрениях на этиологию, патогенез и лечение трещин заднего прохода оказался дальше от истины, чем его предшественник Г. Петров. На 15 страницах И. Карпинский разбирал теории происхождения, патологическую анатомию, симптомы и лечение трещин. Описывал консервативные — свечи, примочки, мази; активные неоперативные — прижигания, насильственное расширение

заднего прохода; оперативные методы лечения трещин — рассечение сфинктера. И. Карпинский наиболее целесообразным методом лечения трещин считал прижигание их ляписом. Теперь эта мучительная, повторно применяемая, почти совершенно не эффективная процедура полностью вышла из употребления. Растяжение сфинктера по Рекамье — достаточно надежную процедуру, широко применяемую в настоящее время как самостоятельный метод лечения, а чаще как дополнение к другим способам активной лечебной помощи — И. Карпинский совершенно отвергал, ссылаясь на «долгое заживление образующихся при ней рваных ран анального канала». Никаких рваных ран не бывает, но при насильственном растяжении сфинктера, кроме значительного расширения основной трещины, действительно появляется несколько (2—3), иногда много (5—8) новых надрывов, трещин, менее широких, чем основная. Затем все эти трещины быстро заживают.

На протяжении XIX столетия многие авторы повторяли ошибочное утверждение, заключающееся в том, что основными причинами возникновения трещин заднего прохода являются туберкулез, сифилис, гоноррея, пассивная педерастия, лишай.

Р. Koenig (1886) первый отметил, что трещинами заднего прохода чаще болеют женщины. Для объяснения этого факта он привел несколько бытовых и биологических причин — сидячий образ жизни, прилив крови к тазу при менструациях и беременностях, стекание влагалищных выделений в анальную область, повреждение жома при родах. Он не рекомендовал тратить время на прижигание трещин ляписом. При безуспешности однократного прижигания советовал применять сфинктеротомию по Буайе, но рассекать при этом лишь часть сфинктера, прилежащего к трещине-язве.

В одном из первых зарубежных руководств, посвященных вопросам проктологии, F. Esmarch (1887) отвел значительную главу этиологии, патогенезу, клинике и лечению трещин заднего прохода. Он впервые описал увеличенную складку кожи, часто прикрывающую наружный конец хронической трещины. При длительно текущих трещинах нередко появляется ограничивающая внутренний конец, возвышающаяся складка, но она всегда меньше наружной. Впоследствии в литературе на английском языке складку стали называть «sentinel pile», «sentinel tag», что означает «пограничный бугорок», «ушко, стоящее на часах». Французские проктологи писали о «саричон cutané dur» — о «плотном кожном капюшоне». Немаловажна роль пограничного бугорка в диагностике хронических трещин и поддержании воспалительного процесса.

Интересными были наблюдения Dickinson (1889; цит. по А. В. Старкову, 1912), исследовавшего у женщин силу сокращения поднимателя заднего прохода путем введения во влагалище восковых цилиндров и динамометра. Наибольшей сила сокращения была у больных с анальной трещиной. Следовательно, при этом заболевании спазмированы не только наружный и внутренний сфинктеры заднего прохода, но и обе замыкающие прямую кишку порции поднимателей заднего прохода.

E. Quenu, H. Hartmann (1895) обнаружили в нервных волокнах вокруг трещины заднего прохода отчетливую картину воспаления. Это дало авторам возможность объяснить боли, остающиеся после заживления трещины, наличием в нервах продолжающегося воспалительного процесса. Позднее эти боли получили название постфиссурального болевого синдрома.

В начале XX века W. Allingham (1896), D. H. Goodsall, W. E. Miles (1900), C. A. Ewald (1902) выделили хронические анальные трещины в особую группу заболеваний, не поддающихся консервативному лечению. Наряду с этим продолжали появляться публикации о «прекрасных»

результатах лечения (Hirschhorn, цит. по В. Л. Лунцу; I. Boas, 1910, 1927 и др.). Надежды на физиотерапию анальных трещин (Н. И. Коротнев, 1907; П. И. Бухман, 1907; В. П. Зеренин, 1907; В. А. Лукашев, 1927) не оправдались.

П. И. Тихов (1916) подметил некоторые особенности в клинике и лечении трещин заднего прохода. Это заболевание он считал своеобразной невропатической формой воспалительного процесса, о чем свидетельствовало появление трещины на воспаленной коже и слизистой оболочке канала заднего прохода, где имелись разрыхленность, экзематизация покровов вокруг трещины с утолщением ее краев. Впоследствии эта точка зрения нашла поддержку и развитие у М. А. Диканского (1929), А. Н. Рыжих (1956), А. М. Аминова (1959), Ю. А. Перова (1960), Е. Т. Whitney (1943), Е. Т. Mikkelson (1951), J. P. Nesselrod (1954, 1963), М. G. Spiesman (1963).

Наблюдательный и опытный хирург П. И. Тихов (1916) не поддавался гипнозу традиций и выделил из группы этиологических факторов два главных: запоры и геморрой. Об анальных трещинах он писал, что их лечение не так просто, как может показаться с первого взгляда. «Дело идет здесь о настоящем трюфневрозе, а, как известно, лечение трюфневрозов часто является неблагоприятным делом ввиду значительного упорства заболевания и склонности к рецидиву. Какой бы способ лечения ни избрал хирург, он не должен забывать об общих мероприятиях: соответствующей диете, тепловатых ваннах, регулярном опорожнении кишечника». Самым действенным способом лечения он считал растяжение сфинктера. Иногда, по его мнению, показано иссечение трещины и более глубоких отделов до мышечных пучков включительно.

В 1923 г. S. G. Gant, позже другие (C. L. Martin, 1934; E. A. Danimels, 1936; P. C. Blaisdell, 1937, 1945; L. A. Buie, 1938, 1960; E. P. Hayden, 1939; A. J. Cantor, 1945) стали пропагандировать операцию Буаие — иссечение хронической анальной трещины со сфинктеротомией. Эта операция стала применяться в Англии и США. Ее распространению способствовали анатомические изыскания в области анального канала — A. L. Abel (1932), E. T. C. Milligan, C. N. Morgan (1934), J. W. Morgan (1934), E. I. Levy (1937), P. C. Blaisdell (1937, 1945), E. T. C. Milligan (1943), E. T. Whitney (1943), J. Fine, C. H. W. Lawes (1940), C. N. Morgan (1948), L. I. Richards (1949). Эти авторы установили факт прилегания к дну хронической трещины волокон подкожной порции наружного сфинктера.

Выводы из анатомических изысканий, которые сделали S. Eisenhammer (1951, 1959), R. W. Gorsch (1955), J. C. Goligher, A. G. Leacock, J. J. Brossy (1955), C. N. Morgan, H. R. Thompson (1956), H. R. Magge, H. R. Thompson (1966), M. G. Spiesman (1963), были совершенно иные — дном хронической трещины являются волокна внутреннего сфинктера. Поэтому операцию стали называть «внутренней сфинктеротомией» или по имени, как многие считают, ее автора и горячего пропагандиста — «операцией Эйзенхаммера (S. Eisenhammer, 1951, 1959; R. Hohuli, 1968; R. May, 1971; D. C. Hoffmann, J. C. Goligher, 1970 и др.)».

К единому мнению ни хирурги-проктологи, ни анатомы не пришли. У операции иссечения трещины со сфинктеротомией появляется все больше противников в Англии и США (J. P. Nesselrod, 1957, 1963; M. G. Spiesman, 1963; R. C. Bennett, J. C. Goligher, 1962; R. C. Bennett, H. L. Duthie, 1964).

У нас в стране эта операция нашла мало приверженцев. Против нее ввиду возможных осложнений на протяжении многих лет выступает А. М. Аминев (1956, 1959, 1965, 1969). Эти протесты относятся к открытой, задней сфинктеротомии, применяемой не только при лечении тре-

щин заднего прохода, но, хуже того, при лечении параректальных свищей. Совершенно иное мнение, пока преимущественно на основании литературных данных, складывается о закрытой (подкожной) боковой сфинктеротомии как методе лечения трещин заднего прохода, о чем подробнее будет сказано в разделе о лечении трещин.

Убежденными сторонниками открытой, закрытой, подкожной, боковой сфинктеротомии как метода лечения трещин заднего прохода в нашей стране явились А. Н. Рыжих (1956, 1968), его ученики и последователи И. Р. Лезерсон (1959, 1963, 1965), И. М. Ланцберг (1965), В. Д. Мандзюк, В. М. Масляк, М. Т. Кордоба (1965) и др.

Малая эффективность консервативных методов лечения анальных трещин, относительная травматичность старых оперативных способов, дававших иногда различные осложнения, были стимулом для поисков новых путей лечения этого заболевания. С 1927 г. начинается период инъекционного лечения, при котором под трещину стали вводить масляные эмульсии анестетиков (F. C. Yeomans, цит. по W. B. Gabriel, 1945; W. B. Gabriel, 1930, 1936, 1939, 1945; I. Rachet, 1934; E. Levy, 1937; D. Weiss, 1937). Этот метод быстро завоевал многочисленных сторонников простотой, теоретическим обоснованием.

В 1939 г. R. Vensaude сообщил о хороших результатах лечения инъекциями 5% раствора хинин-мочевины под трещину. Раствор вызывает химическую невротомию волокон, идущих от трещины. С энтузиазмом описал хорошее впечатление от применения этого метода Е. Ю. Махлин (1931), сочетавший его с прижиганием трещины карбол-фуксином.

Пропагандистом применения масляных анестетиков у нас в стране стал А. Я. Шнее (1946, 1951), который значительный раздел своей докторской диссертации посвятил трещинам заднего прохода. Число наблюдавшихся им больных было тогда самое большое в отечественной литературе — 153 человека. А. Я. Шнее описал «язвенную болезнь заднего прохода без язвы его». Он объяснял происхождение этих язв из микротрещин.

Способ лечения трещин заднего прохода инъекциями масляных дюррантных препаратов, наряду с очевидным преимуществом — удлинением срока анальгезии, обладал рядом недостатков. Главные из них: недостаточная эффективность при хронических трещинах и частота осложнений (образование олеогранулом, парапроктита, язв и др.). Метод не получил признания и почти не применяется в наши дни.

На фоне широкого распространения инъекционных, а также хирургических — операция Габриэля и сфинктеротомия — методов лечения трещин заднего прохода в 30—60-е годы метод насильственного растяжения анального жома отошел на второй план.

Не удовлетворенный результатами инъекционной терапии и других методов лечения хронических трещин заднего прохода, W. B. Gabriel (1930) разработал операцию «треугольного дренажа», или «скальпирующую операцию». По мнению многих хирургов, эта операция является самой радикальной при анальных трещинах; она имеет много недостатков, главный из которых — относительная длительность эпителизации раны. Поэтому появились предложения сократить послеоперационный период с помощью пластического закрытия раны свободным лоскутом кожи или путем смещения ее краев (E. S. R. Hughes, 1957; C. E. Pope, 1959; T. F. Morgan, 1964; P. M. Howard, D. Albo, 1967; R. B. Samson, W. R. C. Stewart, 1970 и др.).

Вполне благоприятны первые впечатления от пока немногочисленных пластических операций, на первый взгляд мало перспективных ввиду сложности и изменчивости рельефа закрываемого участка, к тому же очень активного в функциональном отношении.

Отечественная проктология относительно молода. Лишь с начала настоящего столетия стали появляться журнальные статьи отдельных авторов — В. Л. Лунца (1903), В. А. Лукашева (1927), М. А. Диканского (1929), Е. Ю. Махлина (1931), А. Я. Шнее (1939), — посвященные трещинам заднего прохода. За последующие десятилетия напечатано в общей сложности около 35 журнальных статей, две монографии (А. М. Аминев, 1959; М. В. Баркан, 1965) и три кандидатские диссертации (Ю. А. Перов, 1959; И. Р. Лезерсон, 1963; М. Я. Усенко, 1975).

Предложенная еще в 1947 г. А. М. Аминым для лечения анальных трещин новокаиново-спиртовая блокада нашла широкое применение в СССР и за рубежом. Этому способствовали публикации автора и сотрудников клиники в печати, выступления на конференциях и съездах в нашей стране и за границей.

Растет опыт отдельных проктологов, коллективов специализированных отделений в изучении этой патологии, увеличивается число наблюдений. Если в XIX в. и в первой половине XX в. статистики охватывали несколько десятков больных, то А. Н. Рыжих (1956) сообщил о 173 наблюдениях, А. М. Аминев (1959), Ю. А. Перов (1960) — о 327, И. Р. Лезерсон (1963) — о 306, М. Б. Баркан (1965) — о 587 больных, Е. Т. Mikkelson (1951) — о 889. R. B. Samson, W. R. C. Stewart (1970) сообщили о результатах лечения 2 072 наблюдавшихся ими больных. L. A. Buie (1960) представил данные клиник Майо о 6 058 больных с трещинами заднего прохода.

Подводя итог краткого исторического очерка об изучении трещин заднего прохода как отдельного заболевания, необходимо отметить, что в большинстве вопросов этой проблемы среди современных проктологов достигнуто единодушие. Наиболее дискуссионным остался лишь раздел о лечении анальных трещин в хронической стадии.

Целесообразно ли преимущественно консервативное лечение хронических трещин заднего прохода, на чем настаивают А. М. Аминев (1959, 1965, 1969), Ю. А. Перов (1960, 1965), М. Б. Баркан (1965, 1970) и др., или обязательна операция с рассечением сфинктера, как утверждают А. Н. Рыжих (1956, 1968) с сотрудниками? Кто же прав? S. Eisenhammer (1951, 1959), считающий «внутреннюю сфинктеротомию совершенно необходимым моментом радикальной операции», и И. Р. Лезерсон (1963), упрекающая «большинство отечественных хирургов... в консерватизме в отношении неприкосновенности сфинктера при лечении трещин, что наносит большой ущерб (?) делу лечения», или А. М. Аминев (1959, 1969), назвавший сфинктеротомию при лечении хронических трещин «вредной», как и R. I. Hiller (1931), M. R. Hill (1949), R. C. Bennett, H. L. Duthie (1964) — «опасной и ненужной», P. C. Blaisdell (1939) — «неразумной», «непростительно трагичной», J. P. Nesselrod (1957, 1963), M. G. Spiesman (1963) — «совершенно ненужной»? B. Fries, K. A. Rietz (1964) пишут о сфинктеротомии у больных с анальной трещиной как о «величайшей опасности», R. Darmaillacq, E. Dubarry (1965) — о «чрезмерном средстве, опасном дисфункцией жома». По данным приведенных авторов, от 15 до 49% прооперированных методом сфинктеротомии больных пачкают белье, то есть у них имеется различная степень недержания газов и кала.

Не претендуя на окончательное решение проблемы, на основе литературных данных и значительного собственного опыта, накопленного при изучении и лечении в клинике 1 543 больных, страдавших трещинами заднего прохода, постараемся отметить достижения, а также указать на ошибочность или недостаточность ряда положений в этом разделе проктологии и ответить на основной вопрос — о рациональных методах лечения этого заболевания.

Общие данные

О частоте заболевания трещиной заднего прохода среди всех хирургических больных и отдельно среди проктологических больных почти нет упоминаний у авторов, писавших по поводу этого заболевания. М. Тулицки (1965) приводит сравнительно высокий процент (18,2) — 262 лечившихся по поводу трещин заднего прохода из 1 461 стационарных больных.

В клинике госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова за 30 лет (1946—1975) лечилось стационарно 92 305 хирургических больных с различными заболеваниями, среди которых проктологических больных было 20 090. По поводу трещин заднего прохода стационарно лечилось 958 человек, что составляет 1% к общему числу хирургических больных и 4,8% к числу проктологических больных. В настоящей работе подвергаются анализу 1 543 больных, из которых 585 (38%) лечились амбулаторно и 958 (62%) стационарно.

Из работ 17 отечественных авторов, включая и наши данные, мы подытожили общее количество — 4 172 больных. Двенадцать авторов отметили деление 3 757 больных по полу. По их данным, мужчин оказалось 1 206 (32,1%), женщин — 2 451 (67,9%). Таким образом, на основании приведенных цифр можно сказать, что частота заболевания мужчин и женщин может быть обозначена соотношением 1:2. По возрасту 1 543 больных распределялись следующим образом: до 10 лет — 18 больных (1,1%), 10—20 лет — 27 (1,7%), 20—30 лет — 249 (16,1%), 30—40 лет — 496 (32,2%), 40—50 лет — 516 (33,4%), 50—60 лет — 188 (12,2%), свыше 70 лет — 49 (3,3%). Возрастной состав больных не различается по показателям статистик других авторов. В возрасте от 21 года до 60 лет было 93,9% больных.

При анализе состава больных по профессии и роду занятий нам не удалось выявить зависимости заболевания от этих факторов. Единственная особенность состояла в сравнительно большом проценте шоферов и трактористов: их было 72 человека (5%). Никакого преобладания лиц, работа которых связана с тяжелым физическим трудом (шахтеры, разнорабочие), с постоянным движением (почтальоны, курьеры, спортивные тренеры), лиц, работающих сидя (машинистки, контролеры, кассиры), мы не отметили.

Этиология и патогенез

Абу Али Ибн Сина на 259—260 страницах второго тома третьей книги «Канон врачебной науки» так писал о причинах заболевания: «Трещины в заднем проходе нередко образуются вследствие возникновения в нем сухости и теплоты, и тогда трещины образуются из-за всякой ничтожнейшей причины. А иногда они возникают из-за горячих опухолей, или твердости и сухости кала, или треснувших почечульных шишек, или вследствие сильного устремления крови к устьям сосудов заднего прохода».

Причинами трещин заднего прохода в современной научной медицинской литературе считают различные заболевания этой области, а также вышележащего отдела толстой кишки и всего организма. Из местных причин на первое место ставится геморрой, который, несомненно, может способствовать появлению трещин. Каждое кровотечение при геморрое — это нарушение целостности эпителиального покрова и часто, кроме того, узора венозного узла. Нужно удивляться тому, что при всем известной частоте геморроидальных кровотечений хронические трещины заднего прохода наблюдаются у подобного рода больных сравнительно редко. Это обстоятельство служит доказательством того, что одних запоров или одного нарушения целостности эпителиального покрова в области заднего прохода недостаточно для образования хронической трещины. Необходимо совпадение цепи условий, чтобы появилась трещина.

Никогда не превращаются в хронические трещины заднего прохода дефекты эпителия, располагающиеся на вершине, на склоне или у основания геморроидального

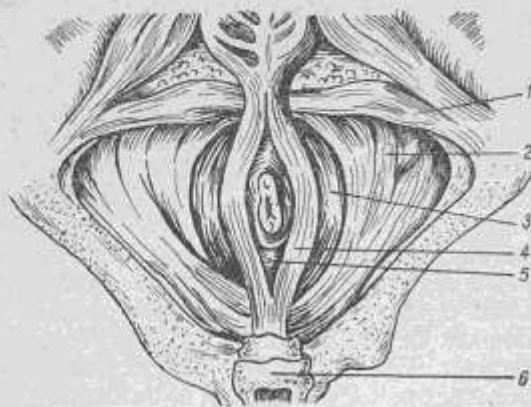


Рис. 1. Мышцы промежности:

1 — поперечная мышца промежности; 2 — диафрагма таза; 3 — глубокая порция сфинктера; 4 — поверхностная порция сфинктера; 5 — треугольник между разошедшимися волокнами поверхностной порции; 6 — копчик.

излеченную насильственным растяжением жома. М. М. Тростанецкий (1914) на 80 операций Уайтхеда отмечал в поздние сроки трещины у 3 больных.

Некоторую роль в происхождении трещин отводят зуду заднего прохода, кондиломам, гонорейному проктиту, повреждениям в области заднего прохода слизистой оболочки кlistирными наконечниками и пр.

Из заболеваний толстой кишки образованию трещин могут способствовать как острые колиты, проктосигмоидиты (дизентерия), так и хронические колиты, в особенности если они сопровождаются запорами. Основная и главная причина образования трещин заднего прохода, по мнению многих авторов, — запоры.

Из общих заболеваний появлению трещин заднего прохода, как считали авторы прошлого столетия, могут способствовать сифилис, туберкулез, а также педерастия и смещения матки (F. Esmarch, 1887; В. Л. Луиц, 1903 и др.). Один из 3 больных, наблюдавшихся В. Л. Луицем, имел сифилис. Но в остальном этот больной обладал хорошим здоровьем, крепким телосложением, и появление у него трещины заднего прохода не было связано с сифилисом. У двух молодых женщин, наблюдавшихся Е. Ю. Махлиным (1931), был выявлен активный туберкулез легких с выделением палочек Коха. Трещины у них имели вид трофических язв и не поддавались излечению. Патологогистологических и бактериологических исследований автор не производил, поэтому он не мог сказать, были ли это простые, вяло протекающие трещины или же эти трофические язвы являлись одним из проявлений туберкулеза. Точно так же без подтверждения специальными исследованиями, лишь на основании клинических данных, А. Я. Шнее (1946) причислял к туберкулезным язвы заднего прохода у двух истощенных больных, страдавших туберкулезом легких и кишок.

Таким образом, анальные трещины чаще всего возникали не у здоровых людей, а у лиц с определенной патологоморфологической предрасположенностью к ним, с «проктологическим прошлым», при более или менее длительном анамнезе анарктальных дискинезий, в основе которых лежат геморрой, аноректит, склонность к запорам, двухмоментная дефекация.

Все физиологические и патологические состояния, сопровождающиеся задержкой стула, венозной гиперемией ано-ректальной зоны (беременность и роды, запоры, частые и длительные натуживания, злоупотребление вином, половые излишества), ведущие к разрыхлению тканей анального канала, к утрате их эластичности за счет прогрессирующего фиброза, способствуют появлению трещин.

Для объяснения возникновения трещин заднего прохода предложено несколько гипотез, из них самая старая и довольно распространенная — механическая. Ибн Сина (XI в.) основной причиной считал плотный стул. Г. Петров (1863), И. Карпинский (1870) преувеличивали этиологическую роль включенных в каловые массы твердых инородных тел. Сторонниками этой теории являются А. М. Аминев (1959), Ю. А. Перов (1960), М. D. Kenney (1931), J. P. Lockhart-Mummery (1931), P. C. Blaisdell (1939), В. Bischoff (1959) и многие другие.

Механическая теория объясняет наибольшую частоту возникновения трещины из задней стенки канала заднего прохода его анатомическими особенностями — расположением под углом крестцово-копчиковой кривизны и, следовательно, большей травматизацией плотным каловым столбом задней стенки кишки, а также тем, что покровная часть — кожа на этом участке не подкреплена поверхностной порцией на-

узла со стороны слизистой оболочки. Трещину можно обнаружить между двумя геморроидальными узлами или у боковой стенки геморроидального узла при переходе его в здоровую кожу.

По наблюдениям А. Я. Шнее (1946), среди 72 больных, страдавших трещинами заднего прохода, у половины имелся одновременно геморрой. В проктологической отечественной литературе дано описание 15 968 больных, страдавших геморроем. Однако не всеми авторами отмечены сопутствующие заболевания.

В 16 работах, в которых такой анализ проведен, из 2181 больного, страдавшего геморроем, трещины отмечены у 209, то есть в 9,6%.

Трещины редко осложняли последующее течение после различных операций, произведенных по поводу геморроя. Мержевский наблюдал трещину после операции Уайтхеда,

ружного сфинктера заднего прохода. В частности В. Р. Брайцев (1952) частую локализацию трещины по средней линии сзади объясняет особенностями строения наружного сфинктера, неравномерно замыкающего заднепроходное отверстие. Копчиково-анальная порция мышечных волокон, подходя к заднему проходу, делится на две части и в составе поверхностной части наружного сфинктера охватывает с боков и спереди задний проход. Спереди эти волокна создают хорошо укрепленную полуокружность. Но под задней спайкой, в том месте, где идущие сзади, от копчика, мышечные волокна расходятся под острым углом, кожа оказывается плохо укрепленной на подлежащей ткани, легко перерастягивается при прохождении плотных каловых масс. Происходит нарушение ее целостности. Появляется трещина.

Необходимо выяснить, какие еще анатомо-физиологические условия должны иметь место, чтобы первично появившийся от тех или иных причин надрыв кожи или слизистой оболочки в области заднего прохода превратился в хронически незаживающую трещину с ее типичной клинической картиной.

Известно, что при ампулярной форме прямой кишки каловые массы к моменту дефекации формируются в довольно объемистый ком, который проходит через заднепроходное отверстие, соответственно растягивая круговой сфинктер и покрывающую его кожу. Ампулярная форма представляет собой врожденный анатомический вариант строения прямой кишки. Несколько большая растяжимость сфинктера у этих лиц — обычное явление в сравнении с цилиндрической формой прямой кишки. Поэтому трещины заднего прохода, в виде исключения, встречаются при ампулярной форме прямой кишки. Можно привести пример, когда при выпадении прямой кишки постепенное растяжение заднепроходного жома и покрывающих его кожных покровов исключает у этих больных появление трещины. И действительно, при обширных выпадениях прямой кишки сфинктер и окружающие его ткани бывают растянуты настолько, что в просвет прямой кишки можно ввести мужской кулак, но трещины прямой кишки у таких больных почти не наблюдаются. Наоборот, трещина сравнительно легко появляется при мало растянутом сфинктере у лиц с цилиндрической формой прямой кишки. Узкий просвет ее полости приводит обычно к формированию слепков каловых масс малого объема. Заднепроходное отверстие приспособляется к прохождению этих масс небольшого диаметра. В случае появления запоров застаивающиеся каловые массы могут сформироваться в плотную пробку несколько большего, чем обычно, диаметра. Мало растяжимые покровные ткани при прохождении через задний проход этих более объемистых каловых масс могут надорваться. Но надрыв — это еще не трещина. В большинстве надрыв кожи благополучно заживает.

По мнению некоторых авторов, этот первичный надрыв кожи носит нередко рядовой, будничной характер в результате плотного стула, запоров, беременности, родов. Для появления трещины как клинически выраженного страдания должен быть дополнительный предшествующий патологический фон в виде особой предуготованности, совокупности упомянутых выше условий, в которых одно из главных — утрата тканями канала заднего прохода нормальной эластичности. Кроме того, первичный и повторные надрывы кожи дают клиническую картину трещины лишь после того, как к этому очень небольшому очагу травмы присоединяется спазм сфинктера, сопровождающийся мучительными болями. Повышенная возбудимость нервной системы, по-видимому, играет немаловажную роль в развитии болевого симптомокомплекса трещины заднего прохода.

С. L. Martin (1934) считал криптит самой частой причиной образования трещины. Равным образом считают трещину осложнением криптита W. A. Hinckle (1935), E. A. Daniels (1936), F. T. Harper (1948), R. Turell (1948), E. T. Whitney (1948), O. Mikkelsen (1954) и др. E. T. Whitney (1948) называл трещину заднего прохода «широко открытым в просвет кишки абсцессом межмышечного, межсфинктерного пространства». J. C. Matt (1960) писал, что у детей трещины прямой кишки и криптит имеют общее происхождение.

M. G. Spiesman (1963) объяснял развитие трещины следующим образом. В результате задержки каловых масс в увеличенной крипте в ней развивается воспалительный процесс — криптит. Наиболее часто поражается задняя крипта. При хроническом раздражении полулунных клапанов отмечается их гипертрофия, воспаление — папиллит. Происходит хроническое воспаление всей этой области. Образуется сужение анального канала — пектенос. Так развиваются характеризующие трещину пять признаков — криптит, папиллит, сторожевой бугорок, гребневая связка, трещина.

P. C. Blaisdell (1937) не согласен с теми авторами, которые утверждают, что трещина происходит из крипт или из геморроидальных узлов. Он писал, что крипты располагаются по всей окружности, геморроидальные узлы — преимущественно на 5, 7, 11 часах, трещины же бывают всегда на 6 часах, очень редко на 12 часах и в других точках окружности заднего прохода. Подобные же возражения против мнения о развитии трещины из воспаленной крипты приводит E. E. Wadsworth (1954).

Мы также считаем, хотя и не по этим соображениям, что криптит и геморрой лишь очень редко могут быть непосредственной причиной развития трещины заднего прохода. Геморрой, как известно, встречается очень часто, а трещины на почве геморроя — крайне редкое явление.

На роль воспаления в генезе трещины заднего прохода указывали Г. Петров (1863), А. М. Амиев (1599, 1963), Ю. А. Петров (1960), J. R. Pennington (1923), G. L. Kratzer (1958), M. B. Dockerty *з. oth.* (1957), R. E. Anderson (1958). Убедительны выводы работ J. P. Nesselrod (1954, 1963), M. G. Spiesman (1963) о значении инфицированных анальных крипт и желез в происхождении трещины.

На значение в появлении трещины воспаления как основного патогенетического звена, ведущего к разрыхлению слизистой оболочки и подлежащих слоев, указывал G. G. Perry (1962), который обнаружил явление анусита у 242 из 245 больных с трещинами заднего прохода. У всех больных с ануситом стул был резко щелочной, реакция рН кишечных масс 8—10, в то время как у здоровых лиц и у больных с другими хирургическими заболеваниями прямой кишки без воспаления слизистой оболочки реакция каловых масс была нейтральной, реже — слабо щелочной или слабо кислой.

Многие проктологи разделяют взгляды сторонников механической и инфекционной теорий. W. E. Miles (1919) выдвинул теорию образования трещин заднего прохода, согласно которой хронические запоры и геморрой приводят в конце концов к фиброзу подслизистого слоя анального канала с утратой эластичности его стенок, к пектенозу. Причину неудач при лечении хронических трещин заднего прохода и упорно рецидивирующего геморроя он видел в непонимании патогенеза, в сохранении нетронутой при различных консервативных методах лечения гребневой связки и предложил операцию пектенотомии. Большой клинический опыт автора был основанием для создания логически стройной теории патогенеза трещины заднего прохода. В последующие годы ее поддержали и развили A. L. Abel (1932), J. W. Morgan (1934), E. A. Daniels (1936), W. B. Gabriel (1936, 1948), P. C. Blaisdell (1937, 1945), M. G. Spiesman, L. Malow (1957) и др.

Довольно распространенной среди французских проктологов является сосудистая и примыкающая к ней теория дистрофических нарушений. В их защиту приводится факт обнаружения геморроя у большинства больных, страдающих трещиной. Поэтому появилось выражение: «трещина заднего прохода — варикозная язва» (A. Bensaude 1939; J. Nepp, 1957), A. Bensaude (1955) видит в тромбозе геморроидальных узлов причину формирования анальных бахромок и «капюшона» хронической трещины — постоянных ее спутников. Он объясняет расположение трещин на передней и задней стенках канала заднего прохода меньшей васкуляризацией этих зон, их большей склонностью к появлению дистрофий. «Практически нет трещины ануса без геморроя», — говорил A. Bensaude (1955). «Наиболее важна в генезе анальных трещин — язва геморроидальная почва» (A. Cain, I. Rache, P. Hillemand; цит. по В. Bischoff, 1959). «Анальная трещина — изъязвленный геморроидальный узел» (Heber—Suffrin; цит. по J. L. Grenaudier, 1961). Со всеми этими категорическими суждениями нельзя согласиться. Геморрой далеко не всегда предшествует или сопутствует трещине.

L. A. Vuie (1960), C. W. Mayo (1962) сравнивают хроническую трещину заднего прохода с трофической язвой голени. Они ссылаются на ее внешний вид, упорство течения и толерантность к различным терапевтическим воздействиям. Клинические наблюдения П. И. Тихова (1916), а также гистологические исследования иссеченных при операциях хронических трещин (А. Я. Шнее, 1950; Ю. А. Перов, 1960; И. Р. Лезерсон, 1963; E. Quenu, H. Hartmann, 1895; C. A. Potrozzi *з. oth.*, 1967) дали возможность обнаружить хроническое воспаление дна и краев трещины, воспаление прилегающих анальных желез и явления восходящего неврита в ближайших нервных волокнах. Эти находки легли в основу высказанного еще П. И. Тиховым (1916) предположения о невралгической форме воспаления как основе трещины заднего прохода и позднее сформулированной А. И. Рыжих (1956) перво-рефлекторной теории возникновения трещины. Несколько иную психосоматическую теорию происхождения трещины предложили J. M. Garrigues, C. A. Bruero (1970).

A. Warter (цит. по J. L. Grenaudier, 1961) выдвинул алиментарно-метаболическую теорию, согласно которой первопричиной происхождения трещины являлись нарушения питания во время войны, голод, дурные привычки питания — злоупотребление томатами, фруктами и пр.

Авторы эндокринной теории — Henry, Simonetty (цит. по J. L. Grenaudier, 1961) считают трещину заднего прохода, чаще наблюдаемую у женщин, результатом дисовариальных гормональных расстройств, гиперфолликули. Авторы предложили лечить больных с трещинами заднего прохода лютеином и андрогенами. Обе последние теории не нашли поддержки среди специалистов.

Предшествующими заболеваниями и в значительной степени предрасполагающими факторами у наших больных были: геморрой — 1 018 больных (70,0%), двухмоментная дефекация — 865 больных (56,2%), запоры систематические или выраженная склонность к ним — 788 человек (51,4%). Наши данные аналогичны данным большинства других авторов. Так, L. A. Vuie (1960), C. W. Mayo (1962) сообщили, что более чем у половины больных они обнаружили другие патологические состояния со стороны заднего прохода и прямой кишки, обычно в комбинации (геморрой, анапрок-

тит, крипитт, папиллит, бахромки) и лишь у 0,1% наблюдавшихся не было найдено сочетанной патологии, а имелась лишь анальная трещина.

Непосредственные причины появления трещин заднего прохода у наблюдавшихся нами больных, преимущественно по их собственным впечатлениям, были разнообразны, что отражено в следующей таблице.

Таблица 1

Непосредственные причины появления трещин заднего прохода у наблюдавшихся нами больных

Причины заболевания	Число больных	%
Запоры	1 102	71,5
Роды	124	8,0
Дизентерийный колит	62	4,0
Острый энтероколит с диареей	38	2,5
Инструментальная травма заднего прохода	26	1,7
Общее физическое напряжение	21	1,4
Простуда — местное охлаждение	4	0,2
Причина неизвестна	166	10,7
Всего	1 543	100,0

Характерно, что из 1 011 наблюдавшихся нами женщин в возрасте старше 16 лет у 636 (63,1%) начало проктологического анамнеза связано с родами, чаще всего с первыми. Врачи-акушеры в послеродовой период, к сожалению, мало внимания обращают на прямую кишку и ее функцию. Необоснованное мнение высказал S. C. Simmons (1964) о «редкости проктологических заболеваний у рожениц и родильниц». Такие заболевания он отметил у 14 из 1 000 родильниц на 4 335 родов.

Хронический колит с неустойчивым стулом, смена запоров поносами, острый энтероколит с диареей послужили причиной формирования трещины у 100 наблюдавшихся нами больных. На роль колита в развитии трещины указывают F. T. Dombai и соавт. (1966), обнаружившие это заболевание у 57 (12,3%) из 465 больных, страдавших неспецифическим язвенным колитом.

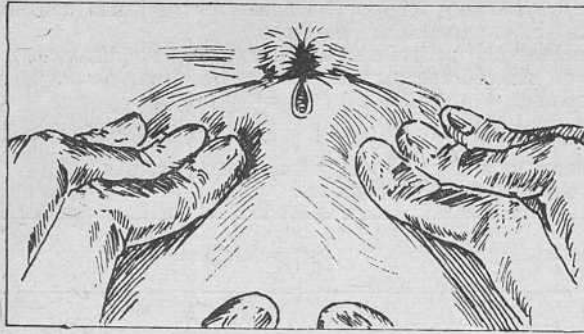
Травма при медицинских манипуляциях была нанесена следующими инструментами: тубусом ректороманоскопа — 10 больным, газоотводной трубкой — 6, наконечником седла при субкавалных промываниях — 2, ректальным зеркалом — 5 и ректальным электродом при дарсонвализации — 3 больным.

Общее физическое напряжение у 21 больного было связано с подъемом больших тяжестей. У 4 больных анальная трещина появилась при дефекации без усилий после того как они пролежали в состоянии опьянения по нескольку часов на снегу, при этом было значительное охлаждение ягодично-промежностной области.

Роль сифилиса, туберкулеза, недержания, гонорреи, о которых упоминают многие авторы ранних работ, а из последних — лишь М. Д. Брайцева (1971), очень преувеличена. Значение менструации, злоупотребления алкоголем в генезе обострений при хронических трещинах заднего прохода несомненно, о чем мы сообщим ниже.

J. Agrous, J. Denis (1971) делят трещины на две группы. В первую группу они включают истинные трещины, появляющиеся при тромбозе геморроидальных вен, в результате повреждения инородными телами, при геморрое и выпадении прямой кишки. К ложным они относят редко встречающиеся трещины при раке, болезни Крона, сифилисе, туберкулезе области заднего прохода, при ректо-колите, сопровождающемся кровопотерями, при агаммоглобулинемии. Такое подразделение трещин на истинные и ложные мы встречаем в литературе впервые. Едва ли оправдано такое деление. Трещина как продольный линейный надрыв кожи и слизистой оболочки, появляющаяся от разных причин и при различных условиях, представляет собой незначительно вариabельный дефект эпителия. Но клиническая его картина, в частности интенсивность и длительность болевого синдрома, очень различна. При тех же заболеваниях, при которых указанные выше авторы называют трещины ложными, болевой синдром бывает обычно выражен значительно мягче, иногда боли полностью отсутствуют. Но это уже особенность клинического течения и совсем не значит, что трещина ложная, не истинная, не настоящая. Трещина и здесь настоящая, со всеми ее анатомическими признаками, но с клиническими особенностями.

Исследование больных должно проводиться очень осторожно, чтобы не вызвать травматизацию трещины. Больного необходимо предупредить о безболезненности процедуры осмотра и постараться это обещание выполнить.



Р и с. 2. Осмотр трещины после растяжения заднепроходных кожных складок.

При осмотре больного в спокойном состоянии трещину почти никогда не удастся видеть. Нужно попросить больного несколько натужиться при расслабленном сфинктере, как бы начать акт дефекации. Заднепроходное отверстие при этом несколько опускается и показываются глубоколежащие части кожи, покрывающей анальное кольцо, включительно до переходной складки, и даже слизистой оболочки. Иногда удается видеть наружную часть трещины. Но поскольку у большинства больных имеется значительный спазм сфинктера, самое легкое натуживание может вызвать такую рез-

кую боль, что они судорожно сокращают сфинктер, еще больше, чем обычно, суживают канал заднего прохода. Поэтому при простом осмотре установить наличие трещины чаще всего не удастся. Приходится прибегать к исследованию пальцем.

Больного следует поместить на перевязочный стол в положении на боку или на спине с подтянутыми к животу ногами или в коленно-локтевом положении. Можно положить больного в гинекологическое кресло, то есть придать положение, как для операции по поводу геморроя. Можно также придать больному такое положение, чтобы он стоял, согнув туловище под прямым углом, опираясь руками о перевязочный стол. Наконец, например, в амбулаторной обстановке, можно положить больного на край перевязочного стола животом вниз со свешенными со стола, опирающимися о пол ногами. Наиболее просто и быстро можно придать положение больному на перевязочном столе или на кушетке на боку с подтянутыми к животу ногами. Область заднего прохода должна быть хорошо освещена.

Для того чтобы произвести исследование больного при резко выраженном болевом синдроме, В. Л. Лунц (1903) рекомендовал перед введением ректоскопа предварительно смазать всю область заднего прохода 10% раствором эйканина или ввести суппозиторий с эйканином. А. Я. Шнее (1946) у многих больных производил исследование под местной анестезией. В. Р. Брайцев (1952) также рекомендовал делать анестезию 0,5% раствором новокаина или же предварительно помещать на область трещины комочек ваты, пропитанной 5% раствором кокаина. В прошлом авторы рекомендовали даже прибегать к наркозу. Мы только перед исследованием с помощью инструментов (ректальное зеркало, ректороманоскоп) вводим больному за полчаса 1 мл 1% раствора гидрохлорида морфина или 2% пантопона. Простое же исследование пальцем обычно с успехом производим без всякого обезболивания. Лишь редко при особой чувствительности пациента приходится и при исследовании пальцем предварительно вводить под кожу один из указанных или какой-либо другой обезболивающий препарат. Если это мероприятие не обеспечивает необходимого эффекта, больной беспокоен, не дает должным образом провести исследование, то следует прибегнуть к местной анестезии. У незначительной части больных — 39 (2,5%) — пришлось перед осмотром провести анестезию соответствующего сектора заднего прохода из-за резких болей при попытке разведения кожных складок заднего прохода.

Прежде всего необходимо установить место расположения предполагаемой трещины. Часто сам больной говорит и указывает пальцем, в какой части заднего прохода испытывает боль. Но этим ограничиваться нельзя. Исследующий врач, надев перчатку или завернув палец в марлю, должен со стороны кожи, окружающей задний проход, произвести давление в глубину и внутрь. По болевому ощущению, которые испытывает больной, приблизительно можно определить, где располагается трещина. После этого приступают к более детальному исследованию пальцем для того, чтобы увидеть трещину собственными глазами и не только убедиться в ее наличии, но и уточнить расположение, форму, размеры, а также характер изменений окружающих тканей.

Исследование пальцем можно производить двумя способами. Исследующий врач надевает перчатки или подкладывает под пальцы рук марлевые салфетки и начинает осторожно растягивать в стороны ткани заднего прохода, вытягивая при этом из глубины кожные складки в той части анального кольца, где можно предполагать наличие трещины. Иногда при глубоком расположении трещины для вытягивания и расправления кожных складок следует пригласить помощника. Нельзя производить исследование грубо и энергично, так как это вызывает резкую боль, спазм сфинктера усиливается, создаются дополнительные трудности для исследования. Медленно растягивая складки, можно обнаружить трещину, не вызывая неприятных болевых ощущений.

Второй метод исследования заключается в том, что врач вводит указательный палец своей левой руки в заднепроходное отверстие, стараясь тыльной стороной пальца нажимать на стенку, противоположную месту предполагаемого расположения трещины. При этом трещина совершенно не травмируется. Исследование проходит безболезненно. Спазм сфинктера не усиливается. Введя палец в глубину прямой кишки, врач несколько сгибает его, охватывает сфинктер заднего прохода и начинает медленно на него давить из глубины кнаружи в том месте, где находится трещина. Тыльная сторона основания этого пальца должна максимально опираться на противоположную здоровую полуокружность заднего прохода. Под давлением пальца ткани анального кольца на стороне расположения трещины подаются кнаружи. Кожа растягивается. Расправляя дополнительно кожные складки пальцами второй руки или пригласив помощника для этой цели, врач довольно легко может видеть трещину на всем ее протяжении.

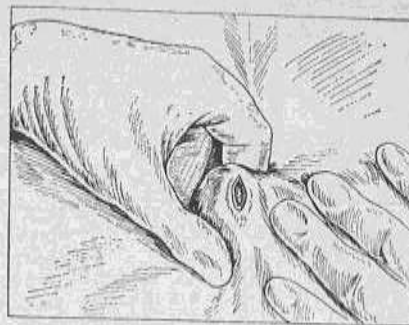


Рис. 3. Исследование при трещине с помощью пальца, введенного в задний проход.

Для исследования больного, страдающего трещиной заднего прохода, можно воспользоваться специальными инструментами — ректальным зеркалом и ректоскопом или ректороманоскопом. Но введение этих инструментов вызывает иногда резкие болевые ощущения. Поле видимости при пользовании ими не лучше, а значительно хуже, чем при исследовании с помощью пальцев. Освоив методику осмотра заднего прохода пальцами, врач может не прибегать к инструментальным методам исследования. Но иногда желательно провести дополнительные исследования при помощи ректального зеркала и ректоскопа лишь для исключения других заболеваний прямой кишки и заднего прохода. Даже полезно бывает произвести рентгенографию толстой кишки с целью дифференциальной диагностики.

В. Л. Луниц (1903) сообщил об одной больной, которая за 32 года болезни многократно обращалась к врачам и никто не распознал имевшуюся у нее трещину заднего прохода. По мнению В. Л. Луница, объяснялось это тем, что трещина у больной помещалась не у самого анального отверстия, а немного выше — на слизистой оболочке.

Патологическая анатомия

Располагаются трещины чаще всего в области задней спайки, то есть на 6 часах по циферблату. Только в 1% у мужчин и в 8% у женщин, по В. Р. Брайцеву (1952), встречаются трещины в области передней спайки. Из 60 больных, которых наблюдал Е. Ю. Махлин (1931), у 49 трещина располагалась в области задней спайки и у 7 — на боковых поверхностях. А. Я. Шнее (1951) 90% трещин наблюдал на задней спайке.



Рис. 4. «Целующиеся» трещины.

Трещина всегда имеет продольное направление и в обычных условиях при нормальном тоне сфинктера скрывается между кожными складками в области заднего прохода. Края ее при этом спадаются — трещина не зияет.

Длина трещины равна в среднем 1 см, ширина — 1—2 мм. Иногда длина может быть более 2 см, а ширина при растягивании кожных складок пальцами исследующего врача — 0,5—0,7 см. В нормальном состоянии противоположные края трещины обычно соприкасаются. Глубина трещины не превышает 1—2 мм. Располагается трещина на переходной складке, заходя своими заостренными концами с одной стороны на *linea apo-cutanea*, с другой — на слизистую оболочку. Края трещины состоят из неизменной кожи и слизистой оболочки, или же в них заметны явления воспаления в виде легкого отека, припухлости и ободка гиперемии.

Свежая трещина имеет вид дефекта покровных тканей в форме щели ярко-красного цвета, с гладкими, ровными краями, с заметной продольной исчерченностью дна за счет мышечных волокон (*m. corrugator cutis*), что указывает на



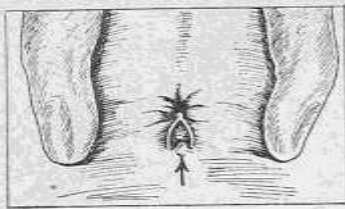


Рис. 5. Трещина с наружным пограничным бугорком.

небольшую глубину трещины (S. Eisenhammer, 1951, 1957). Дно трещины обычно состоит из крайне болезненных подкожных тканей. У свежих трещин эти ткани розового цвета. Позднее появляются мелкие бледные грануляции, зачастую покрытые тонким сероватым, фибринозным налетом.

Иногда бывает не одна, а 2—3 трещины и больше. В. Л. Луиц (1903) наблюдал у одного больного 7 свежих трещин. Самая большая из них помещалась на задней спайке и была покрыта грязно-серым налетом. Остальные длиной от 0,25 до 0,5 см располагались между складками на боковых поверхностях заднего прохода. Все надрывы кожи (трещины) были весьма болезненны при прикосновении.

Е. Ю. Махлин (1931), А. Я. Шнее (1946) и др. говорили «о целующихся» трещинах, располагающихся на противоположных стенках заднего прохода (kissing ulcer — английский автор). Е. Ю. Махлин видел трещины у 4 больных, И. Р. Лезерсон — у 11 из 415 больных.

При длительном существовании трещина увеличивается в размерах, края ее утолщаются, уплотняются, ороговлевают, не соприкасаются. Трещина принимает вид трофической язвы — зияет. Кожные края ее становятся подрытыми, наружный кожный конец нередко гипертрофируется, возвышается до 0,5—1,5 см и принимает форму полуконусовидного выступа, получившего название наружного пограничного бугорка. Иногда аналогичный кожный, но обычно меньшего размера (от 0,2 до 0,6 см) пограничный бугорок окаймляет и внутренний конец трещины.

Наличие выраженного, преимущественно наружного бугорка В. Д. Мандзюк с соавт. (1965) отметил у 59 из 113 наблюдавшихся больных (52,2%), Н. В. Мун и С. Б. Гринберг (1972) — у 37 из 214 (17,3%). Этот процент значительно возрастает, если высчитать частоту пограничного бугорка только у больных с хроническими трещинами.

Среди наблюдавшихся нами 1543 больных трещина располагалась у 1413 (91,5%) на задней спайке канала заднего прохода, у 52 (3,4%) — на передней, у 74 (4,8%) — одновременно на задней и передней стенках — «целующиеся» трещины. Только у 4 (0,3%) больных трещины находились на боковых стенках. Интересно отметить, что из 126 больных, у которых трещина располагалась на передней стенке, в том числе и при содружественном расположении, было только 5 мужчин. Передняя локализация трещин обнаружена у 1% мужчин и у 11,7% женщин. Близки к этим соотношениям данные и других авторов (А. Я. Шнее, 1951; А. Н. Рыжих, 1956; И. Р. Лезерсон, 1963; М. Б. Баркан, 1970; М. Д. Брайцева, 1971; М. Я. Усенко, 1975; А. J. Cantor, 1945; E. S. R. Hughes, 1957 и др.).

В 1895 г. Н. Hartmann, E. Quenu писали, что при микроскопическом исследовании удаленных трещин заднего прохода они находили картину хронических или подострых воспалительно-дегенеративных изменений в нервных элементах подлежащих тканей. Другие авторы в последующем (А. Я. Шнее, 1951; Ю. А. Перов, 1959) подтвердили своими исследованиями это мнение. И. Р. Лезерсон (1963) изучила 300 таких препаратов и убедилась, что хроническая трещина превращается в хроническую язву без признаков эпителизации и грануляции, без тенденций к заживлению. Обнаженных нервных волокон на поверхности трещины-язвы она не обнаружила ни разу. В первые 6 месяцев наблюдалось раздражение нервных волокон в виде усиленной извитости, аргирофильности, вакуолизации. В более поздние сроки изменения в нервах принимали более выраженный характер с переходом в фрагментацию миелиновой оболочки и нервных волокон. Возможно, указанные изменения в нервах являются причиной трофических нарушений в окружающих трещину тканях, что проявляется отсутствием регенерации и превращением трещины в хроническую язву, упорно не поддающуюся лечению и не склонную к заживлению.

Клиника и диагностика

Анамнез и жалобы настолько характерны при трещине заднего прохода, что предположительный диагноз с большей долей вероятности может быть поставлен на основании этих сведений. Первая и главная жалоба — на боли в заднем проходе при дефекации и после нее резкого режущего характера. Типична длительность болевого периода — от нескольких минут до многих часов. Начало заболевания может быть постепенным, незаметным или же острым, внезапным. Лишь А. Я. Шнее (1951) писал, что никто из 72 наблюдавшихся им больных не имел острого начала заболевания. В. Л. Луиц (1903) у многих своих больных отмечал острое начало. Обычно больные совершенно отчетливо помнят, с какого времени они стали испытывать боли при дефекации. Появление первых болей часто бывает связано с выходением плотной объ-

емистой каловой пробки. Больные иногда говорят, что они чувствовали, как у них в момент прохождения плотного кала что-то «лопнуло» в заднем проходе и сразу же появились сильные боли. Такое же запоминающееся начало заболевания описывают больные и при других причинах, вызвавших первичное появление трещины заднего прохода.

Обдумывая сообщение А. Я. Шнее о незаметном начале заболевания, мы можем объяснить это лишь недостаточно подробным расспросом больных.

Наши наблюдения дают совершенно иные цифры. Острое начало заболевания отмечено у 1309 (85,1%) больных. В момент образования трещины 112 (7,2%) больных вызывали врача — настолько острой, непереносимой была боль, а 68 (4,4%) человек впадали в обморочное состояние. Последнее обстоятельство вынудило некоторых из них посещать в ближайшее после этого время туалет в сопровождении близких. У 129 (8,3%) был болезненным пассаж газов через анальный канал.

Большинство — 1466 (95,8%) — из наблюдавшихся нами больных жаловались на запоры. Многие из них — 1387 (89,8%) — пользовались слабительными, клизмами и регулировали пищевой рацион.

Длительность заболевания наших больных до обращения в клинику выражается следующими цифрами: до 2 месяцев болело 260 (16,9%) больных, от 2 месяцев до года — 897 (58,1%), от 1 года до 2 лет — 241 (15,6%) от 2 до 5 лет — 89 (5,8%), от 5 лет и более — 56 (3,6%).

Прежде чем перейти к подробному описанию симптомов, следует перечислить эти симптомы, а также осложнения в течении заболевания. Из симптомов можно выделить три основных: 1) боли, 2) ректальные кровотечения, 3) спазм сфинктера. К осложнениям относятся: трещина—трофическая язва, пограничные бугорки, пектенос, воспалительные процессы в окружающих тканях — проктит, криптит, анит, парапроктит, отраженные рефлекторные расстройства близлежащих тазовых органов — прямой кишки, мочевого пузыря, у женщин — матки и яичников, а также отдаленных органов и систем — желудочно-кишечного тракта, нервной системы, психической сферы и др.

Теперь уже не вызывает споров вопрос о происхождении болей при трещине заднего прохода. Несомненно, болезненна сама трещина. Раздражение ее пальцами или инструментом при исследовании, раздражение каловыми массами при дефекации вызывает резкие болевые ощущения, поскольку травмируются нервы, находящиеся в обнаженных тканях дна дефекта. Но это минутные, скоро проходящие боли, длящиеся иногда столько времени, сколько продолжается раздражение. Вне акта дефекации трещина находится в спавшемся состоянии, противоположные ее края склеиваются. При каждой дефекации края трещины и подлежащие ткани растягиваются, иногда повторно частично надрываются, что может дать следы крови в каловых массах и вызывает каждый раз обострение болей. Наступающие или обостряющиеся через некоторое время после дефекации боли зависят от усиления спазма сфинктера, всегда сопутствующего трещине. Эти боли характерны по силе, продолжительности, упорству.

Известно, что спазм гладкой мускулатуры в различных участках организма также вызывает болевые ощущения. Достаточно вспомнить боли при язве желудка и двенадцатиперстной кишки, боли при почечной, печеночной, кишечной коликах, боли при перемежающейся хромоте. Но перечисленные боли, как правило, проходят, как только устраняется раздражитель. Боли же при трещине заднего прохода продолжают, как правило, много часов после того, как непосредственное раздражение прекращено. Связано это с тем, что раздражитель, патологический экстерорецептор — трещина остается, в то время как, например, после отхождения мочевого или желчного камня раздражитель совершенно исчезает, спазм гладкой мускулатуры желчных или мочевых путей снимается, боли часто мгновенно и почти полностью проходят. Наоборот, боли при язве желудка, где первичный очаг остается, могут беспокоить больного многие часы, сутки, недели, месяцы.

Таким образом, боли при трещинах заднего прохода носят разнообразный характер по времени, силе и продолжительности. По времени начало болей различным образом связано с актом дефекации: некоторые больные испытывают наиболее резкие, невыносимые боли в момент дефекации, у других акт дефекации мало болезнен (боли начинаются через несколько минут или даже спустя час и больше).

Характер и иррадиация болей также могут быть самые разнообразные. Обычно это чрезвычайно острые боли, постоянные или приступообразные — жгучие, режущие, колющие. Больные иногда сравнивают их с прижиганием раскаленным железом. При острой трещине боли центрируются в области заднего прохода, больше всего в пункте нахождения трещины. При хронической трещине боли могут иррадиировать в промежность, в половые органы, мочевой пузырь, что приводит иногда у мужчин к дизурическим расстройствам, в крестец, в спину, в ноги и пр. У женщин наблюдаются явления дисменореи и аменореи. В результате такой иррадиации отраженные боли иногда признаются за первичные, ставится неправильный диагноз и проводится совершенно непоказанное лечение. Так, профессор Г. Я. Высоцкий привел в пример одного московского хирурга, который произвел операцию по поводу камня мочевого пузыря, а у больного оказалась трещина заднего прохода (цит. по Г. О. Петрову, 1863).

А. Я. Шнее (1946) описал 2 больных, у которых при трещине заднего прохода

боли локализовались в правой подвздошной области. Первый больной был прислан с диагнозом хронического аппендицита с типичными жалобами и объективными данными, с наличием зон кожной гиперестезии Захарьина—Геда, характерных для аппендицита. При ректальном исследовании найдена глубокая трещина на задней спайке. Под влиянием консервативного лечения трещина зажила, вместе с тем исчезли все признаки аппендицита, включая и зоны гиперестезии. Второе наблюдение касается женщины 35 лет, которая год назад была прооперирована по поводу аппендицита, а затем снова почувствовала боли в правой половине живота, напоминающие прежние боли. Она сообщила также о наличии болей в области заднего прохода и кровотечений, которые ее мало беспокоят. При исследовании обнаружена запущенная трещина заднего прохода. После излечения трещины исчезли все боли в правой подвздошной области и сопутствовавшие ей зоны гиперестезии Захарьина—Геда.

Автор совершенно правильно считал, что характер иррадиации болей при трещине заднего прохода зависит от межорганных висцеро-висцеральных связей и может проявляться по типу аксон-рефлекса.

Чтобы уменьшить боли, больные принимают различные положения—подтягивают ноги к животу или вытягивают покровати, сжимают ягодичные области или растягивают их, садятся или ходят, принимают ванну или прикладывают примочки, принимают анальгетики внутрь или подкожно. Некоторые больные находят такие оптимальные условия, в которых боли уменьшаются или даже совсем проходят. Например, в сидячем положении, когда область заднего прохода плотно прижата к сиденью, или в положении на боку, во время ходьбы или в теплой ванне. Другие больные таких условий не могут подыскать и ни в чем не находят успокоения. Боли могут проходить постепенно — литически, или довольно быстро — критически, прекращение спазма ведет к немедленному их исчезновению.

Один наблюдавшийся нами врач, крупный администратор, страдавший в течение нескольких месяцев трещиной заднего прохода, подробно описал свои ощущения. После малоболезненной ежедневной утренней дефекации у него вскоре появлялись сильнейшие боли в области заднего прохода. С этими болями в состоянии резкого угнетения он шел на работу. Боли длились от 4 до 6 часов, поэтому первую половину дня больной работал с большим трудом. Из-за болей он ходил по кабинету, а если сидел, то наклонился в сторону, опираясь только на здоровую ягодичную область. При появлении посторонних вставал, начинал ходить. Его внимание в значительной степени было отвлечено на восприятие сильных болевых ощущений, исходивших из области заднего прохода. Над всеми дневными впечатлениями довлел и снижал их мучительный болевой синдром. Наконец, в какой-то момент боли вдруг совершенно исчезали. Из угнетенного, страдающего, больного человека он сразу превращался в жизнерадостного, общительного, энергичного начальника. Несомненно, исчезновение болей характеризовало момент исчезновения спазма сфинктера прямой кишки.

Обнаженные вначале в дне язвы нервные волокна и окончания позднее покрываются грануляциями, становятся менее раздражимыми. Первоначальная острота болей снижается, длительность их после дефекации уменьшается, больной как бы прivyкает к ним, перестает лечиться. Этим и объясняется то обстоятельство, что некоторые авторы наблюдали больных, страдавших трещиной заднего прохода на протяжении 2—3, даже 10 и более лет. Из обратившихся в нашу клинику больных были такие, которые до этого болели 15, 20 и 22 года.

Утверждение некоторых авторов (А. Н. Рыжих, 1956; Н. Р. Лезерсон, 1963; М. Б. Баркан, 1965), что дефекация при хронической трещине сама по себе безболезненна, а боли появляются лишь спустя несколько минут после нее, неверно. Мы не наблюдали ни одного больного с безболезненным стулом.

Как уже отмечалось выше, при переходе трещины в хроническую стадию не только снижается интенсивность и продолжительность болей в заднем проходе, но нередко — у 294 (22,9%) из наблюдавшихся нами больных — возникает их иррадиация. Боли распространялись в следующие области: в крестец — у 149 (11,6%) больных, в поясничную область — у 102 (7,9%), в копчик — у 91 (7,1%), во влагалище — у 91 (7,1%), в ягодичную область — у 80 (6,2%), вниз живота — у 69 (5,4%), в прямую кишку — у 42 (3,3%).

Рефлекторно возникали дизурические явления — у 39 (3,0%), дисменорея — у 29 (2,3%), кишечная колика — у 27 (2,3%) человек. Дизурические явления выражались в учащении и болезненности мочеиспускания при обострениях хронических трещин. При анализах мочи патологии не отмечалось, 28 женщин средних лет, длительное время страдавших хроническими трещинами, отмечали несомненное ухудшение в состоянии здоровья за 4—5 дней до начала регул. У них усугубились запоры, усиливались боли в заднем проходе с иррадиацией в крестец и низ живота, нарушался менструальный цикл. После излечения от трещин эти явления исчезли, менструации стали регулярными. О подобных наблюдениях сообщали Г. Петров (1863), И. Карпинский (1870), S. G. Archibald (1938); W. B. Gabriel (1945), H. Kovner, B. Haskell (1957) и др.

Острые боли, усиленные спазмы сфинктера все больше и больше закрепляют патологический висцеро-кортикальный рефлекс. При длительном существовании трещины очаг возбуждения в коре головного мозга становится столь устойчивым, что

у некоторых больных он остается, хотя первичный очаг раздражения уже исчез. Такое последствие объясняет те редкие наблюдения, когда сильные боли прежнего характера остаются на протяжении длительного времени, несмотря на полное заживление трещины — постфиссуральный болевой синдром. Иногда течение такой трещины принимает хронический рецидивирующий характер с сохранением болевого синдрома в периоды заживления трещины (Г. Петров, 1863; Ю. А. Перов, 1959; E. A. Daniels, 1936; M. G. Spiesman, L. Malow, 1957; L. A. Wise, 1960 и др.). Мы наблюдали 14 (0,9%) больных с постфиссуральным синдромом без трещины в заднем проходе, причем у 7 из них трещина до эпителизации была рецидивирующей после оперативного лечения. В основе этих наблюдений, по-видимому, лежит анальный неврит (E. Quenu, H. Hartmann, 1895; A. M. Аминев, 1969).

Кроме болей второй нередкой жалобой больных является примесь крови при испражнении. Кровотечения при трещинах заднего прохода непостоянны и, как правило, не обильны. Капельки крови или небольшая кровянистая полоска чаще всего имеются на первой, наиболее уплотненной порции каловых масс, всегда с одной и той же стороны. Последующие порции более мягких каловых масс не содержат примеси крови. Эти незначительные кровопотери обычно не удручают больных. Лишь наиболее внимательные к себе больные обращаются к врачу с жалобой на боли и на примесь небольшого количества крови в каловых массах. При этом они обычно указывают, с какой стороны наблюдается окрашивание кала. С этой стороны и нужно искать трещину. Выделение крови в виде алой полоски на кале или следов на туалетной бумаге было отмечено у 420 (27,2%) наших больных.

Для правильной диагностической ориентации следует еще раз отметить, что всегда первой и основной у страдающего трещиной будет жалоба на боль в заднем проходе и лишь потом — на выделение крови. Более частая и нередко более обильная примесь крови к кишечным массам характернее для геморроя, полипов и рака прямой кишки (Д. Чаушев, Т. Чирепков, 1957; M. G. Spiesman, 1963; M. Patterson a. oth., 1965).

Третий, менее известный врачам и больным, но почти постоянный симптом трещины заднего прохода — спазм сфинктера прямой кишки. Из наблюдавшихся нами больных 19 (1,3%) сами заявили, что у них анальный «жом плотный, как хрящ», что легко определить на ощупь. Мы не видели больных, страдающих трещинами, без болевых ощущений, без спазма сфинктера. Как утверждают J. Duhamel, M. Cohen (1973), при трещинах у детей спазм сфинктера отсутствует, у подростков часто имеется и у взрослых наблюдается почти всегда.

При наличии трещины круговой сфинктер находится в состоянии повышенного тонуса даже между приступами болей. Особенно нарастает сила тонического сокращения сфинктера в период болей. Исследования, проведенные в нашей клинике М. А. Вайнрибом, Л. С. Коньковым, Ю. А. Перовым (1959), показали, что если тонус сфинктера в покое равен в среднем 555, а максимальное волевое усилие — 842, то у больных с трещиной заднего прохода тонус сфинктера в покое достигает в среднем 940. Это значит, что тонус повышается почти на 400 и превышает среднюю максимальную силу сфинктера у здоровых людей на 130. Вместе с тем, на 264 повышается максимальная сила сфинктера. Но разница между тонусом и максимальным волевым сокращением при этом составляет только 34. Следовательно, непроизвольный постоянный спазм у этих больных превышает силу обычного максимального волевого сокращения. Поэтому больной, страдающий трещиной заднего прохода, к спазму сфинктера почти не может ничего добавить волевым усилием.

Сфинктерометрия у больных с трещиной заднего прохода весьма затруднительна из-за резких болей при этом. Мы ее провели лишь у 41 больного, из них 19 были с острой и 22 с хронической трещиной. Выявлены высокие средние показатели тонуса и максимальной силы жома; в острой стадии заболевания — у мужчин 1100/995, у женщин 1015/960; в хронической стадии — у мужчин 998/972, у женщин 927/874. У 9 больных волевое усилие было равно нулю, настолько высоким был тонус — непроизвольный спазм сфинктера.

Если трещина заднего прохода длительно не заживает, то через 2—2,5 месяца она превращается в трофическую язву овальной или круглой формы. Концы трещины становятся закругленными, мозолистыми, дно поперечно исчерчено за счет мышечных волокон подкожной порции наружного сфинктера и нижнего края внутреннего сфинктера, что указывает на глубину трещины-язвы. Поперечные трабекулы на дне хронической трещины обнаружены у 856 (66%) наших больных. Из 1543 больных с трещиной заднего прохода в острой стадии было 260 (16,9%) и в хронической — 1283 (83,1%) человека. Соотношение больных с острой и хроническими стадиями среди наблюдавшихся нами больных не соответствует данным, получаемым на обычном приеме в поликлинике у проктолога и хирурга.

В первый период изучения проблемы — до 1959 г., когда мы лечили всех обращающихся к нам с анальными трещинами, в хронической стадии было 46,5% больных. Во второй период — с 1960 г. хирурги города, области, соседних областей и республик овладели рекомендованным нами способом консервативного инъекционного лечения больных. К нам поступали лишь лица с упорно текущими трещинами. Доля больных с трещиной в хронической стадии во второй период возросла до 93%.

Хроническая трещина-язва определяется пальпаторно, при исследовании пальцем канала заднего прохода. У 819 (63%) трещина-язва была прикрыта снаружи пограничным бугорком, облегчающим специалисту-проктологу диагностику и затрудняющим ее многим врачам общего профиля. Последние направили к нам всего 29 (2,3%) больных с диагнозом «хроническая анальная трещина». Кроме того, больные направлены с диагнозами: «подозрение на рак анального канала», «начинающаяся опухоль заднего прохода», «малигнизированная хроническая трещина ануса». На неблагоприятные с деталями диагностики хронических анальных трещин указывает также тот факт, что даже в работах некоторых проктологов пограничный бугорок принимается за геморроидальный узел.

В. Д. Мандзюк, В. М. Масляк, М. Т. Кордоба (1965) обнаружили пограничный бугорок у 52,2% больных с трещинами заднего прохода, Л. А. Вице (1960) — у 29%. На его диагностическую роль указывали W. E. Miles (1919), определивший его как «sentinel pile», S. G. Gant (1923) — как «sentinel tag», G. Grenadier (1961), C. Dissard (1965), описавшие и назвавшие его «capuchon cutane dur», и авторы многих других последующих публикаций. Гистологическое изучение множества удаленных при операциях пограничных бугорков дало возможность обнаружить хроническое воспаление с папилломатозным разрастанием плоского эпителия.

Гиперемированный, воспаленный анальный сосочек, нависающий над внутренним краем трещины-язвы, он же внутренний или проксимальный пограничный бугорок (Ю. А. Перов, 1959), фиброзно-слизистый полип (С. В. Ball, 1961), псевдополип (E. S. R. Hughes, 1957), полипоид (С. G. Grenadier, 1961) мы наблюдали у 110 (11,7%) из 937 больных, страдавших хроническими трещинами, обследованных с помощью ректального зеркала, нередко после анестезии трещины или во время операции. У 113 (12,1%) из этой же группы больных был обнаружен задний криптит. Одинаковая частота этих осложнений у больных с хроническими трещинами заднего прохода в значительной степени указывает на их каузальную взаимозависимость.

Как наружный, так и проксимальный пограничные бугорки формируются в результате постоянного раздражения хронически воспаленных краев, дна трещины и крипты их отделяемым.

A. G. Schutte, M. Tolentino (1962) из 620 больных, страдавших трещинами заднего прохода, у 12% обнаружили анальные сосочки.

Значение хронического раздражения и инфицирования анальных сосочков при развитии папиллита особенно ясно видно на примере изменения сосочков при хронических трещинах заднего прохода, хронических парапроктитах и криптитах. R. Turell (1948) писал, что сторожевой бугорок и фиброэпителиальные полипы (гипертрофированные сосочки) часто сопровождают хронические анальные трещины. У 463 (30%) наблюдавшихся нами больных констатирован анопроктит.

Одно из осложнений хронической трещины — пектенос, гребневая связка — продукт длительного спазма круговой мышцы, ее пассивной гиперемии и хронического воспаления с исходом в фиброз и гиалинизацию подлежащих тканей, главным образом мышечного кольца. Этот процесс заключается в появлении новой соединительной ткани различной степени зрелости в сочетании с фиброзно перерождающимися гладкомышечными волокнами продольного мышечного слоя прямой кишки, подслизистого мышечного слоя и кругового сфинктера (Ю. А. Перов, 1958; A. L. Abel, 1932; W. A. Hunkle, 1935; P. C. Blaisdell, 1939; F. C. Newton, C. A. Mac. Gregor, 1948; M. G. Spiesman, 1963 и др.). Толщина гребневой связки — от 1,5 до 5 мм (в среднем 3 мм), длина — высота — 3—8 мм.

В. Д. Мандзюк, В. М. Масляк, М. Т. Кордоба (1965) наблюдали пектенос у 16% больных. Мы констатировали наличие пектеноза у 168 (13,1%) больных с хроническими трещинами. У 127 (9,9%) свищ открывался на дне трещины, располагался строго по средней линии и углублялся по направлению кзади. У 79 (6,2%) человек свищ был неполным, как правило, неглубоким и заканчивался в межмышечном призматическом пространстве Минора, у 48 (3,7%) — полным, у 28 (2,3%) больных отмечалось сочетание пектеноза со свищом. Из группы наиболее длительно болевших, или 47% от тех, у кого трещина была осложнена пектенозом, 79 (6,2%) жаловались на сужение заднего прохода, на его «прогрессирующее закрытие». M. G. Spiesman (1963), упоминая об этой жалобе больных с трещиной, осложненной пектенозом, считал их наиболее трудно излечимыми. Боли, зависящие от трещины, и рефлекторная контрактура сфинктера взаимно дополняют и поддерживают друг друга. Создается порочный круг. Усиливаются запоры. У многих больных возникает или обостряется дискинетический колит. Явления запора и колита также взаимно обусловлены и взаимно отягощаются по типу порочного круга.

После перехода трещины в хроническую стадию в не меньшей мере страдает функция кишечника. Запоры становятся стойкими, упорными. Среди больных с трещиной в острой стадии запоры наблюдались у 208 (80%), а среди больных с хроническими трещинами — у 1258 (98%). «Запор — правило для больного с трещиной заднего прохода» (A. Cantor, 1962; M. G. Spiesman, 1963).

Эти запоры нужно считать вторичным явлением. Боясь возобновления болей после дефекации, больные сознательно задерживают стул уменьшением объема принимае-

мой пищи или соответствующей диетой, а также путем повторного подавления позывов на дефекацию или путем использования медикаментозных средств. Искусственно вызываемые запоры ухудшают состояние больных. Чем длительнее задерживается содержимое в толстой кишке, тем плотнее и объемистее оно становится. Последующая дефекация бывает еще более затруднительной. Трещина при каждой дефекации неизбежно надывается и все больше углубляется. Болевой симптом нарастает. Многие из имевших хроническую трещину больных признавали, что они «испортили себе кишечник» длительным приемом различных слабительных средств. В результате уменьшения объема принимаемой пищи больные худеют, испытывают общую слабость, упадок сил. Заметное похудание отметили 54 (3,5%) наших больных, у которых потеря веса составила от 4 до 5 кг.

Проблема боли и сфинктероспазма, боли и запора при хронических трещинах заднего прохода является очень сложной и трудной для разрешения. Стула у больных не бывает по 5—10 дней, если не стимулировать функцию кишечника. Ожидают они его со страхом и ужасом, испытывают настоящую «стулострасть». Твердая каловая пробка раздражает раневую поверхность, растягивает малоподатливый жом, находящийся в длительной контрактуре. Дефекация превращается в «пытку», «казнь», во «вторые роды» с нестерпимыми «адскими», «дикими» болями. Больные превращаются в страдальцев, которых мысль об очередной предстоящей дефекации повергает в состояние тревоги, боязни. Многие лишаются покоя, сна, работоспособности. Как писал в 1863 г. Г. О. Петров, «у иных развивается гипохондриа, иные умирают, истощенные жестокими страданиями, а иные прибегают к самоубийству». В. Л. Луиц (1903) в своей работе упоминает об одной больной, которая болела трещиной заднего прохода 3 года и так страдала, что «неоднократно подумывала о самоубийстве». П. И. Тихов (1916) также писал, что боли отравляют жизнь больных и приводят некоторых из них к мысли о самоубийстве. Среди наблюдавшихся нами больных таковых было 37 (2,9%).

По заявлениям отдельных наших больных, они «измучились», «пали духом», «разуберились во врачах», у них «расшатались нервы», вся их жизнь «в поту и слезах». У некоторых больных боли не уступают барбитуратам (А. Bensaude, В. Bischoff, 1959). Отдельные авторы указывают на несоответствие сильных страданий местному небольшому поражению при трещинах заднего прохода, в высшей степени болезненных.

А. Cantor (1965), R. Darmaillacq, E. Dubarry (1965) отметили, что у большинства больных с хроническими трещинами заднего прохода развивается неврастенический синдром. Функциональное нервное расстройство, соматогенно обусловленное, мы нашли у 689 (40,8%) больных, причем с трещиной в острой стадии было 11 (4,2% всех больных со свежими трещинами), а с хроническими трещинами — 618 (48,2%). У многих из них доминантной становилась мысль о предстоящей дефекации. Известно, что условный сигнал болевого раздражения повышает возбудимость коркового отдела болевого анализатора, превращает предболевого импульс в болевой (М. М. Безбокая, 1913; В. К. Федоров, 1945; Н. П. Пшэник, 1952; Г. И. Кассиль, 1975). Позывы к дефекации становятся у больных, страдающих трещинами заднего прохода, условными болевыми раздражителями, вызывают у них волнения и тяжелые переживания. Все это подтверждает тезис: «боязнь боли — основа депрессивной эмоции» (М. И. Аствацатуров, 1936). Наблюдение за больными с трещинами заднего прохода подтверждает мысль, которую высказал R. Lerich (1937): «Мы не равны перед болью. Сильнее воспринимается боль человеком, испытывающим боязнь боли». Следовательно, острота боли зависит не столько от характера экстероцептивного раздражителя, сколько от восприимчивости почвы, от реактивности нервной системы пациента, от возбудимости корковых окончаний анализаторов. Иногда совсем незначительная, едва заметная трещина вызывает необычайные страдания пациента. И наоборот, большая, старая, омолодевшая трещина может вызывать относительно незначительные боли.

Кроме описанных выше симптомов трещин заднего прохода (боли, кровотечения, спазм сфинктера) и осложнений (трещина—трофическая язва, пограничные бугорки, пектеноз, свищ, функциональные расстройства близлежащих и отдаленных органов и систем) следует упомянуть еще об одном из осложнений — о парапроктите. А. Я. Шнее (1946) из 72 больных с трещинами заднего прохода это осложнение отметил у 3 человек. Приходится удивляться, как редко внедряется в глубину тканей инфекция при наличии трещины, зияющей раны, которая ежедневно загрязняется каловыми массами. Тут с полной очевидностью сказывается роль местного иммунитета тканей.

После проникновения инфекции в глубокие ткани появляются все признаки остро или подостро развивающегося парапроктита — боль усиливается, распространяется за пределы прямой кишки, становится пульсирующей, постоянной, не проходит и ночью. Появляются припухлость и значительная болезненность при пальпации над очагом воспаления. Расстройство дефекации усиливается. Повышается температура тела. Нарастает общий лейкоцитоз. Вскрытие параректальной флегмоны обычно приводит к ликвидации парапроктита. При этом обычно заживает и трещина заднего прохода. Однако, как писал E. S. R. Hughes (1957), другие авторы и многократно наблюдали мы, нередко инфекция проникает через дно трещины в заднее межмышечное треугольное пространство. Здесь образуется небольшой абсцесс, дренирующийся через узкое отверстие в дне трещины. При надавливании пальцем исследующего врача снаружи под дно

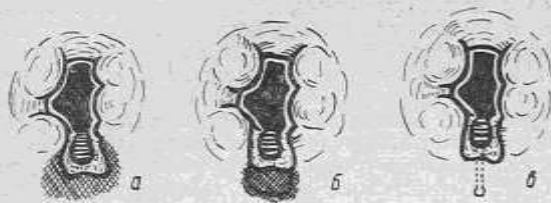


Рис. 6. Формирование под трещиной заднего прохода абсцесса и неполного свища по Хьюджису:

а — инфильтрация тканей под трещиной; б — под трещиной сформировался абсцесс; в — абсцесс вскрылся, имеется узкий неглубокий гнойный свищ, открывающийся в дне трещины.

жидкости в скудном количестве. У 108 (8,4%) из них причиной было осложнение трещины свищом, у 15 (1,1%) — наличие анальных бахромок наряду с пограничными бугорками. М. Б. Баркан (1970) сообщил о 16,6% больных с анальными трещинами, страдавших вторичным зудом заднего прохода. Анальные бахропки найдены нами у 114 (3,8%) больных. L. A. Wise (1966) обнаружил их у 19% больных, страдавших трещинами заднего прохода.

Все больные с хронической трещиной, осложненной свищом, отмечали, что при его сформировании боли у них уменьшились и появилось ощущение сырости, мокнутья в заднем проходе, легкого анального зуда. При объективном исследовании удавалось всегда видеть гной, заполнявший полость застарелой трещины-язвы. После его удаления с помощью марлевого шарика капля гноя тут же вновь выступала на дне трещины-язвы.

трещины появляется капля гноя. Такая трещина, осложненная гнойным свищом, длительно и упорно не заживает при консервативном лечении. Необходима операция.

У 141 (11,0%) наблюдавшегося нами больного был отмечен легкий зуд вторичного происхождения. У 96 (7,5%) из них трещина была осложнена свищом, открывавшимся на ее дне, у 45 (3,5%) были анальные бахропки, закрывавшие задний проход. Некоторые больные — 123 (9,5%) — жаловались на мокнутья в анальной области, выделения из заднего прохода гнойно-слизистой

Таблица 2

Анальный рефлекс у больных, страдающих трещинами заднего прохода

Анальный рефлекс	Трещины			
	острые	%	хронические	%
Живой	104	71,2	593	63,7
Повышен	39	26,8	294	34,7
Слабый	3	2,0	12	1,4
Отсутствует	—	—	2	0,2
	146	100	901	100

Таблица 3

Рефлексогенные зоны при трещинах заднего прохода

Рефлексогенная зона	Трещины			
	острые	%	хронические	%
Анальная область	146	100,0	839	99,8
Наружные половые органы, копчиковая область	76	52,0	530	63,0
Крестцовая, ягодичная области	57	39,0	429	51,0
Задняя поверхность бедра	55	38,0	419	50,0
голеи	34	23,0	311	37,0
Внутренняя поверхность бедра	31	21,0	248	33,0
Поясничная область, передняя поверхность бедра	11	8,0	99	12,0
Подошва, лобок, передняя брюшная стенка	3	2,0	83	10,0
Хлопок	101	69,0	631	75,0

Мы провели исследование анального рефлекса у 146 больных с трещиной заднего прохода в острой стадии, у 841 — в хронической и у наибольшего количества больных подтвердили полученные нами ранее (1959) данные. У 26,8% больных с трещиной в острой стадии и у 34,7% в хронической анальный рефлекс был повышен, рефлекторные зоны расширены.

В большей степени анальный рефлекс повышен и рефлексогенная зона расширена у больных с хроническими трещинами заднего прохода, что можно объяснить теми же факторами, что и при кокцигодии — расширением зоны стационарного возбуждения в спинальных центрах (Н. М. Уфлянд, цит. по Я. Ю. Попелянскому, 1974). У 83 (10%) человек с наиболее выраженной формой заболевания живой анальный рефлекс вызывался со всей нижней половины тела, даже легким прикосновением к коже.

Клиническая картина трещины заднего прохода, несмотря на довольно скудные местные патологоанатомические изменения, бывает у большинства больных резко выражена.

При дифференциальном диагнозе хронической анальной трещины необходимо иметь в виду следующие напоминающие ее по некоторым симптомам заболевания: геморрой, криптит, проктит, папиллит, парапроктит, анальный бластомикоз, в меньшей степени — анальную форму болезни Крона, язвы — вульгарные, туберкулезные, люэтические и раковое поражение заднего прохода. Все эти заболевания имеют присущие им клинические признаки и морфологические изменения, которые при тщательном осмотре, а также с помощью серологических, бактериологических, патологогистологических и других методов исследования обычно можно без особого труда правильно оценить.

Для облегчения дифференциальной диагностики между трещинами и криптитом А. Bensaude, J. Burskei (1948) приводят следующую сравнительную таблицу симптомов.

Таблица 4

Сравнение клинических симптомов при трещинах и криптитах

Симптомы	Трещины	Криптиты
Анатомическая локализация	На передней и задней спайках в кожной зоне	Латерально или парамедиально в области морганиевых валиков и крипт
Боли	Сильные, поздние после стула	Могут быть во время стула, часто проходят после стула
Спазм сфинктера	Постоянный	Слабый или нет
Рядом лежащие образования	Часто имеется пролиферация на периферическом полюсе	Часто гипертрофируются сосочки
Лечение	Часто показана операция	Общее; токи высокой частоты

К этому можно добавить, что при трещине боли связаны с дефекацией и более интенсивны. Кроме того, ее всегда можно обнаружить, тогда как при криптите имеется гиперемизированная и заметно болезненная при пальпации крипта.

Подобные же боли, сильные и упорные, иногда связанные с дефекацией, характерны еще для двух заболеваний — кокцигодии и невралгии прямой кишки. Но при них: а) нет такой выраженной связи болей с дефекацией; б) боли локализуются преимущественно в области копчика или прямой кишки; в) трещина отсутствует; г) пальпация или инструментальное исследование не вызывают болевых ощущений в заднем проходе; д) обычно нет спазма сфинктера.

Среди наблюдавшихся нами 1543 больных с трещинами заднего прохода у 38 (2,5%) мы констатировали осложнение кокцигодией, у 16 (1,0%) — прокталгией и у 6 (0,4%) — ректальной формой кокцигодии, то есть имелось сочетание кокцигодии с прокталгией. Все эти больные имели длительный проктологический анамнез. Трещины у них были осложнены пектенозом или свищом.

Заканчивая раздел клиники и диагностики трещин заднего прохода, необходимо еще раз указать, что переход анальных трещин в хроническую стадию создает новую патологическую сущность, отличную от предшествующей стадии. Различие не только в приведенных патологоморфологических и клинических особенностях, но, главным образом, в упорстве течения хронической трещины-язвы, в ее толерантности к консервативным мероприятиям. Это объясняется наличием у многих больных упомянутых осложнений: пектеноза, свища, пограничных бугорков, заднего криптита, которые и составляют «5 звеньев-признаков» хронической трещины-язвы. На основании этого J. P. Nesselrod (1959, 1963), M. G. Spiesman (1963) говорили о «fissure pentad» — о «пятизвеневой», «пятикомпонентной трещине», при которой все 5 патологоморфологических элементов патогенетически взаимосвязаны, взаимообусловлены.

Среди наблюдавшихся нами больных было 5 излеченных от трещин заднего прохода и обратившихся к нам повторно, спустя различные сроки, с жалобами, напоминавшими прежние: боли, жжение в заднем проходе, усиливавшиеся при дефекации, но проходившие через несколько минут. При осмотре были обнаружены множественные мелкие анальные трещины ярко-красного цвета. Все пятеро больных до этого длительно лечились от различных воспалительных процессов антибиотиками. Наш диагноз — бластомикоз заднего прохода — был подтвержден микроскопически.

После излечения анальных трещин, спустя разные сроки, к нам обратились 3 больных с подозрением на рецидив трещины. При детальном обследовании поставлен диагноз «туберкулезная язва заднего прохода». Болевой синдром был умеренным. Неглубокая язва имела неровный мягкий край. В обильном количестве выделялся жидкий желтоватый гной. Двое больных страдали легочным туберкулезом, третий — туберкулезом кишечника.

При болезни Крона задний проход поражается у 25% больных, а при гранулематозном колите — у 80% (М. Г. Масевич, С. М. Рысс, 1975). В. В. Crohn, Н. Garnir (1958), Davis (1962) считают, что анальный канал поражается чаще. Н. Е. Lockhart-Mummery (1964, 1971) напоминает, что поражение заднего прохода в виде множественных малоблезненных трещин-язв может предшествовать другим симптомам болезни Крона на протяжении нескольких лет. Нам не пришлось наблюдать подобных больных. При сомнении помогает биопсия с последующим гистологическим исследованием.

ЛЕЧЕНИЕ

О лечении трещин Абу Али Ибн Сина писал: «К лекарствам от трещин относятся заживляющие и соединяющие, или смягчающие и увлажняющие, а также залечивающие опухоль или действующие особым (противоопухолевым) способом, либо близкие к ним». Применялись различные пластыри. В их состав входили киноварь, окись свинца, розовое масло, яичный белок и др. Рекомендовались «мягчительное» лекарство и диета, препятствующие развитию запоров.

К настоящему времени известно более 55 предложенных в разное время способов лечения трещин заднего прохода. Все они могут быть объединены в четыре группы: 1) консервативные, 2) активные неоперативные, 3) оперативные, 4) комбинированные.

К консервативным методам лечения могут быть отнесены: ванны, грелки и другие тепловые процедуры; физиотерапевтические процедуры — местный д'Арсонваль, токи УВЧ, диатермия и пр.; местные и общие обезболивающие и противоспазматические средства; терапия сном; прижигания азотнокислым серебром, йодной настойкой, карболовой кислотой и пр.; присыпки, мази; свечи различного состава; клизмы с раствором дезинфицирующих, антисептических, кровоостанавливающих и вяжущих средств или же облегчающие послабление — мыльные, глицериновые; регулирование стула диетой.

Активные неоперативные методы лечения: инъекции под трещину масляных анестезирующих растворов (А. Я. Шнее), хинин-мочевины, местная новокаиново-спиртовая блокада (А. М. Аминев).

Насильственное растяжение сфинктера.

Оперативные методы лечения: простое иссечение трещины; иссечение трещины и первичное ушивание образовавшейся раны; рассечение сфинктера; иссечение трещины по Габриэлю.

Комбинированные методы.

Ниже кратко опишем, в чем заключаются эти методы, и на основании литературных данных, а также нашего клинического опыта постараемся дать им объективную оценку.

Консервативные методы

Тепловые водные процедуры (ванны, грелки, промежностные души) нередко назначаются врачами и охотно применяются больными, страдающими трещиной заднего прохода. Эти процедуры несколько снижают болевые ощущения, особенно в период обострения, так как тепло уменьшает спазм сфинктера. Кроме того, гидротерапия способствует очищению и укреплению кожи, окружающей задний проход. Нечистоплотность, опрелость, экзематизация кожи иногда играют роль факторов, способствующих появлению и поддержанию заболевания. Устранение под влиянием гидротерапии этих способствующих, а может быть, и вызвавших заболевание условий, вместе со снятием спазма может привести к заживлению трещины заднего прохода.

Из перечисленных выше тепловых процедур наиболее благоприятно действуют сидячие ванны с температурой 38—42°. Чтобы не утомлять сердце, пациент должен погружаться только по пояс. За неимением ванны можно воспользоваться большим тазом, куда по мере остывания время от времени нужно подливать более теплую воду. При очень сильных болях такие ванны или промежностные души могут повторяться 2—3 раза в сутки.

Л. Н. Кудрявцева (1958) при лечении хронических колитов, запоров одновременно отметила благотворное влияние тепловых водных процедур на течение трещин, имевшихся у некоторых больных.

Сухое тепло применяется в виде грелки. В домашних условиях (особенно в сельских) больные пользуются для этой цели бутылкой с горячей водой или мешочком с песком, с золой, с льняным семенем, трухой из сена и т. д. Мешочек нагревается на поде печи. Льняное семя или сенная труха перед засыпанием в мешочек или после запаривается кипятком.

При пользовании промежностным душем очень важно соблюдать осторожность. Температура воды не должна превышать 38—40°. Струя должна быть низкого давления, ласкающая, слегка омывающая промежность. Нельзя допускать повышения давления, так как сильная струя может раздражать нервные окончания и вызывать сокращение мускулатуры промежности. Спазм сфинктера заднего прохода при этом не уменьшается, а повышается, что ведет к ухудшению заболевания.

Кроме массивных гидротерапевтических процедур (ванны, души) можно применять местные процедуры в виде примочек с квасцами, боровской жидкостью, риванолом и пр. Они не создают теплового эффекта, но иногда успокаивают спазм и уменьшают боли.

Физиотерапевтические процедуры обычно используются не как самостоятельный, а как вспомогательный метод лечения. Из них чаще применяются токи УВЧ, диатермия, соллюкс, лампа Минина. Физиотерапия способствует образованию тепла в тканях, поэтому действует, как и вышеописанные тепловые процедуры, то есть снимает спазм, уменьшает боли, ускоряет заживление трещины. Однако специфические условия ано-ректальной области не располагают как врачей, так и больных к применению физиотерапевтических методов лечения.

Необходимо упомянуть еще о лечении токами д'Арсонваля. Введение в задний проход стеклянного электрода аппарата обычно так болезненно, что больные в первое время с трудом переносят этот метод лечения. Осторожное применение токов д'Арсонваля может способствовать излечению геморроя и трещин заднего прохода. Об этом методе, по сообщению В. А. Лукашева (1927), докладывал Н. И. Коротнев на IV Пироговском съезде врачей в 1892 г. Этого доклада в трудах IV Пи-

роговского съезда мы не нашли. Позднее В. А. Лукашев по предложению Н. И. Коротнева применял токи д'Арсонваля главным образом для лечения геморроя (25 больных), а также для лечения трещин заднего прохода (3 больных). Лечение протекало однообразно. При геморрое применялся бужеобразный электрод, при трещинах — конический. В первый раз электрод удавалось ввести на 6 см. К концу сеанса боль уменьшалась. Продолжительность первых сеансов — 10 минут, последующих — 15 минут. После 5—6 сеансов боли значительно уменьшались, после 8—10 заметно улучшались все явления, а после 20 наступало полное сморщивание геморроидальных узлов, заживление трещин и хорошее общее самочувствие. О. Mikkelson (1951) и некоторые другие авторы писали о хороших результатах рентгенотерапии при трещинах заднего прохода.

Все эти методы направлены на уменьшение механического раздражения трещины, на купирование воспаления в очаге поражения, на некоторое уменьшение болей. Больные, леченные до обращения в нашу клинику д'арсонвализацией (62 человека) и субкавальными промываниями (14 человек), отметили усиление болей в заднем проходе после этих процедур.

Среди перечисленных лечебных приемов наибольшим болеутоляющим эффектом обладают теплые сидячие ванны по 5—10—15 минут после дефекации (Ю. А. Перов, 1960; Е. Р. Hayden, 1939). Характерно, что многие больные сами прибегают к этим «спасительным процедурам», заметно уменьшающим боль и спазм сфинктера заднего прохода. Некоторые больные испражнялись на горшке с горячей водой или в теплой ванне.

Методы симптоматической тепловой гидро- и электротерапии нередко облегчают состояние больных со свежими трещинами заднего прохода, однако они не устраняют спазм сфинктера на срок, достаточный для заживления трещины, поэтому в настоящее время применяются лишь как дополнение к основному методу лечения.

Прижигания широко были распространены в доантисептическую эпоху и позднее. Многие врачи пользуются ими еще и теперь. В настоящее время совершенно оставлено применявшееся ранее прижигание трещины раскаленным железом или термокаутером. Не используются также многочисленные другие средства, которые имели значение в прежние времена, — медный купорос, азотнокислая ртуть, карболовая и серная кислота, крепкий раствор двухромового калия и пр. Для прижиганий в настоящее время пользуются чаще всего йодной настойкой и азотнокислым серебром в растворе от 10 до 50% или в виде палочки.

И. Г. Карпинский (1870) писал, что он прижигал трещины палочкой ляписа два раза в неделю без промывания водой. «Правда, такие прижигания мне приходилось делать в течение 6—8 недель». О переживаниях пациентов и о результатах лечения он не упоминал, но можно понять, что то и другое оставляло желать лучшего.

Прижигания как метод лечения трещин заднего прохода мы считаем теоретически неоправданной, практически неэффективной, а поэтому нецелесообразной процедурой по следующим соображениям. Во-первых, правильно выполненное прижигание, то есть воздействие резкого химического раздражителя на дно трещины с его обнаженными нервными окончаниями, вызывает очень сильную боль, вследствие чего спазм сфинктера резко возрастает. Больные, не испытывая улучшения, неохотно идут на ежедневное повторение этой процедуры или совсем отказываются от нее. Во-вторых, прижигания трещины без применения других методов лечения являются мучительными, малоэффективными

и, как правило, не дают излечения (А. М. Аминев, 1959, 1969; J. Rochet, 1934; A. Cantor, 1963).

Прижигание трещины ляписом практиковалось до обращения в нашу клинику у 59 больных; 52 из них заявили, что они с большим трудом переносили эти «ужасные» процедуры. Из 38 больных, у которых течение хронической трещины было осложнено кокцигодией, последняя развилась у 10 после безуспешных прижиганий трещины ляписом.

Смазывание трещин таннином, спиртом, применение физиотерапевтических процедур с переменным успехом использовали В. Л. Луиц (1903), Н. И. Коротнев (1907), В. А. Лукашев (1927), П. М. Жданов (1930), Л. М. Шнапер (1950), L. Delhern, Savignac (1938), A. Schmauss (1957), L. Bohom (1968) и др.

Из местных и общих **обезболивающих и противоспазматических** средств применяются: гидрохлорид морфина, пантопон и другие опиаты внутрь, подкожно и в свечах, промедол и атропин подкожно, белладонна внутрь и в свечах, а также многие другие медикаментозные средства из этих лекарственных групп. При сильных и упорных болях можно провести в стационарных условиях курс лечения сном.

Восторженные отзывы В. Roche (1951), М. Р. Dugois (1958), В. Bischoff (1958), J. C. Jones (1964) о местном применении при трещинах заднего прохода меринона (сложный лекарственный состав с включением гидрокортизона), вводимого в виде грибка из восковидной массы в задний проход на 30 минут ежедневно, пантенола (препарата пантеноловой кислоты, успешно использовавшегося ранее для ускорения эпителизации ожоговой поверхности, трофических язв голени) подкреплены ссылками на небольшое число наблюдений без указания длительности заболевания.

Присыпки в виде дезинфицирующих и обезболивающих порошков — иодоформа, ксероформа, айрола, ортоформа, дерматола, анестезина и другие — применялись прежними авторами с целью использования антисептических, противовоспалительных, высушивающих свойств этих порошков. Предполагалось, что присыпка, покрывая тонким слоем дно трещины, предохраняет обнаженные ткани от повторного загрязнения их проходящим через задний проход калом. Нелегко нанести присыпку на трещину. Еще труднее длительно ее там удерживать. Но основной недостаток этого метода заключается в том, что он не является патогенетической терапией, не снимает спазм сфинктера. У отдельных больных присыпки могут быть использованы как симптоматическое средство.

Мази также являются симптоматическим средством лечения. Состав мазей может быть самый разнообразный в зависимости от показаний. Они могут содержать опиаты, белладонну, анестезин, антисептики, антибиотики, размягчающие или, наоборот, подсушивающие средства. При наличии экземы, мокнущих, воспалительных явлений мази могут применяться для уменьшения и полного устранения указанных сопутствующих основному заболеванию осложнений. Однако мази, как и другие лекарственные препараты для местного применения, являются лишь симптоматическими средствами, почти не помогающими при лечении основного заболевания. С успехом сидячие ванны, мази, примочки, присыпки для лечения трещин применяли З. Е. Лисовская (1949), М. А. Дембо (1960, 1963), Д. Э. Одинов (1965), А. Г. Киссин (1969), D. Weiss (1937), Н. Е. Вачон (1945), J. Cabanie (1957), P. Dissard (1962), Н. Losel (1968) и др.

Свечи различного состава довольно широко применяются для лечения трещин заднего прохода. В качестве действующих начал используются чаще всего анестетики — новокаин, кокаин, анестезин или же

противоспазматические и болеутоляющие медикаменты — опиаты, препараты красавки и пр.

Нам неоднократно приходилось слышать жалобы больных на невозможность ввести свечу через задний проход при наличии трещины и спазма сфинктера. Кроме того, если даже свечу и удастся ввести, то она оказывает временное обезболивающее действие в зависимости от состава — уменьшает спазм и боли, но не создает условий для облегчения акта дефекации, для предупреждения повторных разрывов существующей трещины. Таким образом, свечи используются не как самостоятельный, а как вспомогательный метод лечения. Если боли появляются не спустя некоторое время после дефекации, а каждый раз при самом акте дефекации, то целесообразно свечу с анестетиками, болеутоляющими и антиспазматическими средствами вводить за 30—40 минут до послабления, а перед актом дефекации поставить клизму.

C. D. Ford, A. Prigot (1961) у 3 больных, страдавших трещинами заднего прохода, применили лечение свечами, в состав которых входил ацетат гидрокортизона. Вскоре все больные выздоровели без операции или каких-либо других методов лечения.

H. Irrep с соавт. (1967) для лечения трещин заднего прохода применял свечи с кортикостероидами. Уже через 2—3 дня отмечалось снижение воспалительных явлений, болей, спазма сфинктера. Далее свечи утром и вечером применялись до полного излечения. О благоприятных результатах лечения трещин и некоторых других заболеваний области заднего прохода применением кортикостероидных гормонов в суппозиториях сообщили также В. А. Аминева (1969), Ж. М. Юхвидова, А. С. Шкляр, В. В. Сергеев (1973) и др. J. M. Garrigues, C. A. Bruere (1970) считают трещину заднего прохода заболеванием психосоматическим и для его лечения назначают *dolibrax* по 6 таблеток в день в сочетании с местной анестезией области сфинктера.

Клизмы как метод лечения трещин заднего прохода применяются с древних времен. При этом учитывается несколько сторон действия клизм — размягчение каловых масс и облегчение акта дефекации, а также дезинфицирующее, обезболивающее, вяжущее, кровоостанавливающее действие лекарственного состава клизмы. В зависимости от эпохи и взглядов врачей лекарственный состав клизм видоизменялся самым различным образом. Нет необходимости перечислять все дезинфицирующие, обезболивающие, вяжущие и кровоостанавливающие средства, которые изолированно или в комбинациях, начиная с отвара ромашки и кончая новейшими антисептиками и антибиотиками, могут вводиться в воду для клизмы.

Клизма должна быть объемистой — не менее 0,5 кружки. Чем объемистее клизма, тем лучше. Воду нужно вводить под давлением, высоко подняв кружку, чтобы жидкость разбивала и размывала кал. После того как поставлена клизма, необходим перерыв 15—30 минут, чтобы вода окончательно размягчила плотный кал, обычно скапливающийся в нижнем отделе толстой кишки. Только после повторных и очень настоятельных позывов на низ больной должен пойти в туалетную комнату. Если больной совершает акт дефекации без клизмы, то у него вначале идет плотная, слежавшаяся каловая пробка, которая снова и снова разрывает трещину. Совсем иначе совершается акт дефекации при правильно поставленной клизме. Первичная пробка разбивается, размывается, исчезает. При дефекации идет довольно узкая струя воды, в которую включены кусочки кала. Заднепроходное отверстие не перерастягивается, трещина не надрывается. Акт проходит совершенно безболезненно. Избыточный спазм сфинктера после дефекации не наступает, для этого нет болевого раздражителя.

Достаточно 3—4 дня предохранять трещину от надрыва, чтобы она покрылась корочкой, и еще 5—8 дней, чтобы она зажила окончательно. Это происходит, если больной систематически имеет стул после клизмы и если трещина не надывается при одной из дефекаций. Спазм, вызывающий боли, иногда совершенно снимается первой же клизмой, полностью исчезают боли, и больные чувствуют себя совершенно здоровыми. Однако мы всегда предупреждаем больных, что, несмотря на исчезновение болей, нередко в первые же дни такого лечения, клизмы нужно ставить ежедневно в течение 12—14 дней, чтобы трещина прочно зажила и дополнительный спазм сфинктера заднего прохода полностью исчез. Такие результаты можно с большой долей вероятности получить лишь при острой, недавно появившейся трещине.

Вспоминается первая пациентка, обратившаяся к нам по поводу трещины в начале нашей хирургической деятельности. Это была студентка 4-го курса медицинского института. Вскоре после родов у нее появились запоры, осложнившиеся трещиной заднего прохода. Страдала она необыкновенно. Сильнейшие боли длились многими часами. Ночи давали лишь небольшое облегчение. Утро и очередную дефекацию она ожидала с ужасом. Больная решила пропустить учебный год. После амбулаторного обследования в клинике ей была поставлена объемистая очистительная клизма. Вскоре больная сияющая возвратилась из туалетной комнаты. Впервые за 3 месяца она имела безболезненный стул. «Какое это счастье!» При помощи последующих клизм больная совершенно избавилась от своего страдания.

Точно такой же эффект от лечения клизмами нам приходилось наблюдать и у многих других больных. Среди них останавливает на себе внимание упоминавшийся ранее врач-администратор. Он страдал много месяцев. Боли продолжались в течение нескольких часов после каждой дефекации и резко снижали его работоспособность. Странно, но он не пробовал ставить себе клизмы. Первая же клизма, которую поставили ему в клинике в день обращения, совершенно сняла боли. Они больше не возвращались — больной ставил себе клизмы по нашему совету в течение двух недель.

Какое медикаментозное средство добавлять к воде, употребляемой для клизмы? По нашему мнению, на обезболивающее действие анестетика рассчитывать нет оснований. То же относится к кровоостанавливающим и коагулирующим препаратам. Мы никогда не добавляем их в воду для клизмы, однако у большинства больных проявляется обезболивающий и общий лечебный эффект от применения таких клизм. По этой же причине мы не прибегаем к масляным, глицериновым, мыльным клизмам. Масляные клизмы, смазывая слизистую оболочку прямой кишки, вообще говоря, облегчают дефекацию. Но они не разбивают плотную каловую пробку, не уменьшают ее размер, и потому, проходя через заднепроходное отверстие, эта пробка будет по-прежнему раздвигать края трещины, разрывать ее дно. Можно думать, что объемистая мыльная клизма в этом отношении действует более благоприятно. Она будет разбивать, размягчать, измельчать каловую пробку и в то же время облегчать процесс прохождения каловых масс через заднепроходное отверстие. В. Л. Лунц у 2 больных с успехом применил лечение трещин заднего прохода масляными клизмами. Введение этого метода в практику приписывают Флейнеру. Больной вечером ставит себе клизму из половины стакана подогретого прованского масла и задерживает ее в течение ночи. Утром ставится клизма из двух стаканов теплого отвара ромашки.

Из дезинфицирующих средств мы остановились на перманганате калия. Применяем его в растворе приблизительно 1:5000. Это хороший антисептик, дезодоратор, коагулятор. Препарат хорошо известен больным и широко доступен.

До 1946 г. всех больных, страдавших трещинами заднего прохода, мы лечили только клизмами с раствором марганцовокислого калия. Всего лечению подверглось (А. М. Аминев, 1959) 30 больных, из них 12

стационарно и 18 амбулаторно. Только у 2 не было получено эффекта и пришлось применить насильственное растяжение сфинктера. Применение лечебных клизм — наиболее простой, эффективный способ, доступный самим больным. С него и следует начинать. Клизму мы рекомендуем ставить больным каждое утро сразу после пробуждения, не дожидаясь позыва на дефекацию. Если днем или вечером будет второй позыв, то дефекация должна совершаться также только после клизмы. Больным настойчиво рекомендуется не совершать ни одного акта дефекации без клизм в течение 12—14 дней. Достаточно бывает один раз пропустить клизму, чтобы под влиянием неразмытой плотной каловой пробки снова произошел разрыв трещины, в результате чего все лечение нужно начинать сначала.

Диета больных, страдающих трещиной заднего прохода, должна быть направлена на борьбу с запорами, на обеспечение мягкого, кашицеобразного характера выбрасываемых больным экскрементов. Известно, что высококалорийная пища, содержащая мало клетчатки, — масло, яйца, сливки, белый хлеб, печенье, каши манные, рисовые и пр. — предрасполагает к запорам. Наоборот, пища, содержащая много шлаков, клетчатки, — овощи, фрукты, черный хлеб, каши из грубых круп — гречневая, пшенная, овсяная и пр. — раздражает нервы кишечника, стимулирует перистальтику, вызывает образование кала, обильного по количеству, но мягкого по консистенции. Нередко больные самостоятельно или по совету врачей принимают слабительное с целью борьбы с запорами, сопровождающими заболевание. Если одновременно не проводится рациональная диетотерапия и больной не пользуется клизмами, то разовый прием слабительного может только ухудшить состояние. Слабительное вызовет усиленную перистальтику, будет гнать кишечное содержимое в терминальный отдел толстой кишки, и в ампуле прямой кишки уже находится объемистая, плотная, сформировавшаяся пробка. Дефекация происходит бурно, с напряжением и с непременным повторным надрывом трещины. Целесообразно было бы в целях получения ежедневного мягкого стула систематически давать в процессе лечения нежные слабительные, выработать правильную диету, внутрь принимать жидкий парафин или вазелиновое масло столовыми ложками несколько раз в день.

Известен способ И. Боаса, описанный им в 1900 г. Больному назначается на 8 дней жидкая диета и ежедневно 3 раза дается опийная настойка по 10 капель. В то же время проводится местное лечение трещины присыпками. Через 8 дней назначается порция касторового масла. Больному рекомендуется задерживать стул, пока он не почувствует, что содержимое кишок стало совершенно жидким. Во время дефекации ни в коем случае не рекомендуется тужиться. Если это не поможет и трещина возобновится, то курс лечения повторяется второй и третий раз. Испытав эту методику на 18 больных, И. Боас у 16 получил положительный эффект и только 2 больных направил на операцию.

В. Л. Лунц, применив метод И. Боаса у одной больной, получил хороший результат, но больная с трудом выдержала задержку стула в течение только 6 дней. Несмотря на благоприятный исход лечения, В. Л. Лунц подвергает метод И. Боаса совершенно обоснованной критике. Он говорит, что трудно добиться хорошего стула после того, как у больного действие кишок было задержано диетой и опиатами в течение 8 дней. Слабительное, говорит В. Л. Лунц, разжижает кишечное содержимое, но нижний отрезок калового столба остается твердым и при акте дефекации механически раздражает трещину. В самом деле, как может касторовое масло разбить плотную, объемистую каловую пробку, обязательно образующуюся в ампуле прямой кишки при длительной искус-

ственной задержке стула? И как можно такую пробку выбросить без натуживания, без сокращения брюшного пресса?

В процессе лечения по методу Боаса и в ближайшие недели по окончании его запрещается употребление алкогольных напитков, должны быть исключены все острые, раздражающие виды пищи — перец, уксус, горчица, маринады, консервы, соленья, копчености.

Активные неоперативные методы

Активные неоперативные методы второй группы являются промежуточными между консервативными и оперативными методами лечения. Это действительно активные, мануальные, одномоментные и в большинстве эффективные способы, которые приходят на смену консервативному лечению при его безуспешности.

Насильственное расширение сфинктера заднего прохода. В 1829 г. N. Resamier описал насильственное расширение сфинктера заднего прохода как эффективный метод лечения анальных трещин. Спустя 34 года Г. Петров (1863) сообщил о применении для лечения трещин медленного и форсированного растяжения заднего прохода. Медленное расширение обеспечивается введением в анальный канал материалов, которые при увлажнении набухают, расширяются и постепенно растягивают сфинктер. Форсированное насильственное расширение достигается инструментами — ректальным зеркалом или пальцами хирурга. Оба эти метода, появившиеся и применявшиеся еще в начале прошлого столетия, когда в хирургии неизвестно было обезболивание, плохо переносились больными из-за высокой болезненности манипуляций, особенно форсированного растяжения. Нередко наблюдались и описывались осложнения этих манипуляций в виде рожи, сепсиса, даже со смертельными исходами. С введением обезболивания, антисептики и асептики эти методы, особенно форсированное расширение, находили все более широкое применение, а медленное расширение, наоборот, почти совершенно забыто и никем более не применяется.

Насильственное растяжение сфинктера по Рекамье прошло через периоды широкого повсеместного использования и потери интереса к нему, когда наступало время освоения новых оперативных приемов, на первый взгляд более радикальных. Метод Рекамье — манипуляция несложная и достаточно эффективная, но на протяжении последних десятилетий ей давались самые противоречивые оценки. Отдельные авторы расширяли показания для этой манипуляции и считали, что почти каждую трещину нужно лечить растяжением сфинктера. Другие же ограничивали показания для вмешательства и применяли его только после безуспешного консервативного лечения при упорно не заживающих трещинах. В настоящее время можно наметить довольно точные показания для насильственного растяжения сфинктера. Если консервативные методы лечения, проводимые в стационарных условиях, включая и активные неоперативные методы в виде повторного применения новокаиново-спиртовой блокады, не помогают на протяжении 2—4 недель и больной продолжает страдать, то рекомендуется насильственное расширение сфинктера. Такие показания имеются обычно при хронических трещинах с орозолевшими краями и дном, с наличием пектенроза и устойчивого спазма сфинктера.

Необходимо установить механизм выздоровления после насильственного растяжения сфинктера. В начале этой манипуляции, производимой под местной анестезией в положении больного, как при операции по поводу геморроя, хирург с трудом вводит в задний проход указательный

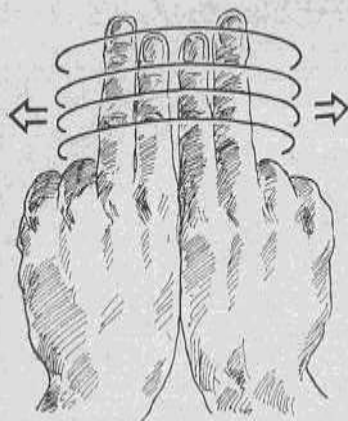


Рис. 7. Насильственное растяжение сфинктера как метод лечения трещины заднего прохода.

палец правой руки. Затем в спастически сокращенное, почти хрящевой плотности, неподатливое анальное кольцо постепенно вводится указательный палец левой руки. Раздвигая пальцы в стороны, хирург все больше и больше растягивает сфинктер. Рядом с указательными пальцами один за другим вводятся средние пальцы обеих рук. Помещая все четыре пальца в горизонтальной плоскости, хирург старается растянуть сфинктер. К концу манипуляции отверстие заднего прохода должно зиять и свободно пропускать в глубину 4 рядом расположенных пальца рук. При этом можно видеть, что вместо одной небольшой трещины, являющейся причиной спазма сфинктера, нередко появляется 5—6 и больше широких и длинных радиально расположенных трещин анального отдела кожи и слизистой

оболочки. И если одна небольшая трещина не заживала, быть может, многие месяцы, то большие вновь появившиеся трещины, скрывающие и первичную трещину, заживают без всяких осложнений в течение 12—14 дней. А главное, боли, так мучившие больного на протяжении всего заболевания, совершенно проходят сразу после растяжения сфинктера.

При насильственном перерастяжении сфинктера устраняется его спазм, который воспринимается корой головного мозга в виде резких болевых ощущений. Часть волокон спастически сокращенного, уплотненного, при длительном страдании фиброзно перерожденного сфинктера вследствие насильственного перерастяжения, несомненно, разрывается, но это лишь временно может отражаться на последующей запирающей функции жома. Явления слабости сфинктера, недержания кишечного содержимого бывают не всегда, а если и появляются, то исчезают на протяжении 1—2 недель.

Манипуляция растяжения жома может быть закончена введением в растянутый задний проход рыхлого тампона, увлажненного раствором антисептика, антибиотика или мазью Вишневского во избежание проникновения инфекции во вновь появившиеся трещины. Тампон имеет и кровоостанавливающее значение. Через сутки его следует удалить, чтобы он не препятствовал отхождению газов. Обычно тампон самостоятельно отходит в конце первых или в начале вторых суток. Вводить его повторно не нужно. Стул задерживать не следует. Хорошо, если на 3—4-й день будет дефекация. Обычно этот акт проходит свободно, без болевых ощущений.

В 1874 г. французский хирург Verneil предложил лечить геморрой путем насильственного растяжения сфинктера заднего прохода. Несколько позднее (1882) этот метод был опубликован и широко рекламирован Н. В. Субботиным. Во втором томе настоящего Руководства (с. 82) мы уже писали о теоретической необоснованности и о практически малоэффективных результатах этого мероприятия при геморрое. Недаром при лечении геморроя никто из хирургов не пользуется одним этим методом. Но при геморроидэктомии насильственное расширение заднего прохода является почти обязательным предварительным этапом операции.

Некоторые авторы при лечении трещин применили насильственное растяжение сфинктера заднего прохода под названием метода Рекамье—Субботина. Исторически это не оправдано. Рекамье предложил

в 1829 г. производить насильственное растяжение сфинктера для лечения трещин заднего прохода. Verneil и затем Субботин предлагали таким методом лечить геморрой. Поэтому и не следует добавлять фамилии Verneil или Субботина к названию этой манипуляции, направленной на лечение трещин заднего прохода. Однако такой необоснованной терминологией воспользовались Г. П. Гутник и А. В. Сачков (1967). Статья их называется «Лечение анальных трещин методом Рекамье — Субботина». Они описывают две группы больных — 57 и 24, которым для лечения трещин заднего прохода применялось растяжение сфинктера заднего прохода до диаметра четырех поперечных пальцев. Из 57 больных первой группы в сроки от 6 месяцев до 10 лет обследовалось 46, здоровы были 38, у 8 наступил рецидив болей: у 6 — в результате незаживления трещины и у 2 — следовая прокталгия. После повторного курса лечения у 4 иссечены трещины, у 4 выполнено растяжение сфинктера. Все пациенты здоровы.

У больных второй группы производились электрокимографические исследования тонуса и силы активного сокращения анального сфинктера до и в ближайшие дни после его растяжения по Рекамье. Оказалось, что на 3-й день после растяжения сила активного сокращения сфинктера была уменьшена на $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$, к 8-му дню — на 10—15% исходной. Параллельно с этим первые 4—5 дней после растяжения отмечалось недержание кишечного содержимого. К 7—8-му дню эти явления постепенно стихали, что было связано с восстановлением функции сфинктера. Таким образом, как пишут авторы, их исследования не подтвердили данные А. А. Бляхера и А. А. Крохалева, что при «растяжении сфинктера по Рекамье — Субботину функция его восстанавливается через 1—2 дня».

За применение метода Рекамье высказались и применяли его И. Т. Аснач (1966), F. C. Newton, C. A. Mac. Gregor (1948), Young, H. D. Moore, C. W. Graham-Stewart (1961), J. M. Watts a. oth. (1964), J. C. Goligher (1965) и др. Метод распространен в скандинавских странах (O. Mikkelsen, 1951; B. Fries, K. A. Rietz, 1964). O. Mikkelsen изучил отдаленные результаты амбулаторно проводившегося растяжения жома по Рекамье у 899 больных и констатировал 86% излечений. На основании ежегодных наблюдений над 300—400 больными с трещинами заднего прохода, леченными различными способами, автор отдает предпочтение методике Рекамье как «наиболее быстрому, безопасному и эффективному способу». При рецидиве трещины после растяжения сфинктера по Рекамье он оперировал больных по Габриелю и не получил ни одного возврата болезни. Вместе с тем, O. Mikkelsen (1951), J. C. Goligher (1965) утверждают, что повторное расширение жома по Рекамье малоэффективно.

D. C. Ditmore (1946), J. C. Goligher (1965) считают способ Рекамье методом выбора и отмечают важность осторожного обращения со спазмированным сфинктером. Они видят достоинство этой патогенетически обоснованной манипуляции в быстром исчезновении болей сразу после растяжения, в восстановлении активности больного на 4—5-й день и в высоком проценте выздоровлений.

A. L. Abel (1932) считал методику Рекамье непригодной к применению, так как она ведет к «множественным надрывам мышечных волокон, экстравазатам и к развитию соединительной ткани». E. Melchior (1910) наблюдал нескольких больных после растяжения жома по Рекамье со стойким недержанием кишечного содержимого. Об этом же сообщили Clairmon, R. J. Hiller (1931). W. A. Hinckle (1935) рекомендовал для лечения трещин растяжение или рассечение сфинктера, а также иссечение трещины с криптой.

M. G. Spiesman (1963) считал метод Рекамье прямым путем к ускорению развития пектеноза. A. Dissard (1965) назвал эту методику «факти-

чески грубейшей сфинктеротомией обоих сфинктеров заднего прохода, опасной их дисфункцией»; С. А. Petrozzi и др. (1967) — «слепой и очень травматичной сфинктеротомией обоих сфинктеров». L. A. Vuie (1960) усматривал в растяжении жома по Рекамье свидетельство несовершенства современной проктологии: «...ведь она не устраняет ни одного из 5 патоморфологических компонентов хронической трещины-язвы».

Защитники и противники полуоперативного лечения трещин заднего прохода опираются на одинаково большое число наблюдений. Многие определяются техникой выполнения этой манипуляции — постепенностью и бережностью дилатации, а также патологической морфологией хронической трещины — наличием свища, сопутствующего криптита, анальных бахромок.

А. Meiszczanski (1968) проанализировал 486 больных, страдавших острой или хронической трещиной заднего прохода. Оперировано 320 больных способом Рекамье или Miles. Независимо от метода рассечения внутреннего сфинктера конечным результатом явилось излечение при условии временного нарушения целостности и функции мышцы. Поэтому расширение операции, по мнению автора, нецелесообразно.

Насильственное растяжение жома раньше считалось и в настоящее время должно считаться грубым и незстетичным, но достаточно радикальным, не уступающим оперативным методам. Не столь грубые, но, особенно при острых трещинах, часто эффективные консервативные и инъекционные методы должны быть использованы в первую очередь, и лишь при отсутствии результата от их применения следует переходить к насильственному растяжению жома.

М. А. Диканский (1929) опубликовал метод лечения трещин заднего прохода путем систематического бужирования заднего прохода. Метод основан на постепенном методическом растяжении сфинктера бужами. Начинают бужирование с № 20—22 расширителей Гегара и постепенно доходят до № 28—30. Сеансы длятся 15—30 минут, у очень чувствительных субъектов — 5 минут. К следующему номеру переходят лишь после того, как предыдущий номер входит легко и безболезненно. При первичном введении последующего номера сеансы укорачиваются. Чувствительным пациентам перед бужированием назначают сидячие теплые ванны. Прерывать бужирование нельзя. Заметное субъективное и объективное улучшение всегда наступает через 7—10 сеансов. Для стойкого излечения требуется 15—25 сеансов. У одного больного понадобилось около 40 сеансов. Последним бужом (№ 28—30) следует бужировать не менее недели. Рецидивы после бужирования редки. Лечение бужированием проведено у 52 больных, из них 18 наблюдались стационарно. Подробности о ближайших и отдаленных результатах не сообщаются. Автор рекомендует применять этот метод, так как он прост, может проводиться амбулаторно, не отрывает от работы, не связан со специальной диетой, автоматически регулирует стул и кишечник. Ввиду отсутствия данных о результатах лечения трудно судить, насколько оно эффективно. Одно ясно — метод длительный, болезненный и ненадежный. Недаром автор не нашел последователей.

Инъекции масляных растворов анестезирующих веществ с целью лечения трещины заднего прохода проверены на больных А. Я. Шнее (1939). В своей первой статье он привел краткую историю вопроса о впрыскивании с лечебной целью масел и масляных растворов. Он писал, что впервые Бюдингер в 1904 г. ввел с лечебной целью стерильный жидкий вазелин в коленный сустав при деформирующем артрите с хорошим результатом. И. И. Греков, Гоц и Н. И. Березнеговский предложили вводить внутримышечно масляные растворы йода с целью лечения хирургического туберкулеза. Мюллер и Розен вводили парафиновое и вазели-

новое масло в пораженный туберкулезный сустав. Лер при деформирующих артритах вводил в суставы рыбий жир. Впервые комбинацию масла с 2% раствором новокаина применил в 1930 г. Гаца. Он установил, что продолжительность анестезии при этом увеличивается до 48 часов.

А. Я. Шнее вводил кроликам подкожно, внутримышечно, периневрально и в коленный сустав анестезирующие вещества в масляных растворах и для контроля чистое масло. Действие масляных растворов анестезирующих веществ автор испытал на себе и на 3 других сотрудниках. В опытах на животных установлено, что через 1—1,5 месяца следов введенного масла микроскопически обнаружить в тканях не удастся. Производилось сравнительное изучение восстановления функции поврежденных суставов у животных после введения масляного раствора совкаина и чистого масла. Значительно скорее восстанавливалась функция тех суставов, в которые был введен масляный раствор анестетика.

Испытание масляных растворов анестезирующих веществ на больных показало, что обезболивающее действие длится 23—25 дней. За несколько дней до появления нормальной чувствительности больные жаловались на сильный, иногда крайне неприятный зуд на участке бывшей операции. Это явление автор сравнивает с экспериментом Геда, который после перерезки кожной чувствительной ветви наблюдал при последующей регенерации нерва сначала резкую, весьма неприятную протопатическую чувствительность, к которой дальше прибавляется эпикритическая чувствительность.

С лечебной целью масляные растворы анестезирующих веществ А. Я. Шнее применил у 97 больных с различными заболеваниями, сопровождающимися болевыми ощущениями, — каузалгии, невралгии, трофоневротические язвы, болезненные рубцы, мозоли, периоститы, пяточные шпоры и пр. У 13 больных получены отличные результаты, у 63 — хорошие, у 19 изменений в самочувствии не произошло, у 2 наступило ухудшение.

Позднее А. Я. Шнее применял инъекции масляных растворов анестезирующих веществ под трещину заднего прохода с целью лечения этого заболевания. Методика такова. Окружность заднего прохода, включая и место трещины, анестезируется 0,5% раствором новокаина. После этого под контролем находящегося в заднем проходе пальца или зеркала под трещину вводится 1—3 мл одного из двух следующих масляных растворов совкаина:

1) Sovcaini	0,1	2) Sovcaini	0,1
Phenoli	0,2	Phenoli	0,2
Spiritus oethylicus	2,0	Spiritus oethylicus	1,0
Ol. amygdolarum	17,7	Ol. amygdolarum	8,7

В течение нескольких дней после инъекции наблюдается местная отечность, но все жалобы исчезают уже на следующий день. Обезболивание длится 20—30 дней. За это время трещина обычно заживает. Ни одного осложнения не наблюдалось. Часть больных выздоровела без всякого последующего лечения. При затяжных заболеваниях инъекция повторялась 1—2 раза и лишь отдельные больные подвергались лечению в стационаре.

А. Я. Шнее писал (1946) о 72 наблюдавшихся им больных, страдавших трещинами заднего прохода. К сожалению, он не сообщил, какое число больных он подвергал консервативным методам лечения и какое — методу инъекции масляных растворов анестезирующих веществ, а также каковы сравнительные результаты того и другого методов лечения.

В монографии о заболеваниях прямой кишки В. Р. Брайцев (1952) писал, что не раз испытывал растворы, предложенные А. Я. Шнее, и удовлетворен ими. Положительные результаты применения масляных

анестетиков получали другие авторы — А. Н. Рыжих (1956), F. C. Jeomans (цит. по W. B. Gabriel, 1930, 1936, 1939, 1945), I. Rachet (1934), E. Levy (1937), D. Weiss (1937).

Инъекции хинин-мочевины. На заседании Парижского медицинского общества A. Bensaude 10 января 1930 г. сообщил о хороших результатах, полученных им у 21 больного при лечении трещин заднего прохода инъекциями под трещины 5% раствора хинин-мочевины. Воспользовавшись указанным сообщением, Е. Ю. Махлин (1931) стал применять этот метод в своей амбулаторной практике. Бенсод использовал 5% раствор двойного хлоралгидрата хинин-мочевины, применявшийся ранее для инъекций при геморрое в целях флeбосклерозирующей терапии. Е. Ю. Махлин несколько видоизменил состав и пользовался препаратом следующей прописи:

Rp. Chintai bimuriatici	3,0
Ureae purae	0,5
Aq. destillatae	78,0

Больной ставился в коленно-локтевое положение, и через тонкую иглу под трещину впрыскивалось 0,25 мл раствора. Укол и впрыскивание очень болезненны, и поэтому манипуляция производилась с максимальной быстротой. Результаты лечения 60 больных: исчезновение болей и выздоровление отмечено после первой инъекции у 13 больных, после второй инъекции — у 13, после третьей — у 14, после четвертой — у 6, после пятой — у 3, после восьмой — у 1. У 2 больных лечение не было закончено и у 2 при наличии трофических язв боли прошли, но язвы не зажили. Автор рекомендовал применять этот способ и считал, что амбулаторная проктология обогатилась чрезвычайно простым, выполнимым в любой обстановке методом лечения трещин заднего прохода.

Однако трезвый взгляд на этот метод лечения и на результаты его применения совершенно не располагает к тому восторгу и оптимизму, которые звучали в словах автора. Инъекции весьма болезненны, а применять их нужно у большинства больных повторно и даже многократно. Нужно удивляться долготерпению больных и настойчивости автора. При наличии современных методов инъекций с использованием новокаина для безболезненного выключения периферического колена рефлекторной дуги, несущего патологические импульсы от очага раздражения, и для разрыва порочного круга едва ли кто-нибудь будет в чистом виде еще применять очень болезненный метод Бенсода.

В различных комбинациях растворы с содержанием хинин-мочевины использовали H. Graham (1923), A. Cantor (1945), H. F. Harbitz (1951), J. Duhamel (1965) и др. Новокаин, фенол, тиамин как основные части инъекцируемых растворов вводили М. Б. Баркан (1965, 1970), F. M. Franfeldt (1942), H. Belnap (1951), L. Beigu (1955), G. Vantrappen (1967) и др.

В. Widman (1962) для лечения трещины заднего прохода рекомендовал водорастворимый анестетик пролонгированного действия — Lac-43 (цит. по В. Fries, K. A. Reitz, 1964).

R. May (1971) пишет, что при лечении трещин необходимо руководствоваться длительностью течения и, более того, имеющимися патологоанатомическими изменениями в тканях. Он различает в клиническом течении трещин три периода, или стадии: 1-я стадия — поверхностный дефект покровов слизистой оболочки без подготовленности к образованию язвы; 2-я стадия — полностью развившаяся язва без стеноза сфинктера; 3-я стадия — полностью развившаяся язва со стенозом сфинктера. Лечение в первом периоде он рекомендует преимущественно медикаментозное; во втором периоде — также медикаментозное или инъекционное, редко — оперативное. Для инъекционного лечения он рекомен-

дует использовать раствор следующего состава: Chinini biihydrochlor — 20,0, Novocaini — 2,0, T-rae Catechy — 2,0, Aq. dest. ad — 100. Медленно из шприца под трещину вводится несколько капель этого раствора. При трещинах третьей стадии рекомендуется оперативное лечение — преимущественно сфинктеротомия по одному из существующих методов.

Методы инъекционной терапии очень удобны для использования в амбулаторной практике, они просты, доступны по технике, достаточно эффективны. Поэтому инъекционные методы быстро завоевали многочисленных сторонников.

Как противовоспалительное средство вводили под трещину гидрокортизон А. Н. Геллер (1959), В. А. Аминова (1969), М. Я. Усенко (1975) и др. Они получили преимущественно положительные результаты при повторных многократных блокадах, главным образом в острой стадии заболевания.

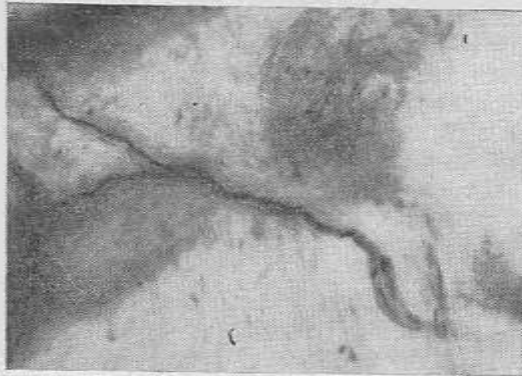
Для лечения трещин, криптитов, папиллитов, тромбоза геморроидальных узлов В. А. Аминова применяла гидрокортизон местно в виде мази, а также в виде местных инъекций. В частности, под трещину вначале вводилось 10 мл 0,5% раствора новокаина, затем туда же — 30—60 мл гидрокортизона. У большинства больных отмечены благоприятные результаты. Однако позднее (далее — личное сообщение) у 2 больных, по-видимому, в результате недостаточного соблюдения асептики, наступило тяжелое некротическое воспаление с разрушением параректальной клетчатки и распространением процесса на мошонку. Получив такие осложнения, В. А. Аминова стала реже применять инъекционный с использованием гидрокортизона метод лечения заболеваний промежностного отдела прямой кишки.

К недостаткам инъекционного метода лечения, которые по мере увеличения числа наблюдений стали выявляться все чаще, следует отнести длительность лечения при использовании новокаина, тиамин, пантенола. Приходится прибегать к многократным инъекциям. Так, методика М. Б. Баркана (1965, 1970) предполагает в течение 20 дней на курс лечения 10 инъекций новокаина с витамином В в весьма болезненную зону. Нередко курс лечения повторяют.

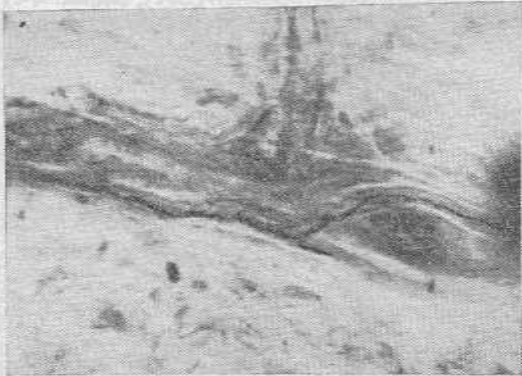
Очевидное преимущество масляных анестетиков — значительное удлинение сроков анестезии, что дает возможность избежать повторения блокад, — полностью перекрывается их недостатками — сложностью процедуры инъекирования масляной эмульсии, частотой осложнений — образованием олеогранулем, появлением острого парапроктита. Это привело к тому, что в настоящее время они почти не применяются. Исключение составила работа А. Cantor (1963), который сообщил, что он использовал масляные эмульсии анестетиков лишь для крестцовой эпидуральной анестезии при оперативном лечении трещин заднего прохода. Можно присоединиться к мнению В. Fries, К. А. Rietz (1964), что «масляные анестетики скомпрометировали себя полностью».

Новокаиново-спиртовая блокада как метод лечения трещин заднего прохода введена А. М. Аминовым в заведомой им клинике с начала 1947 г., сразу же после того, как он прочитал вторую статью А. Я. Шнее, опубликованную в 12-м номере журнала «Хирургия» за 1946 г. Состав масляного раствора анестезирующего вещества, предложенный А. Я. Шнее, представился сложным, чреватым осложнениями, не очень надежным. Поэтому было вполне уместно и целесообразно заменить этот сложный раствор широко доступными новокаином и спиртом.

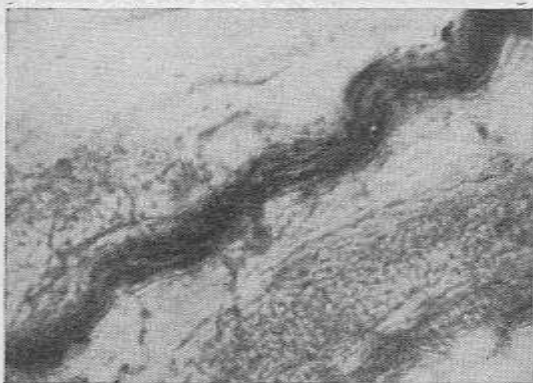
Автором плодотворной идеи лечения многих заболеваний методами блокад, бесспорно, является один из основоположников внедрения идей нервизма в хирургию А. В. Вишневский. Предложенная им вагосимпатическая блокада спасла жизнь и здоровье тысячам тяжелораненых в



Р и с. 8. Демиелинизация, отек, разволокнение осевого цилиндра одиночного периферического нервного волокна через сутки после введения 1% раствора спирта.



Р и с. 9. Варикозность, чередующаяся с резким истончением осевого цилиндра периферического нервного волокна, через 2 суток после введения 1% раствора спирта.



Р и с. 10. Варикозность, аргентофилия отдельных нервных волокон в пучке через 10 суток после введения 1% раствора спирта.

период Великой Отечественной войны. В основу всех этих предложений А. В. Вишневого положена мысль о необходимости временного нарушения связи между очагом заболевания как патологическим интродуцированным или эстерорецептором и корой головного мозга. Анестетик снимает грубые патологические импульсы, идущие с периферии и вызывающие в коре очаг раздражения, а иногда и запредельного торможения. В то же время новокаин, как слабый раздражитель нервной системы, вызывает перестройку ее, стимуляцию, благодаря чему создаются условия для быстрой ликвидации очага заболевания. Методы предложенных и разработанных А. В. Вишневым блокад — вагосимпатической, паранефральной, внутривенной, циркулярной на конечностях, короткой при местных воспалительных процессах и пр. — широко применяются в нашей стране. Эта методика и дальше развивается учениками, последователями А. В. Вишневого и другими отечественными хирургами. Так, разработанная А. Я. Шнее инъекция под трещину заднего прохода новокаиново-масляных растворов является одним из вариантов короткого блока А. В. Вишневого.

Параллельно с плодотворным развитием учения А. В. Вишневого о лечебном действии новокаина, применяемого в виде различных блокад, в нашей стране появилось и почти так же широко вошло в практику другое учение — о действии на периферические нервы винного алкоголя. В. И. Разумовский впервые 3 мая 1909 г. при операции на гасеровом узле с отличным результатом ввел спирт в толщу нерва. Это было началом инъекционного, с использованием

винного спирта, метода лечения заболеваний, при которых ведущим симптомом являются резкие болевые ощущения. Впрыскивание в нерв спирта в любых разведениях очень болезненно, поэтому с первых шагов его стали применять с новокаином в одном растворе, или в начале вводится новокаин, а затем, спустя 3—5 минут, в различном разведении, смотря по показаниям, спирт. Эту новокаиново-спиртовую блокаду ее создатель В. И. Разумовский назвал химической невротомией.

В слабых разведениях, до 10°, спирт нарушает проводимость нерва, передачу импульсов с периферии к центру и наоборот на срок до 2 недель и более. Болевые ощущения сразу снимаются и, если параллельно проводится лечение с применением тепла и физиотерапевтических средств, больше не возвращаются. Вместе с тем снимаются спазмы, являющиеся часто причинами болевых ощущений. А вследствие легкого раздражающего действия слабых растворов новокаина и спирта улучшаются кровоснабжение тканей, их трофика и регенеративные способности.

На приложенных рисунках — микрофотограммах, полученных в нашей клинике Ю. А. Перовым в экспериментальных условиях, показаны изменения, происходящие в нервных волокнах под влиянием введения в ткани различных слабых концентраций спирта. Можно видеть, что при этом не происходит гибель нервных волокон, а наблюдаются лишь некоторые изменения в оболочках и в нервных волокнах преддегенеративного характера. Импрегнация препаратов производилась по Бильшовскому — Грос, об. 40, ок. 8X.

При воздействии на нервные волокна винного спирта более высокой концентрации происходит распад, валлеровское перерождение нервных волокон. Чувствительность нарушается на более длительный срок — на полгода, год и более в зависимости от длины нерва, а также от состояния защитных сил и регенеративных способностей тканей больного (В. И. Разумовский, 1923, 1927, 1929; Н. Н. Назаров, 1928; Г. С. Самойлов, 1935; Г. М. Цифринович, 1938; К. М. Винцентини, 1940; М. Н. Габриелян, 1947; Н. И. Тошинский, 1947; К. С. Миротворцева, 1950, 1954; Н. Н. Маркова, 1952; М. О. Фридлянд, 1952; Е. И. Кравченко, 1956, 1958; А. М. Белова, 1957; З. А. Шувалова, 1958; Pitres, Vaillard, 1928, и др.). Таким образом, новокаиново-спиртовая блокада является средством патогенетической и симптоматической терапии.

Значительно раньше предложения А. Я. Шнее ввел в практику советских хирургов спиртово-новокаиновую блокаду М. О. Фридлянд (1932). В опубликованных им работах и в статьях его учеников (Г. З. Самойлов, Д. Е. Языков, Г. М. Цифринович, К. М. Винцентини и др.) на основании большого числа экспериментальных и клинических наблюдений доказана высокая эффективность спиртово-новокаиновой блокады при многочисленных страданиях, сопровождающихся такими тяжелыми явлениями, как боль и мышечная спастика. М. О. Фридлянд предложил для инъекций спиртово-новокаиновый «основной» раствор,



Рис. 11. Варикозность претерминальных нервных волокон чувствительного нервного окончания волосистой сумки через 2 суток после введения 3% раствора спирта.

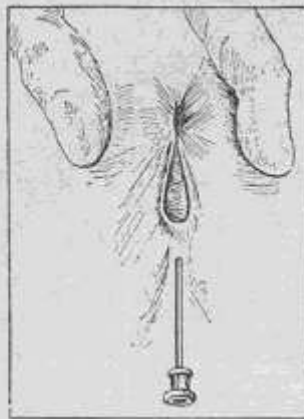


Рис. 12. Техника новокаиново-спиртовой блокады при трещине заднего прохода.

состоящий из 2,0 новокаина, 80 мл 96% этилового спирта-ректификата и 20 мл дистиллированной воды. Введение этого раствора дает болезненность в течение нескольких секунд. Через 1—3 минуты исчезает боль при переломах и наступает ослабление тонуса спастически сокращенной мускулатуры при контрактурах. Детям при необходимости раствор вводится в количестве 1 мл на год жизни ребенка, у взрослых — в количестве до 30 мл. Иногда, например, для впрыскивания в пораженный сустав, а также для параартикулярных или внутримышечных инъекций «основной» раствор рекомендуется разводить наполовину дистиллированной водой. М. О. Фридлянд и его сотрудники с успехом применяли спиртово-новокаиновую блокаду как «химическую перерезку» патологических рефлексов у тысяч травматических и ортопедических больных для лечения переломов ребер, поперечных отростков позвонков, трубчатых костей, для борьбы с контрактурами и спазмами, для устранения болей и тугоподвижности в суставах при артритах, артрозах и т. д.

Воспользовавшись предшествующими работами советских авторов, мы стали применять в клинике с начала 1947 г. новокаиново-спиртовую блокаду для лечения трещины заднего прохода в несколько иной методике. В «основном» растворе М. О. Фридлянда спирт в количественном отношении превалирует над другими составными частями. Естественно, что анестезирующее действие новокаина наступает позднее, чем раздражающее, прижигающее действие спирта, и потому инъекции этого раствора болезненны. Мы не готовим заранее смесь спирта с новокаином, а впрыскиваем раздельно вначале новокаин, а потом спирт.

Методика блокады такова. Тщательно определяется место расположения трещины. Помощник продолжает растягивать складки кожи вокруг заднего прохода так, чтобы трещина была хорошо видна, а хирург делает вкол тонкой иглой со стороны здоровой кожи, продвигает иглу под основание трещины на глубину 0,7—1 см и вводит 5 мл 0,5% раствора новокаина. После этого помощник может прекратить растяжение кожных складок, но игла не извлекается. Спустя 3—4 минуты через ту же иглу вводится под трещину 1 мл 70° спирта, и игла удаляется. При такой методике инъекция спирта проходит совершенно безболезненно. Боль, вызванная трещиной и от спазма мускулатуры, исчезает сразу после введения новокаина под трещину и часто вообще больше не возвращается. В небольшом проценте по разным причинам, вернее всего, вследствие неточно произведенной инъекции, боль не исчезает. Приходится повторять инъекции 2—3 раза с промежутками в 1—2—3 недели.

До обращения в нашу клинику 1 528 (99%) больных лечились разными способами — от применения тепла местно в виде сидячих теплых ванн, прикладывания грелок до использования жидкости Гордеева, родоновых ванн и рентгенотерапии (4 человека). Небольшая группа больных лечилась инъекциями гидрокортизона и масляных анестетиков — соответственно 9 и 14 человек. Некоторые больные ограничивали рацион 2—3 стаканами какао и 50—100 г пшеничного хлеба со сливочным маслом. Лечение было безрезультатным или давало кратковременный эффект.

Новокаиново-спиртовой блокадой в нашей клинике лечилось 983 (63,7%) больных, при этом у 260 (26,4%) трещина была в острой стадии, у 723 (73,6%) — в хронической. 560 больным блокада не проводилась: у 311 были трещины, осложненные пектенозом и свищом; у 238 были хронические трещины-язвы с пограничными бугорками, сопутствующим криптитом, геморроем, анальными бахромками; у 8 (0,5% от общего числа наблюдений) была индивидуальная непереносимость новокаина; 3 больных отказались от блокады, настояли на операции. Всего больных с осложнением трещины — пектенозом, свищом — было 323, но 12 из них в начале освоения инъекционного метода мы пытались лечить новокаиново-спиртовой блокадой.

Чем сильнее страдали больные от болей при дефекации, чем более выраженной у них была неврастения, тем эффективней действовала блокада, тем ярче был ее болеутоляющий эффект. Многие больные оценивали ее как спасительную, чудодейственную.

Всех больных, страдавших острыми трещинами заднего прохода, мы лечили новокаиново-спиртовыми блокадами в сочетании с ежедневными обязательными очистительными клизмами и сидячими теплыми ваннами или восходящим теплым душем после стула. Некоторым больным назначались тепловые физиотерапевтические процедуры и повязки с мазью Вишневского. Всем больным с двухмоментной дефекацией настойчиво предлагалось переходить к одномоментной дефекации, на первых порах — к двухразовой. Рекомендовалось избегать вредного напряжения брюшного пресса, которое имеет место повторно и безрезультатно при двухмоментной дефекации в промежутке между выбрасыванием первой и второй порций кишечных масс. Всех больных мы предупреждали о необходимости прекратить прием слабительных и воздерживаться от употребления алкоголя, острых блюд и приправ. Давались советы по возможности избегать подъема тяжестей. Если болевые ощущения продолжали беспокоить, повторно, через 10—14 дней, применялась новокаиново-спиртовая блокада. Однократная блокада сделана 366 больным, 2 раза она была выполнена у 457 человек, 3 раза — у 89, 4 раза и более (до 7 раз) — у 71 больного. Таким образом, всего сделано 1 872 блокады.

При хронических трещинах с длительным сроком заболевания, кроме новокаиново-спиртовой блокады под трещину, проводилась пресакральная блокада — 60—80 мл 1/4% раствора новокаина с добавлением 1—3 мл 70° спирта. Получалась двойная химическая невротомия — сакрального нервного сплетения и нервов под дном трещины. У 29 больных одновременно имелся зуд заднего прохода. Кроме новокаиново-спиртовой блокады им производилось обкалывание перианальной кожи 2% раствором метиленовой сини в количестве 25—30 мл. В процессе лечения амбулаторные больные находились на больничном листе обычно 5—6 дней.

Для определения результатов лечения мы просили всех больных посетить поликлинический кабинет клиники через 2—4 недели после блокады независимо от исхода лечения. Кроме того, через год и более рассылалась анкета и проводилось активное посещение на дому тех больных, которые не ответили на посланную второй раз анкету.

Оценка полученных результатов проводилась по 4-балльной системе. К отличным отнесены те исходы, при которых трещина заживала и не было никаких жалоб на слабость заднего прохода. Хорошим считался результат, когда трещина эпителизировалась, но имелись жалобы проктологического характера, что было обусловлено сопутствующим заболеванием (геморрой, аноректит, криптит и др.). К удовлетворительным отнесены наблюдения, при которых после заживления трещины и исчез-

новения фиссурального синдрома наступал рецидив. Плохими считались исходы, при которых трещины не заживали или развивались осложнения блокады. В нижеследующей таблице отражены отдаленные результаты этого метода лечения в комплексе с другими консервативными мероприятиями, о которых говорилось выше. Исходы спустя 6 месяцев—10 лет известны у 748 больных из 983 леченных инъекционным методом.

Таблица 5

Отдаленные результаты лечения трещин заднего прохода новокаиново-спиртовой блокадой

Результат	Острые трещины	Хронические трещины	Всего больных
Отличный	121 (68,5%)	96 (15,6%)	215 (28,9%)
Хороший	50 (28,7%)	183 (33,1%)	235 (31,4%)
Удовлетворительный	3 (1,5%)	143 (25,0%)	146 (19,5%)
Без успеха	—	142 (25%)	142 (18,9%)
Осложнения	2 (1,3%)	8 (1,3%)	10 (1,3%)
Результат неизвестен	84 —	151 —	235 —
Итого	260 (100%)	723 (100%)	983 (100%)

Благоприятные результаты получены у 526 (79,8%) больных. Из этого числа 215 (28,9%) были здоровы, 235 (31,4%) жаловались на периодически появлявшиеся умеренные боли в канале заднего прохода, чувство жжения, запоры, на выделение крови из заднего прохода при сильном натуживании. Интересно отметить, что симптомокомплекс геморроя, наблюдавшийся до лечения у 1 078 (70%) больных, при изучении отдаленных результатов лечения новокаиново-спиртовой блокадой в сочетании с клизмами, ваннами и выполнением других наших рекомендаций обнаружен лишь у 180 (24,1%) из 748 человек, то есть почти в 3 раза реже.

У 146 (19,5%) больных результат лечения был признан удовлетворительным. У них в результате лечения произошло заживление трещин и исчезновение болей в заднем проходе, но через некоторое время наступил рецидив заболевания. Рецидивировала трещина заднего прохода чаще всего через 2—4 месяца, как правило, после того как больные переставали выполнять наши рекомендации. У 142 (18,9%) лечение было неэффективным, у 10 (1,3%) развились осложнения.

Результаты лечения трещин заднего прохода в острой и хронической стадиях резко различаются. Если при свежих трещинах стойкое заживление получено у 97,2% больных, то при хронических — лишь у 48,7%. Это еще раз подтверждает принципиальную разницу в лечении трещин в острой и хронической стадиях, которую необходимо учитывать. Подход к лечению должен быть дифференцированным.

В группе больных с трещиной в острой стадии безуспешных попыток лечения вообще не было, а рецидивы наблюдались только у 1,5%. А среди лиц с хроническими трещинами блокада оказалась неэффективной у каждого четвертого, у 25% наступил рецидив. Таким образом, почти все неблагоприятные исходы лечения, основная доля рецидивов приходится на больных с хроническими трещинами. Это контингент наиболее длительно болеющих с сопутствующим хроническим колитом и упорными запорами, анальными бахромками, криптитом. У всех больных отчетливо пальпировалась глубокая трещина-язва с каллезным краем, нередко с пограничным бугорком.

Первоначальные попытки лечить больных, страдавших хронической трещиной, осложненной пектенозом, блокадой, повторяя ее 3—4 раза, оказались безуспешными. То же самое можно сказать о 3 больных с хронической трещиной, осложненной небольшим неполным свищом, который открывался на дне трещины и вмещал головку пуговчатого зонда, — блокада не дала эффекта.

О действии новокаиново-спиртовой блокады можно судить не только по субъективным данным, по внешнему виду трещины, по состоянию стенок заднего прохода, но и по динамике анального рефлекса. Его мы определяли сразу после блокады, через 5—10 минут и спустя 2—3 недели.

Анальный рефлекс не вызывался с задней полуокружности анальной области у преобладающего большинства больных после проведенной блокады. Раздражение передней полуокружности давало ту же рефлекторную реакцию, что и до блокады. Не менялись в основном и рефлексогенные зоны. В цифрах это выражалось следующим образом. Через 10 минут после блокады обследован 141 человек, из них у 139 рефлекс не вызывался с задней полуокружности перианальной кожи, а у 140 он вызывался с передней полуокружности, при этом у 34 (23,7%) он был повышен, у 102 (72,7%) нормально выражен и лишь у 4 (2,9%) понижен.

Через 2—3 недели снова обследовано 109 больных, из них только у 31 человека с задней полуокружности рефлекс не вызывался, с передней полуокружности вызывался у всех, у 16 (15,6%) он был повышен, у 87 (79,8%) — нормальный, у 5 (4,6%) — снижен.

Таблица 6

Рефлексогенные зоны после блокады по поводу острых трещин

Рефлексогенная зона	Через 10 минут		Через 2—3 недели	
	Число	%	Число	%
Анальная область				
передняя полуокружность	140	99,6	109	100
задняя полуокружность	2	0,6	78	71
Наружные половые органы, копчиковая область	73	52,0	43	39
Крестцовая, ягодичная области	50	36,0	39	36
Задняя поверхность бедра	48	35,0	33	30
голени	25	18,0	17	15
Внутренняя поверхность бедра	21	15,0	20	18
Поясничная область, передняя поверхность бедра	7	5,0	6	5
Подошва, лобок	1	1,0	1	1
Хлопок	67	48,0	23	22

У больных с хроническими трещинами анальный рефлекс после блокады оставался более высоким, а территория, с которой его удавалось вызвать, была значительно большей. Эти данные характеризуются следующими цифрами. Через 10 минут после блокады обследован 841, рефлекс отсутствовал у 837 (99,5%) при раздражении задней полуокружности перианальной кожи, вызывался у 839 при раздражении передней полуокружности, из них у 277 (33,2%) рефлекс был повышенным, у 544 (64,6%) он был нормальным, у 17 (2%) — пониженным. Через 2—3 недели обследовано 517 из числа тех же больных. Рефлекс с задней полуокружности перианальной кожи отсутствовал у 143 (25,6%). С передней полуокружности рефлекс вызывался у 515 (99,6%), у 95 (18%) он был повышен, у 399 (77,6%) находился в пределах нормы, у 21 (4,1%) — ослаблен.

Спустя 2—3 недели после новокаиново-спиртовой блокады анальный рефлекс приближался к таковому у здоровых лиц (В. А. Аминаева, 1959). Уменьшилось число больных с повышенным рефлексом, сократились рефлексогенные зоны, значительно снизился процент лиц, у которых анальный рефлекс вызывался дистантным (звуковым) раздражением. Спустя 2—3 недели после блокады сохранялась разница между группами больных с острой и хронической трещиной заднего прохода. В первой группе нормализация анального рефлекса происходила быстрее, чем во второй, что еще раз указывает на перевозбудимость спинальных центров в крестцовых сегментах, особенно в хронической стадии трещин, на наличие в них очагов застойного стационарного возбуждения.

Таблица 7

Рефлексогенные зоны после блокады по поводу хронических трещин

Рефлексогенная зона	Через 10 минут		Через 2—3 недели	
	Число	%	Число	%
Анальная область				
передняя полуокружность	839	99,8	515	99,7
задняя полуокружность	839	99,8	515	99,7
Наружные половые органы, копчиковая область	2	0,2	374	72,0
Крестцовая, ягодичная области	512	61,0	233	45,0
Задняя поверхность				
бедра	405	48,0	207	40,0
голени	379	45,0	206	40,0
Внутренняя поверхность бедра	260	31,0	99	19,0
Поясничная область, передняя поверхность бедра	211	25,0	98	19,0
Подолва, лобок	83	10,0	19	4,0
Хлопок	595	71,0	185	36,0

Осложнения новокаиново-спиртовой блокады возникли у 10 (1,3%) больных, что составляет 0,9% к числу (983) леченных этим методом больных и 0,5% к общему числу (1 872) произведенных им новокаиново-спиртовых блокад. У больных был острый парапроктит заднего сектора анальной области, завершившийся сформированием свищей: неполных — у 5 больных и полных — у 4. Два неполных и полных свища открывались наружу в месте вкола иглы при блокаде. Три неполных свища открывались в межмышечное призматическое пространство. Через это пространство проходили и все полные свищи, внутреннее отверстие которых также располагалось на дне трещины.

Причиной осложнений скорее всего были: недостаточно тщательная обработка перед инъекцией кожи области заднего прохода спиртом без раствора йода, поверхностное введение спирта, когда блокада у одного больного выполнялась врачом впервые. Не исключено, что был просмотрен возможно имевшийся у больных до блокады неполный свищ. 8 из 9 этих больных имели хроническую трещину, один больной, у которого парапроктит возник в результате новокаиново-спиртовой блокады, страдал агранулоцитозом в терминальной стадии, с выраженной анемией, с резким снижением защитных функций организма. Угнетение гемопозза, потеря способности к регенерации делали блокаду рискованной в отношении возможных осложнений. Ретроспективно рассуждая, следовало ограничиться у этого больного консервативными методами лечения.

У 1 больной из 10 в результате поверхностного введения спирта врачом, впервые делавшим блокаду, развился ограниченный некроз

слизистой оболочки на участке $2 \times 1,5$ см. Образовавшийся дефект тканей зажил вторичным натяжением. В течение последующих 6 лет наблюдений женщина была здорова.

Для предупреждения осложнений имеют значение внимательное изучение больного до блокады для исключения свища и пектеноза, тщательная обработка кожи 2% спиртовым раствором йода и введение 70% спирта не в поверхностные слои, а в толщу подкожной клетчатки и поверхностной порции сфинктера на глубину 0,7—1,0 см.

О методе новокаиново-спиртовой блокады при трещинах заднего прохода с похвалой отзывались М. Б. Баркан (1965), С. Б. Гринберг (1966), И. М. Урожай (1967), В. А. Аминева (1971), М. Д. Брайцева (1971), М. Л. Усенко (1975) и др.

В амбулаторных условиях новокаиново-спиртовой блокадой и расширением сфинктера ректальным зеркалом лечил трещины у 61 больного С. Б. Гринберг (1966). У 52 больных блокада произведена однократно, у 6 — двукратно, у 3 — трехкратно. Большинство больных лечилось без освобождения от работы. По методу Габриэля оперировано 4 больных, из них у одного хирургическое вмешательство произведено без предварительного лечения блокадами. У одной больной блокада осложнилась рецидивом полного подкожного свища, открывавшегося на дно трещины. У 2 больных, страдавших хронической трещиной, осложненной пектенозом, предварительно проведенные новокаиново-спиртовые блокады не дали положительного результата. После операции Габриэля все эти больные были вылечены. Они теряли трудоспособность в среднем на 21 день. Через 1,5—2 года результаты лечения проверены у 51 больного. Были здоровы 49 человек, у 2 трещина зажила, но «отмечались боли в области заднего прохода, возникавшие независимо от акта дефекации (анусалгия)». Повторная под основание рубца на месте бывшей трещины блокада приводила к исчезновению болей. Также в амбулаторных условиях наблюдал и успешно преимущественно этим методом лечил С. Л. Глуз (1973) 164 больных, страдавших трещинами заднего прохода.

Оперативное лечение

В первый период изучения вопроса мы старались добиться заживления трещины с помощью повторных новокаиново-спиртовых блокад в комплексе с другими консервативными мероприятиями. По мере накопления опыта, обследования все большего числа больных в отдаленные сроки становилось совершенно очевидным, что излечения хронической трещины, осложненной пектенозом, свищом, можно достигнуть только оперативным путем. Эфемерной оказалась надежда получить без операции стойкое излечение глубокой трещины-язвы с пограничными бугорками, сопутствующим криптитом, геморроем и воспалением слизистой оболочки заднего прохода, которые возникают обычно у лиц с длительным проктологическим анамнезом, хроническим колитом и упорными запорами. Если у больных удавалось комплексной терапией путем настойчиво проводимых повторных блокад добиться эпителизации трещины-язвы, то в большинстве наблюдений наступал рецидив. Таких было 143 (25%) человека с хроническими трещинами заднего прохода. Поэтому показания к операции, складывавшиеся в нашем представлении на протяжении 25 лет, постепенно расширялись.

Показаниями к оперативному лечению хронических трещин заднего прохода служат: 1) наличие выраженных пограничных бугорков; 2) осложнения трещины пектенозом и свищом; 3) неэффективность 1—2 но-

вокаиново-спиртовых блокад при хронической трещине-язве с сопутствующими криптитом, геморроем и анальными бахромками; 4) непереносимость новокаина некоторыми больными. Последняя встретилась у наших больных в 0,5% наблюдений, по данным М. Б. Баркана (1970), в 2,2% на 587 больных.

Аналогичных нашей точке зрения взглядов на хирургическое лечение трещин заднего прохода придерживаются М. Л. Усенко (1975), W. E. Miles (1944), I. I. Brossy (1956), которые у каждого больного вначале проводят лечение на протяжении 2—3 недель консервативным и инъекционным методами.

Р. Е. Hayden (1939) считал показанием к операции наличие пограничного бугорка и подрытого края трещины, А. Cantor (1945) — уплотненные края трещины, W. B. Gabriel (1945) — пальпируемую трещину-язву. А. Я. Шнее (1939, 1951) рекомендовал оперировать больных с омолоделой язвой, не поддающейся консервативному и инъекционному лечению; В. Р. Брайцев (1933, 1950), E. S. Hughes (1957) — больных с хронической глубокой трещиной. По мнению R. Turell (1948), лечение трещин должно быть только оперативным. Его опыт базируется на 270 наблюдениях. Он пишет, что следует широко иссекать трещину вместе со сторожевым бугорком, крипту или крипты и увеличенные сосочки, а затем делать сфинктеротомию, при выраженном фиброзе — частичное иссечение подкожной порции наружного сфинктера прямой кишки.

Активную позицию в вопросе о лечении хронических трещин занимали А. Н. Рыжих (1956, 1968), его ученики и последователи — И. Р. Лезерсон (1963), В. Д. Мандзюк, В. М. Масляк, М. Т. Кордоба (1965), И. М. Ланцберг (1965). Диагноз «хроническая трещина заднего прохода» они расценивали как показание к оперативному лечению. Диаметрально противоположную позицию занял М. Б. Баркан (1965, 1970) — врач поликлиники, применявший только консервативное лечение. Очевидно, ограниченность контингента пациентов лишь поликлиническими больными, встреча при изучении отдаленных результатов только с избежавшими в последующем стационарного лечения (изучены 225 из 1 025) дали ему возможность прийти к заключению о стойком излечении 95,1% больных консервативным путем, о ненужности хирургического вмешательства. Такое мнение находится в противоречии со всеми литературными данными и нашими наблюдениями. Его выводы об отрицательных сторонах оперативного метода лечения и о связанных с ним осложнениях априорны и неубедительны.

Л. А. Vuie (1960), С. W. Mayo (1962), опираясь на опыт лечения более чем 6 000 больных с хроническими трещинами заднего прохода, высказали сомнение о возможности стойкого излечения хронической трещины-язвы без хирургического вмешательства. М. Л. Усенко (1975) утверждает, что при хронических трещинах необходимо вначале проводить более длительное лечение с дифференцированным подходом к выбору методов терапии.

При выборе оптимального метода операции среди многих предложенных оперативных способов лечения хронических трещин заднего прохода следует еще раз вспомнить (цит. по Г. Петрову, 1863) о патогенетических по существу операциях: Blandin (30-е годы XIX в.) — *tenotomia analis*; Boyer (1845) — частичная сфинктеротомия через трещину; Vidol de Cassis — множественные неглубокие надрезы сфинктера, в основе которых лежит устранение неподатливости фиброзных тканей заднего прохода, стойкой контрактуры жома, без ликвидации которых почти невозможно излечение хронической трещины-язвы.

Иссечение трещины и зашивание образовавшейся раны. Операция, которую предложил Дюпюитрен (цит. по Г. Петрову, 1863), — иссече-

ние трещины с глухим швом — нерациональна с точки зрения патогенеза хронической трещины заднего прохода. Глухой шов противоречит смыслу оперативного вмешательства, направленного на устранение неподатливости стенки заднего прохода, на возвращение ей эластичности. Наложение швов резко снижает радикализм вмешательства и служит предпосылкой рецидива болезни. Первичный раздражитель не устраняется, спазм сфинктера заднего прохода не снимается. Поэтому понятно стремление некоторых авторов дополнить операцию. В. Р. Брайцев (1952) рекомендовал после иссечения трещины ввести в прямую кишку палец и если он встречает фиброзный пучок подкожной части наружного сфинктера, то рассечь последний и лишь после этого зашить трещину. Вместо простого рассечения он рекомендует также иссекать часть подкожного сфинктера на протяжении 0,5—1.

Иссечение трещины с зашиванием раны в настоящее время почти никем из специалистов не применяется. Только И. Литман (1970), являющийся общим хирургом, рекомендует операцию иссечения трещины завершать наложением глухого шва, правда, с оговоркой: «При наличии пектеноза необходимо обеспечить хороший отток отделяемого из раны, которая должна постепенно гранулировать». Иссечение трещины с ушиванием раны наглухо почти единодушно признано операцией ошибочной, порочной.

Рассечение трещины и сфинктера — сфинктеротомия как метод лечения трещин заднего прохода довольно широко практиковалось в прошлом столетии. Этому вопросу уделил внимание в своей монографии о трещинах заднего прохода Г. Петров (1863). Он различал несколько методов рассечения сфинктера.

а) Разрез изнутри кнаружи после введения в задний проход пальца (способ Буайе). Разрез делается не обязательно через трещину, но рассечение наружного сфинктера считается обязательным. Этот метод рекомендовал И. Буш в своем руководстве к преподаванию хирургии (1820). Он говорил, что для лечения трещин заднего прохода «действительнейший способ есть разрез вправо и влево в самый проход... Больной кладется набок, помощник раздвигает задний проход, оператор влагает указательный палец левой руки в проход, правой рукою проводит туда бистури, направляет острие вправо или влево и разделяет одним разрезом кишку, сфинктер, клетчатую плеву и наружные покровы в длину дюйм с четвертью».

б) Рассечение снаружи внутрь. Вначале остроконечный бистури вкальвается снаружи от сфинктера под основание трещины, и движением инструмента рассекаются все ткани до заднепроходного отверстия.

в) Способ Видаля. Несколько глубоких и недлинных разрезов наружного сфинктера изнутри кнаружи.

г) Способ Дюпюитрена. Рассечение трещины, слизистой оболочки выше нее и кожи, окружающей задний проход, кнаружи от трещины.

д) Способ Нелатона. Рассечение ткани ножницами одним сечением, после того как одна бранша ножниц введена в задний проход.

е) Способ Бландена — подкожное рассечение сфинктера. Пуговчатый бистури или обыкновенный тенотом после вкола через кожу проводится между кожей и слизистой оболочкой с одной стороны и сфинктером — с другой. Взмахом инструмента кнаружи одновременно рассекается сфинктер без увеличения размеров кожной раны. Этот метод в начале прошлого столетия применялся некоторыми авторами охотнее, чем другие способы, так как широкое, открытое рассечение нередко приводило тогда к септическим осложнениям.

ж) Операция Шассеньяка — рассечение посредством экзасера. Операция начинается с рассечения кожи уколом скальпеля снаружи от

сфинктера. Через нанесенную рану вводится кривой троакар, который проникает в просвет прямой кишки выше сфинктера. Через троакар проводится цепь экразера и все захваченные ткани раздавливаются. Метод травматичный, крайне болезненный и потому в те времена, в прошлом столетии, не нашел последователей. Теперь он также никем не применяется.

Все эти операции Г. Петров рекомендовал делать под хлороформом, который к выпуску им книги получил достаточную известность и распространение.

Таким образом, уже с начала прошлого столетия сфинктеротомия описана Буайе, Бушем, Видалем, Дюпюитреном, Нелатоном, Шассеньяком, Бланденом; выполнялась она в практической работе в различных модификациях. По условиям того времени эта операция применялась редко, была почти забыта на протяжении второй половины прошлого и первой половины текущего столетия. Затем, после того как ее снова в несколько измененном виде под названием подкожной сфинктеротомии в работе, опубликованной в 1919 г., возродил W. E. Miles, она получила довольно широкое распространение.

E. S. R. Hughes (1953, 1957) отмечает, что D. H. Goodsall (1892) один из первых в конце прошлого столетия возродил сфинктеротомию как метод лечения трещин заднего прохода, но его призыв не нашел последователей. В 1919 г. и в последующие годы (1939) W. E. Miles снова обратил внимание и подробно описал уплотнение — фиброз сфинктера при хронических трещинах заднего прохода. Особенно выраженному склерозу подвергается лежащая под дном трещины часть волокон сфинктера, создающая выпуклость, обеспечивающую полный герметизм анального канала и соответствующую анатомическому названию: *pecten* — гребешок. Уплотнение этой ткани W. E. Miles назвал *pecten band* — гребневая связка. Он предложил рассекать связку, то есть производить пектенотомию. Наряду с задней срединной пектенотомией рекомендовалось производить из горизонтального разреза открытую боковую сфинктеротомию с зашиванием или без зашивания кожной раны. Эту операцию он чаще делал не наряду, а взамен пектенотомии.

При оценке возрождающейся сфинктеротомии P. C. Blaisdell (1937) сообщил: «Некоторые проктологи пишут, что рассечение сфинктера приносит покой мышцам и это дает шансы на излечение. Но раны при геморрое и после других хирургических операций не нуждаются в покое мышц для хорошего заживления. По природе вещей сфинктер может быть приведен в состояние полного покоя только при полном его рассечении с последующей его несостоятельностью».

О наличии уплотненного, фиброзного кольца при трещине заднего прохода сообщали многие авторы. Высказывались различные точки зрения о его анатомической принадлежности. В частности, S. Eisenhammer (1951), J. C. Goligher, A. G. Leacock, J. J. Brossy (1955) и др. утверждали, что уплотненный гребешок — это спастически сокращенный, выступающий нижний край внутреннего сфинктера. В связи с этим операция рассечения сфинктера при трещинах некоторыми авторами называется внутренней сфинктеротомией. Предлагается даже пальпаторно через кожу определять границу между внутренним и наружным сфинктерами, с тем чтобы подвергать рассечению только волокна внутреннего сфинктера.

Другую точку зрения высказали E. T. C. Milligan, C. N. Morgan (1934), W. B. Gabriel (1948) и др. Они считали, что при сфинктеротомии с целью лечения анальных трещин рассечению подвергается спастически сокращенная подкожная порция наружного сфинктера.

В подробной статье об анатомии и хирургии канала заднего про-

хода применительно к сфинктеротомии J. J. Brossy (1956) обсуждал различные аспекты этой проблемы. В частности, он отмечал, что при правильном выполнении сфинктеротомии — небольшая операция, ее можно делать амбулаторно, быстро возвращая пациента на работу. «И хотя рана внутреннего сфинктера заживает несколько недель, пациент в это время не страдает. Осложнения не часты и сравнительно небольшие». J. J. Brossy по поводу трещин заднего прохода оперировал 15 больных методом, который разработал Eisenhammer и модифицировал Н. Tompson. Больной укладывается в положении на левом боку либо в позе для геморроидэктомии. Вводится ректальное зеркало. Скальпелем вертикально по задней поверхности рассекается слизистая оболочка. В области внутреннего сфинктера циркулярные волокна этой мышцы рассекаются полностью вплоть до фасции, покрывающей продольный мышечный слой. Сосуды перевязываются. Накладывается повязка из марли, пропитанной вазелином. Если трещина расположена спереди, то она хорошо заживает при заднем разрезе. Операция производилась амбулаторно. Все больные поправились. Явлений недержания у них не наблюдалось.

R. C. Bennett, J. C. Goligher (1962) обследовали 127 больных в разные сроки после рассечения сфинктера по Eisenhammer и нашли, что в первые три месяца слабость сфинктера отмечалась у 30—40%. Позднее этот показатель снизился до 10%. Th. P. Rueedi, M. Allgoewer (1970) также отмечали после этого вмешательства явления недержания. Больные пачкали белье, не могли держать газы. Наблюдались и рецидивы заболевания.

M. Tylicki (1965) пишет, что надлежащее операционное лечение заключается в иссечении не только аднексов трещины, являющихся последствием хронического аденита, но также измененной крипты. Линейный разрез внутреннего сфинктера от нижнего края до гребешковой линии завершает операцию. У 44 больных, оперированных таким методом, до опубликования статьи автор не отметил рецидивов или нарушений функции сфинктера.

За 1965—1969 гг. M. J. Notaras оперировал методом латеральной подкожной сфинктеротомии 82 больных. Преимущества этой методики автор видит в том, что она не дает клиновидной деформации заднего прохода. Такая деформация иногда завершает обычную заднюю срединную сфинктеротомию. Сфинктеротомия приносит облегчение от боли, способствует быстрому заживлению трещины, дает минимальное количество осложнений. Пользовались также сфинктеротомией для лечения трещин H. R. Magel, H. R. Thompson (1966), K. Y. Hardy (1967) и др.

A. Akovbiantz с соавторами (1968) сообщил, что при последующем контроле у 12 из 60 (20%) больных, которым была произведена сфинктеротомия, имелись легкие явления недержания.

D. C. Hoffmann, J. C. Goligher (1970) пишут: «Внутреннюю сфинктеротомию оригинально выполнял W. E. Miles (1939), который писал, что он многие годы идиопатические трещины лечит пектенотомией, то есть рассечением того, что он называл *recten band*... Честь лечения анальных трещин одной сфинктеротомией должна оставаться за S. Eisenhammer (1951). Метод, который он предложил, заключается в рассечении нижней части внутренней запирающей мышцы по средней линии на задней стенке, обычно через трещину». Из этой цитаты видно, что метод, который описал S. Eisenhammer, ничем не отличается от метода, который предложили в первой половине прошлого столетия Blandin и Boyer. В только что процитированной статье и в некоторых работах других авторов (Th. P. Rueedi, M. Allgoewer, 1970) эта операция называется методом Эйзенхаммера, в то время как больше оснований называть ее методом Бландена — Буайе.

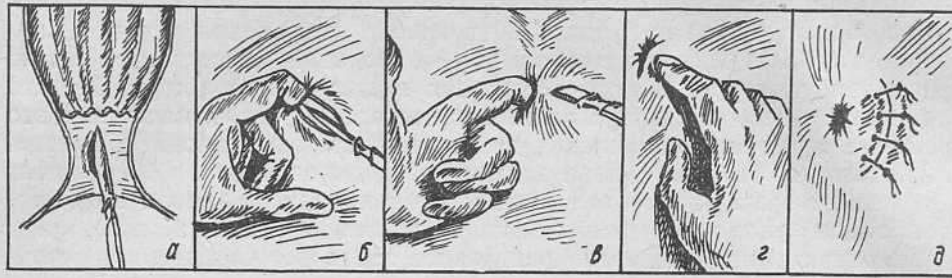


Рис. 13. Некоторые варианты сфинктеротомии для лечения по поводу трещин заднего прохода:

а — открытая сфинктеротомия через трещину по Эйзенхаммеру; *б* — открытая боковая сфинктеротомия по Майлсу; *в* — подкожная боковая сфинктеротомия из дугообразного разреза по Парксу; *г* — чрезкожная проверка достаточности рассечения сфинктера; *д* — дугообразная кожная рана зашита.

Вслед за возрождением сфинктеротомии как метода лечения трещин заднего прохода появляются различные варианты этой операции. В 1967 г. А. G. Parks предложил открытую боковую сфинктеротомию делать через дугообразный на перианальной коже разрез с последующим его зашиванием. При этом не остается раны в анальном канале и закрывается рана на месте сфинктеротомии. Эту операцию предпочтительно и с успехом применял Р. R. Hawley (1969).

Боковую сфинктеротомию М. J. Nataras (1969) предложил делать узким скальпелем, без последующего зашивания остающейся небольшой кожной раны. Преимущественно такую операцию произвели D. C. Hoffmann, J. C. Goligher (1970) — у 103 больных. Не было серьезных осложнений, кроме незначительных кровотечений в послеоперационном периоде у 4 больных и параллельного абсцесса у одного. Рецидив трещины наблюдался у 3 больных. Из них один был повторно оперирован тем же методом с последующим выздоровлением. Небольшие дефекты анального держания отмечены у 12 больных. Такие результаты авторы считают превосходными по сравнению с ранее применявшимися ими методами — внутренней сфинктеротомией и простым растяжением сфинктера.

У 30 больных E. Gernsenjaeger (1972) произвел закрытую (подкожную) сфинктеротомию. Под контролем введенного в прямую кишку указательного пальца левой руки делается вкол скальпелем в межсфинктерную борозду на 4 часа. При повороте скальпеля на 90° в межсфинктерном пространстве острием к просвету кишки частично рассекается внутренний сфинктер. Эксцизия трещины не производится. Кожная рана не зашивается. О внутренней интраанальной сфинктеротомии автор пишет, что она часто приводит к небольшим нарушениям держания. Этого осложнения можно избежать, если применять подкожную сфинктеротомию из небольшого бокового кожного разреза. Такую операцию автор выполнил для лечения межзудочного геморроя и трещин заднего прохода у 30 больных. У одного наблюдалась гематома, которая рассосалась через 2 недели. Трещины, за исключением одной, зажили через 2—6 недель, без явлений недержания.

Ссылаясь на мнение, которое в 1892 г. высказал D. H. Goodsall, — при лечении хронической трещины методом миотомии рассекается подкожная часть внутреннего сфинктера — и на аналогичное утверждение S. Eisenhammer (1951), в 1972 г. H. Marganoff, H. Paradis решили, что с внутренним сфинктером следует поступать более радикально. Они, в соответствии с мнением отдельных анатомов и физиологов, считают, что внутренний сфинктер не играет роли в держании кишечного содержимого,

что, будто бы, доказано полным его рассечением при лечении высоких трещин и параректальных абсцессов. Под влиянием автономной нервной системы он является объектом спазма. S. Eisenhammer считает, что эта мышца в результате спазма очень изменяется и анальное кольцо становится ригидным. А наружный сфинктер, который состоит из поперечно-полосатых мышц, подчиненных коре головного мозга, не подвергается таким склеротическим изменениям. На основании этих рассуждений Н. Marganoff и Н. Paradis пришли к выводу, что нужно полностью иссекать заднюю, лежащую под трещиной, подвергающуюся наибольшим фиброзным, индуративным изменениям часть внутреннего сфинктера. Разработанная ими операция заключается в следующем.

Поперечный разрез длиной 1 см производится под наружным концом трещины. Обнаруживается нижний край фиброзно измененного внутреннего сфинктера. Тупо вправо и влево отслаивается эта мышца от волокон наружного сфинктера. Задний квадрант от 90 до 120° внутреннего сфинктера иссекается вверх, на глубину 1—1,5 см. При значительных склеротических изменениях внутреннего сфинктера его отслаивают более широко и удаляют часть переднего квадранта этой мышцы. Всемерно щадится кожно-слизистый покров. Швами сближают края разреза. Операция завершается введением в рану нескольких небольших иодоформных тампонов. Иногда рана не тампонируется. Эта операция применена у 104 больных. При последующем наблюдении установлено, что у 98% оперированных функция держания не была нарушена.

Не останавливаясь на многочисленных публикациях, особенно в зарубежной литературе, посвященных сфинктеротомии как методу лечения трещин заднего прохода, приведем лишь некоторые мнения по этому вопросу.

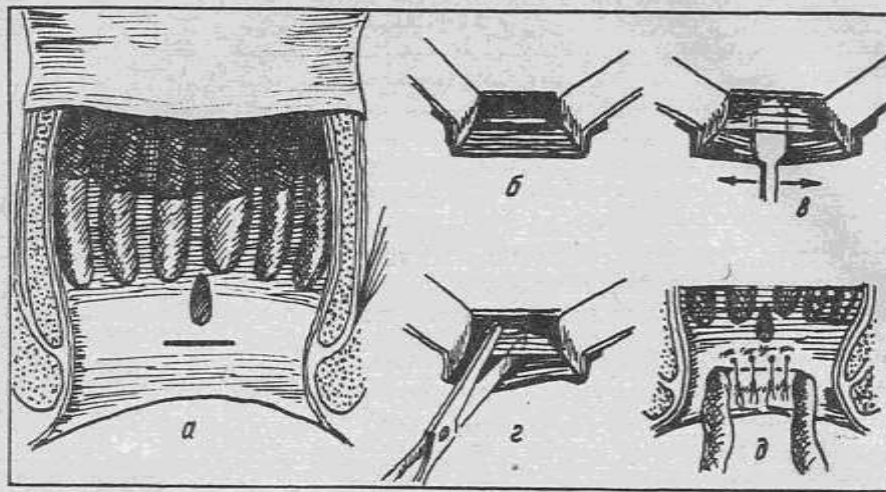
Многие авторы довольно единодушно высказывали мнение о том, что классическая открытая, задняя сфинктеротомия через трещину не является оптимальной операцией. Из ближайших послеоперационных ее осложнений описаны кровотечения, гематомы, нагноения с образованием параректальных свищей. К более отдаленным неблагоприятным последствиям относятся: длительное незаживление раны, что характерно для открытой задней сфинктеротомии, рецидивы трещины, которые разными авторами отмечаются в пределах от 3 до 18%. Самое неприятное, нередко наблюдаемое осложнение — нарушение замыкательной функции сфинктера, явления недержания кишечного содержимого. Некоторые авторы этот симптом называют вульгаризированно — каломазание или более просто, практически более понятно и допустимо — больные пачкают белье.

Послеоперационные кровотечения и гематомы наблюдаются сравнительно очень редко. Крупных артериальных сосудов в пределах анального кольца нет. Поэтому при подкожной закрытой сфинктеротомии кровотечения бывают незначительные. Их можно остановить нажатием в течение нескольких минут пальцем через марлевый шарик и кожу на ту область, где произведена подкожная миотомия. Этого же можно добиться



Рис. 14. Закрытая подкожная внутренняя сфинктеротомия по Гемсенгеру:

a — исследование межсфинктерной бороздки; *b* — над бороздкой и в бороздку на 4 часах коповидно введен скальпель-тенотом; *в* — под контролем пальца снаружи внутрь до слизистой оболочки рассекается внутренний сфинктер.



Р и с. 15. Сфинктерэктомия по Марганову и Парадизу:

а — ниже трещины сделан разрез; б — рана растянута крючками, видна щель между наружным и внутренним сфинктерами; в — в щель введены шпатели, расслаиваются внутренний и наружный сфинктеры; г — иссекается треугольный лоскут из заднего отдела внутреннего сфинктера; д — рана зашита, в углах ее оставлены марлевые выпускники.

ся тугой бинтовой повязкой, накладываемой на промежность после окончания операции.

Нагноение раны всегда наблюдается при открытой задней сфинктеротомии. Но при этом рана широко зияет, нет затеков, не бывает прогрессирующего воспалительного процесса — флегмоны. Имеется обычная плоская, покрытая грануляциями, вторично заживающая рана. Зияющая, покрытая грануляциями рана — это всегда гнойная рана. В этом очень легко убедиться, сделав посев на питательные среды с поверхности раны. Хуже обстоит дело, когда инфекция проникает в замкнутую, почти закрытую или полностью закрытую, если на кожу наложены швы, рану, наполненную кровяными сгустками после закрытой, подкожной, обычно боковой сфинктеротомии. Здесь действительно развивается флегмона по типу гнойного парапроктита с последующим опорожнением гноя и заживлением раны, а иногда с переходом в хронический параректальный свищ. Для предупреждения этого осложнения применяется несколько профилактических мероприятий. 1) Асептическое оперирование — очень тщательно обрабатывается антисептиками кожа, всегда весьма загрязненная в этой области вирулентной микрофлорой. 2) Для миотомии делается минимальный разрез кожи (M. J. Nataras, 1969) уколком скальпеля, предпочтительно узкого тенотома. 3) Кожа разрезается не на склонах наружной анальной воронки, а в стороне на перианальной области, более чем в 2 см от отверстия заднего прохода. 4) Зашивание кожной раны швами (A. G. Parks, 1967 и др.).

Как уже говорилось, открытая задняя сфинктеротомия, равным образом как и треугольное иссечение кожи по Gabriel, дают длительно (4—6—8 недель) не заживающую рану. Происходит это, вероятно, вследствие того, что ежедневно по ее поверхности проходят каловые массы. Чем они плотнее, тем больше вероятности, что твердые массы могут механически срывать с поверхности грануляций и уносить только что появившиеся путем кариокинетического деления молодые клетки кожного эпителия. Потому рана в этой физиологически активной области заживает в 2—3 раза медленнее, чем аналогичных размеров рана в других,

ежедневно не травмируемых областях. Кроме того, после заживления раны, оставшейся на месте иссеченной ранее кожи, получается иногда довольно широкий, грубый, слабо растяжимый рубец. Он может по тем же, что и ранее, причинам (запоры, плотный объемистый кал, напряженная дефекация и др.) подвергнуться разрыву, изъязвлению. Эта вновь появившаяся рецидивная трещина обычно заживает значительно хуже, медленнее, чем ранее имевшаяся первичная трещина, а то и вообще не имеет склонности к заживлению.

Рецидивы заболевания, незаживление дефекта наблюдаются после всех методов лечения трещин заднего прохода. Далее по ходу изложения, при ссылке на отдельных авторов мы будем приводить их мнение по этому поводу.

О возможности выпадения слизистой оболочки или всех слоев прямой кишки после задней сфинктеротомии писали С. N. Morgan, Н. R. Thompson (1956), F. Stelzner (1965), Н. R. Magge, Н. R. Thompson (1966), D. C. Hoffmann, J. C. Goligher (1970).

Слабость сфинктера, недержание кишечного содержимого после сфинктеротомии — один из важных, сложных и спорных вопросов в этой проблеме. Многочисленные исследования анатомов и физиологов не дали ясного ответа на вопрос, имеет ли замыкательную функцию внутренний сфинктер. Если имеет, то нарушать его недопустимо. Если не имеет, то рассекать его можно совершенно безнаказанно.

Для выяснения этого вопроса прежде всего необходимо провести анатомические и биологические параллели из мира животных или даже ограничиться только организмом человека, чтобы сделать логическое заключение. Все сфинктеры, сжиматели филогенетически на протяжении миллионов лет создавались и создались с целью замыкания соответствующего органа, канала. И все жомы это замыкание производят до полного герметизма, соответствующего силе каждого сфинктера. При этом с анатомо-физиологической точки зрения следует различать два типа сфинктеров. Большинство сфинктеров в организме человека состоит из гладких мышечных волокон. Они регулируются автономной нервной системой и не подчинены коре головного мозга. Сюда относятся сфинктеры кардии и привратника желудка, жом фатерова соска поджелудочной железы — сфинктер Одди, сфинктеры баугиниевой заслонки, желчного пузыря, пузырных устьев мочеточников, внутренний сфинктер прямой кишки. Есть еще непостоянные, негерметичные, гладкомышечные сфинктеры, например, по ходу толстой кишки их насчитывают 10 (см.: Руководство, т. I, с. 82—83).

Сфинктеры второго типа состоят из поперечно-полосатой мускулатуры. Они обеспечиваются анимальной иннервацией. Их функция подчинена коре головного мозга. Такими сфинктерами являются — *musculus orbicularis oculi*, *musculus orbicularis oris*, *musculus sphincter ani externus*.

Нелогично было бы думать, что все внутренние гладкомышечные сфинктеры герметически закрывают соответствующие органы и только самый крупный, самый мощный из этих жомов — внутренний сфинктер прямой кишки не участвует в создании герметизма этого органа. Тут необходимо учитывать другое условие. Сфинктеры прямой кишки замыкают орган, в котором полостное давление временами достигает высокой степени. Для удержания содержимого прямой кишки сокращения тонуса одного только внутреннего сфинктера было бы недостаточно. Поэтому в процессе филогенетического развития природой создан второй, дополнительный, более мощный наружный сфинктер, подчиненный коре головного мозга, обеспечивающий полный герметизм при различных колебаниях давления в прямой кишке.

На основании изложенного мы твердо убеждены, что внутренний сфинктер прямой кишки участвует в создании герметизма этого органа. Следовательно, нарушение внутреннего сфинктера может повести к нарушению герметизма. Тот или иной результат повреждения внутреннего сфинктера может быть индивидуальным у каждого человека в зависимости от глубины или протяженности анатомического нарушения этого сфинктера, а вместе с ним и непосредственно к нему прилегающего наружного, произвольного сфинктера прямой кишки. Кроме того, результат будет зависеть от компенсаторных способностей сохранившихся участков того и другого сфинктеров.

При всяком нарушении целостности наружного или внутреннего сфинктера, используя точные методы исследования, например, обычный сфинктерометр А. М. Аминова, можно установить степень снижения его замыкательной способности (силы). Однако при снижении силы 1-й степени (тонус 300, максимальная сила 500 — см.: Руководство, т. I, с. 187). имеется относительное благополучие, держание, а недержание может проявиться лишь при значительном физическом напряжении — кашель, чихание, подъем тяжестей и т. д. Эту первую компенсированную степень слабости сфинктера не учитывают в большинстве хирурги, не пользующиеся инструментальным исследованием силы сфинктера прямой кишки. Поэтому у них получаются высокие цифры благополучных исходов обширных сфинктеротомий или даже сфинктерозктомий.

Н. Marganoff, Н. Paradis (1972) пишут, что они у 104 больных, страдавших трещиной прямой кишки, произвели иссечение заднего квадранта (90—120°) внутреннего сфинктера на глубину (высоту) 1—1,5 см и у 98% больных получили восстановление функции держания. Трудно поверить в такое благополучие. Правильнее будет считать, что авторы наблюдали относительное (но не абсолютное!) восстановление функции держания. Довольно высокий процент в последующем слабости сфинктера с явлениями недержания кишечного содержимого наблюдали R. C. Bennett, J. C. Goligher (1962), Н. R. Magge, Н. R. Thompson (1966) и др. При боковой подкожной сфинктеротомии эти недостатки проявляются в меньшей степени. R. C. Bennett, Н. L. Duthie (1964) предполагают, что явления частичного недержания после задней сфинктеротомии могут развиться в результате того, что на задней стенке канала заднего прохода образуется нечувствительный кожный рубец, вследствие чего нарушается замыкательный рефлекс.

Наиболее детально вопрос о нарушении функции сфинктера в различные сроки после сфинктеротомии представлен в статье, которую опубликовали R. C. Bennett, J. C. Goligher (1962). Через несколько недель после операции недержание газов отмечалось у 34%, кала — у 15%; в промежутке между 3 месяцами и 2 годами — соответственно у 24% и 11%; после 3 лет — у 15% и 9%. Эти цифры показывают, что у сравнительно большого процента лиц после сфинктеротомии на длительный срок, практически навсегда, остаются слабость сфинктера и явления недержания кишечного содержимого.

Из всего этого следует сделать вывод, что сфинктеротомия должна производиться дозированно, предпочтительно боковая, закрытая, под контролем указательного пальца левой руки хирурга. Рассекать следует только волокна внутреннего сфинктера и только в такой степени, чтобы нарушить ригидность гребневой связки, устранить пектеноз. Обычно можно ограничиться неполным рассечением внутреннего сфинктера. Тем более не следует повреждать волокна наружного, произвольного сфинктера.

Принимая во внимание нередкие неблагоприятные результаты открытой задней сфинктеротомии, от нее стали отказываться некоторые ранее

самые горячие сторонники ее — J. C. Goligher (1961), R. C. Bennett (1962), R. C. Bennett, H. L. Duthie (1965). J. Watts, R. S. Bennett, J. C. Goligher (1964) пишут, что решили вернуться к старому, выдержавшему испытание временем методу — к насильственному растяжению сфинктера, хотя сравнительное изучение отдаленных результатов показало, что рецидивы трещин после растяжения сфинктера встречаются у 16% больных, а после сфинктеротомии — только у 7%.

М. Д. Брайцева (1971) отмечает, что большинство хирургов в нашей стране применяет иссечение трещины, но без рассечения сфинктера. Нельзя согласиться со словом «большинство», правильнее сказать «некоторые».

W. F. Preusser (1933), M. G. Spiesman (1938, 1963), J. P. Nesselrod (1963), M. Vigni (1975) выступают принципиально против сфинктеротомии, но за обязательную, совершенно необходимую при наличии пектеноза пектенотомию. Прав M. G. Spiesman (1963), когда пишет, что «многие проктологи, и особенно хирурги, думают, что они рассекают сфинктер, а на самом деле производят пектенотомию. Если это понять, то никогда хирург не будет рассекал сфинктер, рискуя его функцией». Так же утверждает и J. P. Nesselrod (1963): «Термин «сфинктеротомия» часто неправильно используется при хронической трещине с пектенозом. В этом источник большинства ошибок. Сфинктер не следует рассекать. Не мышца, а рубцовое фиброзное кольцо суживает задний проход, делает его неэластичным. Нужно рассечь его и добиваться релаксации канала заднего прохода». Наш более чем 30-летний опыт изучения вопросов хирургического лечения трещин заднего прохода укрепил нас в этом же мнении. Знание сущности пектеноза крайне необходимо проктологу.

Операция Габриэля. В конце 30-х годов нашего столетия английский хирург W. B. Gabriel предложил для лечения полных, поверхностных, подкожно-подслизистых свищей простой, оказавшийся очень радикальным (до 97% выздоровления) метод, который заключается в рассечении, иссечении свища вместе с треугольником покрывающей его кожи. Щадящий, не повреждающий сфинктер, высокоэффективный метод Габриэля быстро нашел широкое распространение, был принят хирургами почти во всех странах мира. Вскоре этот метод стали применять для лечения трещин заднего прохода. После проведения местной анестезии или применения наркоза помощник растягивает в стороны перianальную кожу в том месте, где расположена трещина. Можно воспользоваться ректальным зеркалом, как показано на рис. 17, где видна широкая трещина-язва, расположенная на 6 часах. Кроме треугольной формы, иссечение, как и при лечении параректальных свищей, может иметь овальную, ромбовидную, каплеобразную форму.

Идея операции Габриэля — создание треугольной плоской раны, постепенно эпителизирующейся с трех сторон, — лежит в основе *ablation en gaquette* французских проктологов — иссечение трещины по типу ракетки (R. Darmaillacq, E. Dubarry, 1965; A. Dissard, 1965). И, конечно, нашлись хирурги, которые вносили в операцию Габриэля те или иные видоизменения, усовершенствования. Например, T. S. Chelvakumaran, P. Govinda Rau (1958) применяют и рекомендуют оперативное лечение трещин заднего прохода по Габриэлю с дополнением сфинктеротомии. Под местной анестезией производится продольный разрез через трещину

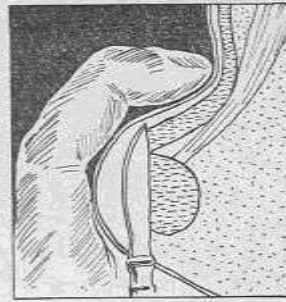


Рис. 16. Подкожная сфинктеротомия под контролем пальца.

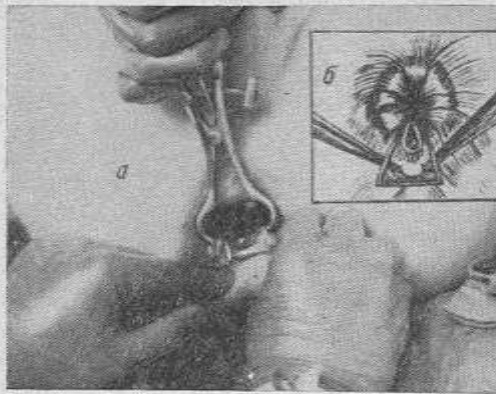


Рис. 17. Начало операции Габриэля:

а — задний проход растянут ректальным зеркалом, видна трещина-язва на задней спайке, собственное наблюдение, больная А., 52 лет, больна 4 года; *б* — иссекается трещина вместе с треугольным лоскутом окружающей слизистой оболочки и кожи.

до круговых мышечных волокон и иссечение тканей в виде треугольника. Рана ведется под повязкой.

Единственным недостатком «скальпирующей» операции Габриэля является длительность послеоперационного периода. Треугольная рана эпителизируется на протяжении 3—4 недель, а при иссечении воспаленной крипты, пограничных бугорков, соседних, часто также воспаленных зональных сосочков, из-за относительно больших размеров послеоперационной раны — сторона иссекаемого треугольника равна 3—3,5 см — в течение 6—8 недель. Поэтому хотя операция Габриэля из всех предложенных является лучшей и дает хороший результат, разработ-

ка новых методов оперативного лечения хронических трещин заднего прохода вполне оправдана. В частности, понятен и обоснован поиск путей закрытия этой раневой поверхности и ускорения ее заживления. Некоторая сложность пластической операции в заднем проходе заключается в неровностях рельефа раны, образовавшейся после пектенотомии, рассечения свища, иссечения крипты, в высокой функциональной активности этого участка пищеварительного тракта.

Работы Е. S. R. Hughes (1953, 1957), С. E. Pope (1959), Т. F. Morgan (1964), Р. M. Howard, D. Albo (1967), Г. Т. Голикова (1973), V. Vigoni (1975) и др. открывают новый период в хирургическом лечении хронических трещин заднего прохода — период пластического закрытия раневой поверхности путем мобилизации краев раны с последующим смещением кожи и слизистой оболочки или с использованием пластики свободным лоскутом кожи, взятым с бедра.

В 1953 г. Е. S. R. Hughes предложил закрывать треугольный дефект, остающийся после иссечения трещины по Габриэлю, свободным кожным лоскутом. Этот трансплантат фиксируется швами к краям дефекта. Затем для лучшей фиксации трансплантата лигатуры связываются над ним, как это показано на рис. 18.

С. E. Pope (1959) производит разрез сзади по средней линии анального кольца, где чаще всего расположена трещина. При стенозирующих рубцах, полипозе, трещинах измененные ткани иссекаются, при стенозе и трещине — без иссечения эпителия. Наружный сфинктер сохраняется. Мышечные волокна леватора рассекаются продольно. У раны мобилизуются края слизистой оболочки и удаляются ее пораженные участки. Производится полуциркулярная мобилизация кожного лоскута, подшивание его к краю слизистой оболочки для профилактики стеноза.

К. В. Лужнов (1967) у 10 больных произвел иссечение трещины в виде овала, мобилизовал выше расположенную слизистую оболочку и сшил ее кетгутовыми швами с краями кожной части раны. Образовавшийся дефект первично был прикрыт слизистой оболочкой. У всех больных наступило стойкое выздоровление.

На протяжении последних десятилетий большинство проктологов с успехом применяют методику Габриэля, в основу которой положен прин-

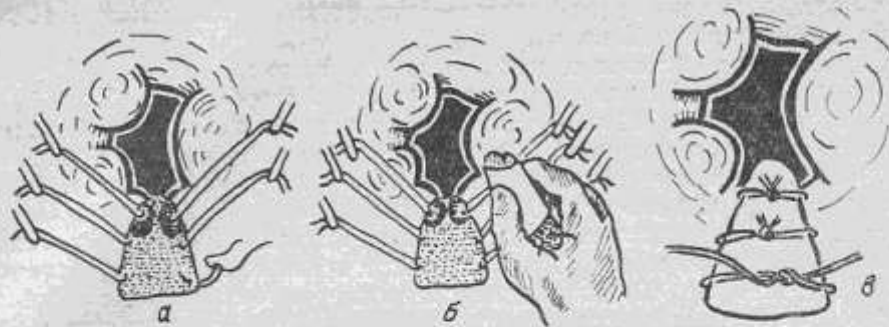


Рис. 18. Метод Хьюджиса:

а, б — трещина иссечена с треугольником окружающей ее кожи, правый и левый край кожной раны прошиваются лигатурами; в — на дно раны положен свободный кожный лоскут, над ним лигатуры попарно связываются.
Рисунок из работы Хьюджиса.

тип «скальпирующей», «дренирующей» операции. Наряду с этим E. S. R. Hughes (1957), С. E. Pope (1959), Т. F. Morgan (1964), Р. M. Howard, D. Albo (1967) подвергли критике принцип Габриэля, казавшийся незбылемым. J. L. Grenaudier (1961), E. Shute (1962), С. J. Jones, С. N. Tyson, I. W. Williams (1964) писали, что лечение трещин заднего прохода в хронической стадии не удовлетворяет хирургов, поэтому проктологи должны продолжать поиски новых путей в этом вопросе.

С декабря 1970 г. в нашей клинике используется по предложению Н. М. Блиничева метод массивной тоннелизации подслизистого слоя одного из боковых краев раны, получаемой после иссечения трещины-язвы. Перед смещением слизистой оболочки наносится полукруглый разрез по краю кожи: смещенный лоскут слизистой оболочки фиксируется тончайшим кетгутом к краям раневого дефекта. На сутки под смещенный лоскут вводится резиновая полоска — выпускник.

Подобная операция выполнена у 17 больных, у 1 из них одновременно спереди и сзади, при содружественных трещинах заднего прохода. Отдаленный результат известен у 16 больных. Отличный исход получен у 11, хороший — у 5. Преждевременно делать выводы при столь небольшом числе наблюдений, но первые впечатления от новой операции Н. М. Блиничева весьма обнадеживающие.

Другие, в том числе комбинированные методы. Почти никогда не применяется какой-либо один метод лечения трещин заднего прохода. Зная все известные из литературы методы, можно комбинировать их в зависимости от индивидуальных особенностей больного и обстановки. Во время лечения обязательно должна соблюдаться диета для правильного формирования кишечного содержимого.

Непременным условием комплексного, рационального консервативного лечения трещин заднего прохода являются: а) устранение запоров, б) ежедневные послабления, в) мягкая консистенция каловых масс. Для этой цели диета предпочтительнее слабительных. Чтобы облегчить дефекацию при консервативном лечении, а при оперативном с 3—4-го дня послеоперационного периода, следует систематически, не менее 2 недель в общей сложности и не менее 7—10 дней после исчезно-



Рис. 19. Операция Лужинова:

а — трещина иссечена овальным разрезом; б — шпатель отслаивается слизистая оболочка; в — мобилизованная слизистая оболочка сшита с кожным краем раны.

вения болей ежедневно утром ставить очистительные клизмы со слабым раствором перманганата калия.

Некоторые отечественные исследователи, имеющие большой опыт в изучении трещин заднего прохода, — И. Р. Лезерсон (1963, 1965) и М. Б. Баркан (1965, 1970) — занимают различные позиции в вопросах лечения этого заболевания. И. Р. Лезерсон в опубликованных работах (1962—1965) и в кандидатской диссертации (1963) изложила методы лечения трещин заднего прохода, проводившегося у 415 больных, лечившихся в клинике, возглавлявшейся А. Н. Рыжих. Только у 46 из стационарно наблюдавшихся больных было применено консервативное лечение. Остальные 369 были подвергнуты хирургическому вмешательству, которое состояло в иссечении трещины в виде треугольника или овала и в рассечении подлежащего сфинктера на глубину 1 см. Из числа оперированных у 325 выяснены отдаленные результаты. От причин, не связанных с трещиной заднего прохода, умерло 4. Из 321 хорошие результаты отмечены у 297 (92,55%), удовлетворительные — у 15 (4,68%), неудовлетворительные — рецидив трещины и возобновление болей — у 7 (2,15%). К сожалению, не производилось объективное, инструментальное исследование состояния сфинктера в результате хирургического вмешательства и поэтому не отмечены функциональные исходы этой, несомненно, калечащей (рассечение сфинктера) операции.

В. Д. Мандзюк, В. М. Масляк, М. Т. Кордоба (1965) наблюдали 113 больных с трещинами заднего прохода, из них у 93 были хронические трещины. Лечение острых трещин проводилось консервативными методами. При хронических трещинах у 93 больных произведено иссечение со сфинктеротомией. Из выписавшихся двое больных поступили с возобновившимися болями на месте рубца. «Им проведена спирто-новокаиновая блокада с добавлением 2,5 мл чистого спирта на 100 мл 0,5% новокаина по А. М. Аминеву». Функциональной недостаточности анального сфинктера авторы не отмечали.

В достоверности последнего утверждения есть все основания усомниться. Проводилась ли сфинктерометрия в ближайшие и отдаленные сроки после операции, каким методом, каковы ее результаты — авторы не сообщают. Невозможно себе представить, чтобы после сфинктеротомии на глубину 1 см ни у одного больного не наблюдалось нарушение функции сфинктера.

Р. С. Поповьянц и В. В. Пинчук (1967), наблюдавшие 105 больных с трещинами заднего прохода, лечили их консервативными методами. В первой серии у 52 больных лечение проводилось с применением диеты, слабительных, физиотерапии, гемorroидальных свечей, гигиенических ванн. Средняя длительность лечения этих больных на койке составила 22,5 дня. Во второй серии к этому была добавлена преднизолоновая мазь, которую закладывали 2 раза в сутки в область трещины. У этих больных стационарное лечение продолжалось в среднем 17,8 дня. Авторы считают, что преднизолоновая мазь, содержащая стероиды в малых дозах, усиливает пролиферативные компоненты воспаления и в то же время подготавливает альтеративные процессы, что и способствует более быстрому заживлению трещины.

A. Garsia-Donas Bono, A. Garsia-Donas Abril (1968) опубликовали новый метод лечения трещин заднего прохода. Исходя из инфекционной теории происхождения этого заболевания, они предлагают производить операцию следующим образом. «После осторожного растяжения анального сфинктера поперечно рассекаются воспаленные крипты. Ниже сфинктера проводятся два поперечных, следующих один за другим разреза. Четвертый разрез в форме полумесяца проводится вокруг трещины. Все разрезы доходят до подслизистой оболочки. В основе

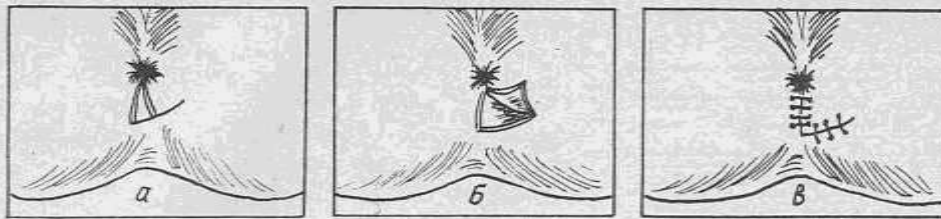


Рис. 20. Операция Блиничева:

а — трещина иссечена с треугольным лоскутом кожи и слизистой оболочки по Габриэлю; б — сделан дополнительный разрез и мобилизован кожный лоскут; в — лоскут перемещен и пришит к двум краям раны.

метода лежит нарушение причинно-патологических процессов». К этому дословно процитированному из подлинника описанию добавим, что все четыре разреза делаются выше верхнего края трещины, как это видно из рисунка, скопированного из статьи этих авторов. Предлагаемую операцию они выполнили у 38 больных. «Послеоперационное течение очень непродолжительное, приблизительно 4—5 дней». При последующем наблюдении на протяжении 1,5 года рецидивов не отмечено.

Эти краткие, не расшифрованные, бодрые, категорические заключения вызывают много вопросов и сомнений. Краткое пребывание в лечебном учреждении — 4—5 суток в среднем — это хорошо. Такие небольшие операции можно делать вообще амбулаторно (J. J. Brossy, 1956). А как скоро заживают нанесенные 4 раны и трещина? Кроме того, полуторогодичный срок наблюдения для проктологических заболеваний следует считать недостаточным. Принимая во внимание такие благоприятные отзывы авторов о разработанном ими методе, следует проверить его в практической работе.

R. V. Samson, W. R. C. Steward (1970) опубликовали результаты лечения за 4 года 2072 пациентов, страдавших трещинами заднего прохода. Они пишут, что «...при сфинктеротомии или растяжении сфинктера результаты бывают неустойчивые и улучшение бывает преходящим. Единственная процедура, при которой можно добиться первичного заживления, — это пересадка кожного лоскута в анальный канал». Авторы разработали такую методику, при которой слизистая оболочка иссекается поперечно, вместе с трещиной и расположенными по соседству патологически измененными геморроидальными узлами, криптами, анальными сосочками. Преимущества метода авторы видят в следующих особенностях: 1) меньше послеоперационная боль, 2) укорочен послеоперационный период, 3) меньше послеоперационных осложнений, 4) увеличивается диаметр заднего прохода, что нужно считать положительным явлением при пектенозе, 5) при первичном или даже при вторичном натяжении рана все равно заживает быстрее и оставляет меньше деформации, чем при других способах.

И. Л. Шенбергер и Г. А. Павлова (1971) из 214 оперированных по поводу трещины больных отдаленно, в сроки до 4 лет, проследили 134, из них были здоровы 126, рецидив отмечен у 8 (6,3%). Лечение в стационаре заняло в среднем 17,7 дня.

Ж. М. Юхвидова и соавт. (1971) подели-

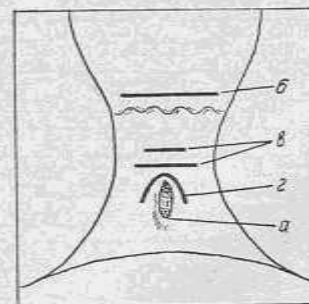


Рис. 21. Операция Гарзина:

а — трещина; б — разрез через крипты; в — разрез на уровне внутреннего сфинктера; г — разрез в форме полумесяца над верхней половиной трещины.

лись опытом амбулаторного лечения 100 больных, страдавших трещинами заднего прохода. Своевременное и правильное консервативное лечение острых трещин в большинстве приводило к излечению. У 77% наблюдались хронические трещины, при наличии которых применялось хирургическое лечение. Кратковременный наркоз, обычно сомбревином (фирма Гедеон Рихтер) — 46 больных. Трещина иссекается вместе с рубцово измененными краями

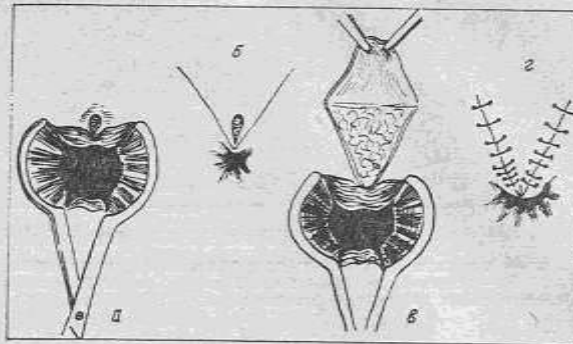


Рис. 22. Операция Самсона и Стюарта — смещение скользящего лоскута:

а — вид трещины заднего прохода; б — трещина иссекается на вершине кожного лоскута; в — лоскут откинут; г — лоскут смещен в глубину и подшит для закрытия образовавшегося дефекта.

и дном в виде треугольного лоскута, размер раны $2,5 \times 2$ см. В среднем через 2 недели больные приступали к работе. Такой размер раны мы считаем излишне большим. Рана длительно заживает. Получается широкий рубец, в котором может произойти вторичное изъязвление без склонности к заживлению. Кроме того, после иссечения трещины следует обязательно произвести насильственное растяжение сфинктера.

В следующей статье Ж. М. Юхвидовой с соавт. (1973) сообщено о пользе применения кортикостероидных гормонов в суппозиториях для лечения некоторых заболеваний ано-ректальной области, в частности трещин заднего прохода.

А. В. Лун и С. Б. Гринберг (1972) наблюдали 214 больных с трещиной заднего прохода, из них у 143 была острая трещина (до 3 месяцев) и у 71 — хроническая. Лечение проводилось новокаиново-спиртовой блокадой по А. М. Аминеву. У 24 больных блокаду пришлось повторить 2 раза и у 5 — 3 раза. У 8 больных трещина была осложнена пектенозом. Инъекционное лечение у них не дало эффекта. Была с успехом применена операция Габриэля. Отдаленные результаты изучены у 161 больного. Полное излечение наступило у 147. У 14, несмотря на заживление трещины, отмечались остаточные боли в области заднего прохода (постфиссуральный синдром). «Повторная новокаиново-спиртовая блокада, произведенная в область рубца, привела к стойкой ликвидации болей».

Г. Т. Голиков (1973) предлагает лечить хронические трещины заднего прохода пересадкой кожи. Он иссекает трещину в пределах здоровых тканей. На рану накладывает кусочек кожи, взятой с помощью бритвы с бедра. Для того чтобы фиксировать лоскут к раневой поверхности, его в центре прошивают двумя шелковыми лигатурами, концы которых через дно раны выводятся на кожу в 1—1,5 см от заднего края раны и здесь завязываются на двух марлевых шариках. В задний проход вводится резиновая трубка, обернутая марлей с мазью Вишневского. Между шариками и трубкой прокладывается небольшая марлевая салфетка, которая подлежит ежедневной смене в течение 3—4 суток. После операции больному назначается опий по 8 капель 3 раза в день, ограниченная диета. Трубка извлекается через 3 дня. На 4—5-й день удаляются лигатуры и марлевые шарики. На 6-й день вызывается стул. В последующие дни назначаются сидячие ванны и перевязки до полной эпителизации раны. Автор сообщил о 10 наблюдениях с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Мы полагаем, что после снятия лигатуры на 4—5-й день пересаженный лоскут кожи, не успевший прочно прижиться к подлежащим тканям, тем более в такой инфицированной области, обязательно отторгнется при наличии там постоянно смещающейся марлевой повязки или при прохождении плотных, объемистых каловых масс на 6-е сутки после операции. Расчеты автора на приживание таким образом пересаженной кожи не имеют под собой никакой почвы, шансы равны нулю. Может быть, за 5—6 суток нахождение на поверхности раны пересаженного свободного лоскута кожи окажет положительное стимулирующее влияние на эпителизацию раневого дефекта, что может повести к ускорению заживления трещины.

I. I. O'Connor (1974) у 50 человек лечил трещины методом криохирургии под местной анестезией. У 34 применялся жидкий азот, у 16 — закись азота. Лечение проводилось стационарно и амбулаторно. Процедура проходила безболезненно, без осложнений. Во второй группе был один рецидив. Больной вылечен повторением того же метода. Анатомический результат получается такой же, как и при операции Габриэля, — в виде плоского рубца.

ЕЩЕ НЕКОТОРЫЕ СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ

При длительном существовании хронических трещин-язв нередко имеется сочетанная патология заднего прохода — пектенос, свищ, криптит, пограничные бугорки, геморрой, анопроктит, анальные бахромки. Боль при этом столь жестокая, так упорны запоры и част проктосигмоидит, что у больных, при отсутствии эффекта от инъекционных методов, оперативное лечение становится безотлагательным из-за выраженности, тяжести субъективных симптомов страдания.

Среди наблюдавшихся нами больных оперированы 818, всего им сделано 906 операций: 755 перенесли 1 операцию, 16 человек — по 2 операции одновременно при содружественных трещинах заднего прохода, 36 больных оперировались повторно, 7 перенесли по 3 операции, 3 человека — по 4 и одна больная была прооперирована 14 раз.

772 из 818 больных были оперированы в клинике, 12 — вне ее стен, а 34 оперировались в других учреждениях и у нас. В клинике было сделано 836 операций, 765 из них под местной инфильтрационной анестезией. Применявшиеся в клинике виды оперативных вмешательств представлены в табл. 8.

Исечение трещины с ушиванием операционной раны мы выполнили всего 1 раз в самом начале работы. Трещина рецидивировала до выпис-

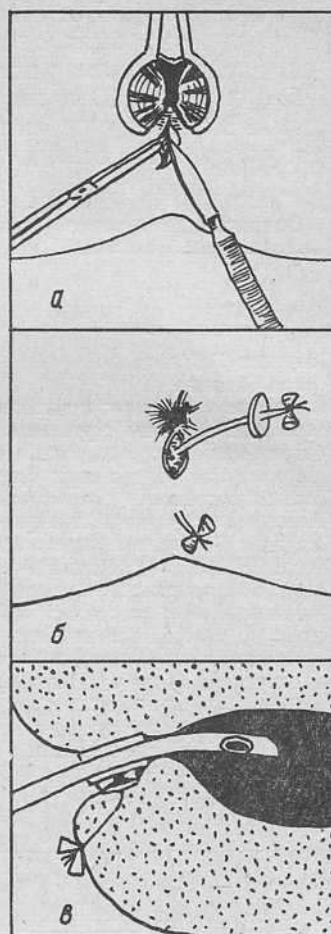


Рис. 23. Метод Голикова:

а — иссекается трещина; б — свободный кожный лоскут, повторяющий дефект, прошит двойной нитью с валиком; в — лигатура затянута на наружном валике, в анальный канал введена дренажная трубка, обернутая марлей.

ки из стационара. Всего после этой операции мы наблюдали 27 человек, у 1 из них она была сделана дважды. У всех довольно быстро, через 5—20 дней, наступил рецидив. 14 больных были оперированы повторно, по Габриэлю. У 13 проводилось лечение новокаиново-спиртовыми блокадами. В этой группе больных получены 4 отличных и 4 хороших результата, у 2 трещина рецидивировала, у 3 исход лечения неизвестен.

Таблица 8

Оперативное лечение больных с хроническими трещинами заднего прохода

Наименование операции	Число больных
Операция Габриэля	684
Метод Рекамье	33
Иссечение трещины с пластикой раны	15
Иссечение трещины с ушиванием раны	12
Метод Рекамье с рассечением свища	11
Операция Габриэля с двух сторон	15
Иссечение трещины с пластикой раны с двух сторон	1
Повторная операция Габриэля	15
Операция Габриэля с ушиванием раны	10
Метод Рекамье и операция Габриэля	12
Повторное применение метода Рекамье	1
Операция Габриэля с пластикой раны	1
Повторно метод Рекамье и операция Габриэля	6
Повторно метод Рекамье и иссечение трещины с ушиванием раны	1
14 операций: а) метод Рекамье; б) два иссечения трещины с ушиванием раны; в) два иссечения трещины со сфинктеротомией; г) две операции Габриэля	1
Итого	818

Растяжение сфинктера по Рекамье как однократное, изолированное вмешательство проведено у 33 больных. Результат известен у 23. У 18 человек трещина зажила (у 8 из них были жалобы на область заднего прохода), у 5 наступил рецидив. До обращения в клинику у 21 больного было проведено лечение по Рекамье с последующим рецидивом трещины, спустя 2—6 месяцев после этой манипуляции. Из них 13 были подвергнуты оперативному лечению другими способами, а 8 — тем же методом. Из последних 8 больных только у 1 был получен хороший результат, остальных 7 пришлось оперировать по Габриэлю. Интересно течение заболевания у одной больной, которую с редкостным и непонятным упорством врачи оперировали 13 раз за 2 года. При этом 8 раз было повторно насильственное расширение жома по Рекамье, несмотря на его неэффективность.

Нами получены следующие итоговые результаты у 54 больных, перенесших 70 вмешательств по Рекамье. Из 44 больных с известным результатом у 10 он был отличным, у 9 — хорошим, у 24 — удовлетворительным, у 1 больного трещина не зажила. Таким образом, при хронических трещинах заднего прохода у нас в клинике результат этого вмешательства значительно лучше, чем у других авторов.

Операция Габриэля выполнена у 743 человек. Результат известен у 493, из них 341 (68,9%) практически здоровы, 123 (24,9%) предъявляли периодические жалобы, указывающие на наличие у них геморроя и воспаления слизистой оболочки заднего прохода, у 29 (6,2%) трещина рецидивировала в различные сроки — от 3 до 12 месяцев после опера-

ции. 17 человек из последней группы были повторно оперированы. Полученное у 93,8% больных стойкое заживление трещины указывает на эффективность этого очень несложного вмешательства.

Рецидивы трещин заднего прохода после операций Габриэля наблюдались, как правило, после вмешательств, выполненных неопытными хирургами или же специалистами, не знающими в деталях патогенез хронической трещины, роли ее 5 патогенетических звеньев, о которых шла речь выше. Треугольная рана, получаемая при операции Габриэля, должна быть плоской, без карманов у ее краев во избежание образования рубцовых складок с уплотнением стенки канала заднего прохода на этом участке, что грозит рецидивом пектеноза и трещины. Необходимо удалить оба пограничных бугорка, рассечь участок гребневой связки, свищ, а при наличии заднего криптита — иссечь воспаленную крипту. Оперативное вмешательство при сочетанной патологии, осложненной образованием трещины-язвы, должно носить характер санации канала заднего прохода. Кажущаяся простота операции скрывает сложности совершенно необходимых деталей оперативной техники, выполнение которых служит залогом успеха радикального хирургического вмешательства.

Мы, как E. S. R. Hughes (1953), G. Cabanie (1957), A. J. Cantor (1963), T. F. Morgan (1964), J. C. Goligher (1965) и некоторые другие, считаем ненужной тампонаду раны после операции Габриэля. Достаточно лишь салфетку с нанесенной на нее антисептической мазью положить в межъягодичную область и конец ее ввести в задний проход.

Интересно было выяснить влияние различных оперативных вмешательств на состояние замыкательной функции сфинктера заднего прохода, выраженность при этом анального рефлекса. С этой целью изучался анальный рефлекс в динамике после операции Габриэля спустя 1 сутки, 10 дней, 2—3 недели и через 1 месяц после вмешательства. Подтверждены данные В. А. Аминева (1959). Живой анальный рефлекс через 1 сутки после операции Габриэля отмечен с передней полуокружности анальной области у 9 (4,7%) больных. Спустя 2—3 недели живой анальный рефлекс был получен у 20,6% больных, повышенный — у 1,5%. Через 1 месяц после операции Габриэля анальный рефлекс был почти как у здоровых лиц: повышен — у 5,1%, живой — у 55,1%, слабый — у 30,6% и отсутствовал у 9,2% человек.

После растяжения сфинктера по Рекамье анальный рефлекс восстанавливается медленно: спустя месяц он был живой у 1 больного, ослаблен у 7 и отсутствовал у 3 из 11 человек.

После пластического закрытия раны лоскутом слизистой оболочки анальный рефлекс спустя 10 дней живой был у 2, ослаблен у 8, не вызывался у 7 человек (табл. 9).

Таблица 9

Состояние анального рефлекса после операции Габриэля

Анальный рефлекс	Через сутки		Через 10 дней		Через 3 недели		Через месяц	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Живой	9	4,7	12	6,8	27	20,6	54	55,1
Повышен	—	—	—	—	2	1,5	5	5,1
Слабый	28	14,5	83	45,8	57	43,0	30	30,6
Отсутствует	156	80,8	86	47,4	46	34,9	9	9,2
Обследовано всего	193	100,0	181	100,0	132	100,0	98	100,0

Рефлексогенные зоны после операций были уменьшены: анальная область, ее передняя полуокружность — после операции Габриэля и пластического закрытия операционных ран, редко — наружные половые органы и копчиковая область.

Общие итоги лечения 1 543 больных с трещинами заднего прохода отражены в табл. 11. Только инъекционным способом в комплексе с другими консервативными мероприятиями лечились 737 больных, инъекционным и оперативным путем — 259 человек и 547 больных — только хирургическим методом. Суммировав итоги лечения у 1 041 больного с выясненными отдаленными результатами, мы отметили стойкое заживление трещины заднего прохода у 964 (92,6%) больных, у 70 (6,7%) больных трещина рецидивировала и лишь у 7 (0,7%) не зажила. Неизвестным результат лечения остался у 502 больных.

Таблица 10

Состояние анального рефлекса после расширения сфинктера по Рекамье

Анальный рефлекс	Через 10 дней	Через 2-3 недели	Через 1 месяц	Через 10 дней после иссечения трещины
Живой	—	—	1	2
Повышен	—	—	—	—
Слабый	4	10	7	8
Отсутствует	17	9	3	7
Обследовано всего	21	19	11	17

Профилактика трещин заднего прохода и их рецидивов состоит в санитарно-просветительной работе, в своевременном и рациональном лечении запоров, хронического колита, геморроя, аноректита, в переходе от двух- и многомоментной дефекации к одномоментной, в крайнем случае к двухразовой, в отказе от длительного приема слабительных средств, в рациональном питании с включением в меню растительных и

Таблица 11

Общие итоги лечения наблюдавшихся нами больных, страдавших трещинами заднего прохода

Метод лечения	Исходы лечения больных с известными отдаленными результатами	Благоприятный результат			Неблагоприятный результат	Результат неизвестен	Всего больных
		отл.	хор.	удовл.			
Новокаиново-спиртовая блокада	499	219 43— 44%	239 47,8%	36 7,2%	5 1%	238	737
Иссечение трещины с ушиванием раны	1	—	—	—	1	—	1
Метод Рекамье	24	10	9	5	—	10	34
Метод Рекамье и рассечение свища	8	4	3	—	1	3	11
Иссечение трещины с пластикой раны	16	11	5	—	—	1	17
Операция Габриэля	493	341 69,2%	123 25%	29 5,8%	—	250	743
Итого	1 041 100%	585	379 56,1%	70 6,7%	7 0,7%	502	1 543

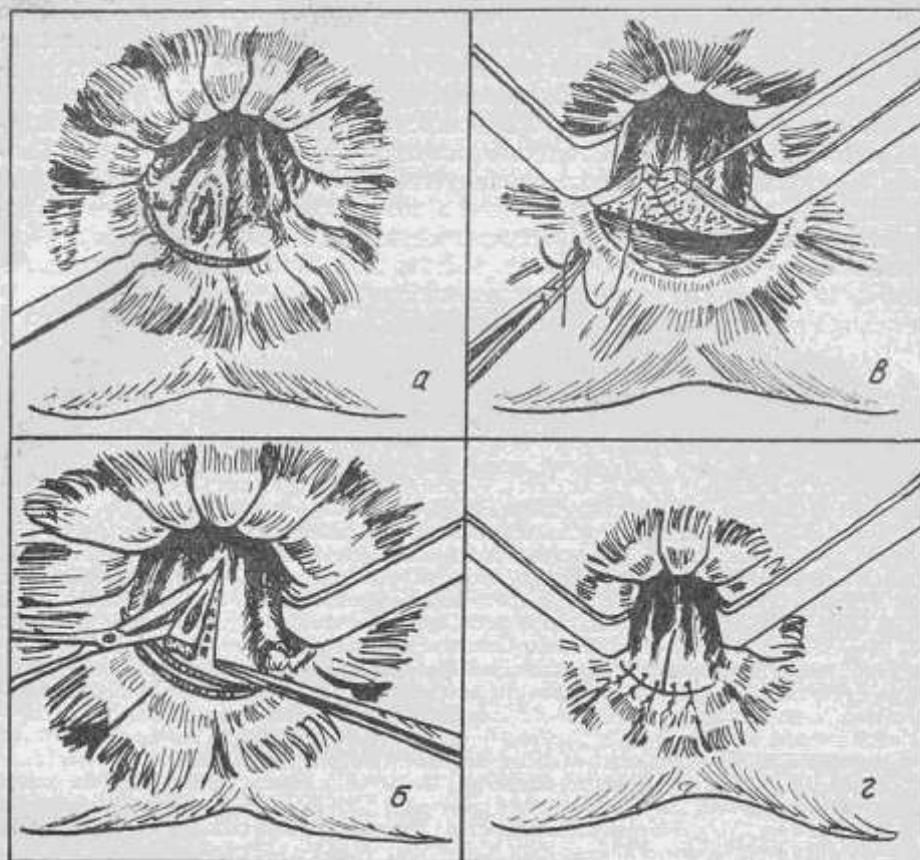


Рис. 24. Метод Н. М. Блиничева:

а — обоюдоострым скальпелем Блиничева делается полуовальный разрез под дистальным концом трещины, слизистая оболочка под трещиной и несколько в стороны отслаивается; *б* — трещина иссекается вместе с треугольником прилежащей слизистой оболочки; *в* — отслоенные треугольные лоскуты слизистой оболочки сшиваются за подслизистую ткань по средней линии непрерывным и узловыми кетгутowymi швами, лучше с подхватыванием подлежащей в задней стенке раны ткани; *г* — рана зашита.

молочнокислых блюд, ржаного хлеба, в регулярном опорожнении кишечника у беременных и родильниц в первые дни послеродового периода, в предупреждении вредного влияния алкоголя, острой пищи, приправ и половых излишеств.

Большую организационную и разъяснительную работу по профилактике трещин и других малых заболеваний заднего прохода провел М. Л. Усенко (1975) в условиях крупного промышленного предприятия. Трудоустройство больных, ежедневная гимнастика во время беременности, переоборудование туалетов общего пользования с созданием изолированных утепленных кабин с чашами Биде, пропаганда туалета заднего прохода привели к тому, что заболеваемость трещинами за 4 года на 100 работающих снизилась с 0,41 до 0,19, потеря дней нетрудоспособности у страдавших геморроем на 100 работающих за 4 года снизилась с 2,3 до 1,8.

Как известно, одной из отрицательных сторон операции Габриэля считается длительное, у некоторых больных до 2 месяцев и более, заживление треугольной раны, образуемой на месте иссечения трещины. В методе, предложенном Н. М. Блиничевым, треугольная рана зашивается особым образом (рис. 24) и у большинства больных заживает первичным натяжением. Сохраняются положительные стороны операции Габриэля и устраняется основная отрицательная ее сторона — значительно сокращается срок послеоперационного заживления раны. Таким образом, жизнь идет вперед. На базе предыдущих достижений науки в этом узком вопросе появляются новые ростки, доказывающие, что стремление к лучшему беспредельно, что тезис о спиралеобразном развитии науки является бесконечно справедливым.

Литература

- Абу Али Ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки. О трещинах заднего прохода. Ташкент, 1956, 11,49; 1959, 111, 2, 259—261.
- Алиев В. И. Питание при хронических болезнях кишечника. М., 1955.
- Амбулаторная хирургия сельского врача. Под ред. Н. И. Махова, М., 1968.
- Аминев А. М. Трещины заднего прохода. Копчиковая боль. Прокталгия. Зуд заднего прохода. Куйбышев, 1959; Многотомное руководство по хирургии. М.-Л., 1960, 7, 568—570; Тр. 2 Всесоюз. конф. хир., травм., анестез. Баку. 20—25/XII 1961. М., 1963, 217—220; Новокаиново-спиртовая блокада в проктологии, метод. письмо. Куйбышев, 1959; 1964; Амбулаторная проктология. М., 1964; 157—180; 27 науч. сесс. Куйбышев. мед. ин-та, 1968, 10—11; Лекции по проктологии. М., 1969, 242—254; Владивостокск. мед. ин-т, метод. указания, 1963; Выклады в проктологии. Варшава, 1964; 219—222 (на польском языке).
- Амишева В. А. Клиника и лечение анальных трещин, развившихся из морганиевых крипт. Тр. Куйбышев. мед. ин-та, 1969, 58, 87—89; Матер. докл. Всерос. конф. хир. Калининград, 1968, 298—299.
- Ариевич А. М. Поверхностные дрожжевые поражения кожи и слизистых. М., 1949.
- Аснач И. Т. Трещины заднего прохода. — Здравоохран. Киргизии, 1966, 2, 60—61.
- Бадилькес С. О. Санаторно-курортное лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта. — В кн.: Частная курортотерапия, 1958, 81—123.
- Баркан М. Б. Консервативное лечение анальных трещин в амбулаторно-поликлинических условиях. М., 1965; Мед. сестра, 1966, 2, 15—19; Амбулаторная проктология. М., 1970.
- Бир А. Искусственная гиперемия как метод лечения. Ярославль, 1906.
- Боас И. Диагностика и лечение болезней кишок. СПб, 1900—1901.
- Болезни органов пищеварения. Под ред. Ц. Г. Масевича, С. М. Рысса. Л., 1975.
- Брайцев В. Р. Трещины заднего прохода. БМЭ, 1933, 27, 607—608. Заболевания прямой кишки. М., 1952, 76—77.
- Брайцева М. Д. Трещина анального канала. М., 1971.
- Бухман П. И. Выступление в прениях. Тр. X съезда русских врачей, 1907, 80.
- Буш И. Ф. Руководство к преподаванию хирургии. СПб, 1831.
- Глуз С. Л. Инъекционный метод лечения трещин анального канала в амбулаторных условиях. Матер. 4 конф. проктол. РСФСР. М., 1973, 111—112.
- Голиков Г. Т. О лечении хронических анальных трещин пересадкой кожи. Матер. 4 конф. проктол. РСФСР, личное сообщение. М., 1973, 112.
- Гринберг С. Б. Лечение трещин заднего прохода в условиях амбулатории. — Вестн. хир., 1966, 96, 5, 107—108.
- Гутник Г. П., Сачков А. В. Лечение хронических анальных трещин методом Рекамье—Субботина. Сб. науч. работ каф. хир. профиля. Укр. ин-та усов. врачей. Харьков, 1967, 30—33; Метод. письмо Укр. ин-та усов. врачей, Харьков, 1969, 207—211.
- Дембо М. А. О кровоостанавливающих свечах нового состава. — Вестн. хир., 1960, 84, 1, 96—100; Новый препарат: антисептические биологические свечи (АБС) для лечения геморроя и трещин заднего прохода. Дис. канд. Л., 1963.
- Диканский М. А. Метод бужирования анальных трещин. Acta medica. Харьков, 1929, 22, 62—65.
- Жоров В. И. Анальгезия после небольших проктологических операций. Экспер. хир. и анест., 1969, май—июнь, 14, 86—87.

- Зеренин В. П. Выступление в прениях. Тр. X съезда русских врачей. М., 1907, 80.
- Карпинский И. Руководство к изучению и лечению болезней прямой кишки и заднего прохода. СПб, 1870.
- Кениг Ф. Руководство по частной хирургии. СПб, 1886, II, 471—474.
- Киссин А. Г. Трещины заднего прохода. — Фельдш. и акуш., 1960, 5, 54—56.
- Коротнев Н. И. О лечении трещин заднего прохода токами высокого напряжения. Тр. X съезда русских врачей. М., 1907, 78—79.
- Кудрявцева Л. А. Субкавальные промывания толстого кишечника как лечебный метод. Медгиз, 1958, 106.
- Ланцберг И. М. Результаты оперативного лечения параректальных свищей и хронических трещин. — В кн.: О болезнях прямой и толстой кишок. М., 1965, 151—153.
- Лезерсон И. Р. О патогенезе, клинике и лечении анальных трещин. — В кн.: Актуальные вопросы проктологии. Уфа, 1959, 81—95; 135—141; Вестн. хир., 1962, 88, 1, 73—79; Дис. канд. М., 1963; Тез. докл. I Всерос. конф. по проктол. М., 1965; 48—49.
- Литтманн И. Трещина заднего прохода, пектенос, папиллярная гипертрофия. — В кн.: Брюшная хирургия. Будапешт, 1970, 346—348.
- Лужнов К. В. Усовершенствованный оперативный метод лечения трещин заднего прохода. Науч. тр. Иркут. мед. ин-та, 1967, 80, 3, 72—73.
- Лукашев В. А. Лечение геморроя и трещин заднего прохода токами д'Арсонваля. — Клин. мед., 1927, V, 22, 1227—1229.
- Луц В. Л. К лечению трещин заднего прохода. — Врач. газета, 1903, 23, 43—46.
- Магазаник Г. Л. Трещина заднего прохода, ее предупреждение и лечение. — Фельдш. и акуш., 1957, 4, 18—23.
- Мандзюк В. Д., Масляк В. М., Кордоба М. Т. Лечение анальных трещин. — В кн.: О болезнях прямой и толстой кишок. М., 1965, 158—160; Тез. докл. I Всерос. конф. по проктол. М., 1965, 49—49; Короткий змист доповідей. Наукова хир. конф. 16—17 лютого 1965. Львів, 1965, 50—51.
- Махлин Е. Ю. О новом лечении трещин заднего прохода. — Клин. мед., 1931, IX, 15, 629—632.
- Меньшиков Ф. К. Болезни кишечника. М., 1962.
- Милитарев Ю. М. Лечение трещин заднего прохода по опыту проктологического отделения ГОИ им. Герцена. Метод. письмо по проктологии. М., 1964, 14—17.
- Мун Н. В. Лечение анальных трещин новокаиново-спиртовой блокадой. Тр. Целиногр. мед. ин-та, 1971, 4, 63—64; Сов. мед., 1972, 9, 151—153.
- Нелатон А. Хирургическая патология. СПб, 1859.
- Низнер Е. Болезни прямой кишки. I Моск. гос. ун-т, госп. хир. клиника. Обзоры за 15 лет. М., 1926, 215—227.
- Нисневич Л. М. Заболевания прямой кишки и области анального отверстия. — В кн.: Диагн. хир. забол. М., 1959, 225—228.
- Певзнер М. И. Основы лечебного питания. М., 1958.
- Перов Ю. А. Новый способ лечения трещин заднего прохода. Тез. докл. 14 науч. сесс. Куйбышев. мед. ин-та, 1953, 92—93; Элементы проктологии. Куйбышев, 1956, 109—113; Симпозиум по соедин. ткани, тез. докл. Куйбышев, 1958; 21—21; 20 науч. сесс. Куйбышев. мед. ин-та, 1959, 71—72; Трещины заднего прохода и их лечение. Куйбышев. Дис. канд., 1959; 5 Куйбышев. обл. науч.-проктол. конф. хир., 1960, 84—85; Элементы проктологии, 1960; 2, 134—141; I Всерос. конф. по проктол., 1965, 49—50; Элементы проктологии. Куйбышев, 1969, 4, 20—23; Тр. Куйбышев. мед. ин-та, 1969, 58, 90—92.
- Петров Г. О трещинах в заднем проходе. М., 1863.
- Поповьянц Р. С., Пинчук В. В. К вопросу лечения трещин заднего прохода. Матер. 19 науч. конф. врачей Дальневост. воен. окр., 1967, 59—61.
- Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956; Атлас операций на прямой и толстых кишках. М., 1960; 1968.
- Сибгатуллин Н. З. Значение насильственного растяжения сфинктера заднего прохода при некоторых операциях на прямой кишке. Матер. 6 науч.-проктол. конф. врачей Ульянов. области. Ульяновск, 1970, 130—131.
- Современные методы исследований в гастроэнтерологии. Под ред. В. Х. Василенко. М., 1971.
- Созон-Ярошевич А. Ю. Трофические язвы конечностей. М., 1951; В кн.: Основы практической нейрохирургии, 1954.
- Сосновик И. Л. Трофические язвы в неврологическом освещении. Дис. докт. Минск, 1957.
- Справочник по лечению заболеваний органов пищеварения. Под ред. К. Б. Бахадурова, И. Н. Джураева. Ташкент, 1974.
- Старков А. В. Анатомия прямой кишки, мышц, имеющих к ней отношение. М., 1912, т. I, II.

- Субботин М. С. О лечении геморроя насильственным растяжением. Тр. III съезда врачей в память Н. И. Пирогова. — Хир. вестн. 1889, 8, 143—144.
- Тихов П. И. Частная хирургия. Томск, 1916. II. 432—433.
- Тростанецкий М. М. К вопросу о лечении геморроя на основании 80 случаев операции по Уайтхеду. — Хирургия, 1914, 36, 437—459; Сибирский врач, 1915, 7—8.
- Урожай И. М. К опыту лечения анальных трещин в амбулаторных условиях. Сб. науч. работ врачей Балт. флота. Таллин, 1967, 6, 208—210.
- Усенко М. Л. Амбулаторное лечение и профилактика трещин заднего прохода. Дис. канд. Ярославль, 1975.
- Федоров В. К. Динамика действия условных раздражителей на кору больших полушарий головного мозга. Тез. докл. на 7 Сев.-Кавк. конф. физиол., биохим. фармак. Ростов-на-Дону, 1945, 74—76.
- Фишбейн М. Я. Проблемы этиологии и патогенеза нейродерматитов ано-ректальной области. — Вест. дермат., венер. 1971, июль, 45, 67—68.
- Чаушев Д., Чирепков Т. Нашият опит от лечениете на фиссура дни. Хирургия, 1957, София, X, 4, 344—348.
- Шамов В. Н. Из наблюдений над трофическими язвами при ранении седалищного нерва. — Нов. хир. арх., 1921, 1, 3.
- Шенбергер И. Л., Павлова Г. А. Диспансеризация больных, оперированных по поводу хронической трещины анального канала... Акт. пробл. диспан. хир. больных. Уфа, 180—181.
- Шнее А. Я. Опыт применения масляных растворов анестезирующих средств. — Хирургия, 1939, II, 58; 1946, 12, 40—48; Матер. к учению о длительном местном обезболивании. Дис. докт. М., 1951; Длительное местное обезбоживание как лечебный метод. М., 1963.
- Юхвидова Ж. М. Некоторые проблемы амбулаторной проктологии. — Хирургия, 1971, 7, 154—158; Вестн. хир., 1971, 3, 113—116; Сов. мед., 1973, 9, 100—104.
- Abel A. L. The pecten, the pecten band, pectenosis and pectenotomy. Lancet, 1932, 1, 714—817.
- Akovbiantz A., Arma S., Hegglin J. Kontinenz nach Sphinterspaltung bei Analfissuren unb Analfisteln. Helv. chir. Acta, 1968, 35, 260—265.
- Alexander R. M., Manheim S. D. Anorectal diseases, Am. J. Gastroenter., 1957, 28, 4, 403—412; A. M. A. J. Dis. Child., 1958, 96, July, 1, 29—31.
- Allgover M. Surgical intervention on the internal anal sphincter. Am. J. Proctol., 1969, Feb., 20, 55—59.
- Allingham W. The diagnosis and treatment of diseases of the rectum. N. IV., 1896, 6-th ed.
- Aminev A. M., Perov Ju. A. Anal fissure. Am. J. Proctol., 1964, 15, 6, 437—440.
- Aminev A. M. Vykłady z proctologii. Warszawa, 1974, 219—229.
- Anderson R. E. The posterior triangular space: troublemaker of the anus. Am. J. Surg., 1958, Oct. 96, 4, 530—534.
- Archibald S. G. Colic or fissure in ano. Arch. of pediatry, 1938, 55, April, 252—254.
- Arnous J. Quelques aspects recents be la pathogenie et du traitement des fissures anales, Acta gastroent. Belg., 1968, 31, 2, 126—133; Rev. Prat., 1969, 19, 1811—1818; Am. J. Proct., 1971, 22, 3, 184—186.
- Bacon H. E. Anus, rectum, sigmoid colon, 1945, 2 ed., Philad., Surg. Cl. N. Amer., 1953, 33, 5, 1393—1408; Proctology, Philad., 1956.
- Ball C. R. A new view of the pathology of fissured ani, Brit. Med. J., 1891, Sept., The rectum, its diseases, London, 1908.
- Banov L. The sentinel pile anb Brodie. J. A. M. A., 1968, 1 Jan, 203, 56.
- Beck A. R. Pediatric proctology. Surg. Clin. N. Amer., 1972, Aug., 52, 1055—1066.
- Bengt Fries, Reitz K. A. Le traitement de la fissure anale. Acta chir. Scand., 1964, 2, 127.
- Bennett R. C., Goligher J. C. Results of internal sphincterotomy for anal fissure, Brit. Med. J., 1962, 38, Dec., 2, 1500—1503; Brit. J. Surg., 1964, 51, May, 355—357.
- Bensaude A. Comment traiter les hemorroïdes. Paris, 1955; Entret de Bichat (Chirspetialités), 1959, 249—254; Rev. Pratic., 1972, 22, 11, 1779—1791.
- Bensaude R. Maladies de l'intestin, Paris, 1939, v. IV, Fissure anales; 1948, v. IV, 164—177.
- Birnbaum W., Ablquist R. Rectal infections and ulcerations associated with blood dyscrasias. Am. J. Surg., 1955, 90, 2, 367—372.
- Bischoff B. Essais therapeutiques du panthenal dans les fissures anales. Paris, 1959.

- Blaisdell P. C. Pathogenesis of anal fissure and complications as to treatment, *Surg. Gynec. Obst.*, 1937, 65, 672—677; *I. A. M. A.*, 1939, 112, Feb. 18, 7, 614—618; 1945, 128, June 23, 359—363.
- Bodaro H. Internale anale sphincterotomie. Indications et technique. *J. Chir.*, Paris, 1965, Feb., 89, 197—206.
- Boehm C. Differential diagnosis and treatment of anal fissure. *Aesthet. Med.*, Berlin, 1968, May 20, 17, 125—128; *Z. Allgemein Med.*, 1969, Feb. 20, 45, 185—192.
- Bongen. On the treatment of anal fissures, internal and external hemorrhoids as well as anal eczema. *H. Landarzt*, 1965, Jun. 41, 792—793.
- Bono D., Garcia-Donas A. Neue Therapie der Anal Fissuren. *Bull. Soc. int. Chir.*, 1968, 27, 5, 437—441.
- Boyer A. Traite des maladies chirurgicales et des operations, qui leur conviennent. Paris, 1844—1853, vol. 1—7.
- Brossy J. J. Anatomy and surgery of anal fissure with special reference to internal sphincterotomy. *Ann. Surg.*, 1956, 144, 6, 991—998.
- Buie L. A. Practical proctology, 1938, 1960.
- Cabanie L. Efficience des cures chirurgicales en une seance pour hemorroïdes, fissures, absces et fistules anales sans dilatation de l'anus. *Presse med.*, 1957, 65, 25, 584—585.
- Calbzarretto J. Anal fissure. Surgical treatment, *Prensa. Med. Argent.*, 1965 14 May, 52, 1034—1038.
- Caldas J. M. Anal fissure. *Rev. Bras. Chir.*, 1959, July, 38, 58—62.
- Campbell N. J. Anoplasty—what, when, how, why? *Dis. Colon, Rectum*, 1969, May—Jun, 12, 179—189.
- Cantor A. J. Ambulatory proctology, N. Y., 1945; *Am. J. Dig. Dis.*, 1949, 16, 12, 430—433; *Rev. Gastroent.*, 1950, 117, 1068—1074.
- Ceulemans G., Van Baden M. Fissure anale. *Acta chir. belg.*, 1972, 71, 1, 61—66.
- Chabanon R. A propos of 2 cases of anal tuberculosis. *J. Med. Lyon*, 1967, Dec. 20, 48, 1879—1887.
- Charpentier J. Coccygodynia revealing an ependimoma of the filum terminale complete removal without sequelae. *Rev. Neurol.*, Paris, 1968, Feb. 118, 160—162.
- Chelvakumaran T. S., Govinda Rau P. Modern treatment of fissura-in-ano. *Antiseptic*, 1958, 55, 5, 319—325.
- Courtney H. Anatomy of pelvic diaphragm and ano-rectal musculature as related to sphincter preservation in ano-rectal surgery. *Am. J. Surg.*, 1950, 79, 1, 155—173.
- Crismar R. Clinical signs of ano-rectal localizations of Crohn's disease. *Arch. Tr. Mal. App. Dig.*, 1971, Oct.—Nov., 60, 3—16.
- Crohn B. B., Jarnis H. C. Regional ileitis. N. Y.—London, 1958.
- Crystal R. F., Hopping R. A. Early postoperative complications of ano-rectal surgery. *Dis. Colon, Rectum*, 1974, 17, 3, 336—341.
- Daniels E. A. Anal fissure, anal spasm and anal stenosis. *Am. J. Dig. Dis. a Nutrition*, 1936, 3, 10, 775—783.
- Darmaillacq R., Dubarry E. Traitement de fissures anales rebelles par la sphincterotomie externe associé a la dilatation. *Gaz. Med. France*, 1965, 72, 10 Jul., 2617—2618.
- De Castro Lorenzo J. Current treatment of fissure in ano. *Rev. Esp. Enferm Apar. Dig.*, 1965, Apr., 24, 463—467.
- Delzant O. Anal syphilis. *Arch. Franc Mal. Appar. Dig.*, 1959, Jul.—Aug., Suppl. 7—8, 131.
- Denis J. e. a. Les etats fissuraires de l'anus. *Rev. med.*, 1967, 8, 395—417.
- Denny-Brown D., Robertson E. G. An investigation of the nervous control of the defecation. *Brain. Journal neurol.*, 1935, 58, 2, 256—310.
- Dissard A. Discussion à propos du traitement des fissures anales l'heure actuelle. *Gaz. Med. France*, 1965, 72, 10 Jul., 2639—2651.
- Dissard M. P. Discussion à propos du traitement des fissures anales a l'heure actuelle. *Lyon Med.*, 1966, 30, 24 Juil., 131—148.
- Dissard P. Interet de la sphincterotomie pour fissure anale... *Cah. med. Lyon*. 1962, 48, 33, 3781—3785.
- Ditkowsky S. P. Pediatric anorectal problems. *Am. J. Proct.*, 1970, 21, 4, 275—281.
- Ditmore D. S. Anal fissure. *Am. J. Dig. Dis.*, 1946, 13, 12, 391—394.
- Dockerty M. B., Goehzs H. R., Morlock C. G. Primary nonspecific ulcers of the small intestine. *Proc. Mayo Clin.*, 1957, 10 Jul., 32, 14, 351—353.
- Dombal F. T., Watts J. McK., Watkinson E., Goligher J. C. Incidence and management of ano-rectal abscess, fistula and fissure in patients with ulcerative colitis. *Dis. Colon Rectum*, 1966, 9, May—June, 201—206.
- Dugois M. P. Traitement des fissurs anales par injections de panthenol. Resultats d'une experience de 5 ans. *Bull. Soc. franc dermat., syphil.*, 1958, 65, 2, 151—152.

- Duhamel J. Affection non congenitales de l'anus et du rectum chez l'enfant. Paris, 1958; Arch. fr. pediatr., 1967, Dec., 24, 1131—1134; 1970, 27, 343; Via med. Enquete, 1968, 49, mai, 747—750; 753—762; Ann. med. int., 1969, 120, 859—866; Proctologie aux diversages, Paris, 1972; Rev. Prat., 1972, 22, 11, 1827—1835; Arch. fr. mal. app. dig., 1973, 62, 7, 607—611.
- Durba C. C., Petrozzi C. A. Fissure in ano. Rev. Argent. Chir., 1960, 1, 67, Prensa Med. Argent., 1960, 47, 19, 1213—1215.
- Duthie H. L., Bennett R. C. Anal sphincteric pressure in fissure in ano. Surg., Gyn., Obst., 1964, 118, 19—21.
- Eisenhammer S. Surgical correction of chronic internal anal (sphincteric) contracture. South Afr. Med. J., 1951, July, 14, 25, 486—489; 1953, 27, 266—270; Surg., Gyn., Obst., 1959, Nov., 109, 5, 583—590.
- Esmarch F. Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters. Deutsche Chirurgie, 1887, 48, 1, 166—181.
- Ewing M. R. The white line of Hilton. Proc. Roy. Soc. Med., 1954, 47, 525.
- Fausler W. A., Neumeister C. A. Treatment of incontinence and other abnormalities following affections of the anal and rectal regions. Am. J. Surg., 1954, 88, 5, 821—824.
- Fielding I. F. Perianal lesion in Crohn's disease. J. R. Coll. Surg., Edinburg, 1927, Jan. 32—37.
- Fine J., Lawes C. H. W. On muscle-fibres of anal submucosa, with special reference to pecten band. Brit. J. Surg., 1940, 27, 723—727.
- Ford C. D., Prigot A. Surgical and nonsurgical uses of a rectal suppository. Am. J. Proct., 1961, 12, 2, 111—118.
- Fox B. W. Outpatient sphincterotomy for chronic anal fissure. Austr. New. Zeal. J. Surg., 1963, May, 32, 280—283.
- Fries B., Rietz K. A. Treatment of fissure in ano. Acta Chir. Scand., 1964, 128, Sept., 312—315.
- Gabriel W. B. The treatment of pruritus ani and anal fissure. Brit. Med. J., 1929, 1, 1070; 1930, 2, 311—312; 1939, 4072, 519—522; The principles and practice of rectal surgery. London, 1930, 1932; 1936; 1939; 1945; 1948; 1949; 1963; Lancet, 1936, 1345—1348; Brit. Med. J., 1939, 4079, 519—521.
- Grant S. G. Diseases of the rectum and anus. 1906; 1923.
- Garrigues J. M., Alquier G. Fissure anale tuberculeuse. Arch. franc. mal. app. dig., 1969, 58, 9, 603—604, 59, 7—9, 514; 1970, 59, 7—8, 514.
- Garsia-Donas Bono A., Garsia-Donas Abril A. New—Therapie der Anal—Fissuren. Bull. Soc. Int. Chir., 1968, Sep.—Oct., 27, 437—441.
- Gemsensjaeger E. Die gedeckte (subkutane) interne Sphinkterotomie bei Fissure ani. Helv. chir. Acta, 1972, 39, 4, 427—432; Schweiz. m. Wchschr., 1970, 100, 1250, 1972, Mar. 11, 102, 336—339.
- Gerlach M. S. Venereal disease in proctology. Am. J. Proct., 1972, Dec., 23, 479—483.
- Gerwig W. H., Washington D. S. Rectal problems. Am. J. Gastroenter., 1955, 24, 5, 516—522.
- Gherasim M., Barbu Gh., Georghita I. Miotomia sfincterului anal intern in stenozele anale postoperatorii si in fisura anala cronica recidivanta. Chirurgia (Buc.), 1967, 16, 12, 1103—1108.
- Gimenez-Salinas A. Indications for sphincterotomy in the anal canal. Am. J. Proct., 1973, Apr. 24, 2, 142—144.
- Girar M. a. oth. Anale tuberculosis, 2 cases. Arch. franc mal. app. dig., 1967, sept., 56, 856—857.
- Goligher J. C. Surgery of the anus, rectum and colon. London, 1961; Brit J. Surg., 1955, 43, 51—59; Surg. Cl. N. Amer., 1965, 45, 5, 1299—1304.
- Goodsall D. H. Fissure non syphilitic and syphilitic of the rectum and anus. St. Bart's Hosp. Rep., 1892, 28, 205—206; Diseases of the anus and rectum, London—N. Y., 1900.
- Gorsch R. W. Proctologie anatomy, 1941; 1955; Rev. Gastroent., 1950, 17, 4, 33—48.
- Graham-Stewart C. W. a. oth. A review of 50 patients with fissure in ano. Surg., Gyn., Obst., 1961, 113, 445—448; 1962, 115, 511.
- Grenadier J. L. Etude du sphincter lisse de l'anus dans la fissure anale. Paris, 1961.
- Grenier G., Gordin J., Savarieau B. La douleur fissuraire chez l'adulte. Vie med., 1974, 55, 1, 37—46.
- Gugic B., Bervar M., Piscevic S., Duknis M., Atanasijevic T. Nasa iskvstva u lecenju analne fisure. Vojnosanit. Pregl., 1972, 29, 10, 474—476.
- Que de Chauliaque. Collectorium chyrgiae. Paris, 1363.
- Harbitz H. F. The treatment of haemorrhoids, anal fissure, fistula-in-ano and ano-rectal prolapses. North, surg. assos. Meet. 25 offic. transact., Copengagen, 1951, p. 406.

- Hardy K. Y. Internal sphincterotomy. *Brit. J. Surg.*, 1969, Jan., 54, 30—31, *Austr. New Zeal. J. Surg.*, 1969, Aug. 39, 91—93.
- Harkins H. N. Correlation of the newer knowledge of surgical anatomy of the ano-rectum. *Dis. Colon, Rectum*, 8, 2, March—Apr., 65, 154—157.
- Hawley P. R. The treatment chronic fissure in ano. *Brit. J. Surg.*, 1969, 56, 915.
- Hayden E. P. Progress in diseases of colon and rectum. *N. Engl. J. Med.*, 1936, 215, Nov. 12, 927—936; *The rectum and colon kinderheilkunde*, 1939; *N. Engl. J. Med.*, 1959, 260, 9, 420—429.
- Hellinger J. Die Behandlung der Analfissuren in der ambulanten Praxis. *Zbl. f. Chirurgie*, 1966, 21, mai, h. 21, 789.
- Hepp J. Fissure anale. *Nouveau precis de pathologie chirurgicale*. Paris, 2 ed, 1957, V, 993—997.
- Heymondon L. Du traitement des fissures anales. *Med. Trop.*, 1969, 29, 4, 517—522.
- Hill M. R. a. oth. Role of the anal glands in the pathogenesis of ano-rectal diseases. *J. A. M. A.*, 1949, 47, 4, 350—360.
- Hiller R. J. The anal sphincter and the pathogenesis of anal fissure and fistula. *Surg., Gyn., Obst.* 1931, 52, May, 5, 921—940; *Ann. Surg.*, 1935, 102, July, 1, 81—85.
- Hilton J. Rest and pain. London, 1862.
- Hinckle W. A. The pecten and ano-rectal pathology. *Clin. Med. a. Surg.*, 1935, 42, 5, 240—242.
- Hines L. E., Lueth H. C., Ivy A. C. Motility of the rectum in normal and in constipated subjects. *Archives int. medicine*, 1929, 44, 1, 147—154.
- Hochuli R. u. and. Die Spaltung des Sphincter internus nach Eisenhammer bei Analfissuren, Fisteln und Haemorroiden, *Helv. chir. Acta*, 1963, 30, 1—2, 64—71, 1968; *Jan.*, 35, 1—2, 266—273.
- Hoffmann D. C., Goligher J. C. Later subcutaneous internal sphincterotomy in treatment of anal fissure. *Brit. Med. J.*, 1970, 3, 5724, 673—675.
- Howard P. M., Albo D. Application of the Whitehead anoproctoplasty principle in the surgical treatment of chronic anal ulcer. *Amer. J. Surg.*, 1967, 114, 5, 736—738.
- Hughes E. S. R. Anal fissure. *Brit. Med. J.*, 1953, 2, 802—805; *Surgery of the anal canal, rectum*, London, 1957.
- Huyghe J. Ano-rectal disease of Crohn. *Tijdschr. Gastroenterol.*, 1972, 15, 9—30.
- Inberg K. R. Contractive power and resting tone of anal sphincters during intravenous tetraethylammonium chloride block. *Acta chir. Scand.*, 1952, 104, 4, 302—312, 1953, suppl., 183.
- Jones J. C., Tyson V. C., Williams. A general practice trial of Meripons in minor ano-rectal disorders. *Brit. J. Clin. Pract.*, 1964, 18, 9, Sept., 527—530.
- Kanto D. Nove conceitos de structure esfinteriana anale. *Rev. Brasil. Cir.*, 1959, 37, 276—277.
- Kerremans R. Electrical activity and motility of the internal anal sphincter: an «in vivo» electrophysiological study in man. *Acta Gastroen. Belg.*, 1968, Jul., 31, 465—482.
- Kirchner M. Zur Technik der Dehnung des Afterschliessmuskels. *Zbl. f. Chir.*, 1925, 3, 115—117.
- Knigge S., Koenig P., Dick W; Die Pectenosis und ihre chirurgische Behandlung. *Disch. med. Wschr.*, 1957, 80, 474.
- Kopias T. L. Enzymatic treatment of fissure in ano. *Illinois Med. J.*, 1969, Aug., 136, 2, 168—169.
- Kratzer G. L., Dockerty M. B. Histopathology of the anal ducts. *Surg., Gyn., Obst.*, 1947, 84, 333—338; *Am. J. Surg.*, 1950, 79, 32—39; *Dis. Colon, Rectum*, 1958, 2, 3, 234—237.
- Lambling A., Souillard J. L'anesthésic-retard du sphincter dans le traitement des fissures anales. *Arch. mal. app. digest.*, 1946, 35, 1—7, 258—260.
- Ledergerber E. Uber Spasmen und benigne Strikturen des Anus. *Praxis*. 1948, 2, 614—615.
- Lemonnier L. *Traite de la fissure de l'anus*. Paris, 1889.
- Levy E. I. Anal fissures. *Am. J. Surg.*, 1937, 1, 244—248; 1954, 88, 5, 824—828.
- Linder J. H. a. oth. Perianal Paget's disease. *Rev. Surg.*, 1970, 27, 54—55, Jan.—Febr.
- Lockhart-Mummery H. E. Fissure in ano, operative surgery. London, 1957, 3, 11—13; *Brit. J. Vener. Dis.*, 1963, Mar. 39, 15—17; *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1964, 57, 10, 89, 897—898; *Arch. Franc. mal. app. dig.*, 1971, Oct.—Nov., 23—27; Symposium discussion, *Am. J. Surg.*, 1954, 88, 5, 824—828.
- Lockhart-Mummery J. P. *Diseases of the rectum and colon*. London, 1923; 1931; 1934.

- Lockwood R. A. Atlas of ano-rectal surgery. N. Y., Toronto, London, 1964; Fissure anale, 117—130.
- Loeb S. A. Hemorrhoidectomy. Method for elimination of postoperative pain due to sphincter spasm. *Amer. J. Proct.*, 1974, 25, 6, 37—42.
- Löse H. Diseases of the ano-rectal region and their treatment. *Med. Klin.*, 1968, 63, 1389—1392.
- Logan V. S. Ano-rectal tuberculosis. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1969, 62, 12 Dec., 1227—1230.
- Long P. H., Enquist I. F., Fierst S. M., Millians H. L., Fitzgerald P. J. Panel discussion on diseases of the colon. *Am. J. Gastroenterology*, 1957, 27, 5, May, 419—442.
- Loweil E. J. La fissure anale. *J. Int. Coll. Surg.*, 1961, 35, 221—223.
- Loygue J. a. oth. Surgical treatment of ano-rectal localisation of Crohn's disease. *Arch. Fr. mal. app. dig.*, 1971, Oct.—Nov., 60, 29—33.
- McKay a. oth. Crohn's disease of the anal region. *Northwest Med.*, 1972, Feb., 71, 11—112.
- Magge H. R., Thompson H. R. Internal anal sphincterotomy as an outpatient operation. *Gut*, 1966, Apr., 7, 190—193.
- Malzner E. Über Sphinkterdehnung. *Beitrag Kl. Chir.*, 1928, 145, 249—267.
- Mandrach F. *Chirurgia rectulul. Bucuresti*, 1971.
- Marganoff H. Internal anal sphincterectomy in the correction of anal contracture. *Dis. Colon, Rectum*, 1972, 3, 201—206.
- Martin C. L. Anal fissure and its management. *Am. J. Digest. Dis. Nutrit.*, 1934, 1, 144—152.
- Martin G. Physical therapeutic methods in ano-rectal disease. *Am. J. Surg.*, 1956, 92, 5, 792—798.
- Martin J. D. Postpartum anal fissure. *Lancet*, 1953, 264, 6754, 271—273.
- May R. Die Analfissur. *Fortchr. Med.*, 1971, 89, 29, 1110—1114.
- Mayo C. W. *Surgery of the small and large intestine*. Chicago, 1952, 2d ed.
- Mazuji M. K., McGivney J. Q. Etiology of anterior anal ulcer in the female. *Virginia Med. Month.*, 1968, Sep., 95, 523—524.
- Meisel T. Über das wesen und die Behandlung der Fissuren Ani. *Wien. m. Wschr.*, 1926, 76, 21, 636—637.
- Melchior E. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Fissuren Ani. *Beitr. klin. Chir.*, 1910, 70, 3, 143—145.
- Menda R. K. Veneral disease of the anal region. *Dis. Colon, Rectum*, 1971, 14, 454—459, Nov.—Dec.
- Mieszczanski A. Surgical treatment of acute and chronic anal fissures. *Wiad. Lek.*, 1968, Feb., 21, 257—259.
- Mikkelsen E. T. The treatment of haemorrhoids, anal fissure, fistula-in-ano and ano-rectal prolapses. *North, surg. assoc. Meet. 25 Offic. transact.*, Copenhagen, 1951.
- Miles W. E. Observation upon internal piles. *Surg., Gyn., Obst.*, 1919, 29, 2, 497—506; *Rectal surgery*, London, 1939; 1944.
- Milligan E. T. C., Morgan C. N. Surgical anatomy of the anal canal. *Lancet*, 1934, 2, 1150—1157, 1213; 1937, 2, 119—137; *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1943, 36, May, 365—378.
- Molina Leguizamon E. B. Manifestations of early syphilis in the ano-perineal region. *Prensa Med. Argent.*, 1968, 55, 898—900, 5 Jul.
- Moore H. D. Treatment of fissure in ano. *Lancet*, 1964, 1, 909.
- Moretti G. e. a. Anal tuberculosis (à propos of a case). *Bord. Med.*, 1972, Jan., 5, 43—48.
- Morgan C. N. Treatment of fistula in ano with special reference to ano-rectal fistula. *Brit. Med. J.*, 1935, 2, 938; *Postgrad. Med. J.*, 1936, 12, 287; 1948, 4, Nov., 395—403; *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.*, 1956, 19, 2, 88—114.
- Morgan J. W. Pectenosis and minor maladies of the anal region. *Surg., Gyn., Obst.*, 1934, 59, 5, 806—809.
- Myrtle A. S. Some common affection of the anus often neglected by medical men and patients. *Brit. Med. J.*, 1883, 1, 1061—1062.
- Nepomuceno O. R. Tuberculosis of the anal canal: report of a case. *Dis. Colon, Rectum*, 1971, Jul.—Aug., 14, 313—316.
- Nesselrod J. P. Pathogenesis of common ano-rectal infections. *Am. J. Surg.*, 1954, 88, 5, 815—817; *Clinical proctology*, Philadelphia—London, 1957, 2 ed; 1964, 3 ed., 65—69, 74, 108, 121; *Surg., Gyn., Obst.*, 1963, Oct., 117, 505—511.
- Newton F. C., MacGregor C. A. Spasm and fibrosis of sphincter ani due to reflex action. *New Engl. J. Med.*, 1948, 239, 4, 113—116.
- Notaras M. J. Lateral subcutaneous sphincterotomy for anal fissure a new technique. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1969, 62, 7 Jul., 713—716; *Brit. J. Surg.*, 1971, 58, 2, 96—100.
- Nunez J. M. Ano-rectal aspects of pediatric proctology. *Dis. Colon, Rectum*, 1959, 2, 200—204.

- O'Connor I. I. Cryosurgical treatment of anal fissure. *Abdomin. Surg.*, 1974, 16, 10, 296—299.
- Parks A. G. The management of fissure in ano. *Hosp. Med.* 1967, 1, 737.
- Parnaud E., Arnous J., Denis J. La leiomotomie avec anoplastie dans le traitement des fissures anales. *Presse med.*, 1968, 76, 34, 1661—1663; *Rev. med.*, 1972, 44, 2907—2919.
- Parturier-Aibot M. a. oth. Initial aspects of ano-rectal Crohn's disease. *Arch. Fr. mal. app. dig.*, 1971, Oct.—Nov., 60, 42—54.
- Patel I. C. Resultats du traitement des fissures anales par la sphincterotomie interne. *Presse med.*, 1963, 71, 12, 646—649.
- Patterson M., Drake A., Stoebner R. C. Proctoscopic findings in 1000 clinic patients. *Am. J. Gastroenter.*, 1965, Mar., 43, 3, 212—228.
- Patton E. F. Proctological problems of the pediatrician. *J. Ped.*, 1945, Dec., 27, 532—539.
- Pennington J. R. Anal and rectal fistula, *J. A. M. A.*, 1917, 69, 1501—1509; A treatise on the diseases and injuries of the rectum, anus and pelvic colon, Philadelphia, 1923.
- Perov Y. A. Novocainalkohol blockade als Heilmethode der Analschrunde. *Zbl. f. Chir.*, 1958, 83, 11, 44, 2041—2044.
- Perry G. G. Fissure in ano—a complication of anusitis. *South. Med. J.*, 1962, 55, 9, 955—957.
- Petrozzi C. A., Brea R. C., Celeste F. Anal fissure. Surgical treatment and histopathology. *Amer. J. Proct.*, 1967, 2, 108—112.
- Pettavel J. Indications chirurgicales en pathologie anale. *Rev. med. Suisse rom.*, 1962, 82, 9, 546—553.
- Pollice L. Le glandule perianali di Hermann; significato anatomico ed importanza clinica. *Cancro, Tor.*, 1955, 8, 1.
- Pope C. E. Ano-rectal complications of pregnancy.... *Amer. J. Surg.*, 1952, 84, 579—591; *Surg. Gyn. Obst.*, 1959, 108, Febr., 2, 249—252.
- Pradel E. a. oth. Ano-rectal localizations of purely or predominantly Crohn's disease. *Arch. Fr. mal. app. dig.*, 1971, Oct.—Nov., 60, 35—39.
- Preusser W. F. Fissure in ano. *Med. J. Rec.*, 1933, 2 Aug., 138, 89—91.
- Quenu E., Hartmann H. *Chirurgie du rectum*. Paris, 1895.
- Rachet I. Le traitement inoperable des fissures de l'anus. *Paris med.*, 1934, 1.
- Rankin F. W., Barga J. A., Buie L. A. *The colon, rectum and anus*. Philadelphia—London, 1932.
- Recamier N. Du traitement de la fissure a l'anus la dilatation forcée. *Gaz. d'hop.*, 1829, 2, 342; Quoted by J. D. Maisonneuve, 1849.
- Ribeiro M. C. Esfincterotomia sub-cutaneo mucosa no tratamento da fissura anal. *Rev. Med. Cir. San-Paulo*, 1958, 18, 399—416.
- Richard C. A. Anal lesion of Crohn's disease. *Arch. Fr. mal. app. dig.*, 1971, Oct.—Nov., 60, 39—40.
- Richards L. I., Hill M. R. a. oth. Development of anal ducts and glands with reference pathogenesis of ano-rectal disease. *Arch. Path.*, 1949, 47, April, 350—360.
- Rivoire J. a. oth. Anal venereal diseases in the practices. *Am. J. Proct.*, 1971, Jun., 22, 189—190.
- Rocha R. Fissura anal, *O Hospital*, 1951, 39, 5, 695—600; *Annales de Derm et de Syphyl.*, 1952, 79, 4, 465—466.
- Rochet J. Le traitement inoperable des fissures de l'anus. *Paris Med.*, 1934, 1, 292—297.
- Rool G. Comment concvior le traitement de la fissure anale. *Maroc. med.*, 1973, 53, 564, 18—22.
- Rosa J. O valor di exame proctologico. *Revista Bras. Med.*, 1961, 18, 3, 21, 217—218.
- Rosa J. V. Anale fissure. *Rev. Brasil. Med.*, 1962, Apr., 19, 229—232.
- Roseau E. Chirurgie du canal anal. Hemorroïdes et fissures. *Nouv. presse med.*, 1973, 2, 8, 515—517.
- Ross S. T. Evaluation of ano-rectal pain and bleeding. *Mod. Treat.*, 1971, Nov., 8, 909—913.
- Rotter J. Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters. *Handbuch der praktisch. Chirurgie*. Herausgeg. von Bergmann u. v. Bruns. Stuttgart, 1907, III737.
- Rovner H., Haskell B. Sigmoid volvulus initiated ba anal fissure. *Amer. surgeon*, 1957, 23, 7, 644—646.
- Ruedi Th. P., Allgoewer M. Sphincterotomie nach Eisenhammer bei gutartigen Analleiden. *Chirurg*, 1970, 41, 150.
- Ruiz-Moreno F. Sliding mucocutaneous flap for the treatment of anal ulcer. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1970, 63, 102—103.

- Sabatier. *Medicine opératoire*. Paris, 1791.
- Samenijs B. Primary syphilis of the ano-rectal region. *Dis. Colon, Rectum*, 1968, Nov., 11, 462—464; *Mod. Treat.*, 1971, Nov., 8, 875—891.
- Samson R. B., Steward W. R. C. Sliding skin grafts in the treatment of anal fissure. *Dis. Colon, Rectum*, 1970, 13, 5, 372—375.
- Schapiro S. The occurrence of proctologic disorders in infancy and childhood. *Gastroenterol.*, 1950, 15, 4, 653.
- Segal L. Reduction of pain and morbidity in ano-rectal surgery with thalamyd (phtalyacetimide, sulfonamide). *Amer. J. Surg.*, 1952, Dec., 84, 684—689.
- Seghezzi R., Ercoli A., Bordanarodi. Trattamento antinfiammatorio dell'emorroide e delle ragadi anali. *Minerva chir.*, 1968, 23, 24, 1296—1305.
- Sehdev M. K. Perianal and ano-rectal complications in leukemia. *Cancer*, 1973, Jan., 31, 149—152.
- Senan D. P., Singh A. Results of sphincter dilatation under local anaesthesia in anal fissure. Report of 100 cases. *Dis. Colon, Rectum*, 1968, Nov., 11, 6, 470—472.
- Shute E. Fissure ani. *Summ. Shute Inst.*, 1952, Jan. 14, 11—12.
- Simmons S. C. Ano-rectal disorders in pregnancy. *J. Obst., Gyn. Brit. Comm.*, 1964, 71, 6, 960—963.
- Singh M. A., Gudi A. R. Sphincter stretching in treatment of fissure in ano. *Arm. Fors. Med. J. India*, 1971, 27, 4, 562—565.
- Soullard J. Ano-rectal gonorrhoea. *Tijdschr. Gastroenterol.*, 1972, 15, 83—93.
- Speare G. S., Mabrey R. E. Anal fissure—an evaluation of treatment with oil injections. *New Engl. J., Med.*, 1938, 9, 302—305.
- Splisman M. G. Pectenosis and pectenotomy in pruritus ani. *Am. J. Surg.*, 1938, 42, 356—359; *Essential of clinical proctology*, N. Y., 1946; 1957; 1963; *Review Gastroenterology*, 1948, 15, 9, 667—688; *Am. J. Proct.*, 1954, 4, 3, 231—235, 1963, 14, Apr.
- Stagle G. W. a. oth. Surgical correction of ectropion of the anal canal. *Southern Med. J.*, 1969, Sep., 62, 1077—1079.
- Stelzner F. Eingriff am Mastdarm und am After in intra- und postoperative Zwischenfälle. Thieme, Stuttgart, 1965.
- Stock M. u. and. Perkutane Sphinkterotomie der Analfissuren. Methode und Ergebnisse. *Fortschr. Med.*, 1974, 92, 2, 63—64.
- Stroud B. B. On the anatomy of the anus. *Ann. Surg.*, 1896, 24, 1, 1—15, 1935, 102, 81—85.
- Suduca P., Lemozy J. Conduite a tenir devant une fissure anale. *Rev. med. Toulouse*, 1968, 4, 1, 61—64.
- Tales R. V. La electrocirurgia de la pectenosis u de la fissura anal. *Rev. Brasil. Cir.*, 1959, 37, 263—269.
- Thompson H. R. Anal ulceration. *J. Roy. Nav. Med. Serv.*, 1969, 55, 162—165.
- Turrell R. Surgical treatment of chronic anal fissure. *Surg., Gyn., Obst.* 1948, 86, 834—838, *Diseases of the colon and ano-rectum*. Philadelphia—London, 1959.
- Tuttle J. F. A treatise on diseases of the anus, rectum and pelvic colon. N. Y., 1902.
- Tylicki M. Anal fissure. *Pot. Tyg. Lek.*, 1965, Jun., 20, 848—850; *Ulcer of rectum*. *Brit. Med. J.*, 1930, 2 May, 1, 251.
- Vantrappen G. The treatment of fissure in ano. *J. Gastroent.*, 1962, 5, 490—493; *Dis. Colon, Rectum*, 1967, 10, 5, 365—368.
- Venatio Tages R. La electrocirurgia de la pectenosis u de la fissura anal. *Rev. Brasil. Cir.*, 1959, 37, 262—269.
- Vi-Li-Chun. Behandlung der Analfissure und verwandter Zustände mit Prokainlösungsklistieren. *Clin. J. Surg.*, 1958, 6, 889—891.
- Villette J. Epidemiological and statistical survey: ano-rectal localizations of venereal diseases. *Arch. Fr. mal. app. dig.*, 1970, Jul.—Aug., 59, 7—8.
- Waylonis G. W. Anal sphincter electromyography in adults. *Electroenceph. Clin. Neurophysiol.*, 1969, Sep., 27, 716.
- Watts J. M. a. oth. Stretening of anal sphincter in treatment of fissure in ano. *Brit. Med. J.*, 1964, 2, 342—343; *Nurs Times*, 1965, 11 Jun., 61, 794—795.
- Weidner F. a. oth. Perianal ulceration as a diagnostic pathway to Crohn's regional enteritis. *Z. Haut. Geschlechtskr.*, 1971, 15 Dec. 46, 831—837.
- Weiss D. Ambulatory treatment of fissure ani. *Amer. J. Surg.*, 1937, July, 37, 88.
- Whitney E. T. Fissure in ano. *Amer. J. Surg.*, 1943, 59, 1, 9—17; 1948, 75, 6, 761—771.
- Widman B. Lac—43 nytt lokalanestetikum med förlängd duration. *Svensk Anestesiolog Förening*. 1962.
- Wilde F. R. Anal intermuscular septum. *Brit. J. Surg.* 1949, 36, 279—283.
- Young H. Sphincter dilatation for anal fissure. *Brit. Med. J.*, 1963, 12, 5323, 126—126.
- Yppen H., Richthammer H., Steyrer K. Zur Behandlung des Anal-symptomocomplexes. *Wien. cl. Wschr.*, 1967, 79, 7, 131—132.

Глава XXII
ПРОКТАЛГИЯ. PROCTALGIA.
НЕВРАЛГИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ. NEURALGIA RECTI

К истории вопроса

Первые упоминания о невралгии прямой кишки встречаются в середине XIX в. в работах англичан Hird, Gray (1840), немца Eitner (1842) и француза Max Simon (1843), цит. по J. D. Karras, G. Angello (1951). Последний отметил пароксизмальный характер болей, которые начинаются и исчезают внезапно. В 1851 г. М. Н. Romberg в руководстве по нервным болезням описал невралгические боли в прямой кишке, определил их как «гиперестезию подчревного сплетения» и рекомендовал медикаментозное лечение. В последующие десятилетия интерес к малоизученному и редкому синдрому почти не проявлялся, и только в конце века опубликовано несколько работ, главным образом английских и американских авторов. R. W. Penny (1970) приводит более поздние сведения о начале изучения невралгии прямой кишки. Он пишет, что первое описание внезапных острых болей в прямой кишке имеется в работе A. S. Myrtle (1883), который для обозначения этих болей предложил термин «прокталгия», что было шагом вперед, так как употреблявшийся ранее термин «невралгия прямой кишки» менее правилен. Известно, что невралгия — боль по ходу нерва, и относить это понятие к целому органу неверно. Новый термин отражал существо синдрома и его локализацию, не затрагивая неясную этиологию. «Понятие «прокталгия» полезно, уклончиво и достаточно неопределенно», — писал M. R. Ewing в 1953 г.

В разные периоды заболевания давали разные названия. H. Hartmann (1895) назвал его ано-ректальной невралгией. В 1896 г. в работе W. Allingham о болезнях прямой кишки в особом разделе заболевание было описано как ректальная невралгия. Более глубокому изучению прокталгии, или, что то же, невралгии прямой кишки, способствовало введение в клиническую практику эндоскопов (С. П. Федоров, 1897, 1898; A. J. Desormeaux, 1893, 1865; A. T. Kelly, 1863; J. Schreiber, 1903; H. Strass, 1903; A. Foges 1910; R. Bensaude, 1914).

Начало XX в. отмечено рядом публикаций по разбираемой теме. Работы A. Albu (1907), M. Pickardt (1908), F. C. Wallis (1909), H. Oppenheim (1913) основывались на небольшом количестве больных, не более 5 у каждого, и не прибавили ничего нового к тому, что было известно раньше.

Первой отечественной работой, посвященной этому страданию, была статья И. К. Дрицаки (1912), опубликованная в журнале «Русский врач». Упомянув, что «первичная невралгия прямой кишки» встречается очень редко, настолько редко, что многие хирурги того времени к существованию ее относились критически. И. К. Дрицаки описал наблюдавшегося им больного с типичными кратковременными судорожными болями в прямой кишке, которые сопровождались чувством жжения и длились от 2 до 5 часов, повторялись через различные интервалы от 2 дней до 1 года. Приступы болей проходили бесследно. До этого, в 1904 г., В. М. Бехтерев сообщил о «навязчивых кишечных и пузырных кризах», весьма напоминавших прокталгию; он лечил их внушением.

A. Mac Lennan (1917) описал несколько больных с прокталгией, но, игнорируя имевшуюся к тому времени литературу, назвал свою работу «Ректальные кризы нетабетического происхождения». Ему удалось первому произвести ректороманоскопию 2 больным на высоте приступа и обнаружить фибриллярное подергивание мышц прямой кишки. P. Elsner (1922), F. P. Mende (1922), K. Japha (1922) — цит. по J. D. Karras, G. Angello, 1951 — определили прокталгию как судорогу промежуточных и прямокишечных мышц.

От работы к работе росла статистика у отдельных авторов. Наибольшее коли-

чество наблюдений приходилось на долю проктологов. В 1934 г. L. A. Buie G. O. Brust сообщил о 100 больных с сильными ректальными болями, причина которых была неясна и которые объясняли «местными, органическим неврозом». M. R. Hill (1936) сообщил о 31 больном с приступообразным болевым синдромом в прямой кишке, который он объяснил патологией интрамуральных нервных сплетений. Несколько позднее (1939) J. A. Ryle назвал это заболевание пароксизмальной прокталгией. Первое обстоятельное описание синдрома в немецкой литературе дал в 1939 г. E. Launda, назвавший его «нервной ректальной».

В 1935 г. голландец T. E. H. Thaysen выделил из группы, объединяемой до того понятием «прокталгия», кратковременную, преходящую, молниеносную форму — *proctalgia fugax*, протекающую в виде кратких приступов. Боль никуда не иррадировала, локализовалась в прямой кишке и бесследно исчезала. Для больных с постоянными болями или пароксизмальными, но возникающими на фоне парестезий, с иррадиацией, он оставил название «ректальная невралгия». Автор привел подробное описание 12 больных. Его предложение было подхвачено многими проктологами, и почти во всех следующих публикациях использовался этот термин, хотя с этимологической точки зрения он не совсем удачен, так как представляет собой греко-латинский гибрид. H. Ibrahim (1961) считал, что молниеносная прокталгия составляет около 4% всех проктологических заболеваний. Эта цифра, несомненно, значительно завышена.

Если боли появляются ночью, то предлагается название «ночная прокталгия» (*nocturnal rectalgia*). Такую форму описал, в частности, F. C. Pubus (1964). Сущность ночной прокталгии заключается в том, что сильные боли появляются внезапно, ночью, среди сна, напоминают прострел. Нередко болей едва успевает проснуться, как боли уже исчезли.

Если описавший молниеносную прокталгию T. E. H. Thaysen не наблюдал иррадиации болей, то последующие авторы, наоборот, отмечали иррадиацию болей из прямой кишки в мочевые органы, в крестец, позвоночник, в нижние конечности. Через несколько минут боли самостоятельно проходят. Болеют чаще всего субъекты с невропатической конституцией. Наблюдается это заболевание и у детей. Его под названием «*proctalgia fugax infantum*» описал С. M. Pounders (1957). Разновидность заболевания, при которой боли локализируются только в области заднего прохода, иногда называют аналгией.

S. G. Gant (1923) в 3-томном руководстве о заболеваниях прямой кишки для обозначения интересующего нас синдрома употребил 4 синонима: «прокталгия», «невралгия прямой кишки», «раздраженная», «истерическая прямая кишка». Он объяснял болевой приступ спазмом поднимателя заднего прохода и сфинктера. В. Р. Брайтц (1952) в книге о заболеваниях прямой кишки описал это заболевание под названием «гиперестезия прямой кишки».

В общей сложности приведенными выше и другими авторами в различное время заболевание описывалось под следующими названиями: высокая ректальная боль, ректальная судорога, спазматическая ректальная боль, перинеальная судорога, ректальная боль нетабетического происхождения, нервная ректальная, ночная ректальная, ректальная невралгия, ано-ректальная невралгия, аналгия, анусалгия, ректальная форма кокцигодинии, ано-ректальный болевой синдром, молниеносный леватор-синдром, тазовая плексалгия, гипогастральный синдром, тазовая невралгия, подчревная плексалгия, синдром малого таза, тазовый симпатический синдром, тазовая вегетативная дистония, раздраженная, неустойчивая кишка, гиперестезия прямой кишки, молниеносная прокталгия — *proctalgia fugax*, неврогенная прокталгия, проктодиния, докторская болезнь, гиперестезия подчревного сплетения, ано-копчиковый болевой синдром.

Общие синонимы дает основание присоединиться к мнению J. D. Karras, G. Angello (1963), что это «причудливый, странный, но достаточно хорошо очерченный синдром неизвестной этиологии и патогенеза». Скорей всего он развивается в результате различных раздражений тазовых и подчревных нервов и протекает по типу местного невроза, вегетосиндрома со спазмом прямой кишки и мышц тазового дна. Существующие методы исследования не дают возможности глубже изучить больных, объединяемых собирательным, известным, принятым, укрепившимся термином «прокталгия», хотя лингвистически более правильно было бы название «проктодиния» (И. Ф. Лорие, 1957). Однако последнее наименование не прижилось. На данном этапе развития проктологии понятие «прокталгия» необходимо так же, как «цисталгия» — урологам, «глоссодиния» — стоматологам, «метатарзалгия» и «ахиллодиния» — ортоведам, «прозоаналгия» — невропатологам и т. д. Можно быть уверенным, что с расширением диагностических возможностей эти термины будут сданы в архив и заменены новыми, отражающими этиологию, патогенез, патологическую сущность этих синдромов.

Из довольно многочисленных работ по прокталгии, опубликованных в последние десятилетия, наиболее полными по охвату литературы, количеству больных, лично наблюдавшихся авторами и собранных из литературных источников, были статьи J. D. Karras, G. Angello (1951, 1963) и R. Bensaude (1965), в каждой из которых

описано по 250 больных. Внимание к прокталгии со стороны врачей-исследователей было неравномерным. В Англии, США, Австралии, Канаде понятие «прокталгия» давно стало общепризнанным элементом диагностики, а в немецкой, французской, испанской, восточноевропейской и отечественной литературе этому виду заболеваний до середины 50-х годов XX в. уделялось незаслуженно мало внимания.

Резюмируя краткий исторический очерк, еще раз укажем на собирательность и этиологическую неясность синдрома прокталгии. Из 30 предложенных названий наиболее подходящим следует считать термин «прокталгия».

Вопрос о прокталгии в отечественной литературе последних лет обсуждается довольно оживленно. До опубликования сборника трудов пятой конференции проктологов РСФСР в Куйбышеве (сентябрь, 1974), где было заслушано 9 докладов, посвященных прокталгии, у нас в стране специально по этому вопросу выступили лишь 5 авторов—И. К. Дрицаки (1912), Ю. А. Перов (1955, 1956, 1965, 1967), В. Л. Ривкин, С. А. Березницкий (1963), М. Б. Баркан (1964, 1965, 1966), посвятившие разделы в своих монографиях А. Н. Рыжих (1956, 1968), А. М. Аминев (1959, 1964, 1969), М. Б. Баркан (1970). В этих публикациях было описано в общей сложности около 470 больных. Цифра приближительна, так как неизвестно, сколько из 387 описанных в «Амбулаторной проктологии» М. Б. Барканом (1970) больных имели «вторичную прокталгию». В последнюю группу он совершенно необоснованно отнес больных с воспалительными и опухолевыми процессами органов малого таза, спинного мозга, позвоночника лишь на том основании, что боли иррадировали в прямую кишку.

В докладах на проктологической конференции (сентябрь, 1974), представленных 22 авторами, сообщалось еще о 1 127 больных, страдавших прокталгией. Таким образом, если до 1955 г. в нашей стране было опубликовано единственное наблюдение И. К. Дрицаки (1912), то через 20 лет число наблюдений, описанных в отечественной литературе, достигло 1 597 человек. Это еще одно очевидное свидетельство быстрого развития специализированной проктологической помощи и научных исследований в этом разделе советской медицины. В доступной нам зарубежной литературе в статьях и монографиях 92 авторов описано более 800 больных.

Необходимо отметить, что осведомленность врачей, даже научных работников других специальностей, не проктологов, о прокталгии очень недостаточна. Об этом свидетельствует тот факт, что среди 780 собранных Г. П. Губа (1969) неврологических синдромов и симптомов не упоминается о прокталгии. Не пишут о ней М. Б. Кроль, Е. А. Федорова в солидной монографии «Основные неврологические синдромы» (1966) и А. Э. Мандельштам в «Семиотике женских болезней» (1969), в которой особый раздел посвящен болевым пограничным синдромам.

В первой монографии о болезнях прямой кишки, изданной в нашей стране (В. Р. Брайцев, 1952), лишь небольшой раздел посвящен «гиперестезии прямой кишки». Под таким же наименованием очень кратко освещен интересующий нас вопрос в Большой медицинской энциклопедии (1962, изд. 2-е, 27, 602).

В последних обширных руководствах по энтерологии (под ред. С. М. Рысса, М., 1966; под ред. К. Б. Бахадурова, Ташкент, 1974; под ред. Ц. Г. Масевича, С. М. Рысса М., (1975) ни словом не упоминается этот синдром. Умалчивает о прокталгии и В. Е. Finneson (1962) в солидной монографии по диагностике и лечению болевых синдромов.

На неясность диагностики, ее затруднения даже среди специалистов проктологов указывают большие расхождения в процентном соотношении между двумя группами больных — с кокцигодинией и прокталгией. Если общий их процент по отношению ко всем проктологическим больным приблизительно одинаков — 1,5—3,0% (А. М. Аминев, Ю. А. Перов, 1974; А. П. Демин, 1974; Н. Н. Мардиросян, Б. В. Росский, И. А. Голобцов, 1974; Ю. Н. Мурашов, М. М. Синявский, 1974; Т. А. Республиканская, 1974; И. Л. Шенбергер, Г. А. Павлова, 1974; Н. А. Яковлев, 1973, 1974), то колебания в их взаимоотношениях можно объяснить лишь несовершенством диагностики. А. М. Аминев, Ю. А. Перов (1974), Г. А. Подоляк с соавторами (1974) дают соотношение между группами больных с прокталгией и кокцигодинией, равное 1:3; 1:6, а Т. А. Республиканская (1974), И. Л. Шенбергер, Г. А. Павлова (1974) — 6:1; 3:1.

Становится частично понятной позиция А. П. Демина (1974), В. Л. Ривкина с соавторами (1974), которые пишут об ано-копчиковом болевом синдроме, но избегают той относительной терминологической определенности, которую предлагают и которой пользуются в большинстве современные исследователи, прибегающие к ставшим общепотребительными терминам «кокцигодиния», «прокталгия».

Этиология и патогенез

Относительная редкость синдрома, нерегулярность, кратковременность и бесследность приступов препятствуют детальному изучению заболевания. В вопросах этиологии и патогенеза прокталгии большинство авторов прошлого не имели разногла-

сий, относили ее к группе невралгий, функциональных заболеваний прямой кишки. Некоторые исследователи в последние годы относят прокталгию к висцероневрозам, висцералгиям.

По вопросу о происхождении невралгии прямой кишки высказывались самые разнообразные предположения. К этиологическим моментам относили анемию, злоупотребление алкоголем и табаком, подагру, ревматизм, диабет, болезни почек, геморрой, криптит, папиллит, запоры и т. д. Большую роль отводили «невротической природе» больных (E. Parmentier, I. Foucaud, 1910; S. G. Gant 1923). И. К. Дрицаки (1912), не найдя причин для возникновения заболевания, определял прокталгию, как «первичную, идиопатическую невралгию прямой кишки». А. Mac Zennan (1914) относил ее в группу «кишечных невралгий». W. Leube (1895), H. Oppenheim (1913), A. Bensaude (1926), A. Ameline (1952), M. Ropex (1952), A. Bensaude, H. Guichard (1954) рассматривали прокталгию как типичную вторичную невралгию, возникающую в результате перенесенных заболеваний органов малого таза. Из многих заболеваний A. Bensaude (1926) на первое место среди причин «ано-ректальной невралгии» выдвинул заболевания половой сферы с воспалительно-токсическими влияниями на нервы и мышцы заднего отдела малого таза.

В. Л. Ривкин, С. А. Березницкий (1963), M. Pickardt (1908), S. Gant (1923), P. Bonnet (1927), L. C. Callandry (1960), M. Watts, R. C. Bennett, H. L. Duthie (1964), R. C. Bennett, H. L. Duthie (1965) отводили большую роль послеоперационным рубцам в малом тазу и главным образом в заднем проходе как источникам рефлекторных влияний. P. Weillér (1956), G. Faroy (1962) первопричиной прокталгии считали перенесенный проктит, F. C. Wallis (1909) — криптит, H. Beckman (1935), P. E. Hauden-Schild (1950), E. W. Whitney (1951), W. P. Mikkelsen, C. J. Berne (1962) рассматривали прокталгию как «кишечную ангину», усматривали основное патогенетическое звено в регионарной ишемии различного генеза.

Если у многих больных отсутствуют какие-либо доступные определению органические поражения прямой кишки, заднего прохода и других органов малого таза, то у 2 больных, которых наблюдал Bodenhammer, боли были вызваны полипами и после удаления полипов исчезли. У 2 больных, которых описал M. Pickard (1908), и у одной, описанной S. Gant (1898), имелись рубцы. Эта последняя больная была прооперирована по поводу геморроя. Через 6 месяцев у нее начались сильные боли в прямой кишке. Послеоперационный рубец в области заднего прохода был болезнен. Давление на него вызывало приступ сильнейших болей продолжительностью 20 минут.

Из 8 больных, которых наблюдали и описали В. Л. Ривкин и С. А. Березницкий (1969), у 2 боль в анальном канале развивалась после иссечения трещины заднего прохода, у 2 — после операции по поводу свища прямой кишки, у одного была доброкачественная опухоль (липогранулема) стенки прямой кишки, 3 больных страдали прокталгией без видимых причин. После иссечения рубцов и удаления опухоли боли у этих пациентов исчезли.

Таким образом, у некоторых больных предшествующим заболеванием являлась трещина заднего прохода. Но к моменту обращения к врачу трещина отсутствовала, а необыкновенно сильные боли в прямой кишке продолжались. Эти боли некоторые авторы описывают под названием постфиссурального синдрома.

Однако говорить о преимущественно вторичном характере прокталгии трудно, так как у большинства больных никакой патологии со стороны органов малого таза, да и других систем, обнаружить не удавалось, хотя у многих больных были анамнестические указания на перенесенные болезни или травмы. Так, В. М. Мыш (1934) писал, что он наблюдал тяжелые послеоперационные невралгии у больных, у которых при предшествовавшей операции в лигатуру захватывался ствол более или менее крупного нерва. Эти наблюдения не относились к ано-ректальной области.

А. Я. Шнее (1950), В. Р. Брайцев (1952), А. Н. Рыжих (1956), E. Gueni, H. Hartmann (1895) считали, что в основе прокталгии лежит неврит ветвей прямокишечных нервов, обусловленный различными причинами, в том числе перенесенной трещиной заднего прохода.

К этиологическим факторам, вызывающим прокталгию, E. Parmentier, I. Foucaud (1910), G. H. Ewell (1950) относили травму промежности и ягодичной области; А. Н. Рыжих (1956), А. Н. Douthwaite (1928), Mac Ewan (1935), F. C. Pybus (1946), M. D. Sheppard (1952), G. T. Cenlemans (1968) — сексуальные эксцессы — частые половые сношения, мастурбацию; W. Blyth (1935) — прерванный половой акт, L. L. Lovship (1911) — сильные эмоции. Среди наших больных у 5 половое сношение вызывало болевой приступ, причем у 3 женщин появлению болей предшествовало жжение во влагалище и парестезии в промежности.

Этиологическая роль запора и копростаз в происхождении прокталгии невелика. А. Albu (1906), Д. Н. Bett (1952), M. R. Ewing (1953), R. Bensaude, A. Guichard (1954), W. L. Cooper (1961) не отметили никакой зависимости между приступами болей и дефекацией. А. Straus (1922), S. G. Gant (1923), T. Thaysen (1935), E. Launda (1939), F. C. Pybus (1946), A. Zaengle (1953) наблюдали у нескольких больных появление болевых пароксизмов после задержки стула. Их возникновение они объясня-

ли застойной гиперемией и вторичной невралгией. У отдельных больных отмечалось уменьшение болей после испражнения. М. Б. Баркан (1970) сообщил об усилении болей при прокталгии после дефекации, причем у 83% (!) больных и в течение довольно продолжительного времени — от 30 минут до 1 суток — от же пишет о выделении крови у 40,5% больных, страдающих прокталгией. А резкую болезненность при исследовании прямой кишки пальцем М. Б. Баркан считает характерным симптомом прокталгии, что не подтверждается другими авторами и указывает на справедливость слов самого М. Б. Баркана (1970), что «с диагностикой прокталгии дело обстоит неудовлетворительно». Он неоправданно резко расширил довольно четко очерченные современными проктологами границы синдрома прокталгии путем включения больных с разнообразной патологией органов малого таза, в том числе и с геморроем.

Мнение А. Mac Lennan (1917), Н. Carlill (1935), что прокталгия является своеобразной чувствительной аурой у эпилептиков, а G. W. Corting (1968) — что это одно из первых проявлений болезни Крона при ее дистальной локализации, никем не подтверждено и не разделяется.

А. S. Myrtle (1883), А. Septuagenarian (1935) среди многих моментов, являющихся причиной заболевания, на первое место ставили простуду, F. C. Yeomans (1929) — влияние холода и наследственности, А. Beckman (1948), С. M. Pounders (1957) — аллергию, W. Handenschild (1950), N. Swinton (1951) — влияние психо-соматических нарушений.

Известно, что невралгическая боль локализуется по ходу определенного нерва. Относя рассматриваемый симптомокомплекс к невралгии, авторы должны были сразу указать, невралгию какого нерва они имеют в виду. У больных с прокталгией выяснить это не удается. Решить задачу не дают основания ни локализация или иррадиация болевых ощущений, ни выявление болей при пальпации предположительно заинтересованного нерва (М. Г. Бух, 1901), ни купирование болей впрыскиванием анестетика по ходу нервного ствола (R. Pitres, 1901). Болевые ощущения распространяются на целый орган, на всю прямую кишку. Поэтому Н. Eichhorst (1896) определил невралгию как висцеральный процесс, а М. В. Ewing (1953) — как висцеральный невроз.

В следующей главе о кокцигодиины мы упоминаем о важной патогенетической роли заболеваний мышц, клетчатки, воспалительных процессов в малом тазу в возникновении пояснично-крестцовых — копчиковых болей. Все эти факторы могут быть каузальными и по отношению к прокталгии. Поэтому у задачи специалиста должен входить поиск «курковых» зон, точек в малом тазу, в пояснично-крестцово-ягодичных областях, в промежности и в области бедер.

Н. L. Bockus, J. H. Willard (1934), Т. E. H. Thausen (1935, 1948), E. Aranet (1946, 1957, 1963), G. H. Ewell (1950), E. Whitley (1951), Gerendasy (1951), J. D. Karras, G. Angello (1951, 1963), T. Hughes (1952), M. R. Ewing (1953), A. Bensaude, R. H. Hillemand, H. Lovene (1955), S. T. Ross (1959), L. C. Callandry (1960), J. Arnous, E. Parnaud, I. Denis (1964, 1970), J. Codart (1965) считали непосредственной причиной болевого приступа при прокталгии мышечный спазм. В отношении локализации предполагаемого спазма существовали разные точки зрения. I. Gerendasy (1951) объяснял болевой синдром спазмом промежностных мышц и сфинктера заднего прохода; R. N. C. Smith (1935), Т. E. H. Thausen (1935), W. B. Gabriel (1948), G. H. Ewell (1950), R. L. Murdoch (1950) — спазмом мышц тазового дна, главным образом лонно-прямокишечного мускула, P. Polzien (1955) — леваторов, А. H. Douthwaite (1962) — лобково-копчиковых мышц.

I. D. Carras, G. Angello (1963) описали 56 больных, страдавших молниеносной невралгией. Болевые ощущения они считали результатом спазма мускулатуры таза и сравнивали со спазмом бронхиальных мышц, который на почве аллергии может появляться в результате инфекции, психических переживаний, непереносимости к различным запахам или видам пищи и пр.

Некоторые хирурги причиной пароксизмальных болей считают спазм прямой кишки. По мнению E. D. Palmer (1963), причина спазма мышц, как правило, находится вне прямой кишки. Если врачу удастся наблюдать у больного приступ болей, то сфинктер и другие перечисленные мышцы не находятся в состоянии повышенного спазма. Многие больные, врачи по профессии, во время приступов проводили обследование собственного заднего прохода пальцем, и ни один из них не наблюдал спазма сфинктеров. Только одному удалось прощупать напряженные, расширенные вены подслизистых сплетений (A. Lenge, 1939).

В литературе мы нашли сообщения только 4 авторов о ректороманоскопии на высоте приступа болей у нескольких больных с прокталгией. А. Mac Zennan (1917) обнаружил фибриллярный тремор внутреннего сфинктера; Н. L. Volen (1943) — гиперемизированную отечную слизистую оболочку прямой кишки с выступающими, набухшими сосудами. Давление концом тубуса на леватор вызывало его спазм. Была трудность при преодолении сигмо-ректального соединения, после прохождения которого вышло большое количество газов. E. Granet (1952) считает, что Н. L. Volen был свидетелем сигмо-ректальной инвагинации, разрешившейся от давления тубуса ректоско-

па, и симптом прокталгии он объясняет введением сигмы в прямую кишку. Инвагинация, по его мнению, может быть сдавлена спазмированной лонно-прямокишечной мышцей, что задерживает саморазрешение впадения и вызывает приступ боли. Аналогичные находки при ректороманоскопии на высоте приступа сделал О. J. Potthast (1959). У нескольких больных он обнаружил в положении их на спине сигмо-ректальную инвагинацию. При изменении положения тела больных на колленно-локтевое происходила дезинвагинация с одновременным исчезновением болевого приступа.

Эту точку зрения на генез прокталгии отстаивали A. Bossert, F. Bernhoft (1959), R. L. Murdoch (1956), С. M. Pounders (1957). Они ссылались на благоприятный эффект от вдувания воздуха в прямую кишку в момент болевого приступа у части больных с прокталгией (то же — W. H. Marschall, 1935; J. A. Ryle, 1935), на купирование пароксизмов болей приданием больным с прокталгией колленно-грудного положения или встряхиванием детей за ноги (R. N. C. Smith, 1935).

Многие, в том числе С. Н. Thiele (1936), J. D. Karras, G. Angello (1951, 1963), категорически отвергали этот взгляд на существо синдрома, так как, по их наблюдениям, коло-ректальное впадение к патологическим явлениям отнести никак нельзя. Его можно наблюдать у большинства больных при ректоскопии в положении на спине и на боку, особенно при натуживании больного, и никаких болевых ощущений исследуемый обычно не испытывает. Достаточно изменить положение его тела на колленно-локтевое, как инвагинация саморазрешается. По мнению F. Moutier (1930), сигмо-ректальное впадение наблюдается при каждой дефекации у здоровых людей. E. Granet (1952) также сообщает, что коло-ректальное впадение наблюдается у 10% здоровых лиц.

В последние 30 лет стали появляться публикации о семейном характере изучаемого синдрома. Т. Е. Н. Thaysen в 1948 г. описал 2 больных с proctalgia fugax из одной семьи, J. D. Karras, G. Angello в 1951 г. сообщили о 5 семьях, члены которых болели молниеносной формой прокталгии. A. Mac Lennan в 1931 г. сообщил о прокталгии у 3 членов одной семьи (цит. по M. R. Ewing, 1953). W. Handenschild (1950) лечил брата и сестру, страдавших этим заболеванием. P. E. Hauden, M. Grossman, 1959 (цит. по J. D. Karras, G. Angello, 1963) описали молниеносную и другие формы прокталгии у 20 членов одной семьи в трех поколениях, в том числе у ребенка в возрасте одного месяца.

Патогенез прокталгии, как и всякого другого заболевания, сложен, и его нельзя свести к единому фактору. Несомненно лишь, что главную роль в развитии синдрома играет иннервационный аппарат прямой кишки. Что прокталгия — висцероневроз или вегетосиндром, едва ли у кого вызывает сомнение.

Нейровегетология

Нейровегетология — молодой раздел учения о нервных болезнях. Отечественными авторами в разработке вегетативной патологии сделано многое. П. Я. Резенбах в 1900 г. в выступлении по докладу М. Г. Буха, посвященному невралгии симпатического нерва, говорил о тенденции приписывать симпатическому нерву «темные по своему патогенезу заболевания». Такая тенденция была вполне оправдана, как это подтвердил последующий 77-летний опыт невропатологии. За этот период были достаточно подробно изучены и описаны разнообразные виды и формы вегетосиндромов.

Учение А. М. Гришштейна (1945, 1946, 1957) о симпаталгии, работы Г. И. Маркелова (1934; 1948), В. М. Когана-Ясного (1936), В. Е. Добрускина (1939); П. П. Гончарова (1941), Ф. К. Кесселя (1941), О. С. Вальшонок, Р. Я. Шиндельмана (1942), Н. С. Четверикова (1943, 1948), В. К. Хорошко (1945), И. И. Русецкого (1946, 1950), Э. К. Евзеровой (1949), Г. Р. Соколянского, М. И. Габриеляна (1949), Н. И. Стрелковой (1963), Ю. Н. Судакова (1963), Ш. Урусамбетова (1971), В. Т. Von Taschke (1950), L. T. Palumbo (1955), С. Devita, С. Prisko (1959), T. Gordonoff (1960), С. Н. Lenshock (1960), R. Leriche (1960), С. Pichler, H. Siedek (1964) легли в основу современных представлений о ганглионите, триптите, вегетативном неврите, о «вегетозе», как его называет И. И. Русецкий (1950), о реперкуссионных и рефлекторных вегетосиндромах (М. Б. Кроль, 1935, 1937; Ю. М. Уфленд, А. Е. Кузевич, 1941; А. М. Гришштейн, 1945; И. И. Русецкий, 1950, 1958; М. Б. Кроль, С. П. Федоров, 1966; А. М. Гришштейн, Н. А. Попов, 1971).

К числу вегетативных нарушений на сегментарном уровне относятся симпаталгические, трофические, висцералгические расстройства (А. М. Вейн, Н. А. Власов, 1972). Особенности, присущими всем вегетативным нарушениям, являются «диффузность раздражения, отражаемость признаков и динамичность клинических проявлений» (И. И. Русецкий, 1950, 1958; А. М. Гришштейн, Н. А. Попов, 1971; G. Pellegrini, I. Papp, 1962). Основным, наиболее часто встречающимся проявлением вегетативной патологии является вегетативный криз, пароксизм (А. М. Вейн, В. А. Колосова, 1971). Для вегетативных кризов характерно появление кратковременных приступов диффузной жгучей боли, «обморочной», по образному выражению M. Jaboulay (1902), «термической», по определению И. И. Русецкого (1946, 1950), с яркой эмоци-

ональной окраской (Н. К. Боголепов, 1967; R. Lerich, 1927, 1961). Типичными для вегетативных синдромов являются нарушения в аффективной сфере: изменения со стороны психики с развитием астено-депрессивного синдрома, появление ощущений тоски, страха, различных фобий (А. М. Гринштейн, 1963; А. М. Вейн, 1965; Л. Г. Ерохина, 1973).

Не в каждом проявлении вегетосиндрома могут наблюдаться расстройства функций вазомоторной, секреторной, пиломоторной и трофической иннервации кожи (Ф. К. Меньшиков, 1952; А. М. Гринштейн, Н. А. Попова, 1971; R. Lerich, 1961). Существуют диссоциированные частичные или, как их называет И. И. Русецкий (1950, 1958), «разорванные» синдромы с нарушениями только в чувствительной или в двигательной сфере. Вегетативный криз может быть монссимптомным (А. М. Вейн, В. А. Колосова, 1971; О. Егорова, 1972).

Этиология вегетосиндромов разнообразна: прямые травматические или инфекционно-токсические влияния на любой из отделов вегетативной нервной системы, рефлекторные реперкуссионные воздействия из патологических очагов различной локализации. По мнению М. Р. Могендовича (1946, 1948, 1957), Р. Е. Robert (1961), особенно многообразны отраженные явления с кишечника. Клиника и экспериментальная патология располагают данными о том, что кишечник не только источник интоксикации, но и возбудитель мощных нервных импульсов, способных глубоко влиять на вегетативную нервную систему, на состояние других внутренних органов.

Возникновению вегетативной патологии, ее обострениям могут способствовать интенсивные физиологические процессы в других, даже отдаленных вегетативных аппаратах, например, менструальный цикл (В. Е. Добрускин, 1939; R. Lerich, 1927; G. Cotte, 1929, 1949), климакс (К. Н. Цудульковская, 1960; М. С. Малиновский, Е. Д. Свет-Молдавская, 1968), расстройства кровообращения пораженной части (Л. О. Даркшевич, 1939; Р. М. Фронштейн, 1955; E. Sperling, A. Stendler, 1955, J. Travell 1955), аллергические состояния с их нервно-гуморальной перестройкой, ятрогения, истощение психики и вегетативно-гормонального аппарата при общем утомлении, при бессонных ночах, половых эксцессах (В. Ф. Зеленин, 1939; В. Г. Вогралик, 1962, 1964; И. А. Кассирский, 1970; R. Fontaine, L. G. Herrmann, 1932; C. J. Duncan, 1946; E. Thierman, 1953; J. Arttner, 1959; R. Mirch, 1961; W. I. Hans, 1962; W. Hargis, 1962). Интересующие нас расстройства могут иметь психологическую обусловленность, поскольку психические переживания иногда выражено влияют на тонус вегетативной нервной системы (В. К. Хорошко, 1943; Г. К. Ходос, 1974; E. A. Kindel, F. H. Pemberton, 1935; P. Costa, 1958; G. Selby, J. W. Lanse, 1960).

Н. К. Боголепов (1967) пишет о неврогенных регионарных спазмах желудочно-кишечного тракта, возникающих после психических травм у лиц, склонных к висцероспазмам. О неустойчивости вегетативной нервной системы как предрасполагающем факторе развития вегетосиндрома сообщали А. М. Гринштейн, Н. А. Попова (1971), а среди провоцирующих моментов, подготавливающих состояние вегетативной лабильности, они называли психические факторы, эмоциональные сдвиги. Хорошо известна особая восприимчивость желудочно-кишечного тракта к изменениям функционального состояния коры головного мозга, к эмоциям (А. А. Остроумов, 1895; С. П. Боткин, 1899; П. С. Усов, 1911; В. Н. Мясичев, 1960; С. В. Базанова, 1963; Н. В. Канторович, 1967).

В обширной литературе, посвященной неврозам кишечника (Н. Ф. Лорие, 1957; Ф. К. Меньшиков, 1962; А. Г. Гукасян, 1964; И. Боас, 1901; G. V. Bergmann, 1913), содержится много описаний энтералгических форм слизистой колики, весьма напоминающих прокталгию по характеру болей, по их эмоциональной яркости, по аффективным нарушениям нервно-психической сферы. Экспериментальный невроз кишечника получили у группы добровольцев W. Grace, S. Wolf, H. Wolf (1951). Убедительны их доказательства влияния на кишечник отрицательных эмоций, неприятных раздражений, искусственно вызванной головной боли, при которых наступали приступы болей в животе с гиперкинезом, гиперемией и гиперсекрецией слизи в сигмовидной кишке вплоть до образования эрозий на ее слизистой оболочке. Эта картина напоминает данные, полученные при ректороманоскопии у 3 больных с прокталгией на высоте приступов болей (A. Mac Lennan, 1917; H. L. Volen, 1943).

В. К. Хорошко (1943) отмечал, что при висцероневрозах особенно часто оказывается расстроенным тонус сфинктеров внутренних органов, в том числе прямой кишки, что система сфинктеров — излюбленное место, где нарушения больше всего сказываются как нарушения функционального характера, связанные с сильными болями. А. Крейндлер (1963) объясняет возникновение болей при вегетоневрозах «повышенной сокращаемостью гладкой мускулатуры, либо сужением ее сосудов с последующей ишемией».

Значительно меньше других изучены синдромы поражения вегетативной нервной системы в крестцовой области, при поражениях органов таза. Чтобы убедиться в этом, достаточно познакомиться с разнообразием терминов, которыми обозначались тазовые вегетативные синдромы.

М. Gooch (1831) писал о «раздраженной матке» — irritable uterus, M. Churchill (1866), P. Hodge (1868) — о «синдроме пароксизмальных маточных болей»

(цит. по G. Cotte, 1928). M. Richelot в 1892 г. употребил термин «тазовая невралгия», а M. Taboulay в 1898 г. — более правильный по существу, но неопределенный топографо-анатомически — «тазовая плексалгия». В 1911 г. M. H. Лапинский сообщил о «синдроме малого таза», а G. Cotte (1927) и K. Skajaa (1950) — о «подчревной плексалгии». S. Vezely (1932), W. J. Black (1936) пользовались термином «генитальный эндосимпатоз», I. M. Jordan (1931) — «раздраженная, неустойчивая кишка» — irritable, unstable colon, L. Rathcke (1950), I. P. Ernst (1951), F. S. Wetherel (1951) — «тазовый вегетативный синдром». F. Tayle (1936), A. Nepter (1944, 1950), J. G. Lawson (1960) предпочитают наименование «тазовая вегетативная дистония». Неоправданно употребил слово «невралгия» по отношению к болям в целой области P. Funck-Brentano (1956) — «эссенциальная тазовая невралгия». Д. С. Губер-Гриц, Т. Д. Дерман (1937), И. Ю. Кохановский (1941) писали о «неврологическом тазовом синдроме у женщин», Э. К. Евзерова (1949) и Г. Б. Вайнштейн (1952) — о «гипогастральном синдроме», G. W. Theobald (1951) — о «тазовом симпатическом синдроме».

Современные исследователи пользуются понятиями, ставшими общепринятыми: дисменорея или альгодисменорея, цисталгия. Но публикации, в которых авторы избегают специальной терминологии и предпочитают говорить о «тазовых болях», продолжают иметь место (E. M. Lemerle, 1939; A. L. Evans, O. S. Cofer, H. H. Gregory, 1952; H. C. Taylor, 1957; H. Robert, 1959; J. Stendler, H. Pannke, 1959; W. F. Mengert, 1960).

Характерно, что авторы — не проктологи — ни словом не упоминают о прокталгии, имеющей так много общего с перечисленными заболеваниями и являющейся как бы составной частью тазового вегетативного синдрома. Здесь приходится с сожалением повторить слова Р. Лериша (1966): «Хирурги слишком разгорожены на участки специализации, слишком региональны».

Какие же имеются основания для отнесения прокталгии в группу вегетативных нарушений? Их несколько. Во-первых, пароксизмальный, скоропреходящий характер приступов; во-вторых, жгучий, диффузный характер болей с ощущением инородного тела, «кола» в прямой кишке, что свойственно спазмам полых органов — глотки, пищевода; в-третьих, яркая эмоциональная окраска приступов, сопровождающихся, как правило, глубокой ипохондрией, страхом; наконец, нередко у больных с прокталгией наблюдаются сенестопатии, рефлекторные и реперкуссионные вегетативные нарушения со стороны сердца, легких, желудка. У отдельных больных удается констатировать трофические и вазомоторные нарушения в крестцово-кончиковой области, промежности в виде побледнения, «мраморности», цианотичности кожи, смены ее окраски в момент приступа болей, появления парестезий, участков гипергидроза, пилоаррекции, шелушения эпидермиса.

Клиническое сходство прокталгии с упомянутыми выше и ниже вегетативными синдромами дает основание отнести ее в эту же группу. Такое заключение подкрепляется данными, полученными при изучении вегетативных рефлексов у больных с прокталгией. Проведенное нами у 122 (68,5%) больных исследование глазо-сердечно-го рефлекса Ашнера-Данини, у 93 (52,6%) — эппгастрального рефлекса выявило повышенную рефлекторную возбудимость вегетативных нервных отделов.

Отсутствие трофических, секреторных, вазомоторных нарушений у многих больных с прокталгией можно объяснить преходящим характером этих изменений, тем, что многие больные не обследуются с этой стороны во время пароксизма, а также тем, что поражаются, вероятно, концевые вегетативные аппараты — синапсы или интрамуральные ганглии, что дает диссоциированный вегетосиндром с нарушением в двигательной и чувствительной сферах. R. Mac Ewin (1956), C. M. Pounders (1957) указывали на мигренозный характер прокталгии, A. Bensaude (1965), M. R. Ewing (1953), J. A. Ryle (1935), A. P. Cavadias (1935) относили ее к висцероневрозам, висцералгиям, к нейровегетативным рефлексам.

Рассматривая этиологию и патогенез прокталгии и сознавая, что аналогия в определенной степени приблизительна, условна, все-таки интересно провести параллель с аналогичными синдромами, наблюдаемыми в невропатологии, стоматологии, урологии и гинекологии.

Мы имеем в виду прозопапалгию вегетативного генеза, ранее известную как атипичная тригеминалгия, а в последнее время как лицевая симпаталгия (А. М. Гринштейн, 1946, 1963; Л. Г. Ерохина, 1973), глоссодинию (глоссалгию, стомалгию по Л. П. Рубину, 1966), цисталгию и первичную или истинную дисменорею (альгодисменорею). Все они имеют весьма сходную клиническую картину с несомненным правом самостоятельности в диагностическом отношении. Эти заболевания встречаются сравнительно редко, проявляются кратковременными болями приступами глубокого, жгучего характера без объективных патологических или с минимальными нарушениями вегетативно-эффекторного, трофического характера. У больных часто наблюдают повышенную нервную возбудимость, фобические синдромы.

Цисталгией страдают только женщины, глоссодиния изредка встречается у мужчин, прозопапалгия наблюдается у последних несколько чаще. Среди прозопапалгий болевые синдромы с вегетативным компонентом наблюдаются у 50% больных (M. A. Gla-

ser, 1940; T. W. Mc. Elin, B. T. Horton, 1947), по данным Л. Г. Ерохиной (1973), — у 42%.

Одним из важных клинических признаков прозопалгии является наличие «курковых» зон с различной степенью выраженности — вегетативно-эффекторными, трофическими нарушениями (Н. Н. Бурденко, 1933; А. И. Гейманович, 1947; Д. Я. Варшавская, 1952; К. А. Великов, 1960; Л. Р. Рубин, 1960, 1966; А. Д. Динабург, 1961; А. М. Вейн, 1962, 1965; В. М. Карпенко, 1963; В. А. Смирнов, 1967; В. Ф. Реутова, 1971; G. Sluder, 1927, 1958; B. T. Horton, 1956; A. S. Frees, 1959).

Роль психогенных факторов эмоционального напряжения в генезе приступов лицевых вегетативных, их рецидивов отмечалась многими исследователями (С. Н. Антонова, 1953; В. С. Михайловский, 1967; A. Sicard, 1925; F. Kennedy, 1940; 1941; E. M. Seydell, 1940; E. R. Szujewski, H. Schmidt, 1948; G. L. Engel, 1951; J. Travell, 1955; G. Selby, J. W. Lance, 1960; A. Horschowski, 1962). Однако Л. Г. Ерохина (1973), I. I. Prick (1951), F. Lasku (1958) считают, что психика у большинства больных прозопалгией изменяется в процессе заболевания, его эволюции.

А. Я. Кузмичев (1964) выявил частую сенсibilизацию больных к холоду. W. K. Livingstone (1943) одной из частых причин лицевых болей называет очаговый миозит, гипертонусы в жевательных мышцах.

В основе прозопалгии лежит перемежающаяся хромота вегетативных ганглиев, их ангиодистония (H. Wolf, 1948; G. Schaltenbrand, 1953; E. Sperling, A. Stendber, 1955) нарушения кровообращения в вертебробазиллярной сосудистой системе (Ю. Ю. Попелянский, 1966; В. Б. Гельфанд, Л. Д. Крымский, 1967). Против первичности сосудистых изменений высказались С. F. List, S. Williams (1957), M. M. Braaf, S. Rosner (1960). Они ссылались на большую частоту интракраниальных вазопатий и относительную редкость лицевых симпаталгий, причем для последних характерна преимущественно односторонняя локализация.

В происхождении прозопалгий несомненно роль инфекций, но у небольшой части больных (О. Е. Егорова, 1972; Л. Г. Ерохина, 1973) возможно их развитие на фоне дисфункций дизцефальной области (Н. С. Четвериков, 1943; Л. Н. Перервина, 1955; Н. К. Боголепов, 1964; Э. Л. Лурье, 1955). Возможен реперкуссионный генез лицевых вегетативных при заболеваниях внутренних органов (М. Н. Лапинский, 1911, 1923; Н. К. Боголепов, 1949; Л. Р. Рубин, 1960; Н. К. Боголепов, Л. Г. Ерохина, 1969).

Вопрос о роли наследственных факторов изучен недостаточно. W. Harris (1940) наблюдал прозопалгию в 2—3 поколениях; таких был 1%. F. H. Lewey (1939) отметил наследственную передачу заболевания у 6% больных.

В работах последних лет обсуждается роль аллергии в возникновении прозопалгии. Было обращено внимание на периодичность, обратимость приступов лицевых болей, их склонность к ремиссиям, редкое сочетание начала заболевания с приступом бронхиальной астмы, крапивницей и другими аллергическими состояниями (R. Mirek, 1961; W. I. Hanes, 1962; W. Harris, 1962).

Важным патогенетическим звеном L. F. Charpaп, A. O. Ramos, H. S. Goodell, I. Silverman, H. Wolf (1960) считают выработку нейрокинина, выделенного ими из кожи «курковых зон» в момент приступа лицевых болей.

Глоссодиния может быть очень упорной, она иногда не уступает различным терапевтическим мероприятиям на протяжении нескольких лет, наблюдается преимущественно в климактерическом периоде, часто у больных с нарушением функции половых желез, что, как известно, создает лабильность нервной системы (Г. К. Ходос, 1974); (I. T. Gilpin, 1936; D. E. Ziskin, R. Moulton, 1946).

Многие авторы отмечают невропатическое предрасположение больных (И. М. Старобинский, 1951; М. А. Макенко, 1957; Л. Р. Рубин, 1966; M. F. Eingman, 1922; H. Macphedran, 1927; I. C. Michael, 1931 — цит. по S. F. Gilpin, M. S. Burstone, 1946). R. Euckmans (1952) относит глоссодинию к симпаталгиям, K. Dietrich (1956) — к моносимптомному таламическому синдрому. I. T. Gilpin (1936) утверждает, что глоссодинией болеют лица с низким болевым порогом.

Среди непосредственных причин глоссодинии называли различные физические факторы (шероховатые зубы, недоброкачественные протезы — D. E. Fiskin, R. Moulton, 1946; D. M. Montgomery, G. D. Culver — цит. по S. F. Gilpin), рефлекс к желудку при измененной кислотности (И. М. Старобинский, 1951; Е. В. Боровский, Ю. Д. Барышева, 1957; Т. Т. Школяр, 1957; I. Selley, 1928; M. Morely, 1929), рефлекс к кишечнику при его воспалении (Т. И. Анисимова, 1957), нерациональное питание с нехваткой белков (K. H. Beal, 1922 — цит. по I. T. Gilpin). И. М. Старобинский (1951), Л. Р. Рубин (1966) указали на этиологическую роль гальванического тока, возникающего при использовании различных металлов при протезировании зубов. Среди непосредственных этиологических факторов психическую травму и эмоциональное напряжение назвали Б. И. Рапопорт, Л. И. Лехиер, Н. С. Суслина (1957), А. М. Вейн (1962), М. Г. Гольдельман, А. Я. Креймер (1974), D. E. Ziskin, R. Moulton (1946), K. Dietrich (1956). Причем Н. Орпенгейм (1913) писал, что часто бывает трудно установить причинно-следственную связь между психо-невротическими изменениями и глоссодинией, а также определить, что из них первично, так как сплошь и рядом они взаимообусловлены.

М. А. Макиенко (1957), Р. Х. Максудова, Е. И. Голутва (1963), Ю. Н. Судаков (1963), Л. Р. Рубри (1966), L. W. Dean (1922 — цит. по S. F. Gilpin, G. Sluder, 1927) придавали большое значение в развитии глоссодии раздражению симпатических ганглиев и относили ее в группу вегетосиндромов.

Все авторы считают цисталгию функциональным нарушением, видят ее причины в расстройстве иннервации мочевого пузыря (A. L. Colomer, 1957; P. C. Jensen, 1962), в «повышенной чувствительности его» (L. D. Wheeler, 1960). Н. М. Овчинников, И. М. Эпштейн (1929), F. Einarsson (1964) связывают развитие цисталгии с патологией полового аппарата женщины, А. Я. Пытель, С. Д. Голигорский (1973) — с различными патологическими процессами в соседних органах при наличии предрасполагающих условий — нарушений эндокринно-гуморального характера.

Болевые пароксизмы в мочевом пузыре при отсутствии органических поражений в нем Н. Ф. Лежнев (1923), В. Е. Субботский (1924), Б. И. Хольцов (1926), Н. Orpenheim (1901) относили к психогенным страданиям. С. Д. Голигорский (1970) определил цисталгию как результат следового раздражения после перенесенного цистита. Он обнаруживал у небольшой категории больных лишь нейрогенное нарушение со стороны внутреннего сфинктера мочевого пузыря. Такое состояние обозначалось как дистония или дизэктазия его шейки. У небольшой части больных при легких формах заболевания лечебный эффект может быть достигнут пресакральными новокаиновыми блокадами в сочетании с антихолинергическими средствами и транквилизаторами (Ф. И. Радекций, 1936; А. Я. Пытель, С. Д. Голигорский, 1973; F. Carpati с соавт., 1964; S. Boyarsky, 1967).

У многих больных настолько выражена клиника заболевания с частыми настоятельными позывами на мочеиспускание и резкими болями при этом, настолько упорно его течение при безуспешности консервативных мер, что приходится прибегать к операции. Производят резекцию мочевого пузыря (С. Д. Голигорский, 1970; J. Cibert, 1959) или осуществляют вмешательство на симпатической нервной системе в тазу. О хороших результатах резекции верхнего подчревного сплетения при этом сообщали V. Rochet (1921), C. Viannay (1922), A. W. Adson (1933), W. C. Abbott (1937), G. A. Learmonth (1931, 1937).

При первичной дисменорее боли имеют острый, судорожный характер, часто напоминают родовые схватки. По A. Masson, P. Shoemaker (1939), у 22% больных, по A. Davis (1948) — у 4,8% боль бывает настолько интенсивной, что встает вопрос о хирургическом лечении — вмешательстве на симпатической нервной системе в тазу или гистерэктомии, которые только и избавляют больных от этого страдания (A. Beckman, 1948; A. L. Evans, O. S. Cofer, H. H. Aregory, 1952). Боли усиливаются перед менструацией, при физическом утомлении, при половых актах, после эмоциональных напряжений (R. Lerich, 1927; G. Cotte, 1929; R. Fontaine, L. G. Herrmann, 1932; C. J. Dunsan, 1946; E. Thierman, 1953).

В основе патогенеза первичной дисменореи некоторые считают дисфункцию тазового отдела вегетативной нервной системы при отсутствии видимых изменений или при минимальных поражениях соседних с гениталиями органов (H. C. Taylor, 1957). Предполагают, что этиологическую роль могут играть ограниченные очаги неулавливаемого физикально параметрита, задний параметрит (M. Jaboulay, 1902), очаги альтерации брюшины и подбрюшинной клетчатки — целлюлит тазовых мышц — миозит (G. Cotte, 1928), индурация крестцово-маточных связок с вторичным невритом (R. Condamine, 1927; I. Young, 1933), хронический цервицит с вторичной стойкой контрактурой шейки матки (I. Young, 1938), хронический лимфангит (W. J. Black, 1936; F. Iayle, 1936).

Предлагались концепции тазовой гиперемии, застоя в венозных сплетениях малого таза (M. Gooch, 1831), А. Э. Мандельштам (1959), E. G. Waters (1946), A. M. O. Foury (1959) отводили большую роль в развитии дисменореи инфантильной матке, чрезмерно анте- или ретрофлексированной, а первопричиной считали яичниковую недостаточность, из-за которой не происходит необходимого разрыхления плотной, малоэластичной матки и сосудистая сеть ее не в состоянии вместить менструальную волну крови. О «бесспорной роли гинекологического предрасположения» к дисменорее писали G. Cotte (1928, 1949), A. Beckman (1948).

На тесную связь вегетативных синдромов половой сферы с вегетативными нарушениями прямой кишки и мочевого пузыря со ссылкой на общность их сосудистого русла и иннервационного аппарата указывали A. Ameline (1952), A. M. O. Foury (1959), E. E. Von Pohle (1963), F. Einarsson (1964). Нервность, раздражительность, вегетативную лабильность больных отмечали P. Pröse (1923), H. Molin, F. Condamine (1929), F. H. Pemberton (1935), E. A. Kindel (1935), R. Costa (1958), I. Arther (1959). Подавляющее большинство исследователей сходится в том, что у неврастенических женщин, психически неустойчивых, значительно легче фиксируются патологические условные рефлексы. Резюмируя, следует отметить, что углубление в патогенез дисменореи — генитального вегетосиндрома — дело будущего. На общность патогенетических механизмов (в основе — вегетативные нарушения) лицевых болей и прокталгии указывали P. Nauden, M. Grossman (1959).

Заканчивая краткий экскурс в область ряда вегетативных синдромов, топографически далеких, но патогенетически, клинически близких, необходимо сказать, что у значительной части больных не удается выявить непосредственную причину заболевания.

Обращает на себя внимание существующий разрыв между детальными клиническими описаниями болевых пароксизмов и скудными знаниями этиологии и патогенеза их, незначительностью патоморфологических исследований. Характерна противоречивость мнений о каузальном значении патоморфологических изменений при этих синдромах. Становятся понятными часто употребляемые эпитеты: «неопределенная», «неясная», «темная» по генезу боль. Множество предлагаемых терапевтических мер указывает на их непостоянную эффективность.

По-видимому, любой патологический процесс в пределах склеротомной зоны может привести к возникновению того или иного вегетативного синдрома (Ю. Ю. Попелянский, 1966, 1973; Л. Г. Ерохина, 1973).

Разнообразие различных зон и эндогенных факторов, с которыми связывают возникновение и рецидивы этих вегетосиндромов, указывает на неспецифический характер каждого из них, с одной стороны, и на сложность патогенетических механизмов болевых приступов с другой стороны. Вопрос об их каузальном значении должен решаться весьма осторожно (I. Ruchston, H. Macdonald, 1957).

Патоморфологические исследования

Патоморфологические исследования прокталгии не проводились. Имеющиеся публикации касаются гистологического изучения вегетативных ганглиев при аналогичных вегетосиндромах (прозопалгия, глоссодиния).

Е. Herroy (1960) использовал электронную микроскопию и тонкие физиологические методики для изучения влияния различных острых и хронических процессов на состояние вегетативных ганглиев и обнаружил, что последние очень устойчивы к острым заболеваниям, но изменяются при хронических процессах.

После операций, предпринятых по поводу тяжелых форм прозопалгий, обнаружены патоморфологические изменения в гассеровом узле, которые рассматривались как патогенетические факторы типичной невралгии. В частности, при этом заболевании выявлены изменения ультраструктуры гассерова узла — выраженные пролиферативно-дегенеративные изменения в миелиновых оболочках с сохранением аксона, с развитием в оболочке пролиферативной реакции (F. W. Perr, R. H. Miller, 1966), D. L. Beaver, H. L. Moss, C. E. Canote (1965), D. L. Beaver (1967) при электронной микроскопии гассерова узла также обнаружили сегментарную демиелинизацию, гипертрофию аксонов с образованием микроневром. При этом клетки узла остаются интактными, за исключением вакуолизации нисселевской субстанции. Эти данные, не вскрывая сущности заболевания, доказывают участие гассерова узла в генезе приступов невралгии. При изучении периферических нервных аппаратов у больных с глоссодинией Р. Х. Максудова, Е. И. Голутва (1963) обнаружили дистрофические изменения в основном в миелиновых оболочках нервных волокон.

М. Bodian, В. D. Lake (1963) считают, что начало разрешения проблем прокталгии будет положено после тщательного гистологического исследования вегетативных нервов в малом тазу.

С целью изучения вопросов патогенеза прокталгии полученный нами при операциях, пояснично-крестцовых ганглионектомиях и резекциях верхнего подчревного сплетения материал (вегетативные ганглии пограничного симпатического ствола и нервные волокна верхнего подчревного сплетения) подвергся морфологическому исследованию. Препараты окрашивались гематоксилином и эозином по Ван-Гизон, толундиновым синим по Ниссли, суданом III, импрегнировались по Бильшовскому — Гросс.

При изучении полученных препаратов были выявлены в симпатических ганглиях нарушения гемодинамики с явлениями венозного полнокровия и изменения в эндотелии венозных сосудов (вакуолизация, дистрофия, вздыбленность эндогенитальных клеток).

В виде единичных очагов в стромах ганглиев обнаружены круглоклеточные инфильтраты, которые занимают небольшую площадь и располагаются между клетками, ближе к краю ганглия, либо в месте выхода из ганглия пучка нервных волокон.

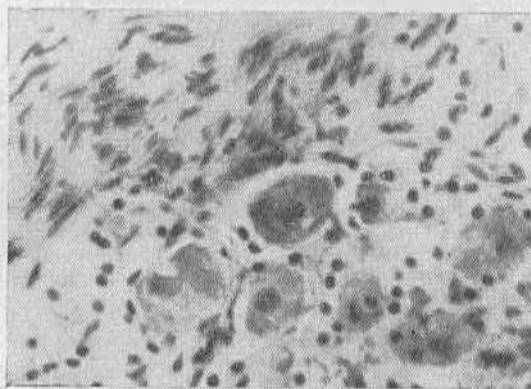


Рис. 25. Вакуолярная дистрофия, пикноз ядер, смещение ядрышка в нейронах тазового симпатического ганглия. Наблюдение Ю. А. Перова, больная С., 53 лет, больна 12 лет.



Рис. 26. Гипертрофия клетки Догеля 1-го рода и ее отростков в тазовом симпатическом ганглии. Та же больная.

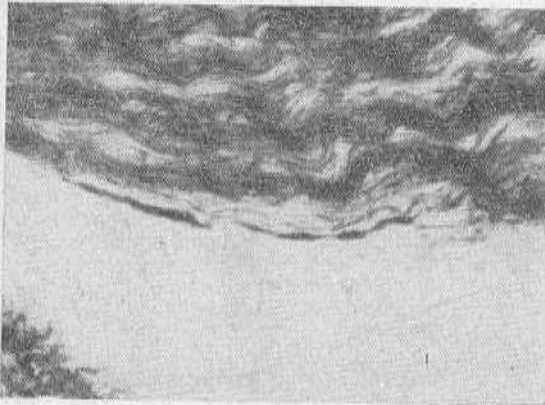


Рис. 27. Варикозность, истончение осевого цилиндра мякотного нервного пучка в подчревном нервном сплетении. Та же больная.

В эпиневрии выходящих из ганглия пучков нервных волокон обнаруживались явления венозного застоя с отеком стенок венозных сосудов и периваскулярной кругло-клеточной реакцией. В эндотелии — пеннистость цитоплазмы.

В нервных пучках подчревного сплетения наряду с обычным видом нервными волокнами обнаружены волокна с резкими изменениями в виде аргентофилии, варикозности, расслоения нейрофибрилл и истончения осевых цилиндров. Таким образом, нами выявлены изменения вегетативных симпатических ганглиев при прокталгии, проявляющиеся нарушением гемодинамики в ганглиях и в одевающих их оболочках в виде венозного полнокровия, васкулита, преимущественно венозных сосудов, наличие в строме ганглиев и при выходе из них пучков нервных волокон лимфангио-гистиоцитарных инфильтратов с дистрофией прилежащих к инфильтрату нейронов, вплоть до атрофии и гибели их. Имела место гипертрофия отдельных мультиполярных нейронов и огрубение выявленных синаптических структур. Реактивные и дистрофические изменения были выявлены в нервных волокнах пучков стромы ганглиев и в нервных пучках подчревного сплетения. Все выявленные изменения свидетельствуют о наличии хронического мелкоочагового патологического процесса, возможно, имеющего иммунную природу (круглоклеточные инфильтраты), приводящего к различной степени поражения нейронов и их отростков, а также к нарушению правильного замыкания нервных импульсов в дугах вегетативных рефлексов, проходящих через эти ганглии.

Наличие у части больных обострений прокталгии, связанных с вирусным заболеванием — гриппом, может быть объяснено поражением сосудов в структурных эле-

Инфильтраты представлены клетками лимфоидного и гистиоцитарного ряда, густо инфильтрировавшими ткани.

Нервные клетки, расположенные в зоне инфильтрации и рядом, подвержены резким дистрофическим изменениям, проявляющимся в виде гиперхроматоза и пикноза ядер со смещением ядрышка к ядерной оболочке, вакуольной дистрофии цитоплазмы клеток с характерным расположением вакуолей в виде перинуклеарных ободков, хроматолиза цитоплазмы нервных клеток, вплоть до гибели нейронов или их атрофии. Нередко явления дистрофии обнаруживались и в нейронах, расположенных в отдалении от инфильтрата. В них также имели место вакуольная дистрофия, гиперхроматоз ядер, смещение ядрышек к периферии. Имелось в цитоплазме большое количество зерен липофусцина, которые были хорошо видны в препаратах, окрашенных гематоксилином и эозином, суданом III и импрегнированных азотнокислым серебром.

Нередко в строме ганглиев обнаруживались гипертрофированные нейроны — клетки Догеля 1-го типа — с резким огрубением отходящих от них отростков. Такие клетки в большинстве располагались на периферии ганглия. Огрубение обнаруживалось и в синапсах, расположенных на телах нейронов симпатических ганглиев.

Резкие изменения были выявлены и в пучках нервных волокон в строме ганглия. Часть нервных волокон была резко утолщена, аргентофильна, с чередующимися местами наплывами цитоплазмы, варикозностями и истончением осевых цилиндров.

ментах вегетативной нервной системы по типу васкулита. Появление круглоклеточных инфильтратов при этом указывает на длительный, хронический характер иммуно-клеточной реакции, которая может явиться источником возникновения болевого синдрома.

Резюме: прокталгия является периферическим вегетативным синдромом с нарушениями в чувствительной и двигательной сфере прямой кишки, в основе которого лежит, по-видимому, поражение окончаний вегетативных нервов или их ганглиев самыми разнообразными факторами. Основная этиологическая роль принадлежит воспалительно-токсическим влиянием из очагов поражения в ано-ректальной и мочеиспускательной сферах. Менее важна этиологическая роль очагов нейроостеофиброза.

Прав В. К. Хорошко (1948), когда говорит, что подчас имеет место увлечение диагнозом «вегетоневроз». Иногда этот диагноз мало обоснован и может увести в сторону приблизительных рассуждений от желания постараться приблизиться к более точному пониманию болезни. Понятия «вегетоневроз», «вегетосиндром» прикрывают нередко недостатки распознавания. Однако достичь большой определенности в этом разделе проктологии в настоящее время не представляется возможным, а клинические проявления изучаемого синдрома убедительно указывают на заинтересованность в его развитии вегетативной нервной системы.

У 148 (82%) наших больных можно было отметить в анамнезе, чаще всего в недалеком прошлом, различные заболевания органов малого таза, оперативные вмешательства на заднем проходе или на копчике, грипп, поясничный остеохондроз, воздействие холодной клизмы. Все перечисленные факторы могли быть вероятными этиологическими моментами. Этим больных мы относим в группу с вторичной прокталгией. При самом тщательном расспросе у 33 (18%) больных не удалось выявить даже вероятного этиологического фактора. Они составили группу с первичной, или истинной прокталгией. Вероятные этиологические моменты у наших больных были следующие: заболевание прямой кишки — 75, в том числе трещина заднего прохода — 25, геморрой — 20, проктосигмоидит — 15, криптит — 11, анальный зуд — 4; операции на заднем проходе — 45, в том числе: операция Габриэля — 29, перевязка и иссечение узлов — 16; заболевания женских половых органов — 47, в том числе аднексит — 23, эрозия шейки матки — 2, аборт — 1, опущение стенки влагалища — 1; кокцигодиния — 21; заболевание мужских половых органов — 7, в том числе: простатит — 6, везикулит — 1, грипп — 3; поясничный остеохондроз — 1; холодная клизма — 1.

Клиника и диагностика

В нашей клинике за 21 год (1953—1973) наблюдался 181 больной с прокталгией, из них женщин было 126 (70%), мужчин — 55 (30%), 102 (56%) лечились амбулаторно, 79 (44%) — стационарно. За эти же годы стационарно в клинике лечилось 69 917 хирургических больных, в том числе в проктологическом отделении 16 480 человек. Следовательно, больные, страдавшие прокталгией, составили 0,1% к числу стационарно лечившихся хирургических больных и 0,48% к числу стационарных проктологических больных. Возрастной состав больных и продолжительность заболевания представлены в табл. 12 и 13.

Таблица 12

Возрастной состав больных

Возраст, лет	Число	%
10—20	1	0,6
20—30	20	11,2
30—40	64	35,6
40—50	55	29,4
50—60	31	17,5
60—70	9	5,1
70—80	1	0,6
Всего	181	100,0

Таблица 13

Продолжительность заболевания

Продолжительность, лет	Число
До 1 года	57
1—2	38
2—4	32
4—6	22
6—8	14
8—10	13
10—12	4
15	1
Всего	181

Наши данные подтверждают мнение большинства авторов, что болеют прокталгией в основном лица в возрасте 30—60 лет (82,5%). Крайне редко заболевание наблюдается у детей. I. Thiele (1951) объясняет это редкостью у детей воспалительных заболеваний прямой кишки и заднего прохода. По мнению Ю. А. Перова (1955, 1956, 1965, 1967, 1974), А. М. Аминева (1964, 1969, 1974), В. Л. Ривкина, С. А. Березницкого (1964), S. G. Gant (1923), H. S. Carter (1935), I. B. Stolte (1938), E. Launda (1939), G. H. Ewell (1950), D. H. Bett (1952), P. Polzien (1955), H. Arroyd (1960), M. Vigoni (1965), A. Bensaude (1965), H. Paradis, H. Marganoff (1969), чаще болеют женщины. С. Howard (1935), J. R. Hill (1952), M. R. Ewing (1953), J. D. Karras, G. Angello (1951, 1963), С. А. Birch (1956) на первое место по частоте заболевания ставят мужчин. Среди больных А. Н. Рыжих (1956), E. Parmentier, I. Foucand (1920), T. F. H. Thaysen (1935, 1948), G. A. Peters, J. A. Bargaen (1944), W. B. Gabriel (1948), A. Länge (1953), G. Faroy (1954), S. T. Ross (1959), L. C. Callandry (1960), A. H. Douthwaite (1962) одинаково часто болели мужчины и женщины. М. Б. Баркан в поликлинических условиях за 9 лет (1956—1964) наблюдал 18 больных, страдавших прокталгией, а к 1967 году это число увеличилось до 387. Из них мужчин было 82 (21,2%), женщины 305 (78,8%). По возрасту: до 20 лет было 0,8% больных, 21—40 — 54%, 41—60 — 39,8%. Давность заболевания: 3 месяца — 1 год — 32,6% больных, 2—3 года — 28,4%, 4—11 лет — 31,5%, 12—30 — 7,5%. Из 387 больных 234 (60,4%) имели сопутствующие проктологические заболевания, в том числе у 150 был геморрой, у 131 — трещина заднего прохода в прошлом или в настоящем. У 104 больных (26,9%) не было проктологических заболеваний и 49 (12,7%) перенесли проктологические операции. Следовательно, почти у $\frac{3}{4}$ больных были предшествовавшие или сопутствовавшие проктологические заболевания или операции.

J. D. Karras, G. Angello (1963) подметили особенность прокталгии — очевидное преобладание среди страдающих этим синдромом лиц, занимающихся умственным трудом, и большой процент врачей. Значит ли это, что последние склонны к рассматриваемому заболеванию и чаще болеют, чем другие? Имел ли некоторое основание R. W. Penny (1970) назвать прокталгию «докторской болезнью»? Мы согласны с R. Bensaude (1926), A. Lange (1953) и W. B. Gabriel (1963), которые объясняли это относительно большой обращаемостью врачей за лечебной помощью при своеобразных, трудно объяснимых болях и появляющейся при этом онкологической настороженностью, иногда — канцерофобией. M. R. Ewing (1953) также считает, что кратковременные приступы болей не вызывают у многих лиц особого беспокойства и желания обратиться за медицинской помощью. Врачи же более обеспокоены неприятными болями, и боязнь рака приводит их к специалистам.

По характеру труда больные подразделялись нами на следующие 3 группы: лица умственного труда — 83 (46%), лица тяжелого физического труда — 42 (23%), лица умеренного физического труда — 56 (31%). Среди наблюдавшихся нами больных было 11 врачей, 13 медицинских сестер и лаборантов, что составляет 12,7% общего числа больных. Таким образом, как и у многих авторов, удельный вес лиц умственного труда, в частности медицинских работников, оказался высоким.

Прокталгия не представляет угрожающего для жизни состояния, но часто является очень неприятным заболеванием, которое склонно к упорным рецидивам и может длиться годами (R. R. Silva, 1959; M. Hegand, 1967). Основной признак заболевания — приступы интенсивных болей в прямой кишке. 92 (51,0%) наших больных локализовали боль

в прямой кишке, 52 (28,5%) — в глубине таза, 27 (15%) — над выходом из прямой кишки, выше заднего прохода, и 10 (5,5%) жаловались на боль в анальном канале.

М. В. Ewing (1953) сообщил о любопытной особенности болевых пароксизмов — возникать в ранние часы утра. На преимущественность появления болей по ночам указал 91 (50%) из наших больных, у других болевые приступы возникали в различное время.

Для большинства больных боли оказываются спонтанными. Только немногие отмечают в качестве провоцирующих факторов сильную физическую и умственную усталость (21 больной — 13%), аффект страха (8 больных — 5%), половые эксцессы (8 человек — 5%). М. Б. Баркан (1970) наблюдал больную, у которой болевой приступ возникал при одной мысли о том, что он может наступить.

Продромальные явления обычно отсутствуют. Только у 5 больных за несколько минут до начала приступа наблюдалось ощущение увеличивающегося напряжения в прямой кишке, а у 12 — парестезии в промежности, в наружных половых органах. У 16 (9%) больных болевые ощущения нарастали, а иногда вызывались применением тепла местно. Боли быстро нарастают в интенсивности, носят жестокий, судорожный, грызущий характер. Самое частое определение, которое используют больные при характеристике их, — жгучие. Некоторые женщины сравнивают их с родовыми схватками. Другие больные дают им такие оценки: «прямая кишка в тисках», «она стягивается проволокой», в ней «сильное колотье, дергание», в нее «вводят кол или какой-либо другой инородный предмет»; ее «растягивают баллоном»; «прижигают раскаленным железом». Многие определяют боль как «страшную», «ужасную», «боль до крика», «до обморока». 6 наших больных на высоте болей впадали в обморочное состояние. У первого больного, описанного Е. Parmentier, I. Foucand (1910), боли начинались в 8 часов утра после первой нормальной дефекации, последующие частые дефекации были безболезненны. Прекращались боли в 11 часов вечера. У второй больной дефекация была безболезненна, но боли начинались через 1—2 часа после еды и продолжались 2—3 часа. У больного, описанного Симоном, боли продолжались по 4 суток. Иногда наблюдается цикличность болей. Первый больной Пармантье и Фуко ежедневно страдал с 8 часов утра до 11 часов вечера на протяжении 15—20 дней. Потом шел перерыв такой же продолжительности и затем снова цикл ежедневных пароксизмальных приступов.

Приблизительно в половине наблюдений отмечается иррадиация болей: у 81 (45%) боль отдавала в промежность, у 42 (23%) — в наружные половые органы, у 39 (21%) — в крестец и копчик, у 30 (17%) — в ягодичные области, у 27 (15%) — в бедра, у 18 (10%) — в низ живота. Иррадиация болей по всему животу отмечена у 8 (5%) больных, в грудь — у 6, в голову — у 5 человек, у 2 больных боль охватывала всю левую половину тела, «от головы до ног».

Заболевание начинается у одних больных внезапно, у других — постепенно. Острое начало связывают с напряженной дефекацией, что сближает эти формы заболевания с остро развивающейся трещиной заднего прохода. Но у большинства боли начинались независимо от дефекации. Стул был большей частью нормальным. У некоторых больных были запоры, у других — поносы, даже со слизью и кровью — 2 больных, которых описали Е. Parmentier, I. Foucand (1910). Однако у многих больных сам акт дефекации был безболезненным и даже иногда облегчал состояние (F. C. Pubus, 1946; A. Zaehge, 1953). При сильных болях многие больные оказываются не в состоянии выпустить газы, произвести мочеиспускание, двигаться. 14 больных отчетливо

ощущали, что газы, переполнявшие кишечник во время болевого приступа, доходят до «больного места» и они не могут их выпустить. Некоторые больные при болях принимают вынужденное положение — коленно-локтевое, глубокое приседание, поднимают ноги и получают при этом облегчение.

Болевые пароксизмы повторяются нерегулярно, с различными интервалами — от нескольких дней до нескольких месяцев. При многолетнем анамнезе можно отметить тенденцию к стереотипности приступов по продолжительности, степени выраженности, локализации. Однако сопутствующие вегетативные симптомы часто имеют преходящий характер и отличаются полиморфизмом, обилием клинических оттенков.

Существуют расхождения в мнениях среди исследователей в вопросе об охвате болевыми ощущениями области жома. А. Н. Рыжих (1956), М. Б. Баркан (1970), S. G. Gant (1923), A. Bensaude, D. Guichard (1954) наблюдали больных с распространением боли на область заднего прохода. A. Zaluge (1953), Т. Е. Н. Thaysen (1935, 1948), M. R. Ewing (1953), E. Granet (1951), J. M. Caldas (1958), A. M. Bravo (1960), E. Pornand (1963) ни у одного больного этого не отметили. S. Schapiro (1945, 1950), M. Vigoni (1952, 1965), A. H. Douthwaite (1962), H. Paradis, H. Marganoff (1969) пишут о «глубоких» и «высоких» болях в прямой кишке. Преобладающее большинство исследователей считает прокталгию феноменом ректальным, а не анальным. Почти все авторы отмечают яркую эмоциональную окраску приступов прокталгии с сенестопатиями, рефлексорными и реперкуSSIONными симптомами. Повышенная эмоциональная возбудимость отмечена нами у 104 больных, «распирание живота» — у 21, боль в подложечной области и головокружение — у 19, одышка — у 14, сжатие за грудной — у 12, ощущение «колика» (от слова «кол»), «клубка» в горле — у 13, сердцебиение — у 15, потливость до профузного пота — у 25, приапизм — у 5, ложные позывы на мочеиспускание — у 4, парестезии в промежностной области — у 18 больных, тошнота — у 9.

Отдельный приступ болей (пароксизм) часто независимо от каких-либо местных или общих причин начинается постепенно или внезапно, продолжается от нескольких минут до многих часов, даже дней и кончается постепенно или так же внезапно, как и начался. Одновременно исчезают все другие симптомы, и в период между приступами некоторые больные чувствуют себя совершенно здоровыми, у других остаются ощущения сильной усталости, разбитости, общей слабости (у 39 наблюдавшихся нами больных). Наконец, у части пациентов продолжают тупые, «тлеющие» боли постоянного или перемежающегося характера. Часто в умеренной степени сохраняется ощущение инородного тела, «кола» в прямой кишке. Эти ощущения Wanler (цит. по Parmentier, I. Foucand, 1910) описал как боли в интервалах (интервальные боли). Они, несколько снижаясь, не покидают больных в период затишья и отсутствия приступов между циклами болей.

При исследовании больного вне приступа болей находят умеренную болезненность крестца, особенно его гребешка и области задних крестцовых отверстий, через которые выходят чувствующие нервы. Нередко бывает болезнен седалищный нерв. Исследование пальцем дает умеренную болезненность прямой кишки, копчика, сфинктера и некоторое усиление интервальных болей, но не больше. Лишь у одной больной, которую наблюдал S. Gant (1898), давление на рубец, оставшийся после удаления геморроидальных узлов, вызывало двадцатиминутный приступ сильнейших болей. У одного больного, описанного E. Parmentier, I. Foucand (1910), прикосновение инструментом к слизистой обо-

лочке прямой кишки вызвало такое ощущение, «как будто почки переламывались надвое».

У большинства больных исследование при помощи инструментов было почти безболезненным. Никаких изменений со стороны прямой кишки и окружающих органов при этом не обнаружено. Наличие старых, сморщенных, запустевших геморроидальных узлов у некоторых больных не являлось причиной заболевания. И вообще, как правило, исследование не удается установить каких-либо местных причин болей при первичной прокталгии. Поэтому у большинства больных заболевание не сказывается на общем состоянии и работоспособности. У большинства, но далеко не у всех.

Объективные признаки заболевания отсутствуют, если не считать рефлекторных и реперкуссионных вегетативных нарушений. При обследовании наблюдавшихся нами больных тахикардия обнаружена у 15 человек, общий гипергидроз — у 25, местный, в области промежности, крестца, копчика, — у 24. Гиперемия кожи указанных областей — у 19 больных, побледнение — у 11, смена окраски — у 7. Рвота на высоте приступа болей была у 6 больных. У 3 больных отмечались сухость, шелушение эпидермиса кожи промежности. У 2 больных в момент болевого криза появлялась зудящая мелкопапулезная красноватая сыпь, исчезающая через день. Местная пилоалепсия отмечена у 11 больных (область промежности, крестцово-копчиковая область), общая — у 2. Спазм тазовых мышц установлен у 12 больных: леватора с одной стороны — у 7 человек, с обеих сторон — у 2, леваторов и копчиковых мышц с двух сторон — 2. У одного больного был резко выражен спазм *m. rubo* — *rectalis*.

С целью выяснения состояния нервных путей и спинальных центров в крестцовых сегментах, где замыкается дуга анального рефлекса, последний определен у 129 больных с прокталгией. Наши исследования подтвердили предположение об оживлении анального рефлекса у этой группы больных. У 65 (51%) он оказался повышенным, у 59 (45%) — живым, у 5 (4%) — ослабленным. Эти цифры указывают на статистически достоверную разницу в повышении рефлекса у больных.

Рефлексогенные зоны, с которых вызывался рефлекс, представлены в табл. 14. Можно уверенно говорить о расширении этих зон у больных, страдающих прокталгией.

При проведении сфинктерометрии у 119 больных (83 женщины и 36 мужчин) получено незначительное увеличение тонуса жома и его максимальной силы. Статистической достоверности в разнице этих показателей, по сравнению со здоровыми, нет. Данные сфинктерометрии:

Таблица 14

Рефлексогенные зоны	Число больных	%
Анальная область	129	100
Наружные половые органы, копчиковая область	71	55
Крестцовая и ягодичные области	49	38
Задняя поверхность		
бедро	49	38
голени	36	28
Внутренняя поверхность бедра	17	13
Поясничная область и передняя поверхность бедра	13	10
Подошва, лобок, передняя брюшная стенка	6	4,6
Хлопок околоушной раковины	36	28

тонус в среднем у женщин — 524, у мужчин — 605, максимальная сила у женщин — 790, у мужчин — 908; эти цифры близки к норме.

С целью выяснения рефлекторной возбудимости вегетативных отделов нервной системы мы определяли глазо-сердечный рефлекс Ашнера—Данини. Он оказался нормальным, с замедлением пульса на 4—8 ударов у 39 больных, повышенным, с замедлением более чем на 12 ударов у 50 человек, отсутствовал у 19 и был извращенным, с ускорением пульса на 4 удара и более у 14 человек. Эпигастральный рефлекс: повышенный — у 48 человек, нормальный — у 28 больных, отсутствовал — у 10, был извращен — у 7. Таким образом, налицо повышенная возбудимость вегетативных отделов нервной системы.

Пять больных заявили, что их прямая кишка чрезвычайно чувствительна на высоте приступа. Попытки ввести новокаин, отвар ромашки, вазелиновое масло, которые были заранее приготовлены в баллончике, оказались безуспешными. Лекарство произвольно выбрасывалось наружу. Н. D. Schmidt при обследовании больных с прокталгией находил участки гиперестезии в крестцовой и промежностной областях.

У 3 больных на высоте болевой приступы нам удалось провести ректороманоскопию и обнаружить при этом у одной больной выраженный отек слизистой оболочки в верхнеампулярном и в ректо-сигмоидном отделах кишки с гиперемией, а у двух других — резкую гиперемию с инъекцией сосудов подслизистого слоя, с их отчетливой пульсацией. Характерно, что приступ боли был сразу купирован — у одной больной после введения тубуса ректоскопа, у двух других — после вдувания первых порций воздуха. Двух больных мы, не извлекая ректоскоп, попросили лечь на спину и слегка потужиться. Сразу же наступило внедрение сигмы в ампулу прямой кишки. Однако никаких болевых ощущений это не вызвало.

При детальном обследовании больных с прокталгией пограничными специалистами — гинекологом, урологом, невропатологом, терапевтом, как правило, не удается обнаружить патологических процессов, которые могли бы объяснить возникновение заболевания. Результаты ректороманоскопии, спинномозговой пункции, рентгенографии пояснично-крестцово-копчикового отдела позвоночника были также негативными.

J. D. Carras, G. Angello (1963) сообщили о диагностическом приеме с провоцированием типичного приступа прокталгии путем введения 2—3 мл 5% фенола в масле в подслизистый слой «внутреннего геморроидального слоя». При проверке 56 больных болевой криз был вызван у большинства больных, но не с полной клинической картиной.

Течение прокталгии вариабельно. Болевой пароксизм может быть единичным, может повторяться ежедневно в течение нескольких недель, возможны рецидивы 1—2 раза в год. M. R. Ewing (1953) привел примеры редких приступов, наблюдавшихся на протяжении десятилетий. Встречаются больные с abortивным течением прокталгии, когда приступы сами по себе становятся все более редкими, а боли уменьшаются в интенсивности, и наоборот, описаны наблюдения чрезвычайно упорного течения с неуклонно рецидивирующими, изнуряющими приступами, не поддающимися никаким терапевтическим воздействиям.

Очень редко болезнь протекает не в виде приступов, пароксизмов, а носит постоянный характер. Боли, и обычно очень интенсивные, ощущаются на протяжении всего времени бодрствования пациента. Они обычно уменьшаются в лежачем положении, не чувствуются во время сна. Но при пробуждении сразу же проявляются в умеренной степени, а в вертикальном положении снова достигают высокой интенсивности. Усиление болей в вертикальном положении следует объяснить повышением внутрибрюшного, особенно внутритазового, давления, которое от-

рицательно действует на возбудимые рецепторы прямой кишки, окружающих ее тканей.

Выделение *proctalgia fugax* в какую-то особую группу из общей массы больных с прокталгией недостаточно обосновано. Каждый проктолог может привести наблюдения над пограничными формами, которые трудно отнести, с точки зрения Т. Е. Н. Thausen (1935), в ту или иную группу. Это клинические варианты единого по патологической сущности синдрома. Типичным является хождение этих больных от одного специалиста к другому. Многие врачи разводят руками или констатируют: «нашего ничего нет». Отсутствие видимых органических изменений, которые могли бы объяснить яркий, эмоционально преподносимый анамнез с выраженным проявлением субъективных признаков, рождает нередко недоверие к этим глубоким страдальцам. В рассказах и письмах больных с прокталгией преобладают выражения: «горе», «муки», «слезы», «мольбы», «отчаяние», «последняя надежда». Их пугает неясность диагноза и неопределенность прогноза, они не знают «куда деться от боли», «устают жить», «готовы на любую операцию», лишь бы получить облегчение. Неврастения, ипохондрия нередко осложняют тяжелые формы прокталгии. Довольно часто больных консультируют у психиатров. 10 подобных было и среди наших больных.

Распознавание прокталгии — это, как пишут E. Parmentier, I. Foucaud (1910), диагностика исключения. Даже проктолог, видевший несколько больных с этим во многом еще неясным синдромом и хорошо знакомый с его клиникой, не может и не должен выставлять этот диагноз, прежде чем больной не будет обследован гинекологом, невропатологом и не получит рентгенограммы пояснично-крестцово-копчикового отдела позвоночника.

Естественно, что в первую очередь необходимо исключить органические заболевания прямой кишки, особенно трудный для распознавания криптит. При сомнительных формах заболевания нужно обследовать анальный сосок и кал на яйца глистов. При дизурических явлениях проводят цистоскопию. Опухоли крестца и копчика исключают с помощью тщательной пальпации и рентгенографии. При необходимости делают томограммы. Опухоли крестцового канала, дающие синдром «крестцовой елочки», вызывают нарастающие боли в крестце, промежности и расстройство функций тазовых органов (П. И. Эмдин, 1950). Иногда в значительной степени решает вопрос рентгенографическое исследование крестца. Арахноидит характеризуется длительным, многолетним течением, наличием тазовых расстройств и изменениями спинномозговой жидкости. Опухоли конского хвоста, выражающиеся длительными, нарастающими с годами болями в крестце, заднем проходе и ногах, вызывают двигательные и чувствительные расстройства корешкового типа.

При неясных симптомах исследуют ликвор и проводят миелографию. При каудите симптоматология сводится к резким корешковым болям в прямой кишке, влагалище, ягодичной области. Двигательные расстройства отсутствуют. Помогают распознаванию анестезия промежностной области, нарушение мочеиспускания и дефекации (Ф. К. Талетник, 1901; А. Л. Поленов, А. В. Бондарчук, 1954; Н. А. Попов, 1963).

Наибольшее клиническое сходство прокталгия имеет с табетическими болями висцеральными — кишечными, пузырьными — кризами (Н. К. Боголепов, 1968). Правильный диагноз основывается на анамнезе, отрицательной реакции Вассермана и отсутствии неврологических симптомов спинной сухотки.

При трещине заднего прохода обострение болей связано с дефекацией. Исследование прямой кишки пальцем или при помощи инстру-

ментов всегда резко болезненно. Наибольшая болезненность определяется в месте расположения трещины, которую у большинства больных удается видеть при осторожном разведении руками заднего прохода.

При кокцигодии как субъективно боль локализуется преимущественно в области копчика, так и объективно копчик болезнен при давлении на него снаружи и со стороны просвета кишки. Болевой симптом, а также иррадиация болей при кокцигодии и при невралгии прямой кишки могут носить почти один и тот же характер, но локализация различна. Кроме того, боли при невралгии прямой кишки обычно более резкие и чаще имеют форму пароксизмов. Однако у отдельных больных, особенно при сочетании синдромов, распознавание может представлять значительную трудность даже для опытного специалиста.

ЛЕЧЕНИЕ

История лечения прокталгии — это история антиневралгической терапии с попытками использования разнообразных средств с большим или меньшим успехом. Задача снятия болей затрудняется многообразием этиологических факторов, часто их незнанием, кратковременным характером нерегулярных болевых приступов. Вариабельность клинического течения прокталгии, сравнительная редкость заболевания приводят к противоречивым оценкам терапевтических мероприятий. Арсенал средств лечения велик. И начинать лечение необходимо с устранения возможных этиологических факторов, не забывая о суггестивной терапии, часто эффективной у лиц, страдающих неврастениями. Эти лица составляют значительную часть больных.

Многие авторы, писавшие о прокталгии, почти с постоянным лечебным успехом использовали тепло в виде ванн, промежностных душей, грелок, припарок, суховоздушных ванн, компрессов, парафиновых и грязевых аппликаций.

S. Gant (1898), A. Albu (1907) лечили своих больных ваннами из теплой воды. E. Parmentier, I. Foucand (1910) применяли теплые ванны или обливание очень теплой водой области болевых ощущений. Они проводили также лечение горячим воздухом, а при отсутствии пользы от этих процедур рекомендовали насильственное растяжение сфинктера. И. К. Дрицаки (1912) добился быстрого излечения своего больного применением теплых полуванн. Диета должна способствовать лечению. Важным условием является наблюдение за стулом — нельзя допускать запоры.

Мы применяли сухое и влажное тепло в виде грелок, ванн, клизм, восходящих промежностных душей, грязевых аппликаций, компрессоров. Тепло часто дает болеутоляющий эффект, но обычно кратковременный. У 8 наших больных тепло, наоборот, провоцировало или усиливало боли. Двое из этих больных купировали приступ, садясь обнаженными на холодный пол; одна больная прижималась к холодной батарее отопления.

Если при вторичном характере болей в области прямой кишки после установления первичного заболевания (камень мочевого пузыря, абсцесс предстательной железы, параметрит и пр.) все внимание обращается на его лечение, то при первичной невралгии прямой кишки медикаментозные и другие способы лечения нередко не дают успеха. Из медикаментозных средств применяют анестетики и снотворные внутрь, подкожно и через прямую кишку в виде свечей и тепловых клизм: морфий, пантопон и другие опиаты, анестезин, кокаин, хлоралгидрат,

бром, веронал и др. Электролечение применяется в виде фарадического или гальванического тока, диатермии, токов УВЧ и д'Арсонваля, ионофореза с новокаином и т. д. При упорном течении заболевания все перечисленные мероприятия не дают никакого результата.

Почти все проктологи, наблюдавшие подобных больных, применяли по поводу прокталгии различное медикаментозное лечение. М. Piskardt (1908) давал скополамин, E. Parmentier, I. Foucand (1910) — аспирин, фенацетин, хлоралгидрат, Т. Е. Н. Thausen (1935) — белладонну и кофеин, Biologist (1935), J. D. Karras, G. Angello (1951) — пантопон и морфий, E. Whitney (1951), H. Ibrahim (1961) — хинин (цит. по А. Н. Douthwait, 1962).

К. Н. Третьяков (1949) при перечислении основных принципов лечения невралгий называет консервативные методы и препараты-аналгетики — аспирин, пирамидон, фенацетин, опий, морфий и другие — внутрь или реже через прямую кишку; успокаивающие препараты — брома, валерианы; отвлекающие — банки, пиявки, натирания спиртом, скипидаром; смазывание кожи хлороформом, болеутоляющими мазями; тепловые физиотерапевтические процедуры; рентгенотерапия; массаж; сероводородные минеральные ванны. При неуспехе консервативных способов предлагается переходить к инъекционным или оперативным методам лечения.

А. Bensaude, A. Guichard (1954) достигли эффекта от длительного применения больших доз витаминов В₁ и В₁₂. Э. К. Евзарова, И. Я. Шипенская (1949) лечили этими же препаратами первичные и вторичные симпаталгии, но безрезультатно. В. И. Тайцлин (1954) получил благоприятный исход у 6 больных от комплексного лечения (физиотерапия, пахикарпин). По наблюдениям E. Granet (1952), M. R. Ewing (1953), S. D. Karras, G. Angello (1963), наиболее эффективным спазмолитические препараты — нитроглицерин и амилнитрит. По данным последних двух авторов, у 56 пациентов это лечение было эффективно. S. G. Gant (1923), P. Polzien (1955), E. D. Palmer (1963) при упорных болях прибегали к ингаляциям хлороформа и закиси азота с хорошими результатами. I. H. Davis (1969) сообщил об излечении 2 больных от невралгии прямой кишки применением больших доз белладонны через рот и через прямую кишку. Г. А. Подоляк и соавт. (1974) широко, с успехом применяли инъекции пелоидодистиллята, введение пелоидина в клизмах. G. Farou (1954), а также В. Л. Ривкин с соавт. (1974) использовали гидрокортизон. Мы получили благоприятное впечатление от ганглиоблокирующих средств (пахикарпин, гексоний) у 69 больных в комплексе с другими терапевтическими воздействиями.

Разнообразие предложенных для лечения прокталгии медикаментов указывает на их недостаточную терапевтическую ценность, а кратковременность, иногда эфемерность приступов болей затрудняет оценку различных лекарственных препаратов.

Очень интересны наблюдения R. N. C. Smith (1935), R. L. Murdoch (1950), O. J. Potthast (1959) над больными, которые купировали пароксизм болей изменением положения тела — глубоким приседанием, подпрыгиванием, принятием выраженного коленно-локтевого или коленно-грудного положения, резким наклоном вперед в положении сидя, как бы «складываясь вдвое». R. L. Murdoch (1950) поднимал ребенка за ноги и встряхивал. Двое наших больных в момент появления приступа старались быстрее поднять ноги максимально вверх с тазом на спинке кровати или с кровати закинуть на стену. И хотя такие наблюдения единичны, они дают основание допустить существование коло-ректальной инвагинации, возможно, с сопутствующим леваторо-спазмом. Это подтверждают наблюдения W. H. Marschall (1935), H. L. Bolen (1946).

получивших эффект у нескольких больных с помощью толчкообразных инсуффляций воздуха в прямую кишку. Н. L. Volen рекомендовал больным с частыми пароксизмами болей носить с собой 100-граммовый шприц с катетером. К этому приближается рекомендация S. G. Gant (1923) проводить одномоментную инстилляцию в прямую кишку тепло-го масла. R. N. C. Smith (1935) получил терапевтический эффект у одного больного введением пальца в прямую кишку. Метод получил имя этого автора в странах английского языка. А. Н. Donthwaite (1928) вводил с этой же целью два пальца в заднепроходной канал. Больные при этом испытывали дополнительное болевое ощущение, но приступ был купирован у 2 больных. Т. Е. Н. Thaysen (1935) рекомендовал вводить в задний проход интенсивно нагретый расширитель. Некоторые авторы получили эффект или хотя бы уменьшение болей от давления на промежность. Среди наших больных 7 оказывали себе помощь, надавливая с максимальной силой на промежность.

Физиотерапевтические процедуры для лечения прокталгии применяются давно, с неодинаковым результатом. Массаж мышц тазового дна был применен впервые при прокталгии S. G. Gant (1923) с переменным успехом. S. Schapiro (1954, 1950), Е. Н. Ewell (1950) получили при лечении массажем удовлетворительные результаты. Они объясняли это снятием спазма воспаленных мышц, улучшением лимфо- и кровотока. Среди наших больных спазм мышц был обнаружен у 12, из них 5 лечились массажем без убедительного эффекта.

Применялись при лечении прокталгии гальванизация, фарадический ток, интравектальная диатермия (Е. Н. Ewell, 1950), рентгенотерапия и ультразвук (В. Л. Ривкин с соавт., 1974; А. Bensaude, А. Guichard, 1954). Для снятия симпаталгических болей рекомендовали рентгенотерапию В. И. Тайцлин (1954), А. М. Гринштейн (1963, 1971), G. Ihlenfeldt (1936), без описания результатов лечения. О пользе различных видов физиотерапии при лечении ано-ректальных болей писал I. P. May (1966), а в дискуссии по его статье — Р. Hillemand, J. Nugeau (1966) и многие другие авторы.

Мы применили рентгенотерапию у 8 больных, ультразвук — у 5, диадинамические токи — у 18 с неопределенным эффектом. Следует согласиться с решением конференции проктологов, проходившей в сентябре 1974 г. в Куйбышеве, — не применять рентгенотерапию при болевых синдромах в проктологии из-за ее малой эффективности и из-за возможного действия на герминативную функцию. В последние годы начато изучение действия электропунктуры активных точек при прокталгии (В. Л. Ривкин с соавт., 1974).

Хороший терапевтический эффект получен нами у значительной части больных с легкими формами заболевания (в комплексе с другими методами) от диатермии, электрофореза с новокаином на крестцово-копчиковую область, ректальной д'арсонвализации и грязевых аппликаций («трусика», ректальные тампоны). Этой группе больных может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение.

Неудовлетворенность медикаментозным и физиотерапевтическим лечением невралгий, и в частности прокталгии, привела к широкому использованию пара- и эндоневральных инъекций анестезирующих веществ и алкоголя. Хорошие результаты получили при лечении прокталгии от внутрикожных инъекций новокаина М. И. Аствацатуров (1935), Н. И. Бут (1938), Д. А. Шамбуров (1950), М. Г. Гольдельман, А. Я. Креймер (1974), от алкоголизации симпатических ганглиев, стволов и сплетений при висцералгиях — Н. Н. Назаров (1925, 1928), Г. В. Перельман (1937), L. W. Dean (1922), I. T. Lilpin, G. Studer (1927), при цисталгии от новокаиновой пресакральной блокады — Ф. И. Ра-

децкий (1936). М. А. Макиенко (1957) успешно лечила новокаиново-спиртовой блокадой глоссодинию.

В 1954 г. А. Н. Рыжих предложил для лечения анального зуда применять инфильтрацию пораженной кожи 0,2% раствором метиленовой сини в 0,5% растворе новокаина. Позднее сотрудники А. Н. Рыжих стали применять аналогичный, несколько видоизмененный метод лечения прокталгии. По описанию В. Л. Ривкина и С. А. Березницкого (1963), жидкость для инъекции готовится следующим образом: 100 мл 0,5% раствора новокаина смешивается с 3 мл 1% раствора метиленовой сини, концентрация ее разводится до 0,03%. В начале блокады производится обычная перинальная анестезия кожи 0,25% раствором новокаина. В 10-граммовый шприц набирается свежеприготовленный 0,03% раствор метиленовой сини. Он вводится в параректальную клетчатку из четырех точек — на 12, 3, 6, 9 часах по циферблату, на глубину 5—6 см, по 15—20 мл в каждую точку. Из 8 больных, страдавших прокталгией, у 5 проведено лечение этим методом. «Непосредственные результаты удовлетворительные. У всех 5 больных исчезли или резко уменьшились боли, которые они безуспешно пытались излечить другими средствами в течение многих лет».

S. Schapiro (1945, 1950) весьма хорошее впечатление имел от новокаиновой пресакральной блокады при прокталгии. С 1956 г. М. Б. Баркан стал применять в поликлинических условиях пресакральные новокаиновые и комплексные блокады. Через день или 1 раз в неделю к задней стенке конечного отрезка прямой кишки под контролем указательного пальца, введенного в прямую кишку, производится инъекция 5 мл 2% раствора новокаина с 2 мл 5—6% витамина В₁. Курс лечения продолжается 4—5 недель и состоит из 6—10 инъекций новокаина и 3—4 блокад. При необходимости повторный курс лечения проводится через 4—6 месяцев после окончания первого. Из 387 обратившихся с прокталгией больных такое комплексное лечение без отрыва от работы проведено у 295. Отдаленные результаты в сроки от 1 до 8 лет прослежены у 153 больных. Хорошие исходы отмечены у 125 (81,6%), неудовлетворительные — у 28 (18,4%).

A. Bensaude, A. Guichard (1954) получили от эпидуральных и пресакральных новокаиновых блокад кратковременный и далеко не постоянный эффект. Мы подтверждаем этот вывод на основании использования эпидуральной сакральной блокады 2% новокаином у 27 больных и продолженной каудальной анестезии 0,25% раствором тримекаина у 4 больных.

Редко, при упорно рецидивирующих мучительных приступах болей, приходится прибегать к хирургическим вмешательствам, которые только и облегчают состояние больных. L. I. Johnson (1950) рассекал грушевидную мышцу. Он усматривал в ее длительной контрактуре, в пирформис-синдроме, основное патогенетическое звено заболевания. N. Swinton (1951) предложил пресакральную нейрэктомия.

Учитывая частую депрессивность больных, глубокую ипохондрию, канцерофобию, не следует забывать о назначении седативных средств, транквилизаторов, о психотерапии. В беседах с каждым больным необходимо разъяснять характер заболевания, его излечимость. Г. Я. Либерзон (1957) в статье о диагностике, патогенезе и патогенетическом лечении невралгии у 52 больных, страдавших люмбо-ишиалгиями и брахиалгиями, исходил из учения И. П. Павлова. Из различных терапевтических методов наиболее физиологически обоснованным и эффективным при лечении невралгического симптома Г. Я. Либерзон считал длительный гипнотический сон, в котором, как указывал И. П. Павлов, «возникающее торможение исключает какое-либо конкурирующее воз-



Рис. 28. Новокаиново-спиртовая блокада из трех точек при прокталгии по Аминеву:

а — точки уколов; б — штрихом с затемнением обведена площадь пропитывания тканей раствором.

действие всех других наличных и старых следов раздражений». Помимо длительного гипнотического сна хорошее терапевтическое воздействие при невралгиях оказывал длительный, а также продленный фармакологический и условнорефлекторный сон. В. Л. Ривкин с соавт. (1974) использовал гипноз.

Мы (А. М. Аминева) в 1947 г. обосновали, а в 1948 г. стали вначале редко и осторожно, а затем шире и смелее применять новый способ лечения прокталгии методом новокаиново-спиртовой блокады. Метод новокаиновых блокад, разработанный А. В. и А. А. Вишневыми, широко применяется в нашей стране. К раствору новокаина М. О. Фридланд, Б. В. Огнев и другие предложили добавлять винный спирт в различных разведениях для лечения травм и некоторых заболеваний, связанных с болевыми ощущениями. Исходя из этих положений, мы и стали лечить больных, страдающих прокталгией, новокаиново-спиртовыми блокадами.

Разработанная нами техника блокад заключается в следующем. Берется 0,25% раствор новокаина. Количество его определяется возрастом, комплекцией больного.

В среднем для человека среднего возраста и средней комплекции, весом 60—80 кг, берется 150,0 раствора. В него добавляется от 1 до 3% 70° винного спирта, то есть от 1,5 до 4,5 мл на 150,0 раствора новокаина. Иногда, редко, при особенно сильных и упорных болях, для повторных блокад при безуспешности предшествующих инъекций мы берем 5% спирт. Впрыскивание раствора производится таким образом. Больного кладут на правый или левый бок на обыкновенный перевязочный стол, но удобнее всего производить инъекции на операционном столе — как для геморроидэктомии или для выскабливания матки. Хирург садится на стул, обрабатывает кожу, окружающую задний проход, как при подготовке к операции. Берет шприц с раствором обычного 0,25% новокаина и с тончайшей иглой. Через три вкола иглы наносит кожные новокаиновые желваки. Эти вколы производятся в 3 сантиметрах сзади, справа и слева от заднего прохода. Затем хирург вводит указательный палец своей левой руки в прямую кишку больного. Помощник подает ему 10- или 20-граммовый шприц с более толстой и длинной (10—12 см) иглой. Через заранее нанесенные кожные желваки хирург последовательно вводит иглу на всю глубину. При этом пальцем, введенным в прямую кишку, он контролирует, чтобы игла все время находилась в параректальной клетчатке и не проходила через стенку кишки, тем более через ее просвет. Очень медленно извлекая иглу, хирург вводит с каждой стороны — справа, слева и сзади — предназначенную порцию (около 50,0 в среднем) новокаиново-спиртовой смеси. Спереди, где у мужчин можно иглой повредить моченспускательный канал, а у женщин трудно пропускать иглу через ректо-вагинальную перегородку, инъекции производить не надо. После окончания процедуры прямая кишка с трех сторон оказывается окруженной новокаиново-спиртовыми инфильтратами. Анимальные и вегетативные нервы, подходящие к прямой кишке преимущественно сбоку и сзади, пропитываются новокаиново-спиртовым раствором.

Спирт в крепких (10—15° и крепче) растворах вызывает некроз нервных волокон с последующим их валлеровским перерождением. В более слабых растворах спирт не вызывает некроза нервных волокон, а лишь угнетает их проводимость, отключает передачу импульсов с периферии к центру. Болевые восприятия не доходят до коры головного мозга. Боли проходят или значительно снижаются. Но через некоторый промежуток времени — от 1 до 4—5 недель — угнетающее действие спирта постепенно исчезает, проводимость нервных волокон восстанавливается. Боли могут возобновиться. Поэтому мы считаем необходимым вслед за выполнением новокаиново-спиртовой блокады применять различные гидро- и физиотерапевтические мероприятия для воздействия на первичный процесс, вызывающий прокталгию.

Если первичная новокаиново-спиртовая блокада в комплексе с другими лечебными мероприятиями не даст положительного результата, то все эти процедуры можно повторить еще два и более раз с промежутками в 1—2—4 недели. В результате такого комбинированного систематического, настойчивого лечения у большинства больных отмечается положительный терапевтический эффект. В нашей клинике по поводу прокталгии новокаиново-спиртовая блокада сделана один раз — у 41 больного, 2 раза — у 58, 3 раза — у 45, 4 раза — у 13, 5 раз — у 10, 6 раз — у 8, 7 раз и более — у 6 больных. Всего сделано 488 блокад. Ближайшие результаты оценивались при выписке из стационара или через 1—2 недели после последней новокаиново-спиртовой блокады, по завершении амбулаторного лечения. Использовалась 4-балльная шкала. Отличным считался результат, при котором боли исчезали полностью. При хорошем итоге приступы болей не повторялись, но оставались интервальные малоинтенсивные, непостоянные боли и отдельные вегетативные симптомы. При удовлетворительной оценке прежняя боль уменьшалась в интенсивности.

Осложнения отмечены у 6 (4%) больных: у 1 больного возник поверхностный парапроктит, который был вскрыт. Наступило выздоровление. У 5 больных отмечена неспецифическая реакция с подъемом температуры до 38°, чувством жара, прилива к голове, тошнотой и головокружением. Эти признаки держались от 4 до 24 часов и проходили бесследно.

Таблица 15

Ближайшие результаты лечения прокталгии новокаиново-спиртовыми блокадами

Число блокад	Результат					Всего
	Отличный	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	Неизвестен	
1	10	8	3	2	18	41
2	21	12	16	3	6	58
3	12	15	11	4	3	45
4	1	2	5	3	2	13
5	—	4	3	2	1	10
6	—	1	2	3	2	8
7 и более	—	2	1	2	1	6
Всего	44	44	41	19	33	181
	129 (86,9 %)			52 (13,1 %)		

Изучалась динамика анального рефлекса в различные сроки после новокаиново-спиртовой блокады: сразу после блокады, спустя 2 часа и перед выпиской из стационара или спустя 7—10 дней после последней блокады при амбулаторном лечении. Проведенным у 129 больных исследованием выявлена отчетливая тенденция к нормализации анального рефлекса и к сужению рефлексогенных зон. Показатели сфинктерометрии, полученные в эти же сроки, приблизились к показателям здоровых лиц.

Отдаленные результаты — от 6 месяцев до 15 лет — выяснены у 94 (52%) человек. Из них у 67 (72,3%) результат лечения оказался благоприятным, в том числе у 32 (36%) — отличным, у 25 (26%) — хорошим, у 10 (9%) — удовлетворительным. Не получили облегчения 27 (29%) больных.

Из 27 безуспешно леченных консервативным путем 7 были позднее прооперированы. Им проведена пояснично-крестцовая ганглионэктомия с удалением нижних поясничных и верхних крестцовых симпатических узлов. У 2 больных удалены 4—5-й поясничные, 1—2-й крестцовые узлы симпатического ствола с обеих сторон, у 5 — 4—5-й поясничные, первый крестцовый узлы также с двух сторон и произведена резекция верхнего подчревного сплетения. Все препараты подверглись гистологическому исследованию.

Непосредственный результат оперативного лечения самый благоприятный. На протяжении 2—3 недель 5 больных чувствовали себя здоровыми, у 2 боли заметно уменьшились в интенсивности. Однако через 4—6 месяцев у 3 боли рецидивировали. Двое больных отметили изменение их характера, они стали более тупыми («глухими», «глубокими»), у одной больной восстановился стереотипный болевой синдром. У 4 больных отдаленный результат можно назвать благоприятным — у 2 хорошим, у 2 удовлетворительным.

Итак, общие итоги консервативного и оперативного лечения известны у 94 (52%) больных: 44 (46,8%) выздоровели, у 27 (28,7%) — хороший и удовлетворительный результаты, у 23 (24,5%) — плохой. Каждый четвертый больной не получил облегчения, несмотря на длительное, на протяжении нескольких месяцев и лет, комплексное лечение. А 75,5% благоприятных результатов являются до некоторой степени утешительными.

Для конкретной характеристики заболевания приведем несколько примеров из литературы и из собственных наблюдений. E. Parmentier, I. Foucaud (1910) подробно описали 2 больных с первичной невралгией прямой кишки.

1. Больной, мясник, в возрасте 36 лет. Человек нервно-артрической конституции. Много ел мяса и пил вина, но признаков алкогольной интоксикации не было. Болея экземой, наблюдалась гематурия, вероятно, от камней. Перенес энтероколит — был частый стул со слизью и коликообразные боли в брюшной полости. После этого появились боли в прямой кишке с чувством тяжести и полноты в крестцово-подвздошном сочленении и в поясничном отделе с иррадиацией в область заднего прохода, по седлающему нерву, в нижнюю часть живота и в мочевой пузырь. Это приводило к частым болезненным позывам на мочеиспускание. Через каждые 10 минут выделялось по несколько капель мочи. Боли начинались около 8 часов утра, через 20 минут после первого крепкого, с полосками крови, безболезненного стула. Затем следовало еще 7—8 дефекаций, мягких или жидких, мало обильных, со слизью и кровью. Они несколько облегчали боли. Окончательно боли успокаивались к 11 часам вечера. Кишечных болей не было. Диета несколько улучшала, но не излечивала заболевание. Тепло облегчало боли. За год болезни потерял в весе 55 кг, за первый месяц — 25 кг. Провел курс лечения на курорте. Кишечник стал работать лучше. Исчезли слизисто-пленчатые выделения, но боли не прошли. Через год — повторное лечение на курорте. Боли из постоянных стали циклическими. Приступы повторялись на протяжении 15—20 дней, затем следовал такой же длительный перерыв. За это время прооперирован по поводу свища заднего прохода, но вмешательство не изменило приступов. В больницу поступил с мыслями о самоубийстве, хотя был выносливый и мало чувствительный к страданиям человек. Боли, как и прежде, — после первого стула в виде глубокого давящего ощущения в прямой кишке, острые, жгучие. Кал оформленный, плотный, иногда со слизью и жидкими кровяными. Со стороны органов грудной, брюшной полости и нервной системы отклонений от нормы не обнаружено. Не найдено также никаких местных заболеваний — трещин, геморроя или чувствительности сфинктера. Ректоскоп вводился легко, без боли. Слизистая обо-

лочка прямой кишки нормальная. Но когда касались инструментом стенки кишки, то у больного появлялось ощущение, «как бы почки перевязаны надвое». Копчик без отклонений и безболезнен. Назначены душ, тепло на промежность и крестцовую область. Через месяц выписан без болей. Через год прибавил в весе 30 кг.

2. Больная, 56 лет, домашняя хозяйка. Боледа тифом, скарлатиной, мигренью. Имела 4 детей. Абортов не было. Не пьет. Менопауза наступила 14 месяцев назад. Незадолго до этого появились приступы в нижней части живота с болями вокруг пупка по 1—2 часа. Через год, то есть за два месяца до поступления в больницу, боли усилились по частоте и интенсивности. К кишечным болям присоединились схватки в крестцовой области и в прямой кишке. Боли начинались утром после еды, через 1—2 часа достигали максимума, постепенно утихали и снова усиливались после приема пищи. Они напоминали жжение в прямой кишке и крестце, иррадиировали в задний проход, промежность, по ходу седалищного нерва, в ноги, в нижнюю часть живота и мочевого пузыря, сопровождались анальными и пузырными тенезмами, выхождением слизи и крови, что успокаивало боли. Стул плотный, только после клизмы. Дефекация не оказывала влияния на боли. Тепло успокаивало.

Больная чрезвычайно впечатлительна, с усиленными коленными рефлексам и дрожанием конечностей. Возможно, ректальные боли являлись проявлением повышенной нервной возбудимости. Ощущала болезненность при давлении на крестец, особенно в верхней части, по гребешку крестца и сбоку от него, а также по ходу седалищного нерва. Копчик не особенно болезнен. При исследовании пальцем сфинктера и слизистой оболочки прямой кишки — легкая болезненность и никаких иных отклонений от нормы в состоянии тазовых органов. Назначены сидячие души, тепло на промежность, пищевой режим. Через 10 месяцев наступило значительное улучшение. Запоров нет. Боли в прямой кишке и крестце почти прошли, вокруг пупка уменьшились. Больная прибавила в весе.

3. У больного, описанного И. К. Дрицаки, очень сильная боль в прямой кишке началась внезапно, среди полного здоровья, через 2 недели после перенесенной им операции по поводу аппендицита. Через 2 часа боль самостоятельно прекратилась, и почти год пациент был здоров. Затем на протяжении недели больной перенес три сильных приступа болей в прямой кишке. Они распространялись по крестцовой области вниз живота, в сигму и были столь мучительны, что никакие наркотические средства не помогали. Первый день после поступления в больницу больной провел совершенно спокойно. При обследовании прямой кишки и заднего прохода, кроме обыкновенной чувствительности, не было обнаружено ни трещин, ни геморроидальных узлов, ни каких-либо других изменений. На другой день у него начались сильнейшие боли в прямой кишке после нормальной дефекации. «У больного был страдальческий вид, он плакал, рыдал, просил не трогать его, старался держать неподвижно таз, умолял помочь». Боли он сравнивал с жжением и с чувством напора на низ. Они распространялись по задней поверхности крестца, на подвздошно-поясничную область и на сигму, не поддавались обезболивающим средствам, продолжались 5 часов и затем прекратились. Больной после приступа сильно ослабел, оставался весь день в постели, отказывался от приема пищи. На следующий день, боясь возобновления приступов после дефекации, он удерживал позывы на низ, но стул был безболезненным. На четвертый день пребывания в больнице после дефекации боль выпыхнула с прежней силой. Ввиду безуспешности всех ранее испробованных средств была применена полуванна с температурой воды 33° по Реомюру. Через полчаса боль прекратилась, но еще через 2 часа снова возобновилась. Вновь примененная полуванна окончательно устранила боли. В последующие 6 дней ванны применялись ежедневно по 1—1/2 часа. Боли временами давали о себе знать, но продолжались недолго, не имели острого характера и прежней силы. После выписки больной наблюдался 8 месяцев. Боли в прямой кишке за это время не повторялись.

В приведенном наблюдении И. К. Дрицаки есть моменты, напоминающие симптомы трещины заднего прохода, например, связь болей с дефекацией. Другие признаки заболевания не укладываются в симптомокомплекс трещины заднего прохода: внезапное начало заболевания без всякой видимой причины, годичный перерыв между первым и последующим приступами, отсутствие трещины при обследовании между приступами. Тем не менее, это наблюдение следует трактовать как невралгию прямой кишки, развившуюся на почве нераспознанной трещины заднего прохода. Также, по-видимому, и у первого больного из наблюдений Пармантье и Фуко вначале имелась трещина, которая не была распознана. Позднее трещина зажила, но остались фиксированные постфиссуральные боли, которые приняли циклический характер. Под влиянием лечения теплом они довольно быстро прошли.

Приведем краткие выписки из историй болезни двух больных, амбулаторно наблюдавшихся в нашей клинике и описанных Ю. А. Перовым.

4. Больная, 42 лет, кладовщица, вдова. Обратилась в клинику госпитальной хирургии с жалобами на сильнейшие, жгучие боли в заднем проходе, отдающие в спину, голову. С 27 лет страдает геморроем, развившимся после вторых родов. Проявлялся геморрой слабыми болями при дефекации и редкими выделениями в небольших количествах крови. Лечилась самостоятельно свечами, успешно. Обострение геморроя, вырвавшееся в болезненной дефекации и выделении крови, наблюдалось 1—2 раза в год. За 3 месяца до поступления в клинику появилась сильная боль в заднем проходе при дефекации после запора. Обратилась в поликлинику. Обнаруженный геморрой лечили свечами, ваннами с раствором перманганата калия, но безуспешно. Кровотечений не было, а боли стали продолжительными, длящимися 2—3 часа после дефекации. У больной развился страх перед стулом, исчез аппетит, она стала худеть. При повторных обследованиях в поликлинике не обнаружено ничего, кроме геморроя. Развившийся синдром, характерный для трещины заднего прохода, не находил объяснения. Боли приблизительно через 1,5 месяца стали постоянными, приняли жгучий характер, совер-

шенно не менялись, в силе при дефекации. В конце концов акт испражнения стал безболезненным, а постоянная боль с периодическими резчайшими пароксизмами осталась. Временами боли отдавали в спину, живот и голову. Больная похудела на 10 кг, мучилась настолько, что ей не хотелось жить. Менструации регулярные. Температура нормальная. Больная обследовалась гинекологами, не нашедшими патологии со стороны половых органов, терапевтом, констатировавшим «функциональное расстройство нервной системы», онкологом, не обнаружившим новообразований, гельминтологом, не нашедшим яиц глистов при повторных анализах. Квалифицированный невропатолог констатировал «истерические реакции и боли в области заднего прохода, носящие характер фиксированного ощущения, возникшего в связи с геморроем». Рекомендованная местная д'арсонвализация не дала никакого эффекта.

При осмотре в клинике с помощью ректального зеркала, ректороманоскопа, при обследовании пальцем найдены небольшие, мягкие, увеличенные, невоспаленные складки слизистой оболочки — следы бывшего геморроя. Сфинктер спазмирован. Анальный рефлекс резко оживлен, появляется при раздражении ягодичной, поясничной областей и бедер. Поставлен диагноз невралгии прямой кишки и проведена антисакральная новокаиново-спиртовая блокада. Дополнительно назначены физиотерапевтические процедуры на промежность и тазовую область. Через неделю больная с большим удовольствием отметила исчезновение болей в заднем проходе и прямой кишке, хотя и не чувствовала себя вполне здоровой — болела голова и сердце. Впоследствии психиатр, к которому она была направлена, обнаружил инволюционное депрессивное состояние. Больная обследована через год. Болей в области прямой кишки не ощущает, продолжает работать кладовщицей.

5. Больная, 65 лет, домохозяйка, замужняя. Обратилась в клинику с жалобами на мучительные, тянущие боли в заднем проходе и безуспешность всех ранее применявшихся процедур. Заболела 4 месяца назад, почувствовала острую боль в заднем проходе при дефекации. В поликлинике диагностировали геморрой. Лечение ваннами, свечами улучшения не дало. Была произведена операция — перезязка геморроидальных узлов, после чего боли стали постоянными, значительно усиливались после испражнения и носили мучительный характер. Стул регулярный, оформленный. Повторные исследования кала на дизентерийные палочки были отрицательными. Больная консультировалась квалифицированными специалистами: терапевтом, диагностировавшим артериосклероз, гинекологом, онкологом, хирургом, не нашедшими органических заболеваний внутренних органов. Водные, масляные клизмы, ванны, физиотерапевтическое лечение, мази не приносили облегчения. Мучительные боли с кратковременными резкими усилениями держались 4 месяца. При повторной ректороманоскопии, исследовании с помощью ректального зеркала, при исследовании пальцем никаких других отклонений, кроме спазма сфинктера, не было найдено. Инфильтрация сфинктера 10–2% раствором новокаина приводила к кратковременному улучшению.

Объективно: больная правильного телосложения, со стороны легких, сердца и сосудов отмечаются возрастные изменения. Пульс 76, ритмичный. Кровяное давление 140/80. Анальный рефлекс живой, вызывается при раздражении ягодичных областей, задней и внутренней поверхностей бедер. Выраженная впаховидная, больная склонна к слезам, «живет только с бромом».

После установления диагноза невралгии прямой кишки была произведена антисакральная новокаиново-спиртовая блокада, однако полностью она болей не сняла. Проведен диатермоионофорез с новокаином крестцово-конечниковой области, ранее не давший эффекта. Боли прошли. Больная выздоровела.

Из приведенных историй болезни видно, что у обеих наших больных сопутствующим заболеванием являлся геморрой. Начало заболевания первая больная связывает с одной из дефекаций во время запора. На протяжении полутора месяцев она испытывала боли в заднем проходе только после дефекации. В этот период наблюдения у нее, по-видимому, имелась трещина заднего прохода. В последующем боли стали очень сильными, постоянными, но после дефекации не усиливались. Позднее акт стал совершенно безболезненным, в то же время боли возросли до невыносимой степени. Больная помышляла о самоубийстве. Напомним, что при подобных же обстоятельствах первый больной из числа наблюдавшихся Пармантье и Фуко потерял за год 55 кг веса, а второй больной за 2 года — 12 кг.

Здесь уместно напомнить данные, полученные отечественными физиологами при изучении прямой кишки и ее связей с другими органами брюшной полости. Раздражение прямой кишки в эксперименте дает снижение секреторной и моторной функций желудка. Естественно, что у больного с резким болевым раздражителем в области прямой кишки нарушается функция желудка, пропадает аппетит, понижается работоспособность, угнетается психика.

При детальном обследовании нашей первой больной в клинике трещины заднего прохода не было. Надо полагать, что имевшаяся в начале заболевания трещина позднее зажила, но болевой симптомокомплекс у больной с патологической нервной системой закрепился по типу органо-невротических сочетаний или по типу фиксированных талямических болей при каузалгии. Эти боли, как известно, длительно могут быть интенсивными после устранения непосредственного источника ка-

узальгического синдрома, например, ампутации конечности с поврежденными нервами. Так и здесь — трещина зажила, а фиксированные боли остались, но теперь они не имели отношения к заднему проходу, стали более развитыми, прогрессивно возрастали и не поддавались никакой терапии, пока не был найден патогенетический метод лечения, который быстро привел к полному выздоровлению.

Вторая больная впервые почувствовала острую боль в заднем проходе также после дефекации. Затем ежедневно она испытывала боли после каждой дефекации, интенсивность их нарастала, они носили мучительный, распространенный характер. Все это по течению заболевания напоминало трещину заднего прохода. Но при детальном и многократном обследовании больной в клинике трещину найти не удалось. Лечение, предпринятое, как при трещине заднего прохода, также не имело успеха. У этой, как и у первой нашей больной, заболевание, несомненно, началось с трещины заднего прохода. Позднее трещина зажила, а фиксированные вегетоневротические боли у больной с выраженной патологией нервной системы остались. Лишь новокаиново-спиртовая блокада быстро прекратила тяжелые страдания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прокталгия как самостоятельный симптомокомплекс несомненно встречается, хотя и очень редко. Это заболевание иногда является результатом имеющегося или ранее перенесенного заболевания прямой кишки и заднего прохода (трещина, геморрой, колит, криптит и др.). При наличии предшествующего расстройства функции центральной нервной системы болевой синдром иногда закрепляется, а после излечения основного заболевания даже усиливается и становится болезнью *sui generis*. Но нередко боли появляются вне зависимости от каких-либо предшествующих заболеваний.

Болевой симптомокомплекс носит разнообразный характер по интенсивности, длительности, характеру болей, их иррадиации. Основная локализация болей — прямая кишка. Боли бывают чрезвычайно интенсивными, упорными, нередко доводят больных до мысли о самоубийстве.

В целях предупреждения повторных приступов болей необходимо ликвидировать все воспалительные очаги в ано-ректальной и мочеполовой сферах, устранить провоцирующие факторы — запоры, продолжительную езду на мотоциклах, злоупотребление алкоголем, половые эксцессы, чрезмерную физическую и умственную работу.

Для лечения больных, страдающих прокталгией, обычно применяют тепловые, физиотерапевтические процедуры, клизмы, диетотерапию, курортное лечение. Наилучший результат получают от лечения теплом. У части больных все эти мероприятия, систематически и настойчиво проводимые, не дают никакого эффекта.

Мы с хорошим результатом применили новый способ лечения прокталгии — новокаиново-спиртовые блокады. Производится инфильтрация $\frac{1}{4}\%$ новокаином с 2—5% спирта параректальной клетчатки с трех сторон, кроме передней. Прерывается центростремительное колено дуги патологического рефлекса, что при дополнительных тепловых и физиотерапевтических методах лечения нередко ведет к выздоровлению.

При безуспешности консервативного лечения и резко выраженном болевом синдроме, доводящем больного до отчаяния, следует предпринимать оперативное лечение по показаниям — одно- или двустороннюю пояснично-крестцовую ганглиосимпатэктомию. При упорном, настой-

чивом комплексном лечении у 75,5% больных получены благоприятные результаты.

Среди заболеваний прямой кишки прокталгия — одно из самых упорных, плохо поддающихся терапевтическому воздействию. При всех видах лечения она дает наибольший процент неблагоприятных результатов. Следует быть сдержанным, высказывая прогноз при прокталгии, так как он часто — у каждого четвертого — сомнителен. Поэтому необходимо продолжать поиски методов эффективного патогенетического лечения прокталгии.

Литература

- Аминев А. М. Трещины заднего прохода. Копчиковая боль. Прокталгия. Зуд заднего прохода. Куйбышев, 1959; Амбулаторная проктология. М., 1964; Лекции по проктологии. М., 1969; В кн.: Диагностика и лечение заболеваний прямой и толстой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 86—87.
- Аминева В. А. Анальный рефлекс при заболеваниях нервной системы. — Журн. невроп. и псих., 1960, 10, 1302—1305.
- Анисимова Т. И. О глоссодинии. — Стоматология, 1957, 3, 11—12.
- Антонова С. Н. Комплексный метод консервативного лечения невралгии тройничного нерва. Дис. канд. Львов, 1967.
- Аствацатуров М. И. Руководство по военной невропатологии. Л., 1935.
- Базанова С. В. Функциональные двигательные расстройства (дискинезии) толстой кишки при неврозах. Дис. докт. Л., 1963.
- Баркан М. Б. О прокталгии. Вестн. хир., 1964, 2, 101—103, 1965, 9, 67—71; Амбулаторная проктология. Ташкент, 1970.
- Бехтерев В. М. О навязчивых кишечных и пузырных кризах и значении при них лечения внушением. Избр. произв., 1954, 353—358.
- Бирбраир Л. Б. Семiotика болевых точек при патологии вегетативной нервной системы. Вегетативная нервная система в норме и патологии. Тр. Одес. психо-невр. ин-та. Одесса, 1934, 1, 371—384.
- Боас И. Диагностика и терапия болезней кишок. М., 1900—1901, т. I и II, пер. с нем.
- Боголепов Н. К. О репрессивных феноменах при инфаркте миокарда. Сов. врач. сбор., 1949, 13, 7; О патологии различных вариантов головных болей. Головные боли. М., 1964; Невропатология. Неотложные состояния. М., 1967; Журн. невроп. и псих., 1969, 4, 487—491.
- Болезни органов пищеварения. Под ред. С. М. Рысса, М., 1966, 1975.
- Боровский Е. В., Барышева Ю. Д. Глоссодиния. — Стоматология, 1957, 3, 12—13.
- Боткин С. П. Клинические лекции. СПб, 1899, т. II.
- Брайцев В. Р. Заболевания прямой кишки. М., 1952.
- Бурденко Н. Н. Обзор случаев активного вмешательства при невралгиях. Вестн. хир., 1933, XXV, 9, 3—7.
- Бух М. Г. О невралгиях симпатического нерва... Обзор. психиатр., неврол. и экспер. психол. 1901, II, 788—791.
- Вайнштейн Г. Б. Гипогастральный синдром при заболеваниях органов малого таза женщины. — Акуш. и гин., 1952, 5, 73—79.
- Вальшонок О. С., Шнидельман Р. Я. О рефлекторных вегетативных синдромах в отдаленном периоде поражений периферической нервной системы. — Журн. невроп. и псих., 1952, 2, 259—265.
- Варшавская Д. Я. Ближайшие и отдаленные результаты тректотомии, причины рецидивирования болей. — Вопр. нейрохир., 1952, 4, 7—9.
- Вейн А. М. О лицевых синдромах. Клин. мед., 1962, 9, 52—56; Тр. объед. конф. нейрохир. Ереван, 1965, 28—34; Вегетативно-сосудистые пароксизмы. М., 1971; В кн.: Проблема патологии позвоночника. М., 1972, 56—59.
- Великов К. А. О приступообразных болях вегетативного происхождения в области лица. Тр. Калинингр. мед. ин-та, 1960, 153—154.
- Виндшейд Ф. Невропатология и гинекология, их взаимные физиологические и патологические отношения. СПб, 1898, пер. с нем.
- Вогралик В. Г. Учение о неврозах в свете клинико-физиологических данных. Клин. мед., 1962, 9, 10—16; Неврозы в клинике внутренних болезней. — В кн.: Клини. лекц. по внутр. болезням, Горький, 1964, 29—68.
- Галант И. Б. Рефлексы половой сферы женщины. — Каз. мед. журн., 1927, 12, 1269—1272.

- Гейманович А. И. Некоторые невропатологические и психопатологические вопросы в учении о боли. — *Врач. дело*, 1947, 8, 689—697.
- Гельфанд В. Б., Крымский А. Д. Неврологические изменения при врожденных пороках сердца и их динамика после хирургического лечения. М., 1967.
- Голигорский С. Д. Неврогенные заболевания мочевого пузыря. — В кн.: *Рук. по клин. урол.* М., 1970, т. II, 90—109.
- Гольдельман М. Г., Креймер А. Я. Лечение заболеваний нервной системы. Томск, 1974.
- Гончаров П. П. О висцеральных рефlekсах с кишечника. Дис. докт. 1941.
- Гринштейн А. М. Учение о ваготонии и симпатикотонии. Харьков, 1921; *Сов. мед.*, 1945, 12, 7—11; *Госпитальное дело*, 1946, 11, 3—9; *Мед. работник*, 1957, 14, 15, 2; *Заболевания вегетативной нервной системы*, 1963, IV; *Вегетативные синдромы*. М., 1971.
- Губа Г. П. Неврологические симптомы, синдромы и функциональные пробы. Киев, 1969, изд. 2.
- Губер-Гриц Д. С., Дерман Т. Д. Неврологический тазовый синдром у женщин. — В кн.: *Забол. поясн.-крест. отдела нервн. сист.* Харьков, 1937; М., 1960; То же, в сборнике того же названия, Харьков, 1937.
- Гукасян А. Г. Болезни кишечника. М., 1964.
- Даршкевич Л. О. Курс нервных болезней. М.-Л., 1925, т. 11, 164—185.
- Демин А. П. Клиника и лечение ано-копчикового болевого синдрома. — В кн.: *Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок.* Москва—Куйбышев, 1974, 90—92.
- Динабург А. Д. Клиника гриппозных шейных симпаталгий. — *Врач. дело*, 1961, 8, 75—78.
- Дионесов С. М. Боль и ее влияние на организм человека и животного. М., 1963.
- Добрускин В. Е. К клинике вегетативного неврита. *Белорус. мед. ин-т.* Минск, 1939, 8, 43—55.
- Дрицаки И. К. Случай первичной нейралгии прямой кишки. — *Русский врач*, 1912, 33, 1359.
- Евзерова Э. К. Первичный и рефлекторный синдром нижнегрудного и пояснично-крестцового отдела пограничного ствола симпатической нервной системы. — *Сов. врач. сбор.*, 1949, 13, 9—12.
- Егорова О. Постгриппозные симпатоганглиониты. — *Мед. газета*, 1972, 4, 2.
- Ерохина Л. Г. Лицевые боли. М., 1973.
- Еселевич Э. И. К симптоматиологии двигательных расстройств при повреждениях пограничного симпатического ствола. — *Невроп. и псих.*, 1945, 3, 75—77.
- Заславский Е. С., Петров Б. Г. К патогенезу отраженного синдрома при некоторых заболеваниях внутренних органов. — В кн.: *Вертеброген. забол. нервн. системы.* Новокузнецк, 1969, 34—40.
- Зеленин В. Ф. К проблеме пароксизмов, вегетативных кризов. *Тер. арх.*, 1939, 1, 9—22.
- Златоверов А. И. О местном и отдаленном действии травмы нервной системы. — *Невроп. и псих.*, 1945, 3, 50—55.
- Ирасек А. Хирургия боли. Прага, 1959.
- Истамакова Т. С. Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. М., 1958.
- Канторович Н. В. Психогении. Ташкент, 1967.
- Карпенко В. М. Клиника и лечение симпатических ганглионитов. — *Журн. невроп. и псих.*, 1963, 63, 10, 1509—1511.
- Кассирский И. А. Вопросы патофизиологии висцерального невроза. — В кн.: *О врачевании.* М., 1970, 137—145.
- Кессель Ф. К. Вегетативные неврозы в хирургической практике. — *Сов. мед.*, 1941, 15—16, 11—14.
- Коган-Ясный В. М. Вегетоневрозы в клинике внутренних болезней. — *Клин. мед.*, 1936, 14, 7, 939—953.
- Кохановский И. Ю. О тазовом неврологическом синдроме. *Тр. Военно-морской мед. акад.* Л., 1941, 11, 79—83.
- Крейндлер А. Астенический невроз. Бухарест, 1963.
- Кроль М. Б. Реперкуссионные феномены в невропатологии. *Арх. биол. наук*, 1935, 38, 1; 1937, 48, 1—2, 52—58; *Журн. невроп. и псих.*, 1964, 12, 1799—1802; *Основные неврологические синдромы.* М., 1966.
- Кузмичев А. Я. Вегетативно-сосудистые сдвиги при болевых синдромах. — *Журн. невроп. и псих.*, 1964, 12, 1799—1802.
- Кучеровский М. Я., Финкель В. И. Основные симптомы и синдромы при поражениях нервной системы. Кишинев, 1968.
- Лапинский М. Н. Клинические и диагностические особенности идиопатической и симптоматической невралгии лица. Дис. М., 1911; *Сущность боли, ее восприятие, проведение и механизм.* *Практ. мед.*, 1913.
- Либерзон Г. Я. Диагностика, патогенез и патогенетическое лечение невралгии. *Тр. Благовещ. мед. ин-та*, 1957, 3, 316—323.

- Лернш Р. Основы физиологической хирургии. Очерки вегетативной жизни тканей. Л., 1961; Воспоминания о моей минувшей жизни. М., 1966.
- Лежнев Н. Ф. Психогенные заболевания в урологии. — Урология, 1923, 22, 177—183.
- Лорье И. Ф. Так называемые неврозы кишечника. — Клин. мед., 1954, 32, 4, 10—22.
- Лурье Р. А. О функциональных заболеваниях и психоневрозах пищеварительного аппарата и классификация болей органов пищеварения. — Клин. мед., 1941, XIX, 6.
- Лурье З. Л. Роль гипоталамуса в патогенезе мигрени. — В кн.: Физиол. и патол. гипоталамуса. М., 1965.
- Макненко М. А. Новый метод лечения глоссалгии. Обл. науч. конф. врачей. Куйбышев, 1955, 60—62; Стоматология, 1957, 3, 23—25.
- Максудова Р. Х., Голутва Е. И. О состоянии нервной системы у больных глоссодинией. — Журн. невроп. и псих., 1963, 1, 27—30.
- Малиновский М. С., Свет-Молдавская Е. Д. Климактерий и менопауза. М., 1963.
- Мандельштам А. Э. Семiotика и диагностика женских болезней. М., 1959; Дисменорея. БМЭ, 1959, 9, 461—468.
- Мардиросян Н. Н., Российский Б. В., Голобцов И. А. Некоторые вопросы лечения прокталгии и кокцигодинии. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 98—99.
- Маркелов Г. И. Реактивные вегетативные синдромы. — Сов. психоневрология, 1934, 6, 79—85; Заболевания вегетативной нервной системы. Киев, 1948.
- Марсова В. С. Заболевания мышц. М., 1935; В сб.: Лямблиозы. М.-Л., 1938, 159—170.
- Меньшиков Ф. К. Функциональные заболевания кишечника (неврозы). — В кн.: Болезни кишечника. М., 1962, 196—203.
- Митрофанов А. М. О значении некоторых экстравертебральных факторов в формировании болевого синдрома при поясничном остеохондрозе. — В кн.: Вертеброген. поясн.-крестц. патол. нервн. системы. Казань, 1971, 1, 14—17.
- Михайловский В. С. Хирургическое лечение невралгии тройничного нерва. Дис. докт. Киев, 1967.
- Могендович М. Р. Интероцепция в клинике внутренних болезней. — Клин. мед., 1946, 24, 10, 24—34; Хирургия, 1948, 2, 18—24; Рефлекторное взаимодействие локомоторной и висцеральной систем. Л., 1957.
- Мурашов Ю. Н., Синявский М. М. Сравнительная оценка пресакральных блокад при лечении прокталгии. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 90—91.
- Мяснцев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
- Овчинников Н. М., Эпштейн И. М. К вопросу о патогенезе цисталгии у женщин при чистой моче. — Гиг. и акуш., 1929, 5—6, 622—635.
- Оппенгейм Г. О психическом характере некоторых расстройств актов мочеиспускания и испражнения. — Мед. обозр., 1901, IV, июнь.
- Остроумов А. А. Клинические лекции. М., 1895, лекция 5.
- Перервина Л. Н. О патогенезе мигрени. Дис. канд. Киев, 1955.
- Перов Ю. А. К вопросу о прокталгии и ее лечении. Тез. докл. конф. молодых науч. работн. Куйбышев, 1955; Тр. 1 Всерос. конф. хир. Куйбышев, 1956, 130—131; 22 науч. сесс. Куйбышев. мед. ин-та, 1969, 46—47; то же, 24 сессия, 1967, 252—260; Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 86—87.
- Петров Б. Г. Об отраженных синдромах при некоторых заболеваниях органов брюшной полости. — В кн.: Остеохондроз позвоночника. Новокузнецк, 1973, 1, 267—270.
- Подольяк Г. А., Андреев О. В., Барилюк Л. В., Розумяк С. А., Журьенко Т. Л. О лечении больных прокталгией и кокцигодинией. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 93—94.
- Поленов А. Л., Бондарчук А. В. Хирургия вегетативной нервной системы. М., 1947; Основы практической нейрохирургии. Л., 1954, изд. 2.
- Попелянский Ю. Ю. Шейный остеохондроз. М., 1966; Вертеброген. забол. нервн. системы. Казань, 1974, т. 1.
- Попов Н. А. К клинике опухолей спинного мозга и позвоночника. — Журн. невроп. и псих., 1963, 2, 161—165.
- Пшоник А. Т. Кора головного мозга и рецепторная функция организма. М., 1952.
- Пытель А. Я., Голигорский С. Д. Неврогенный мочевой пузырь. — В кн.: Избр. главы нефрол. и урол. Л., 1973, III, 239—284.
- Радецкий Ф. И. Лечение цисталгий и циститов блокадой. — Урология, 1936, 2, 1969—1970.
- Рапопорт Б. И., Лехциер Л. И., Суслина Н. С. Этиология глоссодинии. — Стоматология, 1957, 3, 13—15.

- Республиканская Т. А. Кокцигодия, прокталгия. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишки. Москва—Куйбышев, 1974, 97—98.
- Реутова В. Ф. Невралгия крыло-небного узла. Дис. канд. М., 1971.
- Ривкин В. Л., Березницкий С. А. Лечение анальной невралгии (прокталгии) метиленовой синью. — В кн.: О болезнях прямой и толстой кишки. М., 1963, 67—70; В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишки. Москва—Куйбышев, 1974, 88—89.
- Рубин Л. Р. Прозопалгия. БМЭ, 1960, 16, 169; Михеев В. В., Рубин Л. Р. Стоматоневрологические синдромы. М., 1966.
- Русецкий И. И. Боль, ее формы и патогенез. Казань, 1946; Клиническая неврологическая. М., 1950; Вегетативные нервные нарушения. М., 1958; Журн. невроп. и псих., 1959, 59, 10, 1153—1158; Клин. мед., 1959, 9, 16—19.
- Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956; В кн.: Атлас операций на прямой и толстой кишках. М., 1968, 128.
- Смирнов В. А. Неврологические этюды при заболеваниях зубо-челюстной системы. — В кн.: Теория и практика стоматологии. М., 1967, 24.
- Соколянский Г. Р., Габриелян М. Н. О невралгии блуждающего нерва (ирритативном неврите). — Клин. мед., 1949, 6, 87.
- Суббоцкий В. Е. Иннервация мочевого пузыря, физиология и патология его механизма. — Вестн. хир., 1924, 10—11, 195—199.
- Справочник по лечению заболеваний органов пищеварения. Под рук. К. Б. Бахадурова. Ташкент, 1974.
- Старобинский И. М. Стоматология. М., 1957.
- Стрелкова Н. И. Грудные симпатические тунцы и их лечение. — Журн. невроп. и псих., 1963, 1333—1335.
- Судакова Ю. Н. К вопросу о вегетативной афферектации. — В кн.: Акт. вопр. невроп. и псих. Киев, 1963.
- Тайцлин В. И. К лечению пахикарпином больных вегетативным ганглионитом. — Сов. мед., 1954, 11, 40.
- Талетник Ф. К. О диагностике поражения конуса и конского хвоста спинного мозга. Обзор. психопатии, неврол. и экспер. психол. 1901, 11, 12, 831—844, 893—899.
- Третьяков К. Н. Невралгии и их лечение. Саратов, 1949.
- Уресманбетов Ш. Клиника и лечение ганглионитов пограничного симпатического ствола. Дис. канд. М., 1971.
- Усов П. С. О неврозах кишок. — Практ. врач., 1911, 25—26, 117—125.
- Уфленд Ю. М., Куневич А. С. Интерцептивные раздражения и реперкуссия. Бюл. экспер. биол. и мед., 1941, XII, 1—2.
- Федоров С. П. Ректоскопия. — Хирургия, 1897, 1, 6.
- Ходос Г. К. Нервные болезни. М., 1974.
- Хольцов Б. И. Функциональные расстройства мужского полового аппарата и функциональные расстройства мочевых органов нервного происхождения. Л., 1926.
- Хорошко В. К. Учение о неврозах. М., 1943; Врач. дело, 1945, 11—12, 517—522.
- Цуцельковская К. Н. Состояние вегетативной нервной системы у больных с климактерическим неврозом. — Акуш. и гин., 1960, 4, 93—97.
- Цыбырнэ К. А., Цуркан Н. А. К вопросу о клинике и лечении прокталгии. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишки. Москва—Куйбышев, 1974, 96—97.
- Четвериков Н. С. К вопросу о клинических вегетативных синдромах. — Журн. невроп. и псих., 1943, 12, 47; Лекции по клинике вегетативной нервной системы. М., 1948.
- Шамбуров Д. А. Ишиас. М., 1950.
- Шенбергер И. Л., Павлова Г. А. О прокталгии и кокцигодии. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишки. Москва—Куйбышев, 1974, 89—90.
- Школяр Т. Т. Глоссодия. — Стоматология, 1957, 3, 15—19.
- Шнее А. Я. Материалы к учению о длительном местном обезболивании. М., 1951.
- Экземплярский Я. П. Применение местной анестезии при нейрогенных болезнях. — Сов. мед., 1949, 12, 26.
- Эмдин П. И. Синдром «крестцовой елочки». — Вопр. нейрохир., 1950, 4, 18—21.
- Яковлев Н. А. Патологические синдромы прямой кишки. М., 1973; В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишки. Москва—Куйбышев, 1974, 87—88.
- Abbott W. C. Presacral neurectomy in treatment of certain pelvic, bladder and bowel conditions. Am. J. Surg., 1937, Aug., 244—255.
- Abraham A. Physical aspects of psychological disease. Lancet, 1935, March, 2, 1, 473—476, 1935, Aug. 24, 5843, 455.
- Adson A. W. Evolution of neurosurgery. Minnesota Med., 1943, 26, Jan., 66—73.

- Albu A. Ueber Mastdarmneuralgie. *Berl. kl. Wchschr.*, 1907, 23, Dec., 1648—1650.
- Alexander R. M. Psychiatric aspects of proctologic practice. *Am. J. Surg.*, 92, 5, 683.
- Allingham W. The diagnosis and treatment of diseases of the rectum. N. Y., 1896.
- Alloy A. Y. I. Le syndrome dit les proctalgies fugaces. Paris, 1966.
- Ameilne A. Le rectum et le colon pelvien en gynécologie. *Semain hôp. Paris*, 1952, 28, 45, 18 Juin, 1896—1889.
- Arnous J. a. oth. Deux ans de fonctionnement d'un service hospitalier de proctologie à Paris. *Sem. hôp. Paris*, 1964, 40, 62, 26 Oct., 2484—2487; *Caz. Med.*, 1970, 11, Oct., 28—31.
- Arroyd H. Proctalgia fugax. *Allergie Med.*, 1960, Mar., 64, 245—246.
- Artner J. Die vegetative Erschöpfung, eine aktuelle Frauenkrankheit. *Wien. klin. Wschr.*, 1959, 32, 608—614.
- Beaver D. L. a. oth. Electron microscopy of the trigeminal ganglion 111, Trigeminal neuralgia. *Arch. Path.*, 1965, 79, 557—564; *J. Neurosurg.*, 1967, 69, 1, 138—144.
- Beckman A. Proctalgia fugax. *Lancet*, 1935, 5846, 634; Treatment in general practice, Philadelphia, 1948, 628—629.
- Bennett R. C., Duthie H. L. Pressure and sensation in the anal canal after minor ano-rectal procedures. *Dis. Colon, Rectum*, 1965, 8, 2, Mar.—Apr., 131—136.
- Bensaude A. Neuralgie ano-rectale et coccygodynie. *Arch. mal. app. dig.* 1954, 64, 7—8, 823—834; *Maladies de l'anus et du canal anal*. Paris, 1955, 197—217; *Acta gastroenter.*, 1965, 8—9, 594—604; *Les nevralgies ano-rectales*, Maroc. med., 1973, 53, 56, 8—12.
- Bensaude R. L'endoscopie rectocolique Rectoscopie, Sigmoidoscopie. Paris, 1914; *J. med. chir. pratiq.*, 1923, 10 fevr., 253—257; *Sergent, Tr. de path. med.*, Paris, 1926, v. 11, 682—689.
- Bergmann G. V. Motorische Dickdarmfunktion und Röntgenforschung. *Zbl. Röntgenstr.*, 1912, 3, 4, 111—117.
- Bett D. H. Proctalgia fugax. *Brit med. J.*, 1952, 19, Apr., 880.
- Biologist. Some observations on proctalgia fugax. *Lancet*, 1952, 1, 5 Jan., 52—53.
- Birch C. A. Proctalgia. *Practitioner*, 1956, 177, 1060, 515—517.
- Black W. J. Presacral sympathectomy for dysmenorrhea and pelvic pain. *Ann. Surg.*, 1936, 103, 203—208.
- Blyth W. Proctalgia fugax. *Lancet*, 1935, 20, 5842, 404.
- Bockus H. L., Willard J. H. Functional disorders of the colon. *Pens. M. J.* 1934, 37, May, 645—652.
- Bodian M., Lake B. D. The rectal approach to neuropathology. *Brit. J. Surg.*, 1963, 50, 22, Jan., 702—714.
- Boisson J. Résultats du traitement des affections douloureuses de l'anus par l'adagur. *Rev. franc. gastroent.*, 1973, 89, 81—82.
- Bolen H. L. Spasmodic rectal pain. *N. Engl. Med.*, 1943, 228, 18, 564—566; *Brit. M. J.*, 1952, 22 May, 669—670.
- Bonnet P. Nevralgie pelvienne rebelle, secondaire à une prostatectomie. *Lyon chir.*, 1927, VXXIV Jan.—Feb., 117—119.
- Boyarsky S. The neurogenic bladder. Baltimore, 1967.
- Braaf M. M., Rosner S. Chronic headache. A study of over 200 cases. *N.Y. St. Med.*, 1960, 60, 24, 3987—3995.
- Bravo A. M. Un caso de proctalgie paroxystique de Thaysen. *Rev. Clin. Espan.*, 1960, 78, 2, 93—94.
- Broese P. Zur Pathologie und Therapie der Parametritis Posterior. *Zbl. f. Gynaek.*, 1923, 47, 258—260.
- Brown E. T. Proctalgie fugax. infantum. *Ann. Allergy*, 1971, 29, Feb., 92—100.
- Bute L. A. High rectal pain, an analysis of 100 cases, *Am. J. Dig. Dis.*, 1934, 1, 591—594, Practical proctology, Philadelphia—London, 1938.
- Burstone M. S. The psychosomatic aspects of dental problems. *J. A. M. A.*, 1946, 33, 13, 862—871.
- Caldas J. M. Proctalgie fugace. *Rev. Gin., Obst.*, 1958, 102, 2, 145—152.
- Callandry L. C. Dyskinesies ano-rectales. *Maroc. Med.*, 1960, 39, Feb., 417, 194—195.
- Carilli H. Hypnotism. *Lancet*, 1935, 1, 61—66; 28 sept., 5848, 742—743.
- Carter H. S. Erythromelalgia and proctalgia fugax. *Lancet*, 1935, 17 Aug., 5842, 372.
- Cavadias A. P. Chronic spasmodic affections of the colon. *Lancet*, 1935, 5494, 1264.
- Centemans G. T. Sexual dysfunction following rectal surgery. *Gastroent.*, 1968, 11, 337—342.

- Chabanon M. R. Les algies ano-rectales essentielles. *J. med. Lyon*, 1969, 50, 1157, 127—133; 1167, 3, 1049—1059.
- Chapman L. F., Ramos A. O., Goodell H. S., Silverman I., Wolff H. I. A humoral agent implicated in vascular headache of the migraine type. *Arch. Neurol.*, 1960, 33, 223—229.
- Cibert J. Heocystoplasty de substitution pour cystalgie. *J. d'Urol.*, 1, 1959, 65, 76—78.
- Codart J. Introduction, conclusions. Symposium sur les affection douloureuses neurogenes de la sphere ano-rectale... *Acte gastroenterol. belg.*, 1965, 28, 8—9, 273—274; 646—648.
- Cohen M. E. Excessive surgery in hysteria. *J. A. M. A.*, 1953, 151, 12, 977—986.
- Colomer A. L. El dolor vesical. *Med. espan.*, 1957, 37, 214, 36—48.
- Condamine R. Essai sur la signification des ligaments utero-sacres. *Lyon Chir.*, 1927, 24, 598—599.
- Cooper W. L. Ano-rectal pain. *Med. Times*, 1966, 89, Nov., 1203—1205.
- Corting G. W. On the perianal manifestation of Crohns disease. *Hautarzt*, 1968, 19, Dec., 553—556.
- Costa R. Les algies par trouble de la statique intrapelvienne chez la femme resultats du traitement chirurgical. These, Montpellier, 1958.
- Cotte G. Sur le traitement des dysmenorrhées... *Lyon chir.*, 1927, 25, 3, 103; Les troubles fonctionnels de l'appareil genitale de la femme. Paris, 1928, 1949, 3 ed.; *Lyon Med.*, 1929, 144, 45, 549—560; *Chirurgie du sympathique pelvien en gynécologie*. Paris, 1932; *Presse med.*, 1931, 39, 373—376; *Lyon chir.*, 1943, 38, 2, 109—114.
- Dacchah A. E. Proctalgia fugax. *Gas. Med.*, 1963, 18, 4, 405—451.
- Dalsace J. Le diagnostic radiologique dans les algies pelviennes femtine s. *R. prat.*, 1969, 9, 22, 2371—2373.
- Davis A. The present position of neurosurgery in gynaecology. *Brit. Med. J.*, 1948, 12, 25 Sept., 585—590; *Post Grad. M. J.*, 1949, 25, July, 330—336.
- Davis I. H. Self inflicted injuries of the anus, rectum and perineum. *Am. J. Proct.*, 1969, 20, 3, 209—213.
- Desormeaux A. J. De l'endoscop et de ses application en diagnostic et en traitement des affections de l'urethre et de la vessie. B. Bailliere, 1865.
- De Vita C., Prisco C. A proposito della sindrome del simpatico cervicale. *Rass. internz. clin. e. ter.*, 1969, 39, 15, 733—742.
- Dietrich K. Glossodynie—monosymptomatische Depression—Thalamusschädigung. *Der Nervenarzt*, 1956, 20 August, Heft 8.
- Diffurth H. Die endogene Depression als Folge der Störung einer vegetativen Beziehung zur Umwelt. Basel-New-York, 1960.
- Donaldson A. N. Relation of constipation to intestinal intoxication. *J. A. M. A.*, 1922, 78, 128, 884—888.
- Donthwaite A. H. Chronic spasmodic affectations of the colon. *Lancet*, 1928, 15, Dec., 5494, 1263—1264; *Brit. M. J.*, 1956, 20 Oct., 4933, 853—900; 1952, 5298, 164—165.
- Duhamel L., Cohen M. Les algies ano-rectales essentielles. *Rev. practic*, 1972, 22, 11, 1827—1835.
- Duncan C. J. Surgical treatment of dysmenorrhoea. *N. Y. State Med. J.*, 1949, 15 Dec., 46, 2757—2760.
- Eichhorst H. Клинические лекции о невралгиях. Цюрих—Москва, 1896, 1—24.
- Einarsson F. Differentiation of lesions of the rectum from those of the urogenital system. *Dis. Colon, Rectum*, 1934, 7, 5, Sept.—Oct., 423—424.
- Engel G. L. Primary atypical facial neuralgia. *Psychosomat. Med.*, 1951, 13, 6, 375.
- Evans A. L., Cofer O. S., Gregory H. H. Presacral sympathectomy. *Med. Times*, 1952, 80, 2, 682—685.
- Ewell G. H. *Am. Proct. Soc. Am. J. Surg.*, 1950, 79, 1, 128.
- Ewing M. R. Proctalgia fugax. *Brit. Med. J.*, 1953, V, 4819, 1083—1085.
- Eyckmans R. La pathogenie de certains cas de glossodynie. *Arch. belges de dermatologie et de syphillographie*, 1952, Nov., 350—357.
- Faroy G. Plexalgie pararectale fugace des colitiques «Nocturnal rectalgia» on «Proctalgia fugax». *Presse med.*, 1954, 62, 43, 905—906.
- Fedorov S. P. Ueber Rectoscopy und einige klinike operative eingriffe im rectum. *Arch. f. klin. Chir.*, 1898, Bd. 57, H. 3.
- Fergusson I. D. *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, 1958, 22, 237.
- Finneson B. E. Diagnosis and management of pain syndromes. Philadelphia—London, 1962.
- Foges A. Atlas der rectalen Endoscopie. Berlin—Wien, 1970.
- Fontaine R., Herrmann L. G. Clinical and experimental basis for surgery of the pelvic sympathetic nerves in gynaecology. *Surg., Gyn., Obst.*, 1932, 54, 2, 133—163.

- Foury A. M. O. La retrodeviation uterine douloureuse chez la femme en période d'activité genitale. Paris, 1959.
- Frees A. S. Facial pain. *J. Am. Dent. Assoc.*, 1959, 59, 3, 115—119.
- Fries J. H., Zismor J. Gastrointestinal allergy in children. *J. Ped.*, 1940, 16, 1, 69—75.
- Funck-Brentano P. La névralgie pelvienne féminine essentielle. *Gyn., Obst.*, 1956, 55, 4, 341—356; *Rev. prat.*, 1959, 9, 22, 2383—2391.
- Gant S. G. Neuralgia of the rectum. *Langsdal's Lancet Clinic*, 1898, 159—163; *Diseases of the rectum*. Philadelphia, 1923, V. 3, 135.
- Gerendasy I. Proctalgia fugax. *Am. J. Surg.*, 1951, 82, 5, 623.
- Gilpin S. F. Glossodynia. *I. A. M. A.*, 1936, 106, 19, 1722—1724.
- Glaser M. A. Atypical form neuralgia. *Arch. intern. Med.*, 1940, 19, 7, 340—342.
- Gordonoff T. Pain and the vegetativ nervous system. *Arch. intern. pharm. et ther.*, 1960, 122, 1—2, 208—220.
- Grace W., Wolf S., Wolf H. The human colon. N. Y., 1951.
- Granet E. Proctalgias... *Am. J. Dig. Dis.*, 1946, 13, 10, 329—333; *Rev. Gastroenter.*, 1949, 16, 7, 549—563; 1952, 19, 19—23; *Am. J. Proct.*, 1952, 3, 365—369; *N. Y. St. J. Med.*, 1953, 10, 1219—1222; *Am. J. Gastroenter.*, 1957, 28, 4, 394—402; *Geriatrics*, 1965, 20, 8, 657—664; *Clin. Med.*, 1970, 2, 363—378.
- Handenschild W. La proctalgia fugax. *Rev. med. suisse Rom.*, 1950, 70, 349—355.
- Hanes W. I. Tic douloureux a new allergic approach to the etiology and treatment. *Ann. Allergy*, 1962, 20, 10, 635—636.
- Harris W. Neuritis and neuralgia, London, 1926; *J. Neurosurg.*, 1940, 63, 209; *Brit. M. J.*, 1946, 4454, 18 May, 754—757; *Ann. Allergy*, 1962, 20, 10, 636—637.
- Hauden P. E. Proctalgia. *N. Engl. J. Med.*, 1959, 260, 9, 420—425; *J. Dig. Child.*, 1959, 97, 479—481.
- Herand M. La douleur ano-rectale. *Lille Med.*, 1967, Apr., 12, 490—497.
- Herzog E. Ueber die Morphologie des peripherien vegetative Nervensystems. *Dtsch. med. Wschr.*, 1960, 45, 1965—1969.
- Hill J. R. Pain in ano-rectal region. *J. A. M. A.*, 1952, 150, 6, 11 Oct., 579—582.
- Hill M. R. Rectal pain in cases of sacroiliac strain. *Tr. Am. Proct. Soc.*, 1936, 37, 136—144.
- Hillemand P., Hureau J. A propos d'un cas de neuralgies anales. *Arch. mal. app. dig.*, 1966, 55, 53—54.
- Horschowski A. Importance des facteurs psychiques dans les algies faciales dites atypiques. Thèse, Paris, 1962.
- Horton B. T. Histamin cephalgia. *Proceed. Staff. Meet. Mayo Clin.*, 1956, 31, 11, 325; *Appl. Ther.*, 1964, 6, Sept., 715—716.
- Howard C. Proctalgia fugax. *Lancet*, 1935, 5841, 343.
- Hughes T. Proctalgia fugax. *Brit. Med. J.*, 1952, 19 Apr., 880.
- Iaboulay M. Le traitement de la neurologie pelvienne par la paralysie du sympathique sacre. *Lyon Med.*, 1899, 90, 102—104; *Chirurgie des centres et des membres*. Paris, 1902.
- Iaule. La douleur en gynécologie. Paris, 1936, 2 ed.
- Ibrahim H. Proctalgia fugax. *Gut*, 1961, 2, 2, 137—140.
- Jensen P. C. Neurological bladder dysfunction. *Acta neurol. Scand.*, 1962, Suppl. 3, 38, 113—130.
- Jordan Sara M. The unstable colon and neurosis. *J. A. M. A.*, 1932, 99, 27, Dec. 31, 2234—2239.
- Jones F. A., Gummer J. W. P., Lennard-Jones J. S. *Clinical gastroenterology* Oxford, 1968, 2 ed.
- Karpati F., Balogh E., Scultety S. Uber die Auswertung der Diagnostik und Therapie von funktionellen Blasenstörungen. *Internat. Konf. f. Urol.*, Budapest, 1964, 221—222.
- Karras J. D., Angello G. Proctalgia fugax. *Am. J. Surg.*, 1951, 82, 5, 616—625; *Dis. Colon, Rectum*, 1963, 6, 2, 130—134.
- Kennedy F. Facial pain. *Ann. Dentistry*, 1940, 7, 285—288; *N. Y. St. J. Med.*, 1941, 15 Oct., 41, 2013—2017.
- Kermauer F. Ein Reflex bei der gynäkologischen Untersuchungen. *Wien. klin. Wchschr.*, 1924, 23, 566—569.
- Kerr F. W., Miller B. H. The pathology of trigeminal neuralgia. *Arch. Neurol.*, 1966, 15, 3, 308.
- Kindel E. A. Pelvic pain in women. *Am. J. Surg.*, 1935, 30, 3, 435—443.
- Laignel-Lavastine M. *Pathologie du sympathique*. Paris, 1924.
- Lange A. Proctalgia fugax. *Wien. klin. Wschr.*, 1953, 12, 230—231.

- Larkin E. Discussion on functional diseases of the colon and rectum. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1943, 36, 644—650.
- Lascu F. Sindromul simpatico-trigeminal. *Neurol., psychiatr., neurochir.*, 1959, 6, 509—513.
- Launda E. Crises-like rectal pain. *Wien. klin. Wschr.*, 1939, 52, 918—922.
- Lawson J. G. Gynaecological pain. *Med. press.* 1960, 243, 11, 235—239.
- Learmonth J. A. Treatment of vesical pain. *J. Urol.*, 1931, 26, 1, 13—24; *Brit. J. Surg.*, 1937, 25, 3, 17—51.
- Leikind E. R. The spastic bowel and prostato-vesiculitis. *Med. Times*, 1957, 85, 12, 1368—1375; Treatment of silent prostato-vesiculism in general practice, N. Y., 1961; *Clin. Med.*, 1962, 69, 1073.
- Lemerle E. M. Du traitement des affections douloureuses... These, Paris, 1933, 70.
- Lemozy J. Douleurs pelviennes et lesions procto-digestives. *Rev. med. Toulouse*, 1968, 4, 3, 380—382.
- Lenshock C. H. Pijn en stoormissen von het vegetatieve zenuwstelsel. *Ned. t. geneesk.*, 1960, 9, 143—417.
- Lerich R. La chirurgie de la douleur. *Presse med.*, 1927, 35, 32, 496—499; *Ann. Med., Chir.*, 1928, 1, 1, 14—19; La chirurgie de la douleur. Masson, Paris, 1937.
- Leube W. Spezielle Diagnose. Berlin, 1895.
- Lewey F. Characteristic of facial pain in typical and atypical trigeminal neuralgia. *Ann. Dentistry*, 1939, 6, 129—131.
- Lieberman W. Steroides in proctology. *Am. J. Proct.*, 1969, 20, 2, 134—137.
- List C. F., Williams S. Pathogenesis of trigeminal neuralgia. *Arch. Neurol. Psych.*, 1957, 77, Jan., 19—22.
- Livingstone W. K. Pain mechanisms. A physiologic interpretation of causalgia and its related states. N.-Y., 1943.
- Loeschke A. Analgia in early childhood. *Montschr. Kinderheilk.*, 1965, 117, 9, 572—574.
- Lovshin L. L. Ano-rectal symptoms of emotional origin. *Dis. Colon, Rectum*, 1961, Nov.,—Dec., 4, 399—402.
- Lynch M. E. Anal neuralgia. *Brit. Med. J.*, 1931, 2, 927—930.
- MacCarty R. L. The relationship of low backache to ano-rectal disease. *South. M. J.*, 1957, Sept., 50, 9, 1152—1155.
- MacElin T. W., Horton B. T. Atypical face pain. A statistical consideration of 66 cases. *Ann. Int. Med.*, Lancaster, 1947, 27, 5, 745—753.
- MacEwan P. Proctalga fugax. *Lancet*, 1935, 5845, 580.
- MacEwin R. Proctalga fugax. *M. J. Austr.*, 1956, 2, 9, 337—340.
- MacKenney D. C. Rectal and anal injuries. *J. A. M. A.*, 1931, Nov. 28, 97, 22, 1612—1616.
- MacLennan A. Short note on rectal crises on non-tabetic origin. *Glasgow, Med. J.*, 1917, 88, 129—131.
- Maillard E. W. Control of rectal postoperative pain by use of long-lasting steroids. *Am. J. Gastroenterol.*, 1970, 53, 3, 259—263.
- Martiere J. Les alies ano-rectales essentielles. *Vie med.*, 1974, 55, 1, 55—58.
- Marschall W. H. Proctalga fugax. *Lancet*, 1935, 5846, 635.
- May I. P. Indications et resultats de la physiotherapie dans le traitement des algies ano-rectales. *Arch. Fr. mal. app. dig.*, 1966, 55, 7—8, 39—42.
- Mengert W. F. Pelvic pain in women. *Postgrad. med.*, 1960, 27, 6, 716—722.
- Mikkelsen W. P., Berne C. J. Intestinal angina. *Surg. Cl. North Amer.*, 1962, 42, 5, 1321—1328.
- Milstein M. J. Nevralgie ano-rectale symptome nevralgie ano-rectale maladie. *Arch. mal. app. dig.*, 1966, 55, 59—63.
- Mirek R. Allergiczne pochodzenie nerwo bolh nerwu trojdzelnego. *Polski Gygodnik Lekarski*, 1961, 38, 1455.
- Molin H., Condamine F. De la section des ligaments utéro-sacres en chirurgie gynecologique. *Lyon Med.*, 1929, 143, 805—811.
- Morel-Maroger M. A. Aspect psychologique des nevralgies ano-rectales. *Arch. Fr. mal. app. dig.*, 1966, 55, 7—8, 43—46.
- Morero Brodo A. Un caso de proctalga paroxistica de Thaysen. *Revista clinica espan*, 1960, 78, 3, 93—94.
- Murdoch R. L. The terminal bowel intussusception pain syndrome and sigmoido-rectal proidentia. *South Med. J.*, 1950, Dec., 43, 1057—1060.
- Murray J. B. Some common psychosomatic manifestations. London, 1951, 2 ed.
- Myrtle A. S. Rectal pains. *Brit. Med. J.*, 1883, 1, 1061—1062.
- Nesbit R. M., Mclellan F. C. Sympathectomy for the relief of vesical spasm and pain resulting from intractable bladder infection. *Surg., Gyn., Obst.*, 1939, 68, 2, 148—152.

- Nepter A. Les infiltrations novocainiques du sympathique en gynécologie. Sem. hop. Paris, 1944, 5, 111—112; Gynecologie, Med., Paris, 1950.
- Oppengeim H. Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende. Berlin, 1913, B 11, 1588—1589, Glossodynie.
- Palmer E. D. Proctalgia fugax. J. Gastroenterol., 1963, Nov., 438—439.
- Palumbo L. T. Management of disorders of the autonomic nervous system. Chicago, 1955.
- Paradis H., Marganoff H. Rectal pain of extrarectal origin. Dis. Colon, Rectum, 1969, 12, 4, 306—312.
- Parmentier E., Foucaud I. La neuralgie dite primitive du rectum. La presse med., 1910, 6 Juleet, 985—988.
- Parnaud E. Diagnostic d'une douleur anale aigue. Vie méd., 1963, 44, Mars.
- Pellegrini G., Papo I. Il sistema nervoso vegetativo nella patogenesi del dolore. Minerva med., 1962, 53, 96, 3639—3640.
- Pemberton F. H. Resection of the presacral nerve in gynaecology. New. Engl. Med. J., 1935, 213, 15, 710—714.
- Penny R. W. The doctors disease-proctalgia fugax. Practitioner, 1970, Jun., 204, 1224, 843—845.
- Peters G. A., Barga J. A. The irritable bowel syndrome. J. Gastroenterol, 1944, 11, 2, 399—402; Rev. Gastroenterol., 1944, 11, 399.
- Pichler O., Siedek H. Zur Aetiologie und Therapie vegetativer Funktionsstörungen mit Sedapon. Muench. med. Wschr., 1964, 43, 2103—2106.
- Pick A. Die sensibilitaetsneurosen des Magens. Wien klin. Wochschr., 1901, Sh XIV, 35, 817—823; 36, 849—854.
- Pickardt M. Ueber Mastdarmneuralgien. Berl. kl. Wschr., 1908, 130—131.
- Pitres R. Распознавание места болевых раздражений при невралгиях впрыскиванием кокаина. Обзор психиатр., неврол. экспер, психол. 1901, 11, 632—635 Перевод с франц.
- Polzien P. Die sogenannte Proctalgia fugax. Arzliche Wschr., 1955, 6, 121—1231
- Potthast O. J. Intussusception of the rectal mucosa: a common cause of recta. pain. South. M. J., 1959, 52, 9, 1062—1066.
- Pounders C. M. Proctalgia fugax infantum: painful defecation in allergic infants. J. Pediat., 1957, 51, 4, 413—415.
- Pradel E., Hernandez C. L'arteriographie selective au cours des proctalgies fugaces. Rev. med., Paris, 1968, 9, 8, 529—530.
- Prick I. I. Some considerations on pain.... Fobia Psych. Amsterdam, 1951, 54, 4—5, 1271—1275.
- Proctalgia. Practitioner, 1956, 77, 1060, 515—517.
- Pubus F. C. Brit. Med. J., 1964, 1, 324—326.
- Purtell J. J. Observations on clinical aspects of hysteria. J. A. M. A., 1951, 146, 10, 902—909.
- Quenu E., Hartmann H. Chirurgie du rectum. Paris, 1895.
- Questions and answers. Proctalgia fugax. Brit. Med. J., 1952, 4759, 669—670.
- Rathcke L. Ueber die Schmerz bekaemplung durch Resection des Nervus praesacralis. Chirurg, 1950, 21, July, 389—394.
- Richelot M. Sur le traitement des nevralgies pelviennes. Bull. Méd. Soc. Chir. de Paris, 1892.
- Robert H. Les algies pelviennes. Probleme clinique et ettiologique. Re. prat., 1959, 9, 22, 2365—2370.
- Robert P. E. Traitement de la migraine. Sem. méd. prof. med. soc., 1951, 1.
- Rochet I. La resection du nerf presacrée en gynécologie. These Lyon, 1958.
- Rochet V. Traitement chirurgical des cystites douloureuses. Lyon chir. 1921, July—Aug., XVIII, 462—480.
- Romberg M. H. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1851. 165—166.
- Ropex M. Proctalgia fugax. Brit. Med. J., 1952, 19 Apr., 880—881.
- Ross S. T. Synopsis of treatment ano-rectal diseases. St.-Louis, 1959.
- Ruchston I., Macdonald H. Trigeminal neuralgia, special considerations of nonsurgical treatment. J. A. M. A., 1957, 5 Oct., 5—8.
- Ruggi G. La simpatectomia abdominale utero-ovarica.. Bologna, 1899.
- Ryle J. A. Proctalgia fugax. Lancet, 1935, 5841, 343; 1939, 6050, 353—359.
- Schaltenbrand G. Ueber den anatomischen Befund bei Trigemimus neuralgie. Deutsch L. Nervenheilk., 1953, 170, 95—105.
- Schapiro S. Low back pain; treatment by nerve block. Industr. Med., 1945, 14, 580—586, Am. J. Surg., 1950, 79, 117—128.
- Schreiber J. Rectoromanoscopie auf anafomischphysiologischer Grundlage. Berlin, 1903.
- Scott W. J., Schroeder C. F. Denervation of the bladder for relief of intractable pain. Ann. Surg., 1938, 108, 9, 107—109.
- Selby G., Lance J. W. Observations on 500 cases of migraine and allied vascu-

- lar headache. *J. Neurol., Psychiat.*, 1960, 23, 1, 23—32.
- Septuagenarian A. Proctalgia fugax. *Lancet*, 1935, 5842, 404.
- Seydell E. M. Cephalgia and facial pain. *Arch. otolaring.*, 1940, 32, 5, 89—95.
- Sheppard M. D. Proctalgia fugax. *Britt. Med. J.*, 1952, 19 Apr., 880.
- Sicard A. Névralgie faciale et sympathalgie faciale. *J. de praticiens*, 1925, 39, 50, 817—818.
- Silva R. R. Ano-rectales neuralgies et neuroses. *An. Paul. Med. Cir.*, 1959, Sept., 78, 183—193.
- Simpson I. Y. *Med. Times Gaz.*, 1859, 40, 1031.
- Sjöquist O. Trigeminal neuralgia. *Acta chir. Scand.*, 1939, 82, 201—217.
- Skajaa K. Abdomino-pelvic pains in females without structural or organic pathology. Plexalgia hypogastrice. *Acta Obst., Gynec.*, 1950, 30, 21—74.
- Sluder G. Nasal neuralgia headaches and eye disorders. *St. Louis, 1927; N.-Y., L. Med.*, 1958, 87, 389—394.
- Smith R. N. C. Proctalgia fugax. *Lancet*, 1935, 7, Sept., 5848, 581.
- Smith W. T. Levator spasm syndrome. *Minn. Med.*, 1959, 42, 1076—1079.
- Souillard I. Experimentation clinique du relveve gelules en proctologie. *Gaz. med. Franc.*, 1970, 77, 16, 3622—3624.
- Sperling E., Stendler A. Tic douloureux und gesichts schmezz. *Dtsch. L. Nervenheilk.*, 1955, 101, 173—175.
- Spiesman M. G., Malow L. Minimizing pain in proctology. *Am. J. Proct.*, 1957, Dec., 8, 6, 439—441.
- Stendler J., Pannke H. Neurotherapie in der Gynaekologie. *Zbl. Gynaek.*, 1959, 25, 1001—1000.
- Stern W. Acute painful anal lesion. *Med. J. Austr.*, 1968, 2, 11, 476—478.
- Stolte J. B. Rectal pain; rectal neuralgia; proctalgia fugax and tabetic rectal crises. *Nederl. tijdschr. r. geneesk.*, 1938, 82, 5490—5496.
- Straus A. *Erkrankungen des Rectum und sigmoideum*. Berlin—Wien, 1922, Bd XI, 265.
- Strauss H. Zur Methodie der Rectoscopie. *Berlin. kl. Wschr.*, 1903, 40, 1100—1104.
- Swinton N. *Discuss. Am. J. Surg.*, 1951, 82, 5, 625.
- Szewczyk H. Entwicklungsgeschichte und Kritik des Begriffes «Vegetative Dystonie». *Psychiat., Neurol., med. Psychol.*, 1962, 10, 370—377.
- Szujewski E. R., Schmidt H. Atypical neuralgia of the face. *Arch. Surg.*, 1948, 56, 6, 785—788.
- Tardieu G., Tardieu C. *Le système nerveux végétatif*. Paris, 1948.
- Taylor H. C. Die neurovegetativ bedingten Störungen im kleinen Becken der Frau. *Arch. f. Gynaek.*, 1951, 480, 181—197; *Am. J. Obst., Gyn.*, 1954, 67, 1177—1196; *Prog. Gynecol.*, 1957, 3, 191—208.
- Thaysen T. E. H. Proctalgia fugax. *Hospitaltidende*, 1935, 78, 2, 73—78; *Lancet*, 1935, 229, 5840, 243—246; 2, 3 Aug., 372—373; *Acta med. Scand.*, 1936, 78, 441—445; *Hospitaltidende*, 1938, 78, Jan. 15, 73—78; *Nord. Med.*, 1948, 40, 47, 2158—2159.
- Theobald G. W. The pelvic sympathetic syndrome. *J. Obst., Gyn., Brit. Emp.*, 1951, 58, 733—761.
- Thiele I. *Discuss. Am. J. Surg.*, 1951, 82, 5, 624.
- Thiermann E. La section des nerfs érecteurs et des nerfs hypogastriques par voie sacrée. *J. belge urol.*, 1953, 22, 1, 4—12.
- Tinel J. *Le système nerveux végétatif*. Paris, 1937.
- Travell J. Facial pain. *N. Y. J. Med.*, 1955, 55, 331—335.
- Vezely S. Sympathectomie in der Gynaekologie. *Cos. lek. Cesk.*, 1932, 1617.
- Vianay C. Du traitement des cystites douloureuse du state de «cystalgie»... *Arch. franco-belg. de chir.*, 1927, march, XXX, 229—236.
- Vigoni M. Une affection rectale peu connue: la proctalgia fugax. *Brux. Med.*, 1952, 32, 14, 709—714; *Acta gastro-enterol. belg.*, 1965, 28, 8—9, 631—639.
- Villette J. Abord psychosomatique des algies ano-rectales. *Vie med.*, 1974, 55, 1, 59—61.
- Villette J., Hacheit J.-Cl., Bonfils S. Importance des facteurs psychofonctionnels dans les affections algiques ano-rectales. *Gaz. med. Franc.*, 1968, 75, 30, 6115—6122.
- Von Jaschke R. T. Zum Krankheitsbild der «Pelipathia Vegetativa». *Zbl. f. Gynaek.*, 1950, 72, 581—585.
- Von Pohle E. E. Gynecology and proctology. *Am. J. Proct.*, 1963, Oct., 14, 328—334.
- Wallis F. C. Two cases of «obscure» rectal pain and their treatment. *Lancet*, 1909, 9 Jan., I, 94—95.
- Waters E. G. Presacral sympathectomy for intractable functional uterine pain. *Am. J. Obst., Gyn.*, 1946, 51, 2, 235—240.
- Watts M., Bennet R. C., Duthie H. L., Goligher J. C. Healing and pain after haemorrhoidectomy. *Brit. J. Surg.*, 1965, 51, 11, 808—817.

- Weiller P. Plexalgie pararectale fugace des colitiques. *Concours Med.*, 1956, 78, 19, 12 Mai, 2217—2218.
- Wetherel F. S. Resection of the hypogastric plexus. *Am. J. Obst., Gyn.*, 1951, 61, 4.
- Wheeler L. D. Backache in woman—urological aspects. *Med. J. Austr.*, 1960, 2, 16, 216—217.
- Whithey E. Proctalgia fugax. *Am. J. Surg.*, 1951, 82, 5, 623.
- Wilder J. Zur problematik des vegetativen systems—das «ausgangswertgesetz». *Acta med. URSS*, 1939, 2, 2, 351—360.
- Wilson S. A. *Neurology*. London, 1954, 1.
- Wolf H. *Headache and other head pain*. N. Y. Oxf. Univ. Press., 1948, 650—554.
- Yeomans F. C. *Coccygodynia*. *Surg., Gyn., Obst.*, 1919, 29, 612; *Proctology*, New York, 1929.
- Young J. Broad ligament neuritis. *Tr. Edinburg Obst. Soc., Edinburg M. J.*, 1933, 92, 165—174; 1332—1333; *Brit. Med. J.*, 1938, 1, 104—111.
- Zaenge A. Proctalgia fugax. *Wien. kl. Wschr.*, 1953, 65, 12, 230—231.
- Zimmerman R. Experimentelle Untersuchungen über die Empfindungen in der Schlundrohre und im Magen, in der Blase und in der Harnrohre und im Enddarm. *Mitteilung Grenzgebiet Med. und Chir.*, 1909, Bd 20, H. 1—5.
- Ziskin D. E., Moulton R. Glossodynia: a study of idiopathic orolingual pain. *J. A. D. A.*, 1946, 33, 21, 1422—1432.

Глава XXIII

КОПЧИКОВАЯ БОЛЬ. КОКЦИГОДИНИЯ. COCCYGO DY NIA

Кокцигодиния — заболевание, ведущим признаком которого является боль в области копчика, усиливающаяся при давлении на него. Встречается в среднем возрасте, чаще у женщин. Термин «кокцигодиния» образован из двух слов: «соссух» (греч.) — копчик и «dinia» (греч.) — боль. Так назвал копчиковую кость французский врач-анатом Сапарре в 1541 г., она напомнила ему клюв кукушки (по-гречески — косс).

Первым следует считать описание кокцигодинии, опубликованное в 1682 г. J. Meekren (цит. по J. C. Mac Coley, 1937). Болезнь развилась после того как женщина быстро опустилась на край стульчака в туалете. Спустя некоторое время появились невыносимые боли в копчиковой области. Больная не могла сидеть, не позволяла себя обследовать. Копчик оказался смещенным. Коррекция привела к быстрому выздоровлению.

Первую зарегистрированную в литературе операцию удаления копчика по поводу упорных болей в нем при туберкулезном поражении выполнил в 1726 г. парижский врач J. L. Petit. В 1844 г. нью-орлеанский хирург J. C. Nott повторил кокцигэктомию уже по поводу «копчиковой невралгии» (цит. по I. A. Powers, 1957). В 1859 г. гинеколог из Эдинбурга I. G. Simpson выпустил книгу «Клинические лекции о женских болезнях». Лекция 17-я называлась «Кокцигодиния, заболевания и деформации копчика». Автор отводил главную роль в происхождении болей травме, отдавая дань ревматической этиологии. В работе был приведен обзор литературы, посвященной повреждениям копчика, начиная с XVI в. I. G. Simpson (1859, 1863) обратил внимание на спазм мышцы, поднимающей задний проход, часто обнаруживаемый при этом заболевании, ведущий к смещению копчика, и предложил подкожную тенотомию ее сухожильно-связочных структур. С тех пор термин «кокцигодиния» укрепился в литературе и стал общепризнанным.

Несмотря на то, что в последние годы появляется все больше работ о кокцигодинии и в каждом руководстве по проктологии можно найти главу, посвященную данной теме, многие вопросы этиологии, патогенеза и лечения этого заболевания остаются нерешенными. G. H. Thiele в 1963 г. писал, что он в английской литературе нашел только 31 статью о кокцигодинии. Недостаточное внимание к проблеме до 60-х годов этого столетия, пограничный характер синдрома копчиковых болей в смысле этиологии и клиники, благодаря чему с ним приходится встречаться различным специалистам — проктологу, травматологу, ортопеду, гинекологу, онкологу, невропатологу, благоприятный для жизни прогноз обусловили малую осведомленность врачей о кокцигодинии.

В отечественной литературе до 1956 г. насчитывалось всего три небольшие статьи (Я. Дмитрук, 1926; Н. Г. Гольдберг, 1951; А. М. Аминев, 1956), в которых обобщался опыт лечения 45 больных с кокцигодинией. Позже интерес к этому заболеванию стал возрастать. К 1975 г. число статей увеличилось до 26, а количество наблюдавшихся больных — до 2 316. В последних солидных монографиях по травматологии, ортопедии, гинекологии, в книгах, посвященных пояснично-крестцовым болям, содержатся упоминания о кокцигодинии. Травматической кокцигодинии посвящена кандидатская диссертация Т. А. Хасанова (1966). Проблему кокцигодинии и прокталгии обсуждали на Всероссийской конференции проктологов (Куйбышев, 1974).

В настоящее время нет основания согласиться с утверждениями А. Н. Рыжих (1956) и W. Lieberman (1960), что кокцигодиния — очень редкое заболевание. Личные статистики некоторых авторов насчитывают большое число наблюдений. Например, Т. А. Хасанов (1966) наблюдал 250 больных, М. Б. Баркан (1970) — 489, Б. Л. Канделис и Ю. П. Мозель (1974) — 436, Г. А. Подоляк с соавт. (1974) — 400, G. A. Dupcan (1937) — 278, S. Schapiro (1950) — 180, G. H. Thiele (1963) — 324, E. Margo (1962) — 270. Необходимо учесть, что больные с легкими формами заболевания к врачам обращаются редко.

Несмотря на благоприятный жизненный прогноз, этот тягостный, неприятный недуг, часто не склонный к самоизлечению, снижает трудоспособность больных, нарушает их общественную и семейную жизнь, многих, особенно в период обострений, полностью выводит из строя.

По данным Courtois — Suffit (цит. по F. Francon, G. Laurent, 1951), 85% больных с кокцигодинией временно утрачивают трудоспособность. В связи с возрастающей частотой заболевания французские исследователи F. Francon, G. Laurent (1951), южноафриканский проктолог E. Margo (1962) пишут о серьезности проблемы, а один из крупных американских травматологов R. Watson-Jones (1955) — о социальном ее аспекте.

Этиология и патогенез

В эволюции взглядов на этиологию и патогенез кокцигодинии можно выделить несколько периодов. Вначале ответственной за ее возникновение считали травму копчиковой области, затем — воспаления органов женской половой сферы, позже — заболевания прямой кишки. В 1886 г. F. Winkel, S. Pozzi высказались за инфекционно-токсическое происхождение кокцигодинии, основную роль отводили воспалительным процессам женских половых органов. В том же году W. Graefe (цит. по F. Windscheid, 1898) предложил диагностический прием бидигитальной пальпации копчика: один палец — снаружи, другой — в прямой кишке. Наконец причины были признаны множественными. В последние два десятилетия наиболее частой причиной кокцигодинии стали считать патологию межпозвонковых дисков и тазовых мышц.

В молодом возрасте копчиковые позвонки существуют раздельно, соединяются между собой хрящевыми пластинками. У мужчин довольно рано происходит срастание позвонков в одну кость. У женщин срастание происходит позднее или совсем не происходит. Это придает копчику эластичность, но в то же время при травме у женщин легче происходит разрыв связок и смещение тел копчиковых позвонков или единой кости — копчика.

У большинства животных имеется хвост, у некоторых из них длина его достигает метра и больше. Разнообразные движения хвоста обеспечивают многие прикрепляющиеся к нему мышцы. Отдельные из них имеют большую силу. Недаром с детских лет известна сентенция — лев ударом хвоста может убить быка. Так ли это — проверить трудно. Вернее всего, это сказки для маленьких детей. Однако очень оживленная подвижность хвоста, даже отражающая нервный статус животного, известна всем.

Копчик человека является атавистическим хвостом животных. Осталось всего 5 позвонков, и те вскоре после рождения или позднее обычно срастаются в одну кость. В процессе филогенеза обратному развитию подверглись когда-то у животных мощные мышцы и другие ткани, окружавшие хвост. Вместо 5 пар узлов симпатического ствола впереди копчика лежат только 2 пары, иногда одна пара, а иногда только один — нерв-

ный узелок, представляющий весь копчиковый отдел симпатических стволов.

Конец крестца, копчик, крестцово-копчиковый синхондроз расположены среди связок и сухожилий, прочно оплетающих их со всех сторон. Эти связки и места прикреплений всех мышц к копчику пронизаны ветвями копчикового нервного сплетения, с которыми анастомозируют симпатические волокна от непарного и других тазовых ганглиев. Анимальные корешки пятого крестцового и копчикового нервов имеют длину 20—28 см. (Ф. К. Телятник, 1901).

На заре изучения кокцигодинии первопринципной заболеванием считали главным образом травму, приводящую к деформации копчика и окружающих тканей. Травма может вызвать различные нарушения, которые служат основой кокцигодинии, — ушиб копчикового нервного сплетения, образование гематомы на передней поверхности копчика, разрыв крестцово-копчиковых связок, перелом или вывих копчика.

Ушиб копчикового нервного сплетения происходит при ударе сзади или снизу в заднюю часть области промежности. Копчик при этом быстро смещается кпереди и кверху, вызывает травму всех впереди расположенных тканей, среди них нервного сплетения, и встает на свое место. Ушиб нервных узлов и ветвей клинически проявляется в болевых ощущениях, которые появляются сразу после травмы и сравнительно быстро проходят, если травма не сопровождается кровоизлиянием в клетчатку или смещением копчика. Кровоизлияние при травме копчика зависит как от силы удара, так и от анатомического расположения сосудистых ветвей впереди копчика у данного субъекта, от ломкости сосудов и т. д. Гематома пропитывает периневральную клетчатку и служит раздражителем для нервных узлов и сплетений. Но гематома раздражает меньше, чем образующиеся позднее на ее месте рубцы. Первоначальные боли, наступающие сразу после травмы, могут быть незначительны. В дальнейшем они нарастают и достигают иногда высокой степени.

При еще большей силе травмы происходит разрыв главным образом задних крестцово-копчиковых связок и смещение копчика кпереди. Он, будучи укреплен передними связками, встает под прямым или почти под прямым углом по отношению к передней поверхности крестца. При этом всегда имеется кровоизлияние в окружающие ткани. Кроме того, сместившийся кпереди копчик давит непосредственно на расположенные впереди нервные сплетения, а также на стенку прямой кишки. Появляется упорная кокцигодиния.

При наиболее тяжелых травмах происходит разрыв всех связок крестцово-копчикового сочленения и смещение копчика вперед, в стороны и очень редко назад — полный вывих его. Может быть и перелом копчика с различным смещением его отломков. Сопутствующий ущерб нервного сплетения, кровоизлияние в окружающую клетчатку, смещение кпереди копчика создают давление на нервное сплетение.

Становится понятным, что повреждения копчика, его переломы, подвывихи, ушибы могут повести к образованию гематом с последующим фиброзом мягких тканей и сдавлением нервов. Вследствие травмы могут развиваться хронический периостит, остеохондроз, появиться экзостозы. Все это осложняется невритом копчикового нервного сплетения. Травма, ведущая к кокцигодинии, может быть однократной, сильной — падение на ягодичные области с различной высоты, удар по копчику — в наших наблюдениях у 122 больных. Немаловажное значение имеет незначительное, но повторное, многократное, незамечаемое вначале повреждение: например, частая длительная езда на мотоцикле, велосипеде по неровной дороге, длительная неудобная поза с подтянутыми к груди бедрами при сидении на стуле и т. д. Повторная незначительная травма отмечена у 22 наших больных.

F. C. Yeomans (1919), E. T. Cyriax (1922), J. C. Da Costa (1925), M. Edwards (1938), A. Köchler, E. A. Zimmer (1956), W. L. Cooper (1959), P. P. Andre, J. C. Marlière (1965), J. Buchmann (1966) считают, что значительная травма копчика с его переломом, подвывихом реже ведет к кокцигодинии, чем умеренное, повторяющееся повреждение. P. Gasquet (1935) обращает внимание на роль отдаленных травм, о которых часто забывают. W. Lieberman (1960) утверждает, что малая травматизация лишь выявляет клинически болезнь, служит «триггерным», пусковым моментом; большинство больных — худощавые субъекты с отсутствием у них подкожного жира, что способствует искривлениям копчика при хронической его травматизации.



Рис. 29. Вывих второго копчикового позвонка назад, 2 месяца после травмы, кокцигодиния. Собственное наблюдение, больная Л., 33 лет.

В 1937 г. G. A. Duncan опубликовал итоги наблюдений над максимальным к тому времени числом больных — 278. G. Carpanetti (1942) в диссертации «Травматические сакро-кокцигодии» придавал большое значение в патогенеза заболевания пограничному симпатическому стволу. Он рекомендовал новокаинизацию поясничных ганглиев, а в случае неуспеха — поясничную симпатэктомию.

Роль травмы в происхождении кокцигодии на первое место выдвигают Н. Г. Гольдберг (1931), А. Н. Рыжих (1956), И. Л. Брауде (1957), Т. А. Хасанов (1966—1970), А. М. Аминев, Ю. А. Перов (1963, 1974), А. Montareni, M. Reggiani (1934), G. A. Duncan (1937), J. A. Key (1937), S. Schapiro, 1945, 1950), G. E. Haggart, F. B. Schuler, (1950), A. Bensaude, A. Guichard (1954), K. H. Sorensen (1955), L. Boccanera, L. Negri (1957), D. Piccirilli, L. Riccio (1957), I. B. Pypers (1957), R. Finochietto (1959), W. G. Mello, A. Araujoma (1959), K. F. Spense (1961), R. Wolf (1961), R. T. H. Hofaccer (1962), E. Margo (1962), H. Penzholz (1963), L. Rigamonti (1963), D. Ukropina (1963), P. P. André, I. C. Marlière (1965), Ph. Jeamet (1969), H. Paradis, H. Marganoff (1969), F. Cuzzipoli, M. Moselli (1969) и др.

Ортопед I. A. Powers (1957) считал травму первопричиной заболевания у 95% больных. Этот процент, несомненно, завышен и может быть объяснен избирательностью больных, с которыми имеют дело травматологи и ортопеды. Большинство вышеприведенных авторов-проктологов называют приблизительно сходные цифры: 40—60% больных заболевают кокцигодией в результате травмы.

H. Angerer (1938), R. Hofaccer (1962) усматривают частую причину кокцигодии в статической нагрузке, в «сакральной посадке», при которой сидят на жестком сиденье, слегка откинувшись назад и длительное время нагружая копчик. G. A. Caldwell (1951) считал, что одной из причин более при кокцигодии является хроническое напряжение сакро-кокцигальной связки при давлении на копчик вследствие неправильного сидения с наклоненным вперед туловищем. Он рекомендовал таким больным сидеть прямо на стуле особой конструкции. Удаление копчика называл ненужным и бесполезным мероприятием.

Неправильное длительное сидение в настоящее время нередко наблюдается при многочасовых просмотрах телевизионных программ, поэтому G. H. Thiele (1963) и W. L. Cooper (1959) предложили новое наименование синдрома — «телевизионная болезнь».

Наши наблюдения над 514 больными с кокцигодией подтверждают мнение большинства исследователей в отношении этиологии заболевания. Самой частой его причиной была травма копчиковой области. У 4 больных кокцигодия развилась после интенсивных и безуспешных попыток исправить деформацию копчика, полученную в результате перенесенной задолго до этого травмы на фоне полного здоровья.

Травма играет этиологическую роль, но соответствия между степенью деформации и выраженностью симптомов не отмечено. G. A. Duncan (1937) провел сравнительный анализ рентгенограмм копчика 262 больных с кокцигодией и 200 здоровых лиц. Он не обнаружил существенной разницы. Это подтверждается данными H. Luschka (1958) и нашими наблюдениями. У 124 из 514 больных (24,1%) мы обнаружили при рентгенографии копчика различные отклонения от нормы, ни с какой закономерностью не отражавшиеся на клинической картине заболевания.

Появление кокцигодии после родов нужно считать результатом родовой травмы мягких тканей таза, кровоизлияния в клетчатку копчиковой области, особенно после осложненных родов (узкий таз, щипцы и пр.). У некоторых больных, как об этом сообщали M. O. Фридлянд (1940), И. Л. Брауде (1957), Т. А. Хасанов (1966), S. G. Gant (1923), E. G. Waters (1937), E. A. Nixon (1939), S. Schapiro (1945), S. S. Jolly, S. Singch, A. Singch (1959), C. V. Salisbury (1960), A. Vermillon (1963), S. C. Simmons (1964) и др., кокцигодия развивалась после длительных тяжелых родов или инструментального родоразрешения.

J. B. Lee, J. P. Greenhill (1947) считали родовую травму одной из частых причин кокцигодии. Т. А. Хасанов (1966) наблюдал послеродовую кокцигодию у 9,1%, Г. С. Юмашов, М. Е. Фурман (1973) — у 15%, G. A. Duncan (1937) — у 3%. H. Mac. Cusker (1934) отмечал кокцигодию лишь у тех родильниц, у которых до родов копчик был сращен с крестцом в результате перенесенных ранее травм. Среди наших больных у 14 кокцигодия развилась после патологических родов. Мы не можем разделить мнения Mac. Cusker, так как ни у одной из этих 14 женщин копчик не был сращен с крестцом, да и крестцово-копчиковый синдустоз наблюдается редко — у 4 из 514 наших больных. Развитие кокцигодии после воспалительных заболеваний органов и тканей полости малого таза (простатиты, параметриты, парапроктиты, остеомиелит тазовых костей и пр.) есть результат склеротических процессов в клетчатке, расположенной впереди крестца и копчика, с вовлечением в рубцы нервных сплетений, а также результат смещения женских половых органов, главным образом матки.

Из 427 наблюдавшихся нами женщин, болевших кокцигодией, у 24 травмирующим фактором мы признали неправильное положение матки. Это были крайние степени ретроверзии — флексии, при которых тело матки лежало в крестцово-копчиковой впадине, упиралось дном в копчик. Характерные клинические признаки этиоло-

гической роли неправильного положения матки: во-первых, копчиковые боли у этих больных усиливались, как правило, при менструации, во-вторых, смещение матки при бимануальном исследовании вызывало усиление типичных болей. Кажется странным, что об этом этиологическом факторе кокцигодии упоминают редко (F. Windscheid, 1898; P. Gasquet, 1935). Очевидно, легкие формы заболевания маскируются нередко наблюдающимися при этом пояснично-крестцовыми болями, да и понятие кокцигодии для многих гинекологов остается еще малоизвестным.

У 3 наших больных кокцигодия возникла в результате тяжелой физической работы, выполненной в короткий срок. Подобных наблюдений в литературе мы не встретили. Все трое — молодые женщины. Одна из них выкопала 60 мешков картофеля и перенесла их, другая вынесла вещи и мебель при пожаре, третья подняла вдвоем на второй этаж тяжелый шкаф. Объяснить факт возникновения кокцигодии при общем физическом напряжении можно чрезмерным сокращением больших ягодичных мышц и мышц тазового дна.

Грубо выполненные медицинские манипуляции также могут привести к кокцигодии. У одной нашей больной это была ректороманоскопия при профилактическом осмотре, у другой — введение грязевого ректального тампона. Об осложнении миелографии кокцигодией сообщил D. S. Miller (1967). У 2 наших больных кокцигодия развилась после половых сношений. У больной 23 лет копчиковая боль появилась после первых половых сношений естественным путем. Очевидно, имело место физическое несоответствие супругов: больная — физически хрупкая женщина небольшого роста, муж — крупный мужчина. У больной 40 лет боли в копчике появились после 3 половых сношений через прямую кишку. Подобных описаний в литературе мы не встретили. S. Shapiro (1950) сообщил о кокцигодии у больных с большими каловыми камнями. Это наблюдение также оказалось единичным.

Интересно отметить, что у большинства больных заболевание развивается не сразу после травмы, а по истечении светлого промежутка в несколько недель, месяцев и даже лет, что характерно и для остеохондроза позвоночника (Г. С. Юмашев, М. Е. Фурман, 1973). Так что зависимость кокцигодии от повреждения как причинного фактора установить у части больных бывает нелегко. У наших 122 больных с однократной сильной травмой в анамнезе этот промежуток между повреждением и появлением копчиковых болей был равен в среднем 6 месяцам.

Утверждения некоторых авторов прошлого, что патология копчиковой области не может быть связана с переломами копчика, так как таковые не наблюдаются по причине его «чрезвычайной подвижности» (С. С. Greve, 1795; С. Weber, 1870) или бывают крайне редко (С. Brens, A. Kolisko, 1900—1911), не разделяются современными исследователями. Мнение Н. Voeringhaus (1930), E. Ruge (1934), что причиной наиболее упорных форм кокцигодии является отклонение или смещение копчика впереди в результате перенесенного перелома, справедливо лишь для части больных, так же как и точка зрения M. Chartier (1920), который возникновение копчиковых болей связывал с перерастяжением корешков копчиковых нервов и терминальной нити при отклонении копчика вперед в результате травмы.

Характерно, что известный травматолог Л. Белер (1927) лично не наблюдал ни одного больного с кокцигодией, хотя говорит о ней в своем руководстве как об осложнении, очевидно, поздних сроков. Травматологи А. В. Каплан (1962), R. Watson-Jones (1955, 1970) указывают на то, что переломы копчика опасны не сами по себе. Неприятны они тем, что спустя продолжительное время могут осложняться кокцигодией. Т. А. Хасанов (1955, 1966, 1967) на основании личных наблюдений больных с повреждениями копчика, а также литературных данных из области травматологии установил, что у 10—15% перенесших травму копчика развивается травматическая кокцигодия. Аналогичные выводы делают F. Cuzzupoli, M. Moselli (1969), наблюдавшие 115 больных с кокцигодией в отделении ортопедии и травматологии.

Чаще кокцигодия является осложнением не переломов, которые обычно консолидируются или ведут к синостозу крестца и копчика, а вывихов и подвывихов при отсутствии или недостатках коррекции. В основе травматической кокцигодии, по мнению Т. А. Хасанова, лежит остеохондроз крестцово-копчикового сочленения или давление смещенного копчика на элементы копчикового сплетения. Тезис Т. А. Хасанова справедлив, но далек от охвата всего разнообразия травматической кокцигодии: часто мы наблюдаем больных с травматической кокцигодией без каких-либо костных нарушений и без признаков остеохондроза.

Первым привлек внимание к крестцово-копчиковому остеохондрозу как к этиологическому фактору кокцигодии Н. Uberguth (1930). В настоящее время никто не сомневается в том, что в возникновении пояснично-крестцовых болей важное значение имеют заболевания мышц, подкожной клетчатки, воспалительные процессы в малом тазу (Д. А. Шамбуров, 1950; К. Ф. Канарейкин, 1972; Я. Ю. Попелянский, 1974; G. S. Hackett, 1956; R. L. Mac Carty, 1957; M. G. Good, 1958; P. Obel, 1961; H. Kraus, 1970).

Несомненно, у некоторых страдающих кокцигодией этиологическим фактором заболевания служат воспалительно-токсические воздействия из очагов, расположенных в малом тазу, редко — в отдаленных областях организма. На роль заболеваний органов

малого таза при кокцигодии указывали Н. Г. Гольдберг (1951), С. G. Cumston (1912), G. Gellhorn (1924), Н. А. Kelly (1928), I. R. Lockhart — Mummery (1934), E. A. Nixon (1939), F. Francon, G. Laurent (1951), R. L. Mac Carty (1957), H. Paradis, H. Marganoff (1969), W. Lieberman (1971) и др.

L. Magmor (1962) писал, что кокцигодия вызывается кокцигоидитом (coccygoiditis), то есть хроническим воспалительным процессом, локализующимся в копчике и в окружающих тканях, без предшествующих травм. Поддерживаемое воспалением раздражение связок и мышц, прикрепляющихся к копчику, вызывает болевые ощущения. Подобные же условия, пишет автор, бывают при эпикондилитах. Он применял лечение кокцигодии инъекциями гидрокортизона и лидокаина.

По нашим наблюдениям, заболевания прямой кишки среди этнологических факторов кокцигодии стоят на втором месте после травмы (соответственно 135 и 193 больных). Чаще других заболеваний встречались анальные трещины и геморрой. Из 16 больных с проктитом у 5 он был острым, язвенным. Мы не можем согласиться с L. J. Hirschman (1926), считавшим кокцигодию, как правило, осложнением криптита, ибо только у 10 из 514 больных криптит предшествовал копчиковым болям. Лишь у отдельных больных кокцигодия возникла как осложнение папиллита, острого парапроктита, анального зуда и параректального свища. Эпителиальные копчиковые ходы сами по себе не ведут к копчиковым болям, а их воспаления, оперативные вмешательства при нагноениях могут осложняться кокцигодией (3 наблюдения).

Среди наблюдавшихся нами лиц с кокцигодией довольно большую группу, 30 человек, составляют больные, перенесшие операции на заднем проходе, после чего у них сразу или спустя несколько дней развилась кокцигодия. Это были преимущественно операции Габриэля и перевязка или иссечение геморроидальных узлов. Заболевания половых органов, послужившие вероятной причиной развития кокцигодии, отмечены у 16 больных: простатит, аднексит, эндометрит после выскабливания полости матки, операции на влагалище, коагуляции эрозий шейки матки.

Местное охлаждение, приводящее, очевидно, к нарушению гемоциркуляции в нервных элементах копчикового сплетения и послужившее причиной возникновения копчиковых болей, имело место у 9 наших больных. На роль холода в этиологии кокцигодии указывали В. С. Hurst (1900) и W. Dinnendahl (цит. по F. Tedenat, A. Simirael, 1925). На зависимость болевого синдрома от степени васкуляризации органов малого таза указывает и факт усиления копчиковых болей перед менструацией у 20,8% наших больных, во время половых сношений у 10,3% женщин и у 4% мужчин. Острые воспалительные заболевания органов мочевой системы — цистит, уретрит — предшествовали кокцигодии у 7 больных.

Быстрое развитие хирургии позвоночника в последние годы привело некоторых хирургов и проктологов к увлечению дискогенной теорией кокцигодии (Cl. Bacio, I. Sgarbwa, 1966; I. Buchman, 1966; F. H. Stern, 1967; J. Carpentier, B. Messimy, C. De Lage, 1968; I. P. Schaefer, 1971; K. W. Paine, 1972). Б. Л. Канделис и Ю. Л. Мозель (1974) ставят «вертебральную» кокцигодию по частоте на первое место (241 наблюдение из 436), что не подтверждается ни одним из авторов ни у нас в стране, ни за рубежом, и рекомендуют больным с кокцигодией проводить пневмомиеелографию и контрастную дискографию.

Справедливо утверждение Я. Ю. Попелянского (1974), что поясничный остеохондроз, наряду с другими отраженными болями, может вызвать и копчиковую боль. На факт, что вертеброгенная люмбагия приводит иногда к распространению болей на крестцовый и копчиковый отделы, указывают Г. С. Юмашев, М. П. Елизарова, В. П. Варшавчик, X. Ф. Файзев (1970), М. Е. Фурман (1973), E. A. Nixon (1939), Н. К. Лукас (1953), Н. J. Richards (1953). Все они отмечают, что «копчиковая боль при поясничном остеохондрозе носит несколько иной характер, чем при кокцигодии, описанной другими авторами». У последних исследователей на 99 больных с истинной кокцигодией 15 больных имели отраженные копчиковые боли при поясничном остеохондрозе. Н. J. Richards (1953), обследовав 1000 больных с дискогенной люмбагией, нашел иррадиацию в копчиковую область у 4% из них. E. Margo (1962) среди 270 больных с кокцигодией только у 2 обнаружил патологию поясничных дисков, а G. H. Thiele (1950) — у 1 из 169. К. I. Nissen (1953) не наблюдал ни одного больного с кокцигодией люмбодискогенной природы. Последние данные приближаются к нашим.

Против люмбодискогенной природы кокцигодии у большинства больных с копчиковым болевым синдромом говорит тот факт, что среди болеющих кокцигодией лица тяжелого физического труда или совершающие однотипные движения (микротравмы фиброзных образований позвоночника) встречаются не чаще, чем обычно, а среди больных с поясничным остеохондрозом они преобладают (Г. С. Юмашев, М. Е. Фурман, 1973).

Больных с поясничным остеохондрозом (дискогенный пояснично-крестцовый болевой синдром, в клинической картине которого возможны копчиковые боли, но удельный вес их невелик и нет других симптомов кокцигодии) мы отправляли после рентгенологического обследования и консультации невропатолога на лечение в неврологические или нейрохирургические лечебные заведения с диагнозом «поясничный

остеохондроз», а не «кокцигодиния». Поясничный остеохондроз с кокцигодинией как одним из его проявлений, настолько выраженным, что копчиковый болевой синдром выступал на первый план в клинической картине заболевания, мы встретили у 5 больных.

В одной из первых работ, посвященных кокцигодинии, I. G. Simpson (1859) обратил внимание на спазм поднимателя заднего прохода. В течение 72 лет этот факт был почти предан забвению и не учитывался. Болевые мышечные синдромы, описанные в 1843 г. Фрорьепом (цит. по Н. Краус, 1970), пока не приобрели достаточной клинической определенности (Я. Ю. Попелянский, 1974). Разнообразна терминология стойких мышечных спазмов: миозит, фасцит, фиброзит (W. R. Gowers, 1904), миофасцит, координаторный миопатоз (В. С. Марсова, 1935, 1938), J. Travell (1950, 1955) обособленно отмечал невоспалительный характер этих процессов и выступал против применения терминов с суффиксом «ит».

В статье, которую R. J. Dittrich, M. D. Duluth опубликовали в 1951 г., утверждается, что при кокцигодинии впереди крестца в подфасциальном пространстве можно обнаружить три болевые точки (trigger points), к которым и следует подводить анестезирующий раствор. Эту мысль о наличии болевых точек подтверждали J. Travell и Rinzler (1952). По их мнению, появление этих точек может быть обусловлено как травмой мышц и связок, так и хроническим напряжением мышц, их усталостью, ослаблением, острым миозитом, артритом, поражением нервных стволов, висцеральной ишемией, дискинезией, истерией. При миалгиях, которые развиваются подостро, постепенно, и при остром нервно-мышечном спазме часто обнаруживают в мышце валикообразные утолщения или узелковые уплотнения, исчезающие при длительной пальпации. Стойкие контрактуры мышц могут сопровождаться переходом коллоидов мышечного белка от золя к гелю — миогелоз (С. С. Вайля (1967), H. Schade (1920) и M. Lange (1931)). При длительной мышечной контрактуре дегенеративный процесс отдельных миофибрилл может прогрессировать с переходом миогелоза в миофиброз и даже в оссифицирующий миозит. Активная мышечная контрактура с развитием миофиброза становится пассивной. К формированию местных и распространенных мышечных гипертонусов, местных и диффузных миалгий ведут — физическое перенапряжение мышцы, охлаждение, патологическая импульсация из различных очагов (H. Schade, 1920; H. Strauss, 1928; M. Lange, 1931; M. G. Good, 1958).

Мышечные узелки часто становятся «курковыми» (триггерными) пунктами, источником отраженных болей, в том числе и копчиковых, если они расположены в тех же, что и копчик, склеротомных зонах. Анестезия указанных узелков приводит к исчезновению или уменьшению отраженной боли (W. K. Livingston, 1941; G. S. Hackett, 1956). Из мышц, расположенных в склеротомной зоне копчика, следует назвать копчиковую, леваторы и сфинктеры заднего прохода.

Вокруг болевых фиброзных зон возникают рефлекторные мышечнотонические реакции — контрактура всей мышцы или местный гипертонус, а также вазомоторные реакции. Их появлению способствуют местные травмы, охлаждение, патология межпозвоночного диска, импульсы из патологических очагов во внутренних органах (Г. И. Маркелов, 1934, 1938; В. С. Марсова, 1935, 1938; Я. Ю. Попелянский, 1962; Э. А. Вайштейн, 1965; Л. З. Лауцевичюс, 1967; Е. С. Заславский и Б. Г. Петров, 1969; M. R. Hill, 1936; B. Feinstein, I. M. K. Langston, R. M. Jameson, F. Schille, 1954; L. Arne, 1959; K. D. Barron, D. I. Fine, 1959; C. V. Salisbury, 1960; P. W. Bruud, 1961; H. Paradis, H. Marganoff, 1969).

Факт возникновения кокцигодинии не сразу после травмы, а спустя в среднем 6 месяцев, находит объяснение в том, что триггерные зоны могут долго существовать латентно. Они нередко локализуются в местах прикрепления мышц, в связках и фасциях (Я. Ю. Попелянский, 1974; O. J. Yaghan—Jackson, 1953; G. S. Hackett, 1956; H. Kraus, 1970). Многие авторы отмечают тупой продолжительный характер отраженной боли. Ее интенсивность варьирует от ощущения дискомфорта до очень жестокой боли. Боль в зоне отражения, в отличие от самого триггерного пункта, не всегда снимается новокаином; лучшим при этом является нитроглицерин (H. E. Gillette, 1966), что дает основание подумать о дисциркулярном, ишемическом ее характере.

Триггерные пункты могут располагаться в коже и подкожной клетчатке. Работами О. М. Вильчура (1938), В. С. Марсовой (1938), В. К. Хорошко (1938), Д. С. Губер-Грица (1960), А. М. Митрофанова (1971), W. S. C. Soreman, W. L. Ackerman (1944), D. C. Hucherson, I. R. Gandy (1948), R. J. Dittrich, M. D. Duluth (1951), I. Neufeld (1955), R. J. Dittrich (1955), C. W. La Fratta, I. B. Porterfield (1961), P. Obel (1961) установлен рефлекторный, отраженный характер крестцово-копчиковых и ягодичных болей при наличии незначительных по размеру болезненных альтераций жировой ткани, расположенной субфасциально в указанных областях. Определяемые пальпацией мелкие узелки — очаги фиброза и целлюлита, правильной фиброзов — представляют собой отечные дольки жировой ткани, находящиеся в малоподатливых оболочках ячеек, очаги дистрофии жировой ткани или выпячивания ее через щели в фасции. Описанные образования вызывают боли обычно в пределах того же склеротома, где они находятся. Так, например, кокцигодиния наблюдается при локализации их в яго-



Рис. 30. Крестцово-копчиковый остеохондроз с выраженным склерозом, кальцинозом сочленения, отклонение копчика вправо, кокцигодиния. Наблюдение Ю. А. Перова, больная С., 45 лет, длительность заболевания 3 года.

званной аномалии. При этом болевой синдром обусловлен обычно не самим по себе расщеплением дужек, а сопутствующими изменениями в мягких тканях, расположенных в костном канале (Д. А. Шамбуров, 1959; Я. Ю. Попелянский, 1974; E. G. Waters, 1937; E. Marge, 1962; Yasrebi, 1962). Даже те исследователи, которые признают расщепление дужек вариантом анатомической нормы, рассматривают их все-таки как признак малой выносливости, статической недостаточности (В. А. Дьяченко, 1954).

Аномалии способствуют развитию остеохондроза позвоночника. Среди 484 больных с поясничным остеохондрозом у 15% обнаружено расщепление дужек позвонков (М. Е. Фурман, С. И. Голубков, 1972), а среди здоровых лиц оно наблюдается не более чем у 10% (И. Л. Тагер, 1949). Незаращение дужек констатировано у 77 (15%) из числа наблюдавшихся нами больных.

Позже других в онтогенезе замыкаются дужки крестцовых позвонков; по В. С. Майковой-Строгановой и М. А. Финкельштейн (1952) — в 8—14 лет; по В. А. Дьяченко (1954) — в 6—10 лет; по С. А. Рейнбергу (1955) — в 10—12 лет; по Д. Надь (1961) — в 7—10 лет, по А. Андроску (1970) — в 7 лет. Все это увеличивает вероятность этиологической роли этих аномалий при кокцигодинии.

Связки, сухожилия, фасции, капсулы и другие перипартикулярные образования в местах их прикрепления к костным выступам относятся к брадитрофным тканям, то есть к бедным клетками и сосудами (М. Вьергер, 1957). В течение жизни они подвергаются постоянным перегрузкам. В них при этом, особенно после третьего-четвертого десятилетия, образуются мелкие разрывы, точечные кровоизлияния, возникают «костеопатии», «тендопатии», очаги дистрофий, становящиеся триггерными пунктами (Я. Ю. Попелянский, 1974; A. Merlini, 1930; H. Schneider, P. Geschnitzer, 1955; G. S. Hackett, 1956). В. К. Хорошко (1948) писал: «По крайней мере вся нижняя половина человеческого организма заинтересована в развитии пояснично-крестцовых болей».

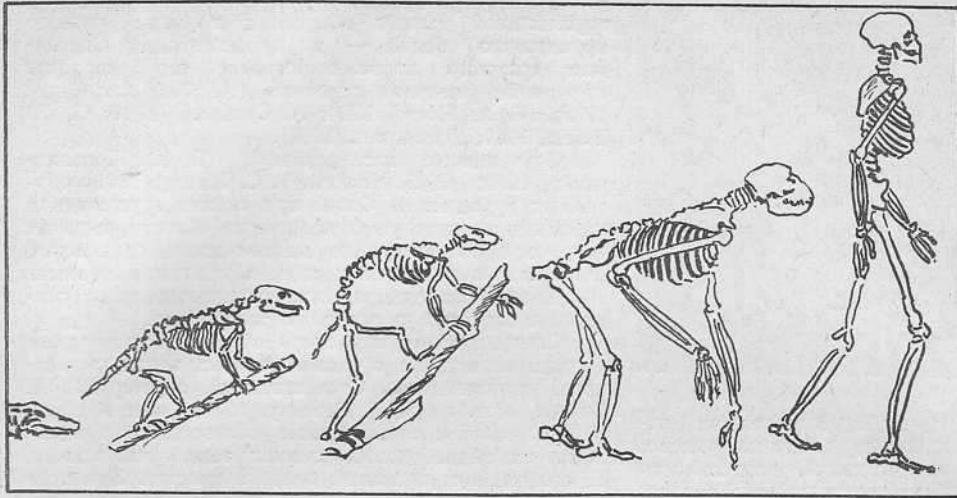
Между 96-й и 97-й страницами Brit Med J., 10 июля 1965 г., приведена интересная картинка для объяснения причины поясничных болей. В ней показано, как от ящера через обезьяну, из ползающего животного человек превратился в вертикально ходящего. А в разъяснительном тексте к этой картинке сказано: «Потребовалось миллион лет, чтобы появились боли в поясничной области. Одно из наиболее частых заболеваний — боли в нижней части спины. Наше прямое положение помогло нам достигнуть звезд, но часто препятствует тому, чтобы достать пакет с пола».

В не меньшей зависимости от перечисленных факторов находится и копчиковое сплетение (S. Scharigo, 1945; G. H. Kellgren, 1949); R. Finochietto (1959) начинает свою работу о кокцигодинии с утверждения, что «копчиковая патология есть патология пояснично-крестцового отдела позвоночника в миниатюре». В организме человека нет другого участка кости столь небольших размеров, где прикреплялось бы столько мышц (пятнадцать!), как копчик. Это настоящий центр брадитрофных тканей.

Местная микротравматизация, дегенеративно-дистрофические поражения костей, суставов, волокнистых соединительнотканых образований приводит к нейроостеофиброзу. В зонах последнего возникают чувствительные и вегетативные нарушения; появляются они вторично, нейрогенно, но, в свою очередь, становятся источниками иррадиационного вегетативно-ирригационного (реактивного) синдрома по Г. И. Маркелову, с различными болевыми точками («вегетативными болевыми точками» по Л. Б.

дичной, крестцовой и копчиковой областях. На этиологическую роль очагов фиброза, как и при мышечных узелках, указывает факт провоцирования боли при их ощупывании и исчезновение или уменьшение ее после новокаинизации этих патологических структур.

Среди наших больных было 13, имевших очаги фиброза в крестцовой и ягодичной областях. Этиологическая роль очагов индурации клетчатки была подтверждена провоцированием боли при их пальпации и лечебным эффектом анальгезирующих блокад у 8 больных, а у 1 — их оперативным удалением. У 4 больных этиологическая роль уплотненных участков клетчатки не подтвердилась. У 2 больных кокцигодиния развилась после появления постинъекционных инфильтратов в ягодичной области. У больных, страдающих остеохондрозом позвоночника и кокцигодинией, чаще, чем у здоровых лиц, встречается незаращение дужек позвонков, что указывает на некоторую этиологическую роль на-



Р и с. 31. Потребовался миллион лет, чтобы появились боли в поясничной области.

Л. Б. Бирбрауру, 1934). В формировании этих болевых точек участвуют патологические импульсы не только из участков нейроостеофиброза, но и из внутренних органов, из очагов дистрофии в мышечной и соединительной ткани (Я. Ю. Попелянский, 1974). Становится понятным многообразие клинических проявлений нейроостеофиброза и тех форм кокцигодинии, в основе которых лежит это заболевание.

Очаги повреждения, дистрофии, воспаления в сфинктерах и в поднимателях заднего прохода, в копчиковой, грушевидной и большой ягодичных мышцах, в анально-копчиковой, крестцово-бугровой, крестцово-остистой, пяти крестцово-копчиковых, шести крестцово-подвздошных связках, в крестце и копчике, а также в их сочленениях могут обусловить возникновение кокцигодинии (E. G. Waters, 1937; T. Wilensky, 1943; S. Schapiro, 1950).

Изучением спазма тазовых мышц и его роли в развитии кокцигодинии мы обязаны G. H. Thiele. Он в 1936 г. сделал предварительное сообщение по вопросу о кокцигодинии, основанное на 12 наблюдениях. Автор высказал предположение, что боль в копчике зависит от сокращения мышц, поднимающих задний проход, копчиковых, а иногда и больших ягодичных мышц. Эти сокращения связаны с перенесенными ранее травмами или воспалительными процессами в этой области. Для лечения кокцигодинии G. H. Thiele предложил производить массаж этих мышц. Во втором сообщении (1937) он писал уже о 87 больных, страдавших кокцигодинией. В общей сложности им опубликовано 6 статей на эту тему. Своими работами он привлек внимание к выдвинутой им теории патогенеза кокцигодинии. G. H. Thiele считал, что любой воспалительный фокус в ано-ректальной и генитальной сферах может привести к миозиту и миофасцииту тазовых мышц: поднимателя заднего прохода и копчиковой мышцы. Он писал, что это заболевание является результатом одной или нескольких причин, каковыми могут быть — невроз, неврит, невралгия, ревматизм, растяжение сухожилий, остеоит, остеомиелит, перелом или вывих копчика. В последней из опубликованных им работ (1963) среди 324 больных у 70% причиной заболевания была анальная инфекция, по W. L. Cooper (1960) — у 51 из 100 больных.

На «тонкость нервных механизмов, тесную рефлекторную зависимость мышц тазового дна от многих влияний» указывают A. G. Parks, N. H. Porter, I. Melzak (1962). Спазм воспаленной мышцы или рефлекторно возникший вывих копчика: при одностороннем процессе — вперед и в сторону, при двустороннем — вперед. Длительная «иммобилизация» крестцово-копчикового сочленения в состоянии сгибания и бокового отклонения ведет к появлению болей. Контрактура мышц сама по себе также может обусловить возникновение болевого синдрома.

Нередко заинтересованной оказывается и грушевидная мышца, что выражается в особенностях клинической картины заболевания. Наблюдается иррадиация болей в ягодичную область за счет сдавления спазмированной мышцей верхнего ягодичного нерва в надгрушевидном отверстии, и иррадиация болей по задней поверхности бедра при сдавлении седалищного нерва в подгрушевидном отверстии (W. Yeoman, 1928; A. H. Freiberg, T. H. Vinke, 1934; I. F. Shirdania, 1936; A. H. Freiberg, 1937; L. E. Beaton, B. I. Anson, 1938). W. L. Cooper (1960) наблюдал подобную клиническую картину с характерной иррадиацией болей у 25%, а G. H. Thiele (1937) — у 40% больных с кокцигодинией. Седалищный нерв в 90% проходит рядом с грушевидной мышцей, в 10% — через нее (T. Wilensky, 1934; P. G. Scillern, 1947). Спазмом



Рис. 32. Выраженное отклонение копчика влево, кокцигодиния, длительность болевого синдрома 2 месяца. Наблюдение Ю. А. Перова, больная В., 16 лет.

грушевидной мышцы объясняют и более редкую иррадиацию болей — в промежность. Сдавление срамного нерва и развитие его невралгии при этом весьма вероятно (К. Ф. Канарейкин, 1972; J. A. Sicard, 1924; A. Cantor, 1940; G. H. Thiele, 1950; Ph. Jeamet, 1969).

Современные исследователи (Я. Ю. Попелянский; 1974; G. S. Hackett, T. C. Huang, 1961) объясняют иррадиацию болей при спазме грушевидной мышцы в крестцовую и ягодичную области, вниз по ноге, в промежность не механическим сдавлением седалищного и других нервов, а типичной отраженной болью при раздражении рецепторов миофасциальных структур в пределах склеротома.

Следует вспомнить здесь об интересном факте из истории вопроса о спазме тазовых мышц, в частности грушевидной. Отечественный акушер В. А. Вастен (цит. по Г. Г. Гентеру, 1936) еще в конце XIX в. описал своеобразные болезненные припухлости на заднебоковых стенках таза, являвшиеся, по его мнению, причиной болей в крестце. Эти припухлости стали называть подушками Вастена. Впоследствии было выяснено, что подушка Вастена — не что иное, как спазмированная головка воспаленной грушевидной мышцы. Г. Г. Гентер (1936) определил этот вид патологии как «пириформит» и наблюдал его у 112 больных.

Г. Г. Гентер (1936), Г. П. Медведицын и И. П. Кипервас (1973) исследовали пальпаторно грушевидную мышцу через влагалище. Н. Kraus (1970) рекомендует обследовать больных с «пириформит-синдромом» в положении с согнутым и приведенным бедром, интенсивно прощупывать спазмированную мышцу сзади, через толщу большой ягодичной мышцы. Мы рекомендуем прямокишечный путь исследования трех упомянутых мышц тазового дна как наиболее информативный. Отклонение копчика в сторону спазмированных мышц, определяемое на ощупь и видимое на рентгенограмме, часто исчезает одновременно с устранением спазма.

Высказанная Г. Н. Thiele в 1936 г. точка зрения о сокращении тазовых мышц, как о причинах болей при кокцигодинии быстро получила широкое распространение, признание и завоевала многочисленных сторонников, особенно в США. Уже в 1937 г. S. Charigo подтвердил наличие спазма леваторов, а также копчиковых мышц при кокцигодинии и назвал это явление «Thiele — syndrom» (1945). В период увлечения появилось много статей, посвященных этому вопросу: T. Wilensky (1943), W. R. Wilkinson (1947), F. Francon, G. Laurent (1951), L. J. Johnson (1959), W. L. Cooper (1960), A. Cozzolino (1960), P. P. Andre, I. C. Marliere (1965). Появились и другие названия кокцигодинии — «леватор-синдром» (G. H. Ewell, 1950; S. T. Ross, 1959), «леваторо-копчиковый синдром» (H. Paradis, H. Marganoff, 1969) и др.

В дружных высказываниях исследователей, взявших на вооружение теорию Г. Н. Thiele и считавших ее большим шагом вперед в изучении кокцигодинии, диссонансом, но вполне обоснованным прозвучал голос W. T. Smith (1959), который предложил дифференцировать леватор-синдром от кокцигодинии, ссылаясь на тот факт, что у половины больных со спазмом поднимателя заднего прохода он не обнаружил болей и болезненности в копчиковой области, то есть не нашел кокцигодинии. Эти больные жаловались на боли в глубине таза, на боли и дискомфорт в прямой кишке, носившие часто пароксизмальный характер, а копчик был безболезненным. Таким образом, произошло смещение понятий кокцигодинии и прокталгии, хотя наличие последней не исключает первого заболевания. H. Paradis, H. Marganoff (1969) подтвердили тезис W. T. Smith. На 146 наблюдений копчикового леватор-синдрома (так они называли кокцигодинию) у 92 больных главной жалобой была ректальная боль, то есть имела место прокталгия. Эту работу отличает глубина анализа различных болевых комбинаций в зависимости от того, какие порции тазовой диафрагмы вовлечены в спазм. Так, вовлечение в контрактуру лобково-прямокишечной мышцы приводит к иррадиации болей в анальную область. При обнаружении триггерной зоны в крестцово-бугорной связке боль отдает в участок между седалищным бугром и задним проходом. При наличии болевой точки в области седалищной кости боли локализуются, как при чистом спазме мышцы, поднимающей задний проход, в глубине таза, в прямой кишке. При выявлении триггерного участка в передних отделах сухожильной дуги боль локализуется в лобковой области, иррадирует через прямую кишку в крестец и копчик.

М. Б. Баркан (1967, 1970) повторил ошибку других проктологов, увлекшихся теорией Г. Н. Thiele. Он включил в группу больных с кокцигодинией и тех, у кого «копчик был безболезненным», а «ведущим симптомом была боль — очень острая и сильная, локализованная в глубине таза, в пояснице, отдающая (разрядка на-

ша. — А. А., Ю. П.), как правило, в копчик». Основным объективным симптомом болезни и ее неотъемлемым патогенетическим звеном М. Б. Баркан называет спазм тазовых мышц, который найден им... у 100% (?) больных. Таким образом, М. Б. Баркан неоправданно расширил установившиеся границы кокцигодинии, внес туда группу больных с леватор-синдромом, обуславливающим прокталгию, и еще раз подтвердил собственный постулат о «неудовлетворительном положении с диагностикой» кокцигодинии. Следует при этом вспомнить работы Т. А. Хасанова (1966), F. C. Yeomans (1919), S. Schariro (1945), A. Cantor (1946), A. Bensaude, A. Guichard (1954), I. A. Powers (1957) с описанием патогномичного для кокцигодинии симптома — болезненности при бидигитальном исследовании копчика.

Среди 514 наших больных спазм тазовых мышц, подтвержденный рентгенологически (девиация копчика), обнаружен у 53 (10,4%). Значительную группу (50 человек) среди наших больных составляют лица, у которых непросто решить вопрос о преимущественности того или иного этиологического фактора. У них были сочетания травмы и заболеваний прямой кишки, травмы и заболеваний мочеполового аппарата, заболеваний ано-ректальной и половой систем. Неизвестной этиологии заболевания осталась у 58 наших больных. Многие проктологи (I. R. Lockhart—Mummary, 1934; A. Cantor, 1946; S. Schariro, 1950; G. H. Thiele, 1950; 1963 и др.) считают, что идиопатическая кокцигодиния обусловлена, скорее всего, забытой незначительной травмой, перенесенным в легкой форме заболеванием органов малого таза или наличием необнаруженной триггерной зоны при нейроостеофиброзе.

Этиологическая роль пектенноза, как бы фиксирующего, подтягивающего копчик кпереди (E. T. Whitney, 1934), несомненно, преувеличена, ибо нет параллелизма между осложнением трещин заднего прохода и геморроя, пектеннозом и кокцигодинией.

Указаний на причинную связь между инфекцией дыхательных путей и синдромом копчиковых болей (E. G. Waters, 1937), хронической инфекцией в зубах, в придаточных пазухах носа, в миндалинах и кокцигодинией (S. T. Ross, 1959) мы не смогли подтвердить.

Бурсит, аналогичный описанному E. Granet (1954), который он нашел у 10 из 20 больных, страдавших кокцигодинией в виде болезненного эластического образования овоидной формы, размером 2×1 см, между порциями леватора, у копчика, мы обнаружили лишь у 3 больных. Этиологическая роль этого бурсита, несомненно, преувеличена. I. Morris (цит. по H. Paradis, H. Marganoff, 1969) выявил у нескольких больных с кокцигодинией болезненную слизистую сумку между сухожилием внутренней запирающей мышцы и краем малой седалищной вырезки, пальпация которой вызывала типичный для этой болезни болевой синдром в копчиковой области (триггерная зона).

Ошибочна и никем не подтверждена точка зрения A. Irések (1963), что кокцигодиния — часть синдрома дисменореи. Это два самостоятельных, топографически близких болевых синдрома малого таза.

Мы не можем подтвердить мнений, что одной из причин кокцигодинии является половая неуравновешенность (E. G. Waters, 1937), что важнейшей причиной пириформита и связанных с ним болей в копчике служит прерванный половой акт (Г. Г. Генгер, 1936).

В настоящее время едва ли кто-нибудь будет утверждать, что кокцигодиния — только проявление невроза, один из симптомов истерии, как это сделал L. Bremer (1896), который опубликовал работу с характерным заголовком: «Нож — не спасение от кокцигодинии».

R. C. Hamill (1921), C. I. Drueck (1924, 1941) считали, что в основе кокцигодинии лежит мышечный спазм, аналогичный тому, что наблюдают при вагинизме, и обусловленный функциональным нервным расстройством, резко отрицательными эмоциями. Метко назвал E. G. Waters (1937) диагноз психоневротической кокцигодинии приговором, за которым следуют, как правило, повторные и безуспешные попытки суггестивной терапии.

В добавление к двум основным общепризнанным причинам развития кокцигодинии — травмы и воспалительные процессы — W. T. Smith (1959) выдвигал в своей статье третий — психический фактор. Собственных фактических данных автор не привел, но утверждал, что методы лечения заболевания просты, а результаты хорошие.

Психогенная кокцигодиния если и существует, то наблюдается крайне редко (M. Chartier, 1920; J. Rotes-Gueros, C. S. Puntí, B. P. Crespi, 1962). Ссылки Thorek (цит. по R. I. Ditrich, M. D. Duluth, 1951) на успех психотерапии и Leslie (цит. по P. P. André, I. C. Marlière, 1965) на эффект медикаментозного сна недокончателны, так как авторы имели дело с легкими формами заболевания. Правы I. C. Coley (1937), J. G. Finder (1949), R. Watson-Jones (1955), которые говорили, что функциональный, психологический аспект кокцигодинии долгое время был преувеличен. Явления неврастения, невроза могут развиваться, но вторично, в результате повторных приступов сильной боли у субъектов с высокой болевой чувствительностью (L. W. Ely, 1910; G. E. Haggart, F. B. Schuler, 1950). Часть больных целиком находится во власти боли — болезни (F. Francon, G. Laurent, 1951; J. B. Pyper, 1957).

Они «живут в страхе, в ужасе перед очередным обострением заболевания» (R. Lerich, 1930). У части из наблюдавшихся нами больных констатирован синдром неврастении, причем его частота и выраженность были пропорциональны тяжести течения кокцигодии. В группе с легкой формой заболевания он наблюдался у 5,1% больных, со средней формой — у 11,1%, с тяжелой формой — у 70,7%.

Среди редких причин кокцигодии называют опухоли копчика, крестца и конского хвоста спинного мозга. Чаще других в этой области встречаются тератомы и хордомы (Ф. Г. Углов, Р. А. Мурсалова, 1955; В. Д. Чаклин, 1974; С. D. Orlando, 1967), невриномы и менингиомы (П. И. Эмдин, 1950; О. Л. Хондкарман, 1959; Д. С. Губер-Гриц, Н. Д. Лукьянова, 1960; С. Г. Ахундов, 1960; В. К. Шиманский, 1969; R. Chateau, 1967). О люэтической кокцигодии упоминают лишь W. P. Co ves (1916) и J. A. Sicard (1924). F. Francon, G. Laurent (1951), G. A. Schoger (1954) не исключают возможности возникновения кокцигодии у больных, страдающих ревматизмом, A. Bouchard (цит. по Н. А. Яковлеву, 1973) — подагрой, F. Becker (1931), R. Kienboeck, E. A. Zimmer (1935) считают одной из причин, хотя и нечастой, агенезию копчика, а G. Favaro (1934) — «сакрализацию копчика».

У наших больных подобные этиологические факторы не наблюдались. Правда, у одной больной кокцигодия развилась после удаления опухоли конского хвоста, а у другой — после травмы на фоне имевшейся агенезии копчика. У 4 мы обнаружили крестцово-копчиковый синостоз, что составляет лишь 0,8% наблюдений. Это единичные наблюдения, и роль таких этиологических моментов невелика.

Как же, исходя из приведенных этиологических факторов, объяснить большую частоту заболевания у женщин? Можно согласиться с мнением, которое по этому поводу высказывают I. G. Simpson (1863), E. A. Nixon (1939), G. E. Haggart, F. V. Schuler (1950), P. P. André, I. C. Marlière (1965): 1) большее выстояние у женщин копчика кзади и тем самым более частое повреждение его; 2) более развитые тазовые мышцы; 3) роды; 4) относительная частота воспалительных заболеваний женской половой сферы.

Толерантность, упорство болевого синдрома у части больных с кокцигодией по отношению к различным местным лечебным воздействиям, в том числе к повторным окологопчиковым новокаиново-спиртовым блокадам, когда весь копчик с окружающими тканями бывает буквально «омыт» анестезирующим раствором, а эффект обезболивания не наступает даже на короткий срок, и в то же время эпидуральные новокаиновые блоки (при введении раствора новокаина в крестцовый канал) оказывают благоприятное воздействие, снимают боль, дают основание заподозрить в генезе кокцигодии у этой группы больных процессы в крестцовом канале. Это подтверждается литературными данными (F. Mandl, 1929; W. F. Suermondt, 1931; I. Guillaume, I. Sigwald, 1947; I. Guillaume, 1949; J. A. Sicard, J. Bruezière, 1949; A. Bremen, M. Wolkas, 1950; E. Bohme a. oth., (1956, 1958, 1959, 1962), H. Penzholz, 1963; H. Letalt, 1967 и нашими находками при 7 крестцовых ламинэктомиях с последующей ризотомией четырех — пятих крестцовых и копчиковых корешков. Корешки — по вскрытии крестцового канала это отчетливо видно — были вовлечены в слипчивый процесс. Патогенетическую роль иссекаемых корешков подтверждала возможность провоцирования типичного приступа кокцигодии. Если операция производилась под местной анестезией, то после ламинэктомии и обнажения находящихся в канале корешков механическое раздражение их вызывало характерные боли в копчиковой области.

Перечисление теорий патогенеза кокцигодии было бы неполным, если бы мы не упомянули о хромоаффинной ткани и ее возможном участии в этом процессе. Согласно одной из теорий, в развитии кокцигодии может играть роль копчиковая, или хромоаффинная железа, которая иногда обнаруживается впереди копчика. Эта железа относится к хромоаффинной, или адреналовой системе, и кроме надпочечников, параганглиев, гипоталямуса может располагаться на шее и в других областях организма. Эта ткань, пограничная между нервной системой и железами внутренней секреции, может выделять секрет в виде адреналина или норадреналина или только накапливать его из организма. Небольшие, округлые или в виде тяжелой скопления хромоаффинных клеток вступают в тесный контакт с капиллярами, венозными синусами и с нервными сплетениями. Втяжение такой хромоаффинной железы в зону распространения гематомы или воспалительного процесса малого таза с последующим развитием рубцовых процессов, по-видимому, может создать систему нервно-болевого, трудно разрушаемых связей и ощущений.

Итак, в основе кокцигодии лежит неврит или невралгия ветвей впереди от копчика расположенного нервного сплетения. Это основное патогенетическое звено заболевания. Причины, вызывающие раздражение ветвей копчикового сплетения, различны: механического порядка — последствия травм, стойкие контрактуры мышц тазового дна, роды; неправильное положение матки; инфекционно-токсического характера воспалительные процессы в малом тазу, в крестцово-ягодичной области; дистрофического характера изменения с проявлениями нейроостеофиброза в тканях позвоночника, в подкожной клетчатке; физические факторы — охлаждение.

Кроме органической кокцигодии встречаются еще функциональные формы за-

болевания, в анамнезе которых не удается найти указаний на предшествующие травмы или другие заболевания и, следовательно, не имеется достаточно обоснованных данных предполагать какую-либо органическую основу развития заболевания. Болезнь появляется без всяких видимых причин. Эту редко встречающуюся форму идиопатической кокцигодинии приходится дифференцировать от спонтанной невралгии прямой кишки.

Патологическая анатомия

Пролить дополнительный свет на проблему патогенеза кокцигодинии могли бы гистологические исследования заинтересованных тканевых структур. Однако патоморфологические исследования в этой области немногочисленны и весьма противоречивы. Патологическую морфологию кокцигодинии изучали Т. А. Хасанов (1965, 1966, 1967), J. A. Key (1937), H. Agerer (1938), A. Hellwig (1957), E. Bohme a. oth. (1958, 1959), H. Buttenberg (1958), R. T. H. Hofacker (1962), H. Penzholz (1963) и др. Все они исследовали препараты удаленных копчиков лишь при тяжелых формах травматической кокцигодинии с явной деформацией копчика, с макроскопически очевидными изменениями копчикового диска у многих больных. Казалось бы, подобная тщательность выбора больных для операции с последующим исследованием операционных препаратов должна сблизить результаты, однако они оказались весьма противоречивыми.

J. A. Key изучил 6 удаленных копчиков, а A. Hellwig — 16. Они не обнаружили изменений ни в хрящевой, ни в костной ткани. Т. А. Хасанов, H. Angerer, H. Buttenberg, R. T. H. Hofacker нашли грубые дегенеративные изменения в дисках копчиков в виде склероза и набухания ткани диска. При гистологическом исследовании были найдены очаги некроза жирового костного мозга с образованием жировых кист, разволокнение ткани диска, то есть выявлены остеохондроз и артроз. R. T. H. Hofacker (1962) высказал гипотезу, согласно которой реактивно-дегенеративные изменения в крестцово-копчиковом синхондрозе следует отнести к статическим, возрастным, характерным и для вышерасположенных межпозвоноковых соединений, но наступающим на уровне копчика гораздо раньше. Минимальные травмы, падающие на такой фон, ведут к кокцигодинии, а анкилозирование приводит к самоизлечению. Эти предположения верны только для части больных. E. Bohme a. oth. (1958, 1959), H. Penzholz (1963) исследовали крестцовые корешки после операции ризотомии и выявили их значительную дегенерацию, пери- и эндоневральный фиброз, дегенеративные изменения миелиновой оболочки и клеточную инфильтрацию нервного волокна. F. C. Hellwig (цит. по G. H. Thiele, 1963) подверг гистологическому исследованию 16 удаленных хирургическим путем копчиков. Никаких патологических изменений в них не оказалось. Он сделал вывод, что эти изменения при кокцигодинии имеются в окружающих тканях.

Нас заинтересовало состояние тканей как самого копчика, так и околокопчиковых мягких структур. Особое внимание обращалось на эле-



Рис. 33. Атрофия костной ткани копчика. Наблюдение Ю. А. Перова, больная Ш., 56 лет, длительность заболевания 3 года.



Рис. 34. Атрофия костной ткани копчика. Наблюдение Ю. А. Перова, больная К., 38 лет, длительность заболевания 20 лет.

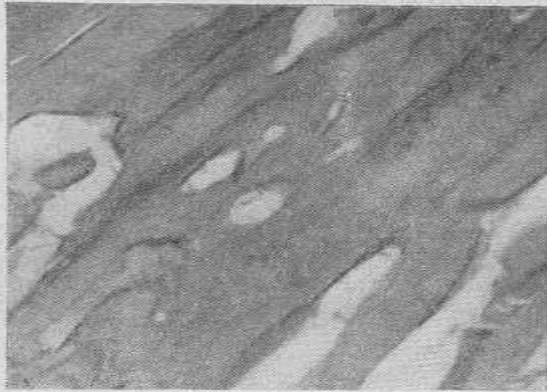


Рис. 35. Костная ткань неизмененного копчика труппа Б., 47 лет, смерть от черепно-мозговой травмы. Наблюдение Ю. А. Перова.

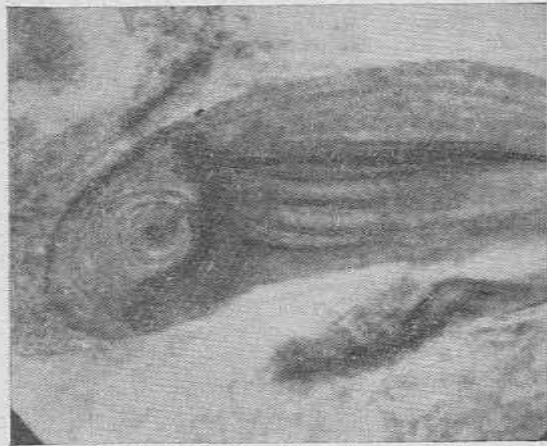


Рис. 36. Варикозность, зазубренность осевого цилиндра, увеличение периневрального футляра, гипертрофия наружной колбы, появление в ней лакун между пластинками тельца Фатер-Пачини. Препарат из соединительной ткани, расположенной впереди копчика при кокцигодии. Наблюдение Ю. А. Перова, больная Ж., 40 лет, длительность заболевания 3 года.

В нервной ткани — волокнах и окончаниях — при кокцигодии также наблюдаются выраженные изменения. Они заключаются в варикозных неровностях, зазубренностях осевых цилиндров, увеличении периневральных футляров, гипертрофии концевых колб.

Классификация

В современной медицинской литературе описано большое число наблюдений над больными с различными формами кокцигодии. Для упорядочения и систематизации этих наблюдений предлагаются различные классификации.

Большинство существующих классификаций кокцигодии построено по этиологическому принципу. Многие из них излишне сложны, например, классификация А. Cantor (1946), насчитывающая 36 разновидностей заболевания (почти все известные

менты нервной ткани этой области, состояние которых играет определяющую роль в возникновении и клинических проявлениях кокцигодии (А. М. Аминев, 1955, 1960, 1969; А. Н. Рыжих, 1956; J. A. Sicard, 1924; W. F. Suermondt, 1932; E. G. Waters, 1937; A. Cantor, 1946). Состояние околокопчиковых мягких структур, ветвей копчикового нервного сплетения никем не изучалось.

Из 514 наблюдавшихся нами больных, страдавших кокцигодией, 52 подверглись оперативному лечению: у 47 удален копчик, из них 4 в последующем подверглись крестцовой ламинэктомии с последующей ризотомией четвертых—пятых крестцовых и копчиковых корешков, еще 4 — пояснично-тазовой ганглионэктомии с резекцией верхнего подчревного сплетения; 2 больных перенесли ризотомию и 1 — ризотомию с ганглионэктомией без предварительной кокцигэктомии. Все удаленные при операциях препараты подверглись гистологическому изучению, были обработаны методом Бильшовского-Гросс, по Ван-Гизон, костная ткань обрабатывалась электролитическим способом декальцинации и окрашивалась гематоксилином, эозином и по Ван-Гизон.

Гистологически ткань копчика была представлена выражено атрофичной костной массой копчиковых позвонков, хрящевой — крестцово-копчикового синхондроза, надкостницей, переходящей в фиброзную соединительную ткань, в толще которой кровеносные сосуды сопровождалась незначительными прослойками рыхлой волокнистой соединительной ткани. Одновременно обнаруживались плотные тяжи сухожилий, переходящие в поперечнополосатые мышцы.

Для сравнения были обработаны теми же способами 8 копчиков с мягкими околокопчиковыми структурами, взятые у трупов практически здоровых людей, погибших насильственной смертью. Во всех этих 8 препаратах было выявлено обычное строение костной и хрящевой ткани.

формы). Она носит описательный характер и едва ли может помочь врачу в систематизации известных клинических факторов.

Другая крайность — излишне лаколичный тип классификаций патогенетического характера. К ним относятся классификации М. S. Kleckner (1933), который различал кокцигидию истинную и рефлекторную (псевдококцигидию); Н. Penzhöiz (1963), подразделявшего все разнообразие клинических форм кокцигидии на идиопатические и симптоматические. Эти классификационные подразделения мало помогут врачу, исследователю хотя бы потому, что объединяют в одну группу кокцигидию, возникшую в результате травм, остеохондроза крестцово-копчикового сочленения или других нейродистрофических или воспалительных процессов, таких, как осложнение анальной трещины или простатита и т. д.

Классификация М. Б. Баркана (1970) с подразделением кокцигидии на первичную и вторичную выглядит мало удачной. К вторичным он относит те заболевания, при которых копчиковые боли проявились как осложнение воспалительных процессов в половой сфере, костных поражений крестца и копчика; к первичным — кокцигидию при воспалениях в заднем проходе и прямой кишке. Очевидно, что в обе классификационные группы включена кокцигидия, являющаяся по существу вторичной и развивающаяся как рефлекторный синдром воспалительно-токсического генеза. Выделять в этом отношении из смежных с копчиком органов и тканей малого таза задний проход и прямую кишку нет оснований.

Е. G. Waters (1937) выделяет три разновидности кокцигидии: 1) невралгию или неврит копчикового сплетения (60% всех наблюдений); 2) травматическую кокцигидию; 3) рефлекторную кокцигидию, подразделенную в свою очередь на органическую и психогенную.

Е. А. Nixon (1939), G. E. Haggart, F. B. Schuler (1950) считают попытки классифицировать кокцигидию бесполезными, так как слишком полиэтиологично это заболевание и весьма разнообразен его патогенез. Мы согласны с последним утверждением и считаем тем более необходимым систематизировать все разнообразие накопленных фактов, сделанных наблюдений, ибо известно, что «постановка диагноза — это прежде всего классификация».

Попытки выделить кокцигидию первичную — истинную и вторичную — рефлекторную понятны, но едва ли будут достаточны. Так, кокцигидия травматическая и нейродистрофическая может быть и первичной — травма самого копчика, его сочленения, крестцово-копчиковый остеохондроз, и вторичной — травма прикрепляющихся к копчику связок, очаги многолоза, фиброза в околокопчиковых мягких структурах. Все это усложняет классификацию, делает ее громоздкой.

Достаточно простой, но далеко не полной является классификация А. Н. Рыжих (1956), который различал кокцигидию травматического, инфекционного и обменного характера. Последний вид относится к группе крайне редких, хотя его возможность не исключена.

Для тех форм кокцигидии, при которых в анамнезе отсутствуют травма, поражения органов малого таза и другие воспалительные заболевания и невозможно обнаружить никаких нарушений, кроме болезненности копчика, приходится оставить наименование криптогенной (А. Cantor, 1946), эссенциальной (F. Francon, G. Laurent, 1951) или идиопатической (А. М. Аминев, 1959, 1969) кокцигидии. В классификации А. Н. Рыжих такая форма отсутствует. Следует признать идиопатическую форму заболевания как свидетельство наших пока еще ограниченных диагностических возможностей.

В первой нашей статье о кокцигидии (в то время это была всего третья статья по рассматриваемому вопросу в отечественной литературе) мы (А. М. Аминев, 1956) отчитывались о 15 наблюдениях и выделяли две основные формы заболевания: 1) органическая кокцигидия, развивающаяся после перенесенных травм, воспалительных процессов и других местных и общих заболеваний; 2) идиопатическая кокцигидия, при которой никаких предшествующих прямых или косвенных причин заболевания выявить не удалось. Через 3 года (1959) в нашей книге, в которой разбиралось 4 заболевания — трещины заднего прохода, копчиковая боль, прокталгия, зуд зад-



Рис. 37. Гипертрофия колбы Фатер-Пачини, появление лакун между ее пластинками, та же больная.

него прохода, — в главе о кокцигодии приводились уже 4 формы этого заболевания: 1) после перенесенных травм копчиковой области; 2) после перенесенных воспалений органов и клетчатки таза; 3) при наличии опухолей таза, а также опухолей и других органических поражений спинного мозга, его корешков и оболочек; 4) идиопатическая кокцигодия, сюда включается кокцигодия на почве нарушения обмена веществ.

За 25 лет (1951—1975) работы в нашей клинике доцент Ю. А. Перов специально изучал вопрос о кокцигодии. За это время в проктологическом отделении клиники наблюдалось 514 больных, страдавших этим заболеванием. На основании собственных наблюдений и обширной литературы по этому вопросу Ю. А. Перов предложил основанную на этиологии и до некоторой степени на патогенезе заболевания следующую классификацию кокцигодии: 1) травматическая, 2) воспалительно-токсическая, 3) нейродистрофическая, 4) идиопатическая.

Первая, самая многочисленная группа, включает 193 (37,5%) больных, перенесших травму. Вторая группа состоит из 190 (37%) больных с различными заболеваниями органов малого таза, преимущественно с воспалительными процессами заднего прохода. 50 больных могли быть включены как в первую, так и во вторую группу — у них в анамнезе травма копчиковой области и воспалительный процесс в малом тазу. Выяснить предпочтительность одного из этиологических факторов не представлялось возможным. В третью группу включены 23 (4,5%) больных с различными проявлениями нейроостеофиброза: с поясничным остеохондрозом, с местным охлаждением, с очагами фиброза в подкожной клетчатке. Четвертую группу составляют 58 (11%) больных, этиологический фактор которых неясен.

Как при всякой систематизации клинических фактов, в любой медицинской классификации есть некоторая условность. Так, в первую группу отнесены больные, у которых кокцигодия развилась после травмы, но в основе ее лежал посттравматический крестцово-копчиковый остеохондроз, что дает основание отнести их в третью группу. Таких было 18 человек.

Если сопоставить эти две классификации (А. М. Амиев, 1959; Ю. А. Перов, 1975), то между ними нет существенной разницы. Обе классификации несложны, отражают этиологию и отчасти патогенез синдрома, дают возможность дифференцированно решать лечебно-тактические задачи.

Клиника и диагностика

Женщины болеют кокцигодией значительно чаще, чем мужчины. По этому вопросу нет расхождения мнений у различных авторов. Среди болевших кокцигодией женщины составляли: у Т. А. Хасанова (1966) — 87%, у М. Б. Баркана (1970) — 82%, у А. П. Демина (1974) — 85%, у Т. А. Республиканской (1974) — 90%, у G. A. Duncan (1937) — 97%, у G. H. Thiele (1963) — 85%, среди наших больных — 83,1%. F. Windscheid (1898) и A. Aleu (1907) писали, что болеют кокцигодией почти исключительно женщины, а R. A. Vagnes (1878) включил ее в номенклатуру «чисто женских болезней». I. A. Powers (1957) отметил преимущество среди заболевших молодых женщин; их средний возраст 29 лет. Средний возраст больных, обследованных F. C. Yeomans (1936), также 29 лет; W. R. Hamsa (1936) — 35 лет; E. G. Waters (1937) — 40 лет; A. Cantor (1946) — 20—40 лет; F. Francon, G. Laurent (1951) — 30—50 лет.

Клиническое течение кокцигодии после травмы крестцово-копчиковой области бывает различным. У некоторых больных сама травма вызывает сильные боли в крестцовой области. В дальнейшем интенсивность болей не снижается, а, наоборот, нарастает. У других больных первичная то более, то менее интенсивная боль держится в течение нескольких дней, недель или месяцев после травмы, постепенно снижается и может совершенно исчезнуть без всякого лечения. Затем через какой-то срок боль снова появляется, начинает нарастать и достигает высокой интенсивности. У некоторых больных травма вообще не вызывает значительных болей, и они о ней вскоре забывают. Но через некоторое время появляется и постепенно нарастает боль в области копчика.

Боли при кокцигодии длятся обычно многие месяцы и годы. Интенсивность их может волнообразно меняться; они то уменьшаются, то

увеличиваются. Длительность амплитуды колебаний — от нескольких часов до многих месяцев. Иногда интенсивность болей имеет только один подъем и спад. Причины усиления и уменьшения болей обычно выяснить не удастся. Некоторые больные связывают усиление болей с волнениями, с психологическими переживаниями или с тяжелой работой, охлаждением, с повторными травмами, с изменениями погоды и т. д.

У большинства больных, страдающих кокцигодией, клиническая картина заболевания довольно типична и диагностика ее несложна. Обязательным признаком является боль в копчиковой области. Больные ее обычно локализируют в копчике. Иногда строго локализованной болевой зоны нет. Ее границы расширяются, заходят на крестец и смещаются в сторону ягодичных областей. Большинство авторов отмечает многообразие, переменчивость болевых ощущений.

Мы не можем согласиться с М. Б. Барканом (1970), который утверждает, что ведущим симптомом кокцигодии является боль в глубине таза, в пояснице, отдающая в копчик. Такой тип жалоб — боли в прямой кишке, в глубине таза, усиливающиеся в положении сидя и отдающие в копчик, мы констатировали лишь у небольшой части больных (ректальная форма кокцигодии по А. Bensaude, А. Guichard, 1954) — у 20 человек, что составило 3,9%.

Боли могут быть постоянными и перемежающимися. Типичной является постоянная неинтенсивная боль тупого, ноющего характера с усилениями, зависящими от давления на копчик и от тех действий, при которых сокращаются мышцы, прикрепляющиеся к нему. Боль заметно увеличивается в положении сидя, особенно при отклонении туловища кзади. Причем интенсивность болевых ощущений обычно пропорциональна времени непрерывного сидения. Болевая реакция достигает максимума в момент поднятия со стула, что зависит от сокращения тех порций больших ягодичных мышц, которые прикрепляются к копчику и вызывают его смещение.

Боль резко варьирует в интенсивности. У одних она появляется после непрерывного сидения в течение часа на твердом стуле и незначительно беспокоит больных. Других она вынуждает сидеть, склонившись в сторону, на одной ягодичной области, на краю стула или резко выпрямившись, с гиперлордозом в поясничной области, чтобы освободить копчик от давления. Эти больные медленно, осторожно опускаются на стул и не менее бережно, постепенно поднимаются. Боль в момент подъема со стула может быть настолько резкой, что больные сравнивают ее с уколом, с прикосновением к чирью. Некоторые заявляли, что они одновременно, сразу не могут подняться. Создавалось впечатление, что больной приклеился, прилип, прирос к стулу. Трех больных после вынужденной поездки в автомашине пришлось поднимать с сидений за руки. 17 (3,3%) больных могли сидеть только на одной ягодичной области, склонившись в сторону. Попытки переменить положение с наклоном в противоположную сторону сопровождались резчайшим усилением боли. Это объяснялось заметной девиацией копчика в ту сторону, на которой могли они сидеть, нагрузка на противоположную сторону усугубляла деформацию и усиливала боль. Третьи совершенно не могут сидеть из-за жестоких болей, они едят, пишут стоя. Для многих больных, страдающих кокцигодией, езда в автомобиле, на мотоцикле, посещение театра, кино невозможны. У 9 (1,7%) больных даже небольшое натуживание вело к резкому усилению болей, 14 (2,7%) человек не могли лежать на спине из-за усиления болевых ощущений в копчике.

Боль может быть невыносимой по силе (М. Edwards, 1938), может сделать невозможными активные разгибательные движения в тазобедренных суставах (J. A. Sicard, 1924), разведение бедер. Она может

резко усиливаться при кашле, чихании, «когда шевельнешь ногой», болевые ощущения не дают возможности «шелохнуться», «ни сесть, ни встать». Иногда у больных при тяжелой форме кокцигодии при сильных болях появляется своеобразная походка: ходят они мелким шагом, осторожно, ноги у них как бы деревенеют. Создается впечатление, что больной стремится при ходьбе удержать между бедрами иногородное тело (F. Francon, G. Laurent, 1951). Среди наших больных у 4 удалось отметить подобное нарушение походки. Обычный нормальный шаг был невозможен из-за усиления копчиковой боли.

На первый взгляд, дефекация, особенно при запорах, должна была бы вызывать усиление болей, о чем пишут И. Л. Брауде (1957), F. Windscheid (1828), G. Cotte (1928, 1949), E. A. Nixon (1939), A. Cantor (1946), F. Francon, G. Laurent (1951), A. Bensaude, A. Guichard (1954), P. P. Andre, I. C. Marlière (1962). Последние сообщили об «ужасных обострениях», обусловленных запорами. Мы (А. М. Аминев, 1955) в первой серии наблюдений отметили зависимость (усиление) болевых ощущений от акта дефекации у половины больных. А. Н. Рыжих (1956), F. C. Yeomans (1936), G. H. Ewell (1950) считали, что дефекация редко влияет на интенсивность болевых ощущений. S. G. Gant (1923), I. P. Lockhart — Mummery (1934), G. H. Thiele (1963) установили эту зависимость только у лиц с тяжелой травматической кокцигодией со смещением копчика.

Среди общего количества наблюдавшихся нами больных усиление копчиковых болей перед дефекацией и во время нее отмечено у 181 (35%). Интересно, что зависимость эта обусловлена клинической формой заболевания. При легких формах ее можно было отметить у 9,6% больных, при средней форме — у 52,3%, при тяжелой — у 93,9%. 13 (2,5%) больных жаловались не только на резкое усиление болей при дефекации, но и на невозможность выпускать газы без повышения интенсивности болевых ощущений.

На усиление болей при менструации и половом сношении указывали А. М. Аминев (1955, 1965), И. Л. Брауде (1937), F. Windscheid (1898), Н. А. Kelly (1928), G. Cotte (1928, 1949), G. H. Thiele (1936, 1963), W. L. Cooper (1960), P. P. Andre, I. C. Marlière (1962), M. E. Knapp (1969), W. Lieberman (1971). Среди наблюдавшихся нами 427 больных женщин усиление болей при менструации испытывали 89 (20,8%). Интересно отметить такую закономерность: у всех больных с резкой степенью ретроверзии флексии матки (этиологический фактор заболевания) меноррагия усиливала болевые ощущения. Среди 498 половых сношения вызывали усиление копчиковых болей, из них 4 были мужчины. У 42 (8,1%) упорные копчиковые боли имели жгучий характер, больные определяли их словами: «жжет», «палит», «горит весь низ», «ощущение, будто хвостик прижигают горячей спичкой», «словно сел в крапиву», «напоминает ожог», «насыпали перец в рану» и т. д.

Многообразие болевых комбинаций при кокцигодии объясняется различной степенью вовлечения в процесс нервов. Наблюдавшиеся у некоторых больных упорные боли жгучего характера, не поддававшиеся общепринятым болеутоляющим мероприятиям, усиливавшиеся при применении тепловых процедур и ослабевавшие при прохладных ваннах, примочках дали основание А. М. Аминеvu (1960), А. М. Вейну, Н. А. Власову (1972), R. M. Alexander (1931), G. Carpanetti (1942), V. Fernström (1957), S. T. Ross (1959), L. Zukschwerdt a. oth. (1964) сравнить их с каузалгией и признать важную роль в их генезе симпатической нервной системы. В нашей клинике наблюдалось 42 больных с подобным болевым синдромом.

Нередко больные предъявляют жалобы на иррадиацию болей.

Иррадиация в бедра и ягодичную область наблюдалась, по данным Н. J. Richards (1953), у 50% больных; G. H. Thiele (1936, 1963), W. L. Cooper (1960) — у 33 — 25%; A. Bremen, M. Wolkas (1950), E. Stanet (1957, 1963) — «довольно часто», A. Cantor (1946) — «изредка», в другие области — реже. Мы констатировали иррадиацию болей в ягодичную область у 104 (20%) больных, в бедра — у 98 (19%), в промежность — у 87 (16,9%), в крестец — у 85 (16,8%), в поясничную область — у 40 (7,8%), в левую паховую область — у 38 (7,4%) и в низ живота — у 28 (5,4%). 9 (1,7%) больных с выраженной неврастенией и тяжелой формой заболевания жаловались на иррадиацию болей на высоте болевого приступа по всему позвоночнику, по всему телу, в подложечную область, в подреберье, грудь, голову, в надплечья, в ноги.

У части больных — 36 (7,1%) человек — при длительном сидении боли не только усиливались, нарастали в интенсивности, но и приобретали иное качество. Вначале тупые, ноющие, тлеющие боли становились стреляющими, дергающими. А 43 (8%) человека с тяжелой и средней формами кокцигодии после 10—15 минут непрерывного сидения наряду с усилением копчиковых болей отмечали возникновение парестезий в виде ползания мурашек, покалывания, зон онемения, повышенной потливости в анально-копчиковой, крестцовой и ягодичных областях. У 9 (1,7%) больных первым проявлением заболевания были не боли, а парестезии в указанных областях с ощущением зябкости, похолодания этих участков, иногда прилива, жара и лишь спустя 2—8 недель развивался типичный болевой синдром. Это дает основание предположить первичность поражения вегетативных аппаратов нервной системы у этих больных. 28 (5%) человек жаловались на ощущение инородного тела, подвешенного к копчику, у 19 из них при объективном обследовании был обнаружен спазм тазового дна. У некоторых больных с наиболее тяжелыми формами кокцигодии, с длительным анамнезом можно было констатировать ректо-везикальные расстройства (М. Б. Баркан, 1970; J. A. Sicard (1924), E. A. Nixon, 1939; A. Cantor, 1946; F. Francon, G. Laurent (1951). Эти явления в виде иррадиации болей в мочевой пузырь и задний проход, учащения мочеиспускания, изменения привычного ритма дефекации, смены запоров поносами и наоборот (при негативных результатах обследования урологом и проктологом) мы наблюдали у 7 (1,3%) больных.

Каковы же объективные данные при кокцигодии? Многообразие болевых ощущений в этой области, парестезий, зависящих от самых различных причин, поражений разных систем и органов, направляет мысль врача на тщательное объективное исследование больных, чтобы не пропустить на первый взгляд малозначительные, но порой определяющие симптомы патологического состояния. Тем более что у многих больных объективные признаки скудны.

Осмотр больного обычно безрезультатен. Изредка можно обнаружить цианотичность, мраморность или, наоборот, повышенную пигментацию кожи анально-копчиковой области, шелушение эпидермиса, участки гипергидроза. Их мы наблюдали у 29 (5,6%) больных. У незначительной части больных, чаще при нейродистрофической кокцигодии, находят небольшие участки гипестезии или гиперестезии в области копчика, о чем сообщили И. Л. Брауде (1957), Г. С. Юмашев, М. Е. Фурман (1973), J. A. Sicard (1924), Н. А. Kelly (1928), A. Bensaude, A. Guichard (1954). Среди наших больных гипестезия обнаружена у 19 (3,7%) человек, гиперестезия — у 28 (5,6%).

Гиперестезия, а чаще умеренная гиперестезия иногда при длительном и тяжелом течении кокцигодии распространялась на окружность

заднего прохода, на внутренние поверхности ягодичных областей, на задне-внутренние поверхности бедер до их нижней трети, то есть на всю область копчикового нервного сплетения. При запущенных формах заболевания появляется контрактура приводящих мышц бедер. Больные не могут активно отводить ноги в стороны. Не удается это сделать и пассивно руками постороннего человека.

Тщательной пальпацией, методом поглаживания, пытаются выявить наличие плотных болезненных узелков фиброза в подкожной клетчатке крестцово-копчиковой и ягодичных областей, давление на которые вызывает типичный приступ кокцигодинии, если они играют роль этиологических факторов. Подобные образования округлой формы, средне-эластической консистенции, диаметром от 0,5 до 2 см в количестве от 1 до 5 мы нашли у 13 человек: у 3 — в крестцовой области на уровне 3—4-го позвонка, в 4—5 см от средней линии, у 10 — в верхне-внутреннем квадранте ягодичной области. У 7 человек очажки фиброза располагались с одной стороны, у 6 были двусторонними. Их интенсивная пальпация, разминание вызывали появление или усиление копчиковой боли у 9 человек, а их новокаинизация (введение 1—2% раствора новокаина) снимала эти боли.

Ощупывание копчика со стороны кожи у большинства больных вызывает умеренную болезненность, особенно отчетливо выявляемую при давлении на верхушку по направлению к крестцу.

Самые ценные находки получают при ректальном и бидигитальном исследовании копчика. Диагноз кокцигодинии без них не может ставиться. При бидигитальном исследовании копчик оказывается между указательным пальцем, введенным в прямую кишку, и первым, находящимся снаружи. Определяют форму, положение, подвижность и чувствительность копчика. У большинства здоровых людей он подвижен в передне-заднем направлении в пределах 30°, то есть его верхушка может быть смещена в сагиттальной плоскости на 2 см, в стороны от нее — на 1 см (G. H. Thiele, 1937; T. Wilensky, 1943; W. L. Cooper, 1960). Эти смещения безболезненны.

При кокцигодинии осторожное поглаживание передней поверхности копчика вызывает боль различной интенсивности: от легкой гиперальгезии до острейшего приступа, с невозможностью прикоснуться к передней поверхности копчика на всем его протяжении. Надавливание на переднюю поверхность вызывает, как правило, отчетливую болевую реакцию. Вообще, попытки произвести смещение копчика, даже в пределах нормы, болезненны.

Подавляющее число исследователей считает патогномичным признаком кокцигодинии боль при сдавлении копчика во время бидигитального исследования и давлении на него по продольной оси. Мы полностью присоединяемся к этому мнению. Утверждение М. Б. Баркана (1970), что «давление на копчик не вызывает боли, хотя больные и уверяют, что болит именно копчик», звучит по меньшей мере неправдоподобно, а главное, не может дать объяснения. Ни один исследователь не отмечал ничего похожего.

Иногда, при легких формах кокцигодинии, удается обнаружить болезненные точки («триггерные зоны») рядом с копчиком, в сухожильно-связочном аппарате его, редко в сокращенных, тонически напряженных мышцах тазового дна.

При пальпаторном исследовании копчика мы выявили следующее: болезненность копчика спереди обнаружена у 503 (92,8%) больных, при смещениях — у 501 (97,5%), при осевой нагрузке — у 468 (91,0%), при ощупывании сзади — у 233 (45,3%), отчетливая локальная болезненность сбоку от копчика, в сухожилиях и связках, при отсутствии болез-

ненности его передней поверхности — у 11 (2,1%). При бидигитальном исследовании можно выявить деформации копчика: отклонение в сторону, назад, чаще — вперед, с образованием тупого, редко — прямого, а в исключительных случаях — острого угла с крестцом. Такое нарушение положения копчика отмечено у 39 (7,6%) больных. Экссостоз копчика обнаружен у 2, отсутствовал копчик у 1. Все эти отклонения могут быть врожденными или приобретенными в результате травмы и наблюдаются относительно часто у здоровых лиц. Сама по себе деформация ни о чем не говорит и имеет клиническое значение только в сочетании с описываемым болевым синдромом.

А. П. Демин (1974), P. Lewin (1927), V. J. Collins (1960) считают важным признаком кокцигодии патологическую подвижность копчика в крестцово-копчиковом синхондрозе. G. H. Thiele (1936, 1950), P. P. Andrie, I. C. Marlière (1962) усматривают ранний симптом кокцигодии, наоборот, в резком ограничении его подвижности. Многие исследователи (K. H. Sørensen, 1955; A. Steindler, 1959; K. F. Spence, 1961; J. Buchmann, 1966; F. H. Stern, 1967; H. Paradis, H. Marganoff, 1969; D. Scánto, 1972) и др. не согласны с ними и не видят диагностической ценности этих признаков. Мы присоединяемся к этому мнению. Согласно E. G. Waters (1937), R. Th. H. Hofacker (1962), крестцово-копчиковый анкилоз наблюдается исключительно редко. Нами он обнаружен только у 4 (0,8%) больных.

Большее значение, чем искривление копчика с образованием угла, имеет девиация — отклонение его в сторону или вперед, наблюдающееся при спазме мышцы, поднимающей задний проход и копчиковой. Спазм может быть одно- и двусторонним. Спазмированные мышцы становятся более плотными, равномерно или с образованием мышечных узелков, участков гипертонуса, болезненными. Копчик отклоняется в сторону спазма.

Спазм мышц тазового дна обнаружен у 84 (16,5%) больных, у 11 (2,2%) он был двусторонним, у 44 (8,7%) — левосторонним, у 29 (5,6%) — правосторонним. Узелковые утолщения в спазмированных мышцах диаметром 0,5—2 см среднеэластической консистенции, легко разминаемые пальцем, выявлены у 12 (2,3%) больных. Количество узелков в мышце у 8 больных — от 1 до 5, у 4 — более 10. Мышца у последних представляла собой волнистое, ребристое образование, а после минутного массажа становилась гомогенной, эластической, но по-прежнему слабо болезненной.

При иррадиации болей в ягодичную область, по задней поверхности бедра и в промежность можно предположить существование спазма грушевидной мышцы. При ректальном исследовании эта мышца, находящаяся в состоянии контрактуры, выявляется отчетливо в виде плотноватого болезненного валика, расположенного за крестцово-остистой связкой, выше и кзади от копчиковой мышцы. Помогает ее сравнение с мышцей, находящейся в спокойном состоянии, на противоположной стороне.

Спазм грушевидной мышцы констатирован у 49 (9,5%) больных, имевших и миоспазм тазового дна. Наличие мышечных узелков, аналогичных описанным выше, выявлено у 4 человек. Для определения заинтересованности грушевидной мышцы существует симптом Фрейберга (A. H. Freiberg, 1934, 1937) — возникновение иррадирующих болей, свойственных данному больному, при внутренней ротации приведенной ноги, что объясняется растяжением грушевидной мышцы. Симптом Фрейберга наблюдался у 41 (8,0%) больного.

У 3 человек при исследовании прямой кишки пальцем мы нашли

между порциями мышцы, поднимающей задний проход, у копчика, бобовидной формы, слегка болезненное эластическое образование размером 2×1 см. Это была воспаленная слизистая сумка. Ее пальпация вела к усилению копчиковых болей.

Таким образом, путем ректального исследования мы определяем состояние копчика, прикрепляющихся к нему мышц, прямой кишки, у мужчин — предстательной железы и семенных пузырьков. В заднем проходе, прямой кишке могут быть обнаружены те или иные источники воспалительно-токсической причины кокцигодии. Исследование пальцем желательно дополнить осмотром с помощью ректального зеркала и ректороманоскопией.

Гинекологическое исследование больных необходимо для обнаружения возможных генитальных очагов механической — смещение матки — или воспалительно-токсической формы кокцигодии.

С целью выяснения функционального состояния афферентных и эфферентных путей, спинальных центров на уровне третьих—пятых крестцовых сегментов, где замыкается дуга анального рефлекса, у 420 больных, страдавших кокцигодией, проведено определение этого рефлекса в динамике. Априорно, на основании работы Г. И. Россолимо (1892), можно было предположить его оживление у больных с длительным болевым синдромом, с неврастенней, столь часто осложняющей кокцигдинию, особенно ее тяжелые формы.

Исследовался кожно-мышечный компонент анального рефлекса визуальным путем в ответ на штриховое раздражение кожи анальной области и хлопок. Оценивалась двигательная реакция общепринятым путем по четырем степеням (Г. И. Россолимо, 1892; В. А. Аминева, 1960; Л. В. Логинова-Катричева, 1960; А. М. Аминев, 1965) — живой, повышенный, слабый, отсутствует — и учитывалась территория рефлексогенной зоны.

До настоящего времени анальному рефлексу, его клиническому значению уделяется незаслуженно мало внимания. Достаточно сказать, что в монографии П. С. Бабкина «Рефлексы и их клиническое значение» (1973) ни словом не упомянут этот рефлекс, хотя еще в 1892 г. Г. И. Россолимо справедливо считал, что самое низкое расположение центра этого рефлекса по сравнению с центрами других кожно-мышечных рефлексов, безусловное его постоянство у здоровых лиц обуславливают важное значение его в клинике.

Мы обнаружили живой анальный рефлекс у 147 (35%) больных, повышенный — у 248 (59%), слабый — у 21 (5%) и отсутствовал анальный рефлекс у 4 (1%), что указывает на статистически достоверную разницу в повышении анального рефлекса у больных кокцигодией по сравнению с здоровыми лицами. В. А. Аминева (1959) при исследовании

Таблица 16

Анальный рефлекс до лечения у больных, страдающих кокцигодией

Анальный рефлекс	Клиническая форма						Всего	
	легкая		средняя		тяжелая			
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Живой	101	50,2	38	26,9	8	12	147	35
Повышен	80	40,0	98	69,4	70	87	248	59
Слабый	17	8,4	4	2,9	—	—	21	5
Отсутствует	3	0,4	1	0,8	—	—	4	1
Всего обследовано	201	48,0	141	33,6	78	18,4	420	100

анального рефлекса у здоровых взрослых получила следующие данные: живой анальный рефлекс имели 84%, повышенный — 11%, ослабленный — 5%. Особенно выразительна разница в зависимости от тяжести синдрома кокцигодинии.

Помимо повышения анального рефлекса можно констатировать значительное расширение рефлексогенной зоны. У 273 (65%) больных анальный рефлекс вызывался с участков за пределами анальной области: у 252 (60%) — с наружных половых органов и копчиковой области, у 189 (45%) — с крестцовой и ягодичных областей (чаще — с ниже-внутреннего квадранта), у 181 (43%) — с задней поверхности бедер, у 135 (32%) — с задней поверхности голеней, у 63 (15%) — с внутренней поверхности бедер, у 38 (9%) — с поясничной области и передней поверхности бедер, у 19 (4,5%) — с подошв, лобка и передней брюшной стенки. На хлопок мы получили анальный рефлекс у 122 (29%) больных преимущественно с тяжелой формой кокцигодинии, с выраженной неврастенией.

Все эти данные указывают на снижение порога тактильной и болевой чувствительности в пределах иннервации копчикового и последних трех крестцовых сегментов, иногда и первых двух, на расширение зоны стационарного возбуждения в спинальных центрах (Ю. М. Уфлянд, 1950), на фиксацию возбуждения в них (А. Г. Гинецинский, 1945; Л. А. Орбели, 1949), как начальную стадию парабиоза с характерной для нее повышенной возбудимостью (Е. К. Жуков с соавт., 1952). Это состояние можно отождествить с доминантой А. А. Ухтомского (1934), так как центры во время доминанты находятся в состоянии стационарного парабиотического возбуждения. Если состояние это продолжительно, говорят о патологической доминанте. Оно объясняет расширение рефлексогенной зоны, оживление рефлекса и существование длительных мышечных контрактур. В разделе «Лечение» мы сообщим об изменениях анального рефлекса в динамике.

У 418 больных проведена сфинктерометрия. В зависимости от клинической формы заболевания получено незначительное увеличение тонуса жома и его максимальной силы, что отражено в табл. 17. Напомним, что в норме тонус у женщин — 550, у мужчин — 600; максимальная сила у женщин — 800, у мужчин — 900.

Таблица 17

Тонус и максимальная сила анального сфинктера до лечения у больных, страдающих кокцигодинией (средние цифры)

	Клиническая форма						Всего	
	легкая		средняя		тяжелая		Ж	М
	Ж	М	Ж	М	Ж	М		
Число больных	163	36	117	24	66	12	346	72
Тонус	525	574	549	590	598	641	542	588
Максимальная сила	791	891	809	908	819	922	801	907

Отмечен отчетливо выраженный параллелизм между повышением анального рефлекса и расширением рефлексогенной зоны, с одной стороны, и увеличением тонуса и силы сфинктера, с другой.

У больных с функциональным расстройством нервной системы, наряду с повышением анального рефлекса и расширением рефлексогенной зоны, отмечается спонтанная лабильность сфинктерокимограммы, что подтверждает основные черты истинного невроза — неустойчивость ряда вегетативных функций, от которых зависит мышечный тонус вообще, в том числе и сфинктера заднего прохода (В. А. Аминева, 1960; А. М. Аминев, 1965). Поэтому у части больных (113 человек) мы исследовали вегетативный глазо-сердечный рефлекс Ашнера-Данини, с тем чтобы выяснить рефлекторную возбудимость вегетативных нервных отделов. Нормальный рефлекс обнаружен у 35 больных, резко положительный — у 32, отрицательный — у 38, извращенный — у 8 больных, что указывает на отсутствие достоверной разницы со здоровыми людьми (Н. С. Четвериков, 1948).

У отдельных больных с жалобами на гипергидроз в крестцовой и ягодичных областях мы провели колориметрическую пробу В. Л. Минора (иодно-крахмальный метод). У 4 больных выявлен симметричный гипергидроз в ниже-крестцовой и копчиковой областях, что соответствует иннервации 5-го крестцового и копчиковых нервов. При объективном исследовании больных с кокцигодинией следует обращать внимание на наличие дизрафических черт, особенно когда подозревают костную аномалию. Наиболее часто при корешковых явлениях обнаруживают расщепление дужек позвонков. Незаращение дужки 5-го крестцового позвонка является правилом (В. С. Майкова-Строганова, М. А. Финкельштейн, 1952). Мы его расценивали как высокое большое крестцовое отверстие. Это явление обнаружено у 201 (39,1%) больного. Другие виды расщепления дужек позвонка наблюдали у 77 (15%) человек. Незаращение дужки 4-го крестцового позвонка — у 39 (7%), дужек 3 и 4-го крестцовых — у 28 (5,5%), 2—4-го крестцовых позвонков — у 6 (1,1%), тотальное расщепление крестца отмечено у 4 (0,8%) больных, что подтверждает некоторую этиологическую роль этого вида аномалий.

Рентгенография крестца и копчика обязательны. Установить какие-либо характерные для кокцигодинии рентгенологические изменения со стороны крестца и копчика не удалось (А. М. Аминев, 1959, 1969; А. В. Каплан, 1962; Т. А. Хасанов, 1966; M. Schotte, 1933; J. B. Purer, 1957; R. T. H. Hofacker, 1962; C. R. Steinthal, 1907). Рентгенологические находки ценны лишь в сочетании с клиническими данными.

Для получения снимка высокого качества нужно тщательно подготовить больного. Отчетливый профильный снимок у женщин с хорошо развитыми ягодичными мышцами и подкожным жиром получить трудно. S. Schapiro (1945), J. Kovács (1953) предложили пользоваться специальной методикой рентгенографии с концентрированным пучком лучей и особой укладкой больного. В. Sabat (1936) проводил эндо-ректальную и эндовагинальную рентгенографию копчика с введением эластичной небольшой кассеты в свернутом виде в прямую кишку или влагалище.

Среди наших больных рентгенологические отклонения от нормы обнаружены у 124 (24,1%). У 77 (15%) имелось незаращение дужек крестцовых позвонков, не считая 5-го, у 44 (8,7%) — плавное отклонение копчика, девиация за счет миоспазма: у 20 больных — влево, у 17 — вправо, у 7 — вперед. Грубая деформация с угловыми искривлениями, ангуляцией отмечена у 39 (7,6%) человек: со смещением вперед — у 34, вбок — у 3, кзади напоминала хвост скорпиона — у 2. Явления крестцово-копчикового остеохондроза с краевыми остеофитами, склерозом замыкательных пластинок 5-го крестцового и копчиковых позвонков обнаружены у 18 (3,7%) человек. Сращение 1-го копчи-

кового позвонка с крестцом установлено у 4 (0,8%) больных, экзостозы копчика — у 2 (0,4%) и агенезия копчика — у 1 (0,2%) больного.

Многие авторы пишут о легких, умеренно выраженных и тяжелых по течению формах кокцигодии, но специально не выделяют их. Т. А. Хасанов (1966) первым подразделил большое число наблюдавшихся им больных — 230 человек — на 3 группы в зависимости от выраженности болевого синдрома: на легкую, среднюю и тяжелую формы, которые соответственно составили 65,2%, 25,6% и 9,2% его наблюдений.

Взяв за основу выраженность ведущих симптомов кокцигодии, Ю. А. Перов предложил свою клиническую классификацию заболевания с выделением легкой, средней и тяжелой его формы. В отличие от Т. А. Хасанова расширено основание подразделения на группы и изменена характеристика показателей. К легкой форме отнесены наблюдения, при которых боль в копчике возникает при длительном сидении, не ранее чем через 30 минут. Эта боль непостоянна и мало интенсивна. Копчик при пальпации снаружи безболезнен. Среднюю форму заболевания характеризует более интенсивная боль, возникающая ранее чем через 30 минут непрерывного сидения. Копчик при этом болезнен и снаружи. Больные с тяжелой формой не могут сидеть прямо. Даже прикосновение к копчику резко болезненно. У подавляющего большинства больных этой группы — 56 (71,5%) — был отмечен своеобразный симптом болезненного наклона вперед в вертикальном положении; в группе со средней формой кокцигодии он наблюдался у 23 (14,2%), с легкой — у 5 (1,7%). Этот симптом болезненного наклона объясняется пассивным натяжением копчика той порцией волокон большой ягодичной мышцы, которая прикрепляется к нему. Больные с тяжелой формой имеют яркую клиническую картину заболевания, отличающуюся полиморфизмом жалоб, обусловленных вовлечением в процесс смежных органов, их дисфункцией, рефлекторными симптомами, трофическими и вазомоторными расстройствами в анально-копчиковой, крестцовой и ягодичных областях (явления гипергидроза, цианотичности, мраморности, пигментации кожи, шелушения эпидермиса и т. д.).

С легкой формой заболевания наблюдался 281 (58,7%) больной, со средней — 155 (30,1%) и с тяжелой — 78 (15,2%). Следует отметить, что это процентное соотношение форм заболевания несколько искажено по сравнению с действительным, так как клиника является консультативным центром и 52% стационарных больных являются приезжими. Это контингент наиболее упорно болеющих. Имеется определенная условность подобного подразделения больных на 3 клинические группы, главным образом на основании субъективных данных, но несомненна практическая целесообразность этой классификации, помогающей в диагностике и выборе методов лечения.

Рекомендации В. Л. Ривкина с соавт. (1974) проводить у больных с кокцигодией биопсию слизистой оболочки прямой кишки нам кажутся необоснованными, так как в огромном большинстве наблюдений процесс разыгрывается не в слизистой оболочке, а параректально.

Избыточными в своей информативности являются пневмомиелография и контрастная дискография, которые советуют проводить Б. Л. Канделис, Ю. П. Мозель (1974). Эти методы должны применять нейрохирурги у больных с остеохондрозом позвоночника, да и то по определенным показаниям.

Клиническое течение заболевания различно. Травматическая кокцигодия может развиваться остро или постепенно, чаще после светлого промежутка длительностью от нескольких недель до нескольких

лет, в среднем через 6 месяцев. Пусковым моментом нередко служит повторная незначительная травма, обычно в виде длительной нагрузки на копчик при многочасовом непрерывном сидении. Редко, у 13 (6,7%) из 193 больных с травматической кокцигодинией, она следовала непосредственно за повреждением копчиковой области. А. В. Каплан (1962, 1967), Т. А. Хасанов (1966), R. Watson-Jones (1955) считают возможным говорить о кокцигодинии спустя 2—3 месяца после перелома, вывиха и подвывиха копчика, если боли не исчезают после травмы.

Кокцигодиния воспалительно-токсического и нейродистрофического характера развивается, как правило, постепенно, исподволь. Идиопатическая кокцигодиния нередко протекает неравномерно.

Заболевание может длиться годами. Нередко принимает волнообразное течение. Период обострения, длящийся несколько недель или месяцев, сменяется относительной ремиссией различной длительности. Усиление болей обычно связывают с незначительной повторной травмой, с длительным сидением, с тяжелой физической работой, охлаждением, обострением воспалительного процесса в области заднего прохода или мочеполовой системы, редко — с отрицательными эмоциями. Больные с тяжелой формой кокцигодинии, как правило, значительно хуже чувствуют себя к вечеру.

С каждым обострением боль имеет тенденцию усиливаться, неблагоприятно влияет на психику, нарушает трудоспособность. У многих развивается неврастения, отмечается подавленное настроение, слабодушие, плаксивость, «чувство тоски и тревоги» (А. М. Аминев, 1969; И. Л. Брауде, 1957; L. W. Ely, 1910; A. Cantor, 1946; G. E. Haggart, F. B. Schuler, 1950; F. Francon, G. Laurent, 1951; A. Bensaude, A. Guichard, 1954; J. B. Puyper, 1957).

«Кто только не лечил меня, куда я не обращался...». Эти слова часто можно услышать от больных. Они называют крупные клинические центры, специализированные проктологические отделения. «Бесперспективность лечения» на протяжении года, 2—5 лет, «неверие в выздоровление», в «силы медицины», глубокая депрессия приводят больных в отчаяние. Положение усугубляют неосведомленность многих врачей в этом вопросе, их недоверие к больным, когда, не видя объективных симптомов заболевания, лишаящего работоспособности, они заявляют: «Ничего у вас нет! Это все нервы!» Или дают совет «взять себя в руки».

Синдром неврастения констатирован нами и консультантом-невропатологом с различной частотой в зависимости от тяжести клинической картины; при легкой форме кокцигодинии — у 14 (5,1%), при средней — у 17 (11,1%) и при тяжелой форме — у 55 (70,7%) больных.

Дифференциальная диагностика кокцигодинии несложна, но у отдельных больных бывает весьма затруднительна. Это, в первую очередь, относится к прокталгии, к синдрому раздражения конского хвоста, в начальных стадиях опухолевого процесса спинного мозга или крестца и при поясничном остеохондрозе. Значительно проще распознавание при сакроиленте, воспалении анальных крипт, папиллите. Иногда приходится дифференцировать кокцигодинию с табетическими ректальными кризами, анальной трещиной, геморроем.

Кокцигодиния часто не поддается лечению (M. Edwards, 1938), она нередко не уступает ни одному из известных консервативных мероприятий, в лучшем случае боль несколько уменьшается в силе, да и то на короткий срок (H. Penzholz, 1963), никогда не имеет тенденции к самоизлечению (G. Cotte, 1949; E. Bohme, 1962).

ЛЕЧЕНИЕ

Для лечения кокцигодинии предложено много способов. Оценка их различна. Одни из них уже не применяются, другие положительно оцениваются только рекомендовавшими их авторами, третьи заслужили хорошие отзывы многочисленных сторонников.

В 1861 г. Г. Scanzoni выступил в поддержку операции удаления копчика при болях, не поддававшихся медикаментозному лечению. Увлечение оперативным способом длилось до XX в. В 1899 г. R. Reach (цит. по Е. А. Нихон, 1939) оценил операцию удаления копчика как «заметно безуспешную», М. D. Масина (1900) указывал на частые рецидивы кокцигодинии при оперативном лечении. Авторы вспомнили работу Н. Luschka (1858), который при 180 аутопсиях обнаружил у 23 трупов грубые деформации копчика, хотя при жизни эти лица никаких расстройств в копчиковой области не отмечали. Травму, приведшую к деформации, перестали считать единственным этиологическим фактором кокцигодинии.

На смену хирургическому ножу пришли физиотерапевтические мероприятия и ректальный массаж копчика, описанный L. W. Ely в 1910 г. Он предлагал лечить больных, страдающих кокцигодинией, путем применения массажа двумя пальцами, из которых указательный вводится в прямую кишку, а большой кладется снаружи на область копчика. Одновременное растирание двумя пальцами копчика и окружающих тканей дает положительный эффект. L. W. Ely писал, что достаточно применить 2—3 сеанса такого массажа с перерывами в 2—3 дня, чтобы вылечить больного. Но он не упоминал о возможном спазме мышц, поднимающих задний проход, а также копчиковых мышц и о необходимости производить массаж этих мышц.

В 1912 г. J. Marro (цит. по F. Francon, G. Laurent, 1951) защитил диссертацию, посвященную критическому подытоживанию полувекового опыта изучения кокцигодинии. С 1907 г. по инициативе De Vésian кокцигодинию начали лечить инъекциями 60% раствора спирта. В 1914 и в 1919 гг. F. C. Yeoman привел свои данные о разработанном им методе лечения кокцигодинии инъекцией вначале 96°, а затем слабых растворов алкоголя в окружающие копчик ткани. Эти статьи послужили основанием для разработки других инъекционных методов лечения кокцигодинии. J. A. Sicard (1924) и F. Mandl (1929) предложили для лечения копчиковых болей эпидуральный блок прокаинам с целью воздействия на крестцовые и копчиковые корешки.

30-е годы были отмечены оживлением в изучении копчиковой патологии. Работами J. A. Sicard (1924), W. F. Suermondt (1931, 1932), E. G. Waters (1937) был выяснен невралгический характер кокцигодинии. Интерес к инъекционной терапии этого заболевания возрастал. W. F. Suermondt (1931) опубликовал данные о благоприятных исходах после введения в околокопчиковые ткани раствора соляной кислоты в растворе прокаина. M. S. Kleckner (1933) и H. A. Yodice (1933) прибегали к инъекциям хинин-уретана с хорошими результатами. E. G. Waters (1937) применял alcohol-benacol. Кроме того, он каждые 5—7 дней вводил в околокопчиковые ткани раствор новокаина до излечения. Из 53 лечившихся этим методом больных выздоровели 41. Еще 6, получившие неполный курс лечения, почувствовали заметное облегчение. Делались попытки применения дюранных (масляных) препаратов анестетиков (Е. А. Нихон, 1939), A. Dixlueh (цит. по F. Francon, G. Laurent, 1951) применял йодированный бензиловый спирт.

Долгое время лечение кокцигодинии было эмпирическим. Изучая литературу, мы нашли 42 предложенных в разное время способа лечения

этого заболевания. Самыми простыми из них, дающими эффект при легких и, к сожалению, нечастых формах кокцигодии, являются применение анальгетиков, антиспазматических средств, салицилатов (J. A. Key, 1937; A. Cantor, 1946), витаминов В₁ и В₁₂ (М. Б. Баркан, 1970; A. Bensaude, A. Guichard, 1954). Редко помогают тепловые процедуры: грелки, ванны, горячие масляные ректальные инстилляциии, парафиновые и грязевые аппликации, инфракрасные лучи, горячие ректальные души (Т. А. Хасанов, 1966; R. Duffy, 1914; M. S. Kleckner, 1933; G. A. Schoger, 1954; M. Quattrini, 1965; J. A. Delamònica, 1966). С успехом применял компрессы с мазью Вишневского А. Н. Рыжих (1968).

Для уменьшения давления на копчик в процессе лечения M. Edwards (1938), I. A. Powers (1957), W. L. Cooper (1960), W. Lieberman (1960) рекомендуют пользоваться подковообразным подкладным сидением из пенопласта или надувным кругом, стягивать ягодичные области липким пластырем, носить плотный эластический пояс-полукорсет и даже приклеивать из кусочков пенопласта подкову по утрам к нижне-внутренним квадрантам ягодичных областей (W. Lieberman, 1960).

Электропроцедуры как самостоятельный метод почти никем не применяются. Фарадизация, диатермия, д'арсонвализация, УВЧ-терапия, диадинамические токи, электрофорез с новокаином, дикаином, кальцием, гидрокортизоном обычно дополняют основное лечение (А. М. Аминев, Ю. А. Перов, 1974; Б. Л. Канделис, Ю. П. Мозель, 1974; Г. А. Подоляк с соавт., 1974; S. G. Burnett, 1930; C. L. Hall, 1935; L. Cooreg, 1966; М. Е. Кларп, 1969). Н. Н. Мардиросян с соавт. (1974) сообщил о первых благоприятных впечатлениях от применения при кокцигодии и прокталгии облучения монохроматическим красным светом на специально оборудованном гелий-неоновом лазере пояснично-крестцовой и анально-копчиковой областей.

Не нашли широкого применения и оставляют противоречивые впечатления рентгенотерапия и ультразвук (Y. Ihlenfeldt, 1936; C. A. Boats-trup, 1937; F. Francon, G. Laurent, 1951; A. Bensaude, A. Guichard, 1954; H. Penzholz, 1963; P. P. André, I. C. Marlière, 1965). Не сложилось определенной оценки также от ионофореза с гидрокортизоном (Т. А. Хасанов, 1966; Б. Л. Канделис, Ю. П. Мозель, 1974; В. Л. Ривкин с соавт., 1974) и совкаином (Г. С. Юмашев, М. Е. Фурман, 1973). Незначителен пока опыт использования при кокцигодии иглотерапии (Б. Л. Канделис, Ю. П. Мозель, 1974; В. Л. Ривкин с соавт., 1974).

Отошли в прошлое такие методы лечения синдрома копчиковых болей, как протеинотерапия и введение теплого воздуха путем инъекций спереди и сзади от копчика (F. Tedenat, A. Simirael, 1925), подведение к копчику газообразного радона (P. Gasquet, 1935), наложение лейкопластыря на крестцово-копчиковую область (G. K. Rose, 1953), пиявки, пульверизация эфиром и хлорэтилом копчиковой области (И. Л. Брауде, 1957; G. Cotte, 1928, 1949; G. Jhlenfeldt, 1936).

Разноречивость мнений по отношению к тому или иному терапевтическому мероприятию можно объяснить многообразием причин и клинических форм кокцигодии, небольшим числом наблюдений у многих авторов и тем, что у одних больных заболевание уступает применению тепла и анальгетиков, у других отличается редким упорством болевого синдрома. Правы E. G. Waters (1937), I. A. Powers (1957), H. Penzholz (1963), D. Scanto (1972), считающие в принципе неверными попытки лечить все формы кокцигодии каким-то одним способом, излюбленным автором. Нельзя забывать этиологию и патогенез заболевания, знание которых ведет также к дифференцированному подходу в лечении.

Среди множества способов лечения кокцигодии наиболее распространены те, что дают лучшие результаты. Из консервативных — лечение физическими методами: массаж, физиотерапевтические процедуры, грязелечение; инъекционные методы с использованием локальных окопчиковых и эпидуральных блокад; оперативные — удаление копчика и крестцово-копчиковая радикотомия.

По данным 31 автора (публикации последних десятилетий), консервативные способы дают 60—90% терапевтического успеха. Лучшие результаты получены G. H. Thiele (1963) — 90% больных выздоровели или получили улучшение состояния здоровья. При инъекционном лечении достигнут успех в 85—94% наблюдений. Наилучшие результаты у М. Л. Баркана (1970) — в сочетании с массажем мышц тазового дна, у F. C. Yeomans, (1936) — 92%, а у E. Margo, (1962) — 94% благоприятных непосредственных исходов.

В настоящее время наиболее распространены три способа лечения кокцигодии: инъекционный, лечение массажем и оперативный.

Применяют эпидуральные и локальные инъекции. J. A. Sicard (1924) называл эпидуральный блок методом выбора у больных с нормальным крестцово-копчиковым углом и первые результаты оценивал как прекрасные. Он вводил по 0,02—0,03 кокаина в 10—20 мл раствора, а у больных с упорными формами кокцигодии пользовался слабо алкогелизованным раствором (10% раствор спирта): вводил эпидурально, ударно, одномоментным нажатием на поршень шприца. В 1931 г. W. F. Suermondt сообщил об излечении 10 больных с кокцигодией эпидуральным введением 40 мл 1% новокаина. Он также рекомендовал быстрое введение раствора, рассчитывая на его механическое действие на корешки. Недостатками метода были: возникавший нижний парапарез, головокружения и необходимость повторения блока от 6 до 12 раз. Если учесть, что W. F. Suermondt делал блок 1 раз в неделю, то на лечение уходило от 1,5 до 3 месяцев.

M. Vigoni (1952) считал лучшим методом лечения кокцигодии эпидуральные инъекции анестетиков. Он отмечал, что главное не в фармакодинамике анальгезирующего препарата, а в гидравлическом действии раствора со смещением дурального мешка, с вероятным воздействием на легкий слипчивый процесс между корешками в крестцовом канале. С успехом применял эпидуральный блок (50—60 мл 0,5% раствора новокаина с пенициллином или стрептомицином) Т. А. Хасанов. На курс лечения он применял 2—3 инъекции с интервалом в 7—10 дней. Хорошие результаты, правда, с небольшим числом наблюдений, получены Н. А. Яковлевым (1973, 1974), А. Н. Волковым и В. Г. Кудяновым (1974). К. Н. Sorensen (1955) от эпидуральных спиртово-новокаиновых блокад (10% раствор спирта и 2% новокаина). Однако Ю. И. Малышев и Л. Н. Волкова (1974) после применения 2% раствора спирта с новокаином или тримекаином эпидурально у всех 7 больных наблюдали усиление болей и расширение границ зон их иррадиации.

Расчет на гидравлическое действие вводимых растворов кажется неоправданным, когда видишь при крестцовых ламинэктомиях рыхлый слипчивый процесс, деформирующий корешки, когда знакомишься с терапевтическим эффектом вводимого эпидурально физиологического раствора (M. F. Cathelin, 1903; R. Z. Carty, 1957) или липиодола (G. Cotte, 1949; J. A. Sicard, J. Brueziere, 1949). Исследованиями А. С. Каганова (1947), J. Brueziere доказано, что при введении жидкости под большим давлением отмечается проникновение ее в вены, медленное же введение гарантирует от этого.

Различны мнения по поводу распространения растворов в эпидуральном пространстве и механизма действия эпидуральной анестезии. Где происходит контакт анестетика с нервным волокном? Э. А. Бунимович (1938), В. Ф. Сенютович (1948, 1953), Г. А. Невтонова (1950), Н. З. Козлов (1950), И. И. Тошинский (1951), В. Н. Пронин (1957), С. В. Odом (1936) считают, что для наступления анестезии необходимо распространение анестезирующего раствора в паравертебральное пространство, через межпозвоночные отверстия, где твердая мозговая оболочка, покрывающая корешки, быстро истончается, переходит в периневрй (А. М. Dogliotti, 1931; Н. W. Bucholz, К. Т. Lesse, 1950; Р. А. Chang, 1963). Б. В. Огнев (1948), G. Giordanengo (1932), Р. R. Bromage (1962) видят механизм анестезии в воздействии анестетика на твердую мозговую оболочку непосредственно в сакральном канале. К. L. Schober, W. Bender, M. Manmann (1956) обнаруживали анальгезирующий препарат через 30 минут после эпидурального блока в ликворе. Исследования Н. А. Лопаткина и Д. М. Рубинова (1969) не подтвердили этого.

Учитывая такие, хотя и противоречивые, данные, следует проявлять осторожность, добавляя спирт к анальгезирующим растворам при введении их эпидурально. Лучше не повышать его концентрации более 3%, учитывая вероятность воздействия на двигательные корешки. Введение слабых растворов, даже быстрое, в расчете на гидравлическое их действие на корешки, не опасно.

По литературным данным, метод продолженной каудальной анестезии (первыми его применили W. B. Edwards, R. A. Hingson в 1942 г., а с использованием катетера — I. L. Southwort, R. A. Hingson в 1943 г.) еще более эффективен, чем разовая или дробная эпидуральная анестезия в проктологии, гинекологии и акушерстве, в урологии (С. М. Сент-Умеров, 1953; Н. А. Лопаткин, Д. М. Рубинов, 1969; Г. А. Подоляк с соавт., 1974; Р. М. Wood, 1943; L. M. Randall, 1944; M. Bourgeois, 1957). Однако Ю. И. Малышев и Л. Н. Волкова (1974), проведя подобное лечение у 16 больных, получили лишь временный анестетический эффект у большинства из них.

Применяя эпидуральную блокаду, не следует забывать, что проводить иглу в эпидуральное пространство можно не глубже 4—8 см вверх от большого крестцового отверстия (М. Г. Каменчик, 1929; И. С. Резник, Л. П. Береко, 1955) и что нужно избегать повреждения вентральной стенки крестцового канала, где располагается венозное сплетение.

Большое распространение получил метод локальных инъекций. До увлечения массажем в Англии и США он пользовался наибольшим доверием у специалистов. А. Н. Рыжих (1956, 1968), Т. А. Хасанов (1966), М. Б. Баркан (1970), Т. А. Республиканская (1974), А. Cantor (1946) А. Bremeu, M. Wolkas (1950), G. A. Schoger (1954), L. Voccapera, L. Negri (1957), V. J. Collins (1960) использовали для этого новокаин, F. Francon, G. Laurent (1951) — гистамин. В. Judovich, W. Bates (1944) с успехом применили у 5 000 больных повторные впрыскивания к сакральным корешкам и сакрококцигеальному суставу 0,75% раствора сульфата аммония. W. H. Dam (1964) в Дании применил растворы от 5 до 15% аммониевых солей у нескольких тысяч пациентов без серьезных последствий. В. D. Wright (1971) у 10 из 12 (как он пишет — у 83%) отличный результат получил от применения раствора хлористого аммония от 7 до 15%. Г. А. Подоляк с соавт. (1974) применял пеллоидодистиллят. Различны оценки локальных инъекций гидрокортизона. Г. С. Юмашев, М. Е. Фурман (1973), В. А. Аминева (1974), I. A. Powers (1957), J. H. Glyn (1957), M. M. Stoja, C. Vainer

(1965) вводили новокаин с гидрокортизоном трансакрально, через крестцовые отверстия.

Недостатком новокаиновой блокады, при которой блокируются все заинтересованные нервы и копчик омывается анестезирующим раствором, является кратковременность ее эффекта. Околокопчиковые инъекции 2% раствора новокаина редко приводят к излечению больных, и то только при легких формах кокцигодии (S. Schapiro, 1945; A. Cantor, 1946). Дюрантные препараты анестетиков в виде их масляных эмульсий с переменным успехом применяли Т. А. Хасанов (1966), D. Piccirilli, L. Riccio (1957), G. Spiesman, L. Malow (1957). О недостатках этой терапии мы сообщили выше.

Наибольшее распространение среди инъекционных растворов получил 60—80% спирт. Пионеры этого способа лечения кокцигодии De Vésian (1907) и F. C. Yeomans (1914) тщательно отыскивали максимально болезненную точку, подводили к ней иглу и впрыскивали 10—20 капель спирта. Так как одна инъекция не давала полного эффекта, ее повторяли, но уже в соседние участки. В среднем приходилось делать 3—4 процедуры с интервалом между ними в 5—7 дней. Сторонниками спиртовых инъекций стали E. T. Cyriax (1922), C. I. Drucek (1924), G. Gellhorn (1924), P. M. Alexander (1931), G. Favaro (1934), I. P. Zockhart-Mummary (1934), W. R. Hamsa (1937), E. G. Waters (1937), M. Edwards (1938), A. Cantor (1946), A. Sicard, J. Bruezière (1949), K. H. Sorensen (1955) и др.

Имелись у метода алкоголизации околокопчиковых тканей и недостатки. Введение спирта было резко болезненным. F. C. Yeomans (1914, 1919) отмечал, что «больные обычно вскрикивают, но боль терпима и через несколько минут уменьшается в интенсивности, хотя тупая боль может длиться сутками». У части больных эффект лечения был неполным и временным. Это объяснялось тем, что введение 10—20 капель спирта совершенно недостаточно, даже при 3—4-кратном повторении инъекции, так как для блокады копчикового сплетения и подходящих к нему симпатических нервов требуется значительно большее количество раствора. Для получения хорошего результата копчик должен быть «омыт» анестетиком продолжительного действия. A. Cantor (1946) сомневался в эффективности лечения инъекциями у больных с упорными тяжелыми формами заболевания.

В последние 30 лет инъекционную терапию кокцигодии в странах Западной Европы и США стал вытеснять метод лечебного массажа. В 1910 г. L. Ely сообщил о хороших впечатлениях от «бидигитального массажа копчика, который обычно через 2—3 сеанса с интервалом в 2—3 дня приводил к излечению кокцигодии». О прекрасных, чудесных результатах манипуляционной терапии писали J. P. Warbasse (1920), G. Gellhorn (1924) и H. E. Mock (1934), не приводя данных о количестве наблюдавшихся ими больных. R. Whitman (1919) сообщил лишь о некоторой эффективности этих процедур, а E. W. Foster (1939) — о частых рецидивах.

При наличии резкой деформации копчика J. A. Key (1937), J. C. Mac Coley (1937), E. G. Waters (1937), S. Schapiro (1945), F. Christopher (1955) рекомендовали начинать лечение с попытки корригировать неправильное его положение бидигитальным путем. M. Edwards (1938) считал вопрос о целесообразности коррекции копчика спорным. Мы отрицательно относимся к этой установке, так как согласны с Т. А. Хасановым (1965, 1966, 1967), Г. С. Юмашевым, М. Е. Фурманом (1973), R. Watson-Jones (1955, 1972), H. Penzholz (1963), что удерживать копчик в правильном положении, иммобилизовать его не представляется возможным. Следует таких больных лечить консервативно или удалять

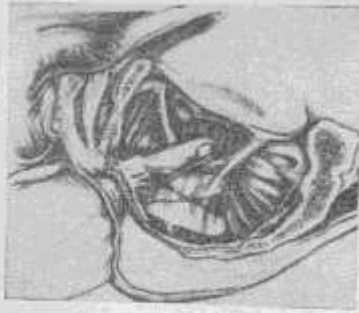


Рис. 38. Массаж тазовых мышц по Гилю как метод лечения кокцигодинии.

смещенный копчик. В этом нас убеждают 4 наблюдения над больными, у которых развилась упорная форма кокцигодинии после безуспешных попыток коррекции положения копчика.

М. Н. Hobart (1937) детально разработал манипуляционное лечение кокцигодинии. Он захватывал копчик двумя пальцами, снаружи и со стороны прямой кишки, и под наркозом плавно смещал его в разные стороны, «разрушая тем самым спайки, устраняя слипчивый процесс и освобождая от давления нервы». У 11 из 15 леченных им больных наступило выздоровление или улучшение самочувствия.

F. Christopher (1955) при безуспешности манипуляций с копчиком рекомендовал его удаление. Публикация об «очень простой и успешной бидигитальной терапии» принадлежит J. G. Finder (1949), который добивался эффекта после 2—3 манипуляций хирурга и 2—3-недельного «самолечения больного путем плавных, но настойчивых смещений копчика бидигитально в теплой ванне». G. K. Rose (1953) с похвалой отзывался о «нежном бидигитальном массаже копчика». K. I. Nissen (1953) «почти всегда получал облегчение от манипуляций с копчиком» и полагал, что операция необходима лишь у 5% больных. A. Sicard (1924) предложил для лечения кокцигодинии ректальный массаж копчика, всей пресакральной области, включая мышцы тазового дна. Предложение это не встретило отклика. В 1935 г. В. С. Марсова рекомендовала лечить продолжительные мышечные спазмы, стойкие контрактуры мышц осязательным давлением, основываясь на том, что длительная пальпация уменьшает боль.

Только после опубликования работ G. H. Thiele (1936, 1937, 1948, 1950, 1963) массаж-терапия стала широко применяться, особенно в США. Этот автор, создатель теории о спазме тазовых мышц как одной из основных причин болей при кокцигодинии, предложил лечить заболевание массажем этих мышц. При тяжелых, не поддающихся массажу и другим консервативным мероприятиям формах заболевания он добавляет хирургическое лечение — миотомию и другие небольшие оперативные вмешательства. К 1963 г. он наблюдал 324 больных, страдавших кокцигодинией. Результаты их лечения он обобщил и представил в табл. 18.

Примечания автора статьи. В первой группе лечение проводилось только массажем. Во второй группе — хирургическое вмешательство и массаж. Обратите внимание — процент излеченных возрос с 63,7 до 82,1. Группа третья — комбинированные результаты первой и второй групп.

Признание спазма мышц причиной болей было для многих авторов основанием применять массаж этих мышц как метод лечения кокцигодинии. T. Wilensky (1943) сообщил, что он вылечил массажем тазовых мышц 12 больных, страдавших кокцигодинией. Такие же хорошие результаты получили E. Granet (1946) и W. R. Wilkinson (1947). Первый из них перед массажем мышц тазового дна вводил в их толщу паракоксигеально масляные эмульсии анестетиков. При большой чувствительности спазмированных мышц S. Schapiro (1945, 1950) предложил перед массажем ректальную д'арсонвализацию или диатермию крестцово-копчиковой области, а при спазме грушевидной мышцы дополнял

Таблица 18

Результаты лечения больных, по данным G. H. Thiele

Группа больных	Число	Вылечено		Улучшение		Без улучшения		Неизвестно	
		Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
I	223	142	63,7	60	27,0	16	7,0	5	2,3
II	95	78	82,1	12	12,6	5	5,3	—	—
III	318	220	69,1	72	22,6	21	6,6	5	1,6

массаж инфильтрацией ее 1% новокаином со стороны ягодичной области.

Для сравнительной проверки этой концепции С. G. Mentzer (1949) разделил наблюдавшихся им больных на 3 группы: 1) больные без предшествующих проктологических заболеваний — 64, 2) больные, перенесшие ранее проктологические заболевания, — 53, 3) больные, которым сделаны проктологические операции, — 33. В табл. 19 представлены результаты лечения.

Таблица 19

Результаты лечения 150 больных, по данным С. G. Mentzer

Группа больных	Число	Вылечено		Улучшение		Без улучшения	
		Число	%	Число	%	Число	%
I	64	44	69	16	25	4	6
II	53	30	57	20	37	3	6
III	33	27	82	5	15	1	3

К этой таблице автор статьи делает следующие примечания. У наиболее тяжелых больных I и II групп — 45 человек — в дополнение к массажу мышц вводились растворы анестетиков. Больным III группы произведены операции. Заметьте, что вследствие этого процент выздоровления вырос от 57 до 82.

В двух статьях (1959, 1960) W. L. Соорег сообщил о 100 наблюдавшихся им больных. Он разделяет точку зрения о наличии у этих больных спазма тазовых мышц. Применяя лечебный массаж спазмированных мышц, он у 80% получил благоприятные результаты.

D. Lird (1962; цит. по G. H. Thiele, 1963), разделяя концепцию о спазме мышц как причине заболевания, всех больных (200) лечил массажем этих мышц, а также теплом и правильной посадкой. Выздоровление от этих консервативных мероприятий получено у 60% больных. У 40% больных, которым консервативное лечение не принесло облегчения, он применял различные хирургические вмешательства — устранение патологических процессов ано-ректальной области, рассечение спазмированных мышц через небольшой кожный разрез с каждой стороны под контролем пальца, введенного в прямую кишку. Если шарообразно увеличенная верхушка копчика была болезненна, то он удалял копчик. Из 47 больных, которым были сделаны ано-ректальные операции с рассечением мышц, у 37 (80%) получены хорошие результаты. У 39 больных произведено рассечение мышц без удаления копчика. «Прекрасные результаты получены у 91%».

Кроме упомянутых хирургов, сторонниками массажа являются G. H. Ewell (1950), F. Francon, G. Laurent (1951), S. T. Ross (1959),

L. A. Buic (1960), K. Arnold (1970), H. Paradis, H. Marganoff (1969) и др. Некоторые из них рекомендуют энергичный массаж — разминание спазмированных мышц и связок, если в них обнаружены «болевые точки, триггерные зоны».

У нас в стране массаж тазовых мышц считает основным методом лечения кокцигодинии М. Б. Баркан (1967, 1970). Перед каждым сеансом массажа он вводит пресакрально 5 мл 2% раствора новокаина и 2 мл витамина В₁. G. H. Thiele и М. Б. Баркан, пользуясь нежным массажем, получили хорошие результаты — 60% излечений и 33% улучшений у G. H. Thiele, 67% и 25% соответственно у М. Б. Баркана. W. L. Соорег (1960) достиг успеха (у 84% больных), сочетая массаж с лечением горячими ваннами и обучением больных правильной «лечебной» посадке. Однако вывод его, что «при настойчивом проведении комплексной массаж-терапии операции становятся ненужными», следует признать излишне радужным. К сожалению, без операций обойтись иногда невозможно.

Есть еще один недостаток массаж-терапии — длительность лечения. Так, у G. H. Thiele (1950, 1963) среднее число сеансов равнялось 11, на что уходило 1,5—2,5 месяца; A. Cantor (1946) в среднем на курс лечения затрачивал 3 месяца, W. L. Соорег (1960) — 1 месяц. Вывод М. Б. Баркана (1970), что для выздоровления при кокцигодинии достаточно одного курса лечения (7—8 дней) — у 94% больных, двух курсов — у 5%, чрезмерно оптимистичен и опровергается практикой большинства исследователей.

Среди оперативных способов лечения наиболее старым является удаление копчика, которое рекомендовал еще в 1726 г. I. L. Petit. Впервые операцию в 1844 г. выполнил Natt. Вторая половина XIX в. — период увлечения кокцигэктомией. Однако частая неэффективность хирургических вмешательств, а главное, менее травматичные физиотерапевтический и инъекционный методы вытеснили из практики хирургов операцию. Затем наступила пора увлечения массажем. Оперативные способы на протяжении всего этого времени в архив не сдавались.

Показания к кокцигэктомии ставятся по-разному. В. В. Лукачев (1974), I. P. Lockhart-Mummery (1934), K. I. Nissen (1953), A. B. Wein (1957), S. T. Ross (1959), Б. Бойчи, Б. Конфорти, К. Чоканов (1961), P. P. André, I. C. Marlière (1962), H. Penzholz (1963) при наличии деформации копчика считают показанным его удаление без попыток консервативного лечения. Излишне радикальны позиции M. S. Kleckner (1933), E. M. Foot, W. K. Livingston (1934), предлагавших удалять копчик у всех больных, страдающих кокцигодинией, когда патология ограничивается собственно копчиком или крестцово-копчиковым синхондрозом. J. A. Key (1937) рекомендовал прибегать к операции только после безуспешности консервативных мероприятий в течение 2 месяцев, E. A. Nixon (1939) — 3 месяцев, I. A. Powers (1957) сообщил мнение большинства американских проктологов — 4 месяцев, T. A. Хасанов (1966) — 5—6 месяцев. Последний считает полное удаление копчика показанным лишь после травмы крестцово-копчикового сочленения или при развитии в нем деформирующего остеохондроза. При подвывихе 2—3-го копчиковых позвонков достаточно удалить кость дистальной уровня повреждения. Он считает целесообразным при длине копчика более 5—6 см удалять его ретроградно, от основания к верхушке, а одним из важных моментов операции считает «закругление конца культи крестца или копчика во избежание образования остеофитов». С этим последним мнением следует согласиться.

Каково же отношение современников к операции удаления копчика? Оно различно, даже противоречиво. Если P. Lewin (1927) называет

кокцигэктомии единственно оправданным лечебным способом, J. A. Key (1937), M. Edwards (1938), K. F. Spence (1961) считают ее лучшим методом, дающим 88—100% успеха, R. Watson-Jones (1972) определяет ее результаты как прекрасные, то A. Bensaude, Guichard (1954) видели при операциях удаления копчика «только ухудшение состояния больных, боли у них усиливались, становились постоянными», H. B. Thomas (цит. по M. H. Hobart, 1937), F. Francon, G. Laurent (1951) считали операцию бесполезной.

J. Guillaume, J. Sigwald (1947), A. Bremen, M. Wolkas (1950), H. Penzholz (1963) получили результаты, которые M. Edwards (1938), H. Paradis, H. Marganoff (1969) справедливо назвали необычными. Ими достигнуто выздоровление у всех 100% наблюдений. Выводы эти излишне оптимистичны и малоубедительны, потому что J. A. Key опирался на опыт 14 операций, а многие из названных выше хирургов — на личный опыт двух, трех и четырех оперативных вмешательств.

Для проверки обоснованности удаления копчика как метода лечения кокцигодинии патологоанатом F. C. Helwig (цит. по G. H. Thiele, 1963) произвел микроскопическое исследование 16 удаленных копчиков. Никаких изменений в них он не нашел.

J. A. Key (1937), получивший выздоровление или значительное улучшение у всех 14 прооперированных больных, считает, что «успех операции зависит не от отбора больных, а от щепетильного выполнения всех деталей оперативной техники, от тщательного восстановления тазового дна». У 14 из 15 его больных, страдавших кокцигодинией, была острая травма и у одной стенографистки — хроническая. С ним принципиально не согласен I. A. Powers (1957), наблюдавший выздоровление у 21 больного и улучшение у 5 из 27 прооперированных. Он видит причину успеха оперативного лечения в скрупулезном индивидуальном отборе больных после консультаций с ортопедом и психоневрологом. Истина где-то посредине: несомненно, что имеют значение и тщательность оперативной техники, и дифференцированный отбор больных. I. A. Powers и J. B. Рурег одновременно (1957) опубликовали аналогичные статьи. Они лечили оперативным удалением копчика 55 больных, страдавших кокцигодинией. У 80% отмечено выздоровление. Из 20 человек, леченных методом кокцигэктомии, 70% выздоровления получил K. F. Spence (1961). Предварительно у 13 из этих больных с временным улучшением применялся инъекционный метод лечения.

В заключение статьи о кокцигодинии G. H. Thiele (1963), создатель и принципиальный сторонник терапии кокцигодинии методом массажа, пишет, что лечение этого заболевания включает применение седативных, антиневритических и антиспастических средств; противовоспалительных — теплые и холодные аппликации, кортизон, местные анестетики; электротерапии, рентгенотерапии, массажа, кокцигэктомии.

T. A. Хасанов (1967) сообщил о 350 больных, лечившихся с 1958 по 1965 г. в Центральном институте травматологии и ортопедии по поводу травматической кокцигодинии. У 120 больных были свежие повреждения, у 230 кокцигодиния развилась после ранее перенесенной травмы. У 60 был вывих или подвывих копчика. У большинства больных проводилось консервативное лечение — новокаиновые блокады по A. B. Вишневному, физиотерапевтические процедуры. У 32 больных, ввиду неэффективности консервативной терапии, был удален копчик. Из лечившихся консервативно отдаленные результаты были выяснены у 150. Из них 100 здоровы, у 25 наступило улучшение, 25 страдают по-прежнему. Из 32 оперированных отдаленно прослежены

27. из них у 23 результаты хорошие, у 4 — удовлетворительные.

Недостатки оперативного способа очевидны. Операция — наиболее травматичный метод лечения. Обязательно стационарное лечение. У определенного процента больных операция осложняется гематомой с последующим нагноением ввиду, как некоторые думают, трудности закрыть дефект тканей на месте удаленного копчика. Не помогают и предложенные J. A. Key (1937), A. Cantor (1946) и I. A. Powers (1957) матрацные швы. E. G. Waters (1937), R. Finochietto (1959) видят недостаток кокцигэктомии в том, что после нее остается слабость тазового дна, возможно образование промежностных грыж (J. E. Mc Lepahan, B. Fisher, 1951). R. Finochietto рекомендует удалять не весь копчик, а «сублигаментарно, субпериостально лишь дистальную выступающую его часть и делать это ретроградно». У некоторых больных, при резкой передней ангуляции, удаление копчика представляет определенные трудности и чревато возможным повреждением прямой кишки, поэтому J. A. Key (1937) у 3 больных удалил копчик по частям. I. A. Powers (1957) во избежание повреждения крестцовых артерий и прямой кишки также советует удалять копчик сублигаментарно и субпериостально.

Сборная статистика J. B. Rупer (1958) базируется на данных многих проктологов и ортопедов США, на нескольких сотнях наблюдений над лицами, перенесшими кокцигэктомию при кокцигодии. 90% благоприятных результатов складываются из 45% выздоровлений и 45% улучшений в состоянии больных.

Операция удаления копчика, к которой вынуждены прибегать при безуспешности консервативного лечения, была дополнена новыми методами оперативных вмешательств, из которых ни один не стал распространенным. Предложенная еще в 1859 г. I. G. Simpson подкожная тенотомия связок и сухожилий мышц, прикрепляющихся к копчику, почти не нашла сторонников. Ее применяли с переменным успехом, без ссылок на число наблюдений F. Dinnentahl (цит. по F. Tédénat, A. Simegaël, 1925); B. H. Hirst (1900), A. Sicard, J. Brucziere (1949) писали о ней, как о «почти постоянно не дающей эффекта». А. М. Аминев, Ю. А. Перов (1974), A. Cantor (1946), E. Margo (1962), M. E. Knapp (1969) видели лишь временный эффект у нескольких больных.

В 1926 г. O. Foerster предложил для лечения кокцигодии резекцию копчикового сплетения; эту идею в 40-е годы развили французские нейрохирурги. В 1928 г. W. F. Suermondt резецировал пограничные симпатические стволы в крестцовом отделе у больного с кокцигодией. Сам автор считал свою операцию недостаточной для полного снятия болей, так как спинномозговые нервы при этом остаются интактными.

G. Carpanetti (1942) хорошо отзывался о результатах поясничной симпатэктомии при кокцигодии. Он получил сначала эффект от новокаинизации поясничных симпатических ганглиев. Другие авторы не разделяют оптимизма G. Carpanetti в отношении поясничной симпатэктомии, и это понятно. Операция устраняет только влияние симпатического компонента, да и то не полностью — следовало бы удалить тазовые ганглии.

В 1947 г. I. Guillaume, I. Sigwald опубликовали свои данные о лечении кокцигодии путем ламинэктомии первого крестцового позвонка с интрадуральной радикотомией пятых крестцовых нервов. В последующем один лишь A. Penneau (цит. по P. P. André, I. C. Marlière, 1965) последовал их примеру. В 1949 г. A. Sicard, J. Brucziere предложили технически более простую операцию двустороннего

сечения крестцово-копчикового сплетения у выхода из крестцового канала. Оба оперативных вмешательства воздействуют только на спинномозговые компоненты нервной системы, оставляют интактными симпатические нервы. На эффективность этих операций указывают I. Guillaume et al. (1949), A. Bremen, M. Wolkas (1950), E. Bohme, C. Franksson, I. Petersen, H. Nordenstam (1958, 1959), L. A. French (1959), H. Penzholz (1963).

A. Singer в 1962 г. опубликовал данные о разработанной им артропластической операции, применявшейся для лечения кокцигодинии. Он исходит из того положения, что кокцигодиния является результатом травматического или дистрофического поражения крестцово-копчикового синхондроза. Автор производил резекцию этого сочленения, при этом обращал особое внимание на тщательный гемостаз. Под его наблюдением было 30 больных, все женщины. В результате операции у 25 получено полное выздоровление, у 3 — заметное улучшение, у 2 — небольшое улучшение.

Многие хирурги — А. М. Аминев (1964, 1969), А. Н. Рыжих (1958), J. A. Sicard (1924), H. A. Kelly (1928), F. C. Yeomans (1936), G. A. Duncan (1937), E. G. Waters (1937), A. Cantor (1946), G. E. Haggart, G. B. Schuler (1950), L. Boccanera, L. Negri (1957), I. B. Puyet (1957), E. Margo (1962), M. E. Knapp (1969) — признают операцию вынужденной и считают показанием к ней отсутствие эффекта от комплексной консервативной терапии. Правильнее всего не ограничивать себя каким-то одним жестким сроком для проведения комплексной консервативной терапии.

Оперативные методы лечения, суммированные нами по данным 32 авторов, приводят к успеху у 80—95% больных.

Заключая краткий обзор методов лечения, приходится констатировать, что в понятие кокцигодинии не все исследователи вкладывают одинаковое содержание. Для большинства это невралгия ветвей копчикового сплетения различного генеза (чаще травматического, реже воспалительно-токсического, нейродистрофического характера). Некоторые авторы необоснованно раздвигают границы синдрома, включают в него разнообразные процессы на одном основании — боль в копчиковой области. При этом игнорируется тот факт, что боль отраженная, несильная имеет небольшой удельный вес в клинической картине страдания, например, при поясничном остеохондрозе. Неосновательность такой позиции подтверждается лечебной тактикой, когда этих больных направляют на лечение к невропатологу и нейрохирургу.

Точки зрения большинства современных исследователей близки в объяснении патогенеза заболевания. Лечение разнообразно, но с каждым десятилетием полярность мнений в отношении эффективности тех или иных способов уменьшается. В арсенале специалистов в наши дни остаются наиболее рациональные лечебные методы: инъекционный, массаж тазовых мышц, оперативный.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ В ИЗУЧЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ КОКЦИГОДИНИИ

С 1945 года при изучении заболеваний прямой кишки мы, в частности, занимались вопросами, связанными с кокцигодинией. После опубликования двух журнальных статей на эту тему (1955, 1956) в 1959 г. в Куйбышеве вышла монография А. М. Аминова о трещинах заднего прохода, копчиковой боли, прокталгии, зуде заднего прохода.

К тому времени в отечественной литературе было описано 45 больных, страдавших кокцигодинией. К этому мы добавили 63 собственных наблюдения. Изучение кокцигодинии носило тогда клинический характер. Это был первый период в изучении разбираемого нами заболевания. Дальнейшее изучение кокцигодинии было поручено Ю. А. Перову. Вопросы проктологии, в частности кокцигодинии, в нашей клинике изучались и разрабатывались возможно подробно, комплексно, что давало возможность находить новые закономерности в изучаемых явлениях, делать из этого соответствующие выводы, предлагать новые методы лечения. Приводимые ниже данные — результат совместного с Ю. А. Перовым изучения этого вопроса в нашей клинике.

По поводу частоты заболевания кокцигодинией почти нет сведений в литературных источниках, опубликованных на эту тему. В нашей клинике с 1945 по 1975 г. лечилось в общей сложности 92 305 хирургических больных, из них 20 090 проктологических. Среди них лечившихся по поводу кокцигодинии было 514, что составляет 0,5% к общему числу стационарных хирургических больных и 2,5% к числу стационарных проктологических больных. Из 514 больных мужчины — 87 (16,9%), женщины — 427 (83,1%).

Разбирая вопрос об относительной частоте больных, страдающих кокцигодинией, среди других проктологических больных, В. И. Кочишвили и Л. А. Корнева (1975) приводят такие цифры: А. Н. Рыжих имел 0,02% этих больных среди общего числа пациентов с проктологическими заболеваниями; 9,4% больных, страдавших кокцигодинией, наблюдали эти авторы среди амбулаторных проктологических больных. Такая выраженная разница объясняется тем, что наши данные и данные А. Н. Рыжих относятся к стационарным проктологическим больным, а данные цитируемых авторов отражают соотношение среди амбулаторных больных. Повседневная практика показывает, что больные с таким сравнительно невинным хроническим проктологическим заболеванием, как кокцигодиния, лечатся преимущественно амбулаторно. Лишь немногих из них, страдающих наиболее упорными, тяжелыми формами кокцигодинии, врачи поликлиник направляют для стационарного лечения.

До обращения в клинику 492 (96,1%) наших больных лечились разнообразными способами. Было использовано более 30 вариантов лечения с негативными результатами или с переменным временным успехом — от применения лука, горчицы, хвой местно, инъекций амиазины, анальгетиков до введения масляных эмульсий анестетиков, массажа тазовых мышц с инъекциями витамина В₁ и новокаина пресакрально, операций удаления копчика. В стремлении уменьшить интенсивность болей больные прибегают к различным мерам — прибывают к стульям подушки, едят и пьют стоя, отказываются от половой жизни, меняют работу (кассиры, телеграфисты).

В предыдущих разделах главы приводились сведения из литературы и данные нашей клиники об этиологии, патогенезе, клинике и диагностике заболевания. Поэтому далее перейдем непосредственно к изложению вопросов, относящихся к лечению больных, страдающих кокцигодинией.

Мы применяли комплексное лечение кокцигодинии, в котором ведущая роль отводилась околокопчиковой новокаиново-спиртовой блокаде. Ее сочетали с физиотерапевтическими процедурами, такими, как диатермия и электрофорез с новокаином на крестцово-копчиковую область, ректальная д'арсонвализация, диадинамические токи с соллюкс-лечением, восходящий душ, регулирование стула с помощью

клизм, дача седативных препаратов или антидепрессантов, а также применение психотерапевтического воздействия больным с неврастенией. Всем больным мы рекомендовали сидеть в гиперэкстензионной позе с гиперлордозом в поясничном отделе, с легким наклоном вперед и глубокой посадкой на стуле с тем, чтобы разгрузить копчик от давления. Естественно, что при воспалительно-токсической кокцигодии лечебные мероприятия в первую очередь были направлены на устранение очага воспаления в малом тазу.

У части больных мы прибегали к эпидуральным новокаиновым и новокаиново-спиртовым блокадам, а также к продолжительной эпидурально-сакральной анестезии новокаином и тримеканном. У небольшой части больных были применены ультразвук, магнитотерапия, массаж мышц тазового дна, рентгенотерапия, радоновые ванны. При непереносимости новокаина использовали локальные инъекции гидрокортизона.

Неэффективность консервативного и инъекционного лечения в некоторых случаях вынуждала применять оперативные методы: удаление копчика, крестцово-копчиковую радикотомию после частичной крестцовой ламинэктомии, подкожную тенотомию копчиковых мышц и пояснично-тазовую ганглионэктомию с резекцией верхнего подчревного нервного сплетения.

В 1951 г. мы (А. М. Аминев) предложили лечить кокцигодию околокопчиковой новокаиново-спиртовой блокадой. Был учтен и в положительном смысле преформирован опыт De Vesian (1907), F. C. Yeomans (1919) и многих других проктологов, использовавших инъекции спирта с введением нескольких его капель в максимально болезненные точки около копчика. Была отмечена недостаточная эффективность этой методики из-за ее локальной ограниченности и резкой болезненности при отсутствии в составе инъекцируемой жидкости новокаина. Были приняты во внимание работы с хорошей оценкой новокаиновых инфильтраций околокопчиковых структур, чтобы блокировать все нервные элементы, поражение которых может вызвать кокцигодию. Результат простой новокаинизации был, как правило, хорошим, но кратковременным. Синтезируя эти два метода, удалось избежать недостатков каждого из них путем применения слабых растворов спирта на 0,25% растворе новокаина.

Прибавление к раствору новокаина алкоголя с доведением его концентрации до 1% дало возможность Б. В. Огневу пролонгировать действие паранефральной блокады. Нашими исследованиями влияния различных концентраций спирта на нервное волокно установлен факт максимальных морфологических изменений обратимого характера под действием 1—3% алкоголя, чем и объяснялись хорошие результаты, полученные Б. В. Огневым.

Слабые концентрации спирта дают возможность применять этот раствор в больших количествах, достаточных для полной блокады копчикового сплетения. Раствор готовится *ex tempore* путем добавления к 100 0,25% раствора новокаина 1,0—2,0 96% или 1,5—3,0, иногда, при особенно упорных, тяжелых формах заболевания, — 5,0 70° спирта. Задачей хирурга является блокада всех нервов, идущих к копчику, главным образом копчикового сплетения. Такая «химическая денервация» может быть достигнута введением кзади, с боков и впереди от копчика 100—120 мл раствора.

Техника блокады. Больного укладывают на правый бок с максимально согнутыми ногами. После тщательной обработки кожи под обязательным контролем пальца, введенного в прямую кишку, вводится игла посредине между верхушкой копчика и задним проходом

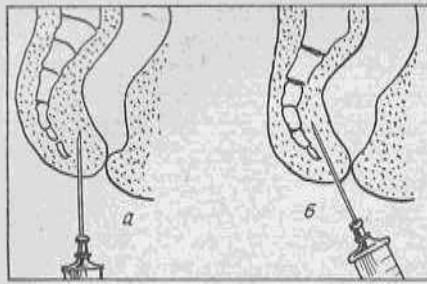


Рис. 39. Новокаиново-спиртовая блокада при кокцигодии по Аминеу:

а — первое; б — второе положение иглы и шприца.

и продвигается вглубь к задней поверхности копчика, куда вводят не более 20 мл раствора. Затем иглу продвигают кпереди от копчика после прокола анально-копчиковой связки, при этом непрерывно нагнетают раствор. Палец, введенный в кишку, отчетливо ощущает, как распространяющийся вверх инфильтрат отодвигает стенку прямой кишки от копчика. Сразу же после блокады становится безболезненным смещение копчика, его бидигитальное исследование, осевая нагрузка. Исчезает или значительно уменьшается болезненность спазмированных мышц.

При неполном анальгезирующем эффекте блокада повторяется через 7—14 дней.

В первые годы изучения проблемы мы пытались лечить кокцигдинию одним методом — новокаиново-спиртовой блокадой и только после повторной блокады назначали физиотерапевтические процедуры. По мере накопления опыта наиболее простой лечебный комплекс — новокаиново-спиртовая блокада + регулирование стула с помощью клизм + промежуточный душ — мы оставили только для больных с легкой формой кокцигдинии. У лиц со средней формой околокопчиковая блокада сразу дополнялась различными методами физиотерапии и медикаментозным лечением — анальгетиками. При тяжелой форме наряду с повторными блокадами использовали различные комбинации физиотерапевтических процедур, включая диадинамические токи, ультразвук, эпидуральные блоки, массаж мышц тазового дна, курортное лечение — грязевые и бальнеологические курорты; медикаменты — анальгетики, ганглиоблокаторы, седативные или антидепрессанты; психотерапию.

Околокопчиковая новокаиново-спиртовая блокада была применена у 508 больных. У 197 (36,8%) она выполнена 1 раз, у 149 (29,3%) — 2 раза, у 94 (18,5%) — 3 раза, у 31 (6,1%) — 4 раза, у 17 (3,3%) — 5 раз, у 20 (3,9%) — 6 раз и более. Всего проведено 1156 блокад. Сведения о частоте блокад в зависимости от формы кокцигдинии приведены в табл. 20.

Таблица 20

Частота околокопчиковых новокаиново-спиртовых блокад в зависимости от формы кокцигдинии

Число блокад	Форма заболевания			Всего больных
	легкая	средняя	тяжелая	
1	150	47	—	197
2	85	58	6	149
3	42	41	11	94
4	3	8	20	31
5	1	1	15	17
6	—	—	6	6
7 и более	—	—	14	14
Всего больных	281	155	72	508
Без блокады	—	—	6	6

В комплексе с новокаиново-спиртовой блокадой мы применили у 201 (39,1%) больного диатермию, у 193 (37,5%) — электрофорез с новокаином на крестцово-копчиковую область, у 69 (13,4%) — ректальную д'арсонвализацию, у 48 (9,3%) — диадинамические токи.

Больным с тяжелой и некоторой части больных со среднетяжелой формой кокцигодии проводилось грязелечение. Таких было 93 (18,1%) человека, из них 52 (10,1%) провели лечение на курорте. 14 (2,7%) больных лечились на бальнеологических курортах, 5 (0,9%) из них использовали радоновые ванны. У большинства наступило заметное улучшение, но нередко лишь на период лечения или на 1—3 недели после его окончания.

У 17 (3,3%) больных со спазмом мышц тазового дна мы провели лечение массажем этих мышц, начиная его после первой околокопчиковой блокады по методике G. H. Thiele (1936). Пальцем, введенным в прямую кишку, нежно, движениями, напоминающими правку бритвы, поглаживаются спазмированные мышцы, без вызывания болей. Сеанс длится не более одной минуты. При наличии в спазмированной мышце мышечных узелков они в конце сеанса разглаживаются, как бы разминаются и быстро исчезают под пальцем. Двум больным со стойкой контрактурой мышц перед повторным сеансом массажа в спазмированные мышцы вводилась лидаза (по 0,5 растворенных в 5 мл 0,5% раствора новокаина) для более быстрого достижения успеха. Второй и третий сеансы массажа проводились с интервалом в 1—2 дня, последующие — ежедневно без перерыва. Двум больным проведен 1 сеанс массажа, пяти — 2, шести — 3, двум — 4 и двум — 5 сеансов. Миоспазм был снят у 10 больных, у 7 сохранился, хотя исчезал сразу после массажа. Боли в области копчика уменьшились у 11 больных. Повторного появления мышечных узелков мы не наблюдали.

21 (4,1%) больной подвергся рентгенотерапии с суммарной дозой от 300 до 1000 рентген. Непосредственный результат облучения подкупал: у 14 боли прошли, у 4 уменьшились в интенсивности и лишь у 3 остались без перемен, но спустя от 2 недель до 2 месяцев у 14 больных болевой синдром рецидивировал. Столь же кратковременный эффект получен при использовании у 18 (3,5%) больных ультразвука и у 8 (1,6%) — магнитотерапии.

Из 9 больных, у которых были обнаружены болезненные очажки фиброза, триггерные пункты в подкожной клетчатке крестцово-ягодичной области, у 8 достигнут хороший терапевтический эффект в начале их новокаинизацией (на короткий срок), затем — новокаиново-спиртовой блокадой этих уплотнений в сочетании с околокопчиковым блоком. Девятую больную, у которой ранее проведенная кокцигэктомия и повторные блокады не дали стойкого эффекта, пришлось оперировать: у нее удалены 4 очага фиброза из подкожной клетчатки и экзостоз 5-го позвонка. Наступило выздоровление.

Проведенные у 7 больных околокопчиковые инъекции гидрокортизона (по 25—50 мг от 3 до 5 введений) дали временный эффект у 4 больных, оказались безуспешными у 3. В расчете на блокаду вегетативных ганглиев 51 (9,9%) больной с тяжелой формой кокцигодии получал ганглиоблокаторы (пахикарпин). Убедительных терапевтических данных мы не получили.

При упорно текущей, тяжелой форме кокцигодии особенно важна психотерапия для успокоения больного, укрепления его веры в выздоровление; наряду с другими методами лечения невроза, отягощающего основное заболевание, — физиотерапия стимулирующего характера, соляно-хвойные ванны, антидепрессанты. Первостепенными в этом

антиневротическом комплексе являются, конечно, болеутоляющие мероприятия.

Оценка методов лечения проводилась по четырехбалльной системе. К отличным результатам отнесены полное выздоровление при отсутствии каких бы то ни было жалоб у больных на копчиковую область, при безболезненности исследования копчика пальцем. Хорошим исходом считался тот, при котором неприятные ощущения или несильные боли в копчике возникали после длительного (не менее 1 часа) сидения или при подъеме со стула, они не снижали работоспособность. В группу с удовлетворительным результатом включены больные, у которых боли значительно уменьшились в интенсивности или при лечении возникли осложнения. При неудовлетворительных результатах боли в копчике оставались.

Ближайшие результаты оценивались при выписке больных из стационара или через 1—2 недели после блокады при амбулаторном лечении. Они известны у 426 (82,6%) больных. Благоприятный итог отмечен у 394 (92,5%), неэффективным консервативное лечение было у 32 (7,5%). В группе безуспешно леченных блокадой и другими консервативными методами было 3 больных с легкой формой болезни, 8 — со средней, 21 — с тяжелой.

Таблица 21

Ближайшие результаты консервативного лечения кокцигодинии

Число блокад	Результат						итого	%
	отличный	хороший	удовлетворительный	неудовлетворительный	неизвестен			
1	88	23	19	7	60	197	38,8	
2	65	41	25	9	9	149	29,3	
3	33	18	20	11	12	94	18,5	
4	10	6	10	5	—	31	6,1	
5	4	7	6	—	—	17	3,3	
6	2	2	2	—	—	6	1,2	
7 и более	—	5	8	—	1	14	2,7	
Всего больных	202	102	90	32	82	508	100	
%	47,8	23,9	20,8	7,5				

Таким образом, при консервативном лечении 92,5% больных имели благоприятные результаты в ближайшие сроки.

На 1 156 околокопчиковых новокаиново-спиртовых блокад мы наблюдали 15 осложнений (1,3%). У одной больной образовалась гематома с последующим нагноением, у другой развился острый парапроктит. У 9 человек возникла неспецифическая реакция на блок с чувством жара, дурноты и усилением копчиковых болей, с повышением температуры до 38—38,5°. Реакция держалась от 4—6 часов до суток с последующим исчезновением всех симптомов, в том числе и основного заболевания — кокцигодинии.

На аналогичную описанной нами реакцию после околокопчиковых и пресакральных новокаиновых блокад указывали А. Д. Сперанский (1934), Я. Б. Динерман (1935), А. А. Вишневский (1936), Г. М. Гуревич (1936), Ф. К. Кассель (1936), Ю. Ю. Крамаренко (1936), Б. Куценко (1936), С. Л. Горелик (1937). Ф. К. Кассель даже ставил лечебный эффект блока в зависимость от выраженности температурной реакции, степени обострения процесса. Ю. Ю. Крамаренко ука-

зывал на фазность действия новокаиновой блокады: I фаза — отрицательная (с обострением патологического процесса, усилением его симптомов), II фаза — положительная (с купированием болезни). С. Л. Горелик (1937) температурную реакцию на блок считал правилом.

Симптоматично, что все эти публикации датированы 30-ми годами нашего столетия, когда новокаиновая блокада делала первые шаги. В последующие годы, во время Великой Отечественной войны и позже, она широко вошла в лечебно-диагностическую практику. Многие хирурги имеют личный опыт в несколько десятков, сотен блокад и не отмечают описанных реакций, которые следует относить к осложнениям блокады. При освоении нового метода неизбежны дефекты техники, побочные явления, которых может не быть в опытных руках.

Два осложнивших околокопчиковую блокаду нагноительных процесса, что составляет 0,2%, не являются основанием для введения одновременно с новокаиново-спиртовым раствором, как это рекомендует М. Б. Баркан (1970), стрептомицина. Мы считаем это ненужным, более того, идущим в разрез с современной тенденцией аллергологов, клиницистов ограничить применение антибиотиков рациональной лечебной тактикой. Лекарственная аллергия в последние годы приобрела особое значение, и наиболее частыми аллергенами являются антибиотики (А. Д. Адо, Ф. К. Иванов, 1967; М. М. Желтаков, Б. А. Сомов, 1968; Ю. И. Купчинская, 1963; Л. Крайп, 1966; Г. Маждраков, П. Попхристов, 1973; А. А. Польшер, 1963; Е. Л. Северова, 1969; Р. А. Сооке, 1947; Л. Гаррод, 1962; К. Hansen, 1957; A. Rajka, 1959).

Новокаин среди других медикаментов-аллергенов стоит на одном из последних мест (Е. Л. Северова, Г. Маждраков, П. Попхристов), он не значится среди 80 препаратов, чаще других ведущих к лекарственной болезни (Ю. И. Купчинская). У 4 больных после околокопчиковой новокаиново-спиртовой блокады возникла реакция типа сывороточной болезни — чувство жара, головная боль, общий зуд с появлением гиперемии кожных покровов, уртикарной сыпи, ангионевротического отека и мышечно-суставных болей. Клинические проявления этой неспецифической реакции длились от 2 до 24 часов и у всех протекали в легкой форме. У одного из них было кратковременное обморочное состояние. При детальном расспросе выяснилось, что трем из четырех больных ранее вводился новокаин и они его плохо переносили.

Характерно, что у 14 из 15 больных, перенесших осложнение, в результате купирования последнего исчезли все симптомы кокцигодинии. У 1 больной после появления неспецифической температурной реакции и первой околокопчиковой блокады осталась «тлеющая» боль в копчиковой области. Ей был назначен курс физиотерапии (электрофорез с новокаином, диатермия), вызвавший после трех сеансов извращенную реакцию — усиление болей, что послужило основанием прибегнуть, с некоторым опасением, к повторной новокаиново-спиртовой блокаде. Предварительно больной были введены пахикарпин и димедрол. Блокаду она перенесла без осложнений, с хорошим терапевтическим эффектом. Залог успеха предупреждения осложнения — в правильной технике, тщательной асептике, выяснении индивидуальной чувствительности к новокаину.

Интересна с точки зрения патогенеза кокцигодинии и лечебного действия околокопчиковой новокаиново-спиртовой блокады динамика анального рефлекса и показателей сфинктерометрии в различные сроки после блокады.

Анальный рефлекс быстро и обычно полностью угасал сразу же после околокопчиковой новокаиново-спиртовой блокады. Через 10 ми-

раз 4 больным, два раза — 18, три раза — 10 и четыре раза — 5 больным.

У 16 больных была применена продолженная эпидурально-сакральная анестезия 2% раствором тримекаина с помощью катетера, вводимого в крестцовый канал на глубину 5 см. О подобных терапевтических воздействиях при кокцигодии до этого в печати не сообщалось. Раствор анестетика в количестве 20—30 мл вводился дробно, через 2—6 часов по мере появления болей в копчике. Боли отсутствовали у всех больных в процессе курса лечения, который продолжался в течение 4 дней у 1 больного, 5 дней — у 4, 7 дней — у 11. После удаления микроирригатора в тот же день боли возобновлялись, правда, не с той же силой. У 13 человек их интенсивность уменьшилась.

Таблица 23

Средние показатели сфинктерометрии у больных кокцигодией через различные сроки после блокады

Сроки измерения	Показатели	Форма заболевания						Всего больных	
		легкая		средняя		тяжелая		Ж	М
		Ж	М	Ж	М	Ж	М		
		Число исследованных больных							
		154	33	113	23	62	11	329	67
Через 10 минут	Тонус	491	538	502	544	510	552	498	541
	Максимальная сила	521	670	532	698	569	743	529	530
Через 2 часа	Тонус	502	540	514	558	511	566	508	551
	Максимальная сила	597	695	609	711	642	732	607	709
Через 1—2 недели	Тонус	510	549	520	562	528	566	519	559
	Максимальная сила	721	829	768	871	774	884	756	864

Используя опыт J. A. Sicard (1924), у 3 больных был применен эпидуральный новокаиново-спиртовой (30 мл 0,5% раствора новокаина + 1 мл 70% спирта) и у 4 больных — тримекаиново-спиртовой (30 мл 2% раствора тримекаина + 1 мл 70% спирта) блоки. Все больные отметили усиление болей в момент введения раствора. Болевые ощущения держались от 30 минут до 2 часов, после чего их интенсивность снижалась до прежнего уровня. Кроме того, было отмечено расширение зон иррадиации болей: они отдавали в ягодичные области и бедра у 5 больных, у 2 — в ноги, до стоп, что было основанием для введения анальгетиков.

При обычной методике новокаиновых эпидурально-сакральных блокад у 12 больных копчиковые боли исчезли, у 10 уменьшились в интенсивности, у 8 перемен в состоянии и самочувствии не наблюдалось. У 7 больных мы получили отличный, но временный (на 1—2 часа) эффект. Однако при повторных тщательно проведенных окологорничковых блокадах боли не исчезали ни на минуту. Это было основанием предположить, что ирритативной зоной служат сами крестцово-копчиковые корешки в крестцовом канале, что и подтвердилось при последующих операциях у этих 7 больных. Им были сделаны частичные крестцовые ламинэктомии, при которых обнаружен слипчивый процесс, деформировавший корешки.

Подводя итоги наблюдений над эпидуральными блокадами, следует отметить, что эти блокады с добавлением к раствору анестетика спирта оставили у нас отрицательное впечатление из-за усиления болей и

расширения зон иррадиации. Продолженная каудальная анестезия не имеет никаких преимуществ перед повторным введением сравнительно больших количеств растворов (20—40 мл) одновременно, ударным методом, в расчете на их гидравлическое действие. Эпидуральная блокада, несомненно, эффективный, в первую очередь лечебный и диагностический метод для выявления уровня заинтересованности периферической нервной системы в генезе кокцигодии.

Несмотря на очевидность недостатков оперативных методов лечения — их травматичность по сравнению с консервативными способами, обязательность госпитализации, неизбежный процент осложнений, — мы не можем от них отказаться. Если отбросить крайние точки зрения на операции при кокцигодии, то мнение большинства современных хирургов едино — оперативное лечение необходимо при безуспешности консервативных мероприятий, у 80 — 95% больных оно приводит к успеху.

Среди наших больных оперативному лечению подверглись 52 (10,1%) человека с тяжелой формой кокцигодии. Это группа наиболее длительно болевших, средняя продолжительность заболевания — 3 года 8,5 месяца. Трое больных болели 15, 20 и 23 года. Кокцигодия у 25 была травматической, у 7 — воспалительно-токсической, у 3 — нейродистрофической, у 15 — идиопатической и у 2 больных имелось в анамнезе сочетание травмы и заболевания заднего прохода.

Из 52 прооперированных у 6 околокопчиковая новокаиново-спиртовая блокада не проводилась — у 3 больных из-за грубой деформации копчика (у одного был вывих первого копчикового позвонка, у двух других длинный копчик имел переднюю ангуляцию в 90° и упирался верхушкой в стенку прямой кишки). Двое больных на протяжении нескольких лет обращались ко многим специалистам, испытывали безуспешно всевозможные способы лечения, в том числе различные блокады (не новокаиново-спиртовые), и просили только об операции. Шестая больная не переносила новокаин.

46 больных лечились до операции комплексно, в том числе околокопчиковой новокаиново-спиртовой блокадой. У 5 больных блокада сделана 3 раза, у 11 — 4 раза, у 13 — 5 раз, у 6 — 6 раз и у 12 — 7 раз и более. Большой процент повторных блокад объясняется тем, что облегчение они приносили, как правило, временно, чаще всего на 2—8 недель. Если боли возвращались после околокопчиковой блокады, то, как правило, не позднее чем через 2 месяца. Эти 52 больных перенесли 65 оперативных вмешательств. Были выполнены 47 операций удаления копчика. До этого 2 больным был резецирован копчик и одному сделана подкожная тенотомия копчиковой мышцы; все 3 операции были неэффективными.

У 7 больных произведена крестцовая ламинэктомия на уровне 4—5-х крестцовых позвонков с последующей ризотомией этих, а также копчиковых корешков. У 2 из них копчик был удален ранее, а у 2 — одновременно с ризотомией. У 5 больных, из которых 4 ранее перенесли кокцигэктомию, а 1 больная — ризотомию, сделана пояснично-крестцовая ганглионэктомия с резекцией верхнего подчревного сплетения. Трех больным сделана подкожная тенотомия спазмированных копчиковых мышц. У одной больной, перенесшей ранее кокцигэктомию, был удален экзостоз 5-го крестцового позвонка и 4 очага фиброза подкожной клетчатки крестцово-ягодичной области.

Самым проверенным хирургическим вмешательством, насчитывающим 250 лет существования, является кокцигэктомию. Действие операции сводится к удалению деформированного и оказывающего давление на заинтересованные нервы копчика, к иссечению триггерных зон

в околокопчиковых соединительнотканых структурах, к неизбежной частичной нейрэктомии ветвей копчикового нервного сплетения. Удаляя копчик, мы лишаем спазмированные мышцы диафрагмы таза одной точки опоры. О минусах операции — появляющейся слабости тазового дна с возможным образованием промежностных грыж — говорилось в разделе по истории вопроса, однако описания в литературе таких промежностных послеоперационных грыж нет.

Показание к оперативному лечению единственное — безуспешность комплексной консервативной терапии, включавшей в себя околокопчиковые новокаиново-спиртовые блокады, эпидуральные новокаиновые блоки, грязелечение, различные физиотерапевтические процедуры и психотерапию.

Операцию проводят в положении больного на боку, с полуповоротом его вниз животом, ноги — одна максимально согнута, другая полусогнутая. Мы использовали различные виды обезболивания: местную или спинномозговую каудальную эпидуральную анестезию, чаще — наркоз. У местной анестезии одно преимущество — при хорошей инфльтрации пресакрального пространства раствором новокаина прямая кишка оттесняется кпереди, что облегчает вмешательство, уменьшает вероятность ее повреждения. Поэтому при операции под наркозом перед выделением копчика, особенно при его передних ангуляциях, полезно ввести кпереди от него 100 мл 0,25% раствора новокаина.

Предложено несколько разрезов мягких тканей для подхода к копчику, самый распространенный — вертикальный по средней линии. Попытки максимально отдалить разрез от заднего прохода привели к предложению делать разрез горизонтальным (E. A. Nixon, 1939) или дугообразным, выпуклостью вверх (A. Peiser, цит. по W. F. Suermondt, 1931) или выпуклостью вниз (M. Edwards, 1938). Мы считаем наиболее выгодным, по соображениям косметическим и меньшей травматизации, вертикальный срединный подход. Однако при нем разрез оказывается на дне межъягодичной складки, что несколько затрудняет соединение его краев при зашивании раны. Поэтому в последние годы стали делать разрез не строго вертикальным, а с небольшим наклоном по отношению к сагиттальной плоскости (под углом 10–15°), что облегчает зашивание кожной раны.

При кокцигэктомии мы встречаемся с двумя противоречивыми тенденциями. С одной стороны, во избежание повреждения прямой кишки, сосудов и для облегчения закрытия дефекта тканей на месте удаленного копчика необходимо проводить кокцигэктомию сублигаментарно, поднадкостнично, что непросто из-за неровностей поверхности копчика. С другой стороны, в стремлении удалить все триггерные пункты в околокопчиковых тканях следует иссекать как можно шире связки, сухожилия, клетчатку, нервные сплетения, окружающие копчик. Какой же из этих тенденций придерживаться? Решают вопрос в соответствии с индивидуальными особенностями больного и заболевания. Если копчик деформирован, имеется крестцово-копчиковый остеохондроз, резко болезненна сама копчиковая кость, то можно ограничиться минимальным удалением мягких тканей. При наличии точек максимальной болезненности рядом с копчиком, в связках, следует постараться убрать триггерные участки.

Зафиксировав верхушку копчика, мобилизуют ее острым путем с помощью скальпеля и ножниц, постепенно поднимая в рану. Покачиванием копчика определяют уровень сочленения, рассекают связки, укрепляющие сустав, удаляют копчик. Затем выравнивают дистальную часть 5-го крестцового позвонка костными кусачками. При резкой пе-

редней ануляции копчика его удаление усложняется. Возрастает опасность повреждения прямой кишки и концевых ветвей срединной и боковых крестцовых артерий, идущих по передней поверхности копчика. Их повреждение приводит к интенсивному кровотечению, гемостаз затруднителен. Приходится копчик выделять ретроградно и даже по частям. Операция завершается тщательным гемостазом и максимальным сближением кетгутовыми матрацными швами краев образовавшейся в глубине раны полости. Введением микроирригатора предупреждается образование гематом, которые легко возникают в глубине. Последняя швы. В первые дни больной лежит на боку или на животе. Поднимается, встает (но не садится!), перекачиваясь на живот у края кровати и опуская одну, затем другую ногу, начиная с 4—5-го дня после операции.

У 3 больных с односторонним выраженным спазмом копчиковой мышцы была проведена под местной анестезией подкожная тенотомия ее сухожилия по I. C. Simpson у края копчика через кожный разрез длиной 0,5 см. Сухожилие было рассечено на 1 см в поперечнике. Спазм мышцы сразу исчез. Одной больной после ранее выполненной и оказавшейся безуспешной кокцигэктомии мы удалили экзостоз 5-го крестцового позвонка и 4 очага фиброза (уплотненные отечные округлой формы узелки диаметром 1—2 см) из подкожной клетчатки в крестцово-ягодичной области, являвшиеся триггерными пунктами кокцигодинии.

После изучения работ французских и шведских нейрохирургов (1940—1950) об успешных крестцово-копчиковых ризотомиях при кокцигодинии и полного купирования болей при новокаиновом эпидурально-сакральном блоке на короткий срок (1—2 часа) мы подвергли 7 больных крестцовой ламинэктомии с последующей ризотомией на уровне четвертых, пятых крестцовых и копчиковых корешков.

Первое упоминание о полезности задней ризотомии последних крестцовых корешков при упорной кокцигодинии мы встретили у G. Cotte (1928) без ссылки на собственный опыт. Первая операция ризотомии пятых крестцовых и копчиковых корешков через большое крестцовое отверстие после резекции крестцовых рожков при кокцигодинии выполнена в 1945 г. A. Sicard, J. Bruezière. В 1947 г. I. Guillaume, I. Sigwald произвели ризотомию крестцовых корешков интрадурально после ламинэктомии 1-го сакрального позвонка. В последующем и подобных ризотомиях четвертых, пятых крестцовых и копчиковых корешков сообщили A. Bremen, M. Wolkas (1950), E. Vohne с соавт. (1956, 1958, 1962), H. Penzholz (1963) и др. Всего в доступной нам литературе были опубликованы данные о 22 операциях с хорошими непосредственными результатами.

При отборе больных для этого оперативного вмешательства совершенно необходимо сопоставление действия двух блокад: околокопчиковой и эпидурально-сакральной. При отсутствии эффекта от первой и устранении болей (временно) после второй можно считать операцию ризотомии показанной. Это простой диагностический тест.

Операцию выполняют под местной анестезией или под общим обезболиванием. Преимущество первой — в возможности механическим путем, прикосновением пинцета, спровоцировать боли определенной локализации, тождественные типичному копчиковому болевому синдрому. Три операции выполнены (Ю. А. Перов) под местной анестезией. У 2 больных раздражение задних четвертых крестцовых корешков вызывало боль в заднем проходе, пятых крестцовых и копчиковых корешков — в копчике. У третьего больного раздражение всех шести

задних корешков — четвертых — пятых крестцовых и копчиковых — вело к однотипным болям в анально-копчиковой области.

Положение больного при ризотомии то же, что и при кокцигэктомии. Разрез вертикальный срединный с обнажением нижне-крестцовых позвонков. У 1 больного пришлось резецировать слишком крупные крестцовые рожки, прикрывавшие большое крестцовое отверстие. Костными щипцами удаляется задняя стенка крестцового канала до уровня четвертых задне-боковых крестцовых отверстий. В рыхлой клетчатке крестцового канала нетрудно отыскать тонкие нити корешков. Перед их иссечением мы вводили в клетчатку 20 мл 2% раствора новокаина. Иссекались все пары четвертых — пятых крестцовых и копчиковых корешков на протяжении 1—2 см и направлялись на гистологическое исследование. Проводя ризотомию, не следует забывать о том, что передние третьи крестцовые корешки несут моторные волокна к сфинктеру заднего прохода, поэтому их необходимо всемерно щадить.

У всех больных обнаружен слипчивый процесс в крестцовом канале с деформацией корешков. При гистологическом исследовании отмечены различные степени дистрофии нервных волокон. Этиология и патогенез этой ризопатии различны. У 3 больных кокцигодиния была травматическая, у 2 — воспалительно-токсическая, у 1 — нейроидиопатическая и еще у 1 — идиопатическая.

Функция тазовых органов после ризотомии не нарушалась. Между копчиком и задним проходом появлялась зона анестезии в виде овала, по периферии которого располагалось кольцо гипестезии шириной 2—4 см.

Из группы больных с тяжелой формой кокцигодинии выделяется 21 (4%) человек с упорной иррадиацией болей в прямую кишку (ректальная форма кокцигодинии), с периодическими болевыми кризами в прямой кишке, которые затушевывают копчиковый болевой синдром, затрудняют распознавание. Этих больных можно отнести в группу, у которой кокцигодиния осложнилась прокталгией. Среди них 5 человек длительное время лечились разнообразными способами с кратковременным эффектом или без такового. Попытки оперативного лечения (4 сделана кокцигэктомия, 1 — ризотомия) оказались безуспешными: жестокие боли жгучего характера с частыми обострениями рецидивировали через 1—2 месяца после операций.

Мы вынуждены были обратиться к опыту некоторых нейрохирургов и гинекологов в борьбе с упорными болями в тазу, с симпатальгиями различного генеза. Еще в 1898 г. M. Gaboulay оперировал больную по поводу «тазовой плексальгии». Он удалил у нее, после кокцигэктомии и отслоения прямой кишки от крестца, несколько крестцовых симпатических ганглиев. G. Ruggi (1899) повторил операцию удаления крестцовых узлов симпатической цепочки трансабдоминальным доступом.

Долгое время сообщений о подобных операциях не поступало. Наконец, G. Cotte, используя детальные анатомические изыскания P. Rochet, G. Latarjet (1913) в области симпатической иннервации органов малого таза, описавших «пресакральный нерв» (верхнее подчревное сплетение), и теоретические обоснования R. Lerich (1921), в 1924 г. при сильных, ничем не устранимых болях в тазу у больной с первичной дисменореей произвел резекцию верхнего подчревного сплетения, как основного пути симпатической афферентации, от органов малого таза. Операция, несложная по технике и достаточно эффективная, оттеснила предложенную для тех же целей R. Lerich (1921) десимпатизацию подчревной артерии и в последующие годы завоевала многочисленных сторонни-

ков. Она даже приобрела эпитет «спасительная» (А. Э. Мандельштам, 1959; A. Ferey, 1927; R. Fontaine, L. G. Herrmann, 1932; A. W. Adson, 1933; E. A. Kindel, 1935; F. A. Pemberton, 1935; W. I. Scott, C. F. Schroeder, 1938; R. M. Nesbit, F. C. Mc Lellan, 1939; R. T. Simmons, D. Sheehan, 1939; E. G. Waters, 1946; J. Davies, 1948; A. L. Ewans, O. S. Coffey, H. H. Gregory, 1952; R. H. Hoge, 1954; G. S. Lipman, 1954; G. B. Doyle, 1955; H. C. Taylor, 1957; P. Funk-Brentano, 1956, 1959; P. Costa, 1958; G. Rochet, 1958; G. C. White, N. S. Sweet, 1969).

А. Л. Поленов, А. В. Бондарчук (1947) высказались за изучение и применение этой операции при тазовых плексальгиях — боли неясного генеза в мочевом пузыре при цистальгиях, в матке — при истинной дисменорее, — отметив практическую важность этого вмешательства, если учесть безрезультатность всех остальных консервативных и хирургических методов лечения у этой небольшой группы больных.

К 1975 г. мы собрали сведения в доступной литературе о 890 резекциях верхнего подчревного сплетения, выполненных 54 авторами с 70—90% успеха (ближайшие результаты). К сожалению, отдаленные результаты приводятся лишь немногими авторами, выздоровление и улучшение отмечены у 65—85% больных.

G. Pieri (1926) с успехом резецировал симпатические пограничные стволы в их крестцовом отделе при тазовых болях неясного генеза. I. R. Lermonth (1937) у 3 больных с цистальгией не ограничился резекцией верхнего подчревного сплетения и дополнил ее крестцовой ганглионэктомией. Наступило выздоровление.

Проктологи почему-то долго оставались в стороне от быстро развившегося раздела хирургии симпатической нервной системы в тазу (А. Л. Поленов, А. В. Бондарчук, 1947; G. C. White, 1944; G. S. White, N. S. Sweet, 1969). Их публикации немногочисленны. В 1928 г. W. F. Suermondt резецировал у больной с кокцигодинией пограничные симпатические стволы в тазу, а в 1942 г. G. Carpanetti положительно отзывался о поясничной ганглионэктомии при кокцигодинии, если получал временный эффект от новокаинизации этих ганглиев. Ни одного сообщения о попытках вмешаться на верхнем подчревном сплетении при кокцигодинии, прокталгии, других проктологических синдромах мы не встретили.

Пояснично-крестцовая ганглионэктомия с резекцией верхнего подчревного сплетения выполнена нами у 5 больных. Был избран хорошо зарекомендовавший себя внебрюшинный подход по А. В. Бондарчуку, при котором обеспечивается вполне достаточный доступ и почти не пересекаются мышцы передней брюшной стенки.

Начинали вмешательство с резекции верхнего подчревного сплетения, обычно хорошо видимого в области бифуркации аорты, где его волокна спускаются по передне-боковой поверхности позвоночника книзу в клетчатку таза в виде нежной сети. Нам не встретился единственный ствол «пресакрального нерва», который А. Л. Поленов, А. В. Бондарчук (1947) наблюдали у 20% больных. После поднятия его волокон на крючок мы старались выделить сплетение на максимальной площади между подвздошными сосудами и затем резецировали его, удаляя весь участок видимой нервной сети.

Затем приступали к пояснично-крестцовой ганглионэктомии. Начинали выделение обычно с относительно крупного 1-го крестцового ганглия, лежащего над подвздошными сосудами, где в области мыса легче обнаружить пограничный симпатический ствол. Отыскав симпатический узел, приподнимали его на крючке, что способствовало выде-

лению всей нижележащей цепочки узлов с их соединительными ветвями. Сложнее выделение этого ганглия справа из-за нижней полой вены и поперечных вен, прикрывающих его, а также выделение последних поясничных узлов, лежащих позади подвздошных сосудов. Удаляли ганглии с двух сторон. Пересекали вначале их соединительные ветви, затем ствол — над четвертым поясничным узлом и ниже 2-го крестцового ганглия. У 2 больных удалены по 4 ганглия с обеих сторон — 4—5-й поясничные, 1—2-й крестцовые, у 3 также по 4, но 3—4—5-й поясничные, 1-й крестцовый.

Все препараты были подвергнуты гистологическому изучению. Никаких расстройств со стороны функций органов малого таза мы не наблюдали. В литературе есть сообщения об учащении мочеиспускания и небольшой метроррагии в первые 2—3 дня после операции.

Как влияют оперативные вмешательства на анальный рефлекс? Исследованиями В. А. Аминовой (1959) установлено, что операции на заднем проходе и околопрямокишечной клетчатке ослабляют его или ведут к временному (на 2—7 дней при операции Габриэля, на 8—35 дней после обширных операций по поводу сложных свищей) угасанию.

Анальный рефлекс после оперативного лечения кокцигодии мы определяли у 47 больных, перенесших 52 операции: 39 кокцигэктомий, 7 ризотомий, 5 ганглионэктомий с резекцией верхнего подчревного сплетения, 1 операцию удаления экзостоза и четырех очагов фиброза из подкожной клетчатки. Кокцигэктомия повела к ослаблению анального рефлекса у 3 и к исчезновению у 36 из 39 человек на протяжении 2—7 суток. Затем происходило его восстановление до 10—21 дня.

Таблица 24

Анальный рефлекс до и после кокцигэктомии

Состояние рефлекса	До операции	После операции		
		через сутки	через 10 суток	через 2—3 недели
Живой	6	—	10	33
Повышенный	33	—	—	2
Слабый	—	3	19	4
Отсутствует	—	36	10	—

У 4 больных анальный рефлекс остался слабым. Через сутки после операции рефлекс можно было вызвать лишь с передней полуокружности анальной области. Через 10 суток из 29 больных, у которых анальный рефлекс был получен, с передней полуокружности анальной области он был вызван у всех 29, с задней — у 7, а через 2—3 недели после оперативного вмешательства с передней — у 39, с задней — только у 8.

После операции ризотомии четвертых—пятых крестцовых и копчиковых корешков анальный рефлекс исчез на 2—4 суток у всех 7 больных. Начиная с третьего дня рефлекс постепенно восстанавливался, но у 4 остался слабым, а у 2 отсутствовал до дня выписки (2—3 недели) и только у 1 больного был живым (до операции анальный рефлекс у 5 был повышен, у 2 — живой). Из 5 больных, у которых анальный рефлекс определялся на день выписки, с передней полуокружности анальной области он вызывался у всех 5, а с задней — только у 1.

Ганглионэктомия с резекцией верхнего подчревного сплетения вызвала ослабление анального рефлекса у всех 5 прооперированных (до этого он был живым у 2, повышенным у 2 и слабым у 1 больной).

Анальный рефлекс у последней больной исчез на 4-е сутки, у 4 остальных стал слабым. Восстановление анального рефлекса до уровня живого произошло у всех больных на 3-й—4-й неделе послеоперационного периода. Вызывался анальный рефлекс одинаково часто во всех отделах заднепроходной области.

Таблица 25

Средние показатели сфинктерометрии после оперативного лечения кокцигидинии

Сроки измерения	Показатели	После операции							
		До операции		через сутки		через 10 суток		через 2—3 недели	
		Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М
После кокцигэктомии	Число больных	32	7	32	7	32	7	32	7
	Тонус	605	689	492	514	509	545	514	558
	Максим. сила	829	938	523	557	690	751	771	860
После ризотомии	Число больных	6	1	6	1	6	1	6	1
	Тонус	603	700	490	550	506	600	516	650
	Максим. сила	835	950	529	600	711	750	761	850
После ганглионэктомии и резекции верхнего подчревного сплетения	Число больных	5	—	5	—	5	—	5	—
	Тонус	525	—	498	—	549	—	580	—
	Максим. сила	798	—	540	—	712	—	730	—

У больной с экзостозом 5-го крестцового позвонка и четырьмя очагами фиброза в подкожной клетчатке крестцово-ягодичной области анальный рефлекс был живой до операции и с 4-го дня после операции, снижался лишь в первые 3 дня. Рефлексогенные зоны с ослаблением анального рефлекса в послеоперационном периоде значительно суживались.

Показатели сфинктерометрии так же, как и анальный рефлекс, претерпевают изменения в сторону их заметного снижения, что отражено в табл. 25. Тонус и максимальная сила сфинктера заднего прохода определялись у 39 больных, перенесших кокцигэктомия. Отмечено у всех больных уменьшение показателей сфинктерометрии до уровня несколько ниже нормального, но не настолько, чтобы это сказалось на запирающей функции анального жома. К исходу 2—3-й недели послеоперационного периода происходило их восстановление почти до цифр, характерных для здоровых лиц. До операции показатели сфинктерометрии у всех больных были повышены.

Операция ризотомии также привела к снижению показателей сфинктерометрии с постепенным восстановлением их к концу 2—3-й недели почти до исходных цифр. Изменения тонуса и максимальной силы анального жома при ганглионэктомии с резекцией верхнего подчревного сплетения у 5 женщин типичны для любых оперативных вмешательств, они снижаются сразу после операции. Но одна особенность бросается в глаза — при постепенном восстановлении максимальной силы сфинктера быстро повышается тонус его, причем выше исходных цифр. Это можно объяснить произведенной частичной десимпатизацией анальных сфинктеров.

Непосредственное впечатление от оперативных методов лечения, сложившееся на день выписки больных из стационара, самое благо-

приятное, за исключением подкожной тенотомии копчиковых мышц. 47 больных, которым был удален копчик, испытали большое облегчение, ощутив себя выздоровевшими или почти здоровыми. Боли у 36 исчезли, у 11 заметно уменьшились в силе. Двум больным была произведена резекция копчика — удалена деформированная дистальная часть копчиковой кости, что привело к уменьшению болей. Послеоперационные осложнения имели место у 4 (8,5%); у 3 (6,4%) образовалась гематома на месте удаленного копчика (у 1 больной пришлось развести края раны для введения микроирригатора, у 2 кровянистая жидкость по тонкому дренажу выделялась в течение 3 дней), у 1 (2,1%) больной произошло нагноение операционной раны.

Из 7 больных, перенесших ризотомию четвертых—пятых крестцовых и копчиковых корешков, у 5 боли прошли, у 2 уменьшились в интенсивности.

Из 5 женщин, которым была произведена пояснично-крестцовая ганглионэктомия с резекцией верхнего подчревного сплетения, у 3 боли в тазу прошли, у 2 отмечено их значительное ослабление.

У больной, перенесшей удаление экзостоза 5-го крестцового позвонка и очагов фиброза в подкожной клетчатке крестцово-ягодичной области, боли исчезли.

Исключение из группы больных с благоприятным непосредственным результатом оперативного лечения составляют 3 больных, которым была выполнена подкожная тенотомия копчиковых мышц. У 2 из них копчиковая боль незначительно уменьшалась на короткий срок, у 1 осталась без перемен. Наши отрицательные впечатления об этом оперативном вмешательстве совпадают с аналогичным мнением многих других хирургов.

Ближайшие результаты оперативного лечения в сроки до 6 месяцев после операции оказались не столь ободряющими, как в первые недели послеоперационного периода. 2 больных, перенесших резекцию копчика, заявили о рецидиве копчиковых болей через 1 и 1,5 месяца после оперативного вмешательства. Этим больным и еще 1 больному, перенесшему неэффективную тенотомию копчиковой мышцы, пришлось произвести полное удаление рецидивировавшего спустя 1—2 месяца после удаления копчика. 2 из них была сделана крестцово-копчиковая ризотомия, а 4 — пояснично-крестцовая ганглионэктомия с резекцией верхнего подчревного сплетения.

Результаты ризотомии: у 1 из 7 больных копчиковый синдром рецидивировал, приобрел иную клиническую окраску. Боли в анально-копчиковой области приняли пароксизмальный жгучий характер, постоянно иррадиировали во влагалище, бедра, ягодичную область, низ живота. Больной сделана ганглионэктомия с резекцией верхнего подчревного сплетения.

С целью изучения отдаленных результатов лечения — от 6 месяцев до 20 лет — мы рассылали анкеты, приглашали больных на осмотр, консультацию. Результаты известны у 289 (56,2±%) больных: от 6 месяцев до 1 года — у 19, от 1 года до 5 лет — у 218, от 5 до 10 лет — у 44, от 10 до 15 лет — у 5, от 15 до 20 лет — у 3. Из 289 больных 58 (20,1%) были консультированы в клинике. Отдаленные результаты отражены в табл. 26.

Различны исходы, полученные в отдаленные сроки при консервативном и оперативном лечении. Благоприятные результаты при консервативном лечении достигнуты у 223 (90,7±%) больных, при оперативном — у 43 (86%). Не следует забывать, что оперативному лечению подвергалась группа наиболее упорно болеющих, с тяжелой формой кокцигодинии. Весьма показательны различия в результатах

Отдаленные результаты лечения кокцигодии

Результат	Способ лечения				Общий итог	
	консервативный		оперативный		Число	%
	Число	%	Число	%		
Отличный	105	42,7	14	33	119	41,2
Хороший	93	37,8	15	35	108	37,4
Удовлетворительный	25	10,2	8	18	33	11,4
Неудовлетворительный	23	9,3	6	14	29	10,0
Известен	246	53,3	43	83	289	56,2
Неизвестен	216	46,7	9	17	225	43,8
Всего лечилось	462	90,0	52	10,0	514	100

лечения в отдаленные сроки в зависимости от клинической формы заболевания (табл. 27).

Отличные результаты при легкой форме кокцигодии — 97% благоприятных исходов, хорошие — 90,8%, при среднетяжелой резко контрастируют с результатами консервативного лечения, при тяжелой форме — лишь 38% благоприятных исходов. Отдаленные результаты лечения больных с тяжелой формой кокцигодии значительно лучше при оперативном вмешательстве, чем при консервативном лечении — 86 и 38%. Напрашивается вывод о целесообразности лечения больных с тяжелой формой кокцигодии оперативным путем.

Группа из 37 больных с благоприятным исходом хирургического лечения кокцигодии характеризуется следующим образом: 32 перенесли кокцигэктомию, 2 — кокцигэктомию и крестцово-копчиковую ризотомию, 1 — ризотомию и 2 — пояснично-крестцовую ганглионэктомию с резекцией верхнего подчревного сплетения.

Группа из 6 больных, которым оперативное вмешательство не помогло, включает 2 больных, перенесших удаление копчика (боли рецидивировали через 3—4 недели после операции), 2 больных, которым после кокцигэктомии была сделана ганглионэктомию с резекцией верхнего подчревного сплетения, 1 больную, которой после ризотомии тоже произвели ганглионэктомию с резекцией симпатического сплетения, и еще одну больную, которой одновременно удалили копчик и пересекли четвертые—пятые крестцовые и копчиковые корешки.

Какова наша оценка ризотомии, впервые у нас в стране произведенной при кокцигодии, в свете отдаленных результатов? Последние известны у 6 из 7 перенесших операцию: у 1 больной боли прошли, у второй появляются нерегулярно, после длительного сидения, и не нарушают работоспособность, у 2 боли заметно уменьшились в интенсивности, а еще у 2 лечебный эффект не достигнут: боли рецидивировали через 1 месяц. Результат лечения неизвестен у 1 больной.

Учитывая приведенные данные и сознавая, что они количественно недостаточны для обоснованных выводов, мы все-таки считаем возможным рекомендовать крестцово-копчиковую ризотомию для лечения некоторых форм кокцигодии после использования диагностического теста с двумя блокадами — околокопчиковой и эпидуральной.

Пояснично-крестцовой ганглионэктомии с резекцией верхнего подчревного сплетения подверглись 5 больных. Отдаленные результаты известны у всех. Благоприятный непосредственный результат — боли

прошли у всех, что «сделало их счастливыми», «вернуло к жизни», «операция, как чудо» — оказался, к сожалению, нестойким. Боли прошли, но появлялись изредка после тяжелой физической работы и длительного сидения у 1 больной, у другой значительно уменьшились в силе. У 3 больных кокцигодиния рецидивировала через 1, 2 и 6 месяцев.

Таким образом, оперативное вмешательство на симпатической нервной системе в тазу полностью не оправдало наших надежд, но достигнутый лечебный эффект у 2 из 5 изуренных многолетним страданием людей дает основание сохранить это вмешательство в арсенале хирургов.

Удаление копчика выполнено у 47 больных: отдаленный результат известен у 41, у 31 (76%) достигнут благоприятный результат, у 10 (24%) эффект не был получен и 8 из них повторно оперированы (ганглионэктомии с плексотомией и ризотомии). Учитывая строгий отбор больных для операций — у всех была тяжелая форма кокцигодинии, они длительно и упорно лечились до этого, в том числе в нашей клинике, — следует этот итог считать хорошим.

Следует задуматься о большой разнице в ближайших и отдаленных результатах оперативного лечения. Почему, как правило, даже интенсивный болевой синдром оказывается купированным оперативным вмешательством на несколько дней послеоперационного периода, чаще на 2—4 недели? Не приближаются ли сюда по механизму действия околокопчиковые новокаиново-спиртовые блокады, которые также ведут к исчезновению болей? Этот болеутоляющий механизм может быть объяснен созданием хирургической травмой новых очагов сильного возбуждения в центральной нервной системе, которые по законам отрицательной индукции перекрывают прежний очаг застойного возбуждения, в то время как небольшой силы раздражения только усиливали возбуждение прежнего доминантного очага.

Можно думать о «торможении доминанты» новой конкурирующей доминантой» (А. А. Ухтомский,

Таблица 27

Отдаленные результаты лечения кокцигодинии в зависимости от формы заболевания

Форма заболевания	Легкая						Средняя						Тяжелая									
	Консервативный			Консервативный			Консервативный			Консервативный			Консервативный			Консервативный			Оперативный			
	Благоприятный		Без успеха	Благоприятный		Без успеха	Благоприятный		Без успеха	Благоприятный		Без успеха	Благоприятный		Без успеха	Благоприятный		Без успеха	Благоприятный		Без успеха	
	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Отличный Хороший Удовлетворительный	66	50,0			39	39,9			2	13,0			14	33,0					15	35,0		
	52	39,4			39	39,9			4	25,0			15	35,0				8	18,0			
	10	7,6			11	11,0																
Всего	128	97,0	4	3,0	89	90,8	9	9,2	6	38,0	10	62	37	86,0	6	14,0						

Таблица 28

Отдаленные результаты различных операций при кокцигодинии

Наименование операции	Число операций	Результат				
		отличный	хороший	удовлетворительный	неудовлетворительный	неизвестен
Кокцигэктомия	47	18	8	5	10	6
Крестцово-копчиковая ризотомия	7	1	1	2	2	1
Пояснично-крестцовая ганглионэктомия с резекцией верхнего сплетения	5	—	1	1	3	—
Подкожная тенотомия мышц тазового дна	3	—	—	1	1	1
Резекция копчика	2	—	—	—	2	—
Удаление экзостоза крестца и очагов фиброза	1	1	—	—	—	—
Всего	65	20	10	9	18	8
		39(68,4%)			31,6%	

1925). «Возможно возникновение в центрах новой доминанты, несовместимой с первой... Доминанта характеризуется своей инерцией не только в том смысле, что, однажды вызванная, она стойко держится в центрах и подкрепляется разнообразными раздражениями, но и в том, что, однажды вызванная, она может восстановиться... Пережитая доминанта не аннулируется, а тормозится до поры до времени» (А. А. Ухтомский, 1925).

Мы не имеем оснований отвергать или давать рекомендации для широкого применения многих из употреблявшихся нами способов лечения (массаж мышц тазового дна, рентгенотерапия, ультразвук, магнитотерапия, инъекции гидрокортизона) из-за небольшого числа наблюдений. Свою в основном мало положительную оценку этих способов лечения мы сообщили выше.

Приведем несколько примеров в виде кратких выписок из историй болезни больных, страдавших кокцигодинией.

1. Больная Ч., 14 лет. Полгода тому назад упала с небольшой высоты на садиличную область. Возникшая при этом боль спустя несколько дней исчезла. Через месяц снова появились боли в промежности, которые постепенно нарастали и достигали высокой интенсивности в момент дефекации. Обратилась в клинику по поводу болей в задней части промежности. При объективном исследовании найдено положение копчика под углом к крестцу несколько большим, чем в норме. Верхушка копчика отклонена в сторону малого таза. Надавливание на копчик пальцем со стороны кожи умеренно болезненно. Надавливание на копчик спереди пальцем, введенным в прямую кишку, вызывает чрезвычайно резкую болезненность. Поставлен диагноз: кокцигодиния. Под эфирным наркозом удален копчик. Послеоперационный период протекал без осложнений. В ближайшие дни боли исчезли. При длительном наблюдении установлено, что больная совершенно избавилась от своего страдания.

2. Больной Л., 36 лет, военнослужащий. В течение 6 месяцев ежедневно на работу и с работы ездил в кузове грузовой машины, на жестком сидении, по плохой дороге, на расстояние 18—20 км в один конец. Впервые почувствовал боли в области копчика и заднего прохода при дефекации и особенно в сидячем положении. Боли распространялись на внутреннюю поверхность ягодичных областей и на задне-внутренние поверхности верхних двух третей обеих бедер. Тогда же появились в области садиличных бугров ограниченные, 4×4 см пигментные пятна темно-коричневого цвета. Систематически, упорно лечился — гидротерапия, физиотерапия, местная и эпидуральная новокаиновые блокады, тепло. Улучшения не наступало. Боли прогрессировали. В стоячем, лежащем положении, во время ходьбы боли почти не беспокоили. Сидеть мог не более 3—5 минут. Прогрессивно увеличивалась болезненность при дефекации.

Объективно. Ходит свободно, боли почти не испытывает. Не может развести ноги из-за болей и напряжения в приводящих мышцах бедер. Повышение кожной чувствительности в области распространения копчикового сплетения. На рентгенограмме — копчик стоит почти горизонтально под тупым углом около 115° к передней поверхности крестца.

Под местной анестезией — кокцигэктомия. За последующие 4 месяца наблюдения — полное исчезновение болевого синдрома.

3. Больная Б., 14 лет. Во время катки на катке мальчик ударил ее ступней копытом в область копчика. Упала от сильной боли. То усилилась, то уменьшалась, боли в области копчика длились 2—3 месяца, затем они приняли постоянный характер, особенно проявлялись, когда из сидячего положения больная вставала, или, сидя, отклонялась назад. Болезненно было также давление на копчик пальцем снаружи. В стоячем положении и при ходьбе болей почти не испытывала. Через год, постепенно уменьшались, боли совершенно исчезли без всякого лечения. В последующем на протяжении 28 лет здорова. Имела двое нормальных родов.

4. Больная К., 25 лет. Месяц назад на катке упала на ягодичную область, почувствовала при этом сильную боль. С трудом встала и дошла домой пешком. На следующей день «скорой помощью» доставлена в районную больницу, где поставлен диагноз: вывих и перелом копчика. Через 10 дней выписалась из больницы с небольшим улучшением. В связи с нарастанием болей поступила в клинику. Произведена рентгенография. Обнаружен передний вывих копчиковых позвонков. Смещение их неравномерно: больше всего ушел вперед 1-й копчиковый позвонок. Весь копчик стоит почти под прямым углом к оси крестца. Боли беспокоят при длительном сидении и при лежании на спине. Под спинно-мозговой анестезией копчик удален. Заживление первичное. Выписана через 2 недели без жалоб.

У этой больной симптом кокцигодии еще только начал развиваться. Имелась боли вследствие острой травмы, вызвавшей передний вывих копчика. Попытка вправить копчик бескровным путем, произведенная в районной больнице, была безрезультатной. Были все основания ожидать развития упорной кокцигодии. С другой стороны, неправильно, под прямым углом стоящий копчик в дальнейшем мог быть препятствием при родах. Все это дало нам основание применить раннее оперативное вмешательство. Полагаем, что это наиболее рациональный метод лечения при неправильных переломах и вывихах копчика.

5. Больной Н., 32 лет, тракторист. Интенсивные боли и упорство синдрома кокцигодии, не поддававшееся обычным терапевтическим воздействиям, привели к необходимости сакральной ламинэктомии с радикотомией.

Заболел зимой 1961 г. после длительного лежания на снегу. Появились острые, приступообразные боли в копчиковой области и прямой кишке, независимо от дефекации и положения тела. Применение грелок и сидячих горячих ванн купировало боли. Приступы повторялись раз в 1—2 месяца. Связаны они были с дефекацией, с положением тела, с физической нагрузкой. Принимал анальгетики. Со временем тепловые процедуры перестали помогать. Боли длились по несколько часов. Облегчал свое положение тем, что принимал своеобразную позу — садился на стул, ставил на него ноги и обнимал колени. В таком положении максимального сгибания, с грелкой в крестцовой области «замирал». Постепенно, через 1—1,5 часа, боли стихали. С 13 по 27 января 1964 г. находился в госпитальной хирургической клинике. Патологии со стороны прямой кишки и крестцово-копчиковой области не было найдено. Двукратная пресакральная новокаиново-спиртовая блокада никакого облегчения не дала. После выписки из клиники продолжала беспокоить пароксизмы интенсивных болей жгучего характера в копчиковой области и прямой кишке, 1—2 раза в месяц. В феврале 1964 г. лечился на курорте Сергиевские Минеральные Воды — грязелечение и хвойные ванны. Боли стихли, приступы превратились. До мая—июня 1964 г. чувствовал себя здоровым. Летом боли возобновились, приняли характер постоянных, ноющих, с локализацией в копчике, с периодическими обострениями, захватывали весь крестец, таз и переднюю брюшную стенку. Лечился в районной больнице приемом обезболивающих средств, тепловыми физиотерапевтическими процедурами, почти без эффекта.

Повторно поступил в клинику 9 декабря 1964 г. с диагнозом: кокцигодия, проталгия (?). При ректальном исследовании была констатирована резкая болезненность копчика с иррадиацией в область лона. Общее состояние больного удовлетворительное. В анализе крови — только несколько ускоренная РОЭ — 18 мм/ч. Клинически и рентгенологически патологии со стороны прямой кишки и копчика найдено не было. Больной получал УВЧ на копчиковую область, восходящий душ, анальгин и люминал на ночь. Дважды примененная окологопчиковая новокаиново-спиртовая блокада не дала никакого эффекта даже на минимальный срок. Невропатолог обнаружил слабо выраженные симптомы каудита с гиперестезией в зоне 4-го и 5-го крестцовых сегментов. Дважды проведенный новокаиновый эпидуральный блок полностью снимал болевой синдром на 0,5—1 час.

Безрезультатность окологопчиковой новокаинизации с кратковременным эффектом эпидуральной блокады на фоне имеющегося каудита была основанием для сакральной ламинэктомии под местной анестезией. При операции найдены — фиброз мягких тканей в области отверстия крестцового канала и пленчатые сращения четвертых и пятых крестцовых корешков. Их раздражение пинцетом провоцировало типичную боль в копчиковой и ректальной областях, того же характера и локализации, что и при болевых приступах до операции. Была произведена радикотомия четвертых и пятых крестцовых корешков с обеих сторон, с иссечением их для гистологического исследования, которое выявило выраженные дегенеративно-воспалительные изменения нервных волокон. Последовало выздоровление.

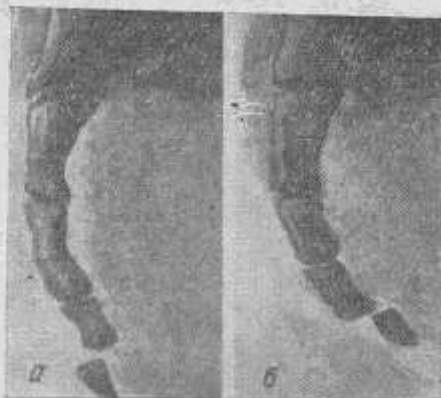


Рис. 40. Травмы копчика, сопровождающиеся кокцигодией:

а — вывих копчика назад; б — перелом и вывих копчика вперед. Наблюдения Ю. А. Перова.

Литература

- Аминев А. М. О копчиковой боли (кокцигодии). Тез. докл. обл. научн. конф. врачей. Куйбышев, 1955; Элементы проктологии. Куйбышев, 1956, 113—122; В кн.: Трещины заднего прохода. Копчиковая боль. Куйбышев, 1959; Тез. докл. 22 научн. сесс. Куйбышев. мед. ин-та, 1963, 45—46; Лекции по проктологии. М., 1969, 255—260; Некоторые данные о заболеваниях прямой кишки. Владивосток, 1973; 22 науч. сесс. Куйбышев. мед. ин-та, 1963, 45—46; В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 86—87.
- Аминева В. А. Анальный рефлекс при заболеваниях нервной системы. — Невроп. и псих., 1960, 10, 1302—1305; В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 92—93.
- Арутюнов А. И., Бротман М. К. Контрастные методы исследования в клинической диагностике дегенеративных процессов в межпозвоночных дисках. — Вопр. нейрохир., 1964, 5, 44.
- Ахундов С. Г. Клиника, диагностика и лечение опухолей спинного мозга и позвоночника. М., 1960, 117.
- Бабкин П. С. Рефлексы и их клиническое значение. М., 1973.
- Баркан М. Б. Клиника и диагностика кокцигодии. — Вестн. хир., 1967, 4, 83—88; Амбулаторная проктология. М., 1970, 295.
- Белер Л. Техника лечения переломов костей. М.-Л., 1937, 502.
- Бернар Д., Пьер Д. Динамическая терапия. М., 1961.
- Блинничев Н. М. и др. Специализированная помощь детям с заболеваниями прямой кишки. Матер. 4 конф. врачей-проктол. М., 1972.
- Бойчи Б., Конфорти Б., Чоканов К. Оперативная ортопедия и травматология. София, 1961, пер. с болгар.
- Брайцев В. Р. Заболевания прямой кишки. М., 1952.
- Брауде И. Л., Малиновский М. С., Серебров А. И. Неоперативная гинекология. М., 1957.
- Вайль С. С. О патогенезе так называемого многолоза. — Арх. пат., 1967, 9, 49—54.
- Вайнштейн Э. А. Особенности клинической картины у больных с поясничным остеохондрозом при наличии гинекологического заболевания. — В кн.: Акт. вопр. клин. мед. Кемерово, 1965, 1, 66—69.
- Вейн А. М., Власов Н. А. Патогенез вегетативных нарушений при остеохондрозе позвоночника. — В кн.: Проблемы патологии позвоночника. М., 1972, 56—59.
- Вильчур О. М. Врожденные и приобретенные изменения позвоночника как этиологический фактор при люмбоишиалгии. — В сб.: Люмбоишиалгия. М.-Л., 1938, 91—98.
- Волков А. Н., Кудянов В. Г. К вопросу об этиологии и лечении кокцигодии. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 91—92.
- Гентер Т. Г. Учебник акушерства. М., 1936.
- Гинецинский А. Г. Физиологические механизмы контрактур. Военно-мед. сб. М.-Л., 1945, 2, 10—31.
- Гольдберг Н. Г. О лечении копчиковой боли (кокцигодии) ректальной д'арсонвализацией. — Врач. дело, 1951, 11, 1049—1050.
- Головачев В. Л. Влияние травмы копчика на возникновение кокцигодии и анального зуда. — В сб.: Вопросы травматологии. Куйбышев, 1968, 132—134.
- Губер-Гриц Д. С., Лукьянова Н. Д. О значении болевого синдрома при диагностике опухолей хвоста спинного мозга. Матер. науч. засед. II пол. 1958, I пол. 1959 г. Харьков. науч.-мед. о-ва. Харьков, 1960, 275.
- Демин А. П. Клиника и лечение анакопчикового болевого синдрома. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 90—92.
- Дмитрук Я. До питания про кокцигодиию. — Укр. мед. висти, 1926, 4—5, 77—82.
- Жуков Е. К. и др. К вопросу о центрально-нервных механизмах контрактур. — Физиол. журн. СССР, 1952, 38, 2, 217—225.
- Заславский Е. С., Петров Б. Г. К патогенезу отраженного синдрома при некоторых заболеваниях внутренних органов. — В кн.: Вертеброген. забол. нервн. системы. Новокузнецк, 1969, 34—40.
- Здрилюк С. И. Сдвиг 5-го поясничного позвонка кзади как одна из причин люмбоишиалгии. — В сб.: Люмбоишиалгия. М.-Л., 1938, 141—150.
- Ивашко Л. И. Повреждения копчика у детей. Науч. тр. Ленингр. ин-та усов. врачей, 1969, 70, 198—201.
- Канарейкин К. Ф. Пояснично-крестцовые боли. М., 1972, 22—23.
- Канделис Б. Л., Мозель Ю. П. Клиника и лечение истинной и вторичной кокцигодии. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 94—95.

- Каплан А. В. Травматическая кокцигодия. — Хирургия, 1962, 7, 111—117; Закрытые повреждения костей и суставов. М., 1967, 511.
- Кочнашвили В. И., Корнева Л. А. Кокцигодия в амбулаторной практике. — Хирургия, 1975, 12, 39—44.
- Лаврищева Г. И., Хасанов Т. А. Патоморфологическая картина копчиковых позвонков и дисков при травматической кокцигодии. Тр. Узбек. НИИТО, 1967, 11, 80—86.
- Лауцевичус Л. З. Хлорэтиловая блокада. Вильнюс, 1967.
- Ленюшкин А. И., Лихтен М. Я. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. М., 1967.
- Лукачев В. В. Об опыте применения кокцигэктомии при кокцигодии. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 99—101.
- Майкова-Строганова В. С., Фinkelштейн М. А. Кости и суставы в рентгеновском изображении (туловище). М., 1952, 218.
- Малышев Ю. И., Волкова Л. Н. Лечение кокцигодии продолжительной эпидуральной сакральной анестезией. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 95—96.
- Мандельштам А. Э. БМЭ, 1959, т. 9, 461—468.
- Мардиросян Н. Н., Российский Б. В., Голубцов И. А. Некоторые вопросы лечения прокталгии и кокцигодии. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 98—99.
- Марсова В. С. Заболевания мышц. М., 1935; Сб.: Люмбоишиалгия. М.-Л., 1938, 159—170.
- Медведицын Г. П., Кипервас И. П. Синдром грушевидной мышцы у женщин. — В кн.: Остеохондроз позвоночника. Новокузнецк, 1973, 1, 260—263.
- Митрофанов А. М. О значении некоторых экстравертебральных факторов в формировании болевого синдрома при поясничном остеохондрозе. — В кн.: Вертеброген. поясн.-крестц. патол. нервн. системы. Казань, 1971, 1, 14—17.
- Орбели Л. А. Учение Н. Е. Введенского и его значение для физиологии высшей нервной деятельности. — В кн.: Вопр. высшей нервн. деят. М.-Л., 1949, 535—549.
- Осна А. И. Поясничная дисталгия. — Неврол. и псих., 1963, 1, 31—36.
- Перов Ю. А. Лечение трещины заднего прохода, прокталгии и кокцигодии новокаиново-спиртовой блокадой. Тр. 1 Всерос. конф. хир. Куйбышев, 1956, 371—372; Хирургия, 1962, 2, 116—117; 25 науч. сесс. Куйбышев. мед. ин-та, 1966, 266—267; То же, 26 науч. сесс., 1967, 2, 258—260; Вестн. хир., 1967, 98, 4, 88—92.
- Петров Б. Г. Об отраженных синдромах при некоторых заболеваниях органов брюшной полости. — В кн.: Остеохондроз позвоночника. Новокузнецк, 1973, 1, 267—270.
- Подольяк Г. А. и др. О лечении больных прокталгией и кокцигодией. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 93—94.
- Поленов А. Л., Бабчин И. С. Основы практической нейрохирургии. Л., 1954, изд. 2; Хирургия вегетативной нервной системы. М., 1947.
- Попелянский Я. Ю. Роль экстеро-, проприо- и интероцептивной импульсации в патогенезе шейного остеохондроза и его синдромов. — В кн.: Остеохондрозы позвоночника. Новокузнецк, 1962, 1, 57—64; Шейный остеохондроз. М., 1966; В кн.: Патология позвоночника. Вильнюс, 1971, 121—125; В кн.: Вертеброген. забол. нервн. системы. Казань, 1974, т. 1.
- Попов Н. А. К клинике опухолей спинного мозга и позвоночника. — Журн. неврол. и псих., 1963, 2, 161—165.
- Раздольский И. Я. Значение симптома «ликворного толчка» для ранней диагностики опухолей спинного мозга. Вопросы неврологии. Сб. работ, посвященных памяти Л. В. Блуменау. Л., 1957, 157—163; Опухоли спинного мозга и позвоночника. М., 1958.
- Республиканская Т. А. Кокцигодия, прокталгия. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 97—98.
- Ривкин В. Л. и др. Анально-копчиковый болевой синдром. Вопросы классификации. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 88—89.
- Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956; Атлас операций на прямой и толстой кишках. М., 1968, 126—128.
- Синяевский М. М., Мурашов Ю. Н. Кокцигоднический ангиотрофоневроз нижних конечностей. — В кн.: Диагн. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 98—99.
- Тагер И. Л. Рентгенологическое исследование при поясничных болях. М., 1949.
- Талетник Ф. К. О диагностике поражения конуса и конского хвоста спинного мозга. Обзор. психо-неврол. и Экспер. психиатр. 1901, 11, 831.
- Углов Ф. Г., Мурсалова Р. А. Тератомы пресакральной области. Л., 1959.

Ухтомский А. А. Принцип доминанты. — В кн.: Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. М.-Л., 1925, 60—66.

Фридлянд М. О. Ортопедия. М., 1940.

Фурман М. Е., Голубков О. И. Аномалия развития пояснично-крестцового отдела позвоночника и остеохондроз. — В кн.: Пробл. патол. позв. М., 1972, 69—72.

Хасанов Т. А. Травма копчика и кокцигодиния. — В кн.: Вопросы травматологии и ортопедии. Иркутск, 1965, 39—40; Матер. науч. сесс. по травм. Рига, 1966, 391—394; Ортоп., травм. протезир., 1966, 3, 96; Повреждения копчика и травматическая кокцигодиния. Дис. канд. М., 1966; Монография того же названия. Ташкент, 1970; 1967, 1, 62—64; Мед. журн. Узбекистана, 1967, 3, 15—17.

Хондкариан О. А. Об ошибках в диагностике опухолей спинного мозга. — Журн. невроп. и псих., 1959, 9, 1025—1027.

Хорошко В. К. Важнейшие вопросы диагностики синдрома пояснично-седалищной боли. — В сб.: Люмбоишиалгия. М.-Л., 1938, 5—18; 10—33; Тр. сесс. к 25-летию ин-та физиотер., 1948, 2, 5—8.

Чаклин В. Д. Опухоли костей и суставов. М., 1974.

Черняховский Д. Л. Люмбоишиалгия в гинекологии. — В сб.: Люмбоишиалгия. М.-Л., 1938, 151—158.

Шамбуров Д. А. Ишиас. М., 1950; Журн. невроп. и псих., 1959, 59, 6, 697—705.

Шенбергер И. Л., Павлова Г. А. О прокталгии и кокцигодинии. — В кн.: Диагности. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 89—90.

Шенк А. К., Каган М. И. Люмбоишиалгия и ее ортопедическая основа современных данных. — В сб.: Люмбоишиалгия. М.-Л., 1938, 115—140.

Шиманский В. К. Хирургическое лечение опухолей спинного мозга. — В кн.: Хир. центр. нервн. системы. Л., 1969, 176—205.

Шнее А. Я. Опыт применения масляных растворов анестезирующих средств. — Хирургия, 1939, 2, 53; 1946, 12, 40—49; Матер. к учению о длительном местном обезболивании. Дис. докт. М., 1951.

Эмдин П. И. Синдром «крестцовой елочки». — Вопр. нейрохир., 1950, 4, 18—21.

Юмашев Г. С. и др. Синдром кокцигодинии при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника. — Клин. мед., 1970, 51, 6, 116—119; Остеохондрозы позвоночника. М., 1973.

Яковлев Н. А. Патологические синдромы прямой кишки. М., 1973. — В кн.: Диагности. и леч. забол. ободочн. и прямой кишок. Москва—Куйбышев, 1974, 87—88.

Alexander R. M. Coccygodynie. Zbl. Chir., 1931, 58, 21. 1328; Amer. J. Gastroenter., 1957, 28, 4, 403—412.

Aminev a. oth. On the significance of studying the anal reflex in some proctologic diseases. Amer. J. Proctol., 1969, 20, 339—342.

Anderson R., Longhlen I. The management of backache. Med. Clin. North Amer., 1953, 37, 4, 1203—1213.

Andre P. P., Marliere I. C. La coccygodynie. Acta gastroenterol. belg., 1965, 28, 8—9, 605—609.

Andreini F., Chambry L. Idismorfismi coccigei congeniti ed acquisiti e la coccigodinia. Arch. Ortop., 1958, 72, 651.

Angerer H. Zur Frage der traumatischen Coccygodynie. Zbl. Chir., 1938, 65, 49, 2706—2708.

Arnè L. Miosites aigues et polymyosites. Diagnosis et traitement. Vie med., 1959, 9, 761—764.

Arnold K. Differential diagnosis and ambulatory care of proctological diseases. Chirurg, 1970, 41, 145—150.

Arnous J., Parnaud E., Denis J. Deus ans de fonctionnement d'un service hospitalier de proctologie a Paris. Sem. Hop. Paris, 1964, 40, 62, 2484—2487.

Baciu Cl., Sgarbura I. The surgical correction of posttraumatic coccygodynia by ramisection of the sacrococcygeal plexus. Neurologia (Bucur.), 1966, 11, 417—422.

Bacon H. E. Anus, rectum, sigmoid colon. Philadelphia—Montreal—London, 1945. XXVI. 2-nd. ed; Proctology, 1956.

Bail C. R. The rectum; its diseases. London, 1908.

Barnes R. A. Diseases of women. Philadelphia—New-York, 1878.

Barron K. D., Fine D. I. M. Neuromiositis. J. Nevr. a. Ment. Dis., 1959, 128, 6, 497—507.

Beaton L. E., Anson B. I. The sciatic nerve and the piriformis muscle. Their interrelation a possible cause of coccygodinia. J. Bone. Joint. Surg., 1938, 20, 686—688.

Becker F. Steissbeinverletzungen. Bruns' Beitr. klin. Chir., 1931, 153, 512—513.

Beckman H. Treatment in general practice. Philadelphia—London, 1948, 419—421.

- Bensaude A., Gulchard A. Neuralgie ano-rectale et coccygodynie. Arch. mal. appar. digest., 1954, 43, 7—8, 823—834; Semaine hop. Paris.
- Berson J. Diagnostic differentiale en pathologie ano-rectale. Rev. med. suisse rom., 1962, 82, 9, 538—544.
- Blount W. P. Osteomyelitis of the coccyx. J. A. M. A., 1928, 91, 727.
- Boas I. Диагностика и теория болезней кишок. СПб, 1900 (нем.).
- Boatstrup C. A. Die Röntgenbehandlung der Coccygodynie. Chirurg, 1937, 9, 743.
- Bocconera L., Negri L. Trattamento chirurgico della coccygodynia. Atti S. E. R. T. O. T., 1954, 4, 75; Chir. org. movim., 1957, 45, I, 13—25.
- Boeminghaus H. Lordotische Verkrümmung der Wirbelsäule im Bereich des Kreuz Steissbeins. Arch. klin. Chir., 1930, 158.
- Bohme a. oth. Sacral rhizopathies and sacral root syndromes (St.—Sv). Acta Chir. Scand. Suppl., 1956, 216, 1958/59, 116, 4, 268—274; 275—286; 1962, 123, 6—8.
- Bolsson J., Debbasch L., Bensaude A. Les algies ano-rectales essentielles. Arch. mal. app. digest., 1966, 55, 3.
- Boland F. K. Osteitis of the coccyx. J. A. M. A. 1927, 88, 1883.
- Bremen A., Wolkas M. Coccygodynie: resultats du traitement par ramisection du plexus sacro-coccygien. Acta orthop. Belg., 1950, 16, 9, 524—525.
- Bremen L. The knife for coccygodynia a failure. Med. Record., 1 Aug. 1896, 154—155.
- Brens C., Kolisko A. Die pathologischen Beckenformen. Wien und Leipzig, 1900—1911, Bd. II, S. 501.
- Bruyn P. W. On so-called neuromyositis. Psych. Neurol. Neurochir., 1961, 64, 2, 72—79.
- Buchmann J. Bemerkungen zur Kokzygodynie. Z. Orthop., 1966, 217—231.
- Buerger M. Altern und Krankheit. Leipzig, 1957, 3-nd ed.
- Buie L. A. Practical proctology. Springfield, 1960, 2-nd ed.
- Burnett S. G. Modern conception of coccygodynia and its treatment. M. Herald. a. Phys. Therapist, 1930, 49, 287—292.
- Buttenberg H. Bandscheibenverkrankungen im os sacrum und am coccygo-sacralen Übergang in Kindersalter. Kinderärztl. Prax., 1958, 1, 26—29.
- Caldwell G. A. Minor injuries of the lumbar spine and coccyx. Surg. Clin. N. Amer., 1951, 34, 1341.
- Cantor A. Ambulatory proctology. New York, 1946.
- Carpanetti G. Les sacro-coccygodynies posttraumatiques. Marseille, These, 1942.
- Charpentier J. e. a. Coccygodynie revelatrice d'un ependymome du filum terminale. Ablation complete sans sequelles. Rev. Neurol., 1968, 118, 160—162.
- Chartier M. Coccygodynia, syndrome douloureux de la II paire coccygienne. Rev. Neurol., 1920, 28, 2, 201—203.
- Chateau R. e. a. Coccygodynia revealing a giant tumor of the cauda equina. J. Med. Lyon, 1967, 48, 573—578.
- Christopher F. Minor surgery. Philadelphia, 1955, 2-nd ed.
- Coldwell G. A. Minor injuries of the lumbar spine and coccyx. S. Clin. N. Amer., 1951, Octob., 1345.
- Collins V. J. Fundamentals of nerve blocking. Philadelphia, 1960.
- Cooper W. L. Coccygodynia. J. Kentucky M. A., 1959, 57, 178; J. Int. Coll. Surg., 1966, 33, 3, 306—311.
- Copeman W. S. C., Ackerman W. L. Fibrositis of the back. Quart. J. Med., 1944, 13, 50, 37—52; Arch. Int. Med. 1947, 79, 1, 22—35.
- Copeman W. S. C. Fibro-fatty tissue and its relation to «rheumatic» syndromes. Brit. Med. J., 1949, 2, 191—197.
- Corradi C. Osservazione su alcuni casi di coccygodynia e fistole sacrococcygee. Atti S. E. T. O. T., 1959, 4, 81.
- Coves W. P. Coccygodynia as a manifestation of syphilis. Boston M. A. S. J., 1916, 174, 517.
- Cozzolino A. Coccygodynia. Arch. Ortop. (Milano), 1960, 73, 82—90.
- Cumston C. G. A contribution to the study of coccygodynia. Boston M. A. S. J., 1912, 116.
- Cuzzupoli P., Moselli M. Considerazioni etiopatogenetiche e clinicostatistiche in tema di coccygodynia. Arch. Sci. Med., 1969, 126, 3, 100—105.
- Cyriax E. T. Minor displacements of the coccyx. Glasgow Med. J., 1922, Aug., 98—99.
- Da Costa J. C. Modern surgery. Philadelphia, 1925, 9-th ed.
- Dam W. H. Therapeutic blockades. Acta. chir. Scand. Suppl., 1964—1965, 343, 89—101.
- Davies J. a. oth. Prolonged sensory block using ammonium salts. Anesthesiology, 1967, 28, 244—245.
- Delamonica J. A. Coccygodynia. Presa Med. Argent., 1966, 53, 1049—1054.

- Dittrich R. J., Duluth M. D. Coccygodynia as referred pain. *J. Bone a. Joint surg.*, 1951, 33, A., 3, 715—718; *Am. J. Surg.*, 1955, 90 (6), 80—85.
- D'Orlando C. *Illustrated Medical Dictionary*. Ed. 23. Philadelphia, 1957, 294, 1348; *Gazz. Internaz. Med. Chir.*, 1963, 48, 749.
- Duncan G. A. Painful coccyx. *Arch. Surg.*, 1937, 34, 1088—1098.
- Edwards M. Trauma of the coccyx and coccygodynia. *Amer. J. Surg.*, 1938, 42, 1—3, 591.
- Ely L. W. Coccygodynia. *J. A. M. A.*, 1910, March, 54, 968.
- Ewald C. A. *Klinik der Verdauungskrankheiten*. Berlin, 1902.
- Ewell G. H. Levator—syndrome. *Amer. J. Surg.*, 1950, 79, 1, 127.
- Favaro G. «Sacralisation» of human coccyx. *Boll. Soc. med.—chir. Modena*, 1934, 34, 23—29.
- Feinstein B. a. oth. Experiments on pain referred from deep somatic tissues. *J. Bone a. Joint Surg.*, 1954, 36A, 5, 981—992.
- Ferey A. Nouvelles indications de la resection du nerf presacre. *Presse med.*, 1927, 35, I, 98—103.
- Fernstrom V. A discographical study of ruptured lumbar intervertebral discs. *Acta chir. Scand.*, 1957, 113, 436.
- Finder J. G. Manipulative surgery in orthopedics. *Surg. Clin. N. Amer.*, 1949, 29, 1, 243—259.
- Finochietto R. Coccigodineas. *Prensa Med. Argent.*, 1959, 49, 10, 605—608.
- Fiori A. e coll. Contributo casistico al problema medico legale delle coccigodinie traumatiche. *Ann. Med. Leg. Assic.*, 1966, 14, 551.
- Foerster O. Die Leitungsbahnen des Schmerzgeföhls und die chirurgische Behandlung der Schmerzzustände. *Brunsv. Beitr. klin. Chir.*, 1926, 136, 244—245.
- Foot E. M., Livingston E. M. *Minor surgery*. D'Appleton Co., 1934, 1-st ed.
- Foster E. W. Coccygodynia. *J. Conn. St. M. Soc.*, 1939, May, 3, 232.
- Francon F., Laurent G. La coccygodynie. *Maroc. med.*, 1951, 311, 421—425; *Rhumatologie*, 1963, 15, 35.
- Freilberg A. H., Vinke T. H. Sciatica and the sacro—iliac joint. *J. Bone a. Joint Surg.*, 1934, 16, 126, *Arch. Surg.*, 1937, 34, 2, 337—350.
- French L. A. Neurosurgical consideration of pain. *Phys. Ther. Rev.* 1959, 39, 11, 729—732.
- Gabriele W. B. *The principles and practice of rectal surgery*. London, 1953.
- Gant S. G. *Diseases of the rectum, anus and colon*. Philadelphia, 1923, v. 1.
- Gardner E. Blood and nerve supply of joints. *Stanford Med. Bull.*, 1953, 11, 203.
- Gasquet P. Coccygodynie et sacralgie traitees par les injections locodolenti de radon. *Rev. act. physioth.*, 1935, 11, 1, 15—20.
- Gellhorn G. *Non—operative treatment in gynecology*. London—New York, 1924.
- Gerendasy I. Proctologic principles. *Rev. Gastroenterol.*, 1952, 19, 7, 562—575.
- Gillette H. E. Office management of musculoskeletal pain. *Texas Med.*, 1936, 62, 47—53.
- Glandard-Arragon. *La coccygodynie*. These. Paris, 1954.
- Glyn J. H. *Cortisone therapy*. London, 1957.
- Goligier J. C. *Surgery of the anus, rectum and colon*. London, 1961.
- Good M. G. Rola miesni szkeletowych w patogenezie schorzen goscowych: nowe rozwiazanie zagdnienia caszenia goscca. *Pol. tygodlek.*, 1958, 13, 27, 1021—1025.
- Goodsall D. H., Miles W. E. *Diseases of the anus and rectum*. London, 1900.
- Gorsch R. W. *Proctologic anatomy*. Baltimore, 1955, 2-nd ed.
- Gowers W. R. Lumbago; its lesions and analogues. *Brit. Med. J.*, 1904, 1, 16/1, 117—121.
- Granet E. Coccygodynia. Proctalgia fugax. *Amer. J. Dig. Dis.*, 1946, 13, 10, 329—333; *Manual of proctology*, Chicago, 1954; *Am. J. Gastroent.*, 1957, 28, 4, 394—402; *Geriatrics*, 1965, 20, 8, 657—664.
- Greve C. C. *Von den Krankheiten des weiblichen Bechens*. Berlin, 1795.
- Guillaume I., Sigwald I. Coccygodynie rebelle traitee par radicotomie bilaterale de Sv Guerison. *Rev. Neurol.*, 1947, 79, 1, 60; *Presse med.*, 1949, 57, 85—87.
- Hackett G. S. Joint ligament relaxation treated by fibro—osseous prolotherapy. *Springfield*, 111, 1956; *Clin. Med.*, 1961, 8, 12, 2301—2316.
- Haggart G. E., Schuler F. B. The management of coccygodynia. *Surg. Clin. N. Amer.*, 1950, 30, 945—949.
- Hall C. L. Cause and treatment of coccygodynia. *Physiother. Rev.*, 1935, 15, 214—215.
- Hamill R. C. Coccygodynia. *Med. Clin. N. Amer.*, 1921, 19, 37—44.
- Hansa W. R. Coccygodynia: a study of end—results treatment. *J. Iowa Med. Soc.*, 1937, 27, Apr., 154.
- Hayden P. E. *The rectum and colon*. Philadelphia, 1939.

- Hill M. R. Rectal pain in cases of sacro-iliac strain. *Trans. Amer. Proctol. Soc.*, 1936, 37, 136—144.
- Hilton J. Rest and pain. Philadelphia, 1950. Lect. XII.
- Hirschman L. J. Focal infection of anal origin. *J. A. M. A.*, 1931, 97, 22, 1609—1611.
- Hirschman L. J. Handbook of diseases of the rectum. London, 1926, 4-th ed., pp. 9, 183, 204.
- Hirst B. C. Coccygodynia. *Univ. M. Mag.*, Philadelphia, 1900, 12, 153—159.
- Hirst J. C., Wachs C. Labor injuries to the coccyx and their treatment. *Am. J. Obst., Gyn.*, 1924, 7, 199.
- Hobart M. H. Manipulative treatment of coccygodynia. *S. Clin. N. Amer.*, 1937, 17, 579—583.
- Hofacker R. Th. H. Beitrag zur röntgenologischen Beurteilung von Steissbeinfunden, speziell nach Traumen. Mainz, 1962.
- Hoge R. H. Resction of the superior hypogastric plexus for dysmenorrhea. *Ann. Surg.*, 1954, 139, 661.
- Howarth B. The painful coccyx. *Clin. Orthop.*, 1959, 14, 145.
- Hucherson D. C., Gandy I. R. Herniation of fascial fat; a cause of low back pain. *Amer. J. Surg.*, 1948, 76, 605—609.
- Hughes E. S. R. Surgery of the anus, anal canal and rectum. Edinburgh—London, 1957.
- Jeamet Ph. La douleur coccygodynie—neuralgies du nerf hoteux interne et du nerf anal. *Conc. med.*, 1969, 91, 11, 2254—2261.
- Jeomans F. C. Coccygodynia. *Tr. Am. Proct. Soc.*, 1914, 16, 67—75; *Surg., Gyn., Obst.*, 1919, 25, 5, 612.
- Jhlenfeldt Y. Die Röntgenbehandlung der Neuralgien. Breslau, 1936. Diss.
- Jodice A. New treatment of coccygodynia. *Arch. grent. de enferm. d. ap. dig. y. de la nitriton*, 1932, 8, 37 (oct.—now.)
- Johnson L. J. Low back and rectal pain. *Amer. J. Surg.*, 1950, 79, 1, 126.
- Jolly S. S., Singh S., Singh A. Cauda equina syndrome. *Indian J. Med. Sci.*, 1959, 13, 11, 920—922.
- Judovich B., Bates W. Segmental neuralgias in painful syndromes. Philadelphia, 1944, 225—234.
- Kellgren G. H. Deep pain sensibility. *Lancet*, 1949, 1, 943—949.
- Key J. A. Operative treatment of coccygodynia. *J. Bone a. Joint. Surg.*, 1937, 19, 3, 759—764.
- Kienboeck R., Zimmer E. A. Angeborener partieller Kreuz—und Steissbeindefekt. *Röntgenprax.*, 1935, 7, 111—113.
- Kleckner M. S. Coccygodynia. *Trans. Amer. Proctol. Soc.*, 1933, 34, 100—107.
- Knapp M. E. Coccygodynia. *Postgrad. Med.*, 1969, 46, 229—231.
- Koehler A., Zimmer E. A. Grenzen des Normalen und Anfänge des Pathologischen im Röntgenbild des Skeletts. Stuttgart, 1956.
- Kovacs Jr., Zsebök A. Röntgenanatomische Grundlagen der Lungenuntersuchung. Akad. Kiado, Budapest, 1953.
- Kraus H. Clinical treatment of back and neck pain. New York, 1970.
- La Fratta C. W., Porterfield J. B. A review of the «fibrositis» question. *South. Med. J.*, 1961, 54, 11, 1242—1247.
- Lange M. Die Muskelharten (Myogelosen). München, 1931.
- Lee J. B., Greenhill J. P. Principles and practice of obstetrics. Philadelphia—London, 1947, 9-th ed.
- Lerich R. Effets de l'anesthesia a la novocaïne des ligaments. *Gaz. Hop.*, 1930, 103, 1294—1298.
- Letait H. Neurological and neurosurgical viewpoints on proctalgia as and coccygodynia. *Acta Neurol. Scand.*, 1967, Suppl. 43, 31, 189—194.
- Lewin P. Coccyx; its derangements and their treatment. *Surg., Gyn. a. Obst.*, 1927, 45, 5, 705.
- Lieberman W. An adjuvant in coccygodynia. *Amer. J. Proctol.*, 1960, 11, 1—6, 233—234; 1971, 22, 41—43.
- Lievre J. A. Cause et traitement de la coccygodynie. Expansion, Paris, 1955; *Arch. mal. app. dig.*, 1966, 55, 25—38.
- Lipman G. S. Superior hypogastric sympathectomy for primary dysmenorrhea. *Amer. J. Obst., Gynec.*, 1954, 68, 1535.
- Livingston W. K. Back disabilities due to strain of the multifidus muscle. *West J. Surg.*, 1941, 49, 5, 259—265.
- Lockhart—Mummery I. P. Diseases of the rectum and colon and their surgical treatment. London, 1934, 257—264.
- Lucas H. K. Causes of coccygodynia. *Brit. Med. J.*, 1953, 11, 1152—1153.
- Luschka H. Die Halbgelenke des menschlichen Körpers. Berlin, 1858, 257.

- Mac Carty R. L. The relationship of low backache to ano-rectal disease. *South. Med. J.*, 1957, 50, 9, 1152—1155.
- MacColey J. C. Fractures of coccyx and coccygodynia. *Amer. J. Surg.*, 1937, 36, 1, 303—307.
- Mc Cusker H. Injuries to the coccyx. *Rhode Island M. J.*, 1934, 17, 77.
- Mc Lenahan J. E., Fisher B. Rectal hernia after coccygectomy. *Amer. J. Surg.*, 1951, 82, 2, 288—289.
- Macuna M. D. Note on a case of coccygodynia: removal of the coccyx: recovery. *Lancet*, 1900, 1, 1724.
- Mandl F. Die Kokzygodynie und Ihre Behandlung. *Wien. klin. Wschr.*, 1929, 42, 1512—1518.
- Margo E. The painful terminal spine... *South. Med. J.*, 1962, 55, 461—470.
- Marmor L. How to treat inflammation of the coccyx. *G. P.*, 1962, 25, 110.
- Massara F. S., Amici F. Considerazioni sulla coclogodinia. *Ortop. App. Motore*, 1964, 32, 293.
- Mello W. G., Araujo A. Coccygectomy: technique e resultates. *Rev. Bras. Cir.*, 1959, 37, 679—682.
- Mentzer C. G. Coccygodynia. *J. Florida M. A.*, 1949, 36, 27.
- Merlini A. Die Akroosteopathien. *Arch. Ortop. Unfall-Chil.*, 1930, 28, 73—83.
- Miles W. E. Rectal surgery. London, 1939.
- Miller D. S. Post-myelographic coccygodynia. *Amer. J. Proct.*, 1967, 2, 60—61.
- Mock H. E. Principles and practices of physiotherapy. Maryland—Hagersun, 1934, v. 11.
- Montareni A., Reggiani M. Traumatic coccygodynia. *Rassegna intern. clin. e therap.*, 1934, Dec., 15, 1305—1313.
- Надь Д. Рентгеновская анатомия. Будапешт, 1967, перев. с венгерского.
- Nesselrod J. P. Clinical proctology. W. B. Saunders Co., 1957.
- Neufeld I. Mechanical factors in the pathogenesis of «fibrositis». *Arch. Phys. Med.*, 1955, 33, 759—765.
- Nissen K. I. Causes of coccygodynia. *Brit. Med. J.*, 1953, 4846, 1152—1153.
- Nixon E. A. Coccygodynia. *Amer. J. Surg.*, 1939, 44, 2, 390—393.
- Obel P. Importance des cellulalgies dans la genese de nombreux syndromes douloureux chroniques. Diagnostic—traitement. Paris, 1961.
- Paine K. W. Lumbar disc syndrome. *J. Neurosurg.* 1972, 37, 75—82.
- Palma V., Venturini G. La coccygodynia. *Atti S. E. R. T. O. T.*, 1959, 4, 9.
- Paradis H., Marganoff H. Rectal pain of extrarectal origin. *Dis. Colon, Rectum*, 1969, 12, 4, 306—312.
- Parks A. G., Porter N. H., Melzak J. Experimental study of the reflex mechanism controlling the muscles of the pelvic floor. *Dis. Colon, Rectum*, 1962, 5, 6, 407—414.
- Pennington J. R. A treatise on the diseases and injuries of the rectum, anus and pelvic colon. Philadelphia, 1923.
- Penzholz H. Neurochirurgische Behandlung der Coccygodynie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 1963, 204, 2, 163—171.
- Piccirilli D., Riccio L. Contributo clinico studio delle fratture del coccige. *Ortop. e traumatol.*, 1957, 25, 2, 515—523.
- Pieri G. La ramisezione del simpatico lombare e sacrale. Contributo tecnico alla chirurgia del simpatico. *Ann. ital. chir.*, 1926, 5, 73—78.
- Power J. A. Coccygectomy. *South. Med. J.*, 1957, 50, 5, 675—679.
- Pradel E. A. A propos des coccygodynies et des proctalgies fugaces. *Arch. mal. app. dig.*, 1966, 55, 54—59; *Concous med.*, 1968, 90, 12, 2513—2520.
- Pyper J. B. Existon of the coccyx for coccygodynia. *J. Bone a. Joint. Surg.*, 1957, 3B, 4, 733—737.
- Quattrini M. Coccygodynia. *Riv. pat. clin.*, 1965, 20, 246—254.
- Quenu E., Hartmann H. Chirurgie du rectum. Paris, 1895.
- Rankin F. W., Borgen J. A., Buie L. A. The colon, rectum and anus. Philadelphia, 1932.
- Reccio P. Proctology in general practice. *J. Phil. Med. Ass.*, 1956, 32, 3, 167—171.
- Richards H. J. Causes of coccygodynia. *Brit. Med. J.*, 1953, 4846, 1152—1153.
- Rigamonti L. Sulla frattura isolata del coccige. *Arch. Ortop.*, 1958, 71, 554; *Lakartidningen*, 1966, 63, 430—434.
- Rose G. K. Causes of coccygodynia. *Brit. Med. J.*, 1953, 11, 1152—1153.
- Ross S. T. Synopsis of treatment of ano-rectal diseases. St. Louis, 1959.
- Rotes-Guerros J., Puntí C. S., Crespi B. P. Studies on syndromes of the locomotor apparatus. Nocturnal acroparesthesia. Coccygodynia. Pain difficult to classify. *Rev. Rheum.*, 1962, 29, 111—116.

- Rotman I. Proctology and psychiatry; hypnotism and conditioned reflex therapy in proctologic disorders. *J. Amer. Osteopath. Ass.*, 1968, 67, 1168—1174.
- Ruge E. Die geschlossenen Verletzungen der Wirbelsäule. *Erb. Chir.*, 1933, 26, 163.
- Ruge E. Die Wirbelsäule in der Unfallheilkunde. Heft z. Unfallheilk. Berlin, 1934, 18, 132.
- Ruggi G. Della simpatectomia ae collo ed all' adame. *Policlin.*, 1899, 90, 102—104.
- Sabat B. Intrarectal Radiographie (Verfahren, Apparat, Technik, Indikationen und Ergebnisse). *Fortschr. Röntgenstr.*, 1936, 53, 143—165.
- Salisbury C. V. Backache in gynaecology. *Med. J. Aust.*, 1960, 2.
- Scanzoni F. Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. München, 1861.
- Schade H. Die physikalische Chemie in der inneren Medizin. Dresden u. Leipzig, 1920.
- Schaerer J. P. A choice of contrast studies in the diagnosis of lumbar disc problems. *Schweiz. Arch. Psychiat., Neurol. Neurochir.*, 1971, 108, 87—98.
- Schapiro S. Low back pain; Treatment by nerve block. *Industr. Med.*, 1945, 14, 580—586; *Amer. J. Surg.*, 1950, 79, 1, 117—125.
- Schneider H., Geschnitzer P. Die sogenannte Stiloiditis radiatae Tendopathie des M. brachioradialis. *Zschr. Orthop.*, 1955, 86, 3, 386—396.
- Schoyer G. A. Die Coccygodynie im Rahmen der rheumatischen Wirbelsäulenerkrankungen. *Med. Klin.*, 1954, 49, 31, 1211—1213.
- Schotte M. Zur Genese des Coccygealschmerzes. *Chirurg*, 1933, 21, 807—811.
- Schrub J. C. e. a. Anal disorders in the diabetic. *Sem. Hop. Paris.*, 1969, 45, 3189—3190.
- Schutte A. G. A. second study of anal papillae. *Dis. Colon, Rectum*, 1971, 14, 435—450.
- Seillern P. G. Clinical observation on the role of hypermyotonia in bodily aches. *J. Nev., Ment. Dis.*, 1947, 105, 5, 449—464.
- Sebastiani C. La coccygodinia. *Boll. Mem. Soc. Tosco—Umbra Chir.*, 1961, 2247.
- Shiele L. H. Coccygodynia. *Amer. J. Surg.*, 1950, 59, 1, 110—116.
- Shirdania I. F. Die chronische Entzündung des Musculus Piriformis die Piriformis—als eine der Ursachen von Kreuzschmerzen bei Frauen. *Med. Welt*, 1936, 10, 999.
- Sicard A., Brueziere J. Traitement de la coccygodynie par la section bilaterale du plexus sacrococcygien. *J. Chir.*, 1949, 65, 6, 312—315; *Conc. med.*, 1956, 78, 11, 1212—1214.
- Sicard J. A. Neuralgie coccygienne. E. Sergent «Traite de pathologie medicale». Neurologie, Paris, 1924, 11, 164—165; *Sud. med. et chir.*, 1926, 58, 4, 115—134.
- Sicard, J., Forestier J. Люмбаго, люмбагия, люмбагрроз. *Новости француз. мед. и биол.*, 1925, 3, 23—28.
- Simmons H. T., Sheehan D. The causes of relapse following sympathectomy in the arm. *Brit. J. Surg.*, 1939, 27, 5, 39—44.
- Simmons S. C. Ano-rectal disorders in pregnancy. *J. Obst. Gynec. Brit. Cwith.* 1964, 71, 6, 960—962.
- Simpson I. G. Coccygodynia and diseases and deformities of the coccyx. *M. Times a. Gaz.*, 1859, 40, 1, 1031, *Clinical lectures on diseases of woman*. Philadelphia, 1863, 1st. XVII.
- Singer A. Coccygodynia—its treatment by sacrococcygeal arthroplasty. *South. Afr. Med. J.*, 1962, 36, 31, 622—624.
- Smith W. T. Levator spasm syndrome. *Minn. Med.*, 1959, 42, 1079—1079.
- Sörensen K. H. Coccygodynia. *Nord. med.*, 1955, 53, 101—104.
- Spence K. F. Coccygectomy. *Amer. J. Surg.*, 1961, 102, 6, 850—853.
- Spiesman G., Malow L. *Essentials of clinical proctology*. New York—London, 1957, 3-rd ed.
- Stary O. Nectere otazky patogenesy diskogenil nemoci. Praga, 1959.
- Steindler A. Compensation treatment of scoliosis. *J. Bone a. Joint. Surg.*, 1929, 11, 820—830.
- Steindler A. *Lectures on the interpretation of pain in orthopedic practice*. Springfield, 1959.
- Steindler A., Luck J. Differential diagnosis of pain low in the back. *J. A. M. A.*, 1938, 110, 2, 106—113.
- Steinthal C. R. Die angeborenen Missbildungen, Verletzungen und Erkrankungen des Beckens. Stuttgart, 1907.
- Stern F. H. Coccygodynia among the population. *J. Amer. Geriatr. Soc.*, 1967, Jan., 15, 100—102.
- Stern W. Acute painful anal lesions. *Med. J. Aust.*, 1968, 2, 476—478.
- Stoja M. M. Vainer C. Une nouvelle technique pour les injections anaesthesiques dans le premier orifice sacre. *Rheumatologie*, 1955, XVII, 8, 325—328.

- Strauss H. Патогенез и терапия простуды. М.-Л., 1925, перев. с нем.
- Suermondt W. F. Behandlung der Coccygodynie. Arch. klin. Chir., 1931, 9, 167, 671—674; Chirurg, 1931, 3, 526; Zbl. Chir., 1932, 59, 1348.
- Szanto D. A coccygodynia. Idegyog. Szle, 1972, 25, 4, 184—189.
- Tedenat F., Simerael A. Coccygodynia. Bull. Soc. obstet. Gynec., Paris, 1925, 14, 404—409.
- Thiele G. H. Tonic spasm of the levator ani, coccygeus and piriformis muscles; relationship to coccygodynia. Trans. Amer. Proctol. Soc., 1936, 37, 145—155; J. Missouri M. A., 1936, 145; J. A. M. A., 1937, 109, 1271—1274; Lippincott, Philadelphia, 1943; Kansas City Med. J., 1948, 3, 16—20; Amer. J. Surg., 1950, 79, 110—116; J. Intern. Coll. Surg., 1954, 21, 644; Dis. Colon, Rectum, 1963, 6, 6, 422—436.
- Travell J. The adductor longus syndrome. Bull. N. Y. Acad. Med., 1950, 26, 284—286; Postgrad. Med., 1952, 11, 425; New York J. Med., 1955, 55, 391—340.
- Turrel R. New perspectives in colo-recto-anal surgery. Philadelphia—London, 1965.
- Tuttle J. P. Diseases of the anus, rectum and pelvic colon. New York, 1906.
- Übermuth H. Die Bedeutung der Altersveränderungen der menschlichen Bandscheiben für die Pathologie der Wirbelsäule. Arch. klin. Chir., 1930, 156, 3, 567—577.
- Ukropina D. Coccygodynia. Szpiski Arch. Celok. Lek., 1963, 91, 505—509.
- Villette J., Hacheit J.—Cl., Bonfils S. Importance de facteurs psychofonctionnelles dans les affections algiques ano-rectales. Gas. med. France, 1968, 75, 30, 6115—6122.
- Warbasse J. P. Surgical treatment. Philadelphia—London, 1920, v. 11, p. 358.
- Waters E. G. A consideration of the types and treatment of coccygodynia. Amer. J. Obst. a. Gynec., 1937, 33, 3, 531—535.
- Watson—Jones R. Fractures and joint injuries. Edinburgh—London, 1955, 4—thed., v. 2; Переломы костей и повреждения суставов. М., 1972, перев. с англ.
- Weber C. Die Brueche der Beckenknochen. Bonn, 1870.
- Wein A. B. Coccygodynia; operative and non-operative management as related to the proctologist. Amer. J. Proctol., 1957, 8, 6, 433—438.
- White J. C. Diagnostic blocking of sympathetic nerves to the extremities with procain. J. A. M. A., 1930, 94, 171—176; The autonomic nervous system. Anatomy, physiology and surgical application. New York, 1941, 2-nd ed.; Surgery, 1944, 15, 7—9. Pain and the neurosurgeon. Springfield, Ill., 1969.
- Whitman R. A treatise on orthopedic surgery. Philadelphia—New York, 1919, 6-th ed.
- Willensky T. The levator ani, coccygeus and piriformis muscles. Agents in the causation of coccygodynia, superior gluteal pain and sciatic syndrome. Amer. J. Surg., 1943, 59, 1, 44—49.
- Wilkinson W. R. Coccygodynia: Review of literature and presentation of cases. South. Surgeon, 1947, 13, 280—293.
- Windscheid F. Невропатология и гинекология, их взаимные физиологические и патологические отношения. СПб, 1898.
- Wolf R. Coccygodynia and proctalgia fugax. Orv. Hetil., 1961, 102, 645—646.
- Wright B. D. Treatment of intractable coccygodynia by transsacral ammonium chloride injection. Anesth. Analg. (Cleve.), 1971, 50, 519—525.
- Yasrebi M. Intrasacrale Meningocele mit Spina bifida occulta und kongenitaler Hautsinus. Ein Beitrag zur Kasuistik der dysraphischen Fehlbildungen. Mainz, 1962.
- Yanghan—Jackson O. J. Casuses of coccygodynia. Brit. Med. J., 1953, 4846, 1152—1153.
- Yeoman W. The relation of arthritis of the sacroiliac joint to sciatica. Lancet, 1928, 2, 1119—1122.
- Yeomans F. C. Coccygodynia: a new method of treatment by injection of alcohol. Trans. Amer. Proctol. Soc., 1914, 16, 67—76; Surg., Gynec. a. Obstet., 1919, 29, 5, 612; Proctology, New York, 1936, 2—nd ed.
- Yodice H. A. New treatment of coccygodynia. Arch. Argent. Enferm. Ap. Digest. Nutr., 1932, 8, 733.
- Zukschwerdt L., Emminger E., Biedermann E., Zettel H. Wirbelgelenk und Bandscheide. Stuttgart, 1964.

ЗУД ЗАДНЕГО ПРОХОДА. PRURITUS ANI

Зуд заднего прохода — казалось бы, невинное, но в то же время чрезвычайно неприятное страдание. О причинах этого заболевания нет достоверных сведений. Болеют чаще мужчины среднего и пожилого возраста, но могут болеть и молодые люди. У женщин нередко наблюдается параллельный или самостоятельный зуд наружных половых органов — лобка, половых губ и влагалища — Pruritus vulvae.

О зуде упоминается в трудах Гиппократ, Авиценны, Галена. В 1694 г. I. Lanzonius описал тяжелую форму зуда, назвал это страдание pruritus. Он пытался объяснить его с позиций астрологического учения, связывал с солнцестоянием. Позднее появились упоминания о зуде в медицинских печатных работах (цит. по I. F. Montague, 1924).

В 1868 г. Gross написал статью об успешном лечении зуда курением табака. I. E. Montague (1924) в своей монографии «Зуд промежности» привел графическое изображение роста количества научных работ о зуде с 1861 по 1921 г. По его данным, число это увеличилось от 3 в 1861—1871 гг. до 60 в 1901—1911 гг. В основном это были работы американских авторов.

Из отечественных ученых проблемами зуда одними из первых занимались И. Я. Раздольский (1922), П. В. Никольский (1922) и др. Уже в ранних работах выделяются формы локального зуда (зуд заднего прохода, зуд наружных половых органов и др.). С выделением проктологии как самостоятельной науки вопросами анального зуда начинают заниматься проктологи. Появляется значительное количество сообщений о зуде заднего прохода как за рубежом (L. Vuie, 1939; R. Turell, 1940; A. Santor, 1946), так и в нашей стране (Ф. Ф. Брейтфус, 1935; В. Р. Брайцев, 1952; А. Н. Рыжих, 1954; А. М. Аминев, 1959; И. М. Альф, 1965—1966; В. Л. Головачев, 1965—1968 и др.).

Зуд кожи представляет собой своеобразную форму ощущений, вызывающую потребность чесаться (И. Я. Раздольский, 1922; И. И. Шиманко, 1956; А. С. Дышко, 1962; R. Malecki, 1935).

Нет четкого ответа на вопрос, что такое зуд. Ясно одно, что это очень неприятное, трудно поддающееся лечению заболевание. Указывая на тяжесть заболевания зудом, L. A. Vuie (1932) писал, что больные находятся в состоянии, не поддающемся описанию, преобладающим ощущением в котором является зуд. Некоторые больные заявляют: «боль по сравнению с зудом — пустяк». По справедливому замечанию J. Lockhart-Mummary (1934), анальный зуд, несомненно, одно из самых неприятных заболеваний во всей области проктологии, безуспешность его лечения стала притчей во языцех. Некоторые авторы

считают, что зуд следует рассматривать как симптом, сопровождающий многие заболевания, подобно головной боли или поносу (L. A. Buie, 1931; J. C. Goligher, 1963).

Этиология

Еще в 1911 г. A. Goldscheider высказал мысль о том, что чувство зуда возникает вследствие легкого, но постоянного раздражения окончаний тактильных волокон в условиях гипералгезии.

В этой формуле две основные части — нервная система и раздражитель. В каждой из этих частей много своих составляемых. У нервной системы — концевые окончания, проводники, промежуточные ее аниимальные и вегетативные звенья и центральные аппараты. Каждый уровень нервной системы от концевых аппаратов до коры головного мозга и в обратном направлении может быть в состоянии нормального, пониженного или повышенного восприятия раздражений и ответных реакций. Эта раздражительность, сопряженная с сосудистыми и иными реакциями организма, получила позднее название аллергии с ее нормэргическим, гиперэргическим или гипозэргическим выражениями. Далее стало известно, что организм должен быть каким-либо предшествующим раздражителем приведен в состояние сенсбилизации, повышенной возбудимости. При этом местный или общий дополнительный раздражающий фактор может вызвать гиперэргическую реакцию сенсбилизированного организма. Эта реакция может быть воспалительная (аппендицит, холецистит, панкреатит, плеврит, пневмония, менингит и т. д.) или болевая, психическая, в виде зуда, кожных высыпаний и т. д. Из этого учения легко вытекало представление о зуде как о варианте болевых ощущений.

Вторая сторона явления — раздражитель. Он может быть местный и общий для всего организма, действующий на расстоянии, эндогенный и экзогенный, биологический, химический, физический. В каждом из этих подразделений могут быть десятки и сотни конкретных факторов. С другой стороны, во внешней среде, во внутренних тканях и жидкостях организма могут действовать сотни различных раздражителей. Взаимодействие различных уровней повышенной чувствительности нервной системы и большого числа экзо- и эндогенных раздражителей может дать бесчисленное множество вариантов, при которых проявляется гиперэргическая реакция, в частности и в виде общего или местного зуда.

Таковы общие предпосылки для рассмотрения этиологии и патогенеза развития зуда вообще и особенно интересующего нас в данной главе заднего прохода. Рассмотрим последовательно в хронологическом порядке высказывания некоторых отечественных и зарубежных авторов об этиологии и патогенезе общего, распространенного и локальных форм зуда.

Разными авторами описано много причин, вызывающих зуд заднего прохода, предложены различные классификации этого заболевания. В 1873 г. W. Allingham (1901) пытался объяснить зуд заднего прохода излишествами в питании и приеме алкоголя. I. F. Montague (1924), A. Cantor (1946), W. V. Gabriel (1945, 1948), R. Turell (1948), J. C. Goligher (1961, 1967) и др. в своих классификациях выделяли первичный (эссенциальный, криптогенный, идиопатический, истинный) и вторичный зуд заднего прохода. Для объяснения вторичного зуда приводилось множество разнообразных местных и общих заболеваний. Л. Л. Лобак различал первичный зуд — нейрогенный и вторичный, зависящий от поражения кожи.

W. O. Hergmanse (1930; цит. по Н. Е. Васол, 1938) и P. C. Blaisdell (1936) считали, что самой частой причиной зуда являются криптиты. L. J. Hirschman (1937) писал, что задержка секрета в анальных криптах при воспалении может вызвать их переполнение и зуд. На возможность осложнения криптита зудом указывал J. T. Hagner (1940). A. Bensaude, J. Burckel (1940) отмечали, что если и известным наблюдения, когда удаление одного гипертрофированного анального сосочка вызывало излечение упорного зуда, то они очень редки.

J. E. Rochouchot с соавт. (1971) поддерживают точку зрения британских проктологов из госпиталя св. Марка, некоторых американских (A. J. Cantor) и других проктологов (J. Arpous), утверждающих, что нет такого зуда заднего прохода, «который бы не был связан с ано-ректальными проявлениями, не был бы проктологическим». Следует лишь хорошо поискать эти заболевания, не забывая и о венерических болезнях. Эти авторы считают неправомерным термин «криптогенный зуд», рекомендуют его избегать. По их мнению, диагноз при зуде всегда должен быть сочетанным.

J. Macalpine (1953) рассматривал зуд как проблему преимущественно нервно-психическую. J. L. Fromer (1955), наоборот, говорил о дерматологических аспектах зуда. М. И. Теверовский (1957) выделял форму зуда наружных половых органов, которая не зависит от местных или общих причин. И далее указывал, что такую форму Golshausen называл — *pruritus essentialis*, Wolthardt — психоневроз. По наблюдениям И. М. Алфа (1965—1966), совпадающим с данными некоторых других авторов

(J. Goligher, 1967 и др.), в среднем 50% больных страдает первичным и такое же количество — вторичным зудом. В течении истинного зуда он выделяет две формы — острую и хроническую.

Первичный, или идиопатический зуд заднего прохода проявляется без каких-либо предшествующих поражений тазовых органов и при отсутствии общих заболеваний, которые могли бы считаться причиной его развития. Среди полного здоровья человек начинает испытывать неприятные ощущения и зуд в области заднего прохода. Болезнь может прогрессировать и длительно беспокоить больного без видимой причины. Подробный расспрос и обследование дают возможность установить не открытую ранее причину заболевания, например, длительную ходьбу, избыточное потение на работе, тяжелые психические переживания, а чаще всего скрыто протекающее заболевание прямой кишки и заднего прохода (геморрой и др.). При этом зуд является также вторичным, своеобразной реакцией нервной системы на раздражение кожи,

но есть и такие формы заболевания, при которых самое тщательное изучение больного не дает основания остановиться на каком-либо эндогенном или экзогенном факторе. Такой зуд условно можно считать первичным. Условно потому, что по мере развития науки и усовершенствования методов диагностики термины «идиопатический», «эссенциальный», «спонтанный», «самопроизвольный», «первичный» и т. д. должны уйти в область преданий. Причины неясных заболеваний будут все более точно устанавливаться.

А пока следует считать, что у некоторых людей среди полного здоровья может появляться первичный зуд заднего прохода.

Однако и у этих больных, как правило, остается тот же базис заболевания, что и при симптоматическом, вторичном зуде заднего прохода. Это наследственная склонность к экссудативным кожным заболеваниям, повышенная возбудимость нервной системы, гиперэргический характер реакций сенсibilизированного организма.

Некоторые исследователи считают, что зуд заднего прохода является результатом внедрения микробов в кожу. Такими возбудителями Зелигманн считал особый вид диплококка. Кастелани обвинял молочницу, трихомонад и некоторые формы кожных грибов.

J. T. Lenkins (1948) отмечал различные реакции на одни и те же условия у различных людей. Он писал, что примерно у 60% лиц, страдающих анальным зудом, болезнь вызывается грибом или вторичной инфекцией ано-ректальной области, чему способствуют крыты, анальные железы, язвы, свищи, вагинальные нарушения как предрасполагающие причины. Однако можно наблюдать пациентов, у которых имеется выпадение слизистой оболочки, внутренних геморроидальных узлов, мацерация, а зуда нет.

А. М. Ариевич (1949) описал вызывавшийся дрожжевыми грибами поверхностный бластомикоз, который располагался в пахово-бедренных складках и в области заднего прохода. Это заболевание он наблюдал у 17 детей в возрасте от 2 недель до 4 лет и у 5 взрослых в возрасте от 32 до 50 лет. Основными первичными элементами поражения у детей являются пузырьки величиной с булавочную головку, очень поверхностно расположенные, плоские, вялые, часто превращающиеся в пустулы и эритематозные, слегка возвышающиеся над уровнем пятна величиной с чечевицу. Везикулы, или пустулы, быстро лопаются и образуют небольшие эрозии с подрытыми краями. Эрозии обладают периферическим ростом, сливаются, образуют более крупные эродированные участки, занимающие иногда большие площади кожной поверхности. Эритематозные пятна также обладают периферическим ростом и образуют эритематозно-сквамозные очажки величиной с мелкую монету. Больные при этом поражении испытывают нестерпимый зуд в области заднего прохода.

Большинство исследователей микробную флору, высеваемую из области кожного зуда, считают вторично внедрившейся в места мацерации и расчесов.

Вторичный зуд заднего прохода сопровождает чаще всего заболевания прямой кишки и заднего прохода, при которых выделяются гной, слизь, кал. К таким заболеваниям относятся свищи, заднего прохода, геморрой с выпадением узлов и слизистой оболочки — первичным или после операции Уайтхеда, выпадение прямой кишки, тем более если оно осложняется слабостью сфинктера, недержанием кала или постоянным выходением кишки. Сюда же относятся хронические проктиты, колиты и новообразования прямой кишки с более или менее постоянным вытеканием слизи из заднего прохода. Особенно раздражает кожу слизисто-кровянистая, пхорозного запаха жидкость, вытекающая из прямой кишки при запущенных формах низкорасположенного рака этого органа.



Рис. 41. Поверхностный дрожжевой бластомикоз области заднего прохода по А. М. Ариевичу.

При воспалительных заболеваниях прямой кишки (проктит) инфекция нередко гнездится преимущественно в морганиевых криптах. В процессе исследования с помощью ректоскопа или ректального зеркала можно видеть нормальную слизистую оболочку прямой кишки и гиперемию, набухание, разрыхление слизистой оболочки в области морганиевых столбиков и крипт. Эта картина криптита может иногда клинически давать симптом зуда, и поэтому некоторые авторы выделяют как особый подвид заболевания криптогенный зуд заднего прохода.

Работа в горячих цехах около горнов, длительная ходьба в жаркую погоду, когда общее потение сопровождается потением промежности, вызывают у некоторых больных появление зуда заднего прохода. Устранение этих условий обычно ведет к исчезновению симптома зуда.

У женщин причиной зуда может быть вытекание гноя из влагалища при хронических вульвовагинитах. Трихомонадный кольпит с пенстыми, разъедающими выделениями — одна из частых причин зуда заднего прохода и наружных половых органов у женщин (В. Я. Глотова, 1962).

Зуд заднего прохода осложняет основное заболевание далеко не у всех, а лишь у очень незначительной части больных. Тут, несомненно, играет роль состояние нервной системы пациента, характер его аллергических, кожно-экссудативных реакций.

Кроме заболеваний тазовых органов и наличия местных условий (мокнутие-потение), способствующих появлению зуда заднего прохода, многие общие заболевания у некоторых больных могут осложниться этим симптомом. Сюда относятся заболевания печени и почек, авитаминозы, глисты, подагра, ревматизм, диабет, сифилис (Г. С. Маслов, 1934; И. Н. Дмитриева, 1936; И. И. Потоцкий, 1943), малярия (И. Елигулашвили, 1927), алкоголизм, эндокринные и аллергические заболевания, а также органические поражения головного и спинного мозга. Ф. Ф. Брейтфус (1935) говорил, что в литературе насчитывается более сотни заболеваний, которые могут вызывать зуд заднего прохода или создавать предрасположение к нему, «и все же в большинстве случаев нельзя найти причину болезни».

Типичный упорный симптоматический зуд, зависящий от интоксикации желчью, посящий нередко универсальный характер, наблюдается при тяжелых формах обтурационных желтух (К. Георгиевский, 1930). Эндогенные интоксикации при других заболеваниях также могут быть причиной зуда (В. А. Строкин, 1929; А. А. Сайко, 1957—1958). Экзогенные, особенно промышленные интоксикации при наличии в воздухе ядовитых продуктов в виде пыли, дыма или паров (ртуть, свинец, фосфор, сера, масла, табачное производство и пр.), могут вызвать профессиональные кожные высыпания и быть причиной зуда заднего прохода.

Из эндогенных интоксикаций известны еще лекарственные сыпи при передозировке или при повышенной чувствительности пациентов к некоторым медикаментам (иод, бром, мышьяк, ртуть, сальварсан, препараты опиума и красавки, ихтиол, лизол, антибиотики и др.), а также пищевые интоксикации при явлениях идиосинкразии к тому или иному виду пищи (земляника, желток яйца, речные раки и т. д.).

Происхождение кожного зуда пытаются поставить в зависимость от нарушения обмена веществ, от биохимических сдвигов в коже и во всем организме. Многочисленные работы, проведенные в этом направлении, еще не дали отчетливых результатов, и на основании их нельзя делать категорические выводы.

Нет никакого сомнения в том, что зуд заднего прохода — заболевание, имеющее выраженную связь с состоянием нервной системы. Некоторые авторы настойчиво указывают на чисто нейрогенное происхождение зуда заднего прохода. Они рассматривают его как истерический синдром, как выражение общего невроза и не придают никакого значения другим местным и общим причинам (А. В. Логинов, 1945—1954; Л. Г. Ерохина, 1953—1958 и др.). Но искать у всех больных причину только в заболевании нервной системы и отрицать или умалять значение местного раздражения будет неправильно.

И. В. Марков (1921) причиной зуда женских половых органов считал хроническое воспаление срамных нервов. Для лечения зуда он предложил резекцию этих нервов. Основными причинами зуда П. В. Никольский (1923) называл повышенную чувствительность нервной системы, увеличение количества раздражающих химических веществ в крови — болезни печени, почек, нарушения обмена веществ. С. Есснер (1926) выделял внутренние причины зуда — функциональные и органические поражения нервной системы, заболевания крови, накопление шлаков в крови, внешние причины — механическое трение, аномалии выделения пота и жира, сужение или расширение сосудов кожи. Острицы, выползающие из просвета кишки на кожную поверхность, у девочек иногда заползающие во влагалище, вызывают нестерпимый зуд, беспокойство, обычно в ночные часы. W. P. Mac Arthur (1931) отмечал, что у всех больных, страдающих зудом заднего прохода, нужно думать об энтеробиозе как возможной причине заболевания. Необходимо тщательно искать глистов в содержимом кишечника, яйца глистов в кишечном отделяемом, под ногтями и т. д. При положительных результатах принять меры для дегельминтизации, имея в виду, что слепая кишка нередко является главным питомником для глистных особей.

В статье об энтеробиозе у детей А. Н. Jacobs (1942) сообщил, что он обследовал 228 детей и у 31,3% из них обнаружил остриц. У 21,3% имелся зуд, который нередко вызывался острицами. М. Petersen (1942) сообщил, что 59% из числа обследованных имели остриц. W. N. Sisk (1943—1944) нашел их более чем у 20% обследованных. По J. E. Miller (1944), в 7 червеобразных отростках после 35 аппендэктомий (20%) были обнаружены острицы. Военно-медицинской службой США в 1944 г. проводилось обследование 2400 взрослых и детей. У 41% из них данные свидетельствовали о наличии остриц.

Этиологические моменты зуда R. Malecki (1945) разделяет на физические—холод или тепло; нервно-психические — страх, ужас, истерия; отравления — лекарственные, пищевые, аутоинтоксикация; местные — проктит, криптит, геморрой и др.; общие заболевания — туберкулез, сифилис и пр.; расстройства деятельности желез внутренней секреции.

В. И. Филиппчик (1959) у 12 из 34 больных выяснил причины зуда: аскариды — у 8, хронический проктит — у 3, сахарный диабет — у 1. Среди больных, наблюдавшихся Н. М. Spinka (1961), 10% было с заболеваниями внутренних органов, 25% — с заболеваниями прямой кишки, 25% — с грибковой и бактериальной инфекцией. В 45% причина зуда не выявлена (шейрогенный зуд).

В. И. Сербин (1963—1964) на основании своих исследований пришел к выводу, что зуд заднего прохода является выраженным, редко врожденным, большей частью приобретенным невротическим состоянием коры головного мозга, «обуславливающим чрезвычайное повышение зудовой возбудимости и приступообразный характер зуда». В возникновении зуда играют роль локальные этиологические факторы в виде заболеваний заднего прохода, прилежащих и отдаленных органов, которые вызывают явления аутоинтоксикации. Этиологические факторы зуда заднего прохода, по мнению этого автора, бывают множественными, в индивидуально различных сочетаниях.

И. М. Альф (1965—1966) при комплексном обследовании 89 стационарных больных, страдавших анальным зудом, у 89 нашел те или иные признаки катарального проктосигмоидита с изменением в сигмовидной и прямой кишках кислотно-щелочного баланса, с резким сдвигом в щелочную сторону до 8,5—10,0 рН (в норме — 6,5—7,5). Зуда никогда не бывает при нормальной или повышенной кислотности кишечных масс. При зуде в этих массах определяется ненормально высокая концентрация протеолитических ферментов, воздействие которых на нервные окончания перianальной кожи, возможно, приводит к появлению зуда. Вследствие усиленного протеолиза в пораженной коже резко (в 2—3 раза, с 50—70 мг% в норме до 140—170 мг%) нарастает содержание остаточного азота.

У всех больных, страдающих зудом заднего прохода, мы тщательно собирали анамнез и нередко отмечали, что экземами страдали несколько родственников больного и сам он, кроме зуда заднего прохода, нередко имел экзематозные высыпания в других областях тела. Этими областями чаще всего были поверхности с повышенной потливостью, с соприкосновением и трением кожных покровов — ладони, межпальцевые промежутки рук и ног, подмышечные впадины, паховые области, промежность.

Наши сотрудники В. С. Крамарь и В. Л. Головачев (1969) исследовали бактериальную флору толстой кишки при зуде заднего прохода. При этом они ссылались на работы Бикоротова (1938), Акермана (1950), Е. И. Кричевской (1951), А. А. Сайко (1957, 1958, 1959), утверждавших, что механизм зуда объясняется нарушением равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами нервной системы; на работы Унгер (1952), Шелли, Артура (1955, 1956), в которых отмечалось большое значение в возникновении зуда протеолитических ферментов и утверждалось, что вызывающий зуд агент является ферментом белкового характера; на работы Миллета (1942), Т. Баумгартеля (1950), Х. С. Коштойица (1951), Л. Г. Перетца (1953, 1958), в которых указывалось, что бактерии кишечника принимают участие в декарбоксилировании белков и образовании гистамина.

В связи с недостаточной изученностью данного вопроса В. С. Крамарь и В. Л. Головачев занялись исследованием качественного и количественного состава кишечной флоры у больных, страдавших зудом заднего прохода. Для исследования взято 17 человек с этим заболеванием и для контроля — 17 здоровых людей того же возраста. Не вдаваясь в подробности изложения многочисленных бактериологических исследований, проведенных этими авторами, приведем только заключительный абзац их статьи: «Микрофлора кишечника у больных анальным зудом изменена в сторону уменьшения количества кишечных палочек, ухудшения их биологических свойств. Увеличивается число микробов — показателей дисбактериоза, что, несомненно, заслуживает внимания и требует дальнейшего, более глубокого изучения».

В. Л. Головачев исследовал с помощью ректального зеркала и ректороманоскопа в общей сложности 206 больных, страдавших зудом заднего прохода. У 59 из них были обнаружены заболевания дистального отдела ободочной и прямой кишок — проктит, геморрой, трещины заднего прохода, которые можно было считать причиной зуда.

М. И. Пер (1936) в статье о ложносифилитических экзантемах генито-анальной области у взрослых и детей приходит к выводу, что встречающиеся здесь неспецифические высыпания объясняются наличием у взрослых папулезных элементов, а у детей —

папулезных и вакцинформных. Эти сыпи в той или иной степени вызывают явления зуда. Все описанное и составляет сущность вторичного, или симптоматического зуда заднего прохода.

Классификаций кратких и полных перечислений причин анального зуда в литературе приводится множество. Почти каждый автор статей о зуде заднего прохода высказывает свои взгляды и мысли по этому поводу.

В зависимости от преимущественной локализации процесса M. Winkler (1927), кроме общего зуда, выделял следующие формы местного зуда: зуд краев век, слизистой оболочки рта, головы, крыльев носа, слухового прохода, ладоней и подошв, голени, заднего прохода, наружных половых органов. Ни один участок кожных покровов человека и прилегающих к ним слизистых оболочек не гарантирован от возникновения зуда, поэтому наиболее часто встречающиеся формы локального зуда обычно принято выделять как отдельные заболевания.

J. L. Fromer (1955) считает, что все причины зуда заднего прохода следует разделить на 4 основные группы: проктологические заболевания — геморрой, трещины, криптит, свищи, кишечные запоры и т. д. — 25%; дерматологические заболевания — псориаз, себоррея, грибковые, бактериальные, глистные причины — 20%; эссенциальные заболевания, неизвестные причины — 45%; системные поражения как основа зуда — 10%. Н. М. Spinka (1961) придерживается этой классификации и предлагает проводить лечение в соответствии с перечисленными основными причинами зуда.

В зависимости от причин возникновения зуда W. B. Gabriel (1932—1963) выделяет 7 следующих его форм: 1) подтекание каловых масс; 2) повышенное потение, усиливаемое теплой или шерстяной одеждой; 3) выделения слизи, которые бывают при выпадении прямой кишки, после операции Уайтхеда и после других хирургических вмешательств в этой области; 4) ненормальная анальная сырость при трещинах, свищах, кондиломах, анальных сосочках, больших наружных геморроидальных узлах; 5) паразитические причины; 6) микотические причины — эпидермофития, трихофития, дрожжевые грибки, *monilia albicans*; 7) тяжелые хронические зуды при диабете или неизвестного происхождения.

Довольно подробные классификации причин зуда заднего прохода в своих работах приводят A. Cantor (1946), R. Turell (1959), Н. М. Spinka (1961) и др. Опубликованные литературные данные далеко не полностью отражают современные представления об этиологии зуда и не охватывают все многообразие этиологических факторов. Поэтому, несколько изменив и дополнив на основании собственного опыта и литературных изысканий классификацию A. Cantor (1946), мы предлагаем следующее перечисление причин как общего, распространенного, так и локального, в особенности анального зуда.

I. Первичный — нейрогенный, эссенциальный, идиопатический зуд.

II. Вторичный зуд.

1. Местные причины. Заболевания ано-ректальной области: трещины, свищи, геморрой, проктит, криптит, гипертрофия и воспаление анальных сосочков, папиллит, послеоперационные рубцы, экзема периаанальной области, вызванная выше и ниже перечисленными причинами, но зуд может быть и без наличия экземы; заболевания соседних органов — хронические колиты, сопровождающиеся запорами или поносами, заболевания мочеполовых органов: у мужчин — увеличение предстательной железы, ведущее к затруднению мочеиспускания (остаточная моча), уретриты, циститы, сопровождающиеся выделениями; у женщин — кольпит и другие заболевания, ведущие к выделениям из влагалища.

2. Общие заболевания: печени, желчных путей, поджелудочной железы, крови, почек, злокачественные заболевания внутренних органов, заболевания женских половых органов, склероз и атеросклероз сосудов, эндокринные заболевания, поражение нервной системы — периферических стволов, корешков или чувствительных проводников в спинном мозге.

3. Нервно-психические воздействия: испуг, нервные расстройства на работе, в быту, вне дома и работы, внушения, истерия, сексуальные расстройства, другие нервные и психиатрические эксцессы.

4. Инфекционные заболевания: сифилис, гонорея, четвертая веперническая болезнь, малярия, туберкулез, актиномикоз, кокцидиозидоз.

5. Нарушения обмена веществ: авитаминозы, ожирение, токсикозы беременности.

6. Эндокринные нарушения: диабет, акромегалия, тиреоидная дисфункция, угасание оварияльной функции.

7. Аллергические реакции: повышенная чувствительность к бактериальным токсинам, грибкам или кишечной инфекции; повышенная чувствительность к некоторым видам пищи — яйцам, грибам, землянике, клубнике, помидорам, острым видам пищи, приправам, пряностям, орехам, сырам, ракам, омарам, устрицам и пр.; повышенная чувствительность к лекарственным веществам — кофеину, антибиотикам и др.; повышенная чувствительность к некоторым видам туалетной бумаги, к запахам трав, цветов, сена и пр.

8. Химические факторы: преимущественно щелочные вещества, находящиеся в каловом содержимом — индол, скатол, бактериальные токсины; щелочная или реж

кислая моча, содержащая кальциевые, мочекислые, щавелевокислые, фосфорнокислые кристаллы; некоторые виды верхней одежды (шерстяная, синтетическая) и нижнего белья (вискозное, синтетическое); агенты, содержащиеся в стиранных пеленках, которые вызывают зуд у детей; различные промышленные, профессиональные интоксикации; потение.

9. Паразиты: простейшие кишечника, острицы, трихомонады, грибки, кокцидии, кандидомикоз, чесоточный клещ, вшивость.

10. Механические причины: верхняя одежда, расчески, растирание одежды.

11. Термические факторы: холод, тепло.

Прав был J. W. Riddoch (1937), который говорил, что у человека мало таких болезней, как зуд, имеющих так много и столь разнообразные этиологические моменты.

Патогенез

Несмотря на то, что о зуде упоминается еще в трудах Гипократа, до сего времени нет единой, общепринятой, точно установленной точки зрения на механизм его возникновения. Не существует определенного мнения ни о характере зудовоспринимающих рецепторов, ни о путях его проведения, ни о локализации в центральной нервной системе соответствующих центров. Нервная система каждого живого существа является посредником между организмом и окружающей средой. Для осуществления этой роли в процессе филогенетической эволюции, по мнению И. Я. Раздольского (1922), возникли разнообразные периферические аппараты. Ведущее место в этом отношении имеет кожа. По определению О. Н. Подвысоцкой (1954), кожа представляет собой огромное рецептивное поле, с помощью которого и через которое организм осуществляет многообразные условные и безусловные рефлекторные акты. Наиболее важной является рефлекторная деятельность, направленная на сохранение индивидуума — инстинкт самосохранения. По данным И. Я. Раздольского (1922), А. С. Дышко (1962) и других, зуд является защитным сигналом с кожи, играет большую роль в борьбе за существование, предупреждает о наличии на теле животного вредоносного начала (муха, комар, оса и т. д.).

Разными авторами описано много взглядов на происхождение ощущения зуда. Приведем основные из этих взглядов.

1. Зуд — передаваемое по наследству ощущение.

2. Ведущую роль в возникновении зуда играет центральная нервная система.

3. Ведущая роль принадлежит периферической, в том числе вегетативной нервной системе:

а) зуд — самостоятельное ощущение;

б) зуд — разновидность тактильной чувствительности;

в) зуд — разновидность боли.

4. Зуд — результат раздражения организма экзо- и эндогенными токсинами, аллергенами:

а) экзогенными, попадающими через пищеварительный тракт, через дыхательные пути;

б) эндогенными — белками, жирами, углеводами, гистаминами и гистаминоподобными веществами.

5. Клеточная теория — зуд зарождается в клетках эпидермиса. И. С. Есснер (1926) считал зуд своеобразным, типа парестезий, расстройством чувствительности, которое возникает от раздражения телец Фатера, Мейснера, колбочек Краузе или всех одновременно. S. Rothman (1926—1954) сделал вывод, что чувство зуда воспринимается и проводится рецепторами, проводниками боли.

Изучая механизм кожного зуда, И. М. Щербаков (1935) пришел к выводу, что зуд является самостоятельным физиологическим ощущением, которое занимает среднее положение между тактильным чувством и болью, что имеются рецепторы зуда и проводящие зуд пути, проходящие через спинной мозг. Такой же точки зрения придерживались И. Я. Раздольский (1922), А. С. Дышко (1963).

W. Brack (1935) указывал, что ощущение зуда возникает в результате быстрого сужения или расширения капилляров. По его мнению, действие причины, вызывающей зуд, зависит от индивидуума, от предрасположения к зуду. Представители этой точки зрения стоят на позиции физиологического идеализма. Разные по характеру реакции они ставят в зависимость от различных внутренних состояний клеток. Разумеется, эта точка зрения не может быть принята для объяснения патогенеза зуда.

Большое место в возникновении анального зуда J. W. Riddoch (1937) отводил венозному застою. В 1938 г. Bickford обнаружил повышенное содержание гистамина в зудящей коже (цит. по А. Askertan, 1950). А. В. Логинов (1945) механизм возникновения зуда объяснял нарушением равновесия между симпатическими и парасимпатическими отделами нервной системы. Он обнаружил повышенное содержание адреналиноподобного вещества у больных, страдающих невродермитом, и ацетилхолина — у боль-

ных с экземой. У первых наблюдалась повышенная возбудимость симпатической нервной системы, у вторых — холинэргических волокон.

По К. М. Быкову (1947), зуд является одной из своеобразных форм тактильного ощущения. Как утверждал З. Н. Гржебин (1948), зуд воспринимается заложенными в эпидермисе безмиелиновыми волокнами и передается к чувствующим центрам. Не исключена возможность проекции центрального раздражения на периферию.

Чтобы оценить участие гистамина в возникновении зуда, R. R. Sonnenshein с соавт. (1949) вводили внутрикожно раствор гистамина 1:2000 одновременно с 5% раствором тетраэтиламмония хлорида. При этом зуд не возникал. По И. И. Русецкому (1950), зуд появляется при поражении или при функциональном нарушении симпатической нервной системы.

На связь зуда с накоплением в коже биологически активных веществ указывали Е. И. Кричевская с соавт. (1951). Изучая содержание гистамина, адреналина и ацетилхолина в коже животных при зуде, они установили нарастание гистамина и ацетилхолина, без изменения содержания адреналина. Эти наблюдения подтвердил F. E. Sognia (1952) и отводил им определенное место в патогенезе зуда.

Выделяющиеся при зуде гистамин и ацетилхолин, как это показали А. В. Логинов (1954), Е. И. Кричевская (1951) и др., раздражают нервные окончания, посылают импульсы в кору головного мозга, где создают очаг возбуждения. Получается своего рода «порочный круг», когда патологические импульсы из кожи вызывают и поддерживают нарушение функции коры, а та, в свою очередь, не исправляет патологические сдвиги в коже.

Появились исследования, которые, по мнению их авторов, свидетельствуют о большом значении протеолитических ферментов в возникновении зуда. По мнению G. Ungar (1952), W. B. Shelley (1955), R. Arthur (1955—1957), зудовывзывающий агент есть фермент белкового характера. Он встречается в большом количестве в бактериях, грибах, в растительных и животных белках. Интенсивность зуда меняется в зависимости от характера белка и концентрации соответствующего фермента. При незначительных количествах белка зуд протекает без изменения кожи, при больших количествах возникают покраснение и отек. Источники пруритогенных ферментов могут быть всевозможные. Бактерии и грибки выделяют протеазу, из эпидермиса может выделяться каталпин, из капилляров — плазмин и т. д.

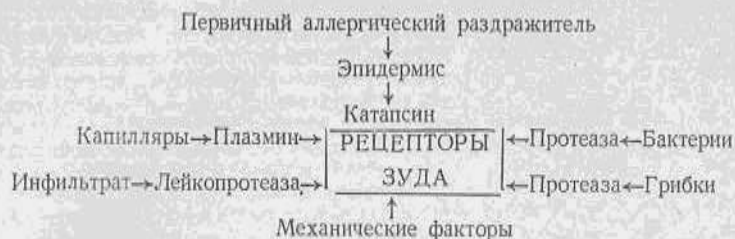
Преобладание вагосимпатических явлений у больных, страдающих невродермитом, и вагопарасимпатических у больных, страдающих экземой, наблюдали Р. Я. Малькин и Г. М. Большакова (1953). Они считали, что развитие вегетативных дисфункций при зудящих дерматозах вызывается торможением в коре больших полушарий. Другие исследователи также отводят важное место в патогенезе зуда центральной нервной системе. Подробное изучение роли нервной системы в патогенезе кожных заболеваний вообще и зуда в частности было проведено О. Н. Подвысоцкой (1954), Б. А. Сомовым (1957), А. С. Дышко (1959, 1961) и другими советскими учеными. А. С. Дышко при возникновении зуда наблюдал сужение капилляров кожи. Из этого он сделал вывод, что в появлении зуда главную роль играет не устойчивое состояние капилляров, а процесс изменения этого состояния.

Л. Г. Ерохина (1953, 1958) отметила отсутствие зуда в районах пониженной болевой чувствительности и восстановление его силы одновременно с появлением болевой чувствительности, а также усиление в зонах гиперестезии. Эти наблюдения дали ей основание высказать мнение, что чувство зуда тесно связано с ощущением боли.

А. Н. Рыжих (1956) считал, что при анальном зуде возникает застойный очаг раздражения в коре головного мозга, который обуславливает неадекватную реакцию значительного зуда на незначительные раздражения кожных рецепторов.

Занимаясь изучением патогенеза зуда при болезни Ауески у мышей, А. А. Сайко (1957—1958) обнаружила снижение ацетилхолина и гистамина в зудящей коже, но повышение симпатических веществ, вызывающих резкий положительный эффект сердца лягушки. Содержание ацетилхолина и активность холинэстеразы в головном мозге снижались. Угнетение холинэргических процессов в головном мозге ведет, по мнению А. А. Сайко, к угнетению аналитической функции коры головного мозга, к некоторому расторможению подкорковых функций и активированию протопатической чувствительности. Объясняя механизм возникновения зуда после внутрикожного введения морфия, G. Rajka с соавт. (1957) предполагал, что вследствие рефлекса после введения морфия происходит выделение эндогенной, пруритогенной субстанции — первая фаза двухфазного механизма зуда. Во второй фазе через освободившуюся пруритогенную субстанцию эффект возбуждения доходит до более высоких центров.

W. B. Shelley (1958) разработал следующую схему возникновения зуда.



Он считал, что гистамин действует не прямым путем, а, возможно, на протеиназы, которые вызывают зуд.

S. Mopach, J. F. Wollner (1958) вводили в кожу путем насечек фицин, папин, панкреатин, химотрипсин в различных разведениях. При этом наблюдался зуд, интенсивность которого зависела от концентрации вводимого вещества. Защищая точку зрения родственности зуда и боли, R. Turell (1959) писал о том, что зуд наиболее тесно связан с болью, ибо он не бывает в анальгезированных областях, но восстанавливается, когда появляется восприятие боли. Он разделял зуд на два вида: 1) ограниченный — ощущение, ограниченное точкой возбуждения, существует несколько минут; 2) с более обширной областью зудящей кожи вокруг точки возбуждения, которая может существовать несколько часов или дней. Это деление зуда аналогично тому, которое дал Y. Zotterman (1959) болевой чувствительности. Он ее делил на первичную боль — хорошо локализованную, связанную с быстро проводящими волокнами, и вторичную боль — разлитую, жгучую, связанную с медленно проводящими С-волокнами. R. Turell считал, что ограниченный зуд и первичная боль, вероятно, проводятся одними проводниками, а зудящая кожа и вторичная боль — другими. Необходимым условием восприятия зуда является неповрежденный эпидермис.

На основании изучения структурных изменений кожи и ее нервных механизмов при зуде Д. С. Сакварелидзе (1960) пришел к заключению, что различия чувства боли и зуда связаны не с существованием отдельных видов анализаторов, а с различной функциональной активностью одних и тех же рецепторов. A. G. Schutte, M. Tolentino (1962) писали, что химические и механические раздражения, инфицирование анальной области могут вызвать воспалительные изменения, раздражение мейснеровых чувствительных телец, а это сопровождается чувством зуда.

По мнению Я. В. Панковой (1963), при зудящих дерматозах происходит ослабление корригирующей деятельности коры больших полушарий, нарушаются взаимоотношения между корой и подкоркой, наступает перевозбуждение того или иного отдела вегетативной нервной системы, что приводит к нарушению невротрофических процессов в коже, а возникшие сдвиги в биохимизме тканей — к накоплению в коже веществ, которые вызывают или поддерживают зуд. В определенных условиях, при ослаблении деятельности центральной нервной системы, она не способна корригировать нарушенное равновесие организма.

Huet утверждал, что зуд зарождается в клетках эпидермиса, а повышенная чувствительность клеток кожи к зуду передается по наследству. Hezzheimer также считал, что повышенная чувствительность к зуду и нервно-психическая неустойчивость передаются по наследству. Arrighi подтверждал возможность наследственной передачи зуда в качестве доминантного признака (последние три автора цитированы по А. С. Дышко, 1962).

Из приведенных кратких литературных данных явствует, какое разнообразие мнений, теорий, предположений, утверждений, теоретически необоснованных, а также с претензиями на экспериментальное и клиническое обоснование высказано по поводу патогенеза зуда, однако до сих пор нет более или менее точных и общепризнанных данных и положений.

Патологическая анатомия

В начальной стадии заболевания при легких степенях зуда морфологические изменения могут быть очень незначительны, при внешнем осмотре они почти незаметны, особенно если дело касается первичного идиопатического характера процесса. При средней степени поражения и при вторичном зуде, развивающемся на почве местного раздражения гноем, слизью или калом, отмечаются изменения кожи, окружающей задний проход. Кожа отекает, увлажняется, мацерируется, отмечаются явления гиперемии, экзематизации. Появляются эскорнации, расчесы. Кожные складки утолщаются и плотнее закрывают отверстие заднего прохода. Глубина наружной анальной воронки уменьшается вследствие отека тканей. Редко бывает сухая форма поражения. Тогда кожные складки становятся плотными, как бы ороговевшими, но в глубине между ними кожа остается увлажненной, мацерированной. В результате внедре-



Рис. 42. Микроскопическая картина перипанальной кожи при зуде по Такеру, имеется набухание (вагинолизация) клеток базального слоя.

периплазия и склероз соединительной ткани. В третьей стадии видны нарушения целостности эпидермиса, гиперкератоз, гиперплазия сетчатого слоя с внутриклеточным отеком, который обнаруживает тенденцию к везикуляции. Гипертрофия распространяется в межсосочковое пространство. Имеется субэпителиальная клеточная инфильтрация, в которой преобладают многоклеточные элементы и дилатация эритроцитов. Отмечается расширение сосудов и лимфатических пространств, общий отек, скопление бактерий в верхних слоях ткани.

S. Jessner (1926) указывал, что при хроническом зуде развивается воспаление в глубоких слоях кожи, которое приводит к гипертрофии ее соединительнотканых элементов. Кожа уплотняется, теряет эластичность.

C. C. Tucker, A. Hellwig (1937) подвергли гистологическому исследованию кожу и ее нервные элементы у 43 больных, страдавших зудом заднего прохода. Каким-либо заметных изменений нервных волокон и их оболочек они не нашли. Но в поверхностных тканях обнаружили набухание эпидермальных клеток, неравномерную пролиферацию сетчатого слоя и волосяных фолликулов, гиперкератоз с разрушением волосяных фолликулов и атрофию сальных желез. Эта гистологическая картина соответствует микроскопическим изменениям, наблюдаемым при химическом дерматите. H. E. Vason (1933—1962) отмечал, что при анальном зуде эпителиальный слой утолщен, в глубоких частях его видна пролиферация, под эпителием кровеносные и лимфатические сосуды расширены, соединительная ткань фиброзно перерождена и отечна, сальные железы атрофированы, окружены круглоклеточной инфильтрацией. О гистологических изменениях в слоях кожи и в подлежащих тканях при анальном зуде сообщали также W. B. Gabriel (1929—1963), R. Turell (1941) и др.

Состояние нервного аппарата перипанальной кожи при зуде

Мысль о нейрогенном патогенезе зудящих дерматозов принадлежит отечественным дерматологам. В конце прошлого столетия выдающийся русский дерматолог А. Г. Полотебнов (1887) на основании клинко-физиологических исследований указывал на значение нервной системы в течении патологических процессов в коже. П. В. Никольский (1923, 1930) рассматривал патологические явления в коже в общем комплексе функциональных нарушений деятельности органов и систем организма, придавал при этом большое значение функциональным сдвигам в нервной системе.

В свете современных взглядов кожа представляет собой огромное рецептивное поле. Многообразные физиологические процессы в коже, как и во всем организме, регулируются центральной нервной системой. При заболевании кожи функции кожных рецепторов в той или иной степени нарушаются и создаются условия для возникновения патологических кортико-дермальных связей.

Исследования И. П. Павлова по физиологии высшей нервной деятельности дали основание по-новому подойти к объяснению различных заболеваний организма вооб-

ния инфекции через расчесанные экскорированные участки кожа воспаляется. Появляются пустулы. Пиодермия распространяется за пределы промежности — на заднюю поверхность мошонки, на ягодичные и паховые области, на внутренние-верхние поверхности бедер.

При далеко зашедших заболеваниях больной постоянно испытывает сильный зуд. Он не может удержаться от расчесывания зудящих участков, а это ведет к дальнейшим морфологическим нарушениям кожи.

При гистологическом исследовании находят в одних участках утолщение кожного эпителия и явления пролиферации глубоких слоев. В других местах отмечаются деструктивные процессы, слущивание эпителия до глубоких слоев его и даже до фиброзного слоя. В подкожном слое происходит набухание клеток и волокон, расширение кровеносных и лимфатических сосудов, появляется отек. Приведем конкретные данные из работ некоторых авторов. I. F. Montague (1924) гистологическую картину при зуде заднего прохода разделяет на три типа в зависимости от стадии заболевания. В начале заболевания никаких изменений не наблюдается. Этот тип легче поддается излечению. Во второй стадии имеется гиперкератоз, утолщение и пролиферация слизистой оболочки, вызванные гиперплазией. Отмечается ги-

ще и зудящих дерматозов в частности. Такую связь большинства дерматозов с нервной системой в эксперименте установила М. К. Петрова (1946). Она наблюдала 5 собак, у которых путем значительного угнетения их нервной деятельности и выведения ее из состояния равновесия удалось вызывать резкие дистрофические процессы в коже наряду с ясно выраженными нервными явлениями.

По утверждению О. Н. Подвысоцкой (1952), нормальное состояние всего кожного анализатора, то есть его центрального и периферического отделов, обеспечивают физиологические кожные реакции на раздражения, исходящие как из внешней, так и из внутренней среды. Функциональное нарушение того или иного отдела сложного человеческого организма сопровождается различными кортико-висцеральными нарушениями, в том числе и кортико-дермальными, что создает условия для возникновения изменений в функциональном состоянии кожи.

Изучая больных с зудящими заболеваниями кожи, Р. Я. Малькин и Г. М. Большакова (1953) установили у них значительные изменения возбудимости высших отделов центральной нервной системы с преобладанием среди них слабого типа нервной системы с перевесом процесса торможения над процессом возбуждения, с нарушением силы и подвижности основных корковых процессов, а также недостаточной концентрированностью, инертностью этих процессов у одних больных и патологической лабильностью их у других. Далее они указывали, что в связи с нарушением корковой динамики могут возникнуть в форме условных патологических рефлексов и отдельные симптомы болезни, как, например, зуд и чесательный рефлекс при зудящих дерматозах. Появление этих условных патологических рефлексов могут способствовать нарушения функций кожных рецепторов. О нарушениях в периферическом отделе кожного анализатора при зудящих дерматозах писали также П. В. Никольский (1923, 1930), А. В. Логинов (1949, 1951, 1954) и др. К. М. Быков и И. Т. Курции (1960) указывали, что возникновение болезней внутренних органов может произойти в результате неврозов. Это основная и наиболее распространенная форма возникновения кортико-висцеральных нарушений. В ее основе лежит функциональное ослабление корковых клеток в результате перенапряжения силы и подвижности нервных процессов, в первую очередь процесса торможения. Вследствие этого нарушаются функциональные взаимоотношения коры больших полушарий и подкорковых образований, что вовлекает в сферу патологического процесса весь комплекс вегетативных процессов. Работ, посвященных изучению гистологического строения перианальной кожи в норме и патологии, очень мало. В зависимости от длительности и тяжести заболевания гистологическую картину при анальном зуде I. F. Montague (1924) разделяет на три стадии. В начале заболевания никаких изменений не наблюдается. В этой стадии заболевание легче всего поддается лечению. Вторая стадия — гиперкератоз, утолщение и пролиферация кожи и слизистой оболочки. Отмечаются гиперплазия и склероз соединительной ткани. Третья стадия — видны нарушения целостности эпидермиса, гиперкератоз, гиперплазия сетчатого слоя с внутриклеточным отеком, который обнаруживает тенденцию к везикуляции. Гипертрофия распространяется в межсосочковое пространство. Имеется субэпителиальная клеточная инфильтрация, в которой преобладает многоклеточный элемент и диapedез эритроцитов. Отмечается расширение сосудов и лимфатических пространств, общий отек тканей, скопление бактерий в верхних слоях эпидермиса.

М. Пилат (1927) изучал гистологическое строение нервного аппарата кожи, окружающей задний проход, у здоровых людей. Он установил, что в перианальной коже имеются две группы нервных окончаний: инкапсулированные и неинкапсулированные, свободные. Из первой группы встречаются в значительном количестве тельца Мейснера, которые лежат поверхностно. Глубже, на разных уровнях сетчатого слоя, располагаются колбы Краузе и тельца Фатер—Пачини. Здесь же имеется большое количество инкапсулированных нервных клубочков круглой, овальной и продолговатой формы разной величины, окруженных соединительнотканной оболочкой. Эти образования напоминают нервные аппараты, обнаруживаемые в коже наружных половых органов, — тельца сладострастия. На основе полученных данных М. Пилат пытается объяснить некоторые половые извращения. Свободные нервные окончания встречаются редко и представлены в виде рыхлых неинкапсулированных клубочков, которые образованы разветвлением одного или нескольких мягкотных волокон.

Исследуя чувствительную иннервацию слизистой оболочки и конечную часть анального канала здоровых людей, Т. С. Лихачева (1956) обнаружила, что в этой области находится богатое нервное сплетение и значительное количество рецепторов кустиковой формы. Ветви кустиков заканчиваются в подэпителиальной соединительной ткани или в эпителии, а часть ветвей теряется около сосудов. Имеются инкапсулированные и неинкапсулированные клубочки. Главная масса клубочков этой области имеет капсулу, которая является непосредственным продолжением периферического футляра. По периферии и в петлях клубочка лежат многочисленные ядра шванновских клеток. Нервные волокна в инкапсулированном клубочке образуют сплошной виток, а только на единичных препаратах видно деление входящего в рецепторного волокна, а также окончание витков клубочка в виде небольших пучков на ядрах специальных клеток. Инкапсулированные клубочковые окончания различны по

строению. Среди них автор выделяет простые, сложные клубочковые инкапсулированные окончания и так называемые гигантские рецепторы. В сложных находится 2—3—6 клубочков, причем каждый из них довольно отчетливо отделен от соседнего. В гигантском рецепторе нервные волокна образуют два ряда спиралей. Отдельные клубочки в нем выделить трудно. Как особую форму окончаний Т. И. Лихачева выделяет клубочково-кустиковый рецептор, в котором объединены две формы окончаний: клубочек и кустик. На основании своих исследований автор приходит к выводу, что в слизистой оболочке и коже анального канала находятся разнообразно чувствительные окончания в виде кустиков, свободных и инкапсулированных клубочков. Эта область является мощным рецепторным полем.

Многие исследователи указывают на то, что при зуде происходят изменения в нервном аппарате кожи (Н. В. Марков, 1920; Н. А. Торсуев, 1941; Е. Е. Гиговский, 1946—1947; Н. Е. Васон, 1956). Н. А. Торсуев исследовал кожные узелки при хроническом узелковом нейродермите. В биопсированных узелках он установил выраженную пролиферацию нервных волокон, причем отмечалась их резкая деформация. Мощные тяжи нервных волокон пересекали дерму во всех направлениях, каждый тяж состоял из толстых и тонких волокон. Автор отмечал, что количество вздутых и утолщенных на волокнах, входящих в состав мощных пучков, значительно меньше, чем в тонких пучках, которые расположены ближе к поверхности кожи. Из этого Н. А. Торсуев сделал вывод, что столь обширная гиперплазия нервной ткани, дегенеративные изменения со стороны отдельных нервных волокон находятся в несомненной генетической связи с исключительной силой приступами зуда.

Е. Е. Гиговский у 16 женщин, страдавших зудом наружных половых органов, резецировал срамные нервы и подверг их гистологическому исследованию. Он изучил также изменения в нервах кожи больших половых губ. В тех и других нервах он нашел аналогичные изменения, которые сводились к дегенеративным явлениям в аксонах и миелиновых оболочках. Аксоны были утолщены, узловаты, шиповаты, резко аргирофильны. Эти явления наблюдались в колбах Краузе и в сосочках ретикулярного слоя. Дегенеративные изменения в миелиновых оболочках наблюдались в виде вакуолизации их, набухания и распада. Все эти изменения были больше выражены в стволе срамного нерва и меньше в нервах кожи. Из этого автор делает вывод, что воспалительный процесс в коже при зуде является причиной дегенеративных изменений в нервах, так как изменения в кожных нервах были бы значительно более выражены, чем в глубже лежащих нервных стволах. Не делая дальнейших заключений и выводов по этому вопросу, автор писал: «Это несоответствие показывает, что дегенеративные явления в аксонах срамного нерва не обусловлены какими-либо воспалительными явлениями, а имеют особый генез». Раскрыть этот генез — дело будущего.

С целью установления факта возможного изменения в нервных структурах зудящей кожи сотрудником нашей клиники В. Л. Головачевым проведены гистологические исследования участков кожи перинальной области у 15 человек. Из них 9 человек страдали анальным зудом, один имел анальную трещину и 5 — параректальные свищи, которые не сопровождалась зудом.

Из 9 больных было 7 мужчин и 2 женщины. Длительность заболевания — от 3 месяцев до 5 лет. При осмотре локально отмечались усиленная пигментация, расчесы, гиперемия. У 2 больных была умеренная мацерация кожи. Кроме того, у всех имелись по 2—5 гипертрофированных анальных сосочков. Кусочки кожи брались попутно при оперативном удалении анальных сосочков. Препараты фиксировались в 12% растворе нейтрального формалина. Срезы изготовлялись на замораживающем микротоме. Нервные элементы выявлялись методом Бильшовского—Гросс. Часть срезов окрашивалась гематоксилин-эозином.

Результаты микроскопического исследования: роговой слой рыхлый, утолщен, местами слущен, чешуйки набухшие, ростковый слой пигментирован, под ним видна лейкоцитарная инфильтрация. Эпидермис утолщен, гребешки его местами разрушены, но чаще хорошо выражены. Количество рядов шиповидного и зернистого слоев, располагающихся между ростковым и роговым

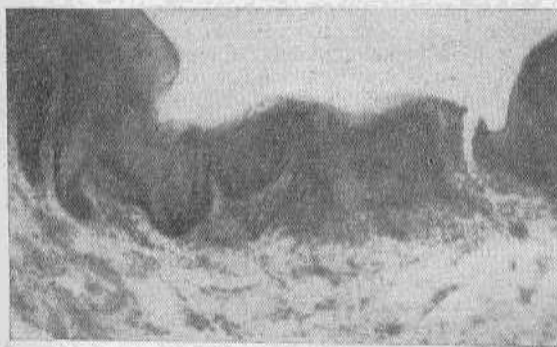


Рис. 43. Гистологическая картина перинальной кожи при зуде у больного К. Набухание рогового слоя, пигментация ростковых клеток, умеренная лейкоцитарная инфильтрация под эпителием. Наблюдение В. Л. Головачева.

слоями, было увеличено и достигало на некоторых участках 16—18. Толщина дермы равнялась одному полю зрения. Отчетливо видны волосяные луковицы, сальные и потовые железы, кровеносные сосуды среднего и мелкого калибра, в большинстве препаратов — пустые. Значительные изменения выявлены в нервных элементах кожи в большей степени до блокады и в меньшей после блокады.

До блокады. В некоторых препаратах хорошо выражены нервные сплетения кожи, глубокое и поверхностное. Глубокое представлено стволами, которые анастомозируют между собой. Пучки глубокого сплетения образованы мякотными и безмякотными волокнами с преобладанием последних. Все нервные волокна резко аргентофильны. Часть мякотных нервных волокон находится в состоянии дегенерации от начальных до конечных стадий. Миелиновые нервные волокна вздуваются, миелин отмечается в виде зерен, выявляются вакуоли. Иногда видны нервные пучки, в которых половина волокон находится в глубокой дегенерации, наряду с этим другие имеют сохранившийся вид. Встречаются пучки, где нервные волокна совершенно дегенерировали и остался только один шванновский футляр — так называемый бюнгнеровский тяж.

Поверхностное нервное сплетение представлено более нежными нервными пучками, от которых идут, преимущественно перпендикулярно к коже, отдельно веточки, по пути иннервирующие волосяные луковицы и сосуды. Мякотные нервные волокна резко аргентофильны, местами дегенерируют до полного распада. Безмякотные волокна также аргентофильны и варикозны. У отдельных волокон отчетливо выражен вздутый периневральный футляр.

После блокады. В большинстве препаратов нервные волокна выявлены в небольшом количестве. Отмечается их гипертрофия, неравномерное окрашивание: одни участки ярко окрашены, другие — бледно. В отдельных нервных волокнах отчетливо выявляется фрагментация, демиелинизация — от миелиновой оболочки остались только мелкие участки. Имеется вакуолизация. Периневральные футляры многих волокон расширены. В некоторых препаратах обнаруживаются бюнгнеровские тяжки. При исследовании кусочка кожи перианальной области, взятого через месяц после блокады, нервных элементов выявлено мало. Часть нервных волокон изменена — отмечаются аргентофилия, варикозность, зернистый распад. Многие нервные волокна не изменены и представлены в виде равномерно окрашенных пучков или отдельных волокон одинаковой толщины. В одном препарате обнаружено чувствительное нервное окончание — инкапсулированное, клубочковое, образованное тонким мякотным волокном, которое в области капсулы многократно извивается. Оно изменено, так как миелиновая оболочка видна участками, само волокно неровное, разволокненное. Терминальные нити ровные, тонкие, туго переплетаются между собой и образуют клубочек, расположенный в капсуле.

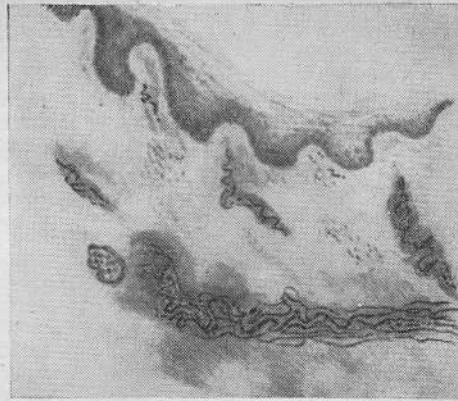


Рис. 44. Изменения нервов под зудящей кожей у больного К., варикозные изменения и зернистый распад нервных волокон. Наблюдение В. Л. Головачева.

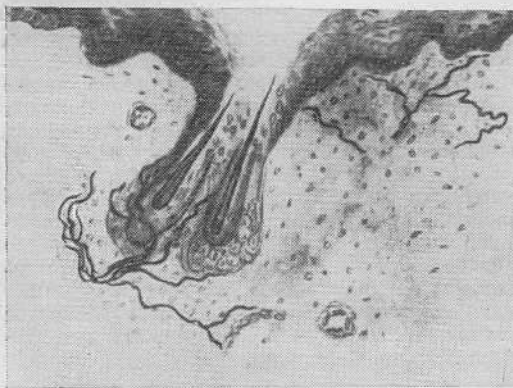


Рис. 45. Поверхностное нервное сплетение перианальной кожи при зуде у больной Д., видны нервные волокна, иннервирующие сосуд, волосяные луковицы и кожу. Наблюдение В. Л. Головачева.

Найденные при анальном зуде выраженные морфологические изменения перианальной кожи и ее нервных приборов аналогичны описанным другими авторами (I. F. Montague, 1924; C. S. Tucker, 1937; R. Turell, 1941). Роговой слой во всех наблюдениях утолщен, рыхлый, местами слущен, чешуйки набухшие. Ростковый слой эпидермиса пигментирован. В отдельных препаратах обнаруживалась лейкоцитарная инфильтрация под эпидермисом и разрушение эпи-

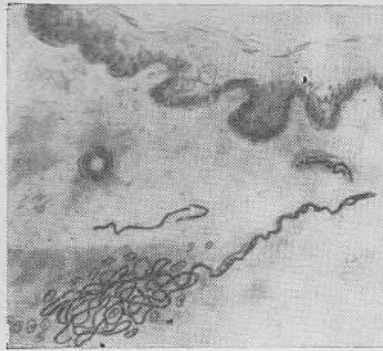


Рис. 46. Инкапсулированное клубочковое чувствительное нервное окончание перианальной кожи при зуде у больной А. через месяц после блокады. Наблюдение В. Л. Головачева.

тов, выявленное после блокады, — результат действия спирта и метиленовой сини. Под действием спирта нервные волокна разрушились, и остались только самые устойчивые. Эта мысль подтверждается многими исследователями (Н. В. Марков, 1920; Е. Е. Гиговский, 1946; М. И. Габриэлян, 1947; I. F. Montague, 1924; Н. В. Stone, 1926; С. С. Tucker, 1937; R. Turell, 1941). По данным М. И. Габриэлян, PETERS, Waillard еще в 1887 г. установили, что под действием спирта происходят дегенеративные изменения в осевых цилиндрах и миелиновых оболочках нервных волокон, вследствие чего происходит нарушение проводимости. В месте инъекции получается как бы «химическая перерезка» нервного волокна.

Изучение нервного аппарата перианальной кожи через месяц после блокады показало, что наряду с неизменными нервными волокнами имеются волокна с явными дегенеративными нарушениями. Это говорит о том, что патологические нарушения после блокады не исчезают окончательно. В то же время происходит регенерация здоровых нервных элементов.

Гистологическая картина перианальной кожи показывает, что большую роль в возникновении зуда играют изменения в нервных проводниках и рецепторах зудящей кожи. Эти данные подтверждены Н. А. Торсуевым (1941), Е. Е. Гиговским (1946) и др.

Сотрудник нашей клиники В. Л. Головачев не согласен с С. С. Tucker, С. А. Hellwig (1937), утверждавшими, что при анальном зуде отсутствуют изменения в нервных элементах перианальной кожи. Эти авторы произвели гистологические исследования перианальной кожи у больных, страдавших и не страдавших анальным зудом, и не найдя разницы в гистологической картине нервных элементов, отвергли нейрогенную теорию зуда. Необоснованность этого вывода заключается еще и в том, что отсутствие структурных изменений не исключает наличия функциональных изменений.

Проведенные в нашей клинике гистологические исследования дают основание считать, что у больных, страдающих анальным зудом, имеются значительные изменения в нервном аппарате перианальной кожи. Они выражаются в аргентофилии, варикозном расширении, фрагментации и зернистом распаде нервных волокон. Изменения, видимо, наступают вследствие постоянного, длительного раздражения кожи различными факторами внешнего и внутреннего характера. Патологически измененный кожный анализатор начинает посылать извращенные сигналы в центральную нервную систему. Возникает нарушение физиологического равновесия между раздражительными и тормозными процессами в коре головного мозга, что ведет к нарушению регулирующего влияния коры на подкорковые центры и на периферические нервные аппараты. Создается замкнутый круг, затрудняющий выздоровление больного. При этом необходимо окончательно установить, являются ли дегенеративные изменения нервных элементов и их оболочек причиной или следствием зуда заднего прохода. Вернее всего, это вторичные изменения, то есть следствие поражения кожи.

Обследование больных и течение заболевания

Приведем некоторые фактические данные из наблюдений, проведенных под нашим руководством В. Л. Головачевым. Всего в клинике обследовалось и длительно, как правило, амбулаторно, наблюдалось 280 человек, страдавших анальным зудом. Из них

в стационарных условиях лечилось 20 человек; 3 из этих больных были госпитализированы с диагнозом «анальный зуд», а остальные — с другими заболеваниями; выявленный у них при обследовании упорный анальный зуд лечили по методу, разработанному в клинике.

Таблица 29

Распределение больных по полу и профессиям

Пол	Рабочие	Служащие	Колхозники	Пенсионеры и домохозяйки	Всего больных
М	64	63	6	23	156
Ж	26	27	2	34	89
Всего	90	90	8	57	245*
%	36,8	36,8	3,2	23,2	100%

* Здесь и в дальнейшем цифры, указывающие на общее количество разбираемых в таблицах больных, не будут совпадать с общим количеством леченных больных (280), так как некоторые показатели невозможно было установить у всех больных.

Среди больных мужчин было почти вдвое больше, чем женщин.

Несмотря на то, что большинство больных лечилось амбулаторно, они подвергались подробному обследованию. Тщательно собирался анамнез, производились исследование кала на яйца глистов и простейшие, соскоба с периаанальной кожи на грибки и яйца глистов, общий анализ крови и мочи, осмотр больного, исследование анального рефлекса прямой кишки пальцем и с помощью ректального зеркала, ректороманоскопия, определение порога болевой и тактильной чувствительности, болевой и температурной чувствительности, выявление морфологических изменений периаанальной кожи, определение площади участков зуда, измерение силы сфинктера. Среди больных мужчин было вдвое больше, чем женщин.

Таблица 30

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст, лет						Всего больных	%
	17-20	21-30	31-40	41-50	51-60	Старше 60		
М	2	16	49	36	32	21	156	62,5
Ж	2	9	16	24	32	9	92	37,5
Всего	4	25	65	60	64	30	248	100

Аналогичные данные привел L. A. Vuie (1960). Длительность заболевания воспроизведена от 2 месяцев до 19 лет, что отражено в следующей таблице.

Таблица 31

Длительность заболевания

Пол	До 1 года	От 1 года до 5 лет	Свыше 5 лет	Всего больных
М	51	71	27	149
Ж	29	36	12	77
Всего	80	107	39	226

Согласно представленным в таблице данным, большинство больных страдало анальным зудом по несколько лет. Некоторые из них не обращались к врачу вследствие своей стеснительности. Зуд у них, видимо, был выражен в незначительной степени. В большинстве больные из месяца в месяц ходили от врача к врачу, применяли различные средства, но безуспешно. Среди обратившихся к нам только трое нигде ранее не лечились.

Зуд заднего прохода может иметь различные клинические проявления. Иногда это легкая и кратковременная степень раздражения кожи области заднего прохода,

исчезающая от простейших гигиенических мероприятий. У других больных заболевание протекает длительно, хронически, с ремиссиями, рецидивами и более или менее поддается терапевтическому воздействию. Наконец, при тяжелых формах больные годами страдают, постоянно испытывая зуд и жжение в области заднего прохода.

Ф. Ф. Брейтфус (1935) говорил, что зуд вызывает безусловный рефлекс царапания. Рефлекс этот выработывался в течение миллионов поколений, в те первобытные времена, когда единственным этиологическим моментом зуда были укусы насекомых. Тогда рефлекс был вполне целесообразен. Современному культурному человеку он ничего, кроме лишних страданий, не приносит. Получается своеобразный порочный круг. Зуд вызывает царапание. Царапание дает расчесы. Расчесы обнажают окончания нервных волокон, часто инфицируются, усиливается зуд.

Одним из первых F. Thoele (1912) высказал мысль о том, что зуд есть боль, которая появляется в результате слабого раздражения нормально реагирующих нервных окончаний и проводников или нормального раздражения волокон с пониженной возбудимостью. Отдельные авторы утверждали, что бывает зуд физиологический и патологический (П. В. Никольский, 1923—1930; С. Павлов, 1959; M. Winkler, 1927 и др.). Физиологический — это зуд-ощущение, патологический — зуд-болезнь.

М. P. Cowett (1937) писал: «Анальный зуд — это заболевание, которое доктору дает слишком мало мыслей, а пациенту — слишком много мыслей». Зуд чаще бывает в зрелом и пожилом возрасте, реже — у детей. По данным L. A. Vuie (1939), из наблюдавшихся им больных более 96% были в возрасте старше 20 лет. Заболевание обычно развивается постепенно. Вначале больные чувствуют незначительный зуд или жжение, которое бывает кратковременным и больные на него, как правило, не обращают внимания. С течением времени интенсивность и длительность зуда увеличиваются и причиняют больному беспокойство, он начинает почесываться. Но многие в это время еще стесняются обращаться к врачу. Зуд усиливается по ночам, мешает спать. Появляются расчесы, присоединяется мокнутие вследствие усиленной потливости, особенно в жаркое время и у тучных людей. Это в свою очередь усугубляет зуд. Наконец зуд усиливается до такой степени, что больной не в состоянии сдерживать себя и постоянно почесывает область заднего прохода через повязку, через одежду или, сидя, «ерзает» и тем самым старается умерить зуд. И если днем силою воли больной еще может удержаться от почесываний, многочисленные дневные впечатления часто отвлекают его от чувства зуда, то ночью во сне он непроизвольно продолжает чесаться и усиливает расчесы. У некоторых больных зуд усиливается во время ходьбы, они стараются больше сидеть. У других сидячее положение вызывает зуд, они стараются больше стоять или ходить.

По данным S. Rothman (1926—1945) и A. L. Shapiro (1945—1947), более чем у 50% больных, страдающих анальным зудом, заболевание сопровождается нейродермитом. Периаанальная кожа у таких больных склонна к лихенизации и другим изменениям.

О разных степенях зуда П. В. Никольский в 1930 г. писал так: «Напряженность зуда бывает различная: в одних случаях он лишь иногда немного беспокоит больного, в других же причиняет тяжелое страдание, больной лишается сна, теряет аппетит, стремясь удовлетворить сильному ощущению зуда, прибегает к жестким тканям и щеткам. Больной не может быть в обществе; с ним тяжело говорить, так как внимание постоянно отвлекается чесанием то одной, то другой области кожи... десять минут разговора с таким больным, не находящим себе места и умоляющим со слезами на глазах оказать ему помощь, производит и на врача тяжелое, удручающее впечатление. Наконец, в некоторых случаях нестерпимый зуд приводит больного к мысли о самоубийстве».

Иногда зуд может быть настолько силен, что больной, как пишет R. Malecki (1935), после некоторого времени чесания как бы теряет сознание, получает при этом на короткий срок успокоение. Приведем цитаты из двух публикаций далеко проживающих друг от друга авторов, но их высказывания в некоторой части близки.

Вот яркое описание приступа зуда, которое дает J. Darier (1930). «Тот, кто присутствовал при очень выраженном приступе зуда, сохранит надолго впечатление об этом. Вначале больной старается владеть собой, постепенно он поддается непреодолимому влечению к расчесыванию, увеличивающемуся безостановочно. Удовлетворение этого влечения становится прямо-таки сладострастным ощущением; вскоре больной теряет всякую меру; бледный и охваченный тоской, забывающий все из-за своего болезненного состояния, он наносит себе кровавые царапины, обезображивает свою кожу, буквально мучает себя, как бы во власти слепой силы. Иногда, лишь после того, как покровы разодраны до крови, струящейся ручьем, наступает облегчение, больной успокаивается, припадок приходит к концу. Больной остается обессиленным и как бы пристыженным. Сравнение с эпилептическим припадком или с таким припадком, который носит название «кожного онанизма», совершенно справедливо».

А вот клиническая картина зуда заднего прохода из статьи Ф. Ф. Брейтфуса (1935). «Зуд заднего прохода — болезнь хроническая. Она тянется годами и десятилетиями, давая иногда ничем не объяснимые ремиссии, и снова появляется без осо-

рых причин. Она может варьировать от периодически появляющегося легкого щеко- тания до постоянного жестокого зуда, доводящего больного до отчаяния и делающе- го его неспособным к какому-либо труду. Лишая больного сна, она может довести его до физического истощения и тяжелого нервного расстройства. Но и в более лег- ких случаях приступы зуда наступают внезапно, среди полного благополучия, когда меньше всего об этом думаешь; ночью, когда человек, уставший от дневной суеты, собирается уснуть; среди бела дня, нередко в самые неподходящие минуты: во вре- мя выступления на собрании или важного делового разговора, в часы служебные, в театре, в гостях. Поражаются представители всех слоев общества: богатые бездель- ники, лица интеллигентных профессий, рабочие, военные, крестьяне.

Анамнестически удалось установить редкое наследственное предрасположение к анальному зуду. Только у троих было указание на то, что ближайшие родственни- ки болели экземой, сопровождавшейся зудом, и четыре раза наблюдался семейный анальный зуд. Приводим краткие выписки из амбулаторных карт троих из этих боль- ных.

Больной В., 50 лет, слесарь. Обратился в клинику с жалобами на зуд в области заднего прохода, который по ночам усиливался. Болеет два года. При обследовании каких-либо заболеваний не найдено. Определялись гиперемия, мацерация, расчесы пер- анальной кожи. Площадь зуда равнялась 95 см, сила сфинктера 900—1200, анальный рефлекс повышен. Произведена внутрикожная блокада участков зуда раствором ново- кайна, спирта и метиленовой сини. Зуд исчез. Через 4 месяца зуд возобновился, но в меньшей степени. Проведена повторная блокада. По ходу лечения и обследования устано- влено, что у жены также имелся анальный зуд. Характерно, что когда у больного после блокады зуд исчез, он перестал беспокоить и жену. А когда через 4 месяца зуд вновь появился у мужа — стала его испытывать и жена. Зуд у жены больного, веро- ятно, носил условно-рефлекторный характер — типа самовнушения.

Больная Т., 38 лет, бухгалтер. Обратилась в клинику с жалобами на зуд в обла- сти заднего прохода, больше ночью. Болеет 2 года. При обследовании по месту житель- ства и в клинике других заболеваний не найдено. Произведена внутрикожная блокада участков зуда по методике клиники. Зуд исчез. При осмотре через месяц — зуда нет. Из анамнеза установлено, что анальный зуд имеется у дочери и мужа. Многократное обследование на выявление глистной инвазии — яйца глистов не найдены. Следовательно, заболевание у этой больной можно объяснить тем, что имеются, видимо, какие-то се- мейные, бытовые факторы, способствующие возникновению зуда.

Больная Т., 17 лет. Обратилась в клинику с жалобами на зуд в области заднего прохода. При обследовании других заболеваний не найдено. Произведена внутрикожная блокада участков зуда по методу клиники. Зуд исчез. Тремя месяцами раньше в кли- нике лечилась мать больной, тоже по поводу анального зуда. Обе эти больные были весьма тучной комплекции, и возникновение у них зуда можно объяснить усиленной потливостью, мацерацией перianaльной кожи, недостаточным соблюдением гигиены.

Среди общего числа наблюдавшихся больных 96 жаловались на постоянный зуд, 73 — на пренумерированный, 28 — на постоянный, временами усили- вающийся. На особенно выраженный приступообразный анальный зуд жаловались 4 больных, они точно указывали часы: первый — с 18 до 22, второй — с 17 до 20, третий — с 20 до 22, четвертый — с 24 до 1 часа ночи. В подтверждение сказан- ного приводим две краткие выписки из амбулаторных карт.

Больной С., 37 лет, обратился в клинику с жалобами на зуд в области заднего про- хода. Раньше имел анальную трещину. При обследовании других заболеваний, кроме анального зуда, не найдено. Местно определены гиперемия перianaльной кожи, мацерация, расчесы. Анальный рефлекс живой, сила сфинктера 550/1000. При более детальном расспросе больной рассказал, что зуд его беспокоит, как правило, ночью с 24 до часу ночи, когда он начинает засыпать, а если спит, то просыпается от зуда, который быва- ет настолько сильным, что «даже сердце заходится». Произведена внутрикожная блока- да участков зуда по методу клиники. Выздоровление.

Больная У., 54 лет, инженер. Обратилась с жалобами на зуд в области заднего про- хода. Раньше болела геморроем. При обследовании других заболеваний не найдено. Зуд беспокоил всегда ночью. Больная говорила: «...целыми ночами вынуждена не спать и с больной головой идти на работу». Произведена внутрикожная блокада участков зуда по методу клиники. Выздоровление.

Пять человек жаловались на усиление зуда после стула, 5 — при ходьбе, 2 — перед стулом, 4 — во время сидения. Чувство зуда беспокоило многих больных толь- ко в анальном канале или в окружности заднего прохода, нередко одновременно — и в анальном канале и вокруг заднего прохода. В цифровых выражениях эти ва- рианты представлены следующим образом. У 123 человек зуд локализовался в аналь- ном канале и вокруг заднего прохода, у 21 — только в анальном канале, у 39 — только вокруг заднего прохода. Одновременно с анальным зудом у 7 был зуд на- ружных половых органов, у 2 — зуд в области лобка и у 2 — зуд в паховых складках. Одна больная жаловалась на зуд в области заднего прохода, распростра- няющийся на слизистую оболочку прямой кишки. Приводим выписку из истории ее болезни.

Больная Г., 40 лет, слесарь. Поступила в клинику по поводу полипоза прямой киш- ки. Жаловалась на зуд в области заднего прохода и в прямой кишке на протяжении 6—7 см. При обследовании обнаружены культы бывших полипов на 5—6 часах в 6 см от выхода заднего прохода. До поступления в клинику в г. Днепропетровске произведена электрокоагуляция полипов. Операция выполнялась без анестезии, но больная боли не ощущала, а отмечала такой сильный зуд в месте коагуляции, что «дух захватывало». Желая заглушить зуд болью, кричала: «Давайте еще!» После операции некоторое время

зуда не было, затем он вновь появился в области заднего прохода и в прямой кишке в области полипов. По зуду больная узнавала, что полипы «снова растут». В нашей клинике доступные осмотру через ректороманоскоп полипы иссечены, проведен курс лечения чистотелом. Произведена внутрикожанная блокада участков зуда раствором новокаина, спирта и метиленовой сини. Зуд значительно снизился, но совсем не прекратился. Через 6 месяцев он исчез. При осмотре через 9 месяцев зуда нет.

Благодаря доступности медицинской помощи в нашей стране, достигнутым успехам в медицинской науке, возросшей культуре населения запущенные стадии зуда встречаются все реже и реже.

Состояние кожи, окружающей задний проход

Некоторые авторы более или менее подробно описывали состояние перинальной кожи при зуде заднего прохода. Приведем одну из наиболее точных такого рода классификаций из статьи J. J. Brossy (1955). Всех больных, страдавших зудом заднего прохода, он делил на 5 групп по длительности течения и главным образом по выраженности местных изменений: 1-я группа — 4 человека, без наличия кожных изменений; 2-я группа — 28 человек, умеренная краснота в диаметре 4—6 см; 3-я группа — 17 человек, с широко распространенной краснотой кожи, симптомы более тяжелые, а история заболевания более короткая (только у 1 больного превышала год); 4-я группа — 16 человек, лихенизация кожи на отечной основе, то же, что и в 3-й группе, но в хронической стадии, интенсивность симптомов меньше, а история заболевания более длительная, в среднем 2 года; 5-я группа — 9 больных, сухая, десквамированная кожа, слегка гиперемизированная, иногда очень красная.



Рис. 47. Умеренная пигментация перинальной кожи при зуде у больной Л., 47 лет, длительность заболевания 10 лет. Наблюдение В. Л. Головачева.



Рис. 48. Усиленная пигментация перинальной кожи при зуде у больной П., 39 лет. Наблюдение В. Л. Головачева.

У большинства из числа наблюдавшихся в нашей клинике больных имелись видимые изменения перинальной кожи. От незначительных, едва заметных, до ярко выраженных, далеко зашедших. Эти изменения сводились к гиперемии, расчесам, мацерации. Явной зависимости степени изменения кожи от длительности заболевания выявить не удалось. Наблюдались больные со сравнительно непродолжительным течением заболевания, но с большими изменениями перинальной кожи. И наоборот, при длительно существующем анальном зуде изменения были незначительными. Только умеренную гиперемию перинальной кожи и следы расчесов имели 134 человека, у 75 гиперемия и расчесы сопровождалась мацерацией, для 23 человек была характерна усиленная пигментация участков зуда. Ярко выраженные изменения перинальной кожи имели 14 человек. Кожа была красного цвета, мацерирована, гипертрофирована, выступала над уровнем здоровой кожи. 29 человек никаких изменений не имели. У одной больной, кроме изменения перинальной кожи, была сыпь в области лобка.

В процессе наблюдения необходимо было выяснить, зависит ли площадь зудящей поверхности от длительности заболевания. Полученные данные представлены в табл. 32.

Результаты исследования показали, что с увеличением длительности заболевания площадь зудящей кожи увеличивается. Особенно это заметно у мужчин. У женщин средняя площадь зудящей перинальной кожи при длительности заболевания до года больше, чем при длительности заболевания от 1 до 5 лет. Однако при заболевании свыше 5 лет она значительно больше, чем до года. Нет основания делать заключение, что по мере течения заболевания площадь поражения при анальном зуде обязательно увеличивается, но у большинства больных это увеличение имело место.

Обследованию пальцем и с помощью ректального зеркала подвергались все без исключения

больные, направленные в нашу клинику с диагнозом анального зуда. Ректороманоскопия произведена у 189 из 280 человек. При этом одновременно с анальным зудом выявлялись и другие заболевания. Характер сопутствующих заболеваний представлен в табл. 33.

На основании анамнеза у больных удалось выявить ряд ранее перенесенных заболеваний, которые, возможно, причастны к появлению у них анального зуда. Экзема кистей рук ранее имела место у 3 больных, геморрой — у 42, трещины заднего прохода — у 17, хронический колит — у 8, проктит — у 2, трихомонадный кольпит — у 7, глистные инвазии — у 4, травма крестца и копчика — у 8, прочие проктологические заболевания — у 5. У некоторых больных было по несколько ранее перенесенных заболеваний.

При лабораторных методах исследования установлены отклонения от нормы в общем анализе крови у 7 больных. Эти отклонения выражались в повышении реакции оседания ферментных элементов крови до 15—33 мм в час. У 4 из этих 7 были явления колита и проктита. Каких-либо других изменений со стороны крови у остальных больных этой группы, а также у других, страдавших анальным зудом, не выявлено.

Температурная чувствительность исследовалась путем поочередного прикладывания к коже ягодичных областей, крестца, промежности и заднего прохода то холодного, то нагретого шпателя. Для исследования болевой чувствительности производились легкие покалывания стерильной иглой кожи тех же областей. Каких-либо

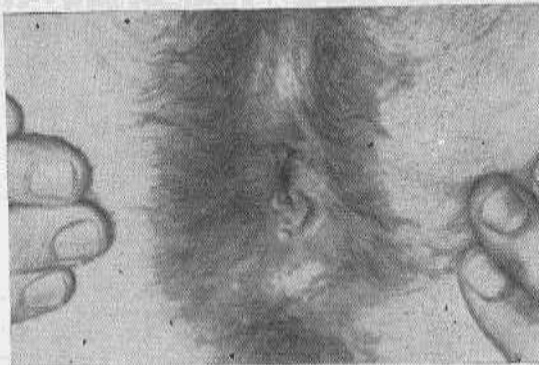


Рис. 49. Периаанальная кожа при зуде гипертрофирована, гиперемирована, мацерирована, имеются трещины. Больная Я., 72 лет. Наблюдение В. Л. Головачева.

Таблица 32

Зависимость площади зудящей периаанальной кожи от длительности заболевания

	Длительность заболевания							
	До года		От года до 5 лет		Свыше 5 лет		Всего больных	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Число больных	45	28	55	25	15	9	115	62
Площадь зуда в среднем, см ²	18,6	23	32,7	17,9	49	30,4		

Таблица 33

Зуд заднего прохода и сопутствующие заболевания

Название болезни	Возраст, лет				Итого
	До 40	40—50	50—60	Свыше 60	
Атеросклероз	—	—	3	12	15
Геморрой	3	2	—	2	7
Анальные трещины	2	2	2	2	8
Проктосигоидит	2	2	3	4	11
Хронический колит	3	2	3	—	8
Полипоз	—	—	5	1	6
Прочие	8	12	12	8	40
Всего	18	20	28	29	95

нарушений болевой и температурной чувствительности у наблюдавшихся больных не было.

В ходе обследования и лечения возникла необходимость изучения чувствительности в области зудящей перианальной кожи. Поэтому была проведена серия более тонких исследований порога болевой и тактильной чувствительности волосками и щетинками Фрея в области перианальной кожи, линии Хилтона и слизистой оболочки анального канала у здоровых и больных людей. При левом боковом положении больного с приведенными к животу ногами, согнутыми в коленных суставах, в задне-проходное отверстие вставляли ректальное зеркало и слегка разводили бранши. 1—2 минуты ждали, пока больной успокоится и несколько освоится с обстановкой. После этого прикасались поочередно к перианальной коже, к коже переходной линии и к слизистой оболочке волосками и щетинками Фрея, начиная с № 1 и повышая до того номера, когда больной ощутит впервые прикосновение — тактильная чувствительность или легкий укол — болевая чувствительность. Полученные данные записывались.

Определение порога болевой и тактильной чувствительности перианальной области проведено у 10 здоровых людей в возрасте от 12 до 75 лет — 5 мужчин и 5 женщин. Данные исследования приведены в табл. 34.

Таблица 34

Показатели болевой и тактильной чувствительности у здоровых лиц и больных анальным зудом

Пол	Число больных	Болевая чувствительность			Тактильная чувствительность		
		Средняя величина порога					
		Кожа	Линия Хилтона	Слизистая оболочка	Кожа	Линия Хилтона	Слизистая оболочка
У здоровых лиц							
М	5	2	12,8	2,2	5,8	5,8	6,0
Ж	5	1,4	1,8	2	4	4,2	4,3
Всего	10	1,7	1,8	2,1	4,9	5	5,15
У больных							
М	18	2	2,2	2,5	3,8	3,6	3,7
Ж	14	2,2	2,4	2,4	3,8	4	3,8
Всего	32	2,1	2,3	2,4	3,8	3,8	3,7

Из таблицы видно, что по мере перехода от кожи к слизистой оболочке порог болевой и тактильной чувствительности повышается.

Сравнение полученных результатов показывает, что у больных порог болевой чувствительности в области перианальной кожи, линии Хилтона и слизистой оболочки анального канала повышается, а порог тактильной чувствительности понижается. Эти данные согласуются с результатами исследований других авторов.

Изучая рецепторную функцию кожи при зудящих дерматозах, Л. В. Прорвич (1955) обнаружил наличие диссоциации между болевой и тактильной чувствительностью. Порог возбудимости обоих этих рецепторов при экземе и нейродермите был повышен, но порог тактильного рецептора повышен значительно больше, чем болевого. Он считает, что эта диссоциация может частично пролить свет на патогенез зуда. Если рассматривать зуд как разновидность болевой чувствительности, то состояние периферического конца кожного анализатора при зудящих дерматозах может способствовать возникновению зуда при наличии нарушения корковой динамики. Эти нарушения могут выражаться, в частности, в развитии процесса торможения в высших отделах коркового анализатора. Основываясь на данных исследований, Л. В. Прорвич считает, что особенно пострадавшим является филогенетически наиболее молодой вид — тактильная чувствительность, что обуславливает диссоциацию чувствительной функции и облегчает возникновение чувства зуда.

При исследовании болевой и тактильной чувствительности кожи в нормальных и патологических условиях В. А. Андреева (1946) обнаружила, что при легких степе-

ных гипостезии порог тактильной чувствительности значительно выше, чем в нормальной коже, и определяется лишь волосками Фрея № 7—9, а порог болевой чувствительности — щетинками № 6—9. При тяжелых формах гипостезии только самый грубый волосок Фрея № 10 дает ощущение прикосновения.

Обнаруженные нами повышение порога болевой чувствительности и понижение порога тактильной чувствительности при анальном зуде свидетельствуют о нарушении периферического конца кожного анализатора. Причем изменение тактильной чувствительности было в большей степени. Эта диссоциация между двумя видами чувствительности, возможно, была одним из предрасполагающих моментов возникновения зуда, но, вернее, она является следствием этого заболевания.

Из числа обследованных больных 37 человек жаловались на расстройство нервной системы. Больные этой группы отмечали плохой сон, раздражительность, вспыльчивость, неуживчивость на работе и в семье. У некоторых женщин выявлялась плаксивость и мнительность. В большинстве больные имели функциональное расстройство нервной системы еще до возникновения у них анального зуда и лечились у невропатолога. Другие же стали замечать расстройства нервной системы только после появления анального зуда. На наличие функциональных расстройств со стороны нервной системы у многих наблюдавшихся в клинике больных указывают также обнаруженные у них незначительные неврологические изменения в виде повышения анального рефлекса, силы сфинктера и изменения порога болевой и тактильной чувствительности. Эти расстройства у некоторых больных в значительной степени свидетельствуют о нейрогенном характере анального зуда, при котором в той или иной степени нарушается функция как центрального, так и периферического конца кожного анализатора.

Факт расстройства чувствительности и повышения рефлексов у больных, страдающих зудом, отмечал П. В. Никольский (1930). Разнообразные функциональные нарушения со стороны нервной системы, по мнению М. М. Желтакова (1952), возникают вторично, как результат раздражений, поступающих в центральную нервную систему из патологических очагов. Невротическое состояние может быть и первичным. Нередко приходится наблюдать упорный зуд у невротиков, у которых повышенная нервная возбудимость имела задолго до появления зудящих дерматозов. Если эти нарушения не являются непосредственной причиной зуда, то представляют собой тот фон, на котором разыгрывается патологический процесс в коже.

В. А. Аминова (1959) установила, что между тонусом, волевым сокращением анального сфинктера и анальным рефлексом имеется определенная связь. С повышением силы сфинктера анальный рефлекс более выражен. Сфинктерометрия у невротиков отличается спонтанной лабильностью, что подтверждает основные черты истинного невроза — неустойчивость ряда вегетативных функций, от которых зависит тонус мускулатуры вообще и сфинктера заднего прохода в частности.

С целью выявления органических поражений и функциональных расстройств нервной системы у наблюдавшихся в клинике больных проводилось изучение состояния анального рефлекса. Больной помещался на перевязочном столе в коленно-локтевом или левом боковом положении. Анальный рефлекс вызывался путем проведения стерильной палочкой, применяемой для обработки операционного поля, по коже анального кольца в радиальном направлении наружу от заднего прохода, а также по внутренне-нижнему квадранту ягодичных областей. Степень выраженности анального рефлекса определяли по классификации Г. И. Россолимо:

- 1) анальный рефлекс отсутствует — при раздражении кожи области заднего прохода не происходит сокращения наружного жома;
- 2) анальный рефлекс слабый — сокращение сфинктера заднего прохода мало заметно;
- 3) анальный рефлекс живой — в ответ на раздражение кожи области заднего прохода происходит ясно видимое сокращение наружного жома;
- 4) анальный рефлекс повышен — происходит не только сокращение, но и втяжение заднего прохода.

Таблица 35

Результаты исследования анального рефлекса у больных, страдающих анальным зудом

Пол	Анальный рефлекс				Всего
	повышен	живой	снижен	отсутствует	
М	26	64	2	1	93
Ж	11	35	4	1	51
Всего	37	99	6	2	144

Как видно из таблицы, из 144 обследованных больных анальный рефлекс был повышен у 37, у 6 снижен и у 2 отсутствовал. Причем снижение анального рефлекса наблюдалось у пожилых людей в возрасте старше 65 лет, что можно объяснить возрастными изменениями, нарушением корковой деятельности. Необходимо обратить внимание на то, что среди больных, имевших повышенный анальный рефлекс, большинство жаловались на раздражительность, плаксивость, плохой сон.

Наши данные подтверждают наблюдения В. А. Амневой (1959). У большинства больных, страдавших функциональными расстройствами нервной системы, она нашла повышение анального рефлекса.

Для исследования силы сфинктера прямой кишки у больных, страдавших анальным зудом, в клинике применялся сфинктерометр, предложенный А. М. Амневым в 1950 г. Исследовано 118 больных в возрасте от 22 до 70 лет, из них 76 мужчин и 42 женщины. Средняя сила сфинктера составляла у мужчин в покое: тонус сфинктера — 720, при волевом сокращении: максимальная сила сфинктера — 1000. У женщин эти показатели равнялись соответственно 566/840. По А. М. Амневу (1959), сила сфинктера у здоровых людей в среднем составляет у мужчин 600/900, у женщин 550/800. Следовательно, при анальном зуде тонус и максимальная сила сфинктера несколько повышаются как у мужчин, так и у женщин.

Это, вероятно, как и при трещинах заднего прохода, зависит от того, что при раздражении, исходящем из рядом расположенного патологического очага, усиливается сократительная способность анального сфинктера.

ЛЕЧЕНИЕ

Борьба с зудом заднего прохода нередко является тяжелой и неблагодарной задачей. Иностранцы проктологи в таких темных красках характеризуют это заболевание: «Не одна заработанная тяжелым трудом врачебная репутация разбилась вдребезги об этот подводный камень» (I. F. Montague, 1924). «Зуд заднего прохода — одно из самых неприятных заболеваний прямой кишки. Безуспешность его лечения стала притчей во языцех» (J. P. Lockhart-Mummery, 1934).

Неясность этиологии и патогенеза заболевания привела к появлению множества методов лечения, не дающих должного эффекта. И. М. Щербаков (1935) писал: «В борьбе с зудом применялся почти весь лекарственный арсенал дерматологии — от дегтя до никотина (наружно) и от сальварсана до серной кислоты (внутри); невропатологии — от брома до гипноза и невротомии; физиотерапии — от кварца и рентгена до УВЧ».

Направление советской медицины профилактическое, а это значит, что в ряду мероприятий, проводимых для ликвидации того или иного заболевания, на первом месте стоит предупреждение. Профилактика кожного зуда заключается в предупреждении заболеваний и действия вредных раздражителей, способных вызвать зуд, а при имеющемся зуде — в предупреждении осложнений. Сюда прежде всего относится закаливание организма, использование света, воздуха, воды и применение физических упражнений. Эти факторы способствуют нормализации нервных и обменных процессов в коже, улучшению кровообращения, дыхания, процессов питания и терморегуляции, функции желез. Большое значение имеет режим питания, исключение из пищи веществ, способных вызвать аллергические проявления или токсическое действие. Правильное питание может предотвратить зуд или уменьшить его, способствовать выздоровлению.

Соблюдение гигиены дает возможность предупредить раздражающее действие пыли, грязи и химических веществ на кожные рецепторы. Своевременное мытье рук предохраняет от аутоинвазий при глистах. Немаловажное значение имеет гигиена одежды, борьба с повышенной потливостью, устранение факторов, травмирующих кожу, гигиена быта, борьба с паразитами.

Прежде чем приступить к лечению, необходимо хорошо изучить больного и тщательно продумать методику лечения. N. Norman (1941)

писал, что при лечении анального зуда требуется опыт дерматологов, гинекологов и проктологов. Непременным условием является умение внушить больному веру в излечение, вселить бодрость, создать хорошее настроение. N. W. Swinton (1951) писал, что необходимы внимание и постоянный тесный контакт между больным и врачом. «Когда имеешь дело с анальным зудом, гораздо важнее думать не о том, что следует делать, а о том, чего не следует делать, ибо если мы не умеем лечить болезнь, то мы, по крайней мере, не должны причинять больному вред» (I. F. Montague, 1924).

Среди огромного количества методов и средств, предложенных для лечения зуда, ни один не дает 100% излечения. По справедливому замечанию В. Н. Беспалова (1941), лечение зуда является неблагоприятной для врачей задачей, так как все способы и средства несут следы эмпиризма, имеют симптоматический характер.

Мероприятия, применяемые при лечении этого заболевания, могут быть разбиты на несколько групп: гигиенические мероприятия; лечение основного местного или общего заболевания, устранение аутоинтоксикации или внешних воздействий, которые могут считаться у каждого данного больного причиной зуда заднего прохода; рациональная диета; местное применение медикаментозных средств; медикаментозные средства общего действия; физиотерапевтические методы; лечение инъекциями под или в зудящую кожу различных медикаментозных препаратов; воздействие на нервную систему; оперативные методы лечения; комбинированные методы лечения.

Лечение основного заболевания или интоксикации, вызывающей симптоматический зуд заднего прохода, состоит прежде всего в лечении больного по поводу свища заднего прохода, геморроя, анальных сосочков, рака прямой кишки, глистов, вульвовагинита, диабета и т. д. Ухудшение в течении основного процесса обостряет зуд, улучшение ведет к излечению зуда. Рабочий вредного цеха, страдающий зудом заднего прохода, должен быть переведен на другую работу, чтобы устранить моменты профессиональной интоксикации. Человека, страдающего алкоголизмом, следует лечить от наркомании и т. д. Все это относится к лечению симптоматических форм зуда заднего прохода. Если у больного идиопатический зуд, то нужно использовать все остальные доступные способы лечения.

Гигиенические мероприятия сводятся к содержанию в чистоте области заднего прохода. Назначаются ежедневные подмывания прохладной водой утром, вечером и рациональный туалет после дефекации.

В кратком сообщении «Зуд заднего прохода и анальная гигиена» M. J. Brunner (1960) пишет, что при психосоматических заболеваниях, когда нередко как будто отсутствуют какие-либо причины зуда, при внимательном обследовании на объекте обнаруживаются фекальные пятна, а среди неровностей кожи вокруг заднего прохода — частицы кала. Следовательно, плохо соблюдается гигиена этой области. Правильной гигиеной автор считает обмывание заднего прохода чистящим лосьоном, высушивание туалетной бумагой. Вода и мыло могут вызвать раздражение.

З. Н. Гритин (1948) и многие другие авторы рекомендуют после стула обязательно ставить больному клизму, чтобы очистить нижние отрезки толстой кишки. В последующем делается присыпка и больной остается без повязки или накладывается сухая Т-образная повязка, а также повязка с каким-либо медикаментозным средством (с мазью, примочкой, антисептическим раствором и т. д.). Но при ходьбе повязка постоянно смещается, раздражает кожу, перевязочный материал выпадает.

В статье «Первичный зуд заднего прохода» J. H. Heslop (1966) пишет о большом значении личной гигиены, имея в виду не только туалет этой области, но и дополнительное очищение кишки клизмой после очередной дефекации. По мнению автора, клизма освобождает кишку от остатков, которые дают газообразование, а отхождение газов ведет к загрязнению анальной кромки. О клизмах после дефекации он пишет: «Этот метод очень часто применяется в Соединенных Штатах Америки» и рекомендует для полного очищения кишки применять солевые слабительные еженедельно или раз в две недели.

Мы рекомендуем больным, страдающим зудом заднего прохода, постоянно иметь с собой завернутую в бумажку белую вату. Небольшой кусочек сухой ваты закладывается в глубину анальной воронки таким образом, чтобы распушенная периферическая часть ватного комка служила прокладкой между обычно соприкасающимися кожными поверхностями анальной области. Ватный комочек устраняет соприкосновение и трение кожных поверхностей. Прекращается их потение и увлажнение. Ватка держится хорошо, не дает о себе знать и не растирает кожу, как ходы бинтов повязки. Если ватка выпадает во время ходьбы, ее заменяют. У больных с легкими формами заболевания этот простой метод почти всегда дает хорошие результаты без применения более серьезных мероприятий (инъекции, операции).

Как известно, у многих наций и народностей юга нашей страны — Крым, Кавказ, Средняя Азия — в частности у представителей монгольской расы, существует укрепившийся веками обычай совершать обмывание области заднего прохода водой после дефекации. В связи с этим нам неоднократно приходилось слышать высказывания врачей-хирургов, работающих в Средней Азии, что благодаря этому рациональному гигиеническому мероприятию заболеваний области заднего прохода и прямой кишки там значительно меньше, чем в других областях и республиках.

Такое априорное утверждение имеет основание и, может быть, соответствует действительности. К сожалению, оно пока не подтверждено фактическими данными, цифрами, результатами подворных обследований большого числа жителей, данными лечебных учреждений при аналогичных условиях работ в разных республиках и областях, сравнительными данными о заболеваемости на 1 000, 10 000, 100 000 населения, которые могли бы подтвердить или отвергнуть, вероятнее всего, подтвердить меньшую частоту заболеваний прямой кишки и заднего прохода у жителей, систематически производящих обмывание водой области промежности после дефекации.

Рациональная диета заключается в том, чтобы изъять из пищевого рациона все раздражающие виды пищи — алкогольные напитки, копчености, солености, маринады, острые консервы и т. д. При наличии идиосинкразии к какому-либо виду пищи эти продукты устраняются из питания. Пища должна быть разнообразной, высококалорийной, с содержанием большого количества свежих овощей.

E. Granet (1940—1957) писал, что при острых и хронических воспалительных процессах в прямой кишке — колит, проктит, геморрой и др. — происходит понижение pH, что способствует появлению зуда при вытекании слизи из заднего прохода. Основываясь на этом утверждении, L. H. Brooks (1958) произвел исследования и действительно обнаружил, что кишечное содержимое у таких больных имеет щелочность, доходящую до pH=9. После лечения показатель pH снижался до кислого уровня. Этому способствовала, в частности, молочная диета, а также применение культуры ацидофильных организмов, которая назначалась пациентам, страдавшим нестерпимым

зудом или принимавшим антибиотики, а также имевшим неудовлетворительную диету. Им рекомендовалось избегать алкоголя, сахара, мяса, газированных напитков, не принимать пищу между завтраком, обедом и ужином.

Другие авторы также придают значение повышенной щелочности кишечного содержимого при воспалительных процессах и раздражающему действию этого содержимого на кожу, окружающую задний проход, включительно до появления анального зуда. Рекомендации принимать в пищу ацидофильное молоко для снижения щелочности кишечного содержимого, может быть, даже для перевода его в кислую сторону, становятся вполне обоснованными и дают у таких больных положительные результаты. Отношение к молоку и молочным продуктам у людей самое различное. Одни переносят любые молочные продукты, у других они вызывают поносы, у третьих — запоры.

Есть люди, которые хорошо переносят творог и простоквашу, но совершенно не переносят молоко, сливочное масло, сыры и другие молочные продукты. И даже к цельному и кипяченому молоку, а также к другим отдельным видам бывает самая различная переносимость или непереносимость. Можно наблюдать передаваемое по наследству отношение к молочным продуктам — запоры, поносы и т. д. Естественно, что при непереносимости молочных продуктов данный больной будет плохо на них реагировать, тогда как ацидофильные продукты он, может быть, будет переносить хорошо. Все познается на основании опыта. Больные в большинстве знают, как они переносят те или иные продукты, в частности молочные. А если же не знают, то выясняется это путем внесения в рацион ацидофильного молока. Конечно, такое назначение следует считать особенно показательным при повышенной щелочности кишечного содержимого и если это содержимое является вероятной основной причиной, вызывающей и поддерживающей зуд заднего прохода.

Р. Н. Hillemand (1955) и М. J. Brunner (1960) большую роль в лечении зуда заднего прохода отводили рациональной диете, а также общей и местной гигиене. J. H. Neslop (1966) писал, что диетические меры должны состоять в том, чтобы избежать газообразования в кишечнике. Острые виды пищи — огурцы, горох, бобы, алкоголь — должны быть устранены из диеты. В пищевом рационе должно быть достаточное количество овощей. Прием ацидофильного молока полезен, так как ацидофильные лактобациллы размножаются в кишечнике и снижают щелочность его содержимого. Кроме ацидофильных молочных продуктов снижение щелочности кишечного содержимого, как показал Burckhardt, можно получить путем приема экстракта ячменного солода (сусло). В нескольких статьях (1958—1969) L. H. Brooks делился опытом применения ячменного солода при зуде заднего прохода. Из 267 леченных таким образом больных у 245 (31,8%) зуд исчезал или уменьшался в течение нескольких дней.

Местно для устранения зуда заднего прохода можно применять различные медикаментозные средства.

Мази и пасты могут быть высушивающие — цинковая 5—20%, дерматоловая 5—10%, иодоформная 3—5%, висмутовая 5—10%, резорциновая 1—2%, салициловокислая 1—2%; антисептические — борная 10%, пенициллиновая 200 000—300 000 единиц на 100,0 основы, 5% стрептоцидовая эмульсия и пр.; смягчающие, шелушащие, успокаивающие зуд — 0,5—3% ментоловая, вилькинсоновская, 2—5% ихтиоловая, 10—20% серная, 10—15% анестезиновая, 3—5% дегтярная, 2—3% кокаиновая, 2% карболовая; стероидные — 0,25—0,5—1% гидрокортизоновая, 1% преднизолоновая и др.

При пользовании мазями нужно помнить два обстоятельства: 1) нельзя применять желтый, неочищенный вазелин, так как он может раздражать кожу, обладающую повышенной чувствительностью, мазь должна быть приготовлена на белом вазелине или на ланолине; 2) у больного может иметься индивидуальная непереносимость некоторых из перечисленных составов мазей. Поэтому при обострении рекомендуется немедленно переходить на мази другого состава. Для каждого больного мази и другие медикаментозные средства нужно подбирать индивидуально.

Присыпки применяются с использованием цинка, висмута, талька и крахмала в разных соотношениях.

Примочки можно применять из коагулянтов — свинцовая вода, буровская жидкость, раствор азотнокислого серебра 1:500, 1:1000, из антисептиков — сидячие ванны со слабым 1:5000—6000 (раствором перманганата калия и пр. Ф. С. Combes (1961) рекомендует применять примочки из растворов борной кислоты или ацетата алюминия.

От лечения мазями, присыпками, примочками можно ожидать успех только в том случае, если больной освобожден от работы и, лучше всего, помещен в стационар. Лечение на ходу, в амбулаторной обстановке создает большие неудобства и часто не приносит положительного результата. Поэтому мы амбулаторным больным рекомендуем применять мази, присыпки, примочки только на ночь, а днем пользоваться сухим ватным шариком.

Mallein (1923) для местного лечения зуда использовал следующую пропись: ментол и камфора по 0,2, салициловая кислота 0,4, ланолин, вазелин, амидон, окись цинка по 10 г. В. И. Филипчик (1952) применял анузольные свечи для лечения зуда заднего прохода, И. Ф. Горгольд (1953) — смесь 1000 г ментоловой воды с 250 г эфира и 3,0 новокаина.

Исходя из того, что лекарственные средства разделяются на раздражающие нейрорецепторный аппарат кожи и защищающие нервные окончания от вредных веществ, А. А. Покровский (1954) предлагал три сложные прописи для разных стадий заболевания. А. Н. Рыжих (1956) рекомендовал ряд средств для местного применения:

- 1) гигиена анальной области, марлевая прокладка;
- 1) примочки — ляпис 1:2000; таннин 0,5—200; пенициллин 200 тыс. ед. на 100 г физиологического раствора;
- 3) паста: ментол 0,5, новокаин 0,75, стрептоцид 2,0; цинковая мазь 100,0;
- 4) смазывание 10% раствором ляписа, 70% спиртом, 2% раствором йода;
- 5) 2% преципитатная мазь при острицах.

В своих работах R. P. Artchug, W. B. Shelley (1955—1958) указывали, что при лечении зуда следует ожидать положительного эффекта от воздействия препарата на нервные окончания, воспринимающие зуд. Но рецепторы хорошо защищены непроницаемой мембраной, роговым слоем кожи, поэтому действие местных противозудных средств до тех пор неэффективно, пока этот эпидермальный барьер не будет нарушен.

Объясняя механизм кожного зуда, И. И. Шиманко (1956) писал о том, что раздражение, идущее от местного очага, поддерживает центральное возбуждение в коре головного мозга, это, в свою очередь, влияет на состояние периферического очага, нарушает функцию кожи и углубляет патологический процесс. Создается порочный круг, и условия для излечения ухудшаются. Наоборот, даже временное исключение патологических рефлексов из очага ведет к ослаблению процессов возбуждения в центральной нервной системе, к угасанию патологических рефлексов. Это, несомненно, способствует излечению.

М. G. Spiesman (1957) предлагает лечить анальный зуд местным применением Panthoderm cream или 5% раствором борной кислоты на дому, а 10% раствором азотнокислого серебра или 5% раствором танниновой кислоты в 95% спирте — в стационаре. Трудно уловить мотивы, на основании которых он делит лечебные средства на пригодные для применения дома и в стационаре. Следует считать, что это необоснованное и ненужное деление.

У больных, имевших зуд с сухой кожей, R. O. Noogin (1957) местно применял 1% гидрокортизоновую мазь, 1% диклоновый крем, 0,5% квотановую мазь, 1% тропотановый крем. При влажной коже рекомендовал примочки из 1% раствора гидрокортизона, тропотана, 0,5% раствора квотана. Эти стероидные препараты он называл новыми местными противозудными средствами. М. Robin, Т. Кересц (1957) изучали влияние 2% гидрокортизоновой мази на зуд, вызванный гистамином, и установили, что она не оказывает постоянного зудоуспокаивающего эффекта.

«Местное применение стероидов сделало проблему лечения анального зуда менее тяжелой, — пишет Н. D. Trimpy (1960), — при лечении стероидами уменьшается зуд, ускоряется выздоровление, не происходит склероза тканей». Автор наблюдал 53 больных, которые ранее лечились без всякого успеха различными средствами. Применение стероидов привело к выздоровлению у 37 больных, у 10 наступило улучшение. Позднее, после увеличения дозы, они также вылечились.

Г. З. Мухамедияров (1960) больных с зудящими дерматозами лечил повязками с растворами 0,1—1% прополиса или прополисовой мазью: прополис — 12,0, ланолин — 20,0, вазелин — 68,0. Ссылаясь на исследования И. И. Прокоповича, он писал, что прополис обладает анестезирующим свойством сильнее новокаина в 53 раза.

Н. Урфек с соавт. (1967) применял свечи с кортикостероидами. После 2—3 суток применения этих свечей обострение при трещинах, зуде, экземе, геморрое затихало на 2—3 суток. И далее свечи применялись до излечения. О таком же действии кортикостероидных гормонов в суппозиториях сообщили Ж. М. Юхвидова, А. С. Шкляр, В. В. Сергеев (1973).

Из медикаментозных средств общего действия применяются: внутривенно — бром, глюкоза и хлористый кальций; внутримышечно — кипяченое молоко и другие белковые препараты; подкожно — морфий, пантопон; внутрь — снотворные, особенно при нестерпимом зуде, на ночь. Терапия сном вполне оправдана в стационарных условиях. При соответствующих показаниях применяется лечение сыворотками и вакцинами, гормонами и витаминами, стероидами и антигистаминными препаратами. Не следует забывать, что у этих больных с повышенной кожной чувствительностью морфий, бром, сыворотки вакцины и другие белковые органопрепараты, а также некоторые другие неорганические соединения могут сами по себе дать кожные высыпания и обострение заболевания. Кроме того, длительное применение морфия и снотворных может привести к наркомании. Приведем некоторые литературные ссылки.

Л. Г. Волпян (1925), R. Malecki (1935) и многие другие авторы использовали для лечения зуда бромистый натрий. R. Malecki, кроме того, вводил внутривенно 20% раствор гипосульфита натрия, 5% раствор сернокислой меди, 10% раствор хлористого кальция, А. Б. Селицкий (1936—1937) и П. Е. Маслов (1939) применяли внутривенное введение бромкальций-глюкозы (5% раствор бромистого кальция в 25% глюкозе) по 5—10,0. При этом А. Б. Селицкий писал, что кальций ввел в лечебную практику Luithlen, бром — Лебедев, а глю-

козу — Schelz и Richter. А. М. Шейкин (1938) сообщил об опыте лечения больных с зудящими дерматозами гравиданом по 0,5—5,0 внутримышечно. Гравидан — это препарат из мочи беременных, состоящий из гормонов, ферментов, солей. А. S. Seimeanu (1939) при зуде промежности эпидурально вводил слабый раствор сернокислой магнезии. В. Н. Беспалов (1946) у 51 из 63 человек с зудящими дерматозами добился успеха внутривенным введением дистиллированной воды.

С положительными результатами лечение больных провел J. T. Jenkins (1948). У 10 из 210 больных имелись острицы. Для лечения их в анальный канал закладывалась паста из генцианвиолета. Впервые этот препарат в Соединенных Штатах Америки использовал Faust как антигельминт. Затем его стали применять и для выведения остриц как препарат общего и местного действия. Из 210 больных, которых лечил J. T. Jenkins, 130 были вылечены только медикаментозным путем. У 60 проведено инъекционное лечение параллельно с лечением внутривенных геморроидальных узлов, 51 был оперирован, в том числе 17 по поводу геморроя и зуда. У 20 больных наблюдался возврат зуда в течение ближайших 3 месяцев. Из них 12 дополнительно оперировались и 8 лечились применением медикаментозных средств. Наилучшей комбинацией автор считает применение генцианвиолета внутрь в таблетках и местно. Внутрь до 1 г в день, 8 дней подряд, затем 8 дней перерыв и снова 8 дней прием. Если появлялись желудочно-кишечные расстройства — тошнота, рвота, диарея, — то доза снижалась и расстройства проходили, а лечение продолжалось.

Н. Е. Васон (1949) лечил больных, страдавших анальным зудом, местной иммунизацией и вакцинотерапией. Исходя из того, что при зуде наступает ослабление процессов возбуждения в коре головного мозга и усиление их в подкорковых узлах, М. И. Шац (1955) вводил больным подкожно или внутривенно растворы кофеина или тиамин. О. Т. Тесалова (1955—1959) применяла подкожное введение мозговой эмульсии здорового кролика по 1,0.

При зуде, вызванном острицами, М. G. Spiesman (1957) получал хорошие результаты от тетрациклина по 250 мг 4 раза в день в течение 7 дней (по 75—150 мг у детей). 1056 больных с зудящими дерматозами Nosemann (1957) лечил сандостеном внутрь и сандостеном с глюкозой внутривенно — по 10,0. Интересны наблюдения X. X. Ходжаева (1958), который лечил больных зудом 5% водным настоем цветов и листьев лагохилуса опьяняющего; внутрь назначалось по 2 столовые ложки 3—4 раза в день или 12% спиртовой настой по 1 чайной ложке на 0,25 стакана воды 4—5 раз в день, за 10—30 минут до приема пищи.

Новым противозудным препаратом Ch. S. Lincoln (1959) называет тримепразин. При значительном зуде давалось по таблетке, содержащей 2,5 мг препарата, 4 раза в день, последний раз перед сном. При менее выраженном зуде — 3—2 таблетки в день, для детей — одна таблетка. Чтобы уменьшить ночной зуд, иногда перед сном назначалось две таблетки. Продолжительность лечения — от 1 дня при крапивнице до 8 месяцев при старческом зуде, в среднем 1—2 недели. Побочные явления — легкая вялость или временное головокружение. У 6 больных дозу пришлось уменьшить. Никакие другие противозудные средства не применялись. Из 215 лечившихся тримепразином у 42 (20%) получены отличные, у 110 (51%) хорошие, у 33 (15%) удовлетворительные результаты и у 30 человек (14%) эффект был плохой. Тримепразин в аналогичной дозировке применял также Т. Е. Anderson (1959). S. L. Moschella (1959) назначал демекальцин по 1 мг 4 раза в день.

Внутривенное введение 0,5% раствора новокаина при зуде вульвы с лечебной целью применял С. А. Торосян (1960). Л. Н. Шабаева (1960) наблюдала действие альфабрила, супрастина, пипольфена при зудящих дерматозах. Лучше помогает альфадрил-спофа. Отдельные авторы — Е. И. Соколова (1957), L. A. Buie (1959), S. Wolfram (1961) — при лечении больных с зудящими дерматозами пользовались димедролом по 0,03 три раза в день. У 1 из 47 леченных Е. И. Соколовой наступило выздоровление и улучшение, у 6 отмечено ухудшение. А. В. Ржевский (1961) отмечал хорошие результаты подкожного введения кислорода. Н. Neuyen (1963) имел эффект от применения хлор-протиксена.

Для лечения зуда заднего прохода у 8 больных, из которых у 5 зуд сопровождался геморроидальными кровотечениями, С. D. Ford, A. Prigot (1961) применили свечи со стероидами. Наступило выздоровление. У 3 больных с неспецифическим зудом облегчение от лечения не отмечено.

В 1963 г. D. J. Сс. Corthy, J. S. Faires опубликовали статью о положительном противовоспалительном эффекте локальной стероидной терапии, применявшейся в виде инъекций раствора triamcinolone hexacetomide на протяжении 7 дней. Этот метод L. Minville, V. L. Sternondeg решили применять для лечения зуда заднего прохода. Под их наблюдением находилось 19 пациентов — 18 мужчин и 1 женщина, в возрасте от 20 до 50 лет, с идиопатическим зудом, у которых предшествующее лечение другими методами не дало эффекта. Раз в неделю в каждый квадрант под пораженную кожу вводился раствор в количестве 5—20 мг на одну инъекцию. Общая доза варьировала от 15 до 80 мг, в среднем составляла 50 мг; число инъекций — от 2 до 4. При этом методе лечения из 19 пациентов 14 излечены (73,6%), у 2 (10,5%) получены удовлетворительные результаты, у 3 (15,7%) положительного эффекта не было. В. Я. Глотова (1964) больных зудом наружных половых органов лечила гормональными препаратами.

Существует еще много методов общего лечения зуда, которые сейчас имеют, можно сказать, лишь историческое значение, так как вызывают побочные действия. Например, внутримышечные инъекции 5% раствора пептона по 1,5 мл (Р. А. Лурия, 1933; А. М. Шейкин, 1937), сульфазина по 0,3—3,0 (В. А. Кравков, 1940), кипяченого молока по 3,0—12,0 (Л. Б. Лобак, 1941), лечение промедолом и морфием.

J. M. Copland (1965), применяя преднизолон внутрь и снаружи — местно, на 1 000 больных, страдавших анальным зудом, получил успех у 90%. При вторичных формах вначале устранялось первичное заболевание, которое служило причиной зуда. Этот метод автор назвал стандартным лечением. Сюда входил 16-дневный прием преднизолона внутрь по следующей схеме.

Дни	Дозы
1—4-й	5 мг — 4 раза в день, после еды и перед сном;
5—8-й	2,5 мг — 4 раза в день, после еды и перед сном;
9—12-й	2,5 мг — 2 раза в день, после завтрака и ужина;
13—16-й	2,5 мг — 1 раз в день, после завтрака.

В то же время местно дважды в день по 1 минуте втирается 0,25—0,5 1% гидрокортизоновая мазь. Прием внутрь преднизолона по указанному циклу может быть повторен через 6—8 недель, а наружное применение мази продолжается 2—3 месяца. R. M. Carlan (1966) вводил triamcinolone hexacetomide в виде 0,25% суспензии в количестве 2—3 мл не в толщу дермы, а непосредственно под тонкую перианальную кожу. Кроме того, он местно применял стероидные мази и стероиды внутрь. Перед сном назначал аспирин, который уменьшал зуд.

В статье «Лечение анального симптомокомплекса» А. Уррен с соавт. (1967) выделяют две группы заболеваний прямой кишки: 1) более легкие, подлежащие консервативному лечению, — зуд и экзема области заднего прохода, геморрой с тромбозом и кровотечениями, трещина, анальная экссудация — криптит, выпадение слизистой оболочки кишки; 2) более тяжелые, подлежащие оперативному лечению, — рак, выпадение прямой кишки, различные формы свищей, стенозы, каллезные язвы и трещины кишки, абсцессы, доброкачественные опухоли — аденомы, ангиомы, полипы. Первую группу заболеваний авторы объединяют также под понятием анального симптомокомплекса и предлагают лечить больных при помощи прямокишечных свечей специального состава, где основными ингредиентами являются кортикостероиды. Если имеется обострение заболевания, то оно затихает на протяжении 2—3 суток, и дальше лечение продолжается до полного выздоровления. Статья авторов основана на опыте лечения 187 больных.

На эту же тему — «О применении кортикостероидных гормонов в суппозиториях для лечения некоторых заболеваний ано-ректальной области» появилась статья Ж. М. Юхвидовой с соавт. (1973).

Из физиотерапевтических средств используются: горное солнце, токи УВЧ, солюкс, красный и синий свет, местная д'арсонвализация, диатермия, ионофорез с новокаином, с бромистым натрием, с хлористым кальцием, ихтиолом. Иногда хороший эффект дают лучи кварцевой лампы, так как они укрепляют кожу, придают ей загар. Диатермию и ионофорез применяют также на позвоночник.

С. Б. Вермель (1908) положительный результат получал от применения суховоздушных, паровых и световых ванн. По данным О. Л. Иванова (1958), облучение спинальных ганглиев токами ультравысокой частоты дает эффект: у 7 из 26 зуд после лечения исчез. Л. И. Богданович (1959) у больных с зудящими дерматозами применял ультразвук. Ультразвуковые волны, по его мнению, воздействуют на нервные приборы кожи, изменяют реактивность кожи при многократном озвучивании.

Сомнительна ценность метода ионофореза с ацетилхолином, предложенного А. А. Сайко (1959) на основании наблюдений о снижении уровня ацетилхолина в коже при зуде. Во-первых, другие авторы (Е. И. Кричевская, 1951) находили, наоборот, увеличение уровня ацетилхолина в зудящей коже; во-вторых, вряд ли подобной терапией можно повлиять на внутренние процессы, ведущие к зуду. Я. Е. Шапиро (1961) получил положительный эффект от лечения токами д'Арсонваля, М. А. Качковский (1962) — от применения ионофореза с новокаином, а А. И. Рощина с А. Я. Браиловским (1963) — назального электрофореза с 0,5% раствором димедрола или 2% раствором хлористого кальция. Применялись и другие изолированные или в различных комбинациях физиотерапевтические методы лечения зуда заднего прохода.

Рентгенотерапия и физические методы. В 30—40-х годах нашего столетия был период некоторого увлечения рентгенотерапией зуда кожи как общего, так и местных его форм (З. Г. Спектрова, 1927; Ф. М. Гершкович, 1939; W. Kolde, 1932; E. Granet, 1940; A. L. Shapiro, 1945). Однако это увлечение вскоре прошло. J. J. Brossy (1955) писал, что рентгенотерапия применялась как последнее средство при зуде заднего прохода. Из 4 леченных только у 2 получен хороший результат. Одновременно появились и отрицательные отзывы о рентгенотерапии. М. Huhner (1935) утверждал, что если долго пользоваться этим мощным методом воздействия на организм и не обращать внимания на защиту близрасположенных яичек у мужчин, то можно получить на-

рушение их сперматогенной функции. Он наблюдал 5 таких больных, ранее леченных по поводу кожных заболеваний. В 1957 г. J. V. Peppino писал, что X-лучистая терапия не показана при зуде заднего прохода. Она может дать временную ремиссию, но нередко позднее наступает обострение и происходят еще большие изменения в коже, которые труднее поддаются излечению.

Физические факторы — тепло, холод — почти не применялись для лечения кожного зуда, в частности зуда заднего прохода. Можно лишь упомянуть о сообщении Г. М. Глинера (1952), который у больных с локальным зудом делал легкие прижигания электрокоагуляцией. Аппаратом для диатермии на участках зуда он вызывал кратковременную боль «с целью создания в центральной нервной системе очага возбуждения». Метод не нашел распространения. Можно полагать, что эта процедура причиняет больному немало страданий и не может быть рекомендована как средство для лечения кожного зуда.

Следует сделать еще одно добавление, относящееся к лечению зуда физиотерапевтическими, физическими и смежными методами. Этим больным показана лечебная физкультура, о пользе которой при зудящих дерматозах писали Ф. М. Гершкович и С. А. Крон (1957).

Воздействие на нервную систему. Седативные средства — бромиды, барбитураты, хлоралгидрат, антигистамины рекомендовали применять К. Wiener (1955), Н. W. Siemens (1958), W. Burckhardt (1959) и др.

Большое значение в лечении зуда J. Macalpine (1953) и R. Turell (1959) придают психотерапии. Они считают, что при трудных осложнениях заболеваний людей с неустойчивой нервной системой следует направлять к психиатру. R. Turell писал, что, начиная лечение больных, врач должен быть энтузиастом и помнить, что в большинстве эти больные имеют лабильную нервную систему и легко могут поддаться внушению.

А. А. Акоюн и Г. И. Данилянц (1953) лечили внушением в гипнотическом сне 67 человек, страдавших зудящими дерматозами. Каждый сеанс длился по 30—40 минут, от 2 до 23 сеансов на курс лечения. У 32 человек наступило выздоровление. Подобные с преимущественно положительным исходом наблюдения имеют Н. Г. Безюк (1939) и М. П. Гриценко (1964), P. Moller (1951), Г. Е. Куприц (1956), Сидаравичус (1956) проводили лечение медикаментозным сном, а Н. С. Смелов (1958—1961) — электросном.

С некоторым успехом для лечения зудящих дерматозов В. М. Мацаберидзе (1959), Б. А. Беренбейн (1960) и Г. З. Мухамедияров (1962) применяли метод иглоукальвания. Объясняя механизм действия акупунктуры, В. М. Мацаберидзе писал, что это один из видов терапии раздражением, обуславливающий закономерный рефлекторный ответ со стороны определенных внутренних органов и всего организма в целом.

Курортное лечение. С большой пользой лечение разных кожных заболеваний, в том числе сопровождающихся зудом, проводится на сероводородных, с меньшим эффектом — на грязевых курортах. Наш личный опыт лечения на сероводородных курортах больных, страдающих геморроем (1938), показывает, что наряду со сморщиванием геморроидальных узлов, исчезновением симптомов геморроя происходит оздоровление, укрепление окружающей задний проход кожи. Исчезают мацерация, зуд. Лечение проводилось как сероводородными микроклизмами, так и общими сероводородными ваннами. Поэтому нужно считать вполне правомерным направление для лечения на сероводородные курорты лиц, страдающих как первичным, так и вторичным зудом заднего прохода.

Б. С. Ленский (1966—1967) описал действие курортных факторов на 136 больных, страдавших хроническим геморроем, колитом, криптитом с осложнениями в виде анального зуда. Он сконструировал прибор для опыления слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишок. В различных комбинациях больные получали грязевые трусы, ректальные грязевые ванны, орошение кишки минеральной водой «Ессентуки 4», 0,25% раствором колларгола и опыление противогриппозной сывороткой через аппарат Ленского. В заключение автор пишет, что под влиянием комплексной курортной терапии в сочетании с медикаментами у большинства больных, страдавших хроническим проктосигмоидитом, осложненным анальным зудом, геморроем и криптитом, наблюдается благоприятная динамика основных клинических, лабораторных и ректороманоскопических показателей.

Инъекционные методы лечения анального зуда в разных вариациях стали применяться в начале настоящего столетия.

В 1916 г. Н. В. Stone предложил лечить анальный зуд подкожными инъекциями 96% спирта из многих точек под сакральной анестезией. В 1926 г. он опубликовал результаты лечения 200 больных с хорошими результатами и тогда же описал метод лечения зуда влагалища путем инъекции алкоголя под зудящие поверхности. Процедура выполнялась под наркозом закисью азота или эфиром. Г. И. Томсон (1927) лечение симптоматического зуда влагалища рекомендовал начинать с устранения возможных общих причин — диабет, острицы и местных заболеваний — вульвит, флюор, экзема и др. При безуспешности этих простейших мероприятий он вводил под зудящие поверхности до 100 мл и более 1/2% раствора новокаина и получал хорошие результаты, как и Halban (L. Bl. f. Gun., 1927, 31), который, кроме раствора новокаина, вводил 1/5% раствор туокаина при зуде, краурозе и хронической экземе. Позднее метод инъекции спирта при зуде влагалища с успехом применяли В. В. Третьяков (1936), К. Е. Ефимов (1939), К. В. Малахова, С. А. Немировская (1961), W. M. Wilson (1938) и др.

В. В. Третьяков (1936) при зуде женских наружных половых органов у 12 больных производил инфильтрацию 200—250 мл 0,25% новокаина. Только у 4 больных пришлось дважды повторить эту процедуру. Все больные выздоровели. Выгодной стороной такого способа лечения надо признать быстроту, с которой исчезает мучивший больных годами зуд. Подобным образом зуд вульвы лечил К. Е. Ефимов у 13 больных. Полное излечение наступило у 11, у 1 больной получено улучшение и у 1 эффекта не было. 16 больных М. И. Геворовский (1957) лечил пресакральной новокаиновой блокадой.

Б. Л. Гуртовой (1951) при зуде женских наружных половых органов у 5 больных применил новокаиновую блокаду. Положительное действие было кратковременным, в пределах одних суток. Поэтому он перешел на блокады срамных нервов с применением 96% алкоголя. Эта манипуляция проведена у 29 амбулаторных больных. В отдаленные сроки прослежено 19, из них у 16 зуд совершенно исчез, у 3 наступило значительное улучшение.

Инъекционный метод с использованием спирта и других крепких растворов стал отдельными авторами все шире применяться для лечения зуда заднего прохода. В 1928 г. G. Hanes, в 1931 г. L. A. Buie, в 1959 г. S. T. Ross и другие с целью лечения зуда заднего прохода подкожно вводили раствор соляной кислоты. Кроме положительных исходов, отмечались и осложнения в виде невроза кожи, абсцессов, флегмон. В 1931 г. L. Goldbacher предложил под зудящую кожу вводить 5% раствор карболовой кислоты в растительном масле.

Поиски велись в разных направлениях. Так, И. М. Щербаков (1935) пытался лечить зуд заднего прохода подкожными и внутривенными инъекциями 0,6% раствора соляной кислоты, а также дистиллированной воды, производил парасакральную новокаиновую блокаду. Все эти методы оказались мало эффективными или совершенно бесполезными и не вошли в практику.

Для продления анестезии при инъекционном лечении зуда заднего прохода С. N. Morgan (1935) применял 1,5% раствор прокаина с 5% раствором стерилизованного миндального масла. Инъекция безболезненна, если делать ее медленно. Анестезия наступает сразу и длится до 7—20 дней. Препарат нетоксичен. Можно вводить до 20—30 мл, лучше всего из 4 точек. Это лечение с успехом проведено у 7 больных. Подобный же метод применял В. Р. Брайцев (1951), но он использовал 0,5% раствор нуперкаина в миндальном масле.

В. Haskell, C. D. Smith (1936) у 22 больных применили метод лечения зуда инъекциями спирта. Вначале зудящая кожа подвергалась инфльтрации 2% солянокислым прокаинном. Затем через те же иглы вводился в небольших количествах, без большого давления, без инфльтрации толщи кожи, 70° спирт в количестве 3—5 мл. При необходимости инъекции повторялись через 5—7 дней до 4—6 раз (общее количество вводимого спирта — до 15—20 мл). Из 22 лечившихся 2 человека получили по 2 инъекции, 8 больных — по 3 инъекции, 9 — по 4 инъекции, 2 — по 5 инъекций и 1 больной — 6 инъекций. Полное излечение наступило у 16 больных, неполное — у 4, не было улучшения у 2 больных. S. D. Manheim (1938) блокировал участки зудящей кожи 0,1% раствором эукупина дегидрохлорида с 1% раствором новокаина. Наступавшая аналгезия длилась 2—7 недель, зуд исчезал. А. Я. Шнее (1939—1951) у 2 больных с зудом заднего прохода применил инъекцию масляных растворов анестезирующих веществ и не получил благоприятного результата. Позднее он добился некоторого успеха. С хорошими результатами применяли E. Hollander (1938), R. Turell (1940, 1944, 1947 и т. д.), А. Cantor (1943) метод татуажа сульфидом ртути области зудящей кожи. Для автоматического выполнения этой процедуры был предложен простой прибор. Более чем у 70% больных получено выздоровление.

G. V. Speare, R. E. Morley (1940) лечили больных впрыскиванием в перинальную клетчатку 0,75% раствора хлористоводородной мочевины с 0,175% раствором новокаина. A. N. W. Swinton (1947, 1951) инъектировал 40% спирт из двух точек веером, но предупреждал о том, что вводить его следует строго подкожно во избежание некроза кожи. Инъекции делались под спинномозговой анестезией, реже — под местной, но при этом результаты были хуже. J. H. Z. Ferguson (1952) пользовался методикой, описанной в 1931 г. L. A. Buie. Наркоз. Под место поражения, параллельно коже, вводилась игла длиной 12 см и в подкожную клетчатку, но не в кожу, вводилось от 20 до 50 мл 20 или 40% алкоголя. Лечилось 28 больных. При этом лечении наблюдались следующие осложнения: поверхностный некроз кожи — 5, целлюлиты — 3, перинальный абсцесс — 3, низкий свищ — 1, временная слабость подкожного сфинктера — 2. Результаты: вылечилось 10 человек, значительное улучшение, некоторое раздражение — 5, ремиссия, за которой последовал возврат заболевания, — 5, некоторое улучшение, раздражение еще беспокоит — 3, не показались вновь видимо, вылечились — 3. Приведенные результаты лечения не дают основания оценивать этот метод положительно. Во-первых, слишком велико число довольно тяжелых осложнений — у 14 из 28 (50%). Это прямое последствие большого количества и высокой концентрации

спирта, вводимого в подкожную клетчатку. Во-вторых, излеченными можно считать только 10 из 28. Нет, не может быть рекомендован этот метод лечения. S. Teodorescu (1959) участки зуда обкалывал раствором новокаина с ларгактилом, а H. Bacon (1956) — бенаколом по 3 мл в один квадрант за сеанс, и так до полного блокирования участков кожного зуда. R. Turell (1959) применял следующую методику. Место введения спирта анестезируется 1% раствором новокаина. Затем вводится 5—10 мл 95° спирта — 1 квадрант за процедуру. Следующее введение — через 5—10 дней. По его исследованиям, спирт расщепляет миелиновые оболочки, растворяет липоидный компонент и оставляет аксоны интактными. Подкожное введение одних анестезирующих средств он считал мало или совсем не эффективным.

На основании работ А. В. Вишневого в нашей стране широко практикуется короткий новокаиновый блок. Используется этот метод и для лечения зуда. Кроме обкалывания новокаином, применяются инфильтрация аутокровью, масляно-новокаиновые инъекции, впрыскивание алкоголя в разных концентрациях с глюкозой и новокаином (или без них) подкожно, внутрикожно (1—2 мл 96° спирта) или в клетчатку впереди копчика (20—40 мл 40° спирта на новокаине). Некоторые авторы, считая, что нарушен обмен веществ в коже, лечат зуд впрыскиванием 5—10 мл дистиллированной воды внутрикожно по квадрантам.

Применяются многочисленные другие органические и неорганические препараты для подкожного или внутрикожного впрыскивания в области поражения при зуде заднего прохода. Пытались блокировать иннервирующие кожу области заднего прохода срамные нервы. Вводился обычно спирт в различных количествах и соотношениях вместе с раствором новокаина или отдельно — вначале новокаин, потом спирт. Инъекции производились через укол на границе между срамным бугром и задним проходом. Игла вводилась на глубину 4—6 см несколько кзади так, чтобы около боковой стенки таза можно было ввести раствор к месту прохождения общего срамного нерва. Попастъ вслепую в этот нерв нелегко, и поэтому инъекции часто оказывались безрезультатными.

Перечисленные, а также другие инъекционные методы, по отзывам различных авторов, давали от 50 до 70% хороших и удовлетворительных результатов. Выздоровление — 25—30%.

Свойство спирта давать как бы химическую перерезку нерва давно привлекало врачей, особенно хирургов. Действие спирта на нервные волокна изучали Н. В. Марков (1920), Е. Е. Гиговский (1946) и др.

М. И. Габриэлян (1947) отмечала, что благодаря постепенному внедрению алкоголя в практику нейрохирургии появился целый ряд работ, посвященных изучению действия спирта на периферические нервные стволы. По ее словам, Pitreset, Waillard в 1887 г. впервые изучали на морских свинках патологоанатомические изменения в нервах после инъекций в ткани вокруг нерва алкоголя в количестве 0,5 мл. Эпова (1891) проводил аналогичные исследования путем обливания нерва винным спиртом в продолжение часа. Brissand et Sicaud (1906), Finkelburg (1907), Frankenthar (1923) на животных изучали микроскопические изменения в нервах при введении алкоголя в обнаженный ствол. Все эти авторы на основании своих исследований пришли к выводу, что в месте инъекции получается химическая перерезка нерва вследствие нарушения проводимости, вызванной дегенеративными изменениями в осевых цилиндрах и миелиновых оболочках. Эта «невротомия» имела временный характер. В качестве критерия для суждения о действии алкоголя на периферические нервы

М. И. Габриэлян избрала состояние коленного рефлекса после введения спирта в мышечно-суставную ветвь бедренного нерва у собак. Рефлекс вновь появлялся в среднем через 53 дня.

В нашей стране пионером и основоположником исследований, принятых начиная с 1909 г. по вопросу о действии спирта на нервные стволы, об изменениях в нервах и иннервируемых ими тканях, являлся В. И. Разумовский с сотрудниками. Один из его учеников, Н. Н. Назаров, объединил эти работы в монографии «Применение алкоголя в нервной хирургии», выпущенной в свет в 1928 г. в Саратове. На эту же тему небольшую монографию еще на заре изучения инъекционного метода (1909) выпустил известный невропатолог Л. М. Пуссеп. На основании этих и многих других исследований метод лечебного применения инъекций алкоголя стал широко применяться в невропатологии и нейрохирургии, в травматологии, гинекологии, кожно-венерологии, в хирургии, в частности в пластической хирургии, и особенно проктологии. В этой последней области наша клиника является своего рода пионером (1946).

Разрабатывая в клинике метод лечения различных проктологических заболеваний новокаиново-спиртовыми блокадами, мы стремились найти средство, которое воздействовало бы на нервные элементы зудящей кожи. Представлялось вероятным, что наилучшего эффекта в лечении анального зуда можно добиться воздействием на периферический конец кожного анализатора. Эти мысли находили обоснование и подтверждение в высказываниях и фактических данных других авторов.

На заседании Московского хирургического общества 12/VI 1953 г. А. Н. Рыжих и А. Г. Боброва продемонстрировали 2 больных, излеченных от криптогенного зуда заднего прохода путем внутримоножидкостных инъекций метиленовой сини. Один больной в возрасте 55 лет страдал 5 лет. Непрерывно лечился у дерматологов мазями, присыпками, ваннами, у невропатологов — внутривенными вливаниями; прошел курс рентгенотерапии; лечился на курорте Цхалтубо; был трижды оперирован — два раза по поводу геморроя с введением масляных анестезирующих растворов, в третий раз по Болю (см. дальше). Все безрезультатно. Произведено внутримоножидкостное введение 0,2% метиленовой сини на 0,5% растворе новокаина в количестве 25 мл и 5 капель адреналина. Раствор вводился в окружности заднепроходного отверстия и под слизистую оболочку прямой кишки с одной стороны. Спустя 3—4 дня то же количество в той же прописи введено с другой стороны. Зуд полностью прекратился. Чувствительность в зоне обкалывания восстановилась через 26 дней. Через год больному снова произведено опрыскивание метиленовой синью для успокоения зуда. При осмотре еще через год отмечено выздоровление.

Вторая больная, в возрасте 47 лет, страдала упорным, постоянным зудом заднего прохода в течение 2 лет. Лечилась мазями и прижиганиями раствором азотнокислого серебра, но с незначительным кратковременным улучшением. Произведено однократное опрыскивание раствором метиленовой сини на новокаине в количестве 25 мл. Зуд исчез. Через 27 дней восстановилась чувствительность кожи в месте инъекции. При наблюдении на протяжении 1 года 2 месяцев пациентка была здорова.

А. Н. Рыжих предупреждал, что эти инъекции показаны только при сухой криптогенной форме зуда. При наличии влажной экземы или мацерации кожи они недопустимы. Во избежание интоксикации и рецидивов он рекомендовал вводить не более 25 мл раствора по всей окружности заднего прохода, а после введения краски советовал про-

должать лечение раздраженной кожи с помощью 0,5% ментоловой мази. В прениях по этому докладу выступил А. Я. Шнее. Он отметил, что говорить о полном излечении у этих больных рано, так как рецидив иногда наступает через 1—2 года.

Инфильтрацию перианальной кожи 0,2% водным раствором метиленовой сини в 0,5% новокаина применял И. М. Альф (1965—1966) «для ликвидации условного чесательного рефлекса».

А. Н. Рыжих после блокады участков зуда раствором новокаина и метиленовой сини местно применял при изменениях кожи мазь: салициловая кислота 0,4, ментол 0,5, стрептоцид 4,0, цинковая мазь 50,0. Объясняя мазью, он писал: «Этим мы подготавливаем условия для устранения в будущем — после восстановления чувствительности кожи — чисто местных предпосылок, обуславливающих раздражение периферических нервных рецепторов. Наша методика лечения выключает рецепторы на 20—30 дней. На это время целиком прерывается афферентная часть патологической рефлекторной дуги и создаются условия для восстановления нормального функционального состояния коры головного мозга, то есть для устранения очага застойного возбуждения».

Мы наблюдали больного, врача-хирурга, который страдал зудом заднего прохода около 8 лет. Вот как он описывал процесс безрезультатного лечения своего заболевания. Применялись: 1) бесчисленное количество всяких мазей, присыпок, примочек и т. д.; 2) физиотерапия: облучение местно кварцем, д'Арсонваль, УВЧ; 3) две операции иссечения кожных складок с временным эффектом на 1—1,5 месяца; 4) три раза новокаиновый блок вокруг заднего прохода; 5) два раза блокада: новокаин+спирт; 6) метод А. Н. Рыжих — метиленовая синь на новокаине. Последний метод уничтожил зуд временно на 1—1,5 месяца, а затем снова постепенно появились те же симптомы.

Оценивая зуд заднего прохода как неврогенное заболевание, в патогенетической цепи которого существенную роль играют изменения в нервных элементах перианальной кожи, В. Л. Головачев с 1960 г. стал применять интрадермальные блокады зудящей перианальной кожи раствором новокаина, метиленовой сини и винного спирта. В основе этого метода лежит комбинация двух ранее разработанных способов лечения проктологических заболеваний: 1) в 1946 г. предложенные А. М. Аминевым и широко внедренные новокаиново-спиртовые блокады, рекомендовали проводить ряд общегигиенических мероприятий, геморроя; 2) предложение А. Н. Рыжих (1954) лечить зуд заднего прохода внутрикожным введением в участки зудящей кожи раствора метиленовой сини на растворе новокаина. Если при обследовании никаких причин возникновения зуда не найдено, таким больным, кроме блокады, рекомендовали проводить ряд общегигиенических мероприятий. Категорически запрещалось употребление спиртных напитков, острой пищи, пряностей. Объяснялась важность тщательного соблюдения личной гигиены.

Техника блокады, разработанная В. Л. Головачевым, заключается в следующем. Раствор готовится в аптеке в день его использования на бидистиллированной воде в таком составе: метиленовая синь — 0,05, новокаин — 0,5, бидистиллированная вода — 24,0, стерильно! Перед блокадой больной получает очистительную клизму. Перианальная область выбривается и дважды обрабатывается раствором Люголя. Лучше всего придавать больному положение на левом боку с приведенными к животу ногами, согнутыми в коленных суставах. Левое боковое положение, предложенное Симсом в 1845 г., общепризнано. Врач работает в резиновых перчатках, которые обрабатываются в растворе

сулемы 1:1000 в течение 3 минут. Участок зуда отгораживается стерильными салфетками.

С соблюдением асептики стерильным шприцем в приготовленный раствор добавляется 2 мл 96° спирта и 10 капель раствора адреналина 1:1000. Для проведения блокады необходимо пользоваться одно- или двухграммовым шприцем и по возможности самой тонкой иглой для внутрикожных и подкожных инъекций. Это дает возможность вводить раствор строго внутрикожно и более экономно его расходовать — чем меньше введено лекарства, тем большая вероятность избежать побочных реакций. Чтобы не допустить осложнений от введенного раствора (головокружение, коллапс и т. д.), более 24 г мы не вводим. Если указанного количества недостаточно, назначаем повторную блокаду через 2—3 дня.

А. Н. Рыжих (1956) рекомендует делать блокады от ануса кнаружи. Целесообразнее делать наоборот — от периферии к анусу. Ближе к линии Хилтона и к слизистой оболочке прямой кишки кожа более подвижная, тонкая, раствор здесь проходит свободнее и на большее расстояние из одного места вкола, чем в коже, окружающей задний проход. Следовательно, контроль за непрерывностью обкалывания здесь меньший. В процессе блокады кожа окрашивается синим раствором и становятся плохо видны заблокированные участки. Из этих соображений вначале блокируется малоподвижная кожа в 2—3 см от заднего прохода.

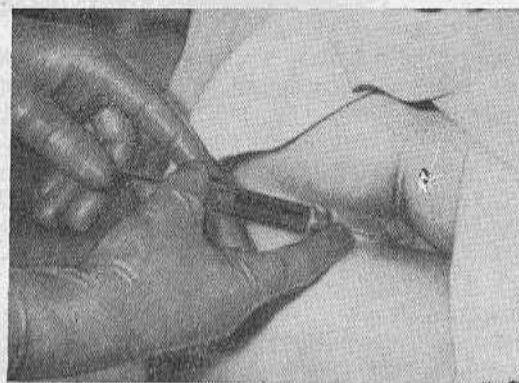
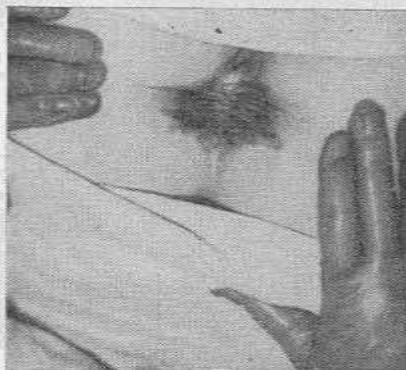


Рис. 51. Начало блокады.



Рис. 50. Лицо врача перед блокадой закрывается прозрачным щитком по В. Л. Головачеву.

Обкалывание производится по типу лимонной корочки. Каждый последующий вкол делается в край уже анестезированного участка. Анестезии большого участка кожи из одного места вкола добиваться не следует, так как создающееся при этом большое давление в тканях может привести к некрозу кожи. В процессе обкалывания может соскочить со шприца игла и произойти разбрызгивание раствора. Поэтому желательно, чтобы лицо врача было защищено. В. Л. Головачев для этой цели предложил пользоваться защитным щитом, применяемым в метал-



Р и с. 52. Вид периаанальной кожи, пропитанной раствором метиленовой сини, после блокады по В. Л. Головачеву.

лургической промышленности. Щит состоит из полуовальной изогнутой прозрачной пластинки из органического стекла, которая с помощью фибровых ремней укрепляется на голове исследователя. Размер прозрачной пластинки 22х22 см.

Блокада обычно проводится при ассистенции медицинской сестры, которая готовит раствор, подает необходимый стерильный материал, разводит руками ягодичные области больного. Когда все участки зуда заблокированы, кожа обрабатывается раствором Люголя и закрывается стерильной салфеткой. Если больной чувствует себя хорошо, то ему разрешается встать.

В начале применения этого метода к 24 мл раствора новокаина и метиленовой сини несколько раз добавлялось по 3—5 мл 96° спирта. Но при этом у 5 больных наблюдался поверхностный некроз кожи. Пришлось остановиться на добавлении 2 мл спирта.

Придерживаясь той точки зрения, что одним из существенных моментов возникновения анального зуда являются изменения в нервных элементах периаанальной кожи, лечение мы начинаем с блокирования нервных окончаний и нервных волокон зудящей кожи раствором спирта, метиленовой сини и новокаина. Под действием введенного раствора нервные окончания и ближайшие проводники подвергаются дегенеративным изменениям, теряют способность к восприятию и проведению раздражения, вследствие чего ликвидируется ощущение зуда. В кору головного мозга не поступает поток патологических импульсов, который поддерживает возникшие в ней нарушения процессов возбуждения и торможения.

Все больные, как правило, легко переносят внутрикожное обкалывание. Сразу же после блокады наступает анестезия периаанальной кожи и зуд исчезает. Ни одного осложнения, кроме вышеописанных некрозов у 5 больных, после блокады не наблюдалось. Было несколько человек, которые сразу же после введения раствора в участки зуда чувствовали головокружение, тошноту, отмечалось некоторое побледнение. Падение сердечной деятельности не наблюдалось. Таких больных мы укладывали на кушетку на 2 часа. Применять какие-либо сердечные и тонизирующие средства не приходилось.

Через 40—60 минут после блокады больные обычно ощущают в области инъекций легкое жжение или пощипывание, которое длится 2—3 часа. У лиц с лабильной нервной системой ощущение жжения значительно, они его плохо переносят. Им профилактически назначается внутрь 0,5 анальгина или вводится подкожно 1 мл 2% раствора промедола. Под наблюдением они находятся 2 часа. В течение 2—3 дней после блокады метиленовая синь выделяется с мочой, приобретающей синюю окраску. Об этом больных всегда следует предупреждать и объяснять природу данного явления.

Первые 5—7 дней после блокады назначаются теплые сидячие ванны с раствором перманганата калия после стула. В дальнейшем запрещается пользоваться туалетной бумагой — больным рекомендуется подмывать область заднего прохода водой комнатной температуры. Лиц, склонных к усиленной потливости, тучных обязываем пос-

тоянно носить ватную или марлевую прокладку, глубоко вкладываемую в наружную анальную воронку. E. S. R. Hughes (1957) накладывал на ягодичные области в натянутом состоянии широкие полоски липкого пластыря с тем, чтобы этим приемом развести ягодичные области в стороны, не давать им соприкасаться. По мнению автора, этот прием предохраняет от мацерации кожи. Вряд ли таким методом можно надежно развести ягодичные области, кроме того, пластырь сам раздражает кожу.

Пять человек, которые поступили в клинику по поводу полипоза толстой кишки, кроме лечения зуда, прошли курс лечения чистотелом. У 8 человек анальному зуду сопутствовали геморрой и анальные трещины. Им одновременно применялась блокада участков зуда, а также геморроидальных узлов или трещин. Наблюдались больные, у которых после лечения основного заболевания наступало выздоровление, а зуд оставался. Этим больным проводилось специальное лечение по поводу анального зуда. Три человека имели, кроме анального зуда, псориаз, один — эпидермофитию стоп. Им произведена внутрикожная блокада перianальной области, и они направлены для лечения сопутствующего заболевания к дерматологу. Больным, страдавшим анальным зудом в сочетании с хроническим колитом (7 человек), зудом и проктосигмоидитом (9 человек), кроме лечения зуда по применяемой в клинике методике рекомендовалось исключить из пищи острые блюда, пряности, запрещалось употребление спиртных напитков, назначались сидячие ванны с марганцевоокислым калием и клизмы с 1% раствором протаргола по 10–20 г после стула. У 9 человек с гипертрофией анальных сосочков во время блокады удалены анальные сосочки. Больным, которые жаловались на вспыльчивость, раздражительность, плохой сон (их было 37), дополнительно назначали микстуру Бехтерева по 1 столовой ложке 3 раза в день, люминал или барбитал по 0,1 г на ночь, им давались советы по режиму труда, быта, закаливания организма. Сразу же после выполнения внутрикожной блокады участков зуда измерялась сила анального сфинктера сфинктерометром А. М. Аминова. Показатели тонуса и максимального сокращения резко снижались и равнялись в среднем 265/350 г вместо 643/920 г до блокады (у мужчин 300–400, у женщин 230–300).

Ближайшие результаты лечения проверены у 102 человек в сроки от 3 недель до 5 месяцев. После внутрикожной блокады и проведения курса консервативного лечения больным рекомендовалось пройти осмотр в клинике через 3–4 недели.

Основная цель осмотра — контроль за правильностью проводимого домашнего лечения, его эффективностью, выявление возможных осложнений. Обращалось внимание на состояние перianальной кожи. Изучался анальный рефлекс. Измерялась сила сфинктера. В зависимости от эффективности лечения все больные были подразделены на три группы: 1-я группа — зуда нет, 2-я — зуд уменьшился, 3-я — без эффекта. Из числа обследованных у 79 зуд исчез, у 22 уменьшился и у 1 больного лечение эффекта не дало.

Лицам с полным выздоровлением обычно никакого лечения не назначалось, кроме соблюдения личной гигиены. Больным, у которых зуд оставался, проводилось дополнительное лечение. 16 больным произведена повторная блокада через 1–3 месяца после первой. У 10 человек после первого лечения оставался незначительный, мало беспокоящий зуд. Им назначено консервативное лечение — сидячие ванны с раствором марганцевоокислого калия после стула, смазывания перianальной области 5% анестезиновой мазью или присыпание тальком с окисью цинка.

При изучении ближайших результатов лечения обращалось внимание больных на то, чтобы они запомнили, через какой срок у них исчезает в области заднего прохода чувство онемения, возникшее после блокады. Выяснилось, что чувство онемения держалось чаще всего 2—3 недели. У 1 больного онемение длилось 1 месяц, у 12 — 3—5 дней и у 1 — всего один день.

При изучении **отдаленных результатов** лечения произведена сфинктерометрия у 47 человек, излеченных от анального зуда. Из них мужчин было 29, женщин 18. Средние показатели сфинктерометрии у мужчин 590/885, у женщин 490/740, а в среднем 540/812. Эти данные полностью приближаются к средним показателям здоровых людей.

Анальный рефлекс исследован у 144 излеченных. Среди них мужчин было 93, женщин 51. Результаты изучения анального рефлекса приведены в табл. 36.

Таблица 36

Анальный рефлекс до и после излечения

Пол	До лечения					После лечения				
	Число больных	Повышен	Живой	Снижен	Отсутствует	Число больных	Повышен	Живой	Снижен	Отсутствует
М	93	26	64	2	—	27	—	25	2	—
Ж	51	11	35	4	—	11	—	8	3	—
Всего	144	37	99	6	—	38	—	33	5	—

Данные таблицы показывают, что среди больных анальным зудом 37 человек имели повышенный анальный рефлекс. Из 144 обследованных снижение рефлекса до лечения отмечено только у 6 человек пожилого возраста. Отсутствия рефлекса не найдено. В отдаленные сроки обследовано 38 человек, ни у кого из них после излечения повышения анального рефлекса не обнаружено. У 5 человек установлено снижение его. Это были люди пожилого возраста, у которых снижение рефлекса объяснялось возрастными изменениями и нарушением корковой деятельности.

Исчезновение анального зуда после проведенного лечения положительно действовало на общий нервно-психический статус больных. Исчезало постоянное напряжение и невольное чувство ожидания зуда. Больные могли спокойно работать и отдыхать. Улучшался сон, появлялся аппетит. Наступала нормализация нервной деятельности. Анальный рефлекс понижался до нормы.

В. А. Аминова (1959), исследуя рефлекс у страдающих трещиной заднего прохода, обнаружила его повышение у 15 из 61 больного. Она связывает это явление с функциональным расстройством нервной системы. По мере того как трещина заднего прохода заживала, сила анального рефлекса у части больных уменьшалась. Это обстоятельство объясняется тем, что меняется состояние нервной системы больного. Из раздраженного, легко возбудимого он превращается в спокойного человека. Приходит к норме и анальный рефлекс.

Морфологические изменения перианальной кожи после блокады сводились к умеренно выраженной пигментации, несколько большей, нежели пигментация данной области у лиц, не страдающих анальным зудом. Реже отмечалась незначительная инфильтрация кожи в местах

ранее произведенной блокады. У 3 больных после лечения улучшения не наступило. Им трижды производились внутриважные блокады по методике клиники с последующей консервативной терапией, но выздоровления не наступило. Для примера приводим одну краткую выписку из амбулаторной карты.

Больной Г., 36 лет, грузчик. Обратился в нашу клинику с жалобами на зуд в области заднего прохода больше по ночам, плохой сон, раздражительность. При обследовании других заболеваний не выявлено. Перинальная кожа гиперемирована, видны следы расчесов, площадь зуда 13 см². Сила сфинктера 700/1300 г, анальный рефлекс повышен. Порог тактильной чувствительности в участках зуда равен 2, болевой — 1. Произведена внутриважная блокада участков зуда и назначено консервативное лечение. При контрольном осмотре через 3 недели зуд уменьшился, но совсем не исчез. Через несколько месяцев вновь обратился в клинику с жалобами на анальный зуд прежней степени. Назначенное консервативное лечение не помогало. Через год после первой произведена повторная внутриважная блокада, которая дала только временное улучшение. Еще через год блокада произведена третий раз. Улучшение также временное — в течение 4 недель.

Приведенный пример из наших наблюдений не говорит против применения в клинике метода лечения анального зуда. И хотя стойкого выздоровления у этого больного не наступило, тем не менее, он чувствовал значительное облегчение в течение нескольких недель и даже месяцев. В подобных наблюдениях нужны настойчивые поиски этиологии зуда и в период блокирования нервных окончаний — проведение активной терапии, направленной на нормализацию нервной деятельности.

У нескольких больных выздоровления после первой блокады не наступило. После повторных блокад отмечалось полное выздоровление.

Больная П., 52 лет, работает пожарником. Обратилась в клинику с жалобами на зуд в области заднего прохода постоянного характера, плохой сон. При обследовании других заболеваний не найдено. Определяются гиперемия и расчесы перинальной кожи. Площадь зуда 25 см². Анальный рефлекс повышен. Произведена внутриважная блокада участков зуда. При контрольном осмотре через 1—1,5 месяца зуд уменьшился, но продолжает беспокоить. Через 3 месяца — повторная блокада в сочетании с консервативной терапией. При осмотре через 1 год и 10 месяцев зуда нет.

Это наблюдение говорит о том, что не всегда наступает полное выздоровление после проведения первого курса лечения. Чтобы добиться успеха, иногда требуются значительное время и определенная выдержка как со стороны больного, так и со стороны врача. В наблюдениях нашей клиники у 120 из 123 обследованных достигнут успех. Данные изучения отдаленных результатов лечения свидетельствуют об эффективности применяемого в клинике метода — полученный процент выздоровления и улучшения выше, чем у других авторов.

Таблица 37

Сравнительные данные трех авторов об отдаленных результатах лечения анального зуда, %

Автор	Всего обследовано	Выздоровление	Улучшение	Без эффекта
Альф	72	70,3	22,2	7,5
Сербин	68	58,8	36,7	4,5
Наши наблюдения (Головачев)	123	78,8	18,8	2,4

Оперативные методы лечения могут быть предприняты, с одной стороны, для устранения заболевания, вызывающего зуд заднего прохода, с другой стороны, операцией пытаются воздействовать непосредственно на область заболевания. В первую группу можно отнести операции по поводу свищей заднего прохода, геморроя, анальных сосочков, рака прямой кишки или другого заболевания, которое сопутствует зуду заднего прохода и, возможно, является одной из главных

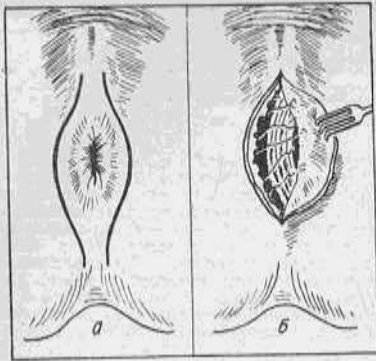


Рис. 53. Операция Бола при зуде заднего прохода:

а — кожные разрезы; б — кожный лоскут откинут, обнажены подходящие к коже нервные веточки, которые пересекаются, лоскут пришивается на месте, то же делается с другой стороны.

причин его появления. Опыт показывает, что при вторичных формах зуда заднего прохода одно оперативное вмешательство по поводу геморроя, свища заднего прохода и т. д. обычно приводит к излечению зуда.

Из предшествующих зуду заболеваний области заднего прохода не следует забывать об анальных сосочках, которые иногда, несомненно, могут быть причиной упорного зуда. А. С. Margarey (1911) отметил, что из 813 больных 53 страдали анальным зудом. У 13 из них он нашел гипертрофированные анальные сосочки. После электрокаутеризации наступило выздоровление у всех больных, кроме одного. Из вылеченных один был особенно показательным. Зуд у него продолжался около 8 месяцев. Кожа была раздражена, имелись расчесы. После

каутеризации двух анальных сосочков наступило выздоровление. J. P. Lockhart-Mummery (1934) писал: «Часто думают, что анальные сосочки являются причиной зуда. Я не могу утверждать, что это так, но в некоторых случаях удаление гипертрофированных папилл излечивало зуд».

В третьем томе настоящего Руководства, в разделе «Анальные сосочки, папиллит», на странице 81 мы привели краткую выписку из истории болезни профессора медицинского института, который на протяжении 20 лет страдал упорным зудом заднего прохода. Консультации у всевозможных специалистов и разнообразнейшие методы лечения не приносили пользы. При обследовании больного мы обнаружили у него два внутренних анальных сосочка, диаметром 2 и 5 мм, свисавших на тонких ножках в просвете анального канала и нарушавших его герметизм. Из прямой кишки постоянно вытекало небольшое количество слизи, которая увлажняла окружающую кожу, поддерживала не поддававшуюся излечению обширную, распространявшуюся на мошонку, ягодичные области и бедра мацерацию кожи и сопровождавший ее зуд заднего прохода. После удаления этих двух сосочков в ближайшие дни мацерация кожи, зуд совершенно исчезли и не повторялись при наблюдении за больным на протяжении многих лет.

При идиопатической, или первичной форме зуда заднего прохода Ch. Vall в 1905 г. предложил операцию, направленную на пересечение нервных ветвей, подходящих к поврежденной коже. Производятся полуовальные разрезы с двух сторон от заднего прохода, не соединяющиеся спереди и сзади. Кожные лоскуты максимально отпрепаровываются к средней линии. При этом пересекаются все подходящие к коже нервы, после чего лоскуты пришиваются на прежнее место. В иностранной литературе появились сообщения о рецидивах после операции Ch. Vall. Предложены различные варианты подкожного пересечения нервов, подходящих к коже периаанальной области, а также операции, основанные на других принципах. Например, зудящие участки кожи удаляются и замещаются новыми путем свободной пластики или путем перемещения на ножке соседних участков здоровой кожи. H. Kuettner (1927) предлагал иссекать зудящую кожу и закрывать дефект смещением лоскутов из соседней области.

F. Joung, W. M. Scott (1943) применили новый вариант метода хирургического лечения анального зуда. Зудящая кожа иссекается и заменяется перемещенным лоскутом, взятым с медиальной части ягодичных областей.

В. Р. Брайцев (1952) высказывал мысль о возможности иссекать пораженную кожу и заменять ее перфорированным лоскутом с другого места. Он предупреждал (1956), что операция перерезки моторного нерва может дать нарушение функции сфинктера прямой кишки, который, как и кожа заднего прохода, иннервируется веточкой срамного нерва.

Отстаивая хирургическое лечение — перерезку чувствительных нервных веток при анальном зуде, Ф. Ф. Брейтфус (1935) писал: «Перерезкой чувствительных нервных веток мы не только устраняем симптом, мы перерубаем главное звено порочного круга. Не чувствуя зуда, больной перестает царапаться. Кожные покровы промежности замечательно быстро приобретают здоровый вид. Благодаря спокойному сну нервная система приходит в порядок, и вчерашний мученик чувствует себя счастливым человеком... Операцию мы рассматриваем как первый подготовительный акт к лечению. Выключив рефлекс царапания, мы ставим промежность в наиболее благоприятные условия для лечебных процедур бескровного порядка». В этой статье он похвально отзывался об операции Ch. Ball. Автор не говорил о числе собственных наблюдений, но писал, что результаты этой операции прекрасны, и призывал производить ее, во-первых, чаще, а во-вторых, раньше, не доводя анамнез до 10—15-летней истории страданий. Рецидив наблюдался у одного больного через 2 месяца. В. Р. Брайцев произвел у 2 больных эту операцию с положительным результатом.

При зуде наружных половых органов Л. А. Школьников (1931) производил одностороннюю перерезку срамного нерва у места выхода его из полости малого таза, выше места отдачи ветвей к прямой кишке. Пересечение этих ветвей может привести к нарушению функции кишки. При зуде и краурозе влагалища он также применял операцию — невротомию по А. Г. Молоткову. G. Johnson (1933) описал двух женщин, у которых был крауроз влагалища с распространением зудящей поверхности на перианальную кожу. Консервативное лечение не давало успеха. Обе больные были с положительным результатом оперированы. У одной произведено удаление уплотненных, омололевших, со следами расчесов тканей входа во влагалище — большие и малые половые губы, гипертрофированная подкожная клетчатка, у второй «произведена полная вульвэктомия».

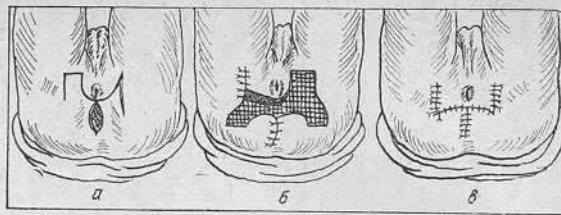


Рис. 54. Операция Кюттнера:
а — кожный разрез; б — зудящая кожа иссечена, начинается зашивание раны; в — рана зашита.

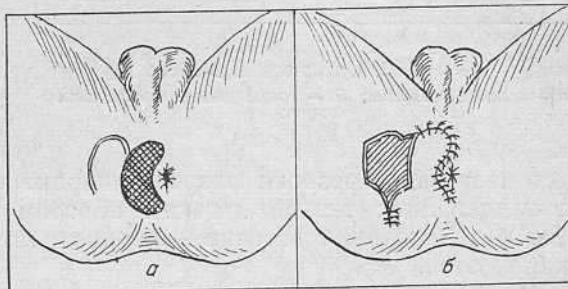
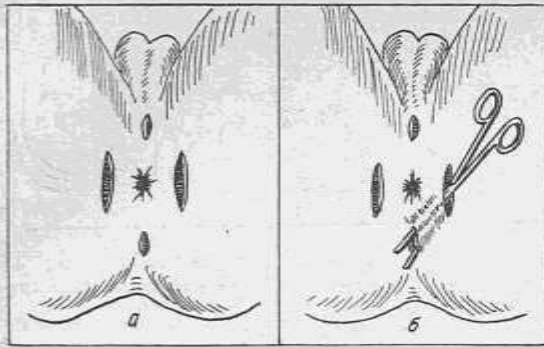


Рис. 55. Операция Юнга и Скота:
а — иссечена зудящая кожа; б — дефект замещен соседним кожным лоскутом на ножке, такое же замещение производится с другой стороны.



Р и с. 56. Операция Кантора:
а — кожные разрезы; б — отслаивание кожи, денервация.

ных разрезов. Через эти разрезы широко отслаивается зудящая кожа от подлежащих тканей и таким образом нарушаются все подходящие к ней нервные веточки — происходит денервация. Кожные раны зашиваются.

В. Р. Брайцев (1952) высказывал мысль о возможности иссекать пораженную кожу и заменять ее перфорированным лоскутом с другого места. Он предупреждал (1956), что операция перерезки моторного нерва может дать нарушение функции сфинктера прямой кишки, который, как и кожа заднего прохода, иннервируется веточкой срамного нерва.

Е. Е. Гиговский (1946) у 16 женщин при зуде наружных половых органов произвел перерезку срамных нервов — у 15 с двух сторон и у 1 больной с одной стороны. Только у 1 больной было отмечено затруднение при удержании газов. У других больных не наступило никаких нарушений функции сфинктера. Все виды чувствительности исчезли в передней части анальной области и в задних 2/3 малых и больших половых губ. Зуд у всех больных прошел сразу после операции, и только у одной больной наступил частичный рецидив через 2—3 месяца.

J. V. Pennino (1957) писал, что если никакие методы консервативного лечения зуда заднего прохода не дают успеха, то необходимо переходить к хирургическим вмешательствам. Наилучшей он считает операцию Ch. Ball (1905) — пересечение нервов, иннервирующих зудящую кожу.

Комбинированные методы лечения проводятся в самых разнообразных сочетаниях. Начинают с простейших методов и переходят к более сложным, включительно до оперативного вмешательства. Выбор средств зависит от опыта, знаний, склонностей, представлений, убеждения лечащего врача.

S. Essner (1920) назначал внутрь карболовую или мышьяковистую кислоту по 0,3 в день 3 раза, препараты брома, снотворные средства на ночь, общие ванны с дубовой корой или отрубями (1 кг на ванну), смазывание лимоном участков зуда. Ежедневно внутривенно вливался 10% раствор брома и в течение недели на ночь назначалось 0,1 люминала и 0,2 пирамидона. Диета молочно-растительная, грубая. Утром после стула обязательно ставилась клиз-

Для лечения упорного зуда наружных половых органов Н. В. Марков (1921) рекомендовал применять рассечение или резекцию срамных нервов в глубине малого таза, сохраняя веточки, подходящие к прямой кишке. Эту операцию он рекомендовал и при зуде заднего прохода.

А. Cantor (1943, 1946) предлагал делать передне-заднего направления разрезы со всех сторон от заднего прохода, а М. Spiesman (1957) — **четыре радиаль-**



Р и с. 57. Операция Списамена, кожные разрезы.

ма для окончательного очищения нижних отрезков кишечника. После клизмы обтирание жидкостью следующего состава: 2% раствор борной кислоты и 2% раствор жидкости Бурова по 200 мл, ректифицированный спирт 100 мл. Затем производились высушивание и присыпка из равных частей цинка и талька. Перед сном клизма, обмывание, а затем мазь по следующей прописи: *Ol. rusci* 1,0, *sulfur pp.* 0,5, *vaselini* 10,0. Вместо мази с успехом применялся асфальтен Модестова. Давая общую хорошую оценку этому методу, автор, к сожалению, не приводит данных о ближайших и отдаленных результатах лечения.

F. M. Frankfeldt (1948) применял перибензамин по 150 мг 4 раза в день, с общегигиеническими мероприятиями.

По длительности и тяжести течения зуда J. J. Brossy (1955) разделил наблюдавшихся им 74 пациентов на 5 групп. Для лечения в различных комбинациях применялись: 1% гидрокортизоновая мазь, лосьон, препараты, смягчающие, очищающие кожу, состоящие из глицерина, спирта, масел и других ингредиентов; антигистаминные препараты внутрь и местно; устранялись первичные заболевания—инъекционное лечение геморроя; проводились локальные гигиенические мероприятия. У 54 больных были произведены местные бактериологические исследования, у 5 обнаружены грибки, что затрудняло излечение. Автор пишет, что *candidaalbicans* может быть высеяна из кала у 15% здоровых людей. Чем более выражены местные органические изменения кожи, тем труднее было излечить больного. Этот вывод автор демонстрирует в следующей таблице, в которой излечение больных ставится в зависимость от нахождения их в одной из вышеуказанных пяти групп.

Таблица 38

Частота излечения 58 больных при различной тяжести местных изменений

	Группа				
	1	2	3	4	5
Излечение	1	9	5	3	4
Улучшение	3	8	7	10	2
Без изменения	—	3	2	—	1

М. И. Полилов (1956) при зудящих дерматозах вводил внутриа-риально 0,5% раствор новокаина по 5—10 мл или 0,25—0,5% раствор метиленовой сини на физиологическом растворе по 4—7 мл, сочетая с местной терапией (примочки с риванолом или 2% салициловым вазелином). Из 137 человек 70% выздоровело.

C. Micol (1957) проводил комплексное лечение, направленное против основной причины, а также местное воздействие — примочки, мази и пр. R. Turcell (1959) писал, что терапия, направленная на этиологический агент, есть идеальная цель всякого лечения, но для этого необходимо точно выяснить причину заболевания, а это не всегда возможно. Поэтому автор рекомендует при невыясненной причине лечить с учетом главным образом стадии заболевания и выраженности местного процесса. При остром воспалении с отеком, мокнутием и расчесами начинать с местной терапии: примочки с жидкостью Бурова, сидячие прохладные ванны, внутрь димедрол в таблетках. После примочек можно прикладывать 1% гидрокортизоновую мазь. Одновременно проводить мероприятия общего характера: исключение из пищи острых блюд, алкоголя, регулирование стула. На ночь можно давать седативные средства. Сочетание глубокой рентгенотерапии с лечением

кортизоновой мазью у больных с анальным зудом практиковал А. Giordano (1958).

В. И. Филипчик и А. М. Шейхтман (1959) проводили комплексное медикаментозное лечение. Всем больным назначался внутрь димедрол по 0,05 два раза в день. Но поскольку это лечение давало неполный и кратковременный эффект, больным назначались на ночь геморроидальные свечи «Анузол» (ксероформ 0,1, экстракт красавки 0,02, сульфат цинка 0,05, глицерин 0,12, жировая основа 2,0). Через месяц у 28 человек наступило стойкое (контроль 2—3 года) клиническое выздоровление. При рецидиве зуда рекомендовалось применять те же свечи.

Подобно комбинациям, применявшимся З. Н. Гржебиным (1933), лечил своих больных J. C. Goligher (1961), но при безуспешности подобной терапии он переходил к рентгенотерапии, инъекционным или хирургическим методам. В. И. Сербин (1963—1964) особенно настаивал на том, что лечение больных по поводу анального зуда должно быть индивидуально различным, комплексным, направленным на важнейшие звенья этиологии и патогенеза заболевания, на устранение вредных факторов внешней среды. Особое внимание при этом он обращал на психотерапию, суггестивотерапию. Такой подход к лечению дал у большинства больных (50 из 65) хорошие ближайшие и отдаленные результаты.

Все лечебные мероприятия, применяемые при зуде заднего прохода, W. V. Gabriel (1932—1963) делит на следующие группы:

- 1) гигиенические мероприятия;
- 2) диета;
- 3) медикаментозные средства;
- 4) ано-ректальное лечение: а) хирургическое; б) локальное лечение свищей, трещин, экскориаций путем применения растворов азотнокислого серебра, растворов спирта, 2,5% йода в спирте, раствора виолетгрюна или 5% меркурохрома в 50% спирте, 1% карболового раствора, а также пасты следующего состава: карболовая кислота 4,0, окись цинка 8,0, розовая вода 15,0 и магнезиальное молоко до 120,0; при трещине под ее основание инъецируется раствор масляного анестетика;
- 5) лечение паразитического загрязнения: а) профилактика против реинфекции; б) ректальные промывания с гипертоническими соевыми растворами; в) противоглистное лечение; г) общее лечение против других форм паразитов, а также воспалительных, инфекционных и обменных заболеваний;
- 6) лечение грибковых заболеваний;
- 7) инъекционные методы лечения: а) применение склерозирующих препаратов — раствора соляной кислоты (S. Granville Hanes, 1922; 1928), 5% раствора фенола (L. Goldbacher, 1930) и др.; б) алкоголь (H. V. Stone, 1916, 1926; L. A. Buie, 1931); хинин-мочевина (L. J. Hirschman, 1926); масляные растворы анестетиков, которые F. C. Yeomans предложил в 1927 г. и позднее (1929) писал о них. W. V. Gabriel описывает в тексте и демонстрирует на рисунках технику этих методов и благоприятные результаты лечения. Из хирургических методов лечения зуда наилучшим он считает тот, который в 1905 г. предложил Ch. Ball. «Рецидивы после этой операции редки. Однако я наблюдал рецидив у одного больного. Он позднее был вылечен инъекционным методом».

В качестве одного из примеров комбинированных методов лечения можно привести рекомендации из статьи J. H. Heslop (1966). Он пишет, что после дефекации необходимо ставить клизму для оконча-

тельного очищения кишки. Диетические меры должны быть направлены против газообразования. Кроме того, автор рекомендует на ночь смазывать перianальную область гидрокортизоновым кремом. С. Б. Гринберг (1966) временно купировал анальный зуд мазью следующего состава: анестезин 3,0, висмут (subnitricum) 5,0, раствор адреналина 1:1000 — 30 капель, новокаин 0,15, ланолин и вазелин по 15,0.

Профилактика зуда заднего прохода, по мнению В. И. Сербина, должна сводиться: а) к профилактике и своевременному лечению заболеваний, которые могут выступать в роли этиологических и патогенетических факторов анального зуда, в частности заболеваний нервной системы, печени, желудочно-кишечного тракта и органов малого таза; б) к обязательному проведению диспансерных мероприятий после клинического излечения зуда заднего прохода, целью которых должно быть создание для больных наиболее благоприятных условий труда и быта с максимальным ограничением влияния вредных факторов внешней среды и при продолжении лечения оставшихся сопутствующих анальному зуду заболеваний. Эта рекомендация может считаться программой-максимум. Ее основой, с нашей точки зрения, является борьба с местными этиологическими факторами — геморрой с выпадением узлов, вытекание из кишки слизи, потение и пр. Устранение этих факторов, а также, при необходимости, индивидуально подобранная местная лекарственная терапия могут сыграть основную роль в излечении больного.

В иностранной специальной литературе, посвященной вопросам проктологии, можно отметить большое число интересных, полезных, насыщенных теоретическими и фактическими данными книг и статей по разным разделам этой молодой отрасли хирургии. Наряду с этим встречаются такие обобщающие, казалось бы, неопределенные термины, как «общие ректальные беспорядки» (С. С. Jackson, 1955; Т. Е. Anderson, G. V. Pontius, L. I. Wilkowski, 1955; H. Tueller, 1961); «анальный симптомокомплекс» (H. Ippen, H. Richthammer, K. Steyrer, 1967), «ано-ректальный синдром» (С. Boehm, 1972) и др. Под этими названиями в кратких сообщениях описываются основные заболевания дистального отдела прямой кишки и области заднего прохода — выпадение прямой кишки, наружные геморроидальные узлы, трещины, анальные сосочки и бахромки, экзема, зуд заднего прохода и др. — с очень кратким упоминанием об основных методах лечения этих заболеваний. О числе, характере, исходах лечения больных на основании собственных наблюдений авторы, к сожалению, не пишут.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Зуд заднего прохода нередко встречается в практике врача-хирурга, невропатолога, кожно-венеролога, терапевта, гинеколога. Это заболевание может протекать легко и быстро проходить от простейших лечебных мероприятий. Но при упорном течении оно вызывает жестокие страдания больных и доводит их до мысли о самоубийстве. Различают первичную и вторичную, или симптоматическую форму заболевания. При той и другой в основе лежит повышенная местная и общая реактивность кожи на почве сенсibilизации и нарушения нервной деятельности у больного. Поэтому лечение должно заключаться не только в применении местных средств, но и в воздействии на весь организм, прежде всего на нервную систему пациента. С этой целью при лечении назначают бром, снотворные, глюкозу и другие средства общего действия. Показана диета. Из пищевого режима устраняются

все острые, раздражающие виды пищи и особенно те продукты, к которым у больного имеется идиосинкразия. Если профессиональные вредности способствуют появлению и прогрессированию заболевания, то больного переводят на другую работу. При вторичном характере процесса обязательно нужно лечить основное заболевание, которое явилось первичным (геморрой, свищи заднего прохода, заболевание почек, печени, суставов, пищевая или промышленная интоксикация и т. д.).

Местное лечение при зуде заднего прохода должно заключаться в гигиеническом содержании этой области — подмывания, гигиенические и лекарственные ванны, повязки. Из медикаментозных средств — местно разнообразные мази, присыпки, примочки. Хороший эффект дают местные внутрикожные и подкожные инъекции различных лекарственных веществ, чаще всего в растворе новокаина.

Оперативное лечение применяется в тех случаях, когда никакие другие методы не дают успеха.

Литература

- Акобян А. А., Данилянц Г. И. Лечение некоторых зудящих дерматозов внушением в гипнотическом сне. — За соц. здравоохран. Узбекистана, 1953, 2, 21—24.
- Альф И. М. Этиология, патогенез, клиника и лечение анального зуда. Тез. докл. I Всерос. конф. проктол. М., 1965, 47—48; В кн.: О болезнях прямой и толстой кишки. М., 1966, 4, 343—347; Вести. дермат. и венер., 1966, 3, 30—33; Клин. мед., 1966, 2, 64—68; Анальный зуд. Дис. канд. М., 1966; Сб.: Новейшие достижения проктологии. М., 1966, 343—346; Лечение анального зуда, метод. письмо по проктологии. М., 1967.
- Амниев А. М. Лечение геморроя на курорте Ключи. Тр. Перм. мед. ин-та, 1938, 11, 146—151; Геморрой. Куйбышев, 1955, 1959; Трещины заднего прохода. Копчиковая боль. Прокталгия. Зуд заднего прохода. Куйбышев, 1959; Амбулаторная проктология. М., 1964; Здравоохран. Казахстана, 1967, 12, 48; Лекции по проктологии. М., 1969; Руководство по проктологии, 1971, т. 2, 80.
- Аминова В. А. Материалы к изучению анального рефлекса. Дис. канд. Куйбышев, 1959.
- Андреева В. А. Изменение болевой чувствительности в процессе беременности и родов и роль симпатической нервной системы при этом. Дис. докт., 1941.
- Ариевич А. М. Поверхностные дрожжевые поражения кожи и слизистых. М., 1949.
- Артур Р., Шелли У. Периферический механизм возникновения зуда. М., 1962, 116—134.
- Безюк Н. Г. К вопросу лечения гипносулгестией кожного зуда. — Врач. дело, 1939, 6, 397—400.
- Белоусов А. В. Исследование болевой чувствительности при кожных поражениях. — Венер. и дермат., 1931, 6—7, 61—64.
- Бельский Н. В. О лечении некоторых кожных болезней внутривенным вливанием новокаина. — Вести. венер. и дермат., 1951, 4, 16—18.
- Беренбейн Б. А. Чжень-цзюотерапия при различных дерматозах. — В сб.: Вопр. нейро-эндокр. и рефлекс. патол. М., 1960, 112.
- Беспалов В. Н. Дистиллированная вода как противозудное средство в дерматологии. Тр. Томск. мед. ин-та, 1946, 221.
- Богданович Л. И. Лечение ультразвуком больных зудящими дерматозами. — Вести. венер. и дермат., 1959, 4, 6—11.
- Брайцев В. Р. Заболевания прямой кишки. М., 1952.
- Брейтфус Ф. Ф. Зуд заднего прохода и его хирургическое лечение. — За соц. здравоохран. Узбекистана, 1935, 3, 81—86.
- Быков К. М. О расстройстве термической чувствительности. М., Изд-во АН СССР, 1947; Кора головного мозга и внутренние органы. М.-Л., 1947, 2, 287; Кортиковисцеральная патология. М., 1960.
- Ведерников Г. Ф. Опыт лечения бром-кофенином и новокаином некоторых кожных заболеваний. — Здравоохран. Казахстана, 1951, 6, 27—28.
- Вермель С. Б. К лечению кожного зуда. М., 1908.
- Волпян Л. Г. К вопросу о лечении экземы и некоторых зудящих дерматозов внутривенными вливаниями бромистого натрия. — Врач. дело, 1925, 22—23, 17—98.

- Габриэлян М. И. О действии алкоголя на периферические нервные волокна. — В кн.: Сб. науч. тр. Самарк. мед. ин-та, 1947, 7, 105—110.
- Георгиевский К. Кожный зуд при желтухе. — В кн.: Сб., посвященный памяти Т. Г. Яновского. Киев, 1930, 71.
- Гершкович И. О. Рентгенотерапия зуда кожи. — Вестн. венер. и дермат., 1939, 5, 28.
- Гершкович Ф. М., Крон С. А. Опыт применения лечебной физкультуры у больных зудящими дерматозами. Тр. Харьков. науч.-мед. о-ва, 1957, 9, 180.
- Гефт Б. Б. Наблюдения над применением при лечении экземы, а также некоторых других дерматозов, внутривенных вливаний брома. — Венер. и дермат., 1926, 5, 763—768.
- Гиговский Е. Е. Резекция срамных нервов как один из методов лечения зуда наружных половых органов. Дис. канд. М., 1946; Акуш. и гин., 1947, 3, 29—31.
- Глинер Г. М. Об условнорефлекторном характере некоторых форм кожного зуда и их лечении. — Вестн. венер. и дермат., 1952, 4, 17.
- Глотова В. Я. Зуд наружных половых органов и его лечение. — Педиатр., акуш. и гин., 1962, 5, 57; 1964, 1, 58.
- Головачев В. Л. Зуд заднего прохода и его лечение. Тез. докл. 24 науч. сесс. Куйбышев, мед. ин-та, 1965, 68—69; Тез. докл. I Всерос. конф. проктол. М., 1965; 58—58; Матер. науч.-практ. конф. врачей Куйбышев. обл., 1967, 54—55; Здравоохр. Казахстана, 1967, 12, 48; В кн.: Вопросы травматологии. Куйбышев, 1968, 132—134; Вестн. дермат. и венер., 1968, 5, 74—75; Лечение анального зуда. Дис. канд. Куйбышев, 1968; Элементы проктологии. Куйбышев, 1969, 4, 93—95; 96—99.
- Горголь И. Ф. Устранение кожного зуда. — Фельдш. и акуш., 1953, 6, 56—56.
- Горлов А. К. К вопросу об анальном зуде. Элементы проктологии. Куйбышев, 1963, 3, 131—133.
- Гржебин З. Н. Кожный зуд. БМЭ, 1933, 27; Сов. мед., 1948, 10, 33—33.
- Гринберг С. Б. Лечение трещин заднего прохода в условиях амбулатории. — Вестн. хир., 1966, 96, 5, 107—108.
- Гриценко М. П. Опыт лечения нефротического зуда наружных половых органов женщины внушением в гипнозе в комплексе с общеукрепляющими средствами. Тр. Харьков. мед. ин-та, 1964, 61, 230.
- Гуртовой Б. Л. Лечение эссенциального зуда вульвы алкоголизацией срамного нерва. Тез. докл. науч. сесс. Сталинабад. мед. ин-та, 1949, 39—41; Сов. мед., 1951, 3, 32—33.
- Гурфинкель М. Б. Нервы кожи при некоторых дерматозах. — Вестн. венер. и дермат., 1953, 1, 13.
- Дарье Ж. Основы дерматологии. Л., 1930.
- Дмитриева И. Н. Кожный зуд при сифилисе. Тр. Узбек. ин-та венер. и дермат., 1936, 2, 129.
- Дубникова Е. М. К вопросу о лечении экземы нервного происхождения гипнозом. — Врач. дело, 1932, 15—16, 634—636.
- Дышко А. С. Изучение ощущения зуда с помощью метода условных рефлексов. Сб. работ по лепрол. и дермат. Ростов-на-Дону, 1959, 13, 52—62; 63—70; 71—77; 78—86; 1960, 14, 226—228; 1961, 15, 100—103; Тр. молодых науч. сотр. Моск. обл. НИИ им. Владимирского, 1959, 91, 191—198; Здоровье, 1960, 1, 29; Вестн. дермат. и венер., 1961, 3, 21; 1962, 6, 12; Зуд. М., 1962; Зуд. кожи. Дис. канд. Волгоград, 1963; Журн. невроп. и псих. им. Корсакова, 1963, 63, 2, 1920.
- Елигулашвили И. Кожный зуд как проявление замаскированной малярии. — Врач. газета, 1927, 7, 522.
- Ерохина Л. Г. Ощущение зуда при органических поражениях нервной системы. Дис. канд. М., 1953; Журн. невроп. и псих., 1956, 56, 7, 543—547; Врач. дело, 1958, 10, 1043—1046.
- Есснер И. С. Патология и терапия кожного зуда. СПб. Практ. мед., 1906, 68; Зудящие болезни кожи. Л., 1926.
- Ефимов К. Е. Лечение зуда вульвы новокаиновым блоком. — Сов. врач, 1939, 14, 747—750.
- Желтаков М. М. Лечение кожных заболеваний гипнозом и лекарственным сном. — Вестн. венер. и дермат., 1952, 1, 6—10; 1954, 1, 3—5; 1961, 11, 10—15.
- Здравомыслов В. И. Психотерапия зуда беременных. — В кн.: Сб. реф. и науч. работ Ставроп. мед. ин-та, 1955, 1, 129—130.
- Зенин А. С. К вопросу о лечении экземы внутривенными вливаниями бромистого натрия. — Каз. мед. журн., 1927, 5, 558—561; Вестн. венер. и дермат., 1952, 4, 15—16.
- Иванов О. Л. Влияние косвенного применения токов УВЧ на зуд. Тр. I Моск. мед. ин-та, 1958, 4, 115.
- Ижевский К. М. К диагностике и лечению зудящих процессов заднего прохода. — Вестн. дермат. и венер., 1964, 5, 87—90.
- Картамышев А. И. Лечение кожных болезней внушением. М., 1953; Кожные и венерические болезни. М., 1954.

- Качковский М. А. О лечении зудящих дерматозов электрофорезом новокаина. — Вестн. дермат. и венер., 1962, 6, 65.
- Кравков В. А. Лечение зуда внутримышечными инъекциями серы. — Сов. мед., 1940, 12, 20—22.
- Крамарь В. С., Головачев В. Л. О бактериальной флоре толстой кишки при анальном зуде. Элементы проктологии. Куйбышев, 1969, 4, 93—95.
- Кричевская Е. И., Мейтина Р. А., Соминя С. И. Роль биологически активных веществ кожи в патогенезе зуда. — В кн.: Вопр. мед. химии, 1951, 3, 114—125.
- Куприц Г. Е. Характер некоторых вегетативных рефлексов у больных зудящими дерматозами при лечении их медикаментозным сном и новокаином. Сб. тр. Литовского респ. НИИ кожи.-венер. болезн., 1965, 3, 43—46.
- Курдиновский Е. М. Зуд влагалища. БМЭ, 1933, изд. 1, 580—583.
- Локтионов П. П. Зуд области ануса. — Мед. сестра, 1966, 2, 19—22.
- Ленский Б. С. Прибор для лекарственного опьянения слизистой прямой кишки у больных хроническим колитом, осложненным анальным зудом. — В кн.: Энтероколиты, колиты и их лечение на курорте. Пятигорск, 1966, 88—90; В кн.: Некот. вопр. диагн. и леч. забол. орг. пищев. тракта. Ессентуки, 1967, 66—68.
- Лихачева Т. С. О морфологии чувствительной иннервации прямой кишки человека. — Хирургия, 1956, 12; Дис. докт. Л., 1963.
- Лобак Л. Б. К вопросу о лечении неврогенного зуда. — В кн.: Терапия нервных болезней. Л., 1941, 124—131.
- Логинов А. В. О механизме нарушения функционального состояния кожи при дерматозах в зависимости от влияния вегетативной нервной системы. Сб. тр. Ленингр. кожн.-венер. НИИ, 1945, 4, 23; 1949, 7, 27—158; Вестн. венер. и дермат., 1950, 6, 6—6; 1951, 9, 13—38; Дис. канд., 1946; В кн.: Проблемы функц. направл. в дермат. М., 1954, 58—125.
- Лурья Р. А. О пептонотерапии кожного зуда. — Сов. клиника, 1933, 19, 3—4, 316—325.
- Малахова К. В., Немировская С. А. Лечение неврогенного зуда наружных половых органов подкожным введением спирта. — В кн.: Акуш.-гин. практика в Забайкалье. Чита, 1961, 186.
- Малеки Р. Зуд кожи и его лечение. — В кн.: Советская больница в Иране. Тегеран, 1945, 2, 18—22.
- Малыкин Р. Я., Большакова Г. М. Изучение высшей нервной деятельности у больных экземой и невродермитом. — Вестн. венер. и дермат., 1951, 6, 3—9.
- Марков Н. В. Двусторонняя резекция внутреннего срамного нерва при зуде влагалища. — Рус. гин. вестн., 1921, 1, 2, 188—189.
- Маркович Р. С. Местная инъекционная блокада новокаином и бенкаином при лечении органических хронических зудящих дерматозов. — Вестн. дермат. и венер., 1962, 10, 53.
- Маслов Г. С. К вопросу о кожном зуде при сифилисе по наблюдениям в Бузулукском венерологическом диспансере. — Сов. вестн. венер. и дермат., 1934, 12, 1079.
- Маслов П. Е. Бромкальций-глюкоза как противозудное средство. — Сов. врач. журн., 1939, 3—4, 201.
- Матусис И. А. К вопросу о лечении экземы внутривенными вливаниями брома. — Рус. вестн. дермат., 1925, 5, 409—411.
- Мацаберидзе В. М. Лечение иглокалыванием больных, страдающих некоторыми зудящими дерматозами. В сб.: Акт. вопр. дермато-венер. Центр. ин-та усов. вр. 1959, 2, 93.
- Мгоблишвили П. И. Лечение некоторых зудящих дерматозов эмульсией здорового кролика. Сб. науч. тр. НИИ кожн.-венер. болезн., Тбилиси, 1950, 5, 81.
- Мухамедияров Г. З. Прополис — новое противозудное средство. — В кн.: Фитонциды в сельском хоз. и пищевой пром. Киев, 1960, 164—166; Тр. Центр. ин-та усов. вр. 1962, 16, 98.
- Назаров Н. Н. Применение алкоголя в нервной хирургии. Саратов, 1928; Клини. журн. Саратов. ун-та, 1928, 1, 25—33.
- Никольский П. В. Болезни кожи. М., 1923; 1927; 1930.
- Павлов С. Кожный зуд. БМЭ, 1959, 2, 10, 1126—1129.
- Панкова Я. В. Зуд и зудящие дерматозы. Тр. Центр. ин-та усов. вр., 1963, 58, 3, 140.
- Патканьян К. Г. К вопросу об обмене веществ при кожном зуде. — Рус. вестн. дермат., 1928, 6, 7, 666—671.
- Пер М. И. К вопросу о ложносифилитических экзантемах генито-анальной области у детей и взрослых. Тр. Крым. мед. ин-та, 1936, III.
- Петрова М. К. Собрание трудов. М., 1953, т. 1, 2.
- Пилат М. Концевые нервные аппараты в коже ануса человека. — Мед. обзор. Нижнего Поволжья, 1927, 7—8, 93.

- Подвысоцкая О. Н. О кортико-висцеро-дермальных взаимоотношениях в клиническом выражении их нарушений. — Вести. венер. и дермат., 1952, 4, 3; Проблемы функционального напряжения в дерматологии. М., 1954.
- Покровский А. А. О методах применения зудоуспокаивающих средств. Вестн.-мед. журн., 1954, 8, 38—44.
- Подилов М. И. Внутривенное введение новокаина и метиленовой сини как метод лечения некоторых кожных болезней. Сб. тр. Курск. мед. ин-та, 1956, 11, 432.
- Полотебнов А. Г. Современное состояние дерматологии в России. Медицинская библиотека, 1882, 9; Дерматологические исследования, 1886—1887, 1—2, 88.
- Потоцкий И. И. Патогенез кожного зуда при сифилисе. Вопр. дермат. и венер. Хабаровск, 1943, сб. 1, 142—146.
- Прорвич Л. В. Изменения рецепторной функции кожи и субординации у больных экземой и невродермитом. — В кн.: О патогенезе и терапии экземы и псориатизма. М., 1955, 58—61.
- Пуссеп Л. М. Лечение невралгий инъекциями спирта в нервный ствол. СПб, 1909.
- Раздольский И. Я. К анатомии и физиологии зуда. — Психiatr. неврол. и эксперим. психол., 1922, 1, 104.
- Разумовский В. И. Еще случай физиологической экстирпации гассерова узла. Хир. арх. Вельяминова, 1910, 4; Врач. газета, 1916, 2.
- Ржевский А. В. Лечение кожного зуда кислородом. — В кн.: Сб. науч. работ Ярослав. горздравоотд., 1961, 2, 223.
- Розентал М. А. Общая терапия кожных болезней. М., 1952.
- Рошина А. И., Браиловский А. Я. Лечение зудящих дерматозов методом назального электрофореза. — Вести. дермат. и венер., 1963, 7, 18—20.
- Русецкий И. И. Клиническая вегетология. М., 1950.
- Рыжих А. Н. Излечение от криптогенного анального зуда посредством внутривенных инъекций метиленовой сини. — Хирургия, 1954, 2, 91—91; Хирургия прямой кишки. М., 1956; Клини. мед., 1966, 2, 64—68.
- Сайко А. А. К вопросу о роли биологически активных веществ кожи в патогенезе зуда. Тез. докл. науч. сесс. Укр. кож.-вен. ин-та. Харьков, 1957, 36; В кн.: Патол., физиол. и эксперим. терапия, 1958, 2, 3, 47—58; Матер. науч. засед. Харьков. науч.-мед. о-ва, I полугодие, 1958, 110; Вести. венер. и дермат., 1959, 2, 32—38; Дис. канд. Харьков, 1959.
- Сакварелидзе Д. С. Материалы к изучению структурных изменений кожи и ее периферических механизмов при зуде. Дис. канд. Тбилиси, 1960.
- Селицкий А. Б. О новом противозудном средстве. — Вести. венер. и дермат., 1936, 2, 1048—1053; Сов. мед., 1937, 3, 32—33.
- Сенаторова Г. Ф. Кожный зуд при истинной полицитемии. — Врач. дело, 1959, 4, 423.
- Сербин В. И. Некоторые данные об анальном зуде. Науч. сесс., посвящ. 100-летию Харьков. науч.-мед. о-ва. Тез. и реф. докл., 1963, 76; Тр. Харьков. мед. ин-та, 1963, 59, 373—382; Врач. дело, 1964, 2, 152—153; К этнологии, патогенезу и терапии анального зуда. Дис. канд. Харьков, 1964; Тез. докл. III съезда дермат. и венер. Харьков, 1965, 67—68.
- Сидаравичюс Б. Ю. Лечение зудящих дерматозов сном и новокаином. Сб. науч. тр. Литовск. респ. науч.-исслед. кожно-венер. ин-та. Вильнюс, 1956, 3, 27—35.
- Славин А. И. О суггестивной терапии при некоторых дерматозах. Тр. Узбек. ин-та дермат. и венер. Ташкент, 1940, 4, 107—111; Вопр. дермат. и венер. Ташкент, 1957, 6, 115—120.
- Смелов Н. С. Адренкортикотропный гормон и кортизон в терапии кожных заболеваний. Тез. докл. науч. сесс., посвящ. пробл. гипофиз — кора надпочечников. М., 1956; В кн.: Антибиотики в эксперим.-клини. изучении. М., 1956, 392—401; Вести. дермат. и венер., 1960, 11, 6—11; 1966, 1, 3—7; 1971, 1, 27—32.
- Соколова Е. И. Опыт клинического и функционального изучения терапевтического действия димедрола при зудящих дерматозах. Дис. канд. М., 1957.
- Спектрова З. Г. К вопросу о косвенной рентгенотерапии общего зуда. — Вести. рентгенол., 1927, 5, 1, 31—33.
- Строкин В. А. К вопросу о связи зуда вульвы с расстройством деятельности эндокринных желез. — Врач. газета, 1929, 17—18, 2296.
- Теверовский М. И. К вопросу о лечении тяжелых форм зуда наружных половых органов у женщины. — Сов. мед., 1957, 2, 57.
- Тесалова О. Т. Промедол в лечении зудящих дерматозов. — За соц. здравоохран. Узбекистана, 1955, 4, 80; Дис. канд. Самарканд, 1959.
- Томсон Г. И. Зуд влагалища и его лечение. — Одесс. мед. журн., 1927, 8—10, 41—42.
- Торосян С. А. Лечение неврогенного зуда наружных половых органов женщины инъекциями новокаина. — Акуш. и гин., 1936, 3, 316.

- Третьяков В. В. Новокаиновый блок нервной системы при лечении зуда наружных половых органов. — *Акуш. и гин.*, 1936, 3, 316—320.
- Уэддл Г., Пальмар Э., Тейлор Д. Значение анатомических организаций периферических нервов в восприятии боли и зуда. — В кн.: *Нервные механизмы боли и зуда*. М., 1962, 11—12.
- Филипчик В. И. Лечение зуда анального прохода геморроидальными свечами «анузол». — *Азербайдж. мед. журн.*, 1959, 3, 77—78; *Здравоохран. Белоруссии*, 1959, 5, 53.
- Ходжаев Х. Х. Лечение некоторых зудящих дерматозов лагохилусом опьяняющим. Дис. канд. Самарканд, 1958.
- Циттерман У. Периферические нервные механизмы боли. — В кн.: *Нервные механизмы боли и зуда*. М., 1962.
- Шаббаева Л. Н. О применении некоторых антигистаминных препаратов при зудящих дерматозах. — *Вестн. дермат. и венер.*, 1960, 12, 81.
- Шапиро Я. Е. Старческий зуд. — *Фельдш. и акуш.*, 1961, 7, 54.
- Шац М. И. К патофизиологии некоторых форм кожного зуда. Сб. тр. Тбилис. ин-та усов. врачей, 1955, 3, 155.
- Шейкин А. М. К вопросу о лечении так называемого эссенциального зуда. — *Клин. мед.*, 1937, 15, 3, 486—489; *Вестн. венер. и дермат.*, 1938, 2, 80—82.
- Шелли В. Б., Артур Р. П. Нейрогистология и нейрофизиология зуда у человека. М., 1956, раздел 1.
- Шиманко И. И. Зуд кожи. М., 1956.
- Школьников Л. А. Зуд и крауроз вульвы и операция невротомии по Молоткову. — *Венер. и дермат.*, 1931, 1, 88.
- Шнее А. Я. Опыт применения масляных растворов анестезирующих средств. — *Хирургия*, 1930, 11, 53; 1946, 12, 40—49; *Матер. к изучению о длительном местном обезболивании*. М., 1951.
- Щербakov И. М. Изучение механизма кожного зуда и его лечение. Юбил. сб. Ленингр. ин-та усов. врачей, 1935, 561—568.
- Юхвидова Ж. М., Шкляр А. С., Сергеев В. В. О применении кортикостероидных гормонов в суппозиториях для лечения некоторых заболеваний анальной области. — *Сов. мед.*, 1973, 9, 100—104.
- Abel A. Pruritus ani. *Brit. Med. J.*, 1939, Mar. 25, 1, 627.
- Ackerman A. Pruritus, prurigo, neurodermatosis... *Dermatologia*, Basel, 1950, 100, 3, 176.
- Aldrich R. H. Pruritus ani and absenteeism. *Indust. Med.*, 1943, 12, 654—658.
- Alexander R. P. Contribution to psychological understanding of pruritus ani. *Psychosom. Med.*, 1959, 21, 182—192.
- Allingham W., Allingham H. W. The diagnosis and treatment of diseases of the rectum. London, 1901.
- Anderson T. E., Chaisners D. Atrial of trimeprazine in itching dermatosis. *Brit. J. Dermat.*, 1959, 71, 6, 214.
- Artchur R. P., Shelley W. B. Experimental evidence for an enzymatic basis for itching in man. *Nature*, 1955, 175, (4464), 21 May, 901—902; *J. Invest. Derm.*, 1955, 5, 341—345; *Ann. Intern. Med.*, 1958, 49, 4, 900—908.
- Bacon H. E., Hardwick C. E. Pruritus ani. *J. Med. Soc. N. Jersey*, 1947, 44, 446; *Anus, rectum and sigmoid colon*. Philadelphia, 1938; 1949; 1956; 1962.
- Ball Ch. The treatment of invertebrate pruritus ani. *Brit. M. J.*, 1905, 1, 113—114. *The rectum: its diseases and developmental defects*. London, 1908.
- Becker G. L. Advantages of local infections of triamcinolone diacetate in perianal skin lesions. *Dis. Colon, Rectum*, 1963, 6, 198.
- Blaisdell P. C. Specific medication for pruritus ani. *Am. J. Proct.*, 1967, 18, 304—306.
- Brack W. Deliberationes congressus dermatologorum internationalis. Budapestini, 1935, IX-1, 3, 129.
- Brooke B. R. Perineal pruritus an allergic manifestation. *Northwest. Med.*, 1939, 38, 9 Dec., 462.
- Brooks L. H. Use of malt soup extract in the treatment of pruritus ani. *Dis. Colon, Rectum*, 1958, 1, 372—375; 1969, 12, 3, 193—195.
- Brossy J. J. Pruritus ani. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1955, 48, 7, 499—502.
- Brunner M. J. Pruritus ani and anal hygiene. *Arch. Dermatol.*, 1960, 82, 267.
- Buile L. A. Proctoscopic examination and the treatment of haemorrhoids and anal pruritus. Mayo clinic monographs, 1931; 1932; 1938; *J. Iowa Med. Soc.*, 1939, 29, May, 185; *Practical proctology*. Thomas, 1960.
- Burckhardt W. Atlas and manual of dermatology and venerology. Philadelphia, 1959, 147—148.
- Callawary J. L. Olonsky S. Trimeprazine. *North Carolina Med. J.*, 1953.
- Cantor A. J. Pruritus ani, *Am. J. Surg.*, 1940, 53, 121—124; *Ambulatory proctology*, N. Y., 1946.

- Carlan R. M. Forgotten factors in the treatment of pruritus ani. *Med. Times*, 1966, 94, 294—297; *Gastroenterology* 1966, 50, 19.
- Castellani A. Pruritus ani and pruritus vulvae of mycotic origin. *Practitioner*, 1926, 117, 341.
- Christensen J. B. Medical control of pruritus ani. *J. Otava Mid. West Clin. Soc.*, 1945, 6, 89.
- Combes F. C. The wet dressing. Its use in acute cutaneous inflammation. *Industr. Med. a. Surg.*, 1961, 30, 1, Jan., 29—34.
- Copland J. M. Pruritus ani. *Ohio M. J.*, 1955, 51, 662; *J. A. M. A.*, 1965, 194, 2, 184—186.
- Corma F. E. Experimental histamine pruritus. *J. Invest. Dermat.*, 1952, 19, 21—34; 1957, 28, 430.
- Cowett M. P. Pruritus ani. *Am. J. Surg.*, 1937, 36, April, 262—265.
- Darier J. Eczema artificiel sen coulée par eau boriquée. *Dermat. Wchshr.*, 1930, 1, Juli, 763—766.
- Davis M. J., Moursund M. P., Landsman R. M. Electrostatic electricity as a possible factor in pruritus of Dry skin dermatoses. *Arch. Dermatol.*, 1955, 71, 244.
- Drueck Ch. J. Allergic and anaphylactic factors of pruritus periney. *M. Rec.*, 1940, 151, Mar. 20, 199; *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1943, 97, 528; *Illinois M. J.*, 1946, 89, 72—74.
- Dry J., Pradalier A. Traitement du essentiel. *Rev. pratic.*, 1972, 22, 4607—4613.
- Duhamel J. Affections non congenitales de l'anus et du rectum chez l'enfant. *R.*, Masson, 1958.
- Esmarch F. Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters. *Deutsch. Chir.*, Stuttgart, 1887, 48, 1, 166—181.
- Fejer A. *Acta Allergol.*, 1959, 13, 427—431.
- Ferguson J. H. L. Alcohol injections in the treatment of pruritus ani. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1952, 46, 6, 391—393.
- Filippi M. Essential anal pruritus. *Gaz. Med. France*, 1964, 10, 1, 3515.
- Foster P. D., Hill M. R. Pruritus ani and its relationship. *Arch. Dermatol. Syph.*, 1940, 41, 699—706.
- Frankfeldt F. M. Pyribenzamine: its role in the treatment of pruritus ani. *Amer. J. Surg.*, 1948, 75, Febr., 307—312.
- Fromer J. L. Dermatologic concepts and management of pruritus ani. *Am. J. Surg.*, 1955, 90, 5, 805—814; *Tr. Am. Proc. Soc.*, 1955, 85.
- Frykman H. M. Anal pruritus. *Min. Med.*, 1955, 38, 19.
- Gabriel W. B. Treatment of pruritus ani and anal fissure. *Brit. M. J.*, 1929, 1 1070; 1930, 2, 311; *Principles and practice of rectal surgery*. London, 1932; 1937; 1945; 1946; 1948; 1949; 1963.
- Giordano A. Treatment du pruit anal par association de rayons profonds et de pommades a la cortisone. *G. ital. derm.*, 1958, 99, 1, 75.
- Goldbacher L. Hemorrhoides. The injection treatment and pruritus ani. Philadelphia, 1931.
- Goldberg L. C., Diamond A. An appraisal of a new antipruritic: Trimeprazine (tenarie). *Antibiotic Med. Clin. Ther.*, 1958, 5, 582.
- Goldscheider A. Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems. Eine Anleitung zur Untersuchung Nervenkrankheiten. Berlin, 1911.
- Goligher J. C. *Surgery of the anus, rectum and colon*. London, 1961; 1963; 1967.
- Goodman J. S., Gilman A. *Pharmacology basis of therapeutics*. N. Y. city, 1955, 663.
- Granet E. Pruritus ani. *New England J. Med.*, 1940, 223, dec. 19, 1015—1020; *Manual of proctology*, Chicago, 1954, *Am. J. Gastroenterol.*, 1957, 28, 4, 394—402; *G. P.*, 1967, 36, 8.
- Granville Hanes S. *Trans. Amer. Proct. Soc.*, 1922, 1; 1928, 112.
- Green M. A. Clinical evaluation of a unique antiallergic dug—trimeprazine. *Ann. Allergy*, 1958, 16, 619.
- Grieco V. F. Evaluation of a new oral antipruritic. *Internat. Rec. Med.*, 1958, 171, 618.
- Grossman L. A new specific treatment for perianal dermatitis. *Am. J. Surg.*, 1938, 42, 351—359; *Arch. Pediatr.*, 1954, 71, 6, 173—179.
- Guess H. C. Conclusions after four years' use of subcutaneous oxygen for the treatment of pruritus ani. *Tr. Am. Proct. Soc.*, 1941, 180—188.
- Gurtler S., Rhene. *Compte-rendu d'essai d'un nouveau neuroleptique*. Congr. Psych., Neurol., Strasbourg, 1958.
- Hachette J. C., Villette J. Treize cas de prurit de l'anus chez l'homme, stu-de psycho-somatique. *Arch. franc. mal. app. dig.*, 1969, 58, 6, 345—358.
- Hailey H. a. Hailey H. Pruritus ani et vulvae. *Arch. Dermat. a. Syph.*, 1936, 40, Nov. 726.

- Hanes G. S. Some observations... with special reference to pruritus. *Trans. Amer. Proct. Soc.*, 1922, 23, 1, 1928, 29, 112—126.
- Haskell B., Smith C. D. The subcutaneous injection of alcohol for pruritus ani. *J. A. M. A.*, 1936, 106, 15, 1248—1249.
- Heidenbusch I. Ueber Geotrichum candidum und Oospora lactes und ihr Vorkommen beim Analzem. *Zschr. f. Haut*, 1963, 7, 222—229.
- Henley F. A. Primary pruritus ani. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1959, 52, 390.
- Heslop J. H. Primary pruritus ani. *Dis. Colon, Rectum*, 1966, 9, 2, 119—120.
- Hicks J. H., Mullins J. F. Pruritus of liver diseases. *Arch. Dermat.*, 1955, 71, 46.
- Hill M. R. The etiologic relationship between dermatophytosis and pruritus ani. *Tr. Amer. Proct. Soc.*, 1940, 41, 210—222; *Progress in gynecology*, N. Y., 1946, 145.
- Hillemand P., Bensaude A., Loygue J. *Les maladies de l'anus et du canal anal*. P., Masson, 1955.
- Hirschman L. J. *Handbook of disease of the rectum*. London, 1926, 4 th. ed.
- Holehan M. W. Pruritus ani. *J. Tennessee M. A.*, 1946, 30, 282—286.
- Hollander E. Treatment of pruritus ani tattoo with mercuric sulfide. *Arch. Dermat., Syph.*, 1938, 38, Sept., 337.
- Hooper M. Die Ursachen für die Entstehung des Pruritus bzw. der verschiedenen Formen von Pruritus. München, 1961.
- Huet. Цир. no A. C. Дышко, 1962.
- Hudson A. L. A new drug for control of itching-trimeprazine. *Canad. Med. A. J.*, 1959, 80, 125.
- Hughes E. S. R. *Surgery of the anus, anal canal and rectum*. Edinburg, 1957.
- Hühner M. Sterility and the x-rays. *J. A. M. A.*, 1935, 104, 20, May, 1808—1809.
- Jackman R. J. Management of anal pruritus. *G. P.*, 1954, 9, 61.
- Jacobs A. H. Enterobiosis in children. *J. Pediatr.*, 1942, 21, 497—503.
- Jacobson H. P. *Fungous diseases*. London, 1932.
- Jarnson G. Kraurosis vulvae. *Am. J. Obst., Gynec.*, 1933, 26, 110.
- Jenkins J. T. Pruritus ani. *Amer. J. Surg.*, 1948, 76, 6, 763—766.
- Jessner S. *Pathologie und Therapie des Hautjuckens*. Würzburg, 1902, t. 1—2, 2 Aufl.
- Johnson G., Wilmington N. C. Craurosis vulvae. *Am. J. Obst., Gyn.*, 1933, 26, 1, 110—111.
- Kallet H. I. Therapeutic radiation for pruritus ani. *Tr. Am. Proct. Soc.*, 1938, 202—211.
- Knapp H. Ein neuer Beitrag zur Behandlung des Analkezems, Pruritus ani u. ae. durch Umpritzung. *Diss.*, Frankfurt a. M., 1939.
- Kolde W. The roentgen treatment of pruritus vulvae and. ani. *Strahlentherapie*, 1932, 44, 393.
- Kraatz H. *Darmchirurgie de Universitaets-Frauenklinik in Berlin*. *Zbl. f. Gynaek.*, 1949, 71, 38—41.
- Krebs A. Die Behandlung des Analkezems und des pruritus ani. *Therapiewoche*, 1967, 17, 46, 1868—1872.
- Kuettner H. *Chirurgie des Pruritus*. *Dtsch. Ztsch. Chir.*, 1927, 71.
- Lane C. Threadworm infections. *Lancet*, 1944, 2, 511—513.
- Lentini J., Mir L., Benedito R. Total free graft of the anus for idiopathic pruritus. *Amer. J. Proct.*, 1970, 21, 1, 36—40.
- Lewis G. M. *Practical dermatology*. 1959, 2 ed., 22—25.
- Leymarions J. Diagnostic du prurit anal. *Vie med.*, 1963, 44, 11, 1597—1602.
- Lincoln Ch. S., Nordstrom R., Batts E. Treatment of itching. *California med.*, 1959, 90, 2, 126—127.
- Lobitz W. *New Engl. J. Med.*, 1954, 251 (14), Sept. 30, 545—550.
- Lockhart-Mummery J. P. *Diseases of the rectum and colon*, London, 1934, *Brit. Med. J.*, 1915, 2, 291.
- Macalpine I. Pruritus ani a psychiatric study. *Psychosom. Med.*, 1953, 15, 499.
- Mac Arthur W. P. Pruritus ani. *Brit. Med. J.*, 1931, 3685, 22 Aug., 2, 334—336.
- McCarthy D. J., Fairer J. S. A comparison of the duration of local antiinflammatory effect of several adrenocorticosteroid esters. *Curr. Ther. Res.*, 1963, 5, 284.
- Malecki R. Beiträge zur Therapie des chronischen Ekzems... *Monatschr. f. Ohrenh.*, 1935, 69, March, 302—305.
- Mallein. *Dermatologie*. E. Serglut, Paris, 1923, 21, 120.
- Manheim S. D., Marks M. N. Eneupin as a local anesthetic in proctologic surgery in the treatment of pruritus ani. *Am. J. Surg.*, 1938, Jan., 39.

- Margarey A. C. Hypertrophied papille of Morgagni causing rectal symptoms. *Brit. Med. J.*, 1911, 2, 71.
- Martin E. G. Pruritus ani and allergy. *Am. J. Surg.*, 1940, 50, 653—656; 1956, 92, 5, 792—798.
- Micol C. Traitment des pruritus. *Semaine hóp. ther.*, 1957, 3, 231.
- Midiana I. Traitment du prurit ano-genital essentiel par l'electrochoc lombopu-bien. *Presse med.*, 1954, 67, 1380.
- Miller J. E., Einhorn N. H. Oxyuris. *Am. J. Dis. Child.*, 1944, 68, 376—381.
- Miwelelle L., Hernandez L. The use of intrafesional triamicinoloac hexace-tonide in treatment of idiopatic pruritus ani. *Dis. Colon, Rectum*, 1959, 12, 5, 340—343.
- Moller P. Psychotherapy for pruritus. *Acta Dermato-vener.*, 1951, 31, 3267.
- Monach S., Woessner J. Pruritus and proteolytic enzymes. *Arch. dermatol.*, 1958, 78, 2, 214.
- Montague J. F. Pathology of pruritus ani, vulvae and scroti. *M. J. Record*, 1924, 119, 140—143; 604—605; 120, 490—493; *J. A. M. A.*, 1924, 83, 1747—1749; *Arch. Derm. Syph.*, 1924, 10, 42—55; Pruritus of the perineum. *N. Y.*, 1924.
- Montgomery H. See-Bute L. A., Monographs.
- Morgan C. N. Oil-soluble anaesthetics in rectal surgery. *Brit. M. J.* 1935, 3606, 16 Nov., 938—942.
- Morley A. S. The treatment of hemorrhoids by injection. *Lancet*, 1916, 1, 617—620.
- Moschella S. L. The treatment of pruritus in Hodkin's disease with demecolcin. *Arch. dermatol.*, 1959, 79, 5, 536.
- Neyen H. Chlor prothixen oils antipruriosum in der dermatologie. *Med. Welt, Stuttg.*, 1968, 19, 1082.
- Noogin R. O. The newer topical antipruritic agents. *Med. Clin. N. Amer.*, 1957, 41, 2, 565.
- Norman N. Ph. The etiology, pathology and therapeutics of the commoner forms of pruritus ani from a nutritional standpoint. *New Internat. Clin.*, 1941, IV, 4; The new internal clinics, Philadelphia—Montreal, 1941, 4, 42.
- Parnoud S. Les eczemas perianaux. *Vie med. Enquete*, 1967, 48, Nov., 1581—1584.
- Paterson D. Sick childre. London, 1930.
- Pennino J. V. Pruritus ani. *Am. J. Proct.*, 1965, 16, 6, 458—465.
- Pillsbury D. M. a. oth. Temaril—a new antipruritic. The schoch letter (*Current News in Dermat.*), 1957, 45, Nov.
- Pischer R. W. Comparison of antipruritic agents administered orally *J. A. M. A.*, 1968, 203, 6, 418—419.
- Prigot A. Surgical and nonsurgical uses of a rectal suppository. *Am. J. Proct.*, 1961, 12, 2, 11—118.
- Rachouchot J. E. a. oth. The dermatologist and pruritus ani. *Amer. J. Proc.*, 1971, 22, 3, 191—195.
- Baddin J. B. Pruritus ani. *Med. Times*, 1961, 89, 687.
- Rajka G. a. oth. Skindeseases of polishers in lumber industry. *Borgyogaszati es venerologiai szemle*, Budapest, 1956, 10, 208—212; *Dermatologia*, 1957, 144, 326.
- Rey M. Traitment du prurit anal. *Presse med.*, 1967, 65, 58, 1835.
- Riddoch J. W. Pruritus ani. *Lancet*, 197, 5929, 1, 919—922.
- Rivoire I. Aspects proctologiques du prurit anal. *Reunion proctol.* Paris—Lyon, 1968.
- Roberto A. Prurito anal. *Pren. med. argent*, 1956, 5/38, 2269—2270.
- Robin M. Studies on Itching III. The effect of topical hydrocortisone on pruritus. *J. Invest. Dermat.*, 1957, 29, 2, 91.
- Robinson R. C. V., Robinson H. M. Control of emotional tension in dermatoses. *South. Med. J.*, 1958, 51, 509.
- Rosenbaum M. Psychosomatic factors in pruritus. *Psychosom. Med.*, 1945, 7, 52.
- Rothman S. Ueber die Juckempfindung in ekzematöse erkzankter. *Haut. Arch. Derm., Syph.*, 1926, 150, 489; *Das Itcken und die Inkenden Hautkrank heiten*, Berlin, 1930, 664—718, Bd. 14, t. 1; *Physiol. Rev.*, 1941, 21, 357; *Pain. The Nature of itching*, Baltimore, 1943, 110—122; *Physiology and biochemistry of the skin*, Chicago, 1954, 3 Auflage; *Signs and Symptome itching*, Philadelphia—London, 1947, 373—390; *Physiology and Biochemistry of the skin*, Chicago, 1954, 3 Auflage.
- Ross S. T. Sinopsis of treatment of ano-rectal diseases. St. Louis, Mosby, 1959.
- Rubin A. A new treatment for intarctable pruritus vulvae and ani. *J. Obst., Gynec.*, 1964, 33, May, 669.
- Saul L. J. Incidental observations on pruritus ani. *Psicho-anal. Quart.*, 1938, 7, 336.

- Scher R. K. Treatment of a variety of dermatoses with intralesional injections of triamcinolone diacetate. *Curr. Ther. Res.*, 1961, 3, 132.
- Schutte A. G., Tolentino M. A study of anal papille. *Dis. Colon, Rectum*, 1962, 5, 3, 217—233.
- Seimeanu A., Adamesteanu C. The pathogenesis at perineal pruritus... *La presse med.*, 1939, 47, Nov. 11, 1948.
- Shapiro A. L., Rohtman S. Pruritus ani. *Gastroenterology*, 1945, 5, 155.
- Shelley W. B. Studies on cowhage and its pruritogenic proteinase mucunain. *Arch. Dermat., Syph.*, 1955, 72, 399; *J. Invest., Dermat.*, 1955, 25, 5, 341; *Tr. As. Am. Physicians*, 1956, 49, 4, 900.
- Shgavitz M. H. How I do it: disease of anus and rectum subject: pruritus ani. *Am. J. Proctol.*, 1967, 18, 4, 309—310.
- Siemens H. W. General diagnosis and therapy of skin diseases. Chicago, 1958, 235.
- Sisk W. N. Effect of phenothiazine of intestinal parasites. *J. A. M. A.*, 1943, 121, 357—360; *North Carolina M. J.*, 1944, 5, 52—55, 1946, 7, 250—253.
- Slocumb L. H. Pruritus ani. *Am. J. Dig. Dis.*, 1943, 10, 227—234.
- Smith G. C., Richardson D. L. An epidemiological study of pinforms in patients at Oklahoma hospital for crippled children. *J. Oklahoma M. A.*, 1947, 40, 49—51.
- Snyavitz M. H. Disease of the anus and rectum. Pruritus ani. *Am. J. Proct.*, 1967, 18, 4, 309—310.
- Speare G. S., Mabrey R. E. Observation on pruritus ani. *N. Engl. J. Med.*, 1940, 223, Aug. 22, 274—276.
- Spiesman M. G. Pectenosis and pectenotomy in pruritus ani. *Am. J. Surg.*, 1938, 42, 351—359.
- Somerford A. E. Blood cholesterol values in cases of generalized pruritus. *Brit. J. Dermat.*, 1943, 55, 98.
- Sonnenshein R. R. a. oth. Adrenotropic receptors of human skin. *J. Invest. Dermat.*, 1949, 321, 12, 205—206.
- Speare G. S., Morbey R. E. Observations on pruritus ani. *New Engl. J. Med.*, 1940, Aug., 22, 223.
- Spiesman M. G., Malov L. Essential of clinical proctology. N. Y.—L., 1957.
- Spinka H. M. Pruritus ani. *Am. J. Proct.*, 1961, 12, 5, 309—316.
- Sternberg T. H., Newcomer V. D. *Mod. dermatological therapy*. N. J. City, 1959, 315—343.
- Stillians A. W. The pharmacopeia and the physician therapy of pruritus. *J. A. M. A.*, 1940, 114, apr., 27, 1627—1632.
- Stone H. B. A. treatment for pruritus ani. *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, 1916, 27, 242; *Surg., Gyn., Obst.*, 1926, 42, 565; *Surgical treatment of the abdomen*, 1947, Anus, 786—828.
- Sultzberg M. B. a. oth. *Dermatology*. Chicago, 1961, 2ed., 146—147; 154—155.
- Swendsen I. B. Lichen sclerosus et atrophicus of the ano-genital region in a girl aged 4 years. *Acta derm.-vener.*, 1954, 34, 4, 321—329.
- Swinton N. W. The injection of alckochol in the treatment of pruritus ani. *Surg. pract. of the Laheu clinic*, 1942, 5, 531—536; *New engl. J. Med.*, 1947, 236, 169; 1951, 460—466.
- Taubenhaus Lt. The treatment of intractable pruritus ani by tottoeing with mercuric sulfide. *U. S. Nav. M. Bull.*, 1942, 36—139.
- Thoele F. Ueber Jucken und Kitreln in Beziehung zum Schmerzgefühe und zur Fastempfindung. *Neurol. Zbl.*, 1912, 31, 610—617.
- Thullies A. Le prurit anal. *Arch. belges dermat.*, 1968, 24, 1, 97—108.
- Tonkens S. W., Kersting D. W. How we treat pruritus ani. *Postgrad. med.*, 1968, 43, 6, 225—227.
- Trimpy H. D. Effective plan for control of pruritus ani. *Dis. Colon, Rectum*, 1960, 3, 125—129.
- Tucker C. C., Hellwig C. A. Pruritus ani, histologic picture in forty three cases. *Arch. surg.*, 1937, 34, 5, 929—938.
- Turell R. a. oth. Treatment of pruritus ani by tatoeing with mercury sulfide. *Arch. Dermat., Syph.*, 1940, 41, 521—526; *Am. J. Obst., Gynec.*, 1941, 42, 290—296; *Ann. Surg.*, 1942, 115, 126; *J. Mt. Sinai Hosp.*, 1942, 9, 147; *Surgery*, 1948, 23, 63; *Surg., Gyn., Obst.*, 1948, 86, 434; *Treatment in proctology*, Baltimore, 1949; *J. A. M. A.*, 1953, 152, 806; 1955, 158, 173; *Surg., Gyn., Obst.*, 1957, 104, 233—237; *N. Y. J. Med.*, 1957, 57, 1778.
- Tuttle J. P. *Diseases of the anus, rectum and pelvic colon*. N. Y.—London, 1903.
- Ungar G. Inflammation and its control a biochemical approach. *Lancet*, 1952, 263, 18 Oct., 742—746.

- Verbov J. L. Pruritus ani. *Practitioner*, 1970, 205, 1225, 67—69.
- Villette I., Hacheit J.-Cl., Bonfils S. Importance des facteurs psychofonctionnels dans des affections algiques ano-rectales. *Gaz. Med. Franc.*, 1968, 75, 30, 6115—6122.
- Voss F. Grenzgebiete der Dermatologie. Zur causalen Therapie des Analekzemes. *Ztschr. Haut*, 1957, 22, 5, 140—143.
- Wallis F. C. Pruritus ani. *Practitioner*, 1911, 87, 417.
- Wiener K. Systematic association and therapy of skin diseases. St. Louis, 1955, 217—225.
- Wilson W. M. Treatment of pruritus vulvae by alcohol injection. *J. A. M. A.*, 1938, 110, 493.
- Winkler M. Etiology and pathogenesis of pruritus, *Jadassohn's Handbuch der Haut und Geschlechtskr.*, Berlin, 1927, 6, 1, 343, Prurigo, Strophulus, pruritus, Berlin, 1927, 301—370.
- Wolfram S. Die lokale Therapie des Pruritus. *Wien. med. Wschr.*, 1961, 44—45, 770.
- Yomans F. C. *Proctology*. N. Y., 1929, 1936; *Trans. Am. Proct. Soc.*, 1927, 24, 28.
- Young F., Scott W. J. M. Radical operation for intractable pruritus ani. *Surgery*, 1943, 13, 6, 911—915.
- Yppen H., Richthammer H., Steyrer K. Zur Behandlung des analen Symptomenkomplexes. *Wien. kl. Wschr.*, 1967, 79, 7, 131—132.
- Zotterman Y. Pain and itch. Nervous mechanismus. London, 1959.

Глава XXV

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ. PATOLOGIA FUNCTIONALIS RECTI. DYSFUNCTIO RECTI. DISCHESIA

В главе IV «Физиология прямой кишки» на страницах 71—72 и 111—117 первого тома настоящего Руководства приведены данные о поносах и запорах как функционального характера нарушениях естественных отправлений этого органа. Такие нарушения, в основном типа недержания и задержки кишечного содержимого, не являются результатом врожденных уродств, воспалительных процессов, травм, оперативных вмешательств, опухолей и других патологических условий, вызывающих рубцовые деформации, сужения, утерю части или всего сфинктера. Больные со всеми этими нарушениями органического происхождения, как правило, подлежат наблюдению и лечению у хирурга. Об этом сказано в главах первого тома: VII — «Врожденные аномалии развития прямой кишки», IX — «Травмы прямой кишки», а также в разделе «Пектеноз» (с. 216—224) и в главе XX третьего тома — «Сужения прямой кишки». Поэтому в данной главе кратко рассмотрим только функциональные нарушения деятельности прямой кишки и методы лечения их.

Основная функция прямой кишки как последнего отдела желудочно-кишечного тракта заключается в скоплении кишечного содержимого и в периодическом выбрасывании его наружу — дефекации. Полная задержка продвижения содержимого происходит выше постоянно находящегося в состоянии тонического сокращения сфинктера прямой кишки. Здесь окончательно перед выбрасыванием наружу формируется каловый столб. Нередко в вершине его образуется наиболее уплотненная часть содержимого — каловая пробка. Только эвакуация кишечных масс является непреложной и наиболее характерной частью функции прямой кишки, так как другие стороны воздействия на кишечное содержимое — продвижение, всасывание жидких составных частей, формирование — выполняют в достаточной степени остальные отделы толстой кишки.

Дефекация может нарушаться в двух направлениях: 1) недержание и 2) патологическая задержка кишечного содержимого — запоры. Эти два вида нарушений мы и разберем в настоящей главе. Нарушения функции прямой кишки вследствие органических причин будут подробно рассмотрены в XXVII главе.

НЕДЕРЖАНИЕ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО — ЭНКОПРЕЗ *Incontinentio alvi. Incontinentio feces*

Вначале, прибегая к методу сравнения, рассмотрим некоторые терминологические особенности описываемой патологии. Недержание мочи в научной медицине обозначается двумя терминами с латинским и греческим корнями: *incontinentio urine*, *enuresis diurna* (недержание дневное); *enuresis nocturna* (недержание ночное). По аналогии недержание кишечного содержимого может быть обозначено двумя терминами: *incontinentio alvi* (*feces*), *encopresis* — недержание кала, которое также может быть *diurna et nocturna*.

Нарушения акта дефекации, в частности недержание, при нормальном анатомическом строении прямой кишки вызываются многими причинами, которые могут быть первичными и вторичными. К первичным относятся нарушения центральной или периферической иннервации прямой кишки врожденного характера. Центральные, корковые нарушения управления прямой кишкой могут быть у психически недоразвитых детей, олигофренов, врожденных идиотов, микроцефалов. Прямая кишка имеет правильное строение, есть сфинктер, обеспечена его иннервация, а управлять функцией кишки ребенок не умеет.

Такая же картина наблюдается при *spina bifida*. Кишка имеет внешнее правильное строение, а иннервация ее, как и всех органов таза, тканей промежности, нередко и нижних конечностей, нарушена. Имеющийся сфинктер не получает импульсов. Естественная функция мышечной системы прямой кишки полностью нарушается.

Обе причины — нарушение центрального или спинномозгового этапа иннервации прямой кишки — врожденные. Однако в возрасте до года нарушения функции прямой кишки обычно не замечаются родителями. В это время и у нормальных детей дефекация и мочеиспускание произвольные, не регулируются сознанием. Но после года, особенно после двух лет, когда у детей начинают появляться признаки сознания и в норме вырабатывается регулируемая дефекация, их постоянная нечистоплотность становится заметной, вызывает беспокойство у родителей, и они приходят с ребенком к врачу.

Могут быть и постнатальные травматические, воспалительные, опухолевые поражения головного и спинного мозга, которые вызывают паралитические или обстипационного типа нарушения функции прямой кишки, которые должны уже считаться вторичными проявлениями.

О непроизвольной дефекации у школьников пишет А. В. Морган (1934). Он сообщает о 6 подобных наблюдениях. У двух причиной этой патологии был врожденный сифилис. По данным автора, недержание исчезает «к периоду возмужалости и несколько раньше». Он не видел такого рода больных в возрасте 15 лет. Считает, что у больных нужно тщательно искать врожденный сифилис. «Если его признаков не находят, то следует подвергнуть больного специфическому противосифилисному лечению».

В статье «Роль нейросифилиса в нарушении тонуса анального сфинктера» В. L. Greene, L. H. Block (1941) сообщили, что они за 4 года проверили состояние сфинктера у 6150 пациентов и у 376 (6,1%) нашли некоторое понижение тонуса этой мышцы. У 133 из 376 (35%) был найден нейросифилис как причина снижения тонуса. Из других причин этого дискомфорта у 102 (27,1%) были проктологические заболевания, у 52 (13,8%) неврологические, у 14 (3,7%) тяжелая дебилность и у 75 (20,4%) причины установить не удалось. Поражает высокий процент нейросифилиса как причина этих расстройств.

К вторичным, нередко наблюдавшимся нарушениям функции прямой

кишки (недержание) можно отнести слабость сфинктера у лиц, длительно страдающих выпадением ее. При этом сфинктер часто и чем дальше, тем больше растягивается. Сократительная способность теряется. Если больной много лет страдает выпадением прямой кишки, то при таком запущенном состоянии и после вправления ее тонус сфинктера не может быстро восстановиться и препятствовать непроизвольному отхождению кишечного содержимого. Появляются и нарастают явления недостаточности сфинктера, недержания кала. Прооперировали больного, фиксировали прямую кишку — прекратилось выпадение. Чаще всего тонус сфинктера после этого в значительной степени восстанавливается. Явления недержания исчезают. В зависимости от длительности страдания, от объема выпадавшей кишки этот репаративный процесс может продолжаться от нескольких недель, месяцев и до года. Но и позднее тонус и максимальная сила сфинктера у такого бывшего больного не восстанавливаются до нормальных показателей (Ю. И. Малышев, 1964; F. Deucher, H. Blessing, 1972 и др.).

Вторичные явления недержания могут быть и при других заболеваниях прямой кишки — геморрой, рак, — а также всей толстой кишки: некоторые виды колитов — дизентерия, холера, и при других тяжелых заболеваниях: авитаминозы, менингит и пр.

Нечистоплотность при явлениях непроизвольного, нерегулируемого выбрасывания кишечного содержимого у взрослых, пожилых людей стариков при склерозе головного мозга, старческом маразме, при психических заболеваниях также следует отнести в группу со вторичными явлениями кишечного недержания.

К. P. S. Caldwell (1963) пишет, что сфинктер обычно так адекватен, что его замечают, только когда появляется недержание. Такой больной испытывает большие моральные и физические страдания, становится обузой семьи и общества.

P. Oury, F. Dourdou, I. Gordin (1966) различают две основные группы атоний анального сфинктера — медицинские и хирургические. Медицинские делят еще на две подгруппы: 1) от локальных процессов — поражения ано-ректальной зоны и 2) от общих заболеваний — атонии у пожилых людей, у лиц, страдающих диабетом, неврологическими заболеваниями — табес, ректальные кризы и др. О хирургических атониях авторы пишут, что они встречаются гораздо реже — это результат случайных травм, операционных и акушерских повреждений сфинктера, «о которых собственно нельзя говорить как об атониях». Кроме этих двух основных групп, авторы выделяют еще три: атонии после операции при неперфорированном заднем проходе, атонии при выпадении прямой кишки, атонии после различных хирургических вмешательств.

P. Oury с соавт. (1966) таким же образом различают атонии анального сфинктера — медицинские, хирургические. Больные с большинством медицинских атоний подлежат консервативной терапии — лечение первичного заболевания, медикаментозное, физиотерапевтическое воздействие на организм. Одной из дополнительных и эффективных форм лечения медицинской атонии авторы считают склерозирующую терапию. С небольшими промежутками делается 6—7 инъекций склерозирующих веществ. Затем предписывается интервал в несколько месяцев. Если атония не исчезает, то рекомендуется повторный цикл. Авторы приводят выписки из историй болезни 4 больных от 59 до 78 лет, леченных описанными способами с благоприятным результатом.

Хирургической атонией считаются также сравнительно редкие формы страдания, которые появляются после травм — случайных, родовых, операционных. Они подлежат преимущественно хирургическому лечению.

К чисто функциональным расстройствам запирательного аппарата прямой кишки можно отнести «медвежью болезнь», о которой говорил К. М. Быков в своей книге «Кора головного мозга и внутренние органы» и упоминал в несколько иной форме И. П. Павлов в лекциях о работе главных пищеварительных желез. Это острый вегетоневроз на почве испуга. В мышцах и нервной системе прямой кишки при этом нет никаких повреждений, но психическая травма вызывает «крайне резкое и совершенно как бы не мотивированное расстройство пищеварительного канала». Об этих расстройствах писал И. Ф. Лорие (1954) в статье «Так называемые неврозы кишечника».

А. Я. Духанов (1950) выпустил небольшую монографию о недержании кала у детей. Он пишет, что энкопрез не является редким заболеванием. По данным С. Вайсенберга (1926), он отмечен у 5 детей из 1200 обитателей детских домов (около 0,5%). Этот дефект чаще наблюдается у мальчиков, чем у девочек, в возрасте до 18 лет. У половины больных отмечалось запоздалое развитие (зубы, ходьба, речь). А. Я. Духанов не делил энкопрез на функциональный и органический. По-видимому, он у всех больных наблюдал функциональные формы недержания кишечного содержимого. Среди больных энкопрезом детей по уровню интеллектуального развития и по другим признакам он выделил 4 группы. Первая группа, около 20% всех больных, — равнодушные и вялые, в основном дебилы и идиоты. У них одновременно бывает и энурез. Вторая группа (20%) — агрессивные дети, часто дебилы, нередко средне развитые. Большей частью страдают только энкопрезом. Третья, самая большая группа, около 40% больных энкопрезом — боязливые дети, у которых физиологический энкопрез переходит в патологический. Двадцать процентов детей автор не мог отнести ни к одной из перечисленных групп. У 80% больных он наблюдал постепенный переход от физиологического к патологическому недержанию кала. Дети никогда не были чистыми. У 19% энкопрез возник позже, главным образом в возрасте от 5 до 17 лет. Автор предлагал следующую классификацию недержания кала у детей: 1) ночной, 2) дневной, 3) обстипационный (*obstipatio* — запор), 4) паралитический энкопрез.

Первое упоминание о ночном энкопрезе имеется в работе С. Вайсенберга (1926), в которой он упоминает о 5 наблюдениях, относившихся к ночному недержанию кала. О двух больных приведены некоторые сведения. Первый, 8-летний мальчик, часто во сне видел воров и от страха непроизвольно совершал акт дефекации. Второй, 9-летний мальчик, имел зияющий задний проход. Однажды во время игры другой мальчик ввел ему палец в задний проход. После этого у него ночью иногда происходила непроизвольная дефекация. При этом ему снилось дневное время, он ощущал позыв, искал туалет и опорожнялся. Днем он умел удерживать содержимое кишки.

Таким образом, дневные переживания, испуг, нервные потрясения, травма физическая и психическая, особенно у детей с неустойчивой нервной системой, могут фиксироваться в коре головного мозга в подкорковых узлах. Затем эти дневные впечатления передаются на сновидения, также в виде острых ситуаций, которые могут быть причиной ночного недержания кала.

Для объяснения дневного энкопреза у детей приводится другая теория. Чаще всего это страдание наблюдается у детей первично, а иногда вторично психически недоразвитых. Из-за имеющегося у них недостатка они застенчивы, мало активны, реже, наоборот, необузданно бойкие, дикие, неукротимые. У них естественная, нерегулируемая дефекация первых месяцев и лет жизни остается таковой и в последующие годы. Они не научаются владеть сфинктером, удерживать стул, произвольно совершать акт дефекации. Поэтому они не знают, что такое позыв на дефекацию, как нужно напрягать брюшной пресс, чтобы опорожнить кишечник. Им это необходимо методически разъяснять, обучать их, следить за ними ежедневно. Нередко это воспитанники детских домов, где им не уделяется индивидуальное повседневное внимание. Так они остаются нечистоплотными до 3—5—8 лет, пока их родители или воспитатели не приведут их в лечебное заведение.

Этой теории придерживается G. S. Brody с соавт. (1960). Особенно подробно раз-

бирает D. Gairdner (1965) в статье о недержании мочи и кала возможные ситуации, приводящие к недержанию кишечного содержимого у детей. Он пишет, что чаще всего к двум годам определяются явления патологии. Если после двухлетнего возраста имеется нечистоплотность, то это уже недержание. У большинства детей недержание бывает при запорах. Нередко даже трудно бывает решить — недержание является следствием запоров или оба эти явления — недержание и запор — одновременно являются результатом нарушения контроля за отправлением прямой кишки. Это не просто академический вопрос, так как от правильного ответа на него зависит последующее лечение. Если запоры являются непосредственной причиной недержания, то необходимо применять слабительные, клизмы, суппозитории. Но эти средства не будут эффективны, если запоры и недержание являются симптомами общего нарушения кишечника.

Хорошо собранный анамнез приводит к заключению, что у многих больных запор первичен. У этих детей запоры отмечаются с первых дней жизни. Стул бывает не ежедневный, напряженный, каловые массы объемистые, иногда с примесью крови. Это может привести к появлению трещины заднего прохода. Дефекация может происходить через все более длительные промежутки времени, а выбрасываемые кишечные массы принимают очень большие размеры.

При обследовании таких детей пальцем, введенным в прямую кишку, определяется слабость, вялые сфинктера и переполнение ампулы то плотными, то более мягкими каловыми массами, которые нередко можно хорошо определить в вышележащих отделах толстой кишки при пальпации через брюшную стенку. У большинства детей задний проход спазмирован так, что с трудом можно ввести палец. Это напоминает врожденный стеноз прямой кишки или трещину с сопутствующей контрактурой сфинктера.

В дальнейшем ребенок, с целью избежать боли или тех трудностей, которые он испытывает при дефекации, вообще перестанет тужиться, совершать акт дефекации, а кишечные массы, переполняющие толстую кишку, пассивно выдавливаются, непроизвольно отходят. Создаются явления недержания. Дети становятся стеснительными, нелюдными.

Есть небольшая группа таких детей, которые привыкают совершать акт дефекации дома. Они не могут это сделать в школе или вообще в другой обстановке. У них также могут развиваться явления запора-недержания.

Описывая симптомы, характерные для мегаколон, D. Gairdner отмечает, что при этом толстая кишка может быть растянута без каких-либо субъективных проявлений и жалоб. У ребенка нет стремления опорожнить кишку. Это состояние автор определяет термином «colonic inertia» — инертность толстой кишки, что в нашей отечественной литературе чаще обозначается термином «атонические запоры».

Дальше автор описывает симптомы болезни Гиршпрунга, характерной особенностью которой он считает переполнение толстой кишки не только каловыми массами, но и газами, в то время как «при инертной кишке растяжение ее калом есть, а газов нет». С этой последней точкой зрения автора трудно и даже невозможно согласиться, но предшествующие его описания и рассуждения о происхождении недержания могут быть приняты для объяснения некоторых форм заболевания у детей.

Дневной энкопрез может иметь другую форму и проявление у детей эмотивных, с повышенной возбудимостью нервной системы. В обычных условиях они регулярно самостоятельно производят акт дефекации. Это бойкие, подвижные, нередко способные дети. Но под влиянием необычного внешнего воздействия, вызывающего испуг или большую радость, или во время увлечения подвижными играми они могут неожиданно, непроизвольно произвести акт дефекации. Эти редкие проявления недержания с возрастом у детей исчезают, и нет необходимости подвергать их какому-либо лечению. С ними следует лишь беседовать, чтобы они приучились своевременно, регулярно, лучше всего в утренние часы, опорожнять кишечник. Если же нервная возбудимость ребенка излишне высока и даже незначительные раздражения вызывают у него довольно часто непроизвольную дефекацию в самых разнообразных и неподходящих условиях, то необходимо по консультации с врачом-невропатологом принять лечебные меры для укрепления нервной системы ребенка.

Обстипационный энкопрез, выделенный А. Я. Духановым в особую форму, по его описанию, заключается в том, что «недержание кала всегда сопровождается запором... При обстипационном энкопрезе наблюдается обычно не столько непроизвольный дефекационный акт, сколько в полном смысле недержание кала. Кишечное содержимое выделяется небольшими порциями из переполненного фекальными массами нижнего отдела кишечника. Обстипационный энкопрез встречается реже, чем другие формы недержания кала...»

С. Е. Bloch (1932) писал о такой форме патологии дефекации у детей — запор-недержание. Эта патология и ранее, и позднее описывалась другими авторами. С. Е. Bloch пишет, что он в литературе нашел по этому поводу только два сообщения — I. Thorling среди различных форм недержания у детей наблюдал трех мальчиков, у которых был запор-недержание; R. Norden описал девочку и мальчика в возрасте 7 лет с запором-недержанием. «Таким образом это был парадоксальный

запор. Все дети были вылечены быстро и окончательно посредством слабительных и клизм».

Сам С. Е. Bloch наблюдал с этим расстройством 7 детей в возрасте свыше 7 лет — 3 мальчиков и 4 девочек. Все дети были хорошо развиты физически и умственно. Лечение заключалось в назначении обычной диеты. Внутри давали жидкий парафин от 15 до 30. Каждый день в определенные часы детей заставляли сидеть на горшке, с ногами на полу, чтобы они лучше могли напрягать брюшную прессу. После дефекации им делали глицериновую клизму. После нее они выделяли еще большое количество кала. Позднее эти дополнительные клизмы делались раз в 2—3 дня и совсем отменялись. При выписке детей родителям рекомендовалось в определенный час каждый день сажать ребенка на горшок. Если не будет стула — ставить клизму. Явлений недержания у детей больше не было.

Паралитический энкопрез, по данным А. Я. Духанова, характерен тем, что при наличии резко зияющего анального сфинктера кал вываливается из прямой кишки через максимально расширенный задний проход. Отсутствуют позывы на дефекацию и самостоятельный стул. Ребенок не ощущает выхождения кала наружу. Понижены или отсутствуют подошвенные, коленные и другие рефлексы, в частности анальный рефлекс Г. И. Россалимо, что свидетельствует об органическом поражении спинного мозга. Эти явления могут быть результатом врожденного дефекта — открытой или скрытой *spina bifida*. А. Я. Духанов описал и в истории болезни проанализировал вторую форму паралитического энкопреза, которую он наблюдал у мальчика 16 лет. Заболевание началось в 7-летнем возрасте после того, как отец оставил их.

Лечение различными методами не приносило успеха. На основании заключения специалистов считалось, что у мальчика органическое поражение спинного мозга и неизлечимая форма энкопреза. Однако А. Я. Духанов отметил, что у больного сохранилась возможность произвольно сокращать сфинктер прямой кишки, имелись анальный рефлекс Россалимо и некоторые рефлексы нижних конечностей. На основании этого он пришел к выводу, что у больного была паралитическая форма энкопреза не в результате органического поражения спинного мозга, а как следствие функционального расстройства нервной системы. Он применил гипнотическую суггестивную терапию и получил быстрое, полное, стойкое, прослеженное на протяжении 6 лет излечение пациента.

Выделенные А. Я. Духановым четыре формы энкопреза нужно считать условными, нечетко ограниченными, имеющими переходные виды. Ночной и дневной энкопрез может быть как обстипационного, так и паралитического характера. Нарушения функции прямой кишки при болезни Гиришпрунга также можно отнести одновременно к обстипационной и паралитической форме энкопреза у одного и того же больного и у разных пациентов.

Чем больше выражено недержание, тем хуже положение больного. При частичном непостоянном недержании больные могут быть терпимы дома, в школе, на производстве. Но при полном недержании, постоянном постепенном отхождении каловых масс, распространяющих резкий гнилостный запах, больные становятся плохо терпимы в семье и совершенно нетерпимы в обществе.

Известный американский проктолог I. F. Montag еще в молодые годы (1924) предложил новый матрац для больных «с ректальным недержанием» (рис. 58). У этого матраца в том месте, где обычно располагается таз больного, имеются две вставки. Их можно временно удалить, на место внутренней из них поставить судно, а наружную для создания ровной поверхности и удобства лежания снова вставить в ее ложе. Вероятно, это удобно для такого рода больных. Но подобные матрацы в производство и в медицинский обиход в проктологии, к сожалению, не вошли.

Эффективные пластические операции на прямой кишке при соответствующих показаниях мы считаем очень нужным и важным разделом проктологии и охотно занимаемся лечением этих больных.

H. Miller (1961) в обзорной статье, без описания собственных наблюдений, кратко указал на органические причины, без упоминания о функциональных причинах недержания кишечного содержимого: 1) *spina bifida*; 2) отсутствие сфинктера; 3) врожденные уродства прямой кишки; 4) повреждения и заболевания спинного мозга; 5) полные разрывы промежности и прямой кишки при родах; 6) травматические повреждения прямой кишки; 7) послеоперационные хирургические повреждения: фистулоэктоми (более 50% общего количества больных с недержанием), разрез и дренаж параректальных абсцессов, геморроидэктоми, операция Уайтхеда, пролонгирован-

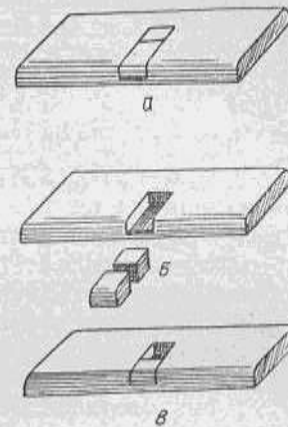


Рис. 58. Матрац Монтага со вставками, облегчающий уход за тяжелыми лежачими больными при их естественных отправлениях.

ное послеоперационное дренирование промежностных ран, форсированное расширение сфинктера; 8) пролабирующий геморрой, выпадение прямой кишки, хронический язвенный колит, рак, воспалительные язвы кишки, массивные фекальные включения; 9) другие причины.

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВИДОВ НЕДЕРЖАНИЯ КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО

При функциональной недостаточности сфинктера заднего прохода предложено много методов консервативного лечения. Их можно разделить на несколько групп.

1. Устранение страдания, нарушающего нормальную функцию прямой кишки.
2. Медикаментозное лечение.
3. Физиотерапевтические методы: а) гидротерапия, б) электротерапия, в) грязелечение и др.
4. Тренировка сфинктера по А. Я. Духанову.
5. Суггестивная терапия.

Кратко рассмотрим на основании литературных данных и собственного опыта все эти методы лечения.

Устранение первичного страдания, нарушающего нормальную функцию прямой кишки. Сюда можно отнести большую группу преимущественно воспалительных заболеваний — колит, проктит, сфинктерит, криптит, папиллит, парапроктит (особенно острый), геморрой, выпадение прямой кишки, рак и др., при которых функция прямой кишки нарушается, вызывая задержку или учащение стула. При устранении первичного основного заболевания происходят и зависящие от него вторичные расстройства функции прямой кишки.

Медикаментозное лечение. С целью психотерапии А. Я. Духанов, наряду с внушением наяву или в гипнотическом сне, рекомендует смазывать область заднего прохода индифферентной мазью, например, такого состава: ol. bergamoti gtt — 10, vas. flav. — 50,0 или назначать свечи с белладонной.

Мы полагаем, что полезнее применять не фиктивные, действующие только рсучисат медикаменты, а стимулирующие перистальтику, помогающие фактически восстановить тонус сфинктера и сократительную способность кишечной стенки. К таким препаратам прежде всего необходимо отнести стрихнин. При повышенной возбудимости нервной системы больным необходимо давать средства, успокаивающие нервную систему, — бромиды, корень валерианы, электролечение, санаторно-курортное лечение, для детей — летние пионерские лагеря и т. д. Все виды медикаментозного лечения у этих больных — подсобные, второстепенные.

Физиотерапевтические методы. Они могут играть двоякую роль в лечении нарушений функции прямой кишки. При вторичных формах расстройств функции в результате чаще всего острых, подострых или хронических воспалительных заболеваний различные физиотерапевтические процедуры применяются для лечения этих первичных заболеваний, а по излечении их, как правило, исчезают и вторичные нарушения функции прямой кишки.

Совсем иначе обстоит дело при первичных функциональных расстройствах прямой кишки, например, при недержании кала у детей, которое начинается с первых дней жизни и остается в последующие детские годы. Стимуляция функции сфинктера прямой кишки различными физиотерапевтическими процедурами будет вполне уместна и обычно дает положительный эффект. Разберем основные группы физио-

терапевтических процедур, которые могут быть рекомендованы и с пользой применены при первичных и вторичных функциональных нарушениях нормальных отправлений прямой кишки.

Механическая обтурация.

Чтобы создать условия для временного механического

удержания кишечных масс во вновь созданной, лишенной нормального сфинктера прямой кишке, Л. В. Залюбовский (1957) предложил готовить из губчатой резины обтуратор наподобие гантеля, прошивая его шелковой нитью. Головка обтуратора вводится в просвет прямой кишки за пределы почти всегда имеющегося на границе слизистой оболочки и кожи плотного, рубцового, суживающего просвет кишки кольца. Перед введением губка пропитывается резиновым маслом. Обтуратор препятствует произвольному вытеканию каловых масс. При необходимости произвести акт дефекации обтуратор удаляется путем потягивания за шелковую нить. Задержка кишечных масс выше обтуратора способствует растяжению низведенной в малый таз кишки, образованию новой ампулы и восстановлению рефлекса позыва на низ, как это наблюдалось у больного, описанного Л. В. Залюбовским.

Гидротерапия применяется в виде теплых общих (редко или часто), сидячих, по пояс, ванн, а еще чаще в виде промежностного душа. Теплая, бьющая снизу струя при этой процедуре имеет прежде всего большое гигиеническое значение. Положительный гигиенический эффект дают, конечно, и другие гидротерапевтические процедуры. Но к этому при промежностном душе добавляется механическое и гидротерапевтическое раздражение сфинктера, стимуляция его деятельности. Эта процедура не нагрузочна для сердечно-сосудистой системы, для организма, ее можно повторять утром и вечером.

Электротерапия. В 1874 г. Galvani первый обратил внимание на родство между электричеством и мышечным сокращением. Dubois-Reymond в 1851 г. зарегистрировал электрический потенциал при сокращении мышц руки у мужчины. Позднее В. А. Аминева (1968—1969), Я. А. Качимов (1963—1966), Л. У. Назаров (1966), Л. С. Гельфенбейн (1962), D. Taverner, F. G. Smiddy (1959), A. G. Parks, N. H. Poster, I. Melzdk (1962), M. M. Schuster a. oth. (1965), C. D. Collins, H. Z. Duthie, T. Shelley, G. E. Whittaker (1967), M. Eisner (1971—1972), M. El. Shafie a. oth. (1972) и многие другие изучали способом миографии сокращение сфинктера прямой кишки, а также мышц таза для оценки методов лечения в клинической практике. Лишенная связи с корой головного мозга мышца, например, при перерезке спинного мозга, начинала сокращаться под влиянием электрических импульсов. Поэтому естественным является применение электрической энергии для изучения и лечения различного происхождения слабости сфинктера прямой кишки.

Одним из лучших методов электротерапии при первичных и вторичных функциональных нарушениях отправлений прямой кишки являются токи Д'Арсонваля при наличии специального ректального полюса. Он вводится в прямую кишку как ограниченный раздражитель. Второй, широкий полюс, прибинтовывается к поясничной области через марлевую салфетку, увлажненную физиологическим раствором. Нежные электрические разряды, идущие от ректального наконечника, раздражают сфинктер, мышечную стенку прямой кишки, повышают их



Рис. 59. Механические обтураторы из губчатой резины по Залюбовскому.

тонус. Так от процедуры к процедуре нарастает сократительная способность кишечной стенки, повышается тонус сфинктера, исчезают функциональные нарушения органа.

В одной из ранних работ Goppert (1918) описал мальчика, который страдал недержанием кишечного содержимого, по-видимому, функционального характера. У него было полное зияние заднего прохода, но сохранилась реакция сфинктера на электрические и термические раздражения. Лечение заключалось в массаже, а также в применении электрических и термических раздражений. Через 6 дней «достигнуто сносное держание». Осмотрен через 3 месяца. Снова имелись явления недержания. Лечили катарральный колит, применяли прежние способы укрепления сфинктера. Выписан с улучшением.

A. Bensaude с соавторами (1948) наблюдал и описал 9 больных, которые имели атонию сфинктера. У 2 была содомия, у 4 — геморрой. У больных была различная степень слабости сфинктера, выясненная проверкой реакции его на электрические раздражения. Лечение проводилось ритмической фарадизацией, которая дает «улучшение болезни».

Для электрической стимуляции кишки предлагались различные более или менее сложные устройства. Так, K. P. S. Caldwell (1963) в статье об электрическом контроле недостаточного сфинктера описывает, как он 8 лет назад пришел к выводу о необходимости заняться этой проблемой.

«Новорожденному с неперфорированным анусом я наложил брюшную колостому, не дав ему нормального сфинктера и нормальной жизни. Несмотря на несколько дальнейших операций, не все сделаны мною, мальчик 8 лет пользуется подвздошной колостомой. Примерно в то же время меня вызвали к старой женщине, которая лечилась фарадической стимуляцией анального сфинктера без заметного эффекта. Это очень неприятная процедура, а, кажется, можно было бы производить эффективную электрическую стимуляцию сфинктера». Далее этот автор задался целью создать такой электрический стимулятор. Он писал, что даже ослабленный анальный сфинктер можно заставить продолжительное время находиться без усталости в сокращенном, контрагированном состоянии путем электрических импульсов, частота которых расположена между 25 и 100 Гц, а продолжительность от 0,1 до 1 мс. Необходимо сделать так, чтобы этот стимулятор можно было отключать, например, на ночь. Этим он отличается от сердечного стимулятора, работающего круглосуточно. Такой стимулятор K. P. S. Caldwell создал и опробовал его в эксперименте. Один полюс он вживлял около позвоночника, второй — в сфинктер и давал управляемое раздражение. Представилась возможность испытать этот метод и в клинической практике.

Больная, 60 лет, страдала 23 года недержанием кишечного содержимого после нескольких операций на прямой кишке, сделанных ей в Лондоне и в Экзетере (Англия) по поводу разрыва промежности при родах. Сфинктер зиял. Она имела выпадение прямой кишки и все время была грязная. Выпадение было полностью устранено при помощи поливинилового имплантата.

22.02. 1962 г. вторичная катушка была закреплена недалеко от гребешка левой подвздошной кости. Электроды были подкожно проведены, скручены через второй разрез, имплантированы в сфинктер. Возбуждение катушки давало слабое сокращение сфинктера. Через некоторое время сфинктер перестал отвечать на раздражения. После обследования заднего прохода установлено, что один электрод выпал. Он был снова имплантирован. После этого сфинктер стал реагировать на раздражения, пациентка получила контроль над ним и 21 марта была выписана с аппаратом. К июню дальнейшая стимуляция была не нужна, так как пациентка полностью регулировала держание. Потребовалась четырехмесячная работа аппарата, чтобы восстановить тонус сфинктера.

У второй больной, 65-летней женщины, страдавшей 20 лет от недержания мочи, автор, применив этот же аппарат, получил заметное улучшение. Больная стала удерживать мочу до двух часов. Это наблюдение было непродолжительное, без отдаленных результатов, но автор высказывает предположение, что и эту больную можно было вылечить предложенным методом.

Ссылаясь на эту и последующие (1964, 1965) работы K. P. S. Caldwell, в 1966 г. В. R. Hopkinson, R. Lightwood выступили со статьей «Об электрическом лечении анального недержания». Они считали излишним имплантировать в сфинктер электрод хирургическим путем. Для этой цели был сделан электрод-стимулятор в виде гантеля или песочных часов, чтобы он мог вводиться и удерживаться в просвете заднего прохода. А для предупреждения выпадения верхнее расширение должно быть больше нижнего. В такую пластмассовую форму впаиваются два электрода, состоящих из 10—11 витков стальной проволоки \varnothing 22 мм.

Авторы описывают большую, 57 лет, которую они с положительными результатами лечили этим аппаратом, дают также параметры его. Карманный стимулятор: простой Шокеевский (Shohsey) диод, осциллятор, вырабатывающий 25-микросекундные импульсы, примерно с частотой 30 в секунду. Напряжение меняется от 0 до 20 в. Не чувствуется никаких беспокойств, когда прибор работает при 12 в. Пациент сам может заменять батареи. Один или два раза в день на время дефекации анальный электрод, естественно, извлекается.

Для оценки запирающей способности сфинктера заднего прохода В. Hascell, Н. Rovner (1967) предлагали пользоваться миографией. Этот метод они сравнивали с электрокардиографией. При клинически выраженной и методом миографии подтвержденной слабости запирающей мышцы они рекомендовали применять метод электростимуляции. Один электрод помещался в толщу мышцы, второй полюс укреплялся на коже вблизи заднего прохода. Пропускался ток 5 мА до 6—10 колебаний в минуту. Продолжительность сеанса 20 мин с перерывами. Пациенту рекомендовалось самостоятельно, активно, до 20 раз за сеанс сокращать сфинктер в добавление к тем сокращениям, которые он ощущал от электростимуляции, а потом вне сеансов и дома после выписки повторять 4 раза в день такие же активные сокращения. Сеансы электростимуляции проводились по 3 раза в день на протяжении первых двух недель, а также раз в неделю или раз в две недели в последующем до выздоровления. Из 87 больных у 54 имелось частичное недержание, из них у 38 была сохранена иннервация мышцы, имелась нормальная миография. Проводилось терапевтическое лечение, преимущественно электростимуляция. У 27 наступило выздоровление, сфинктер укрепился, недержание прекратилось. Из 16 больных, у которых был значительно ослаблен сфинктер и снижена миография, выздоровело после терапевтического лечения с применением электростимуляции только 6 человек.

О пользе электрической стимуляции при слабости сфинктера писали также С. D. Collins, В. Н. Brown, Н. L. Duthie (1968), Н. Meisner, Н. G. Borst, Н. Kherr (1968) и др. Последние пишут, что идею электрической стимуляции анальной мускулатуры впервые в 1963 г. высказал К. Р. S. Caldwell. В дальнейшем эта мысль была подхвачена другими исследователями. Предлагались различные варианты приборов. Авторы статьи описали сконструированный ими аппарат, в котором носители электродов готовились из палладура или плексигласа. Они в какой-то степени напоминали форму гантелей, на внутренних скатах которых была вмонтирована проводка электрода.

Аналогичный аппарат с разной формы электродами из плексигласа описали в своей статье Н. Meisner, Н. G. Borst, Н. Kherr (1968) и

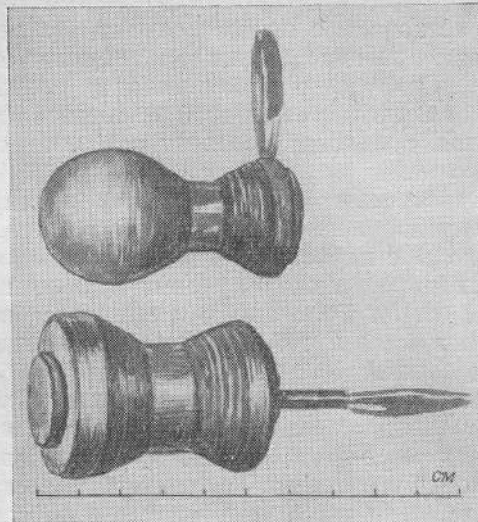


Рис. 60. Носители электродов по Мейснеру для электростимуляции сфинктера прямой кишки.

рассказали о положительном его действии при лечении больных, страдающих недержанием кишечного содержимого.

Сотрудник нашей клиники канд. мед. наук Б. М. Голосов для лечения функциональной недостаточности анального сфинктера предложил пользоваться электромеханическим вибрационным прибором, применяемым для массажа, — ВМП-1. К этому прибору Б. М. Голосов приспособил наконечник из органического стекла, имеющий форму анускопа, но несколько короче его. В наконечник вмонтирован стержень с нарезкой для прикрепления к вибрационному прибору. Сила вибрации может изменяться имеющимся в приборе регулятором.

Б. М. Голосов этим прибором провел лечение 61 больного. Взрослых было 20: 6 мужчин и 14 женщин; детей — 41: 29 мальчиков, 12 девочек. У 54 больных имелась функциональная недостаточность сфинктера, у 7 — органическая. Сила вибрации применялась с учетом индивидуального восприятия массажа пациентом. Длительность процедуры — до 10 мин. Курс лечения — 15—20 процедур. Результаты контролировались сфинктерометром Аминева. У большинства больных отмечено повышение тонуса сфинктера на 50—150,0, волевого усилия — на 200—300,0. Из 61 лечившихся функция сфинктера восстановилась полностью у 38, улучшилась функция у 20. Трое больных с анатомической недостаточностью выписались без положительного результата.

Грязелечение. Как известно, грязелечение является одним из активных бальнеологических, физио-, гидро-, химио-, термотерапевтических процедур особого вида. При разбираемых показаниях оно может применяться в виде ванн, точнее — полуванн, а также аппликаций, грязевых тампонов, грязевых клизм. Аналогичным образом можно применять парафин, озокерит, глину и другие эластичные, полужидкие составы. Однако все эти процедуры редко применяются для лечения функциональных расстройств конечного отдела прямой кишки. Больные с недержанием обычно нечистоплотны. На курорт их не направляют, а из перечисленных выше видов лечения чаще всего применяют гидротерапию и ректальный д'Арсонваль.

Тренировка сфинктера по Духанову. В небольшой монографии «Недержание кала у детей» А. Я. Духанов (1950) описал разработанный им метод тренировки сфинктера, который заключается в том, что в прямую кишку через задний проход вводят резиновую трубку и заставляют больного по команде сжимать и расслаблять сфинктер. Если нет полного паралича этой мышцы в результате органического поражения спинного мозга, то больные уже с 3—4 лет начинают понимать, что от них требуется. Они по команде сокращают и расслабляют сфинктер. Наличие в прямой кишке раздражителя, инородного тела — резиновой трубки — несколько обостряет у больного ощущения, конкретизирует их, облегчает тренировку.

Тренировка состоит из 5—6 сеансов в день. Вначале их проводит палатная медицинская сестра, а затем она обучает мать для продолжения этой тренировки как в больничных, так и в домашних условиях после выписки из лечебного учреждения. Иногда такую тренировку 1—2 раза в день, а позднее — 2—3 раза в неделю полезно продолжать несколько недель и месяцев до полного восстановления тонуса сфинктера и абсолютного прекращения явлений недержания кишечного содержимого.

Суггестивная терапия. Интересную точку зрения по этому поводу высказывает D. Gairdner (1965). Он пишет, что психотерапия должна быть больше направлена на родителей, чем на детей. Родители с малых лет приучают детей к сидению на горшке. Все это соответствующим образом обставляется. У ребенка создается и закрепляется ус-

ловный рефлекс на место и на обстановку. А в результате ребенок не может совершать акт дефекации в других условиях. В этой точке зрения есть доля истины.

Кроме того, суггестивная терапия, конечно, должна быть направлена и на объект страдания, на больного ребенка. При этом психотерапия проводится как при описанной выше тренировке по Духанову, так и в особом виде для восстановления утраченных у большинства такого рода больных позывов на дефекацию. В гипнотическом сне больному внушают, что он ощущает позывы на низ, может самостоятельно сокращать и расслаблять сфинктер прямой кишки, напрягать брюшной пресс, совершать акт дефекации. Иногда это сопровождается выработкой условно-рефлекторных связей. В гипнотическом сне через резиновую трубку больному вводят в толстую кишку в виде клизмы до 1 л и более воды до появления у него ощущения наполнения кишечника или даже появления позыва на низ, что может быть выяснено путем опроса пациента, находящегося в гипнотическом сне. Ему внушают, что после пробуждения на основании имеющихся у него ощущений он должен самостоятельно опорожнить кишечник. И впредь при наполнении кишечника у него будут появляться такие же ощущения полноты и позыва на низ, после чего он сам может и должен опорожнить кишечник. Такие иногда повторно проведенные сеансы суггестивной гипнотерапии приводят к появлению у больных естественных позывов на низ и к самостоятельной, произвольной дефекации на основе этих позывов. В процессе такого лечения мы старались выработать у детей ежедневный регулярный самостоятельный стул, лучше всего в утренние часы.

М. Ксендзовский (1937) писал, что ему удалось гипносуггестивной терапией вылечить даже болезнь Гиршпрунга у мальчика 8 лет.

Гипнотерапия не имеет широкого распространения в нашей стране, да и за рубежом — это во-первых. Во-вторых, по отзывам некоторых специалистов, она вообще нежелательна у детей, так как повышает возбудимость нервной системы и подавляет волю. Чтобы из сказанного выше не составилось такое впечатление, что детей необходимо лечить только при помощи гипноза и без этого метода вылечить нельзя, можно сослаться хотя бы на опыт нашей клиники. Мы ни разу не прибегали к гипнозу, а почти всех детей, лечившихся по поводу недержания кишечного содержимого, вылечили.

СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ

В клинике госпитальной хирургии нашего института лечилось 44 ребенка с недержанием кала функционального характера, среди них мальчиков было 26, девочек — 18; 4 взрослых — 2 мужчин и 2 женщины. Нами выработан комплекс следующих лечебных мероприятий для этих больных: 1) стрихнин в пилюлях, 2) ректальный д'Арсонваль — ежедневно, 3) промежностный душ — 1—2 раза ежедневно, 4) тренировка сфинктера по Духанову. Через 2—3 недели в среднем все дети выписывались после того, как у них появлялись ощущения позывов на низ и они научились самостоятельно совершать акт дефекации, совершенно не пачкали белье. Из 48 лечившихся 10 человек обращались в клинику с рецидивом недержания. Им снова назначалось то же комплексное лечение, и они выписывались по излечении. Только у одного мальчика эффект лечения был неустойчивым, кратковременным, и он в возрасте от 6 до 9 лет поступал 4 раза, после чего выздоровел окончательно.

При недержании кишечного содержимого на основе функциональных расстройств у пожилых и старых людей после тяжелых заболеваний или при сенильных расстройствах психики лечение проводится теми же методами, но эффективность его нередко бывает очень незначительной.

Литература

- Аминев А. М., Кузьмин Ю. С. Лечение недостаточности сфинктера прямой кишки у детей по А. Я. Духанову. Элементы проктологии. Куйбышев, 1960, 2, 147—149; Клин. хир., 1966, 12, 39—40.
- Аминева В. А. Кимография сфинктера прямой кишки у здоровых людей. Тр. Куйбышев. мед. ин-та, 1959, 10, 91—95; Zbl. f. Chir., 1959, 30; Тез. 7 конф. молодых науч. работ. Куйбышев. мед. ин-та, 1959; Тр. 20 науч. сессии. Куйбышев. мед. ин-та, 1959; Матер. к изучению анального рефлекса. Дис. канд. Куйбышев, 1959.
- Быков К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. Киров. В-м. ак., 1942; М.-Л., 1947.
- Бадылкес С. О., Левин В. С. Клиника дискинетических процессов кишечника вегетативного происхождения. — В кн.: Сб. науч. работ леч.-сан. упр. Кремля. М., 1946, 7.
- Боас И. О привычных запорах и их лечении. СПб, 1902.
- Вайсенберг С. — цит. по А. Я. Духанову, 1950.
- Гельфенбейн Л. С., Назаров Л. У. Сфинктерометрия — объективный метод изучения функциональной способности запирающего жома прямой кишки. Тез. докл. Всерос. конф. по проктол. М., 1965, 57—58.
- Голосов Б. М. Лечение функциональной недостаточности анального сфинктера вибрационным массажем. Реком. по применению усов. диагн. и леч. аппаратов, хир. инстр. и присп. Куйбышев. мед. ин-т, 1973, 25—26.
- Духанов А. Я. Ночное недержание мочи у детей. М., 1940; Недержание кала у детей. М., 1950.
- Залюбовский Л. В. Способ закрытия анального отверстия, не имеющего сфинктера после операции по поводу рака. — Вопр. онкол., 1957, 3, 1, 108—109.
- Зубкова В. Запоры. БМЭ, 1959, изд. 2, 10, 637—662.
- Качимов Я. А. Измерение давления в прямой кишке в норме и в патологии. Тез. докл. молодых науч. работ. Куйбышев. мед. ин-та, 1963, 42—43; Клин. хир., 1964, 10, 51—53; Тез. докл. 24 науч. сесс. Куйбышев. мед. ин-та, 1965, 117—118; Некоторые данные о внутриректальном давлении. Дис. канд. Куйбышев, 1966.
- Ксендзовский М. Случай болезни Гиршпрунга у мальчика 8 лет, излеченный гипногестивной терапией. — Сов. врач., 1937, 11—12.
- Левин К. Хронические привычные запоры. — Врач. обозр. 1921, 6, 251.
- Лорие И. Ф. Так называемые неврозы кишечника. — Клин. мед. 1954, 32, 4, 10.
- Малышев Ю. И. Наша модификация операции Зеренина-Кюммеля при выпадении прямой кишки. Элементы проктологии. Куйбышев, 1956, 66—70; 132—133; Zbl. f. Chir., 1957, 789—792; Вестн. хир., 1959, 2, 70—72; Элементы проктологии. Куйбышев, 1960, 98—99; 99—103; 103—104; Хирургия. 1960, 49, 2352—2355; Хирургия, 1960, 2, 156—160; В кн.: Компенсаторно-приспособительные процессы. Куйбышев, 1961, 148—149; Элементы проктологии. Куйбышев, 1963, 61—63; 64—66; 67—71; Выпадение прямой кишки. Дис. докт. Горький, 1964.
- Мечников И. И. Проблемы оптимизма. Акад. собр. соч. М., 1956.
- Назаров Л. У. Объективная оценка функции сфинктера заднего прохода после операции по поводу свищей прямой кишки — Вестн. хир., 1966, 97, 11, 92—97.
- Ноорден К. Поносы и запоры. М.-Л., 1927.
- Павлов И. П. Лекции о работе главных пищеварительных желез. М., 1951.
- Певзнер М. И. О хронических запорах. — Вестн. совр. мед., 1926, 4, 4; Хронич. запоры и их лечение. М.-Л., 1940.
- Смотров В. Н., Успенский А. Е. К патогенезу и клинике хронического кишечного стаза. Тер. арх., 1930, 8, 4—5, 495.
- Хитова А. Г. Энкопрез у детей и подростков. Тез. 26 науч. сесс. Куйбышев. мед. ин-та, 1967, 360—361.
- Шмидт А. Новые наблюдения над выяснением и лечением хронического запора. М., 1905.
- Avon E., Thouvenot J. Physiologie de la continence anal. Arch. mal. app. dig., 1962, 51, 7—8^{bis}.
- Bensaude A., May J. P., Gillet J. M. Atonie du sphincter anal. Etude clinique et electrolologique. Sem. cl. hop. Paris, 1948, 24, 77, 2462—2469.

- Bloch C. E. Constipation. Incontinence. *Acta med. Scand.*, 1932, 78, 111—IV, 248—253.
- Birke E. R. Die Inkontinenz, Behandlungsversuche und Pflegemöglichkeiten. *M. m. Wchschr.*, 1962, 104, 997.
- Brody G. S. a. oth. Observations of fecal continence mechanisms. *J. A. M. A.*, 1960, 173, 3, 226—229.
- Caldwell K. P. S. The electrical control of sphincter incontinence. *Lancet*, 1963, 7300, 2, 27 July, 174—175; *Hosp. Mgmt.*, 1964, 97, 74; *Proct. Roy. Soc. Med.*, 1965, 58, 792.
- Collins C. D., Duthie H. L., Shelley T., Whittaner G. E. Force in the anal canal and anal continence. *Gut.*, 1967, 8, 4, 354—360.
- Deucher F., Blessing H. Prolaps und Spincterinsuffizienz. *Langenbeck Arch. Chir.*, 1972, 33; *Kongressbericht*, 423—424.
- Duthie H. L., Bennett R. C. The relation of sensation in the anal canal to the functional anal sphincter: a possible factor in anal continence. *Gut.*, 1963, 4, 179.
- Eisner M. Funktionelle Untersuchungen an Rectum und Anus. Monometrische und electromyographische Befunde. *Schwiz. m. Wschr.*, 1971, 101, 43, 1549—1555; *Scand. J. Gastroenter.*, 1972, 7, 4, 305—308.
- El Shafie M. a. oth. A simplified method of anorectal manometry for wider clinical application. *J. Pediatr. Surg.*, 1972, 7, 2, 230—235.
- Gairdner D. Incontinence of urine or of faeces. *Brit. Med. J.*, 1965, 54, 53, 2, 10 July, 91—94.
- Galvani Cur. no Basmajian J. V. *Muscles Alive*. Baltimore, 1962, 2.
- Gaston E. A. The physiology of fecal continence. *Surg., Gyn., Obst.*, 1948, 87, 280.
- Goppert. Funktionelle Laemung des sphincter ani. *Berl. kl. Wschr.*, 1918, 55, 16, 39.
- Greene B. L., Block L. H. Role of neurosyphilis in disturbances of anal sphincter tone. *Illinois med. J.*, 1941, 79, 2, 144—148.
- Haskell B., Rovner H. Electromyography in the management of the incompetent anal sphincter. *Dis. Colon, Rectum*, 1967, 10, 2, 81—84.
- Hopkinson B. R., Lightwood R. Electrical treatment of anal incontinence. *Lancet*, 1966, 7432, 1, 5 febr., 297—298.
- Marfan A. B. La defecation involontaire des ecoliers. *Presse med.*, 1934, 1, 1—2.
- Melsner H., Borst H. G., Kherr H. Behandlung der Analkontinenz durch perkutane Sphinkterstimulation. *Munch. med. Wschr.*, 1968, 110, 487—489.
- Montag I. F. New type of mattress particularly adapted for use in cases of rectal incontinence. *Surg., Gynec., Obst.*, 1924, 38, 117—118.
- Oury P., Dourdou F., Gordin J. L'atonie du sphincter anal. *Presse med.* 1966, 74, 6, 247—250.
- Parks A. G., Porter N. H., Melzak J. Experimental study of the reflex mechanism controlling the muscles of the pelvic floor. *Dis. Colon, Rectum*, 1962, 5, 407.
- Schuster M. H., Kookman P., Kendrin R., Mendeloff A. K. Simultaneous recording of internal and external anal sphincter reflexes. *Bull. Jos Hopk. Hosp.*, 1965, 116, 2, 79—88.
- Stelzner F. Kontinenz Superkontinenz und Inkontinenz im Anorectalbereich. *D. m. Wschr.*, 1965, 90, 51, 22—75—2281; *Zschr. f. Kinderchir.*, 1967, 5, 227.
- Tagart R. E. B. The anal canal and rectum... anal continence. *Dis. Colon, Rectum*, 1966, 449.
- Taverner D. Smiddy F. G. An electromyographic study of the normal function of the external sphincter and pelvic diaphragm. *Dis. Colon, Rectum*, 1959, 2, 15.

ЗАПОРЫ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ХИРУРГА

В первом томе настоящего Руководства, в главе IV «Физиология прямой кишки» (с. 22—117) даны краткие понятия о запорах как нарушении естественных физиологических отравлений толстой кишки. Там приведены некоторые классификации запоров и сообщены общие сведения преимущественно о консервативном лечении. Все эти данные представлены с точки зрения физиолога, патофизиолога и терапевта. Из многих других за рабочую схему была взята классификация запоров, предложенная М. И. Певзнером. Но есть отдельные виды запоров, при которых всякое консервативное лечение совершенно бесполезно или дает временный, все уменьшающийся эффект. И единст-

венный надежный метод здесь — хирургическое вмешательство. Это относится, например, к болезни Гиршпрунга, врожденному мегаколон, и является компетенцией детских хирургов. Это заболевание проявляется уже с детского возраста. Оно входит в новый раздел хирургии — детской, которая в нашей стране выделяется из общей хирургии.

В разных главах настоящего Руководства говорилось о соответствующих проктологических заболеваниях у детей и их лечении. В связи со все более отчетливым организационным выделением детской хирургии в особый раздел назрел вопрос о выделении в ней раздела детской проктологии и появлении на эту тему монографии «Детская проктология». Прообразами такой книги, если можно так выразиться, являются недавно вышедшие монографии А. И. Ленюшкина и М. Я. Лихтена (1967) «Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия» и «Проктология разных возрастов (Возрастная проктология)», а также изданная в Париже книга J. Duhamel «Technique chirurgicale infantile» (1954). В первой монографии проктологические заболевания у детей отражены очень кратко, с ориентировкой на амбулаторных хирургов, а вторая, к сожалению, недоступна массовому читателю — врачу-хирургу.

Пока в нашей стране нет книги, посвященной детской проктологии, поэтому нам приходится в Руководстве уделять внимание этому вопросу. Специально детской проктологии будет посвящена глава о болезни Гиршпрунга. Это заболевание проявляется наиболее длительными, начиная с первых дней после рождения, и упорными запорами. Таких больных можно вылечить только своевременной радикальной операцией.

За последние годы в отечественной и зарубежной литературе появилось очень много журнальных статей о болезни Гиршпрунга. Кроме того, в нашей стране выпущены две монографии — Ю. Ф. Исакова «Мегаколон у детей», М., 1965 и Н. Л. Куц «Болезнь Фавалли-Гиршпрунга у детей», Киев, 1970. Поэтому здесь о болезни Гиршпрунга мы сообщим по возможности кратко — основные положения с добавлением данных нашей клиники.

Второй раздел этой подглавы о нарушениях функции прямой кишки в виде запоров будет посвящен борьбе с хроническими, не поддающимися консервативному лечению запорами у взрослых, когда терапевты бессильны помочь этим больным. В дело вступают хирурги, при этом обычно получают хорошие и отличные результаты оперативного лечения.

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА

Истоки и история развития учения о болезни Гиршпрунга

Как упоминали в своих работах В. Л. Боголюбов (1908), М. Р. Борок (1914), L. G. Nergmann (1946) и другие, впервые гигантское увеличение толстой кишки наблюдал и описал Rujsch в начале XVII столетия. У трупа мальчика 5 лет толстая кишка имела очень большие размеры и покрывала все органы брюшной полости. Позднее, также на основании секционных данных, наблюдали и описали подобную картину Ebers (1823), Tinney (1827), Ammon (1842), Oulmont (1843), Rampold (1874), Banks (1847), Little (1848), Porro (1871), Huegens, Gaume (1886), Fueterer, Mutteldorf (1886) и др. Всего до 1886 г. было описано 57 таких наблюдений.

В 1846 г. в итальянском журнале «Gazetta medica di Milano» (№ 5, с. 219) была опубликована работа С. Fawalli, в которой автор довольно подробно описал наблюдавшееся им расширение толстой кишки у взрослого мужчины. Несколько позднее, в 1886 г., датский педиатр Hirschsprung на заседании Берлинского общества детских врачей выступил с докладом, в котором обобщил описанные в литературе к тому времени 57 наблюдений врожденного расширения толстой кишки у человека, добавил три

своих наблюдения, продемонстрировал препараты толстой кишки двух мальчиков, умерших от этого страдания в возрасте 8 и 11 месяцев и дал название этому заболеванию «megacolon congenitum idiopathicum». В ближайшие годы он опубликовал в распространенных немецких и французских журналах несколько сообщений на эту тему. Если на 20 лет ранее напечатанная статья Favalli не вызвала интереса и отклика в медицинской литературе, то работы Hirschsprung привлекли большое внимание во всех странах врачей многих специальностей, особенно педиатров, терапевтов, хирургов, патологоанатомов. Заболевание стали описывать под различными названиями (megacolon congenitum, болезнь Гиршпрунга, врожденный гигантизм толстой кишки, врожденное расширение толстой кишки, мегалосигма, аганглиоз толстой кишки, токсический мегаколон и т. д.), но чаще всего под названием болезни Гиршпрунга. Правда, протесты против присвоения единоличного авторства в описании заболевания Гиршпрунга раздавались уже давно. Еще в 1889 г. итальянский хирург L. Concetti заявил, что приоритет должен быть признан за итальянскими авторами Favalli (1846), Roggo и особенно G. Mya (1894), который действительно в двух статьях подробно описал заболевание. Но эти статьи появились на 6 лет позднее первого сообщения Гиршпрунга, поэтому G. Mya не может считаться первооткрывателем врожденного мегаколona. А вот по поводу Фавалли есть основание вести обсуждение.

За последние два десятилетия педиатры нашей страны — С. Я. Долецкий (1958), С. Д. Терновский (1959), Ю. Ф. Исаков (1959), А. Р. Шуринок (1960), М. А. Алнев (1962), В. И. Веретенков (1963), Л. И. Снешко (1963), Е. Л. Корчагина (1964), Н. Л. Куш (1964), В. М. Величенко (1965), Н. А. Шор (1965), В. Н. Шилов (1968), Э. П. Антошкина (1969), И. И. Солтан (1969), В. С. Яковлев (1969) и другие высказывались за паритетный приоритет Фавалли и в своих работах писали о заболевании Фавалли-Гиршпрунга. Если с достаточным основанием некоторые авторы описывают это заболевание как болезнь Фавалли-Гиршпрунга, то огромному большинству врачей и даже студентов начиная с третьего курса медицинского института оно известно как болезнь Гиршпрунга.

Дело международных медицинских организаций — интернациональных конгрессов педиатров, хирургов, может быть, патологоанатомов — установить, какую степень авторства следует приписать каждому из этих двух ученых и как правильнее именовать это заболевание. Но о необходимости стандартизации в медицинской терминологии пока только говорят. В этом направлении в некоторых отраслях медицины проделана большая и полезная работа, например, есть Базельская (1894) и Парижская (1905) анатомические номенклатуры, Ленинградская (1970) единая международная гистологическая номенклатура и т. д.

В отношении большинства заболеваний нет таких единых международных стандартных названий. Нет такого установленного названия и для разбираемого заболевания. Поэтому, признавая вклад, сделанный в изучение вопроса Фавалли, и считая, что, может быть, действительно, правильнее всего это заболевание называть болезнью Фавалли-Гиршпрунга, мы в последующем для краткости изложения и в соответствии с почти общепринятым мнением большинства авторов, описывающих его под названием «болезнь Гиршпрунга», так и будем его именовать в нашем описании.

Этиология и патогенез

Патогенез болезни Гиршпрунга до 40-х годов текущего столетия оставался невыясненным. Ни одна из известных в то время теорий не давала исчерпывающего объяснения страдания. В связи с невыясненностью этиологии и патогенеза болезни периодически предлагались разные теории ее происхождения и различные классификации клинических форм. Период с 1888 до 1948 г. можно охарактеризовать как время усилий, направленных на накопление различных фактических данных об этиологии и патогенезе страдания.

Известно, что при изучении того или иного заболевания исследователь различные его формы старается объединить в группы по каким-либо признакам схожести. Это будут первичные классификации, которые могут основываться на этиологии и патогенезе, на клинических признаках и течении заболевания, на способах его лечения и т. д. Так и с болезнью Гиршпрунга. Уже первые исследователи да и ученые более позднего времени предлагали различные классификации для облегчения изучения заболевания.

Гиршпрунг, не найдя механической причины резкого расширения толстой кишки, назвал заболевание идиопатическим, то есть самопроизвольным. А. Marfan в 1895 г. и G. Perthes в 1905 г. предложили теорию механических кишечных закупок на почве складок стенки кишки, вследствие врожденных перегибов, сужений и других препятствий, ведущих к вторичному расширению кишки и гипертрофии ее стенки выше препятствия. Мнение Гиршпрунга об идиопатическом характере расширения энергично поддержал L. Concetti (1889). На основании патологоанатомических изменений в толстой кишке он предлагал делить всех больных, страдающих увеличением тол-

стой кишки, на 3 группы: 1) макроколон — к этой группе отнесены больные с удлинением толстой кишки; наиболее резкие изменения с образованием извилистых изгибов обычно здесь выражены в нисходящей и сигмовидной кишках; 2) мегаколон — к этой группе отнесены больные, у которых толстая кишка не только удлинена, но и расширена, а стенки ее утолщены; 3) эктаколон — в эту группу зачислялись больные, у которых в дистальном отделе толстой кишки имелось расширение с истончением стенок, а в вышележащем — или только одно расширение при нормальной толщине стенок, или же, что чаще, расширение с гипертрофией стенок.

Врожденный характер этого заболевания L. Conzetti обосновывал недоразвитием мышечных элементов разных отделов толстой кишки. Подобное явление он наблюдал у одного больного, у которого имелось частичное недоразвитие кольцевого мышечного слоя и отсутствие продольного слоя мышц. В зоне с недоразвитой мускулатурой функция кишечника была понижена, а в вышележащих отделах кишки, где мышечные элементы были не изменены или утолщены, перистальтика кишки была даже повышена, что приводило к гипертрофии компенсаторного порядка. Таким образом, L. Conzetti видел причину возникновения болезни Гиршпрунга в недоразвитии мышечных элементов стенки кишки. К этому мнению присоединился в 1907 г. J. Petruvalsky, который связывал причину болезни Гиршпрунга с недоразвитием эластических волокон стенки толстой кишки и ее кровеносных сосудов.

C. Loewenstein (1907) предложил классификацию, в основу которой брал элементы врожденности и приобретенности болезни Гиршпрунга. Заболевание автор делил на 1) идиопатический врожденный мегаколон, 2) псевдомегаколон. К первой группе он относил врожденное расширение всей толстой кишки или отдельных ее частей. Болезнь проявляется с первых дней после рождения. Ко второй группе он относил больных с чрезвычайно удлиненной толстой кишкой (чаще сигмой), с образованием петель и перегибов. Болезнь проявляется в процессе жизни.

В. Л. Боголюбов в 1908 г. предложил делить болезнь Гиршпрунга на 4 группы. В основу классификации он ставил клинические и возрастные показатели: 1) собственно идиопатическое расширение толстой кишки у детей с типичной клинической картиной без наличия механических препятствий; 2) идиопатическое расширение толстой кишки у взрослых с проявлением клинических симптомов в раннем детском возрасте; 3) расширение толстой кишки у взрослых без всяких видимых причин с появлением клинических симптомов заболевания незадолго до смерти; 4) расширение и гипертрофия толстой кишки, связанные с анатомическими изменениями, могущими служить причиной подобного расширения, как-то: атрезия заднего прохода, стриктуры прямой кишки, перегибы, завороты и т. д.

А. И. Абрикосов в 1909 г. высказал мысль о том, что болезнь Гиршпрунга возникает и развивается на почве недостаточной рефлекторной возбудимости в кишечнике.

G. E. Konjetzny в 1911 г. высказал предположение, что причиной болезни Гиршпрунга являются механические препятствия в виде перегибов и складок, лежащих в просвете кишки. Они мешают продвижению каловых масс; в кишке развиваются компенсаторные изменения в виде ее удлинения, расширения и гипертрофии. В подтверждение своей теории автор привел одно наблюдение. Он обнаружил у трупа трехдневной девочки значительное расширение толстой кишки, которое было переполнено калом. На месте перехода сигмовидной кишки в прямую был перегиб. Расширенная сигмовидная кишка внезапно переходила в прямую кишку нормальных размеров. На основании этого наблюдения автор сделал вывод, что еще в утробной жизни могут иметь место механические препятствия, которые приводят к расширению кишки, ее удлинению и гипертрофии ее стенок.

F. R. Goebel (1912) поддерживал механическую теорию происхождения болезни Гиршпрунга. Он обнаружил в двух секционных наблюдениях выраженную складку толстой кишки, которая располагалась на месте перехода сигмовидной кишки в прямую. Эта складка, по мнению Гебеля, препятствовала продвижению кишечных масс в прямую кишку. Сигмовидная кишка в обоих наблюдениях была в 3—4 раза шире других отделов кишечника. Микроскопическое исследование указанной складки обнаружило, что она образовалась за счет утолщения мышечных слоев.

H. Hoffman (1912) наблюдал наличие мегаколон у новорожденных, у которых в первые часы после рождения отмечалось увеличение и вздутие живота, что подтверждает врожденный характер этого заболевания. H. Kleinschmidt (1912) поддерживал взгляд на врожденный характер болезни Гиршпрунга.

F. Neugebauer (1913) полагал, что в основе болезни Гиршпрунга лежит врожденное увеличение толстой кишки, на фоне которого образуются перегибы, задерживающие продвижение кишечных масс. В своей классификации он делил мегаколон на два вида: 1) врожденный и 2) приобретенный. Приобретенный образуется на почве врожденного удлинения сигмовидной кишки, вследствие спазма сфинктера и мускулатуры прямой кишки или увеличения клапанов в прямой кишке, создающих препятствия к продвижению кишечных масс. Этой классификации в нашей стране придерживался М. И. Певзнер (1926).

N. Jschikava (1923) обратил внимание на сакральную систему и тазовый нерв у собаки. Известно, что этот нерв содержит чувствительные и двигательные волокна. От-

ходя от первых—вторых—третьих крестцовых корешков, он образует две ветви, одна из которых иннервирует толстую кишку, другая — половые органы и мочевой пузырь. Перерезая тазовый нерв, автор получал картину болезни Гиршпрунга у собаки. На этом основании он предположил, что у человека имеется нерв, соответствующий тазовому у собаки, нарушение функции которого вызывает болезнь Гиршпрунга.

И. Гаген-Торн (1927) считал, что расширение сигмовидной кишки и гипертрофия ее стенки могут быть не только врожденными, но образуются и в последующие годы вследствие избыточных усилий кишки для продвижения кишечного содержимого по врожденно длинной петле сигмовидной кишки.

R. Wade (1927), D. Norgman (1927), W. Lehmann (1931) высказали мысль о том, что болезнь Гиршпрунга является результатом нарушений в иннервации сфинктера, которые ведут к спазматическому его сокращению. Они считали, что у некоторых больных в основу патогенеза болезни Гиршпрунга должно быть положено нарушение рефлекса, ведущего к расслаблению сфинктера. По мнению указанных авторов, часто наблюдавшиеся рецидивы этой болезни после операции являлись следствием того, что удалялась вторично измененная расширенная часть кишки, в то время как спазм наружного сфинктера оставался. У других больных причину болезни авторы видели в нарушении функции вышележащих отделов кишки при неизменной функции сфинктера. Этим они объясняли удовлетворительные результаты, получаемые некоторыми авторами при резекции толстой кишки.

Благодаря работам этих и других авторов предположено, что парасимпатические волокна усиливают перистальтику кишечника и расслабляют сфинктер, а симпатические, наоборот, уменьшают перистальтику и сокращают сфинктер. При дисгармонии функции нервной системы создаются условия для возникновения болезни Гиршпрунга.

Таким образом, наряду с врожденной, механической и психогенной теориями происхождения болезни Гиршпрунга ее связывали с дисфункцией парасимпатической и симпатической иннервации тех или других отделов толстой кишки, с атонией или спазмами, являющимися причиной нарушения продвижения содержимого по кишечной трубке.

И. Э. Сандуновский в 1947 г. на основании собственных исследований у 60 больных пришел к выводу, что в патогенезе болезни Гиршпрунга наиболее обоснованной является теория врожденного порока развития толстой кишки. В то же время автор не склонен был отрицать значение нарушений иннервации толстой, главным образом сигмовидной кишки.

С. Д. Терновский (1953) писал, что кроме складок и перегибов механической причиной образования мегаколон могут служить различного рода сужения в виде стриктур, атрезий прямой кишки и заднего прохода. Мегаколон, развившийся на почве механических препятствий врожденного или приобретенного порядка, по мнению С. Д. Терновского, является вторичным и его не следует относить к болезни Гиршпрунга.

Н. Kawiak в 1956 г. и Р. Pinkerton в 1958 г. относили болезнь Гиршпрунга к заболеванию психогенного происхождения.

Теория аганглиоза

В 1901 г. К. Tittel впервые отметил дефицит и недоразвитие узлов ауэрбаховского парасимпатического нервного сплетения в дистальных отделах толстой кишки при болезни Гиршпрунга. Однако это утверждение в то время не было оценено. Начиная с 1948 г. взгляды на происхождение болезни Гиршпрунга полностью изменились после опубликования работы F. Whitehouse a. L. W. Kernohan, которые установили, что при этой болезни имеется дефицит узлов ауэрбаховского нервного сплетения. Дефицит нарастает в дистальном направлении толстой кишки и более всего выражен в суженной ректо-сигмовидной зоне. Они исследовали толстую кишку у 11 трупов детей с врожденным мегаколон. Срезы брались из различных отделов кишки. В 80% не было найдено узлов межмышечного ауэрбаховского сплетения в транзитном районе. Этим термином авторы называют место перехода расширенной части кишки в суженную. В 60% было отмечено отсутствие узлов в дистальном отделе сигмы, в 20% — в проксимальном отделе сигмовидной и в нижней части нисходящей кишки. Под отсутствием узлов авторы понимают полное отсутствие нервных клеток ауэрбаховского сплетения. В отдельных препаратах «опустошенные» безъядерные узлы прослеживались до внутреннего сфинктера заднего прохода, который также не содержал нормальных нервных узлов.

Одновременно авторы отметили при болезни Гиршпрунга поражение мейснеровского сплетения, которое происходит параллельно поражению ауэрбаховского сплетения. Кроме того, они обратили внимание на наличие безмиелиновых нервных стволов, расположенных между продольным и кольцевым мышечными слоями толстой кишки. Безмиелиновые волокна, по мнению авторов, являются определенной закономерностью патологических изменений при болезни Гиршпрунга, так как они встречались только там, где не было нервных клеток.

Таким образом, было доказано поражение нервных клеток в узлах ауэрбаховского сплетения, закономерно увеличивающихся в дистальном направлении толстой кишки при болезни Гиршпрунга. С этого времени полностью изменилось представление о норме и патологии при этом заболевании. Если раньше пораженным считался расширенный отдел толстой кишки, то сейчас патологически измененным считают нормальные на вид сигмовидную и прямую кишку.

В то же самое время О. Swenson (1948) обратил внимание на 3 детей, которым была произведена операция наложения противоестественного заднего прохода на расширенную часть сигмовидной кишки при болезни Гиршпрунга. После этой операции дети развивались нормально и имели самостоятельный стул. Эти наблюдения также дали ему основание сделать предположение о наличии причин болезни Гиршпрунга в дистальной части толстой кишки. Свенсон первый высказал мысль о целесообразности удаления дистальной узкой части толстой кишки, а не расширенной, как это делалось раньше, и разработал оригинальную операцию для лечения. На основании собственных морфологических исследований толстой кишки при болезни Гиршпрунга он пришел к выводу, что в узкой дистальной ее части нет узлов ауэрбаховского сплетения. В этой зоне отсутствует перистальтика, что и является причиной задержки стула и газов. Первые успешные операции, проведенные Свенсоном, подтвердили правильность нейрогенной теории происхождения болезни Гиршпрунга.

В последующие годы многие авторы пришли к аналогичным выводам. Так, М. Водьян (1950, 1951) при болезни Гиршпрунга не обнаружил нервных клеток в ректо-сигмоидной зоне толстой кишки и отметил дисплазию нервных пучков. Н. Althoff (1952) отметил у некоторых больных значительные изменения в клетках узлов ауэрбаховского сплетения, которые он рассматривал как врожденное недоразвитие.

W. L. Riker (1957) произвел микроскопическое исследование нервов толстой кишки у 51 больного. В некоторых препаратах он обнаружил нервные клетки в узлах ауэрбаховского сплетения в дистальной части толстой кишки. Но эти клетки были резко измененными, и автор назвал их порочными. D. Bowden (1957) причиной болезни Гиршпрунга считал врожденную аплазию брыжеечного нервного сплетения в дистальном отделе толстой кишки. В 10% наблюдений, по его данным, эта аплазия достигала селезеночного угла. F. Bondman (1957) возникновение болезни Гиршпрунга усматривал во врожденных изменениях мультиполярных клеток ауэрбаховского сплетения толстой кишки, так же, как и при кардиоспазме. F. Rehbein (1959) произвел исследование иннервации дистального отдела толстой кишки у 60 больных и у всех получил идентичный результат — отсутствие нервных клеток ауэрбаховского сплетения. E. Sandegard (1953) в трех наблюдениях отметил аплазию ганглиозных клеток толстой кишки у терминального отдела подвздошной. С. Я. Долецкий (1958) наблюдал отчетливое недоразвитие узлов ауэрбаховского сплетения в удаленной части толстой кишки у трех больных.

А. Р. Шуринок и А. Н. Бакланова (1960) в 4 наблюдениях при гистологическом исследовании ректо-сигмоидной зоны толстой кишки отметили недоразвитие или полное отсутствие ауэрбаховского сплетения.

И. Л. Брегадзе, А. А. Головина и В. И. Лушин (1960) подвергли нейрогистологическому исследованию резецированную ректо-сигмоидную зону толстой кишки у 4 больных. Во всех препаратах отмечалась задержка развития нейробластов, дистрофические изменения в отдельных отростчатых нервных клетках и волокнах. М. А. Алиев (1962) ведущую роль в возникновении болезни Гиршпрунга приписывал врожденному отсутствию ауэрбаховского сплетения в ректо-сигмоидной зоне толстой кишки.

Г. И. Раушенбах (1963), разделяя взгляды F. Whitehouse и I. W. Kernohan (1948), основной болезни Гиршпрунга считал нервно-мышечную неполноценность дистального отдела сигмовидной и прямой кишок, то есть ректо-сигмоидной зоны, которая представляет собой обычно значительно суженный, по-видимому, спазмированный отдел кишечника. Спастическое сокращение ректо-сигмоидной зоны автор рассматривал как результат значительного преобладания тонуса симпатических нервных узлов над недоразвитыми парасимпатическими узлами. Таким образом, пораженным является не расширенный отдел толстой кишки, а суженный, через который не проходят перистальтические волны в силу его нервно-мышечной неполноценности. Расширение вышележащих, по существу, нормальных отделов толстой кишки наступает вследствие постоянного сопротивления продвижению кишечного содержимого через суженный дистальный ее отдел. По этой причине Г. И. Раушенбах называет операцию Свенсона — удаление всей спазмированной зоны дистального отдела толстой кишки — патогенетической.

Нет основания согласиться с Г. И. Раушенбахом в той части объяснения патогенеза болезни Гиршпрунга, в которой он говорит о спазмированной суженной ректо-сигмоидной зоне. Исследования большинства авторов показали, что в узкой ректо-сигмоидной зоне отсутствуют узлы ауэрбаховского и мейснеровского сплетений, обе эти системы недоразвиты. Мышечные слои или отсутствуют или дегенерированы. Такие морфологические изменения исключают возможность спастического сокращения этой зоны. Перистальтические сокращения в зоне отсутствуют вследствие ее нервно-мышечной неполноценности.

Исследования В. И. Веретенкова (1965—1967) также показали, что в суженной ректо-сигмоидной зоне толстой кишки имеется дефицит или полное отсутствие узлов ауэрбаховского и мейсперовского сплетений, что для кишки означает истинную двигательную денервацию и ведет к полному или частичному выключению ее из перистальтики.

Работы еще многих авторов последних лет, производивших гистологические исследования стенок толстой кишки, удаленной при операции или взятой у трупов больных, страдавших болезнью Гиршпрунга, подтвердили данные, которые первично установили F. R. Whitehouse и I. W. Kernohan: аганглионарная зона в дистальном отделе толстой кишки является причиной клинической картины при болезни Гиршпрунга (С. Я. Далецкий, 1958; С. Д. Терновский, 1959; В. И. Веретенков, 1959; Ю. Ф. Исаков, 1959—1965; А. Р. Шуринок, А. Н. Бакланова, 1960; Т. А. Сози, 1960, и др.).

К. Т. Есенов и О. А. Завалишина (1971) у 53 детей гистологически обследовали резецированные кишки в разных отделах. При этом они болезнь Гиршпрунга клинически делили на острую, подострую и хроническую формы. У всех 13 больных с острой формой заболевания был полный аганглиоз. Из 20 больных с подострой формой у 3 ганглии были развиты нормально, еще у 3 — с дефицитом нейронов и их изменениями и у 14 был полный аганглиоз. Среди 20 больных с хронической формой результаты исследования соответственно 8, 4, 8.

Из сказанного следует, что при болезни Гиршпрунга: 1) нервные клетки узлов ауэрбаховского сплетения отсутствуют в дистальной, суженной части толстой кишки, 2) в проксимальных, расширенных отделах толстой кишки узлы не изменены, 3) в месте перехода расширенной части кишки в узкую узлы ауэрбаховского сплетения в большинстве наблюдений оказались неизменными, 4) параллельно с изменениями в ауэрбаховском (парасимпатическом) нервно-сплетении наблюдаются аналогичные изменения и в мейсперовском (симпатическом) сплетении. Врожденное отсутствие или недоразвитие интрамуральных нервных сплетений кишки означает истинную врожденную двигательную денервацию и ведет к полному или частичному выключению дистальных отделов кишечника из перистальтики, что является одной из причин болезни Гиршпрунга. Отсутствие перистальтики в дистальной, аганглионарной зоне кишечника вызывает застой кишечных масс в вышележащих отделах, в результате чего появляется расширение проксимальной части кишки.

При таком объяснении патогенеза болезни Гиршпрунга становится понятной причина расширения кишечника над аганглионарной зоной, но не раскрывается причина отсутствия акта дефекации, одного из основных симптомов заболевания.

Дефекация является сложным рефлекторным актом, в котором принимают участие чувствительный, двигательный и волевой компоненты. В раннем детском возрасте дефекация совершается благодаря чувствительному и двигательному компонентам, а в более поздний период в ней принимает участие и волевой компонент.

Наблюдения показали, что у детей, страдающих болезнью Гиршпрунга, отсутствует или значительно понижен позыв на дефекацию.

Это дает основание предполагать возможное нарушение чувствительной иннервации в прямой кишке, где у здоровых людей возникает рефлекс на дефекацию.

Клиническая картина и диагноз

Болезнь Гиршпрунга раньше считалась большой редкостью. И действительно, почти все авторы, выступавшие с описанием заболевания в прошлом столетии, базировались на одном наблюдении. Von Ammon (1842) сообщил о двух, а Гиршпрунг был первый из 57 авторов, кто докладывал о трех собственных наблюдениях. Единичные авторы основывались на патологоанатомических данных, и только у отдельных больных были предприняты операции, большей частью неудачные.

Об истинной частоте болезни Гиршпрунга судить трудно. В Харьковском патологоанатомическом институте на 15 000 аутопсий это заболевание встретилось 5 раз. W. S. Fenwick (1900), изучив 30 000 протоколов вскрытий, произведенных в Лондонском госпитале, нашел всего 3 мегаколон — 1:10 000. W. R. Richardson и J. H. Brown (1962) писали, что из 20 000 родившихся один позднее заболел болезнью Гиршпрунга.

A. Lewiton с соавт. (1951) сообщил, что Lightwood наблюдал соотношение: 1 больной с врожденным мегаколон на 2 620 детей, лечившихся в детской больнице.

В отечественной литературе В. П. Жуковский в 1903 г. первый сообщил об одном наблюдении. Потом последовали отдельные сообще-

ния В. Е. Чернова (1905), А. И. Абрикосова (1909) и др. К 1907 г. С. Loewenstein почти за 80 лет со времени первого описания врожденного расширения толстой кишки собрал из литературы описание 150 наблюдений болезни Гиршпрунга. К 1908 г. В. Л. Боголюбов суммировал уже 181 наблюдение. Но В. П. Дедов (1916), проверив данные В. Л. Боголюбова, считал, что в 15 наблюдениях не было болезни Гиршпрунга.

Публиковались и другие сборные, не всегда полные и единообразные статистики заболевания. Так, F. Neugebauer в 1913 г. суммировал из литературы 169 наблюдений, R. Steiner в том же году — 200, Л. М. Сычева в 1914 г. — 163. В 1914 г. М. Р. Борок в диссертации «Болезнь Гиршпрунга» привел собственную статистику из 196 наблюдений.

В отечественной литературе последующих лет об отдельных собственных наблюдениях сообщали Е. Г. Лубенский (1926), М. Е. Сухарева (1927), А. Б. Горнштейн и Б. Г. Рубинштейн (1928), И. П. Соколов (1930), С. А. Гальперина (1931), П. З. Гуревич (1932), А. Д. Волочаев (1938), М. Г. Вавилова (1941), А. Ф. Андреев (1942) и др. В 1947 г. И. Э. Сандуновский в докторской диссертации описал 68 собственных наблюдений.

Начиная с 1948 г., когда был установлен патогенез болезни Гиршпрунга, внимание врачей вновь сосредоточилось на диагностике и лечении ее. Появилась возможность выявить значительное количество больных детей.

В последние десятилетия развивается сеть специализированных детских лечебных учреждений. Расширилось и улучшилось рентгенологическое исследование толстой кишки. Появились детские хирурги, специально занимающиеся изучением и лечением болезни Гиршпрунга. В связи с этим, а также ввиду улучшения средств информации и средств сообщения стала возможна концентрация больных в отдельных специализированных лечебных учреждениях. Поэтому число наблюдений и описаний этого заболевания значительно возросло.

Наряду с увеличением общего количества выявленных больных детей увеличивается и число наблюдений над оперированными больными. Если в первых сообщениях авторы основывались главным образом на патологоанатомических данных или единичных клинических наблюдениях, то во многих работах последних лет приводятся результаты оперативного лечения не только десятков, но и сотен больных. Свенсон (1951) сообщил о 69 собственных наблюдениях, а к 1959 г. им прооперировано 200 больных с удовлетворительными и хорошими результатами. Т. Ekblom (1950) сообщил о 12 успешно оперированных больных по методу Свенсона. М. Vodian (1950) произвел 42 операции.

В 50—70-е годы XX столетия количество наблюдений и операций по поводу болезни Гиршпрунга быстро возрастало. W. L. Riker (1957) имел 59 наблюдений, G. Wylli (1957) — 152, H. Harte (1959) сообщил о 34 операциях, G. Kostia (1962) произвел 68 операций.

В Советском Союзе первую радикальную операцию по методу Грекова—Свенсона выполнил в 1955 году С. Я. Долецкий, к 1958 г. им произведено 10 таких операций. В 1962 г. Ю. Ф. Исаков сообщил об опыте наблюдений над 224 детьми с различными видами мегаколон, из которых 115 оперированы по поводу болезни Гиршпрунга.

Вскоре после опубликования работ С. Я. Долецкого (1958) и Ю. Ф. Исакова (1959) в отечественной литературе появляются сообщения, в которых авторы приводят наблюдения о первых успешных операциях по методу Грекова—Свенсона при болезни Гиршпрунга у детей. М. С. Раевский (1959) сообщил об оперированном мальчике 6 лет с

благоприятным исходом. Д. Б. Авидон (1960) опубликовал работу, в которой сообщил о 14 успешных оперативных вмешательствах, произведенных по методу Грекова—Свенсона—Хайатта—Пти и Декодавейна. И. Л. Брегадзе, А. А. Головина и В. И. Лушин (1960) сообщили о 10 операциях по поводу болезни Гиршпрунга, из которых 5 были выполнены по методу Грекова—Свенсона—Хайатта. А. Р. Шуринок и А. Н. Бакланова (1960) наблюдали 6 оперированных по этой методике больных, Т. А. Сози (1960) — 14, М. А. Алиев (1962) — 3, Г. И. Раушенбах (1963) наблюдал 18 больных — 12 мальчиков и 6 девочек. Восемь детей подверглись оперативному лечению по методу Грекова—Свенсона с благоприятным результатом. В. И. Веретенков (1963—1965) привел 18 наблюдений после резекции аганглионарной зоны толстой кишки с благоприятными ближайшими и отдаленными результатами лечения. Н. Л. Куц (1964) сообщил о 30 оперативных вмешательствах, произведенных по методу Свенсона в модификации Дюамеля только с двумя неблагоприятными исходами. Н. М. Погуляйко (1963) лечил консервативно 25 детей и наблюдал лишь временное улучшение.

Ю. Ф. Исаков в докторской диссертации (1962), а затем в монографии на эту тему (1965) привел сводную статистику за последние 75 лет. Из 1 789 мегаколон у детей в 1 491 наблюдении был поставлен диагноз болезни Гиршпрунга, оперировано 1 276 детей. Далее личные и сборные цифры наблюдений упомянутых и не упомянутых отечественных и иностранных авторов быстро нарастают.

Определить абсолютную частоту болезни Гиршпрунга среди других видов мегаколон оказалось делом очень сложным, так как в литературе ранних лет часто не производилось разделения отдельных видов заболевания вследствие неясности патогенеза, а в работах последних лет, посвященных в основном мегадолихоколон и идиопатическому мегаколон, имеются сообщения лишь о небольшом числе наблюдений.

А. И. Ленишкин в 1970 г. защитил докторскую диссертацию на тему о хирургическом лечении пороков развития толстой кишки у детей, а в 1976 г. вышла его книга «Проктология детского возраста». В главе о болезни Гиршпрунга он сообщил более чем о 70 операциях, произведенных за 5 лет по методу Соаве с собственной модификацией. Наблюдалось только одно осложнение — начинавшийся перитонит с благополучным течением. Летальных исходов не было. Автор приводит сводные статистические данные о ближайших и отдаленных результатах оперированных по трем основным методам: Свенсона, Дюамеля, Соаве (табл. 39 и 40).

По данным детской клиники 2-го Московского медицинского института, на 224 мегаколон болезнь Гиршпрунга отмечена у 140, мегадолихоколон — 29, идиопатический мегаколон — 3, мегаколон в результате врожденного и приобретенного механического препятствия—

Таблица 39

Ближайшие результаты операций

Метод	Кол-во больных	Осложнения, %			Умерло, %
		Несостоятельность швов	Рубцовое сужение	Другие	
Свенсона	918	6	6	12	5
Дюамеля	331	2	7	7	4
Соаве	139	—	4	7	4

Отдаленные результаты операций

Метод	Кол-во больных	Осложнения, %			Умерло, %
		Несостоятельность швов	Рубцовое сужение	Другие	
Свенсона	789	10	7	11	5
Дюамеля	209	4	8	11	2
Соаве	108	3	1	2	0

52. Из приведенных данных видно, что врожденный аганглиоз толстой кишки — болезнь Гиршпрунга — у детей встречается значительно чаще, чем все другие виды мегаколон.

А. Bing (1906), F. Gruening (1923), К. Ф. Каграманов (1941) и другие наблюдали болезнь Гиршпрунга как наследственное, семейное заболевание. Наибольшее количество проявлений болезни — четверо детей в одной семье — описал в 1911 г. Buttersack. И. Э. Сандуновский (1947) сообщил о двух детях из одной семьи — брате и сестре с болезнью Гиршпрунга. В. И. Веретенков наблюдал в 1963 году две семьи, в которых было по два мальчика, страдавших этим заболеванием. Н. Л. Куш (1970) наблюдал в одной семье двух братьев с болезнью Гиршпрунга. М. Vodian, С. O. Carter (1963) описали семейное заболевание болезнью Гиршпрунга. I. Kostia (1962) в литературе нашел описание 21 семьи с наследственно-семейными формами заболевания. В общей сложности в этих семьях болело 63 человека. Potts (цит. по С. Я. Далецкому, 1972) также в 21 семье у 56 человек нашел болезнь Гиршпрунга. Он вообще считал, что у 4% это заболевание носит наследственный характер. Нередко оно наблюдается у близнецов. Женщины передают детям это заболевание в 7,2%, мужчины — в 2,6%. Болезнь Дауна в 2% сопровождается мегаколон.

По мнению всех авторов, наблюдавших или суммировавших значительное число больных, среди мальчиков болезнь Гиршпрунга наблюдается в 3—4—5 раз чаще, чем среди девочек. А J. L. Shepherd, P. C. Wright (1968) утверждали, что это болезнь одного пола — 97% мужчин.

Такое преобладание М. Р. Борок (1914) пытался объяснить большей узостью малого таза у мальчиков, чем у девочек, что создает дополнительные предпосылки для задержки кишечного содержимого в ректо-сигмоидной зоне. Другие авторы (Н. Л. Куш, 1970) не согласны с этой точкой зрения.

Клиническая картина болезни Гиршпрунга обусловлена теми изменениями, которые возникают в результате врожденного порока развития интрамуральной иннервации в дистальных отделах толстой кишки. Отсутствие или недоразвитие узлов интрамуральных нервных сплетений означает истинную врожденную денервацию кишки и ведет к полному выключению аганглионарной зоны из перистальтики. В проксимальных отделах толстой кишки, имеющих нормальную иннервацию, возникает чрезмерная деятельность для того, чтобы продвинуть кишечное содержимое через неперистальтирующий сегмент, что приводит к расширению и гипертрофии их стенок.

Самым ранним, постоянным признаком болезни Гиршпрунга являются упорные запоры. Они характеризуются длительностью от нескольких дней до нескольких недель и даже месяцев. Запоры часто

сопровождаются метеоризмом, периодическими болями в животе и рвотой. Самостоятельного стула, как правило, не бывает. Лишь в отдельных наблюдениях при легкой форме болезни периодически отмечается самостоятельный стул, который сменяется упорными длительными запорами. Опорожнение кишечника происходит под действием различных клизм.

Следует отметить, что дети, страдающие болезнью Гиршпрунга, относительно легко переносят запоры. Это явление находится в непосредственной связи со сниженным или полным отсутствием рефлекса на дефекацию у этих детей, что, в свою очередь, зависит, по-видимому, от недоразвития чувствительной интрамуральной иннервации прямой кишки.

Для подтверждения тяжести течения заболевания у взрослого человека, своевременно в детстве не оперированного по поводу болезни Гиршпрунга, можно привести взятое из иностранной литературы (Geib a. Jones. I. Am. Med. Ass.), приведенное в книге Я. А. Ловцкого и М. Я. Брейтмана «Клиническая фармакология» (1930) описание больного, у которого не было стула 1 год и 3 дня.

Пациент был здоров до 11 лет. В это время у него развился запор, продолжавшийся 3 месяца. Лечение было безрезультатным. В возрасте 20 лет не было испражнений по 3—4 месяца. По совету гомеопата он принял 20 капель (!) уротонного масла в течение 12 часов, но безуспешно — испражнение последовало лишь спустя несколько недель. В последующие 7 лет деятельность кишечника была правильна. В возрасте 29 лет после простуды пациент не имел стула в течение 5 месяцев и 3 дней. После некоторого промежутка запор снова продолжался 6 месяцев 14 дней. На 6 лет функция кишечника как будто восстановилась, а затем у пациента не было стула с 18 июня 1901 года до 21 июня 1901 г., то есть 1 год и 3 дня. В течение этого периода пациент свободно ел и работал, дыхание было нормально, мочеиспускание тоже, и лишь только во время приступа боли моча была темнее, чем обычно. Его сильно беспокоили газы, и тогда ему приходилось лежать на правом боку. Живот был сильно растянут, печень и желудок оттеснены к грудобрюшной преграде. Ложные ребра резко выступали. Была некоторая чувствительность в области сигмовидной кривизны, но в остальных частях живота пациент легко выносил и сильное давление. Беспокоившие его газы уменьшались в количестве после приемов валерианы, сумбула и асафетиды. 19 июня 1901 г. у больного был приступ болей. Живот найден сильно растянутым, ободочная кишка в виде твердого тяжа шириной около 15 см. При исследовании пальцем прямая кишка оказалась настолько наполненной твердым калом, что пальцем нельзя было произвести в нем вдавления. Задний проход был расширен, а кал удален при помощи костяной острой ложечки и горячей воды. Дальнейшие манипуляции отложены ввиду сильной боли, испытываемой пациентом, и назначены клизмы из оливкового масла. Таким образом в течение 10 дней удалось вывести около 8 галлонов (35,2 л, или 140 стаканов) кала. «Это вызвало чрезвычайную радость в семье». Было назначено лечение, состоявшее из железа, стрихнина и массажа. С этого времени кишка действовала правильно. Иногда приходилось прибегать к клизмам, но вес значительно прибавился. После поездки верхом 8 января пациент почувствовал себя хуже и 10 января ночью, в возрасте 35 лет, внезапно скончался, сидя на горшке.

При вскрытии напряжение живота было так велико, что после разреза белой линии достаточно было некоторого натяжения для того, чтобы разорвать брюшные мышцы. Наиболее утолщены были селезеночная кривизна, поперечная ободочная кишка и нисходящая часть сигмовидной кривизны. Эти части были наиболее растянуты. Самая широкая часть кишки имела в окружности 40 см. Прямая кишка была закупорена твердым куском кала величиной с гусиное яйцо. Желудок и тонкие кишки были пусты. Грудобрюшная преграда была приподнята справа до уровня 4-го ребра. Сердце и легкие смещены.

К этому описанию следует сделать примечания. Ясно, что это была тяжелая, запущенная форма болезни Гиршпрунга. Следовательно, пациент был болен с первых дней после рождения, а не с 11 лет. И не могло у него быть ремиссий заболевания длительностью 7 и 6 лет, когда он имел будто бы нормальный стул. Может быть, он считал стул раз в 2—4 недели или в 2—3 месяца нормальным, но это и на житейском и на медицинском языке — тяжелые запоры.

Кроме того, это один из примеров наиболее длительной жизни больного, страдавшего тяжелой формой болезни Гиршпрунга, леченного только консервативными методами. Обычно эти больные погибают в первые два десятилетия жизни от основного страдания или от интеркуррентных заболеваний.

Я. А. Ловцкий и М. Я. Брейтман (1930) пишут, что Муа и Mercant наблюдали менее тяжелые формы запоров, по сравнению с пациентом, которого описали Geib и Jones.

У старика, 83 лет, Муа наблюдал запоры, продолжавшиеся по 16, 20, 25 дней. В последние 4 месяца до смерти у него был стул 3 раза с промежутками в 26, 34 и 60 дней. Это, несомненно, были премортальные атонические запоры.

Меркант наблюдал больную, которая провела больше месяца в Петербурге, несколько недель в Москве, 2,5 месяца в Париже, и за все это время ни разу не имела стула. Она вынуждена была лежать в постели. Известны и нередко встречаются лица, у которых отрыв от дома, поездки каждый раз вызывают тяжелые запоры. К этой группе, по-видимому, и относилась описанная больная.

Боли в животе появляются только при задержке стула в течение 3—5 дней. В ряде наблюдений они возникают на 9—15—30-й день после последней дефекации.

Рвота возникает при длительной задержке стула вследствие явлений кишечной непроходимости и каловой интоксикации. Предвестниками рвоты являются вялость ребенка и отказ от пищи. Длительные запоры временами сменяются поносами. После отхождения плотных скоплений выделяется жидкий кал с резким зловонным запахом. Но иногда плотные, объемистые каловые скопления продолжают наполнять толстую кишку, а в обход их, при наличии постоянно сопутствующего этому заболеванию хронического колита, жидкие каловые массы постоянно произвольно или временами произвольно выбрасываются через задний проход (М. F. Cottés, 1973).

Метеоризм является частым, почти постоянным симптомом болезни Гиршпрунга. Однако не всегда имеется параллелизм между длительностью задержки стула и степенью метеоризма. Иногда наблюдается задержка стула в течение 3—5 дней, а метеоризма нет, причем диагноз болезни Гиршпрунга не вызывает сомнений.

Как показали наблюдения, чаще всего вначале появляются запоры, а через несколько месяцев или даже несколько лет начинает развиваться метеоризм. Газы обычно дурно пахнут, отходят с большим шумом.

Перемещение газов в кишечнике часто сопровождается громким урчанием.

Видимая перистальтика толстой кишки является частым симптомом болезни Гиршпрунга. Обычно чем больше метеоризм, тем яснее выражена перистальтика кишечника. Иногда расширенная петля кишки ясно пальпируется в виде тугоэластичного вала, постоянно меняющего форму и упругость.

Увеличение живота является одним из главных симптомов болезни Гиршпрунга. Оно связано, как правило, с накоплением больших количеств каловых масс в расширенной кишке и с метеоризмом. В отдельных наблюдениях живот достигает огромных размеров. У одного нашего больного, Вити Г., 2 лет и 2 месяцев, окружность живота была 74 см. Форма живота округлая или несколько вытянута вниз. Кожа на животе растянута. Подкожная венозная сеть расширена.

При глубокой пальпации в кишках иногда определяется скопление плотного кала, так называемые каловые опухоли (faecaloma) или каловые камни — копролиты.

Хронические запоры отражаются на общем состоянии ребенка. Длительная задержка большого количества каловых масс в расширенной толстой кишке, вследствие всасывания продуктов распада, токсинов, вызывает тяжелую каловую интоксикацию, которая характеризуется общим истощением больного, сухой, сморщенной кожей, дряблой мускулатурой, понижением аппетита, рвотой, общим подавленным сос-

тояннем, головными болями, апатией и сонливостью. Живот у таких больных всегда больших размеров. Дети отстают в росте, вообще в физическом и умственном развитии. Они обычно вялые, малоподвижные, стеснительные.

Значительное увеличение объема всей толстой кишки, постоянное переполнение ее каловыми массами приводит к увеличению объема брюшной полости и, следовательно, окружности живота. Печень, желудок, диафрагма, селезенка оттесняются вверх. Передняя брюшная стенка растягивается, значительно выстоит вперед, даже в лежачем положении стоит выше уровня грудной клетки. Грудная клетка, вместо обычной бочкообразной формы со значительным верхним и незначительным нижним сужением, принимает форму усеченного конуса с относительно узким верхним сечением и очень широким нижним основанием. Реберные края и ложные ребра значительно выстоят вперед и в стороны. Реберный угол из острого превращается в очень тупой. Нижняя апертура грудной клетки широко открыта в сторону брюшной полости.

Высокое стояние диафрагмы приводит к сдавлению легких. Их дыхательная поверхность и экскурсии уменьшаются. Это предрасполагает детей к респираторным заболеваниям — к бронхитам и пневмониям. При высоком стоянии диафрагмы сердце принимает лежачее положение с перегибом сосудов его основания, с клинически выраженными явлениями сердцебиения, одышки, некоторых изменений электрокардиограммы.

Описаны редкие сочетания болезни Гиршпрунга, например, с врожденной гидроцефалией (В. Г. Ярославич, В. М. Дацишин, 1972), с мегауретер и мегацистис (S. Leibowitz, M. Bodian, 1963), с ахондроплазией у брата и сестры (P. A. Roberts, 1969), с двухсторонней феохромцитомой (A. R. Suba, 1971), с врожденной глухотой (R. Skinner a. D. Irvine, 1973). J. J. Patton (1970) описал больного с массивным мегаколон и меганлеум, у которого был стенозирующий туберкулез восходящего отдела толстой кишки. Но вернее всего, что это была не истинная болезнь Гиршпрунга — первичный врожденный мегаколон, а вторичные, приобретенные мегаколон и меганлеум.

У одного ребенка, 8 месяцев, страдавшего полным аганглиозом толстой кишки, P. Aubrespy (1971) при операции по Дюамелю обнаружил, кроме того, цекко-сигмоидный свищ. Ближайшие результаты операции хорошие.

Описаны и такие очень редкие осложнения, как заворот сигмы. Хронические явления динамической непроходимости, иногда нарастающие до острых явлений, — обычное течение болезни Гиршпрунга. Но у таких больных нет условий для механической непроходимости, а тем более для заворота. Трудно себе представить, чтобы переполненные кишечными массами, объемистые, слабо перистальтирующие, сдавленные в тесной для них полости живота кишечные петли могли



Рис. 61. Гигантский копролит при болезни Гиршпрунга (А. И. Лапчик).



Рис. 62. Болезнь Гиршпрунга. Мальчик Б., 15 лет. Живот значительно увеличен. Кахексия. Наблюдение В. И. Веретенкова.

повернуться и перекрутиться на брыжейке до полной непроходимости. Но бывает и такое.

А. Н. Бакланова (1964) наблюдала мальчика трех лет, который был экстренно доставлен в больницу с остро наступившими явлениями кишечной непроходимости. Он от рождения страдал болезнью Гиршпрунга, самостоятельно не имел стула. Через 5 часов от начала заболевания — операция. Найден заворот сигмы на 360° и гангрена ее. Произведена резекция сигмы. Дистальный ее просвет зашит наглухо. Проксимальный конец выведен через брюшную стенку слева в виде одноствольного заднего прохода. Через 22 месяца произведен второй этап операции по типу методики Грекова—Свенсона. Ребенок прослежен 8 месяцев. Он имел самостоятельный стул, прибавлял в весе.

По тяжести клинических проявлений болезни Гиршпрунга различают три формы течения заболевания: легкую, среднюю и тяжелую (Ю. Ф. Исаков, 1963).

При легкой форме первые симптомы заболевания появляются чаще не сразу после рождения. У некоторых больных — с момента рождения, но в последующем длительное время болезнь не прогрессирует и не вызывает тяжелых расстройств в организме. После очистительной клизмы кишечник хорошо опорожняется.

Средняя форма болезни проявляется сразу после рождения. Самостоятельного стула не бывает. Опорожнение кишечника возможно только после очистительных клизм. Живот вздут, увеличен. Общее развитие страдает мало.

При тяжелом течении болезнь проявляется с момента рождения. Часты явления кишечной непроходимости. Живот вздут, увеличен, стул только после длительных сифонных клизм. Выражены явления хронической каловой непроходимости.

Такое деление дает возможность более правильно определять врачебную тактику в отношении показаний к консервативной терапии, к срокам хирургического лечения и особенностям подготовки к операции каждой группы больных.

Обычно врач, серьезно занимающийся изучением того или иного заболевания, вынужден пользоваться имеющимися классификациями или предлагает свою, наиболее, с его точки зрения, пригодную для практических и научных целей. Так было и с болезнью Гиршпрунга. Выше, в разделе этиологии и патогенеза, мы рассказали о попытках отдельных авторов в первый период изучения болезни Гиршпрунга (до 1948 г.) классифицировать это заболевание. Более обоснованные классификации стали появляться после 1948 г., когда стала известна истинная причина болезни (классификации В. Тошовского, О. Вихитил, 1957; С. Я. Долецкого, 1958; М. С. Раевского, 1959; И. К. Анистратенко, 1962 и др.).

Одна из последних классификаций принадлежит Н. Л. Кущу (1970). По происхождению он выделяет 7 форм заболевания, а по клиническому течению, как, кстати, и К. Т. Есенов и О. А. Завалишина, а также некоторые другие авторы, 3: 1) клиническая картина

острой кишечной непроходимости (острая форма); 2) частичная кишечная непроходимость (подострая форма); 3) слабо выраженные симптомы, неполная кишечная непроходимость (хроническая форма). Здесь автор в основу деления заболевания на клинические формы взял один признак — остроту течения. Но в этой классификации, как и во многих других, кроме положительных сторон, есть и недостатки. Форма заболевания или группа однообразных симптомов в какой-либо классификации — это явление постоянное, устойчивое. А представим себе больного, который прибыл в лечебное заведение с явлениями обострения в течении заболевания — рвота, боли, видимая через брюшную стенку оживленная перистальтика кишечника — острая форма по Н. Л. Куцу. Дали больному обезболивающие и спазмолитические препараты, к тому же еще хорошо отмыли кишечник. Рвота, боли, видимая перистальтика исчезли. Больной перешел во вторую группу — подострая форма. На следующий день — совсем мирная картина, больной относится к третьей группе. Так двое—трое суток назад он был в третьей группе — хроническая форма, за сутки побывал еще в двух группах и снова возвратился в третью группу. В какую же группу его относить при итоговом статистическом исчислении?

Аганглионарная зона обычно располагается в области прямой кишки и ректо-сигмоидного отдела. Но она может локализоваться и в других отделах, иногда на значительном протяжении преимущественно левой половины или даже на большей части толстой кишки. Ю. Ф. Исаков приводил в своей монографии рисунок, характеризующий возможное расположение этих зон. В зависимости от локализации аганглионарной зоны А. Г. Пугачев, А. И. Ленишкин, В. В. Климанов (1972) выделяют следующие формы болезни Гиршпрунга: ректальную, ректо-сигмоидную, сегментарную, субтотальную, тотальную, из всех этих форм ректо-сигмоидный отдел поражается в 70% наблюдений. А по тяжести течения они выделяют компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную стадии. Это деление по стадиям, предложенное не только Пугачевым—Ленишкиным—Климановым, более правильно отражает тяжесть течения заболевания, поэтому более приемлемо. Некоторые авторы (N. V. Freeman, 1971; P. W. Davis,

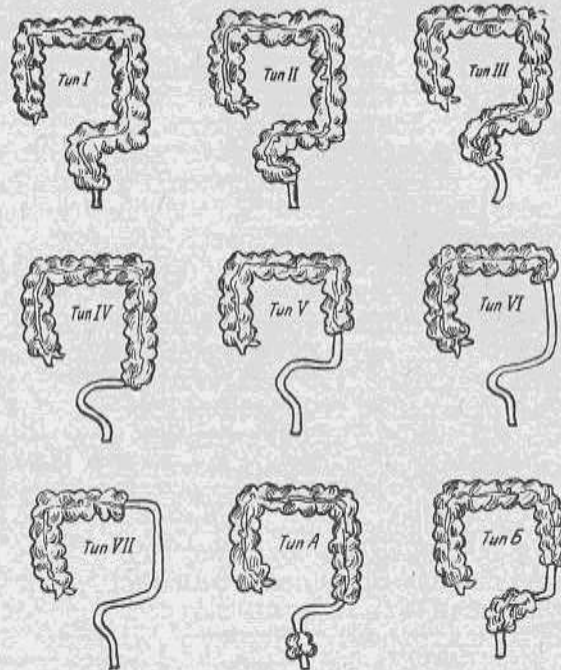


Рис. 63. Типы аганглионарной зоны по Ю. Ф. Исакову:

I — промежностная часть прямой кишки; *II* — промежностная и ампулярная; *III* — промежностная, ампулярная, ректо-сигмоидная; *IV* — то же, плюс сигма; *V* — то же, плюс дистальный отдел нисходящей кишки; *VI* — то же и вся нисходящая кишка; *VII* — то же, плюс часть поперечной ободочной кишки. Сегментарные типы: *A* — аганглионарная зона не распространяется на прямую кишку, а локализуется проксимальнее ее; *B* — две аганглионарные зоны, между ними прямая и дистальная части сигмы.

1972 и др.) считают, что аганглиозный участок всегда распространяется до зоны сфинктеров и что поэтому у всех больных, страдающих болезнью Гиршпрунга, нужно обязательно удалять всю прямую кишку. Но, несомненно, это ошибочная точка зрения. Правильнее считать, что локализация аганглионарных зон может быть разнообразной, что и попытался отразить Ю. Ф. Исаков в своей схеме.

Приведенные Ю. Ф. Исакова и других классификации относятся к болезни Гиршпрунга толстой кишки. Но отдельные авторы описали такое же значительное, по-видимому, врожденное, предположительно также на почве аганглиоза, локальное расширение отдельных участков тонкой кишки.

Д. Б. Авидон и К. П. Гарилина (1963) наблюдали и описали врожденное расширение подвздошной кишки у девочки 9 лет. При операции была обнаружена резко расширенная в дистальном отделе, до 10 см в диаметре, подвздошная кишка. Стенка ее была заметно утолщена. Расширенная часть кишки проксимально постепенно переходила в неизмененную кишку, а дистально этот переход был выражен более резко — в виде воронки. Дистальный суженный участок с рубцами на серозной оболочке имел длину 8—9 см и диаметр около 3 см. Была произведена резекция измененной подвздошной кишки. Гистологическое исследование показало недоразвитие нервных сплетений в суженном дистальном отделе измененной подвздошной кишки. В расширенной части кишки отмечено резкое утолщение мышечных слоев, особенно внутреннего. Нервные сплетения были хорошо выражены. Это наблюдение авторы считают болезнью Гиршпрунга с локализацией процесса в тонкой (подвздошной) кишке (megaileum).

Подобное наблюдение с локальным расширением тонкой кишки описал R. S. Frech (1962) и еще более редкое — 12-перстной кишки — H. Bleiberg (1968). И эти авторы свои наблюдения также считают болезнью Гиршпрунга. J. Monereo (1971) наблюдал 214 детей, страдавших болезнью Гиршпрунга. Среди них было 40 с нарушением функции баугиниевой заслонки. У 11 больных в возрасте до года произведена илеоцекопликация с последующей сфинктеротомией заднего прохода. Умерли 2 больных. Отдаленные результаты отличные у 3, удовлетворительные у 6.

Среди 70 больных, страдавших болезнью Гиршпрунга, которых за 10 лет наблюдал O. Knutrud (1971), у 6 больных был сопутствующий аганглиоз толстой и тонкой кишок. У одного больного был аганглиоз всей тонкой кишки. Смерть наступила после илеостомии. У 5 поражена толстая кишка на всем протяжении и не более 10 см конечного отдела тонкой кишки. Первым этапом была илеостомия, а в возрасте 10—11 месяцев — операция Дюамеля. Двое умерли от интеркуррентных заболеваний. Трое живы длительные сроки.

Для установления диагноза заболевания необходима ясная клиническая картина. В нашей клинике у всех больных производились клинические и биохимические исследования крови, мочи и кала. В крови большинства наблюдавшихся детей отмечены явления анемии. Для исследования антиоксической функции печени проводилась гиппуровая проба Квика (J. Quick, 1940). У всех обследованных детей антиоксическая функция печени оказалась сниженной, что было связано с хронической каловой интоксикацией.

Подводя итоги кратко изложенной клинической картины, отметим, что для выраженных форм болезни Гиршпрунга характерно развитие заболевания со дня рождения. Основные симптомы: упорные запоры, отсутствие рефлекса на дефекацию и самостоятельного стула, увеличение живота, метеоризм, видимая через брюшную стенку перис-

тальятика кишечника, отставание в физическом и психическом развитии, явления каловой интоксикации, снижение антитоксической функции печени.

Несмотря на довольно четкую клиническую картину заболевания, диагностика этой болезни не всегда проста. До последнего времени заболевание нередко расценивалось как одна из форм функциональных запоров. Часто ставился диагноз: атония кишечника. Больные дети не подвергались специальному рентгенологическому исследованию. Диагноз оставался неустановленным, и в силу этого не проводилось правильное лечение.

Важное значение в диагностике болезни Гиршпрунга имеет рентгенологическое исследование толстой кишки. В последние годы в связи с новыми представлениями о патогенезе данного заболевания целью рентгенологического исследования является выявление не только расширенных отделов кишечника, но и аганглионарной зоны. Рентгенологическое исследование дает возможность определить длину и степень сужения аганглионарной зоны, размеры расширения проксимальных отделов толстой кишки, характер гаустрации, ригидность и выпрямленность стенок ее.

Исследование производят после освобождения кишечника от каловых масс и газов с помощью ежедневных простых очистительных и сифонных клизм. Рентгенологическое исследование начинают с обзорной рентгеноскопии грудной и брюшной полостей. Обнаруженные изменения уже дают основание заподозрить у ребенка болезнь Гиршпрунга. Для окончательного установления диагноза исследуют толстую кишку с помощью контрастной клизмы. Взвесь бария вводится в прямую кишку медленно, малыми порциями. При этом проводится контроль перед рентгеновским экраном. При поворотах больного удается выявить аганглионарную зону и степень расширения вышележащих отделов кишечника.

Рентгенограммы производят в двух проекциях. Сопоставление результатов клинических, рентгенологических и лабораторных исследований дает возможность окончательно установить правильный диагноз.

Необходимо отличать болезнь Гиршпрунга от вторичного мегаколон, в основе которого лежат механические причины. К ним могут быть отнесены врожденные свищевые формы атрезии заднего прохода и прямой кишки, стеноз прямой кишки, атрезия кишечника в вышележащих отделах, необлитерированный меккелев дивертикул и другие. Приобретенными причинами, которые могут вызвать длительную задержку стула, иногда бывают забрюшинные и кишечные опухоли, спаечный процесс брюшной полости, стриктуры заднего прохода и прямой кишки воспалительной (или посттравматической) природы и другие. Вторичный мегаколон, образовавшийся на почве порочного развития прямой кишки и заднего прохода, а также воспали-

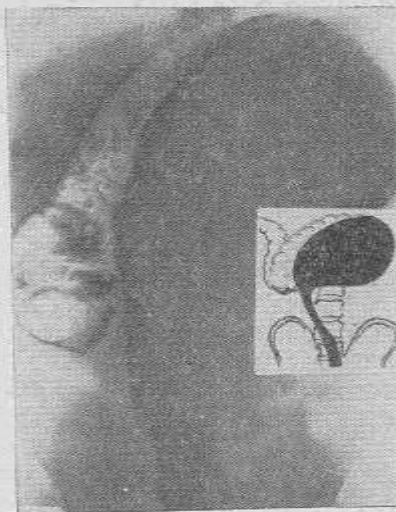


Рис. 64. Болезнь Гиршпрунга. Больной В., 14 лет. Фотокопия рентгенограммы. Прямая кишка и дистальная часть сигмовидной сужены — аганглионарная зона. Вышележащие отделы толстой кишки расширены. Наблюдение В. И. Веретенкова.

тельных процессов и травм, может быть заподозрен уже при внешнем осмотре области промежности, а также при исследовании прямой кишки пальцем. При этом можно выявить рубцовые деформации, наружные или внутренние свищи.

Рентгенологически определяется расширение прямой кишки и дистальной части толстой. Сужения прямой кишки и дистальной части сигмовидной определяются с помощью исследования пальцем и при ректороманоскопии. В вышележащих отделах толстой кишки механические препятствия обнаруживают при контрастном рентгенологическом исследовании.

Тщательный анализ клинической и рентгенологической картин заболевания дает возможность провести правильную дифференциальную диагностику болезни Гиршпрунга с другими заболеваниями, сопровождающимися хроническими запорами. После выявления врожденного аганглиоза толстой кишки из группы сходных с ним заболеваний можно начать правильное лечение.

При несовпадении клинического и рентгенологического диагнозов Ю. Ф. Исаков (1963), O. Swenson (1955—1959), B. Stanling (1961, 1972), R. A. Garris с соавт. (1968), P. E. Campbell, H. R. Noblett (1969) и другие предлагают проводить биопсию стенки прямой кишки. При отсутствии нервных клеток в мышечных слоях кишки диагноз болезни Гиршпрунга становится несомненным.

Для изучения клинической картины болезни Гиршпрунга и для уточнения диагноза В. J. Stemin (1971) производил замедленную киносъемку перистальтики толстой кишки. Получались очень показательные, характерные данные. Еще более интересное сообщение опубликовал Н. К. Suzuki (1970), который с соавторами производил манометрические и кинематографические исследования у больных до и после операции по поводу болезни Гиршпрунга.

Г. А. Баиров и Е. А. Островский (1972) писали, что они наблюдали более чем 800 больных детей с различными заболеваниями толстой кишки, из них 350 страдали запорами, не связанными с болезнью Гиршпрунга, в том числе у 45 были гипотонические запоры. Чаще всего у детей запоры появлялись в возрасте 3—6 лет. Все они лечились консервативно, амбулаторно с хорошим результатом.

Вторая группа больных с удлинением толстой кишки — долихоколон. Запоры появляются обычно с 5—6 месяцев. Лечение необходимо начинать с консервативных методов. При отсутствии успеха — операция, не раньше чем в 4—5 лет.

Третья группа страдавших запорами — это дети с тяжелым поражением центральной нервной системы — микроцефалия, болезнь Дауна. Авторы считают, что термин «идиопатический мегаколон» не должен применяться, так как он не отражает сущность заболевания и причину его возникновения. И действительно, слово «идиопатический» (неясной природы, самопроизвольный) никак не подходит теперь к болезни Гиршпрунга, когда причина ее установлена и мы своими лечебными мероприятиями можем непосредственно воздействовать на эту причину, устранить ее.

Также и при вторичном мегаколон прежде всего необходимо установить причину расширения толстой кишки. Чаще всего это рубцы в области заднего прохода. Ребенок родился с атрезией заднего прохода. Его в первые дни после рождения оперировали, произвели проктопластику. Но в последующем наступает прогрессирующее сужение кишки в области заднего прохода. Затруднения для дефекации нарастают. Расширяется толстая кишка. Появляются иногда большие, трудно разбиваемые каловые камни. Развивается настоящая картина

вторичного мегаколон. Такие же явления приходится наблюдать и после воспалительных и посттравматических процессов, завершающихся деформацией и сужением заднего прохода. Достаточно устранить эту деформацию, сужение, создать хороший выход для каловых масс через задний проход, как довольно быстро вторично ранее расширенная толстая кишка принимает естественный вид, функция ее нормализуется. Репаративные, компенсаторные способности детского организма очень велики.

Правда, при устранении рубцовой деформации области заднего прохода нередко большие трудности представляет восстановление активной замыкательной способности сфинктера прямой кишки. Этот вопрос подробно разбирается в настоящем томе Руководства, в главе о пластических операциях на прямой кишке.

ЛЕЧЕНИЕ

В зависимости от взглядов, господствовавших в то или иное время в отношении происхождения болезни Гиршпрунга, предлагались различные способы лечения. Их можно разбить на три основные группы: консервативные, оперативные паллиативные и оперативные радикальные.

Консервативные методы применялись в конце прошлого и в начале настоящего столетия. Только у отдельных больных со слабо выраженными формами заболевания удавалось получить, и то чаще временный, положительный эффект. При тяжелой клинической картине и остро наступившей кишечной непроходимости врачи всех специальностей считали показанным хирургическое лечение. Однако оно давало огромную летальность и применялось очень редко.

В 1915 г. на конгрессе немецких хирургов G. Perthes поставил вопрос о том, какое лечение — оперативное или консервативное — следует применять при болезни Гиршпрунга. К единому взгляду по этому вопросу участники конгресса так и не пришли.

Развитие методов лечения болезни Гиршпрунга отчетливо делится на два периода: первый период — до 1948 г., когда патогенез болезни оставался невыясненным, и второй период — после 1948 г., когда был установлен патогенез.

Консервативное лечение является исключительно симптоматическим, но иногда дает удовлетворительные результаты при применении рациональной диеты и соответствующего режима питания.

М. И. Певзнер (1926) в качестве лечебного питания рекомендовал протертые сырые и вареные овощи, соки сырых овощей и фруктов, свежий творог, но считал, что не следует исключать мясо и рыбу. Ацидофильное молоко и лактоза должны входить в рацион, если они не вызывают у ребенка метеоризм. Такая диета, наряду с другими консервативными методами, имеет большое значение в лечении запоров в дооперационном периоде.

И. И. Кац (1928) привел одно наблюдение, которое убедительно доказывает целесообразность применения рациональной диеты и режима питания. Его больная, страдавшая болезнью Гиршпрунга, решила серьезно заняться самолечением. Учитывая свое беспорядочное питание, очень частое сухоедение, она начала регулярно питаться удобоваримой пищей. Через два месяца больная почувствовала значительное облегчение. У нее исчезли постоянные головные боли, головокружение. За этот период больная прибавила в весе 4 кг.

И. Э. Сандуновский (1947) считал, что эти больные должны избе-

гать диеты, богатой клетчаткой, так как такая пища дает много каловых масс и газов, вызывает усиленную перистальтику кишки, ведет к перегрузке ее, в результате чего функция толстой кишки может быть нарушена. Эта точка зрения, противоположная той, которую высказывал М. И. Певзнер, является необоснованной, неправильной. Исключение из диеты овощей и у здорового человека поведет к запорам, а у человека, уже страдающего запорами, еще более усилит их.

Отдельные авторы рекомендовали применять массаж брюшной стенки с выполнением движений преимущественно кругообразных справа и налево, по ходу ободочной кишки. Другие авторы отрицали массаж и даже указывали на опасность его. Например, L. Kredel (1904) считал массаж брюшной стенки вредным и опасным, особенно при тяжелых формах болезни, когда образуются такие затвердения каловых масс, что при сильном и неосторожном механическом воздействии можно повредить кишку (цит. по Сандуновскому, 1947).

Н. Kleinschmidt (1912), И. П. Соколов (1930) прибегали к вливаниям в толстую кишку больших количеств мыльной воды или раствора поваренной соли. F. Vguenning (1927) демонстрировал ребенка одного года, страдающего болезнью Гиршпрунга, который прибавил в весе 4 кг после лечения, заключавшегося лишь в ежедневных клизмах. И. П. Соколов рекомендовал вводить через прямую кишку резиновую трубку за сигму на 20—30 мин для стимуляции перистальтики. Если трубку держать дольше, то она вызывает раздражение кишки, с последующим спазмом сфинктера, который затрудняет отхождение газов и кала. Высокое введение трубки не всегда возможно. Кроме того, плотные кишечные массы закупоривают просвет трубки, препятствуют опорожнению кишки от кала и газов.

Были и противники применения клизм. Так, G. Peter еще в 1905 г. писал, что клизмы ухудшают общее состояние больного, вызывают рвоту и другие осложнения. P. Duval (1940) также возражал против клизм. По его мнению, они увеличивают расширение толстой кишки и тем самым усугубляют тяжесть течения болезни. Известно, что расширенная толстая кишка при болезни Гиршпрунга может вмещать огромные количества воды, которая быстро всасывается и может давать грозные осложнения.

R. V. Niatt (1951) описал тяжелое состояние у 4 детей, наблюдавшееся им после производства сифонных клизм. Промывание кишечника производилось водой. Реакция, возникавшая после введения большого количества воды в кишечник, проявлялась в ухудшении общего состояния ребенка, появлении рвоты, бледности кожных покровов, судорог и потери сознания. Один из четырех детей умер. На основании этих наблюдений и в результате проведенных экспериментов Хайатт пришел к выводу, что тяжелые реакции и смерть ребенка были следствием быстрого всасывания из кишечника большого количества гипотонической жидкости, увеличения объема крови, снижения концентрации белков и солей крови, в результате чего возникло острое набухание и отек мозга. В связи с этим автор предложил для сифонных клизм пользоваться изотонической и изоонкотической жидкостью (7% раствор желатин в изотоническом солевом растворе).

С. Я. Долецкий и Н. И. Кризовская (1958) сообщили о подобных осложнениях у 3 детей с болезнью Гиршпрунга после бариевой клизмы. Барий разводили водой. Тяжелое состояние детей продолжалось в течение суток. У одного больного отмечались судороги, потеря сознания. Одна больная погибла после введения бариевой смеси в 5 л воды. В связи с этими осложнениями С. Я. Долецкий предложил применять для сифонных и контрастных клизм 1% раствор хлористого

натрия. Аналогичные осложнения после сифонных клизм описали Т. А. Созн (1960), Г. И. Раушенбах (1963) и др.

В. И. Веретенков наблюдал тяжелое осложнение, связанное с сифонными клизмами, у одного ребенка. Приводим это наблюдение.

Витя Г., 2 г. 2 мес., поступил в хирургическое отделение 6/VII 1963 г. с диагнозом: болезнь Гиршпрунга, тяжелая форма. Самостоятельного стула нет со дня рождения. Ребенок истощен, имеются проявления тяжелой каловой интоксикации. Живот вздут, резко увеличен по всем направлениям, окружность его на уровне пупка — 74 см. Периодически отмечаются боли в животе и рвота. Рентгенологически определяется высокое стояние куполов диафрагмы и большое количество газов в кишечнике.

Начато консервативное лечение, в которое входили ежедневные сифонные клизмы. После обильной сифонной клизмы состояние ребенка резко ухудшилось, появилась бледность кожных покровов, многократная рвота, частый пульс слабого наполнения, одышка, судороги и потеря сознания. В связи с внезапным ухудшением состояния больного для выведения содержимого кишечника наружу в прямую кишку введен толстый желудочный зонд, через который, при легком массировании живота, удалось вывести большое количество газов и жидкого кала. Внутривенно введен 10% раствор хлористого натрия и 40% раствор глюкозы, внутримышечно — 25% раствор сернокислой магнезии. Подкожно введены сердечные средства и инсулин. Состояние больного несколько улучшилось, но не настолько, чтобы снять тревогу у врача за жизнь ребенка. Через сутки после клизмы состояние больного вновь ухудшилось, повторились все вышеперечисленные явления с потерей сознания. Повторно проведен комплекс лечебных мероприятий. Из кишечника выведено большое количество жидких фекалий и газов, после чего состояние заметно улучшилось. Моченспускание в течение суток было учащенным. Следует полагать, что в механизме описанных тяжелых реакций, наблюдаемых после обильных водных клизм, имеют значение не только увеличение объема циркулирующей крови со снижением концентрации солевых растворов и белков, но и быстрое всасывание с гипотонической жидкостью из размываемых каловых масс токсинов, которые создают острую интоксикацию организма.

На основании этого наблюдения В. И. Веретенков предлагает опорожнять кишечник от жидких фекалий и газов с помощью толстого желудочного зонда и легкого массирования живота по ходу толстой кишки. Это прекращает дальнейшее наводнение организма гипотонической жидкостью с токсинами. Кроме того, необходимо экстренно вводить внутривенно гипертонические растворы. Полезно переливание концентрированных растворов сухой и нативной плазмы, крови. Хороший терапевтический эффект наблюдается от внутримышечных введений меркузала и 25% раствора сернокислой магнезии, которые обладают мощным дегидратационным действием.

Для предупреждения развития тяжелых реакций, связанных с введением в кишечник большого количества жидкости при проведении сифонных клизм, нужно пользоваться 1% раствором поваренной соли и обязательно необходимо учитывать возраст ребенка, его общее состояние и эффективность предшествующих клизм. 1% раствор хлористого натрия не только предупреждает развитие тяжелых реакций, но и является хорошим средством солевого орошения слизистой оболочки толстой кишки, способствует ее санации.

Для того чтобы у детей, страдающих болезнью Гиршпрунга, при простых очистительных или сифонных клизмах не перегружать организм гипотонической жидкостью, Ю. Ф. Исаков (1963) предлагает

Таблица 41

Необходимое количество 1% раствора поваренной соли для сифонных клизм, по Ю. Ф. Исакову

Возраст больных	Количество раствора, л
До 1 месяца	До 1
От 1 месяца до 1 года	1—3
» 1 года » 3 лет	2—4
» 3 лет » 5 »	3—6
» 5 » » 7 »	4—8
» 7 » » 10 »	5—9
» 10 » » 15 »	6—10

придерживаться допустимых средних количеств 1% раствора хлористого натрия для клизм в зависимости от возраста больного ребенка.

Техника выполнения сифонной клизмы при болезни Гиршпрунга имеет ряд особенностей. Во-первых, нужна достаточно широкая, длинная и легко вводимая резиновая трубка. Для лучшего промывания резко расширенного, содержащего огромное количество плотных каловых масс кишечника конец вводимой трубки должен находиться выше аганглионарной зоны, то есть в расширенном сегменте. Здесь может скопиться большое количество жидкости. Создается возможность всасывания ее и возникновения тяжелых реакций организма. Широкий просвет трубки и высокое введение ее в кишечник обеспечивают свободный отток избыточной жидкости и размытых каловых масс. Во избежание засорения трубки калом ее проводят в расширенную часть кишки одновременно с солевым раствором.

Во-вторых, необходимо пользоваться при выполнении сифонной клизмы толстым желудочным зондом (желательно новым) и стеклянной воронкой с широким отверстием. Закругленный конец зонда, смазанный вазелином, легко вводится в толстую кишку на необходимую высоту. Нужно следить, чтобы количество выведенного раствора соответствовало количеству введенного. После окончания клизмы для выведения газов и остатков раствора целесообразно оставить трубку на 1 час в расширенном отделе кишечника. Перед удалением ее в кишку вводят 30—50 г вазелинового масла для дальнейшего размягчения не вышедших еще из кишечника плотных каловых масс.

При наличии плотных каловых масс перед и во время сифонной клизмы их разминают и частично удаляют указательным пальцем правой руки, введенным в просвет прямой кишки, при этом левой рукой придерживают копролит через брюшную стенку. Естественно, что при легкой форме заболевания лечащий врач и родственники склоняются к консервативному лечению.

А. И. Лапицкий (1972) наблюдал и описал девочку, которая с шестимесячного возраста страдала длительными задержками стула и вздутием живота. В 9-летнем возрасте она поступила в больницу с диагнозом: мегасигма (опухоль брюшной полости). При обследовании найден каловый камень в сигме размером 10×15 см, легко смещающийся вместе с кишкой. На операцию мать ребенка не согласилась. Масляными и простыми очистительными клизмами удалось каловый камень размыть на мелкие части, и он полностью выделился. Девочка выписана в хорошем состоянии.

Если скопления слишком большие и плотные, то, чтобы не травмировать кишку, не следует стремиться удалить их сразу. Лучше это сделать в несколько приемов. При петрифицированных камнях, а также при высоком расположении неразмываемых каловых масс удаление их возможно только во время операции.

Из других методов консервативного лечения следует упомянуть рентгенотерапию. Впервые благоприятное действие рентгеновских лучей при лечении болезни Гиршпрунга было отмечено М. И. Неменовым (цит. по И. Сандуновскому, 1947), который дал обобщающую теорию механизма терапевтического влияния этих лучей. Имеются положительные результаты и других авторов.

Наряду с вышеуказанными мероприятиями, при консервативном лечении полезны лечебная физкультура, поливитаминотерапия, белковые и солевые вливания, переливание крови. Комплексное консервативное лечение болезни Гиршпрунга совершенно необходимо. Оно служит хорошей подготовкой к радикальному оперативному вмешательству, но не как систематическое лечение хронического больного.

Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга в первом периоде развития (до 1948 г.) не оправдало возлагавшихся на него надежд. Некоторые операции оказались настолько сложными, что из-за тяжести состояния больных бесполезно было их применять. Безуспешность всех этих операций объясняется тем, что патогенез заболевания оставался невыясненным. Пораженной считалась расширенная часть толстой кишки, поэтому все методы оперативных вмешательств были направлены на удаление или выключение этой зоны. Удалялась не причина болезни, а ее следствие, из-за чего результаты были неудовлетворительными. В литературных источниках того периода не выделялись виды мегаколон, что создавало трудности в оценке результатов лечения болезни Гиршпрунга.

К операциям, которые имеют лишь исторический интерес, относятся прокол живота и колотомия для вычерпывания кишечных масс. Эти операции в настоящее время признаны порочными.

Другие оперативные методы лечения первого периода следует разделить на паллиативные и считавшиеся ранее радикальными. К паллиативным относятся: образование искусственного противоестественного заднего прохода, колопексия, мезосигмопликация (И. Гаген-Торн, 1927).

Противоестественный задний проход приносит много неудобств больному, но он может быть применен у новорожденных в тяжелых случаях болезни и у детей старшего возраста, резко истощенных, ослабленных болезнью, неспособных сразу перенести радикальную операцию. F. Neugebauer (1913) после создания противоестественного заднего прохода наблюдал летальные исходы в 66,8%. Такой большой процент объясняется тем, что операция делалась очень тяжелым больным. Некоторые современные авторы (А. Р. Шуринок и А. Н. Бакланова, 1960 и др.) иногда создают противоестественный задний проход для разгрузки кишечника перед последующей радикальной операцией по поводу болезни Гиршпрунга.

Создание противоестественного заднего прохода нельзя считать самостоятельным хирургическим вмешательством. Оно должно рассматриваться как подготовительное оперативное пособие, снижающее аутоинтоксикацию больного и поднимающее его выносливость при выполнении радикальной операции. Но у огромного большинства больных можно обойтись без этой предварительной операции, затрудняющей последующее оперативное вмешательство.

Пикин (цит. по И. И. Грекову, 1922) предложил операцию колопексии при болезни Гиршпрунга. Д. Б. Авидон (1935) применил ее у 3 больных с положительными результатами. И. Гаген-Торн (1927) и И. И. Греков (1927) считают эту операцию паллиативной, принципиально отвергают ее, как нерациональную и дающую высокую летальность (23%). В то же время Клейншмидт (1912) полагал, что колопексия полезна потому, что при этом вмешательстве фиксируется кишка к париетальной брюшине и исключается возможность повторного перегиба, затрудняющего прохождение каловых масс по кишечному тракту.

И. Гаген-Торн (1927) предложил операцию, которой дал название — мезосигмопликация. Операция состоит в наложении нескольких складчатых швов на брыжейку S-образной кишки для уменьшения длины и ширины брыжейки. С каждой стороны брыжейки накладывается по 2—4 шва. В них захватывается только поверхностный слой брюшины. Такими швами собирают в складки брюшину от корня брыжейки до дуги сосудов. При этом стремятся не повредить их. После того как одновременно стягиваются нити с обеих сторон, образуется складчатость брыжейки, вследствие чего уменьшается ее дли-

на и ширина. Гаген-Торн сделал 25 таких операций с положительными результатами.

До 1948 г. считались радикальными такие операции, как наложенные обходных анастомозов резекция расширенной части толстой кишки или удлинение всей толстой кишки.

А. А. Троянов и А. Winivarter (цит. по И. И. Грекову, 1922) почти в одно и то же время, независимо друг от друга, предложили накладывать соустье между расширенными частями толстой кишки для опорожнения увеличенной ее петли. Оба автора указывали, что с течением времени выключенная петля кишки значительно уменьшается в диаметре и приобретает нормальные размеры.

И. И. Греков (1922) писал, что выключенная петля толстой кишки не всегда спадается. У наблюдавшихся им больных выключенная петля кишки переполнялась газами и не уменьшалась в размерах.

F. Neugebauer (1913) категорически возражал против образования соустья между различными отделами толстой кишки, так как эта операция дает плохие результаты. Он описал 4 больных, которым накладывались соустья между расширенными частями толстой кишки. У 2 из них наступила перфорация кишки, а у 2 операция не изменила течения заболевания.

Некоторые исследователи, имея в виду, что в патогенезе болезни Гиршпрунга главную роль играют нарушения иннервации толстой кишки, предлагали операции на симпатической нервной системе.

R. Wade (1913) сообщил о 13 описанных до него больных с мегаколон, излеченных ганглиосимпатэктомией. В 1927 г. он опубликовал собственное наблюдение с благоприятным результатом ганглиосимпатэктомии. О положительных результатах поясничной ганглиосимпатэктомии писали также А. Adson (1937), W. Laermont (1937) и др. П. А. Наливкиным были оперированы 2 больных, которым были удалены вторые и третьи поясничные ганглии (цит. по Проталинской, 1939). У одного больного был получен хороший результат, у другого, в удаленной ткани которого не было обнаружено нервных элементов, улучшения не наступило.

H. W. Paessler (1938) собрал из литературы 117 наблюдений с описанием результатов ганглиосимпатэктомии. Полное излечение наступило у 38 больных, улучшение — у 64, плохой результат зарегистрирован у 12 и смерть — у 3. При детальном рассмотрении этой статистики мы не нашли точных указаний на длительность наблюдения за больным после операции, что имеет важное значение при оценке метода операции.

В связи с тем, что отдаленные результаты лечения часто оказывались неудовлетворительными, А. Adson (1937) советовал сразу же после операции расширять задний проход. Если таким путем не удастся добиться самостоятельного стула, то необходимо применять ежедневные клизмы.

Все перечисленные операции — колотомия, колопексия, мезосигмопликация, создание противоестественного заднего прохода, наложение обходного анастомоза, удаление узлов пограничного симпатического ствола и др. — не являлись патогенетическими, не могли положительно повлиять на основную причину заболевания и дать стойкие хорошие результаты. Наоборот, большей частью они сопровождалась высокой летальностью, вследствие чего не получили распространения и применялись единичными хирургами.

В связи с неудовлетворительными результатами лечения болезни Гиршпрунга путем применения перечисленных методов паллиативных хирургических вмешательств многие авторы стали производить резек-

цию всей толстой кишки или расширенной ее части (И. И. Греков, 1910—1911; В. А. Шаак, 1933 и др.). После резекции большого или меньшего отрезка толстой кишки нередко наблюдались рецидивы болезни.

A. Lane (1918) предложил производить удаление всей толстой кишки с анастомозом между подвздошной и прямой кишкой. Основой для этой операции послужила концепция И. И. Мечникова, считавшего толстую кишку органом, который укорачивает жизнь человека. A. Lane утверждал, что стаз в толстой кишке приводит к хроническому отравлению организма, проявляющемуся в виде болезни Рейно, Адиссона, туберкулеза, пернициозной анемии и др.

F. Bruening (1926) ставил вопрос, может ли человек жить без толстой кишки, и отвечал: да, может. Он указывал, что поносы, появляющиеся после колэктомии, обычно исчезают на третьей неделе. Общее состояние больного улучшается через 2—3 месяца. Объясняется это тем, что функции толстой кишки берет на себя тонкая кишка. Автору удалось рентгенологически доказать विकарное расширение тонкой кишки и образование ее складчатости. На этом основании он пришел к выводу, что человеку лучше жить после колэктомии, чем с плохо функционирующей толстой кишкой. Мы разделяем эту точку зрения и отмечаем, что смена поносов нормальной дефекацией и быстрое улучшение общего состояния больного могут служить подтверждением этого положения.

Наблюдающееся иногда расширение дистальной части тонкой кишки после операции A. Lane нам представляется иным. При операции не всегда удаляется аганглионарная перистальтирующая зона прямой кишки, в связи с чем операция не является патогенетической. Кишечные массы задерживаются в прямой кишке из-за отсутствия перистальтики в этой зоне. Задержка каловых масс ведет к расширению просвета кишки и гипертрофии мышечных элементов ее стенки. Таким образом, расширение тонкой кишки, иногда наблюдаемое при болезни Гиршпрунга после колэктомии, является вторичным, развивающимся по той же причине, по которой расширялась в свое время толстая кишка, расположенная над аганглионарной зоной.

Разные авторы наблюдали временный или длительный успех от колэктомии потому, что эвакуаторную нагрузку они переносили на новый, здоровый отдел кишки. Кроме того, жидкие массы тонкой кишки легче продвигаются по аганглионарной зоне, чем плотный кал, сформированный в толстой кишке.

Иам (А. М. Аминев) в бытность ассистентом кафедры общей хирургии Пермского медицинского института 14 октября 1933 г. пришлось ассистировать на операции, произведенной заведующим тогда кафедрой доц. А. Ф. Славным, мальчику Ш. А., 16 лет, страдавшему болезнью Гиршпрунга. Вторым ассистентом на операции была Р. М. Шустер. Она и описала это наблюдение (1938).

Мальчик переведен из терапевтического отделения той же, где размещалась и кафедра общей хирургии, Мотовилихинской заводской больницы с подозрением на частичную непроходимость кишечника. Туда он поступил с жалобами на сильное вздутие и режущие боли в боковых отделах живота, больше слева. Больным себя считает с «голодного (1921) года», то есть с 4-летнего возраста, когда приходилось питаться крапивой, лебедой и другими суррогатами. С того времени стал увеличиваться живот. Но особенное увеличение, вздутие, сопровождавшиеся болями, стало беспокоить последний год. Боли были непостоянными и не очень интенсивными, а вздутие живота особенно беспокоило после приема большого количества пищи. Стул был самостоятельный, но через день—два. При задержке появлялись и нарастали боли. После очищения кишечника боли исчезали. Изжоги, отрыжки, рвоты нет. Глистов не замечал. В прошлом перенес корь и какое-то заболевание с судорогами, временами терял сознание. У матери было шесть беременностей и родов. Этот больной был первым ребенком у родителей. Остальные 5 умерли в возрасте до года. Мать жива, здорова. Отец умер в состоянии опьянения несколько лет назад.

Объективно — больной вялый, мало общительный, физически и психически слабо развит, значительно ниже своих 16 лет. Растительность на лобке почти отсутствует. Наружные половые органы слабо развиты. Широкое, с выступающими скуловыми областями лицо, широкая конусовидно открывающаяся книзу грудная клетка, большой, несколько отвисающий живот. Окружность его на уровне пупка — 82 см, расхождение прямых мышц живота. Ширина белой линии живота — 4 сантиметра. Кожа, особенно на животе, заметно пигментирована. Слизистые оболочки нормально окрашены. Подкожный жи-

ровой слой развит удовлетворительно. Ротовая полость, миндалины, глотка, сердце и легкие — без отклонений от нормы. При осмотре больного в лежачем положении отмечается неравномерность живота. Слева, на уровне пупка и выше, брюшная стенка выпячивается находящимися в брюшной полости мягкими опухолевидными массами размером с детскую головку. На остальном протяжении живота также вырисовываются расширенные, самостоятельно меняющие форму под влиянием перистальтики, а также при пальпации расширенные петли толстой кишки. Исследование брюшной полости безболезненно. В петлях кишечника определяются развивающиеся каловые массы. Печень и селезенка на пальпируются. При рентгенологическом исследовании найдено удлинение кишки и расширение просвета всех ее отделов, увеличение гаустер. Бариевая взвесь через 24 часа после приема внутрь продвинулась до середины сигмы. При раздувании толстой кишки воздухом через трубку, введенную в прямую кишку, заполнилась и значительно расширилась сигма, она заняла всю левую и часть правой половины живота. В поперечную кишку воздух не проник. Поставлен диагноз: болезнь Гиршпрунга.

Операция. Эфирный наркоз с маской Омбредана. Разрез по средней линии живота выше и ниже пупка в обход его слева. Удалена вся очень расширенная толстая кишка. Дистальная культя тонкой кишки анастомозирована конец в бок с оставленной на месте прямой кишкой. С операционного стола больной снят в состоянии глубокого шока — частый, малый, едва пальпируемый пульс, артериальное кровяное давление 70/0, общий цианоз. Принятыми мерами постепенно, к концу суток после операции, явления шока устранены. Было незначительное поверхностное нагноение операционной раны брюшной стенки. В остальном гладкое выздоровление.

Удаленные — слепая, восходящая, поперечная, нисходящая и сигмовидная части толстой кишки имели общую длину 242 см. Это более чем в 2 раза превышает нормальную возрастную длину толстой кишки. Особенно были удлинены и расширены нисходящая и сигма. Наибольшая окружность кишки — 34 см. Макроскопически — гаустры хорошо выражены, стенки кишки несколько утолщены.

По окончании послеоперационного периода больной более двух месяцев находился в терапевтическом отделении, где он окреп, прибавил в весе. Принимал разнообразную пищу. Стул оформленный, один раз в сутки. Через год — тоже хорошее состояние. Работает.

Эта операция производилась еще в тот период, когда не была описана теория аганглиоза как причина болезни Гиршпрунга. Поэтому хирурги считали необходимым удалять расширенную, увеличенную толстую кишку. Наше наблюдение можно отнести к средней форме по тяжести течения заболевания. Удаление большой, даже огромной, почти 2,5 м длиной толстой кишки — очень травматичная операция. Она с трудом переносилась больными, особенно потому, что переливание крови еще не вошло в широкую практику. В частности, этому больному переливание крови в до- и послеоперационном периоде не производилось.

Аганглионарная зона, каковой здесь была, несомненно, прямая кишка, не была удалена во время операции. Но это не помешало восстановлению эвакуаторной функции кишки до нормы в послеоперационном периоде. Такие наблюдения описаны и другими авторами. Жидкое содержимое тонкой кишки, попадающее в аганглионарную зону, формируется здесь в нормальные для толстой кишки каловые массы и без задержки эвакуируется через задний проход. Наступает соответствующая адаптация, и все приходит к норме.

Одномоментную тотальную или субтотальную колэктомию могли переносить только больные, находящиеся в хорошем общем состоянии. По этой причине некоторые авторы предлагают производить удаление лишь части толстой кишки или выполнять двухмоментную колэктомию. Так, В. А. Шаак (1933) сообщил об одном благоприятном исходе после двухмоментной колэктомии. В первый этап был наложен анастомоз между подвздошной и прямой кишками. Во второй этап была удалена вся толстая кишка.

А. Дедов (1916) рекомендовал производить одно- и многомоментные колэктомии в зависимости от состояния больного. При хорошем общем состоянии можно выполнить одномоментную колэктомию, у ослабленных больных — безопаснее многомоментные.

Отдельные иностранные авторы у тяжелых больных также рекомендовали операцию производить в два момента. Например, в одном из недавних сообщений R. V. Fignbull с соавт. (1971) предлагает при токсическом мегаколоне вначале производить илеостомию или колостомию с целью подготовки пациента к последующей радикальной операции — колэктомии.

W. Anschuetz (1932) считал возможным ограничиться резекцией лишь сигмовидной кишки. Наилучшим вмешательством, по его мнению,

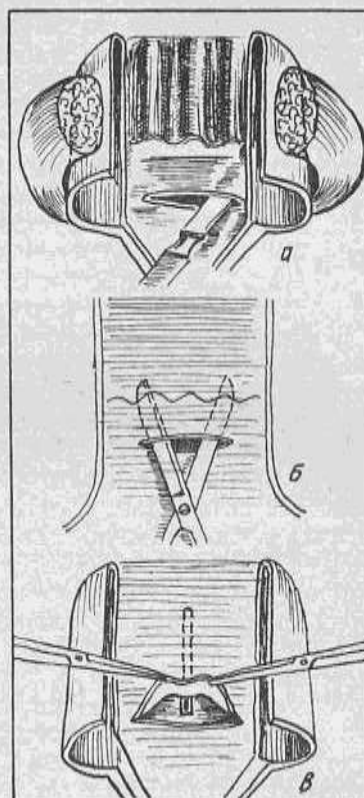
является операция Микулича. Перед операцией он обычно накладывал противоестественный задний проход. При выполнении основной части операции по Микуличу производится нижняя срединная лапаротомия. Перевязывается и пересекается брыжейка сигмы на участке, подлежащем удалению. В брюшной полости накладывается анастомоз бок в бок между немобилизованными частями сигмы. Выведенная через дополнительный разрез слева мобилизованная часть сигмы резецируется через 2—3 дня. На 10-й день раздавливается жестким зажимом образовавшаяся шпора и закрывается противоестественное заднепроходное отверстие. По этой методике автор произвел 20 операций.

Н. В. Лупп (1965—1968), исходя из теории спазма сфинктера прямой кишки как причины болезни Гиршпрунга, предложил операцию, которую он назвал миктотомией. Из заднего поперечного разреза в области переходной складки заднепроходного канала отслаивается сверху расположенная слизистая оболочка и ножницами иссекается узкая полоска внутреннего сфинктера заднего прохода, рана зашивается. Опыт показал, что эта операция при болезни Гиршпрунга, как правило, не улучшает состояния больных.

Таким образом, в первый период изучения болезни Гиршпрунга весьма неблагоприятны были результаты как консервативного, так и оперативного лечения. Оценивая на основании литературных данных результаты лечения больных при выраженных формах болезни Гиршпрунга, В. П. Покровский (1939) пришел к выводу, что до зрелого возраста доживает только 7%. В то же время Р. Duval (1903) сообщал, что при консервативном лечении летальность достигает 74%, по О. С. Тупингу (1932) — 75%. А. Л. Лихт (1940) считал, что при консервативном лечении хронического мегаколон «...смертность достигает огромных цифр — 88—93%». Примерно столь же неблагоприятны были результаты оперативного лечения. По сводным данным, летальность В. Л. Боголюбов (1908) оценивал в 43%, Т. З. Гуревич (1932) — в 40%, Р. Duval (1903) — в 34%, С. Loewenstein (1907) — в 48%. Почти каждый второй из оперированных умирал.

Подводя итоги первого этапа развития методов лечения болезни Гиршпрунга, следует отметить, что это было время поисков, блужданий вслепую. В связи с тем, что патогенез болезни Гиршпрунга до 1948 г. оставался невыясненным, не могло быть и патогенетического метода лечения.

В 1910 г. И. И. Греков сообщил об успешном результате операций при завороте мегалосигмы. Для уменьшения тяжести оперативных вмешательств И. И. Греков предлагал два вида операций. Первая (Греков-1) заключается в том, что отделенная от брыжейки на всем протя-



Р и с. 65. Миктотомия по Линну при болезни Гиршпрунга:

а — рассечена кожа на задней стенке переходной складки; б — ножницами отслаивается слизистая оболочка; в — из обоих мышечных слоев задней стенки кишки, включая внутренний сфинктер, иссечена узкая мышечная полоска.

жении сигмовидная кишка эвагинируется наружу через задний проход с помощью зонда, введенного в прямую кишку. Эвагинированная таким образом петля кишки омертвевает и отторгается. Преимущество операции в том, что просвет кишки не вскрывается в брюшной полости и операционное поле в течение всей операции избавляется от соприкосновения с инфицированным кишечным содержимым. Недостаток операции в том, что при ней не исключена возможность образования краевых некрозов по линии инагинации с последующим развитием абсцессов в брюшной полости или перитонита.

У ослабленных больных И. И. Греков предложил выполнять двухмоментную резекцию сигмовидной кишки. Это вмешательство известно в литературе как операция Греков-II. Производится лапаротомия средним разрезом. В рану выводят участок кишки, подлежащий удалению, и освобождают его от брыжейки путем двойной перевязки и рассечения сосудов. Петля выводится через дополнительный разрез слева с таким расчетом, чтобы снаружи оказались и оставались в связи с брыжейкой обе ножки петли. Через 2—3 дня между ножками сигмы накладывается соустье. Петля сигмы удаляется. Культы ее зашиваются наглухо и инвагинируются в брюшную полость.

В. И. Мушкатин (1932) предлагал производить одномоментную операцию — наложение анастомоза между ножками, резекцию выведенной петли толстой кишки, зашивание культей наглухо и кожи над ними. По мнению автора, это предохраняет от образования каловых свищей и нагноения раны.

Мы не применяем типичные операции И. И. Грекова. Однако при выполнении операции, предложенной Свенсоном (1948), использовали прием эвагинации кишки, впервые предложенный И. И. Грековым в 1910 г. Это дает основание называть вмешательство, которое в настоящее время считается патогенетическим, операцией Грекова-Свенсона.

Второй период переход к патогенетическому лечению болезни Гиршпрунга, стал возможен начиная с 1948 г., когда F. R. Whitehouse и I. W. Kernohan путем гистологических исследований установили наличие аганглионарной зоны на протяжении толстой кишки и правильно оценили ее значение как основной причины задержки эвакуации кишечных масс, а O. Swenson на основании этих данных разработал и с успехом стал выполнять патогенетические операции — удаление прежде всего аганглионарной зоны. С этого времени полностью изменились представления о норме и патологии при этом заболевании. Если раньше пораженным считался расширенный отдел толстой кишки, то теперь патологически измененными считают нормальные на вид сигмовидную и прямую кишки. К этим взглядам присоединились в последующие годы M. Bodian (1950—1951), H. Althoff (1952), G. Goracz (1956), W. L. Riker (1957), F. Rehbein (1959), С. Я. Долецкий (1958), С. Д. Терновский (1959), Ю. Ф. Исаков (1959), Д. Б. Авидон и В. М. Соловская (1960), Н. Л. Куц (1960), А. Р. Шуринок и А. Н. Бакланова (1960), Т. А. Соци (1960), Н. Л. Брегадзе (1964) и многие другие. По существу, эти взгляды на этиологию, патогенез и методы радикального лечения болезни Гиршпрунга являются общепризнанными.

Прежде чем перейти к изложению и оценке основных современных методов радикального хирургического лечения больных, страдающих болезнью Гиршпрунга, необходимо упомянуть о некоторых дискуссионных вопросах предоперационного периода.

Показания и противопоказания. Перед радикальным хирургическим вмешательством у детей необходимо учитывать как показания, так и противопоказания к операции. Важно также решить вопрос о времени

проведения ее. Показанием к операции является болезнь Гиршпрунга. Это не вызывает сомнений и дискуссий.

Относительное, временное противопоказание для оперативного вмешательства — значительное нарушение питания ребенка, отсутствие прибавки в весе. Необходимо до операции принять меры для устранения причин нарушения питания. При наличии гнойных процессов и проявлений экссудативного диатеза радикальная операция противопоказана. Осторожно следует подходить к решению об оперативном вмешательстве и при резко выраженной форме рахита, так как он понижает сопротивляемость к любой инфекции. Относительным противопоказанием может быть также недавно перенесенное инфекционное заболевание, контакт с инфекционными больными и лихорадочное состояние ребенка.

Вопрос о выборе времени проведения операции имеет важное значение. При слишком ранних сроках ребенок может не перенести тяжелую операцию. С другой стороны, чрезмерно длительное выжидание может ухудшить положение больного, так как в период роста и развития органические изменения будут нарастать.

В отношении сроков, наиболее благоприятных для оперативного вмешательства, единого мнения не существует. Это связано с формой течения болезни и степенью ее клинических проявлений. Большинство авторов считает нецелесообразным оперировать новорожденных вследствие чрезмерно высокой послеоперационной летальности.

S. D. Munn (1957) сообщил о 5 летальных исходах из 5 оперированных новорожденных, у которых была произведена резекция аганглионарной зоны толстой кишки. G. W. Dogman (1957) на основании литературных данных указывал, что летальность при радикальных операциях у детей до 6 месяцев достигает 48%. Свенсон (1952—1955) рекомендовал производить радикальную операцию в возрасте 1—1,5 года, а в 1960 г. в соавторстве с Давидсоном он предложил оперировать детей после двух лет.

С. Я. Долецкий (1958), А. Р. Шуринок и А. Н. Бакланова (1960) писали, что наиболее показано оперативное лечение в трехлетнем возрасте, Т. А. Сози (1960) — после 1 года, S. W. Aschegman (1960) — в возрасте 4—5 лет. Ю. Ф. Исаков (1963) считал возможным при легкой форме течения болезни оперировать в 2—3 года, а при средней и тяжелой формах — после одного года.

По нашему мнению, при легкой форме болезни Гиршпрунга наиболее благоприятным сроком для радикального оперативного вмешательства является возраст 3—5 лет. До этого рекомендуется консервативное лечение. Для больных со средней формой болезни вследствие значительных затруднений для опорожнения кишечника и продолжающейся каловой интоксикации, несмотря на энергичные консервативные мероприятия, оптимальный срок радикального лечения — в 2—3 года. При тяжелой форме больные дети подлежат консервативной терапии там, где она пока оказывается эффективной. Если же это лечение безуспешно, в любом возрасте показана паллиативная операция — наложение противоестественного заднего прохода на толстую кишку выше аганглионарной зоны. Несмотря на недостатки этой операции (выпадение кишки, мацерация кожи, трудности ухода), она совершенно необходима. Операция устраняет явления кишечной непроходимости и каловой интоксикации, что дает возможность поднять защитные силы больного для благополучного исхода оперативного лечения. Радикальная операция при тяжелой форме болезни показана в 2 года.

Подготовка больных к операции. Успех радикального оперативного лечения в значительной степени зависит от правильной предоперацион-

ной подготовки больного. Известно, что дети с болезнью Гиршпрунга страдают упорными длительными запорами, отстают в физическом развитии. У них отмечается истощение, анемия, изменения сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Подготовка детей к тяжелой, радикальной операции должна быть особенно тщательной. Необходимо очистить кишечник от завалов и по возможности добиться регулярного опорожнения кишечника с помощью консервативных средств, лекарственных препаратов и клизм, обеспечить улучшение общего состояния ребенка, устранить интоксикацию организма и анемию, нормализацию дыхания и сердечно-сосудистой деятельности.

Подготовка к травматичной операции имеет некоторые общие и специфические особенности, которые связаны с анатомо-физиологическими данными детского организма и с характером заболевания. Общие особенности подготовки детей к тяжелым оперативным вмешательствам достаточно подробно изложены в отечественных и зарубежных руководствах по хирургии детского возраста (С. Д. Терновский, 1959; С. Я. Долецкий, 1963; R. Gross, 1953; M. Groß, 1957; Свенсон, 1959 и др.).

Специфические особенности предоперационной подготовки определяются не только характером заболевания, тяжестью оперативного вмешательства, но и изменениями, которые наступают в результате операции.

В период подготовки проводится предоперационное обследование — клиническое, рентгенологическое, лабораторное. При клиническом обследовании выявляется наличие упорных запоров, увеличение живота, метеоризм, отставание в физическом развитии, несоответствие роста в веса возрасту больного ребенка, связанное с хронической каловой интоксикацией, деформация реберных дуг с увеличением передне-задних размеров грудной клетки и значительное увеличение эпигастрального угла до размеров тупого.

Рентгенологическое обследование дает возможность установить высокое состояние диафрагмы вследствие резкого вздутия кишечника и постоянного скопления каловых масс, наличие аганглионарной зоны толстой кишки, ее протяженность и положение, степень расширения пристальтики кишечника.

Производятся лабораторные клинические и биохимические исследования крови, мочи, кала. Нами при анализе полученных данных тяжелая анемия выявлена у одного больного, умеренные степени анемии отмечены у 22 больных. Биохимические исследования крови у некоторых больных дали возможность отметить небольшие отклонения в углеводном, белковом и солевом обменах, однако типичной закономерности в этих отклонениях установить не удалось. Мочу исследовали у всех оперированных больных. Заметных отклонений в составе мочи не выявлено, кроме 3 больных, у которых обнаружены следы индикана.

Антитоксическая функция печени исследовалась с помощью пробы Квика-Пытеля. Анализ полученных данных показал, что у всех обследованных больных (22) антитоксическая функция печени снижена.

Исследования каловых масс у больных детей при болезни Гиршпрунга показали, что они ничем не отличаются от фекалий здоровых детей, за исключением повышенной плотности.

Всестороннее обследование больного дает возможность хирургу направить свои усилия на устранение отклонений в организме, которые возникли во время болезни. Задача предоперационного периода — в максимально короткий срок привести больного в такое состояние, которое дало бы ему возможность благополучно перенести операцию и послеоперационный период. В процессе обследования нужно энер-

гично готовить больного к операции, преследуя две цели — повысить сопротивляемость организма и подготовить толстую кишку к операции.

Для повышения сопротивляемости организма пользуются повторными переливаниями крови, нативной или сухой плазмы, эритроцитарной массы, белковых кровезаменителей, 0,85% раствора хлористого натрия, 5% раствора глюкозы и обязательно применяют поливитамиотерапию.

Грудным детям кровь вводят из расчета 10—15 мл на 1 кг веса. Детям до трехлетнего возраста переливают от 50 до 100 мл, старше 3 лет — в пределах 75—250 мл. Число переливаний обуславливается тяжестью заболевания, степенью выраженности анемии и общим состоянием больного ребенка. Повторные переливания назначают в зависимости от анализа крови и мочи. Устанавливая дозу консервированной крови для ребенка, следует учитывать, что около 10% ее составляет консервант. При кровопотере и шоке количество переливаемой крови необходимо соответственно увеличить. При тяжелой каловой интоксикации вводится гамма-глобулин.

Важное значение в подготовке больных к операции имеют оптимальные условия гигиенического режима, рациональное питание, свежий воздух, лечебная гимнастика и массаж живота.

Не следует форсировать подготовку толстой кишки к операции. Назначение объема раствора и числа клизм в течение суток должно быть рациональным, с учетом состояния и возраста ребенка. У новорожденных и у детей с тяжелой каловой интоксикацией не нужно добиваться полного опорожнения кишечника первыми сифонными клизмами. Увеличивая постепенно количество раствора и число клизм, врач находит тот минимум, который необходим для поэтапного опорожнения. Для подготовки кишечника к операции в среднем требуется 2 недели. За 2—3 дня до операции вместо вазелинового масла в кишечник вводят раствор колимицина и дают фталазол через рот. Последнюю сифонную клизму делают накануне операции.

Радикальную операцию по поводу болезни Гиршпрунга производят под эндотрахеальным эфирно-закисно-кислородным наркозом в сочетании с препаратами курареподобного действия, ганглиоблокаторами и рядом других медикаментозных средств, что дает возможность получить не только хорошее обезболивание, но и в известной степени управлять жизненно важными функциями организма — дыханием.

Снова приходится обсуждать вопрос о колостомии. Если до 1948 г., в период поисков обоснованных и радикальных методов хирургического лечения болезни Гиршпрунга, создание противоестественного заднего прохода нередко считалось хирургическим пособием длительного действия, то в настоящее время у хирургов нет единого мнения по этому поводу. Одни убеждены, что создание временного противоестественного заднего прохода перед радикальной операцией полезно и необходимо. Другие с такой же долей убежденности считают этот этап хирургического лечения ненужным, вредным, опасным для жизни. Приведем несколько справок из литературы последнего времени.

По методу Свенсона I. I. Weitzman и соавторы оперировали 41 ребенка с болезнью Гиршпрунга. У 61% предварительно накладывалась колостома для лечения энтероколита, а радикальная операция производилась в возрасте 9—18 месяцев. У остальных больных, оперированных в возрасте от 5 лет до 17 лет, колостома не накладывалась. Из отдаленно прослеженных 39 больных один умер через 10 месяцев от энтероколита, у остальных состояние хорошее. У 24 оценена функция сфинктера. Она оказалась отличной у 14, хорошей у 5, удовлетворительной у 4.

Из 47 больных, страдавших болезнью Гиршпрунга, которых наблюдали и оперировали R. T. Soper, P. R. Figueroa (1972), умерли 10 больных в возрасте до 3 месяцев: 8 после наложения колостомы и 2 после операции по Дюамелю. Все остальные больные выжили. При сравнении отдаленных результатов несколько модифицированных операций Дюамеля и Соаве лучшие результаты авторы отметили после операций по Соаве.

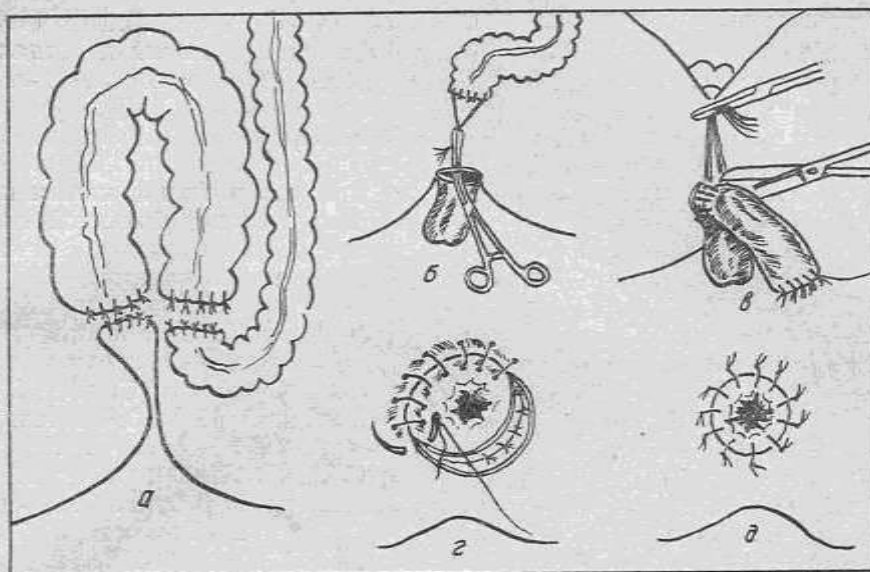
За 20 лет P. W. Davis, D. B. C. Foster (1972) наблюдали 38 детей, страдавших болезнью Гиршпрунга. Консервативное лечение проведено у 6, из них трое умерло. У 9 наложена колостома — 6 умерли, у 13 произведена операция Свенсона. У 12 более старших детей эта операция проведена без предварительной колостомии. При радикальных операциях летальность — 4%. Хорошие отдаленные результаты получены у 48% больных, у остальных были осложнения — кишечная непроходимость, стенозы, энтероколиты.

A. C. Paysa с соавт. (1973) операцию Свенсона при врожденном мегаколоне производили в возрасте не ранее года. Предварительно у 33 детей была наложена колостома. Одномоментная операция в возрасте после 2 лет произведена у 17. Послеоперационная летальность — 4%. Из 50 оперированных у 9 наступила послеоперационная тонкокишечная непроходимость, у 4 — тазовые абсцессы, у 4 — стеноз анастомоза. Хорошие отдаленные результаты — у 62%, удовлетворительные — у 31%, плохие — у 17%.

Если взять только вторых и третьих авторов из приведенных 4 литературных источников, то у них из 85 готовившихся к операции детей умерло от предварительной колостомии 14, что составляет около 16,5%. Если же проанализировать только цифры, относящиеся к колостомии, то увидим, что из 9 детей, которым была наложена колостома, умерло 6. Это, выводя проценты из малых цифр, получается уже 66,6%. А ведь если бы этим детям не наложить колостому, то они жили бы и жили. Разгрузить кишечник и поднять их питание перед радикальной операцией можно было консервативными мероприятиями.

Словом, мы решительно стоим на стороне тех, кто возражает против применения противоестественного заднего прохода как предварительного этапа перед радикальной операцией.

Основные моменты операции Свенсона заключаются в следующем. Параректальный разрез слева от лобка и выше на 2—3 см от пупка. Изучают наличие и протяженность аганглионарной зоны. Намечают уровень предполагаемой резекции в пределах нормальной иннервации. Производят мобилизацию сигмовидной кишки. Сосуды перевязывают и рассекают так, чтобы сохранить сосудистую аркаду, питающую мобилизованную часть кишки. Иногда мобилизацию приходится начинать в левой половине поперечной ободочной кишки при высоком расположении аганглионарной зоны. Наиболее трудной частью операции является выделение прямой кишки до уровня внутреннего сфинктера. Кишку дважды пересекают между зажимами — в ректо-сигмоидном отделе, в намеченном уровне выше аганглионарной зоны. Резецированную часть удаляют, а оставшиеся проксимальную и дистальную культю зашивают в 2 этажа наглухо. Затем со стороны промежности расширяют сфинктер, через задний проход вводят корнцанг, которым высоко захватывают стенку прямой кишки и через задний проход извлекают ее. Кишка оказывается вывернутой слизистой оболочкой наружу. На передней стенке кишки вблизи кожного края ее стенка поперечно надсекается на половину окружности. Через это отверстие вводится корнцанг в полость малого таза. Им захватывается проксимальный ушитый конец кишки, низводится и через отверстие в пря-



Р и с. 66. Основные этапы операции Свенсона:

а — через лапаротомный разрез кишка выделена, дважды рассечена с зашиванием наглухо всех линий рассечения, расширенная кишка и аганглионарная зона удалены; *б* — прямая кишка вывернута наизнанку, вблизи перехода слизистой оболочки в кожу рассечена передняя полуокружность кишки, через отверстие в полость малого таза введен кориданг, им захвачены две нити-держалки проксимальной культи кишки; *в* — по передней полуокружности наложен первый ряд швов, отсекается избыток низведенной кишки, а затем и прямой кишки; *г* — в два ряда сшивается конец в конец низведенная кишка и короткий остаток прямой кишки; *д* — анастомоз закончен и вправлен в просвет кишки.

мой кишке извлекается наружу до намеченной зоны резекции. Здесь избытки прямой кишки и низведенной сигмы отсекаются, а культи их сшиваются конец в конец в 2 этажа. Анастомоз погружается в малый таз. В это время в брюшной полости тазовая брюшина подшивается к стенкам низведенной толстой кишки. Операционная рана брюшной стенки зашивается наглухо.

В 1949 г. Свенсон сообщил о первых успешных операциях. В 1959 г. он обобщил данные 200 успешно выполненных операций по его методике с благоприятными отдаленными результатами.

Р. В. Hiatt в 1955 г. внес положительные изменения в операцию Свенсона. Он использовал предложенный И. И. Грековым в 1910—1911 гг. метод эвагинации прямой и сигмовидной кишок через задний проход. Лапаротомию производят косопоперечным разрезом слева над лобком с пересечением левой прямой мышцы живота. Мобилизацию сигмовидной и прямой кишок осуществляют так же, как и при операции Свенсона, без рассечения кишки. На этом заканчивается первый этап операции.

Во втором этапе операции через расширенный задний проход с помощью окончатого зажима производят эвагинацию наружу мобилизованной кишки. Резекцию кишки производят вне брюшной полости со стороны промежности путем поперечного пересечения сначала стенок прямой кишки, а затем и толстой. Анастомоз накладывают на концы пересеченных кишок отдельными шелковыми двухрядными швами. Образованный анастомоз вправляют в полость таза. Операцию заканчивают в брюшной полости подшиванием переходной складки брюшины к низведенной кишке, фиксацией брыжейки кишки к задней брюшной стенке и послойным ушиванием раны.

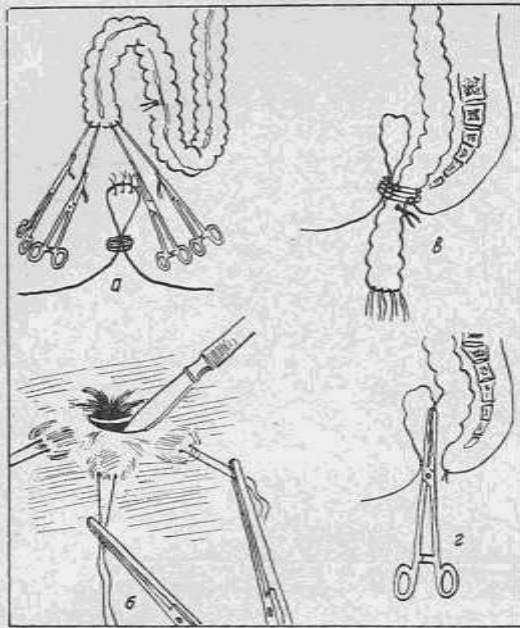


Рис. 67. Основные моменты операции Дюамеля:

а — прямая кишка рассечена в глубине малого таза, оба ее конца зашиты, на проксимальном конце оставлены держалки, на границе удаляемой части накладывается метка-шов; *б* — со стороны промежности на задней стенке прямой кишки на границе слизистой оболочки и кожи от 9 до 3 часов по стрелке циферблата делается разрез; *в* — за нити держалки удаляется часть сигмы до метки, извлекается на промежность; *г* — сигма у метки отсечена, подшита к краям кожно-слизистой раны, на перегородку между прямой кишкой и сигмой наложен мощный зажим для образования общей полости.

В. Duhamel (1956, 1957) предложил при резекции ректо-сигмоидного отдела толстой кишки использовать принцип обходного анастомоза. Свой способ он называет ретроректальным и трансанальным опущением толстой кишки. Прямая кишка при операции Дюамеля не удаляется. Обойдя прямую кишку сзади, автор накладывает анастомоз на самую дистальную часть прямой кишки и низведенную толстую кишку с помощью зажимов Кохера. В техническом отношении эта операция несколько проще и менее травматична по сравнению с предложением Свенсона—Хайатта—Пти.

Некоторые авторы (Н. Л. Куш, 1970 и др.) дают самые благоприятные отзывы об операции Дюамеля. Все больные, оперированные этим методом, как и после операции по методу Свенсона, при проверке через 1—6 лет были совершенно здоровы.

Коротко следует упомянуть о предложении D. State and W. Rogers (1950), которые предложили интраабдоминальный способ резекции аганглионарной зоны толстой кишки с наложением толстокишечного анастомоза конец в конец. В 1952 г. они сообщили, что эта операция может быть выполнена, только если аганглионарная зона расположена не ниже дистальной части сигмовидной кишки, что наблюдается крайне редко.

М. Saegesser (1954), проводя аналогию патогенеза болезни Гиршпрунга с кардиоспазмом и пилороспазмом, предложил производить про-

Через 7 лет Хайатт (1958) сообщил о хороших отдаленных результатах лечения по его методике. Преимущество модификации Хайатта в сравнении с операцией Свенсона в том, что резекция кишки производится вне брюшной полости. Это исключает возможность ее инфицирования кишечным содержимым. Модификация Хайатта нашла много сторонников среди хирургов в Советском Союзе (С. Я. Долецкий, 1958; С. Д. Терновский, 1959; Ю. Ф. Исаков, 1959; И. Л. Брегадзе, А. А. Головина, 1960; Д. Б. Авидон и В. М. Соловская, 1960; Т. А. Сози, 1960; В. И. Веретенков, 1963 и др.) и за рубежом (F. Orban, 1953; A. Gamba, 1956 и многие другие).

Для лучшего совмещения неодинаковых по ширине концов кишок — широкой толстой и узкой прямой — при наложении анастомоза Р. Petit a. L. Decoudaveine (1956) предложили рассекать вывернутую прямую кишку на 4 лоскута. Этот прием значительно облегчает наложение анастомоза.

дольную сигмоидоректомию. Рассекают серозно-мышечный слой всей суженной зоны по свободной тени до слизистой оболочки. Последнюю несколько отслаивают от мышечного слоя. Операцию заканчивают растяжением заднего прохода. Автор сообщил о двух оперированных больных с положительным непосредственным результатом.

В 1962 г. Л. И. Снешко и Н. Л. Куц сообщили о результатах оперативного лечения 3 мальчиков по методу Загессера, а в 1970 г. Н. Л. Куц писал уже о 4 детях, оперированных этим методом. Ближайшие результаты лечения оказались положительными. Однако через несколько месяцев наступил полный рецидив болезни. По этой причине авторы не рекомендуют применение указанного метода. Операция Загессера не получила признания хирургов вследствие ее неэффективности.

В период с 1960 по 1965 г. итальянский профессор Soave, директор хирургической клиники института Гаслина в Генуе, разработал брюшно-промежностное вмешательство с внебрюшинной резекцией прямой и лежащей выше дистальной части ободочной кишки при болезни Гиршпрунга. Статья Ф. Соаве «Новый оперативный метод лечения болезни Гиршпрунга» была в 1966 г. напечатана в № 7 советского журнала «Хирургия». После опубликования этой работы в отечественной литературе появилось много журнальных статей, а также несколько кандидатских и докторских диссертаций, в которых приводились результаты применения этого метода в практической хирургии. Отдельные авторы предлагали вариации усовершенствования метода Соаве.

Полагаем, что целесообразно привести здесь из статьи Соаве несколько сокращенное описание основных положений разработанной им методики. В основу ее положен принцип демукозации прямой кишки, описанный при свищевых формах атрезии прямой кишки у детей (Romualdi).

Абдоминальный этап операции. Положение больного на спине, обычное для лапаротомии. После вскрытия брюшной полости участок суженного сегмента кишки на 8—10 см выше переходной складки брюшины инфильтрируют 0,25% раствором новокаина, затем производят продольный разрез серозно-мышечного слоя и отслаивают его от слизистой оболочки по всей окружности, пересекают циркулярно. На края изолированного дистального серозно-мышечного футляра накладывают 4—6 нитей-держалок. Слизистая оболочка в дистальном направлении осторожно, чтобы не вскрыть просвет кишки, выделяется, что облегчается имеющейся гидравлической препаратом новокаином, тупо марлевым шариком, смоченным в физиологическом растворе, а где необходимо — длинными изогнутыми куперовскими ножницами. Соаве пишет: «Отслойку цилиндра производят как можно ближе к анальному отверстию... Наиболее ответственный участок отслойки — в области наружного сфинктера... Считаю необходимым обратить внимание на такую деталь: сращение между двумя отделяемыми цилиндрами особенно выражено по передней поверхности, на уровне внутреннего сфинктера, в точке, соответствующей линии эмбрионального соединения между структурами заднего прохода и прямой кишки. В этом месте отслойку производят особенно осторожно во избежание повреждения внутреннего сфинктера... После того как закончена отслойка цилиндров, готовят сигмовидную кишку для низведения... рассечение сосудов производят как можно ближе к стенке кишки. Отдельной шелковой нитью отмечают на кишке место резекции».

Промежный этап операции. Больного переводят в положение с поднятыми и разведенными ногами. Заднепроходное отверстие сильно растягивают. Производят круговой разрез слизистой оболочки на 1 см выше края кожи. Терминальный край слизистой оболочки прямой кишки отпрепаровывают сверху по всей окружности до встречи с отпрепарованной сверху частью. Оказавшийся свободным цилиндр слизистой оболочки выводят через задний проход вместе с мобилизованной частью толстой кишки до отметки. Иногда низведение кишки может оказаться затрудненным вследствие переполнения ее неотмытым калом. Тогда «...в просвет кишки вводят зонд и освобождают от каловых масс». После того как толстая кишка низведена до уровня резекции, в просвет ее вводят резиновую трубку диаметром 1—2 см. Со стороны брюшной полости край серозно-мышечного футляра прямой кишки фиксируют к серозной оболочке низведенной толстой кишки 4—5 швами. Брюшную полость зашивают наглухо, после чего производится резекция низведенной кишки на 5—10 см ниже анального отверстия. Оставшуюся культю фиксируют 4 швами к коже промежности для прикрытия раны последней. Введенную в просвет кишки резиновую трубку укрепляют одним швом, который накладывается на выступающую из заднего прохода часть кишки. Трубку удаляют через 2—3 дня. Резекцию оставленной культи кишки осуществляют через 20 дней, лучше электроножом, как можно ближе к отверстию заднего прохода. Конец культи сразу ускользает вверх. Но иногда наступает отек ее. Необходимо несколько раз применить бужирование пальцем или специальными дилататорами. Полное восстановление просвета кишки наблюдается по мере рассасывания отека, в сроки от 6 до 12 недель.

Клинические данные Соаве базировались в то время на 75 больных, из них 65 были оперированы: по методу Свенсона — 14, по методу Дюамеля — 17, по методу Соаве — 34. Автор в двух таблицах, которые мы объединили, приводит сравнительные данные ближайших исходов и отдаленных осложнений (табл. 42).

Преимущество своего метода перед операциями Свенсона и Дюамеля автор видит в большой его физиологичности. Серозно-мышечный ректальный канал полностью сохраняет свои анатомотопографические соотношения с мышцами, поднимающими задний проход. Сохраняются тазовые нервные сплетения, регулирующие функцию дистального отдела прямой кишки, обеспечивающие анальный рефлекс, сокращение сфинктеров, леваторов, чувствительность кожно-слизистых рецепторов, продвижение кишечных масс по каналу заднего прохода. При этом методе нет анастомоза конец в конец, который в ближайшие сроки дает тяжелые осложнения при его расхождении, а в отдельные сроки — при его стенозировании.

Заканчивая краткий обзор основных хирургических методов лечения болезни Гиршпрунга, следует отметить, что только установление патогенеза этого тяжелого врожденного заболевания сделало возможным разработать патогенетические операции, из которых операция Грекова—Свенсона является наиболее обоснованной, дающей хорошие отдаленные результаты. Это положение нашло свое полное подтверждение и в наблюдениях нашей клиники. Операции типа Грекова—Свенсона, Хайатта, Пти, Соаве являются патогенетическими, но нередко дают тяжелые осложнения и последующие послеоперационные осложнения — шок, несостоятельность анастомоза, образование гнойников подбрюшинного пространства, малого таза, развитие перитонита, механической ранней и поздней непроходимости, задержки стула, за-

Сравнительные данные о ближайших исходах и отдаленных осложнениях после трех методов операций

Результаты	Метод операции		
	Свенсона	Дюамеля	Соаве
Ближайшие исходы			
Выздоровели, %	79	88	94
Умерли, %	21	12	6
Отдаленные осложнения			
Стойкий запор	2	2	1
Стойкое растяжение толстой кишки	3	2	—
Стойкое недержание кала	2	2	—
Недержание мочи	3	—	—
Рецидив диареи	4	2	1
Каловые камни	3	3	1
Растяжение прямой кишки	3	2	—
Стеноз в области анастомоза	4	2	—

держки мочи, гипертермии, эвентерации или, наоборот, некроза и отхождения кишки вверх и т. д.

Кроме радикальных оперативных методов и их вариантов, для лечения болезни Гиршпрунга предложены и менее травматичные операции, но также с претензией на патогенетическое их обоснование. К ним можно отнести сфинктеротомию, миотомию, миоэктомию прямой кишки. Н. В. Lynn (1966) предложил из поперечного разреза слизистой оболочки над внутренним сфинктером иссекать из обеих мышечных слоев узкую полоску длиной 6—10 см с последующим зашиванием разреза слизистой оболочки. У 9 детей он произвел эту операцию как при первичном мегаколоне, так и по поводу неудачно закончившейся операции с протягиванием кишки. У всех больных его операции дали полный успех. Sh. Nissan с соавт. (1969) у 11 больных (7 мальчиков и 4 девочек) в возрасте от 7 месяцев до 14 лет произвел анарктальную миоэктомию. Удаленные полоски иссеченной мышечной ткани у 7 пациентов подвергались гистологическому исследованию. Ганглиозные клетки отсутствовали, а безмиелиновые нервные волокна были в состоянии гиперплазии и гипертрофии. За всеми пациентами проводилось наблюдение от 4 до 42 месяцев. Летальных исходов не было. Сразу после миоэктомии все пациенты стали регулярно опорожнять кишечник. Только один постоянно пользовался слабительными. Дети, которые были истощены до операции, после нее стали быстро набирать вес. У трех детей до операции было недержание мочи, оно исчезло после операции; один из них нуждался в психотерапии. При рентгенологическом исследовании найдено, что у 7 из 11 оперированных нет задержки содержимого по ходу толстой кишки, у 4 есть частичное, в разных отделах.

С. G. Thomas с соавт. (1970) у 11 детей, от 4 месяцев до 18 лет, из них 9 мальчиков и 2 девочки, проделал сфинктеротомию и радикальную миотомию с целью лечения болезни Гиршпрунга. Фактически после рассечения сфинктера в заднем направлении производилась не миотомия, а миоэктомия. Из стенки прямой кишки иссекалась полоска мышечной оболочки на протяжении узкого сегмента. В после-

дующем этот сегмент расширялся, а удаленная мышечная ткань подвергалась гистологическому исследованию. В 8 из 11 препаратов ганглиозных клеток в мышечной ткани не было. В трех препаратах они были — в двух измененные, в одном нормальные. Из 8 больных, у которых мышечная ткань была аганглионарна, у 2 после этой операции был получен отличный результат, у 2 — хороший, у 1 — удовлетворительный, у 3 улучшение не наступило. Из 3 пациентов, у которых в мышечной ткани имелись ганглиозные клетки в уменьшенном количестве, у 2 получены хорошие результаты, у 1 улучшение после операции не наступило.

У ребенка с типичной клиникой болезни Гиршпрунга I. F. R. Beutley (1971) наблюдал аганглиоз и стеноз, занимающий только анальный канал, затем — лечение слабительными и расширение заднего прохода пальцем. Стул нормализовался. К 7 годам ребенок был нормально развит, но при рентгенологическом исследовании отмечено растяжение прямой и сигмовидной кишок.

Миоэктомию как метод лечения K. D. Backwinkel, D. W. Oakley, G. A. Tuffli (1971) с успехом применили у 6 больных с аганглиозом и у одного больного с гипоганглиозом прямой кишки. Путем предварительной биопсии и микроскопического исследования подтвержден этот диагноз. Авторы считают, что ректальная миоэктомия является методом выбора в лечении этого заболевания.

Показаниями для сфинктеротомии у детей A. Gimenez-Salinas (1973) считает: врожденный стеноз заднего прохода, мегаколон и мегаэктум, фекаломы, последствия операции Свенсона.

Ано-ректальная ахалозия является одной из разновидностей болезни Гиршпрунга, но с очень коротким, расположенным в дистальном отделе прямой кишки, в области внутреннего сфинктера, участком врожденного отсутствия интрамуральных ганглиев. G. P. Fioretti с соавт. (1974) у трех больных 2—5 лет применил для лечения ано-ректальной ахалозии внутреннюю сфинктеротомию с доступом к сфинктеру вне слизистой оболочки по Дюамелю. При гистологическом исследовании препаратов частично удаленного сфинктера отсутствовали ганглиозные клетки и были найдены фибросклеротические изменения мышечных волокон (2 больных) или миосклероз при сохранении отдельных ганглиев (1 больной). Экстрамукозный доступ удобен, обеспечивает снижение до минимума числа послеоперационных воспалительных осложнений.

Выше уже отмечалось, что сигмоидоректотомия, которую предложил в 1954 г. M. Saegesser, не получила одобрения и распространения среди хирургов. Сфинктеротомия, ректальная миотомия, миоэктомия, которые с переменным успехом применяли при незапущенных формах болезни Гиршпрунга некоторые хирурги, также не вошли в число операций, дающих хорошие результаты.

Оценка различных методов радикального оперативного лечения. Ю. Ф. Исаков (1965) в своей монографии привел сводную таблицу шести зарубежных авторов (добавил 115 собственных наблюдений), проделавших наибольшее число операций (от 28 до 200) по поводу болезни Гиршпрунга и опубликовавших свои данные в 1957—1962 гг. В сумме они оперировали 792 больных, умерло 39, что составляет около 5%. Позднее (1972) он привел суммарные данные только трех авторов — Свенсона (918 наблюдений), Дюамеля (331), Соаве (139) — в общей сложности 1388 наблюдений с 13 летальными исходами, что составляет всего 1%. Так влияет на снижение летальности накопление опыта, приобретение мастерства. При отдаленных наблюдениях

у тех же авторов на несколько меньшее число обследованных больных (Свенсон—789, Дюамель—209, Соаве—108) отмечены в отдельные сроки следующие осложнения соответственно в процентах: периодические запоры — 10, 4, 3; поносы — 7, 8, 1; недержание кала — 11, 11, 2; недержание мочи — 5, 2, 0.

R. Szava, K. Janus (1970) описали острый токсический энтерит, который был у детей, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга.

В большинстве авторы, как и Соаве, пишут об очень благоприятных результатах применения общепринятых в настоящее время операций при лечении болезни Гиршпрунга. Так, Ю. Ф. Исаков (1965) пишет, что из 92 обследованных в отдаленные сроки у 81 — самостоятельный ежедневный стул, у 7 — самостоятельный нерегулярный и у 4 — частичное недержание. Н. Л. Куш (1970), изучивший отдаленные результаты у 46 оперированных детей, пишет, что «все оперированные чувствуют себя хорошо... становятся активными, резвыми... дети старше 7 лет посещают школу, учатся на «отлично» и «хорошо». К. Т. Есенов выяснил отдаленные результаты у 61 ребенка. Хорошие исходы найдены у 47, удовлетворительные — у 13, неудовлетворительные (запоры) — у одного.

Если до операции обычно дети вялые, замкнутые, неконтактные, истощенные, отстающие в психическом и физическом развитии, с плохой картиной крови, пониженной функцией печени и с нарушением функций других внутренних органов, то в отдаленные сроки после операции все эти дефекты постепенно изживаются. Дети становятся подвижными, веселыми, контактными, развиваются физически и психически соответственно их возрасту. Исчезают отклонения от нормы в морфологическом и биохимическом составе крови — уменьшение объема циркулирующей крови, сгущение и анемия, гипопроотеинемия и т. д. Возвращается к норме функция печени и других внутренних органов. Имеющийся, по данным А. И. Ленишкина, Т. А. Атагельдыева, Н. А. Курносковой, у 80,9% страдающих болезнью Гиршпрунга дисбактериоз кишечника исчезает. Бывшие тяжело больные дети превращаются в совершенно здоровых людей, однако, конечно не в 100% наблюдений.

Кроме ближайших послеоперационных осложнений, нужно иметь в виду и отдаленные неблагоприятные исходы. Соаве (1966) приводит следующий список отдаленных осложнений: стойкий запор, стойкое растяжение толстой кишки, стойкое недержание кала, недержание мочи, рецидив диареи, каловые камни, стеноз в области анастомоза. Первые два осложнения можно объединить двумя словами: рецидив болезни. Кроме того, к этому списку следует добавить: длительно не заживающие свищи вследствие хронического нагноения в клетчатке таза, спаечную непроходимость кишечника и другие более редкие осложнения.

G. G. Wyllie (1957) сообщил о следующих осложнениях на 152 операции, выполненные по поводу болезни Гиршпрунга: шок — 3, некроз дистальной части толстой кишки — 2, инфекция таза — 9, эвентерация — 6, механическая непроходимость — 7, сужение анастомоза — 7, длительная задержка мочеиспускания — 7, всего 35 довольно тяжелых осложнений, что составляет 23,3%. Из 9 осложнений в виде газовой инфекции у 6 больных последствиями инфекции был перитонит, у 2 — значительное сужение анастомоза и у 1 больного образовался абсцесс таза со свищом.

Свенсон в одной из своих работ писал, что на 200 операций он имел осложнения в послеоперационном периоде у 10 детей, из которых

несостоятельность анастомоза наблюдалась у 2 больных, некроз дистальной части толстой кишки — у 1, абсцесс таза — у 2, сужение анастомоза — у 1, задержка мочеиспускания — у 2, кровотечение из прямой кишки — у 1.

У некоторых больных в отдаленные сроки после операции по методу Дюамеля, как пишут Н. Л. Куц (1970—1 больной) и Б. М. Красюк (1974—3 больных), наблюдается «каломазание». Авторы считают, что этот дефект может быть результатом сохранения перегородки между низведенной сигмой и прямой кишкой. Б. М. Красюк у наблюдавшихся им 3 больных устранил это осложнение путем рассечения в более поздний срок указанной перегородки.

У четырех больных, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга, М. Daubet, J. P. Gharpus (1971) наблюдали рецидив болезни. Причины — резекция при операции проведена в пределах непораженного участка. Рецидив обнаруживался в период от 8 дней до 6 месяцев после операции.

У некоторых авторов, к сожалению, очень кратко, неясно, без детального анализа изложены ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения. Например, в статье А. Н. Баклановой (1971) сказано, что из 96 оперированных умерло 4. Отдаленные сведения имеются о 92 больных. Дети нормально развиваются. Пассаж кишечного содержимого не нарушен. Недержания кала и мочи не наблюдалось. Так же кратко, со 100% благополучием, охарактеризованы в статье И. И. Лишке (1972) результаты хирургического лечения 43 детей, страдавших болезнью Гиршпрунга (41) и вторичным мегаколон (2). О послеоперационной летальности и ближайших осложнениях — ни слова. А далее — срок наблюдения после операции 5 лет; ближайшие и отдаленные результаты вполне удовлетворительные. Из этих данных можно сделать заключение, что у 92 и у 43 детей, перенесших тяжелые операции, все благополучно, нет никаких отрицательных последствий и неприятностей после хирургических вмешательств. Вероятно, это не так, особенно если сравнить с объективно оцененными приведенными выше данными, характеризующими отдаленные исходы у больных, оперированных Свенсоном, Дюамелем, Соаве.

Мы суммировали данные 21 отечественного автора, оперировавших более 10 больных каждый по поводу болезни Гиршпрунга. Общее число произведенных ими операций — 795, умерло 52 больных, что составляет почти 7%. У 10 авторов были дифференцированно разобраны отдаленные исходы и наблюдавшиеся у больных поздние осложнения. Из 493 оперированных больных поздние осложнения наблюдались у 128—25,9%. Иногда по поводу этих осложнений предпринимались повторные операции. Аналогичные цифры приведены в монографии Н. Л. Куца по данным преимущественно иностранных авторов. Из 374 оперированных у 90 детей (24%) были поздние осложнения. После операции по Дюамелю, по данным 2 отечественных и 10 зарубежных авторов, из 265 оперированных осложнения имели 22 (8%).

Из этих сборных статистик многих авторов явствует, что у каждого четвертого оперированного тем или иным методом по поводу болезни Гиршпрунга в отдаленные сроки отмечаются различные осложнения. При всех обстоятельствах, оценивая отдаленные результаты оперативных вмешательств у этих больных, их следует включать не в клетки «отлично» или «хорошо», а в клетку «удовлетворительно». В связи с этим еще раз хочется отметить, что если авторы об отдаленных исхо-

дах у всех оперированных пишут «хорошо» или «отлично», то такие заключения вызывают сомнения — или больные не обследованы, невнимательно обследованы, не все обследованы или при обследовании у них игнорировались жалобы на различные остаточные явления, на некоторые неполадки в состоянии их здоровья, зависевшие от небезупречного эффекта оперативного лечения.

Наихудшие результаты оперативного лечения болезни Гиршпрунга получены М. Н. Степановой с соавт. (1973). Оперировано 60 детей. В первый период (1950—1960) применялась внутрибрюшная резекция сигмовидной кишки с наложением анастомоза бок в бок или конец в конец с разгрузочной цекостомией. Оперированы 28 человек, умерло 11 (39,3%). Позднее применялись методы Свенсона, Дюамеля, Соаве. В общей сложности, из 60 оперированных умерло 15—25%. Неблагоприятны и отдаленные результаты у этих авторов: из 25 прослеженных у 11 плохие (44%), у 5 — удовлетворительные и только у 9 — хорошие. Наихудшие результаты и здесь дали внутрибрюшные резекции. Из 6 отдаленно прослеженных у 5 плохие исходы — рубцовые деформации и сужения анастомоза, упорные запоры, периодические вздутия живота, видимая перистальтика, стул раз в 5—7 дней. Это, по существу, рецидив заболевания, что вполне естественно, так как при внутрибрюшной резекции аганглионарная зона чаще всего полностью не удаляется. Вообще из этой статьи следует сделать непреложный вывод о том, что внутрибрюшную резекцию при болезни Гиршпрунга делать не следует. Не спасает положение и цекостома. Массивные, объемистые, плотные каловые массы,двигающиеся по просвету кишечника, да к тому же при неудаленной аганглионарной зоне не имеющие выхода естественным путем, приводят к несостоятельности швов и смерти каждого четвертого больного.

Авторы различных методов или их последователи, применяя тот или иной освоенный, излюбленный метод, иногда вольно или невольно стараются показать положительные его стороны и замолчать или мимоходом, без разъяснения, без детализации, упомянуть об отрицательных моментах. У других хирургов, начинающих применять этот метод, получаются значительно худшие результаты. С другой стороны, сторонники новых, предложенных или освоенных, полюбившихся методов стараются в темном свете представить, дискредитировать другие параллельные методы, иногда ранее предложенные, широко вошедшие в хирургическую практику. Достаточно взглянуть на приведенную выше таблицу, взятую из статьи Соаве. Там указано, что летальность при операциях по методу Соаве в 2—3,5 раза меньше, чем при методах Свенсона и Дюамеля. А всевозможных послеоперационных осложнений после операций по Соаве в десятки раз меньше, чем после операций по Свенсону и Дюамелю.

Но вот появляются беспристрастные судьи, объективные хирурги, проверяющие в практической работе и публикующие свои данные с оценкой тех и иных хирургических методов лечения болезни Гиршпрунга. Оказывается, и операции по Соаве не все так благополучны, как хотелось бы автору этого метода. Например, Соаве не наблюдал недержания мочи и кишечного содержимого после операций, произведенных им по своему методу. А В. И. Званйтис (1973) пишет, что пришлось оперировать 12 детей, имевших несостоятельность анального жома после операции Соаве, выполненной по поводу болезни Гиршпрунга. Больным произведена пластика сфинктера прямой кишки по методу Вредена, у всех с хорошим результатом. У двух больных, кроме того, отмечалось ночное недержание мочи. После операции Вредена этот дефект также исчез.

С. Я. Долецкий и В. Р. Жеребцова (1973) в статье «Повторные операции при мегаколон у детей» пишут, что в клинике с 1967 по 1971 г. лечилось 98 детей по поводу мегаколон. Оперирован 61. У 20 детей сделаны 22 повторные операции, в том числе 14 — после операции Соаве, 5 — после операции Дюамеля и 3 — после метода Свенсона. Некоторые из этих больных поступали для повторных операций из других лечебных заведений города, но из группы 36 детей, оперированных по методу Соаве в этой клинике, 9 нуждались в повторных операциях.

Для каждого метода имелись характерные показания для повторных операций. После операции Свенсона это частичное или полное расхождение анастомоза с затеками в пресакральное пространство, с перитонитом, свищами, с последующим стенозированием анастомоза. После операции Дюамеля — несостоятельность анастомоза, сужение колоанального анастомоза и в последующем остаточная перегородка. После операции Соаве — нагноение межфутлярного пространства, отхождение низведенной кишки, стенозирование прямой кишки в области безшовного анастомоза.

Утешительным является то обстоятельство, что после 22 повторных операций летальных исходов не было, а у 14 детей были достигнуты вполне удовлетворительные результаты. Остальные дети продолжали лечение к моменту оформления статьи.

Авторы затрудняются определить истинный удельный вес всех этих осложнений и повторных операций, так как больные поступали преимущественно из других учреждений и проценты высчитывать было невозможно.

Р. Т. Soper, P. R. Figuerdo (1971) прооперировали 16 больных по Свенсону, 13 — по Соаве и провели анализ ближайших, а также отдаленных осложнений и исходов, приведя в нескольких таблицах сравнительные цифровые данные. Соединив основные показатели в одну таблицу, мы видим, что метод Соаве действительно дает заметно меньше ближайших и отдаленных осложнений и относительно больше отличных и хороших исходов (табл. 43).

Несомненно одно: все радикальные операции при болезни Гиршпрунга — очень сложные вмешательства, выполняются они у детей ослабленных, истощенных длительной болезнью. Микробная флора толстой кишки многочисленна и вирулентна. Операции эти делаются не часто, каждый хирург на протяжении длительного времени в лучшем случае может иметь опыт лишь нескольких десятков вмешательств, а если применяются разные методы, то число операций, сделанных каждым из этих методов, еще соответственно уменьшается. Все это приводит к тому, что при всех методах примерно с одинаковой частотой наблюдаются характерные осложнения, включительно до летальных исходов. Естественно, что у каждого хирурга среди первых 10 больных, оперированных тем или иным методом, будет значительно больше осложнений, чем среди 10 больных, которых он будет оперировать после того как раньше прооперирует 100 больных этим же методом.

Выше, при изложении этиологии и клиники вторичного мегаколон у детей, мы упоминали, что это осложнение иногда наблюдается после неудачно произведенной в первые дни после рождения проктопластики при неперфорированном заднем проходе. После некоторых методов хирургических вмешательств по поводу болезни Гиршпрунга в отдаленные сроки, особенно после не очень благополучного течения послеоперационного периода — нагноения, расхождения кишечных швов, тазовой флегмоны, — остается рубцовое изменение тканей в области анального кольца, затрудняющее дефекацию. Это также может служить поводом

Сравнительные результаты операций по методам Свенсона и Соаве

Показатели	Метод операции	
	Свенсона	Соаве
Всего прооперировано	16	13
Осложнения:		
ближайшие		
нет	9	11
есть	7	2
отдаленные		
нет	4	13
есть	11	0
Смерть	1	0
Отдаленные исходы:		
отличные	5	4
хорошие	7	8
удовлетворительные	3	1
плохие	0	0

для развития вторичного мегаколон со значительным расширением просвета толстой кишки каловыми завалами и образованием иногда очень крупных каловых камней.

У таких детей может быть показано и нередко дает хороший эффект насильственное растяжение ригидного сфинктера или рубцового кольца, имеющегося в области заднего прохода.

Насильственное растяжение рубцового кольца, тем более у детей, лучше всего проводить под наркозом. Детские ткани, даже рубцовые, обычно достаточно растяжимы. Удастся хорошо расширить суживающее кольцо. После этого рекомендуется матери систематически производить бужирование пальцем ранее суженного заднего прохода. И у детей нередко наступает полная компенсация. Затруднения при дефекации исчезают. Расширенная ранее толстая кишка принимает обычные размеры. Завалы исчезают.

Если же, как это иногда бывает, наступает рецидив, то следует повторить насильственное растяжение и последующее лечение бужированием. Только при очень плотных, широких, грубых, совершенно нерастяжимых рубцах, суживающих задний проход, делать насильственное растяжение не следует, оно не дает эффекта. Тут могут оказать пользу только пластические операции, которые описаны в XXVII главе этого тома.

Отечественные авторы широко пользуются предложениями зарубежных ученых и применяют в практической работе все известные из литературы методы хирургического лечения болезни Гиршпрунга. Так, метод Свенсона, или, как его многие хирурги называют, метод Грекова—Свенсона, применяли А. Р. Шуринок, А. Н. Бакланова (1963), Т. А. Сози (1965), Д. И. Егоров (1967), М. А. Козлов (1970) и многие другие. Метод Свенсона—Хайатта, или Грекова—Свенсона—Хайатта, применяли И. Л. Брегадзе с соавт. (1961), В. М. Величенко, Н. В. Бугаев (1965) и др. То же с дополнением Пти — Ю. Ф. Исаков (1965), Ю. Т. Комаровский (1967), В. И. Веретенков и др. Методом Дюамеля широко пользовались О. Р. Бляу (1962), Н. Л. Куц (1963—1967), Л. И. Снешко, И. Ф. Линченко (1966), К. Л. Дрейер (1967—1969), М. А. Козлов



Рис. 68. Видоизменение Ю. Ф. Исакова операции Свенсона, не поперечное, а косое рассечение кишки. Рисунок из книги Ю. Ф. Исакова.

(1970), А. В. Абашидзе, Н. Б. Пирвели (1971), Б. М. Красюк (1974) и др. Метод Соаве использовали Ю. Б. Мартов (1968), Т. В. Гоччиладзе (1969), Б. Н. Эсперов, В. А. Рисованный (1969), А. И. Ленюшкин (1970—1974), М. А. Мулдаев, А. У. Мукушев (1970) и др., Л. И. Снешко и Н. Л. Куц (1963) лечили серозо-миотомией по Загессеру.

Ввиду того, что при всех методах хирургического лечения болезни Гиршпрунга наблюдается то или иное число послеоперационных осложнений и летальных исходов, отдельные авторы пытаются улучшить некоторые этапы известных методов оперативных вмешательств или предложить свои оригинальные методики.

Из предложенных вариантов оперативных вмешательств для лечения болезни Гиршпрунга следует упомянуть о реконструктивной операции С. П. Бел-

кания (1961). Производится пересечение толстой кишки в области печеночного угла и дистальной части сигмы с последующим наложением анастомоза между слепой кишкой и дистальной частью сигмовидной кишки. Проксимальный конец сигмовидной кишки выводится через отдельный разрез в левой подвздошной области и подшивается к брюшной стенке в виде колофистулы. Аганглионарная зона толстой кишки при этой операции не удаляется. Поэтому результаты операции не могут дать устойчивый положительный эффект.

Ю. Ф. Исаков (1962) изменил ту часть операции Свенсона, которая относится к мобилизации прямой кишки, — отделял до сфинктера только заднюю и боковые стенки кишки, но не переднюю, где отделение наиболее затруднительно и может привести к повреждению мочевого пузыря, семенных пузырьков, предстательной железы, мочеиспускательного канала у мальчиков, влагалища — у девочек. Вследствие этого последующее рассечение прямой кишки производится вверх и вниз не поперечно, а косо — сверху спереди вниз и назад. Н. Б. Ситковский (1960) также внес отдельные изменения в операцию Грекова—Свенсона.

Д. Н. Klotz с соавт. (1973) на основании своего опыта писал о необходимости переоценки операции Свенсона при лечении болезни Гиршпрунга.

Изменения, которые внес А. И. Ленюшкин, если не считать мелкие детали техники, состоят из следующих добавлений. По Соаве делается циркулярный разрез на границе белой линии и слизистой оболочки или чуть выше и вся слизистая оболочка прямой кишки вместе с той частью ее, которая выделена при промежностном этапе операции, мобилизуется и протягивается через задний проход, включая аганглионарную зону и вышележащие отделы сигмы. А. И. Ленюшкин не рассекает слизистую оболочку прямой кишки со стороны промежности, а инвагинирует через задний проход мобилизованную со стороны брюшной полости часть слизистой оболочки прямой кишки, вышележащие отделы этой кишки и сигмы. Через 15—20 дней, когда наступает спонтанный анастомоз и «муфта» прямой кишки прочно срастается с внутренним цилиндром инвагината, производится «ступенчатое отсечение «муфты» и инва-

гината на верхней линии морганиевых крипт с наложением слизисто-слизистых кетгутовых швов, после чего вся эта область вправляется выше анального кольца.

Главной положительной стороной предложенной им модификации А. И. Ленишкин считает «сохранение всей анальной и части ректальной слизистой оболочки, что служит надежной гарантией нормальной функции наружного сфинктера, так как не разрушаются нервные рецепторы».

Г. А. Байров в метод Дюамеля внес следующие основные изменения. Дистальный конец пересеченной прямой кишки зашивается не ручным методом, а с помощью аппарата УКЛ или УКБ с добавлением одного ряда погружающих шелковых швов. Рассечение и отслойка слизистой оболочки производится не в верхней части анального канала на границе белой линии и слизистой оболочки, а на 1,5—2 см выше. Для захватывания перегородки, которая образуется из задней стенки прямой кишки и передней стенки выведенной в задний проход сигмы, Г. А. Байров предложил специальный широкий окончатый зажим. После захватывания этим зажимом перегородки, омертвения и отторжения ее образуется широкое сообщение между полостями сигмы и прямой кишки.

Из книги «Хирургия пороков развития толстой кишки у детей» (Ю. Ф. Исаков, А. И. Ленишкин, С. Я. Долецкий, 1972) приводим рисунки, разъясняющие операцию Дюамеля в модификации Байрова. Некоторые видоизменения внесли в операцию Дюамеля К. Л. Дрейер (1965), Н. Л. Куш (1965), А. В. Макаров (1969), К. Т. Есенов (1970), В. С. Топузов (1972), L. W. Martin с соавт. (1962) и др.

Японский хирург К. Ikeda (1967) также решил модифицировать

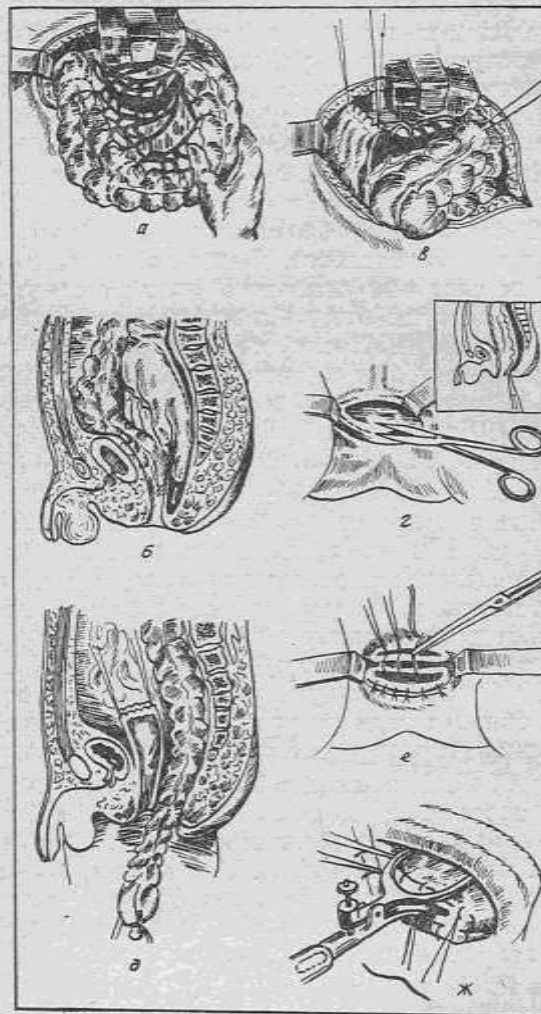


Рис. 69. Этапы операции по Дюамелю в модификации Байрова:

а — мобилизация толстой кишки — прямой и сигмовидной; б — между задней поверхностью прямой кишки и крестцом образован тоннель до наружного сфинктера; в — прямая кишка пересечена у места перехода в брюшинный отдел и ушита трехэтажным швом, проксимальный конец пересеченной кишки закрыт стерильным резиновым колпачком; г — рассечение задней полуокружности прямой кишки без повреждения сфинктера; д — мобилизованная кишка проведена через образованный тоннель; е — низведенная кишка отсечена на уровне заднепроходного отверстия, задняя ее полуокружность подшита к краю раны, у ануса передняя полуокружность сшивается с краями мобилизованной прямой кишки; ж — наложение раздавливающего зажима конструкции Байрова.

метод Дюамеля. Одним из недостатков этого метода он считает остающуюся полость прямой кишки как дополнительный большой резервуар, дивертикул, который может создавать затруднения при скоплении каловых масс и опорожнении кишки. Он предложил несколько типов инструментов, которыми прилежащие стенки прямой кишки и выведенной позади нее сигмы захватываются, сжимаются, некротизируются. Получается широкий овальный или Z-образный анастомоз. Из прямой кишки и сигмы образуется общая полость. Автор проделал 12 операций с образованием овального анастомоза и 19 — с образованием Z-образного. В каждой группе умерло по одному больному. При создании овального анастомоза у 2 больных в послеоперационном периоде были ближайшие осложнения и у 2 — при отдаленном наблюдении. После создания Z-образного анастомоза никаких ближайших и отдаленных послеоперационных осложнений не имелось.

Разные новые детали внесли в операцию Соаве Н. Л. Куц (1965), А. П. Биезинь, Я. К. Гауен (1966), А. И. Ленюшкин (1967), И. И. Лишке (1967), Н. А. Телков (1968), Е. Л. Корчагина (1969) и др.

О. J. Voley (1964—1968) опубликовал несколько статей, в которых описал отдельные небольшие видоизменения, внесенные в операцию Соаве. Например, он перед низведением кишки производит растяжение сфинктера заднего прохода и наносит в стороне от заднего прохода контрапертуру, через которую дренирует пространство между цилиндрами кишки. Также очень незначительно модифицированный метод Соаве описали М. Pomerantz и D. Sabiston (1968), Van Duc N. (1968) низведенную толстую кишку подшивает только через кожу к области заднего прохода, а прилежащая к каналу заднего прохода кишка образует с окружающими тканями «анастомоз без сшивания».

С. G. Thomas с соавт. (1970) производил заднюю сфинктеротомию и рассечение мышечной стенки прямой кишки. Описали новый радикальный метод операции при болезни Гиршпрунга японские авторы М. Kasai, Н. Suzuki, К. Watanabe (1971) и др. В. И. Веретенков (1967) модернизировал операцию Грекова—Свенсона—Хайатта—Пти.

Еще многие методы и детали их улучшали как отечественные, так и зарубежные авторы.

Н. А. Мифтахов и Б. Л. Еляшевич (1971) при операциях по поводу болезни Гиршпрунга в возрасте от 1 года 2 месяцев до 5 лет применяли аппараты КЦ-28 и ПКС для создания анастомоза при резекции прямой кишки с последующим наложением вручную второго ряда швов. С целью профилактики инфекции, возможной при введении аппаратов в просвет кишки, и уменьшения «шокогенности» вмешательства производили инфильтрацию тазовой клетчатки и брыжейки кишки раствором новокаина с неомицином и гидрокортизоном. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Дополнение к операции Дюамеля в виде несоскальзывающего зажима для ликвидации шпоры предложили М. W. Wilcox, А. Н. Bill (1972). Зажим отходит в среднем через 7 дней. Из 28 детей в возрасте от 2,5 месяца до 16 лет, подвергнутых хирургическому лечению по поводу болезни Гиршпрунга, у 15 операция закончена наложением такого зажима. Смертельных исходов не было. Периаанальный абсцесс был у 1 больного, диарея после операции — у 3.

А. Г. Усков (1975) пишет, что термин «анальная инконтиненция» шире, чем термин «недостаточность анального жома». Он в диссертации (1975) суммировал опыт научно-исследовательской лаборатории (НИЛ) проктологии и клиники Министерства здравоохранения РСФСР, где проводится комплексное изучение проблемы недержания

кишечного содержимого. Автор считает, что большое число оперативных пособий, предлагавшихся для лечения этого страдания, можно свести к 3 группам: 1) механическое сужение заднего прохода — колорафия, поворот прямой кишки вокруг ее оси на 180—360°, различные методы сужения заднего прохода ауто- или аллопластическими материалами и т. п.; 2) восстановление непрерывности сфинктера заднего прохода и частичное замещение или укрепление его другими, рядом расположенными мышцами; 3) пластическое создание наружного сфинктера прямой кишки. За 1961—1971 гг. в НИЛ проктологии оперировано 124 больных, из них у 117 больных сделана леваторо- или сфинктеро-леваторопластика, а у 7 больных сфинктеро-леваторо-глютеопластика по методике, разработанной А. Г. Усковым.

НАБЛЮДЕНИЯ НАШЕЙ КЛИНИКИ

На одной из учебных баз клиники, в Куйбышевской областной больнице имени М. И. Калинина, а затем и на основной клинической базе кафедры госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова изучением болезни Гиршпрунга у детей и лечением этих больных в основном занимался ранее ординатор, начальник отделения, ассистент, ныне доцент нашей кафедры В. И. Веретенков. Собранные, обобщенные и опубликованные им данные и будут здесь кратко приведены. Наблюдавшиеся больные представлены в табл. 44.

Таблица 44

Распределение больных детей по виду мегаколон

Вид мегаколон	Всего	Оперировано
Болезнь Гиршпрунга, врожденный аганглиоз толстой кишки	109	100
Вторичный мегаколон вследствие механических препятствий:		
врожденных	9	9
приобретенных	1	1
Всего	119	110

Из приведенной таблицы видно, что болезнь Гиршпрунга в группе мегаколон значительно чаще встречается по сравнению с другими видами этой патологии.

В личных статистиках многих современных авторов, насчитывающих значительное число операций по поводу болезни Гиршпрунга, наряду с истинным, врожденным мегаколон отмечается некоторое количество больных с вторичным мегаколон, оперированных теми же методами и включенных в общее число наблюдений. Ниже мы будем приводить цифры, касающиеся только истинных врожденных форм болезни Гиршпрунга.

Из 100 оперированных больных мальчиков было 76, девочек 24. Наибольшее количество детей было в возрасте от 3 до 10 лет. Это объясняется двумя основными обстоятельствами. Во-первых, родители в большинстве обеспокоены ненормальной функцией желудочно-кишеч-

ного тракта, отсутствием самостоятельного стула у детей и с первых лет жизни ищут помощи у врачей. С другой стороны, врачи-хирурги в последние годы все больше убеждаются в необходимости и возможности с успехом радикально оперировать этих больных чем раньше, тем лучше. Некоторые больные поступали на операцию в более поздние годы. Видимо, пытались обходиться домашними средствами — слабительными, клизмами, или врачи, к которым они обращались, пытались длительно и, как правило, совершенно безуспешно применять консервативное лечение.

Выше на основании литературных данных рассмотрены этиология, патогенез, клиника, диагностика и основные методы лечения болезни Гиришпрунга. Поэтому при описании собственных данных к перечисленным вопросам возвращаться не будем, а перейдем непосредственно к изложению применявшихся у нас методов оперативного лечения и к оценке их результатов. Но вначале еще небольшое отступление.

Обычно автор, заинтересовавшийся каким-либо заболеванием, сначала изучает по возможности все, что написано по этому вопросу. И, естественно, знакомясь с литературными источниками, воспринимает и усваивает существующие взгляды и установки. Что касается хирургического лечения, то вначале автор на основании теоретических предпосылок избирает тот или иной метод, который он считает наиболее целесообразным. Или идет по другому пути — применяет различные основные классические методы операций и потом останавливается, с его точки зрения, на лучшем из них.

В. И. Веретенков пошел по второму пути. Он перепробовал основные существующие методы хирургического лечения болезни Гиришпрунга. По методу Грекова—Свенсона—Хайатта он оперировал 4 больных. У 2 в послеоперационном периоде наступили осложнения. У 1 образовался абсцесс в околопрямокишечном пространстве, который вскрылся в брюшную полость и вызвал перитонит. Для спасения ребенка был наложен на поперечную ободочную кишку противоестественный задний проход. Он был ликвидирован через месяц. Выздоровление. У второго больного смерть наступила от перитонита, развившегося вследствие несостоятельности швов анастомоза.

При типичной операции Грекова—Свенсона и при ее модификациях анастомоз между мобилизованными концами прямой и сигмовидной кишок располагается в полости малого таза, где накапливающиеся в результате операционной травмы кровь и лимфа нередко нагнаиваются при проникновении инфекции из недостаточно герметичного анастомоза. Нагнаившаяся гематома в замкнутом подбрюшинном пространстве таза превращается в абсцесс или флегмону. Гнойное содержимое этих образований, не имея выхода наружу, легче прорывается в брюшную полость, вследствие чего развивается перитонит, который в большинстве заканчивается смертью. Кроме того, анастомоз, свободно лежащий в полости малого таза, постоянно подвергается натяжению вследствие перистальтических сокращений низведенной толстой кишки, что затрудняет процесс заживления.

Еще одним из отрицательных моментов существующих методик резекции ректо-сигмоидного отдела толстой кишки является недостаточно полная мобилизация прямой кишки в каудальном направлении, что лишает возможности хирурга удалить полностью аганглионарную зону и наложить ректо-сигмоидный анастомоз максимально низко. Наиболее низко наложение анастомоза создает благоприятные условия для его питания из прямокишечных артерий. Мобилизованная часть прямой кишки, оставляемая у больного, будет тем лучше питаться, чем она короче. Кроме того, низкое расположение анастомоза создает

возможность проводить бужирование его пальцем при возникновении отека или сужения.

Получив такие неблагоприятные результаты от применения метода Грекова—Свенсона — два тяжелых осложнения с одним смертельным исходом из четырех операций, — хирург стал испытывать другие методы оперативного лечения.

Операция Соаве была выполнена два раза. Технически она оказалась сложной, неасептической. При выделении слизистой оболочки нередко вскрывается просвет кишки, инфицируется брюшная полость. Операции дали благоприятный исход, но оставили неблагоприятное впечатление.

Операция Дюамеля выполнена только один раз — у больной девочки, страдавшей вторичным мегаколон, развившимся вследствие рубцовой атрезии заднего прохода. Применение раздавливающих зажимов при этой операции создает большие трудности по уходу за ребенком в послеоперационном периоде. Операция оказалась также сравнительно сложной. Поэтому мысль хирурга работала над тем, как устранить опасности, встречающиеся во время операции и в послеоперационном периоде.

Для устранения возможности проникновения инфекции из анастомоза и образования флегмоны или абсцесса в замкнутой полости малого таза и с целью предупреждения несостоятельности анастомоза В. И. Веретенков решил применять телескопический ректо-сигмоидный анастомоз трехрядными швами и обязательно производить дренирование подбрюшинного пространства малого таза с помощью резиновой трубки через дополнительный разрез впереди верхушки копчика. Натяжение анастомоза, возникающее вследствие перистальтических сокращений кишечника, предупреждается путем подшивания свободного края низведенной толстой кишки, чаще сигмовидной, к коже промежности вокруг заднепроходного отверстия редкими швами. Производится максимально полная мобилизация прямой кишки и низко, непосредственно над внутренним сфинктером, накладывается анастомоз, что создает благоприятные условия для его питания из нижних прямокишечных артерий и ветвей нижней брыжеечной артерии.

Преимущества этой модификации состоят в следующем. Образование телескопического анастомоза трехрядными швами увеличивает герметичность его, изолирует от соприкосновения с каловыми массами в течение 5—8 дней, что создает благоприятные условия для заживления. Кишечные массы выводятся наружу по цельной внутренней кишечной трубке. Хорошая герметичность анастомоза предупреждает проникновение инфекции из кишечника в подбрюшинную клетчатку малого таза. Подшивание свободных краев низведенной кишки к коже промежности предохраняет анастомоз от натяжения, возникающего вследствие перистальтических сокращений кишечника, а также от травмирования его при введении в прямую кишку газоотводной трубки.

Субтотальное удаление аганглионарной прямой кишки с последующей заменой ее здоровой вышележащей толстой кишкой полностью устраняет причину болезни, нормализует чувствительную и двигательную иннервацию тазового отдела кишки и восстанавливает рефлекс на дефекацию.

Профилактическое дренирование подбрюшинного пространства таза является важным моментом радикального метода операции по поводу болезни Гиршпрунга. Оно предохраняет больного от развития перитонита, а также от флегмоны и абсцессов в подбрюшинном пространстве при недостаточной герметичности анастомоза.

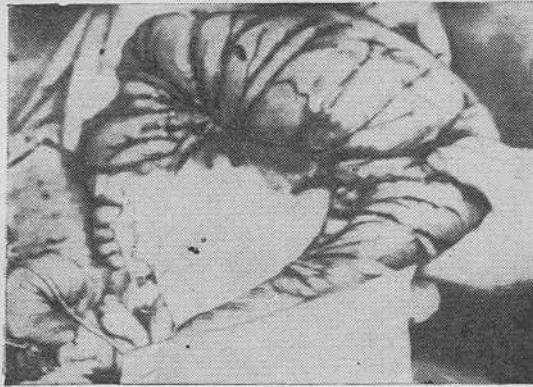


Рис. 70. Мобилизация узкой аганглионарной зоны и расширенной части сигмы. Наблюдение В. И. Веретенкова.

лась неудобной в смысле послеоперационного ухода за больными. Поэтому автор продолжал искания и наконец остановился на вагинационном методе, который выполнен у 62 больных с одним летальным исходом от редкого осложнения, не зависящего от способа операции, — от острой кровоточащей язвы кардиального отдела желудка.

Предложение Свенсона (1944) производить трансректальный разрез слева недостаточно обоснованно. При трансректальном доступе, который должен быть при этой операции достаточно широк, повреждаются нервные ветви, идущие к медиальным отделам прямых мышц, что нередко вызывает атрофию последних. У детей расстояние между нервами очень мало, это необходимо учитывать при выборе оперативного доступа.

Косопоперечный разрез слева, предложенный Хайаттом (1951), сопровождается пересечением прямой мышцы живота, нервов и представляет в последующем большие трудности при зашивании раны. Срединная нижняя лапаротомия является наиболее рациональным оперативным доступом при радикальной операции по поводу болезни Гиршпрунга.

Телескопический метод В. И. Веретенкова. На протяжении почти 20 лет эта операция производилась одной бригадой хирургов. Вначале выполнялась внутрибрюшная часть операции, а затем промежностная. За последние 5—6 лет все эти операции производятся двумя бригадами хирургов. Больной укладывается в положение как для геморроидэктомии с ногами, поднятыми на ногодержатели. Промежность оказывается открытой и хорошо доступной. Параллельно готовятся два операционных поля — на брюшной стенке и на промежности. Так как двубригадный метод является прогрессивным, значительно облегчает и ускоряет проведение операции, создает условия для более асептичного ее выполнения, то мы и будем впредь описывать этот метод.

Несколько раньше начинает работу бригада, выполняющая внутрибрюшную часть операции. Производится срединный разрез брюшной стенки от лобка вверх выше пупка на 2—3 см. Этот разрез дает широкий доступ к органам брюшной полости и таза без пересечения нервов и крупных кровеносных сосудов. При необходимости рана может быть расширена вверх.

По вскрытии брюшной полости в рану выводят сигмовидную кишку, которая во всех наблюдениях представляется расширенной. Осматривают дистальные отделы толстой кишки. При этом удается ус-

По этой методике в клинике оперировали 24 больных. У одного ребенка было отмечено осложнение в виде частичной несостоятельности швов ректо-сигмоидного анастомоза. Рана самостоятельно закрылась на 15-й день после операции.

Затем 7 больных было оперировано с применением еще одной модификации. На концы прямой и сигмовидной кишок для более прочного соединения их накладывались раздавливающие зажимы. Все операции закончились благополучно, но методика оказа-

тановить место расположения аганглионарной зоны, ее длину и степень сужения, место воронкообразного перехода суженной зоны в расширенную часть кишки. Осмотр проксимальных отделов толстой кишки дает возможность определить вторичные изменения в ее расширенных отделах. Определяют степень расширения и протяженности расширенной части кишки, гипертрофию стенки и рубцовые изменения, длину и подвижность брыжейки сигмовидной кишки, характер сосудистых аркад, что очень важно для определения проксимального уровня резекции толстой кишки. Резекцию производят в пределах расширенной части кишки выше аганглионарной зоны на 12—15 см, так, чтобы удалить всю пораженную зону. Более широкую резекцию толстой кишки производят в зависимости от длины брыжейки сигмовидной кишки и характера расположения сосудистых аркад. Если возникают затруднения в определении длины брыжейки и характера расположения сосудистых аркад вследствие рубцовых сращений, то их предварительно рассекают.

После установления проксимального уровня резекции в корень брыжейки сигмовидной кишки вводят 40—50 мл 0,25% раствора новокаина и производят мобилизацию дистальных отделов толстой кишки с двухсторонней перевязкой сосудов брыжейки кетгутотом и шелком. Перевязку делают так, чтобы сохранить аркады третьего порядка, которые составляют «краевой сосуд».

По окончании мобилизации сигмовидной кишки под тазовую брюшину вокруг прямой кишки и в ретроректальное пространство вводят 80—100 мл 0,25% раствора новокаина. Этот раствор отслаивает брюшину, оттесняет кпереди заднюю стенку мочевого пузыря (у мальчиков), облегчает выделение прямой кишки и создает блокаду рефлексогенных зон. Тазовую брюшину вокруг прямой кишки рассекают лириобразным разрезом, который начинают справа, затем огибают им кишку спереди и слева. После рассечения тазовой брюшины на передний листок, который переходит на заднюю стенку мочевого пузыря (матки), накладывают два длинных шва-держалки, тупо отслаивают листки брюшины, выделяют верхние прямокишечные сосуды и перевязывают их раздельно с обеих сторон от прямой кишки. Швы-держалки на брюшине улучшают доступ к подбрюшинному тазовому пространству при выделении прямой кишки и создают удобства во втором этапе операции при подшивании тазовой брюшины к низведенной толстой кишке.

Выделение прямой кишки выполняется тупым и острым путем непосредственно по ее стенке, чтобы не ранить прилежащие к ней органы. Во всех модификациях операции Грекова—Свенсона прямую кишку мобилизуют в дистальном направлении до уровня, располагающегося на 2—3 см выше заднепроходного отверстия. Степень мобилизации кишки проверяет хирург промежностной бригады пальцем через заднепроходное отверстие. Вторым ориентиром может служить верхушка копчика, которая расположена у большинства детей на уровне верхнего края внутреннего сфинктера.

Одним из наиболее трудных моментов операции является мобилизация передней стенки прямой кишки. Эта часть операции делается с особой осторожностью, чтобы не ранить мочеточники, семенные пузырьки, семявыносящие протоки, мочеспускательный канал у мальчиков, влагалище у девочек. Для облегчения отделения передней стенки от прилежащих к ней спереди органов следует пользоваться «гидравлической препараткой» тканей с помощью 0,25% раствора новокаина (20—30 мл). Проведению иглы со шприцем вниз, между передней стенкой прямой кишки и прилежащими органами, нужно предпо-

лать раствор новокаина, который расслаивает ткани, уменьшает возможность ранения прямой кишки и прилежащих к ней спереди органов, создает блокаду рефлексогенных зон.

Мобилизацию прямой кишки сзади необходимо производить до верхушки копчика, а в переднебоковых отделах — на 2 см выше заднепроходного отверстия, то есть приблизительно до верхнего края внутреннего сфинктера прямой кишки. Ориентиром является верхушка копчика.

По окончании мобилизации аганглионарной зоны и части расширенной толстой кишки (прямая и сигмовидная) проверяют возможность свободного, без натяжения брыжейки, низведения проксимальных отделов толстой кишки до уровня заднепроходного отверстия. Длина кишки считается достаточной, если вершина петли мобилизованной сигмы, выведенной за пределы брюшной раны, может быть опущена до нижнего края или до левой паховой области. Если кишка недостаточно мобилизована для свободного низведения, отмечается некоторое натяжение брыжейки, то производят дополнительную мобилизацию расширенной части толстой кишки путем перевязки и рассечения еще 1—2 сосудов.

Проксимальный уровень резекции мобилизованной части кишки отмечают временными цветными швами (4—5), которые накладывают на серозный покров сигмы в пределах хорошо пульсирующих сосудов. Граница наложенных временных швов является тем местом, до которого должна быть низведена через заднепроходное отверстие мобилизованная кишка. Ректо-сигмоидный анастомоз позднее накладывают на уровне или выше контрольных цветных швов, то есть в пределах хорошего кровоснабжения низведенной толстой кишки.

К этому времени ведущий хирург второй, промежностной бригады пальцами, смазанными стерильным вазелиновым маслом, постепенно, в течение некоторого времени, растягивает сфинктеры заднего прохода на ширину 2—3 поперечных пальцев в зависимости от возраста ребенка и степени расширения кишки над аганглионарной зоной. Чем старше ребенок и больше диаметр расширенной части толстой кишки, тем шире нужно растягивать задний проход. Постепенное растяжение анальных сфинктеров с применением скользящих круговых движений дает возможность избежать разрывов слизистой оболочки и кожи в области заднего прохода.

Хирург лапаротомной бригады перед эвагинацией кишки проверяет гемостаз в глубине таза, придает правильное положение мобилизованной части кишки, располагает брыжеечный край ее строго кзади, смещает петли тонкой кишки вверх и вправо, чтобы не ущемить их низведенной толстой кишкой и следить со стороны брюшной полости за правильностью проводимой эвагинации.

Хирург промежностной бригады через растянутый задний проход вводит в прямую кишку окончательный зажим Люэра и захватывает стенку аганглионарной зоны с таким расчетом, чтобы первоначально произошла инвагинация узкой части в узкую. Этот прием значительно облегчает в последующем низведение расширенного отдела толстой кишки и эвагинацию кишки через задний проход наружу. При затрудненном выведении инвагинированной кишки наружу через задний проход вводят второй окончательный зажим, с помощью которого захватывают противоположную стенку инвагината и выводят ее наружу одновременной тягой за два зажима. Хирург лапаротомной бригады давлением в брюшной полости на инвагинируемую кишку способствует ее выведению через отверстие заднего прохода.

Одновременная эвагинация расширенной части в узкую аганглионарную зону трудна. Нередко необходимы повторные попытки. При грубых манипуляциях можно получить разрыв стенки кишки.

При наличии рубцовых изменений врожденного или приобретенного характера в области заднего прохода эвагинация прямой кишки может оказаться значительно затрудненной. Если у больного рубцовые изменения податливы — поддаются растяжению пальцами, а анальные сфинктеры хорошо функционируют, то следует добиться растяжения ануса на ширину трех пальцев указанным выше способом, что дает возможность произвести эвагинацию мобилизованной части кишки обычным приемом. При мощных рубцах и врожденных атрезиях заднего прохода эвагинация кишки может оказаться невозможной. У таких больных полностью выделяют и удаляют прямую кишку с последующим низведением толстой кишки в рану промежности.

Когда эвагинация дистальной части мобилизованного отдела толстой кишки произведена через задний проход, то образуются два цилиндра: наружный — вывернутая слизистой оболочкой наружу прямая кишка и внутренний — дистальная часть сигмовидной кишки. Вывернутую слизистую оболочку прямой кишки тщательно отмывают раствором фурацилина 1:5000 и раствором сулемы 1:1000. Кожу промежности повторно обрабатывают винным спиртом и 2% раствором йода. Операционное поле дополнительно отграничивают стерильным бельем путем подшивания его к коже промежности.

Переднюю стенку вывернутой прямой кишки (наружный цилиндр), отступая на 1,5—2 см от слизисто-кожной складки заднего прохода, продольным разрезом длиной 6—8 см рассекают в каудальном направлении через все слои до сигмовидной кишки (внутренний цилиндр). Через этот разрез извлекают низведенную сигмовидную кишку до ранее наложенных контрольных швов.

В наружном конце продольного разреза прямую кишку пересекают поперек и из ее культи выкраивают три равных продольных лоскута с помощью двух дополнительных разрезов, произведенных по заднебоковым стенкам справа и слева. Длина каждого лоскута 6—8 см. Рассечение культи прямой кишки на лоскуты значительно облегчает сшивание двух неравных по ширине концов кишок: узкого — прямой и широкого — толстой (сигмовидной) и дает возможность наложить трехрядный анастомоз между ними. После раскраивания прямой кишки на лоскуты тщательно удаляют острым путем остатки рыхлой клетчатки, прилежащей к мышечному слою прямой кишки. Брыжейку низведенной сигмовидной кишки перевязывают по линии анастомоза и пересекают. Удаляют жировые подвески, препятствующие свободному наложению анастомоза. После этого низведенную толстую кишку ук-

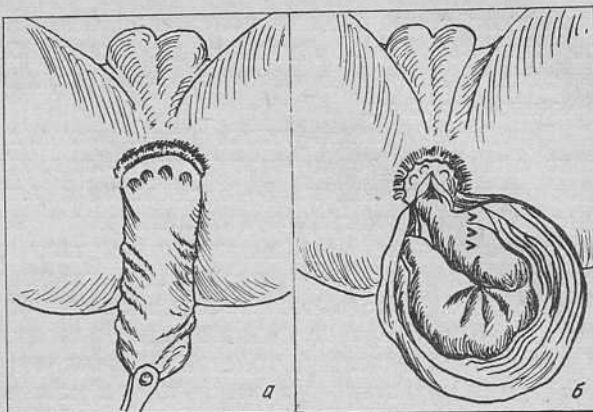


Рис. 71. Окончатим зажимом произведена инвагинация мобилизованной части толстой кишки через расширенный задний проход (а), через продольный разрез передней стенки прямой кишки низведена и извлечена наружу сигмовидная кишка (б).

ладывают в правильное положение без какого-либо перекручивания по продольной оси. Линия прикрепления брыжейки должна быть обращена кзади как в области заднепроходного отверстия, так и в брюшной полости.

При всех существующих модификациях операции Грекова—Свенсона анастомоз образуют между мобилизованными концами прямой и сигмовидной кишок на 3—6 см выше анального кольца двухрядными швами. Затем анастомоз инвагинируют в полость малого таза, где он всегда омывается скапливающимися там кровью и лимфой, которые нередко инфицируются и служат источником серьезных осложнений. Кроме того, анастомоз, свободно лежащий в полости малого таза, постоянно подвергается натяжению вследствие перистальтических сокращений низведенной толстой кишки и растяжению ее плотными, объемистыми каловыми массами, что может привести к частичной или полной его несостоятельности. Для предупреждения возможности появления флегмоны или абсцесса в подбрюшинном пространстве малого таза в результате проникновения инфекции из анастомоза производилось дренирование подбрюшинного пространства. Контрапертура накладывается в 3—4 см справа или слева от заднего прохода, но не сзади, куда из открытой прямой кишки легче могут затекать каловые массы и дополнительно инфицировать клетчатку малого таза. Через контрапертуру в глубину малого таза вводится резиновая трубка и фиксируется одним шелковым швом к коже.

Для правильного образования анастомоза цилиндр низведенной толстой кишки делят на три равных сегмента, концы которых должны совпадать с углами продольных разрезов на культе прямой кишки. Обе кишки сшивают тремя отдельными шелковыми швами в углах указанных разрезов, отступая от их края на 0,5—1 см. Эти швы дают возможность более равномерно совместить окружности прямой и сигмовидной кишок. Совмещенные таким образом стенки кишок сшивают трехрядными швами без всякого натяжения. Швы накладывают с промежутками между ними в 0,5—0,7 см. Особенно точно следует накладывать швы в области прикрепления брыжейки. Сначала накладывают ряд тонких узловых шелковых швов на серозно-мышечную оболочку низведенной толстой кишки (чаще сигмовидной) и мышечную стенку прямой кишки по всей окружности кишок. Лучше начинать наложение швов с задней полуокружности прямой и толстой кишок. Второй такой же ряд швов накладывают параллельно первому. Кроме того, на углы продольных разрезов прямой кишки накладывают по одному шелковому шву через все слои для улучшения герметичности анастомоза.

Отсекают избыточные лоскуты прямой кишки, отступая на 0,5—0,7 см от линии второго ряда швов. На этом же уровне пересекают серозно-мышечный слой толстой кишки до подслизистого слоя и несколько сдвигают его в дистальном направлении. Сосуды подслизистого слоя не пересекают. Накладывают третий ряд узловых шелковых швов, в который захватывают все слои прямой кишки и проксимальный край серозно-мышечного слоя толстой кишки. Этим приемом достигают непосредственного соприкосновения подслизистого слоя анастомозируемых кишок и намечают линию некроза избыточной части толстой кишки. При создании анастомоза в швы следует захватывать только серозно-мышечный слой низведенной толстой кишки, не проникать иглой через все ее слои.

Полностью сформированный анастомоз вправляют пальцами в анальный канал. При этом сохраненная дистальная часть прямой кишки вместе со сфинктерным аппаратом занимает свое естествен-

ное положение, образуя наружный цилиндр телескопического анастомоза. Отсекают избыток толстой кишки (внутренний цилиндр) на уровне кожи промежности. Свободные края доскутов толстой кишки подшивают редкими швами к коже вокруг заднего прохода. После вправления в полость малого таза анастомоз располагается на расстоянии 2—5 см выше заднепроходного отверстия.

Одновременно с образованием на промежности анастомоза первая бригада хирургов заканчивает операцию в брюшной полости. Тазовую брюшину, взятую в начале операции на швы-держалки, подшивают отдельными швами, а лучше непрерывным кетгутовым швом к серозной оболочке низведенной толстой кишки по всей окружности, без сдавления сосудов брыжейки. Таким образом создается ограничение внебрюшинной части малого таза, где расположен анастомоз, от брюшной полости. Окно позади брыжейки низведенной кишки ушивают узловыми швами путем подшивания свободного края брыжейки к задней брюшной стенке. В брюшную полость вводят антибиотики в растворе новокаина. Операционную рану брюшной стенки послойно зашивают наглухо. Катетер в мочевом пузыре, ввиду возможной временной задержки мочи, оставляют на 1—2 суток. Дренажную трубку из подбрюшинного тазового пространства удаляют на 4-й день после вмешательства.

Через 5—8 дней после операции свободные края подшитой к коже кишки некротизируются по линии анастомоза и отторгаются. Рана на месте контрапертуры после удаления трубки самостоятельно закрывается через 5—7 дней.

По описанной методике оперировано 24 больных. Из них у 22 детей послеоперационный период протекал без осложнений, у 1 ребенка была отмечена частичная несостоятельность ректо-сигмоидного анастомоза. При наличии профилактического дренирования подбрюшинного пространства таза рана самостоятельно закрылась на 15-й день после операции. Один больной умер в первые сутки после оперативного вмешательства от гипертермии, развившейся на операционном столе. Эта смерть связана с операцией, но не зависит от метода.

Описанная методика среди предложенных модификаций операции Грекова—Свенсона, несомненно, лучшая. Но и она не лишена недостатков. Техника наложения телескопического анастомоза приводит к затрате большого количества времени. Поэтому В. И. Веретенков разработана методика наложения ректо-сигмоидного анастомоза с помощью специально изготовленных изогнутых зажимов.

Лапаротомия, мобилизация сигмовидной и прямой кишок, эвагинация их выполняется так же, как и в описанной методике. На расстоянии 4—5 см от кожи анальной области после соответствующей обработки слизистой оболочки эвагината раствором фурацилина 1:5000

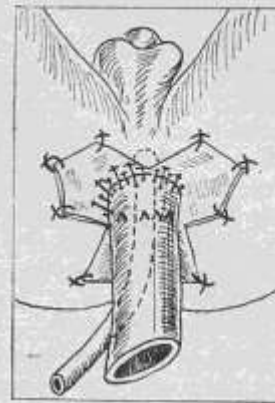


Рис. 72. У наружного конца продольного разреза прямой кишки ее цилиндр рассекается поперечно и еще два раза продольно. Получившиеся три доскута откидываются в стороны и с небольшим натяжением подшиваются к окружающей коже. У основания мышечная стенка вывернутой прямой кишки и серозно-мышечная низведенной сигмы сшиваются в два этажа кетгутовыми швами. По задней линии между этими двумя цилиндрами вводится в малый таз и фиксируется дренажная трубка. Через 8—12 дней избытки прямой кишки и сигмы некротизируются и отторгаются или отсекаются под линией швов. Цилиндры дополнительно сшиваются через край редкими швами. Область анастомоза легким нажатием инвагинируется за пределы анального кольца.

и сулемы 1:1000 пересекается прямая кишка в поперечном направлении и низводится сигмовидная кишка до уровня хорошего кровоснабжения, отмеченного цветными швами на кишке. На уровне культи прямой кишки отсекается сигмовидная. Концы обеих кишок совмещаются в правильном положении. На передней и задней стенках обеих кишок на уровне кожи промежности скальпелем делаются два отверстия друг против друга диаметром 1 см. Сначала через заднее отверстие в кишках, затем через переднее вводится бранша изогнутого зажима, проверяется правильность введения браншей через отверстия обеих кишок и закрывается замок зажима. Одна полуокружность прямой и сигмовидной кишок оказывается зажатой в зажиме и стенки кишок — прочно соединенными друг с другом. Таким же способом накладывается зажим и на вторую полуокружность кишки. Оба зажима оставляются на кишке 8—10 дней, после чего они отходят вместе с некротизированной кишкой или снимаются врачом. За этот период дистальнее от зажимов стенки кишок некротизируются и отторгаются, а проксимальные, над зажимами, прочно срастаются между собой. Подбрюшинное тазовое пространство дренируется через отдельный разрез с помощью резиновой трубки. Последняя удаляется из полости таза на 4-й день после операции. Рана заживает после удаления трубки через 5—7 дней. Ребенка выписывают домой через 16—17 дней после операции.

По этой методике оперировано 8 больных, все они живы. У 2 детей наблюдались осложнения, в том числе у 1 нагноение тазовой клетчатки, а у другого выпадение сигмовидной кишки через заднепроходное отверстие наружу. Наличие тяжелых металлических зажимов, закрепленных на кишке, вообще значительно затрудняет уход за больным ребенком. Каждое движение ребенка сопровождается движением зажимов, что создает боль в области заднего прохода, беспокойство пациента.

В одном наблюдении во время перемещения ребенка в постели матерью была вытянута сигмовидная кишка наружу. Зажимы были оторваны от культи прямой кишки и держались только на вытянутой наружу сигмовидной кишке. В последующем у этого ребенка развилась флегмона таза, что потребовало дополнительных оперативных вмешательств. Наступило выздоровление. Эти и другие неудобства, связанные с применением зажимов, были причиной отказа от них при оперативном лечении болезни Гиршпрунга.

Операция Дюамеля не применялась в нашей клинике потому, что при ней нахождение зажимов в заднем проходе длительное время в послеоперационном периоде также создает значительные трудности по уходу за больным, кроме того, может быть нанесена травма кишке концами зажимов.

В последующие 1966—1975 гг. для упрощения техники оперативного вмешательства, сокращения времени выполнения операции и устранения возможности возникновения послеоперационных осложнений, связанных с несостоятельностью анастомоза, были исключены некоторые моменты из операции и внесены новые технические детали в ранее разработанную модификацию. В результате был выработан новый двухэтапный эвагинационный метод оперативного вмешательства с образованием спонтанного ректо-сигмоидного анастомоза вне брюшной полости и таза.

Техника третьей модификации эвагинационного метода операции по Веретенкову. Операцию выполняют в два этапа. Положение больного на операционном столе — как при операции по поводу геморроя. Первым этапом производят лапаротомию срединным разрезом от лоб-

ка до пупка или выше на 2 см. Определяется наличие узкой аганглионарной зоны, степень расширения толстой кишки и характер расположения сосудистых аркад в районе нижней брыжеечной артерии. В брыжейку сигмовидной кишки и в параректальное пространство вводят 80—120 мл 0,25% раствора новокаина.

Рассекают листки брыжейки сигмовидной кишки и тазовую брюшину вокруг прямой кишки по переходной складке. Тупым и острым путем раздвигают жировую клетчатку и постепенно выделяют артерии сигмовидной кишки. Между двумя зажимами рассекают и перевязывают шелком нижнюю и среднюю артерии сигмовидной кишки. При перевязке сосудов следует обращать внимание на наличие анастомозов между артериями и венами сигмовидной кишки с левыми вышележащими толстокишечными артериями и венами. Если анастомозы широкие и отчетливо выражены, а сигмовидная кишка длинная и резко расширена, то для более полного удаления ее можно перевязать и верхнюю сигмовидную артерию. Питание мобилизованной кишки в этом случае будет осуществляться из левой толстокишечной артерии. При перевязке сосудов следует помнить об обязательном сохранении сосудистой аркады, образующей краевой сосуд, расположенный вблизи кишки. По длине мобилизованная часть толстой кишки с хорошим кровоснабжением должна достигать вершиной подвижной петли сигмовидной кишки середины треугольника Скарпа или расстояния, на 5 см ниже нижнего края симфиза. Когда характер расположения сосудов и длина расширенной мобилизованной кишки дают возможность сохранить больше сосудистых аркад, питание кишки нарушается меньше. Для удлинения брыжейки мобилизованной кишки рассекают бессосудистые участки брюшины между звеньями сосудистых аркад и рассекают пристеночную брюшину по латеральному краю нисходящей кишки. При длинной аганглионарной зоне, распространяющейся на всю длину сигмовидной кишки и выше, производят мобилизацию всей левой половины толстой кишки. Питание мобилизованной кишки будет осуществляться из левой ветви срединной толстокишечной артерии.

Выделение прямой кишки, чтобы не ранить прилежащие к ней органы, производят тупым и острым путем непосредственно по ее мышечной стенке. Сзади кишку выделяют до верхушки копчика, а с боков и спереди — чуть выше верхнего края внутреннего анального сфинктера. Столь низкое выделение прямой кишки необходимо для максимального полного удаления аганглионарной зоны. Необходимо помнить, что аганглиоз толстой кишки при болезни Гиршпрунга нарастает в каудальном направлении.

После выделения прямой кишки на расширенном участке сигмовидной в пределах хорошего кровоснабжения цветным швом отмечают проксимальный уровень резекции кишки. Признаком хорошего питания мобилизованной кишки являются пульсация краевого сосуда, розовый цвет и видимая перистальтика кишки. Мобилизованная часть кишки должна иметь хорошее кровоснабжение и достаточную длину, чтобы без натяжения ее можно было вывести на 3—4 см ниже анального отверстия. От соблюдения этого правила в значительной мере зависит успех операции.

Следующие этапы операции выполняют две бригады хирургов: одна оперирует со стороны промежности, другая — в брюшной полости. Ведущий хирург промежностной бригады пальцами, смазанными вазелиновым маслом, постепенно растягивает задний проход на ширину 2—4 пальцев в зависимости от степени расширения сигмовидной кишки и возраста оперируемого ребенка. До растяжения аналь-

ного сфинктера следует внутривенно ввести миорелаксанты, что в значительной мере облегчает процесс расширения заднего прохода. Через расширенный задний проход удаляют из кишки остатки кала и газов. Производят эвагинацию мобилизованной кишки через задний проход с помощью 1—2 окончатых зажимов. Легче всего удастся вывернуть и вывести кишку наружу, если в зажим захватить ее заднюю стенку на уровне нижнего угла раны брюшной стенки при свободном положении прямой кишки. Вместе со стенкой кишки в зажим захватывают и выводят через заднепроходное отверстие тонкую резиновую трубку для дренирования подбрюшинного пространства таза. Для лучшего удержания трубки в зажиме на один конец ее наматывают толстую шелковую нить, что устраняет скольжение. На другом конце трубки, остающемся в глубине таза, делают боковые отверстия. Длина вывернутой и выведенной наружу кишки 5—7 см, что дает возможность пересечь прямую кишку на нужном уровне и произвести низведенные сигмовидной кишки до проксимального уровня резекции.

Движением пальца вокруг вывернутой прямой кишки удаляют остатки кала из циркулярной борозды, образованной анальной и ампулярной стенками. Слизистую оболочку вывернутой кишки обмывают раствором фурацилина 1:5000, раствором сулемы 1:1000 и раствором Люголя. Обрабатывают операционное поле промежности винным спиртом и 2% настойкой йода, снова отграничивают его стерильным бельем.

Пересекают прямую кишку на расстоянии 3—4 см от заднего прохода. Продолжают инвагинировать низведенную толстую кишку и выводят ее наружу до проксимального уровня резекции. Дренажную трубку располагают по задней полуокружности между стенками прямой и сигмовидной кишок. Верхний конец трубки оставляют в малом тазу на уровне 3-го крестцового позвонка, а наружу трубка выводится через щель между сшитыми цилиндрами прямой и низведенной толстой кишок. Трубку фиксируют одним швом к стенке прямой кишки. Накладывают гемостатические кетгутные швы на концы обеих кишок, с помощью которых равномерно совмещают неравные по ширине концы кишок: узкий — прямой и широкий — сигмовидной. Брыжейка сигмовидной кишки должна быть обращена кзади без какого-либо перекручивания кишки.

Для удержания кишечной культи снаружи вокруг нее образуют кольцо-ограничитель из тонкой резиновой трубки. Это кольцо подшивают к концам обеих кишечных культей 4 шелковыми лигатурами. Кольцо удерживает кишечную культю снаружи в течение 10 дней до образования спонтанного ректо-сигмоидного анастомоза сшитых культей кишки. На сформированную кишечную культю накладывают Т-образную повязку с мазью А. В. Вишневского.

У всех оперированных детей кишечная культя в течение всего послеоперационного периода оставалась розовой и жизнеспособной. Это обстоятельство связано с временным парезом анальных сфинктеров, правильной мобилизацией толстой кишки и наличием полного эпителиального покрова на наружной части кишки.

Бригада хирургов, оперирующая в брюшной полости одновременно со второй, заканчивает операцию. Ушивает тазовую брюшину над низведенной сигмой, подшивает ее к кишке с передней и боковых сторон и таким образом изолирует подбрюшинное пространство таза от брюшной полости. В брюшную полость вводят раствор антибиотиков, чаще всего стрептомицина. Рану брюшной стенки полностью ушивают наглухо.

Дренажную трубку из подбрюшинного пространства таза удаляют через 2—3 дня после операции. К этому времени, как правило, устраняется возможность образования гематомы в малом тазу и прекращается выделение раневого секрета.

Во второй этап, через 10 дней после основной операции, под внутривенным тиопенталовым или ингаляционным масочным наркозом снимают резиновое кольцо-ограничитель, отсекают наружную часть кишки скальпелем на 1 см дистально анального отверстия. Эту часть операции выполняют следующим образом. На переднюю и заднюю стенки в продольном направлении накладывают по одному кровоостанавливающему зажиму. Рассекают переднюю и заднюю стенки кишки вдоль зажимов. Одну половину кишки отсекают на 1 см дистально анального отверстия, а за другую половину с помощью зажимов удерживают кишку снаружи. Отдельными кетгутовыми швами сшивают слизистые оболочки цилиндров кишки и одновременно останавливают кровотечение из стенок кишок. Концы ниток не срезают. Отсекают другую половину кишки. За нитки удерживают культю кишки для удобного наложения гемостатических швов на другую половину кишки. После отсечения ниток кишечную культю вправляют пальцами внутрь за анальный сфинктер. Рана на кишке эпителизируется в течение 7 дней. Ребенка выписывают домой через 17 дней после выполнения основного этапа операции.

По этой методике оперировано 62 больных. Течение послеоперационного периода у большинства больных гладкое. Нормальное мочеиспускание со 2—3-го дня после операции, самостоятельный стул — с 3—6-го дня. Отека или сужения анастомоза в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдалось. Умер 1 мальчик в возрасте 15 лет от острого кровотечения из язвы кардиального отдела желудка. Язва до операции не была диагностирована.

Осложнения в этой группе больных наблюдались у 3 детей. У девочки М-вой В., 14 лет, отмечен краевой некроз низведенной сигмы, который осложнился тазовой флегмоной. Потребовалось наложение двухстороннего противоестественного заднего прохода в левой половине поперечной ободочной кишки. Флегмона таза ликвидировалась. Произошло спонтанное образование ректо-сигмоидного анастомоза. Произведена операция зашивания противоестественного заднего прохода. Выздоровление.

Краевой некроз низведенной кишки был также отмечен у ребенка Н-ва, 6 лет, с образованием абсцесса в малом тазу. Абсцесс был вскрыт. Выздоровление. В обоих приведенных наблюдениях хирургами были допущены технические ошибки при перевязке ветвей нижней брыжеечной артерии, что привело к краевому некрозу низведенной кишки.

Преимущества этой методики по сравнению с другими в том, что операция выполняется проще, быстрее, асептично, надежно, менее травматично и с меньшей потерей крови. Самое главное то, что анастомоз во время операции накладывается на промежности, брюшная полость не инфицируется, исключается опасность перитонита. Кишечное содержимое выводится наружу по цельной внутренней кишечной трубке, что полностью исключает одну из основных опасностей операции — несостоятельность швов анастомоза. Окончательное заживление анастомоза после второго этапа операции происходит путем эпителизации слизистой оболочки без какого-либо нагноения, без развития стриктур и без заметного образования рубца на кишечной стенке. Исключается дополнительный разрез тканей тазового дна

для закрывания подбрюшинного пространства таза. Благодаря исключению из операции наложения межкишечного анастомоза сокращается время операции на 30—40 мин.

В заключение следует еще раз отметить, что образование почти бесшовного межкишечного анастомоза не только значительно сокращает время операции, что само по себе важно при тяжелых хирургических вмешательствах, но также способствует устранению опасности возникновения грозных послеоперационных осложнений — флегмоны таза, перитонита и других, связанных с несостоятельностью ректо-сигмоидного анастомоза.

Получение благоприятных результатов лечения больных по описанной третьей методике дает основание рекомендовать ее детским хирургам-проктологам.

Приведем несколько примеров из наблюдений нашей клиники (В. И. Веретенков).

Сережа Г., 6 лет, поступил 2/XII 1963 г. с диагнозом: болезнь Гиршпрунга. Самостоятельного стула нет со дня рождения. Отстает в физическом развитии, анемичен — гемоглобин крови 39 (6,5 г%), истощен. Живот увеличен в размерах, асимметричен. Через брюшную стенку видна крупноволновая перистальтика расширенной кишки, которая пальпируется в левой половине живота в виде эластичного вала.

27/XII 1963 г. — операция. Произведена резекция аганглионарной зоны и дистальной части расширенной кишки по методу Грекова—Свенсона в модификации В. И. Веретенкова. Самостоятельный стул на 4-й день после операции. На 7-й день из раны-контрапертуры, наложенной впереди верхушки копчика, появились гнойные выделения с примесью жидкого кала. Диагностирована частичная несостоятельность анастомоза. Состояние больного не ухудшилось. Стул и мочеиспускание самостоятельные. Лечение проводилось обычное — антибиотики, переливание крови, плазмы, белковых кровезаменителей, глюкозы и солевых растворов. Витаминотерапия. Местно проводился туалет промежности и теплые сидячие ванны. На 15-й день после вмешательства рана в области промежности закрылась. На 21-й день ребенок выписан из стационара выздоравливающим.

Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что профилактическое дренирование подбрюшинного тазового пространства, которое производится во время операции, предохраняет больного от развития абсцесса таза и перитонита, способствует быстрому закрытию возможного дефекта в анастомозе и улучшает общее состояние больного. Колостомы, применяемая некоторыми авторами (Ю. Ф. Исаков, 1959; А. Р. Шуринок и А. Н. Бакланова, 1960), становится излишней.

Не следует применять колостому при частичной несостоятельности анастомоза без явлений перитонита, потому что она не предохраняет анастомоз от соприкосновения с каловыми массами, а лишь уменьшает их напор. Кроме того, частичная несостоятельность анастомоза чаще всего проявляется на 6—7-й день после операции, когда брюшная полость достаточно прочно отграничена от подбрюшинного пространства таза, где расположен анастомоз. Опасность развития перитонита, при наличии профилактического дренажа в этой области, становится минимальной.

Если возникает опасность развития перитонита, то показано наложение не колостомы, а противоестественного заднего прохода на поперечной ободочной кишке или в терминальном отделе подвздошной. Это полностью устраняет возможность поступления каловых масс к ректо-сигмоидному анастомозу, создает благоприятные условия для закрытия дефекта в нем и способствует исчезновению явлений перитонита.

Перитонит является наиболее тяжелым осложнением при радикальной операции по поводу болезни Гиршпрунга. Он чаще всего возникает вследствие проникновения гнойной инфекции в брюшную полость из подбрюшинного тазового пространства. Кровь и лимфа, накапливающиеся в малом тазу, в момент оперативного вмешательства и в последующий период инфицируются, или вследствие ранения прямой кишки при выделении ее, или в результате проникновения ин-

фекции через неполноценный анастомоз. Образовавшийся абсцесс таза при отсутствии дренажа в подбрюшинном тазовом пространстве находит выход в брюшную полость, инфицирует ее и вызывает перитонит. Наиболее опасна массивная инфекция таза, развивающаяся в первые дни после операции вследствие несостоятельности анастомоза, так как в этот период еще нет достаточного отграничения брюшной полости от подбрюшинного пространства.

Приводим наше наблюдение.

Больной Сережа Р., 4 лет. Поступил 11/IX 1961 г. с диагнозом: болезнь Гиришпрунга. Жалобы на уворные запоры. Стул только после клизмы. Отстает в физическом развитии. 11/X 1961 г. — резекция ректо-сигмоидного отдела толстой кишки по методу Грекова—Свенсона—Хайатта. На 3-й день после операции состояние больного ухудшилось: температура тела повысилась до 39,2°, пульс — до 140—150 ударов в минуту. Бледен, отказывается от пищи. Язык сухой, живот вздут, болезнен, мышцы брюшной стенки напряжены. Газы не отходят. Стула нет. При ректальном исследовании пальцем дефекты анастомоза не выявлены. Диагноз: перитонит. Проводились консервативные мероприятия: переливание крови, плазмы, солевых растворов, газоотводная трубка, промывание желудка, антибиотики, сердечные средства, оксигенотерапия. Состояние больного тяжелое. Было принято решение произвести релапаротомию, дренирование брюшной полости и изложение двухствольного противоестественного заднего прохода на подвздошной кишке. Но, ввиду быстрого нарастания тяжести состояния больного, оперативное вмешательство не было произведено. Ребенок умер на 4-й день после операции. Патологоанатомический диагноз: разлитый каловый перитонит, развившийся вследствие несостоятельности швов ректо-сигмоидного анастомоза.

В приведенном наблюдении врачом, производившим наложение ректо-сигмоидного анастомоза, были допущены отклонения от принятых у нас правил образования межкишечного анастомоза. Через точечный дефект в анастомозе, образовавшийся вследствие прокола всех слоев сигмовидной кишки, жидкие каловые массы с первого дня после операции свободно проникали в подбрюшинное пространство, а оттуда — в брюшную полость, так как в этот период еще не было достаточного отграничения ее от анастомоза. После клинико-анатомического анализа причины смерти этого ребенка были сделаны практические выводы и разработаны мероприятия, направленные на снижение летальности.

Лечение при перитоните должно обеспечить борьбу с инфекцией, ликвидацию ее источника в организме. Необходимо производить немедленное дренирование подбрюшинного тазового пространства через отдельный разрез впереди верхушки копчика. Это создает свободный отток гноя и жидких каловых масс от подбрюшинного пространства таза наружу, способствует отграничению брюшной полости от источника инфекции и быстрой ликвидации самого источника инфекции. Одновременно производят релапаротомию, дренируют брюшную полость, вводят в нее антибиотики и оставляют постоянную тонкую резиновую или хлорвиниловую трубку для последующего введения антибиотиков. Назначают их и внутримышечно.

Дальнейшие мероприятия зависят от источника инфекции. Если перитонит развился вследствие несостоятельности анастомоза и дефект в нем не закрыт, показано создание двухствольного противоестественного заднего прохода в правой подвздошной области на терминальном конце подвздошной кишки или на поперечной ободочной. Эта операция полностью прекращает поступление кишечного содержимого в дистальные отделы кишечника, создает покой анастомозу и способствует быстрейшему закрытию дефекта в нем.

При осмотре области промежности иногда удается обнаружить гиперемию кожи и отечность слизистой оболочки заднего прохода. Пальпаторно определяется резкая болезненность в окружности, особенно кзади от заднепроходного отверстия. Ректальное исследование пальцем также резко болезненно, особенно по задней и заднебоковым стенкам, где определяется болезненное, иногда флюктуирующее выпячивание в просвет кишки. Дефект в анастомозе может быть не обна-

ружен. Для окончательного установления диагноза производят пункцию подбрюшинного пространства таза.

Лечение абсцесса таза состоит в немедленном вскрытии его. Если при пункции получен гной, то по этой же игле производят разрез кожи и глубже лежащих тканей параллельно волокнам анального сфинктера. Полость абсцесса дренируют с помощью резиновой трубки. Удаляют дренаж через 5—7 дней после операции в зависимости от течения воспалительного процесса.

Больному назначают постельный режим, ежедневные перевязки. Необходим контроль за опорожнением абсцесса. Одновременно назначают антибиотики, поливитамины, переливание крови, плазмы, белковых кровезаменителей, глюкозы и растворов поваренной соли.

В. И. Веретенков наблюдал абсцесс таза у одного ребенка, оперированного по методу Грекова—Свенсона—Хайатта. В момент операции профилактического дренирования подбрюшинного пространства таза у этого больного не сделали. Благодаря своевременному лечению ребенок поправился. Приводим это наблюдение.

Валерий Б., 9 лет. Поступил 10/II 1962 г. с диагнозом: болезнь Гиршпрунга. Со дня рождения больной страдает упорным длительным запором. Стул только после клизмы, живот увеличен в размерах, асимметричен. В левой половине живота видна крупноволнообразная перистальтика расширенной петли кишечника. При рентгенологическом исследовании толстой кишки с помощью контрастной клизмы выявлено значительное расширение просвета всех ее отделов и особенно сигмовидного. Агаглионарная зона занимает прямую кишку и дистальную часть сигмовидной.

27/II 1962 г. произведена операция — резекция ректо-сигмовидного отдела толстой кишки по методу Грекова—Свенсона—Хайатта без дренирования подбрюшинного пространства таза. При выделении прямой кишки случайно был вскрыт просвет ее.

На 7-й день после операции появились боли в животе и в области заднего прохода. Общее состояние ребенка ухудшилось. Температура тела поднялась до 38,5°. На 11-й день после оперативного вмешательства появились симптомы тазового абсцесса: тяжелое общее состояние ребенка, температура тела 39°, боли в области промежности и в животе, резкая болезненность при пальпации кзади от анального отверстия. При ректальном обследовании пальцем выявлен отек слизистой оболочки заднего прохода. Анастомоз без дефектов. В крови — лейкоцитоз (25600 в 1 м³). Кроме того, появились признаки раздражения брюшины в нижних отделах живота. Заложены прорыв тазового абсцесса в брюшную полость. 9/III 1962 г. произведена операция — релапаротомия. В брюшной полости были обнаружены явления реактивного серозного перитонита — серозная жидкость в небольшом количестве, гиперемия брюшины, раздутые петли кишечника. Произведено дренирование брюшной полости и образование двухствольного противоестественного заднего прохода на подвздошной кишке, дренирование подбрюшинного пространства таза через разрез впереди верхушки копчика. В брюшную полость введены антибиотики. Назначено переливание крови, плазмы, глюкозы и солевых растворов. Состояние больного быстро улучшилось. 24/IV 1962 г. ликвидирован противоестественный задний проход. Выздоровление.

В приведенном наблюдении допущена ошибка в диагнозе — был предположен прорыв абсцесса таза в брюшную полость с начинающимся развитием перитонита. По этой причине произведена релапаротомия и образован противоестественный задний проход на подвздошной кишке. Для лечения отграниченного абсцесса подбрюшинного пространства таза достаточно было провести своевременное вскрытие его на промежности с последующим хорошим дренированием и проведением вышеуказанных общих мероприятий, направленных на борьбу с инфекцией и на повышение сопротивляемости организма.

Сужение ректо-сигмовидного анастомоза может быть ранним или поздним послеоперационным осложнением. Раннее сужение анастомоза может вызвать в области анастомоза отек тканей, развивающийся в первые дни после операции вследствие воспалительного процесса. Позднее сужение образуется вследствие рубцевания тканей в области анастомоза в результате воспалительного процесса.

Воспалительный отек тканей возникает чаще всего в связи с техническими погрешностями во время операции, когда вследствие значительного несоответствия окружностей оставшейся части прямой кишки и низведенной кишки при создании анастомоза неравномерно захватывают швами избыток тканей расширенной низведенной толстой

кишки. При неточном совмещении окружностей обеих кишок это приводит в последующем к деформации и сужению анастомоза.

Чтобы предупредить возможность возникновения воспалительного процесса в области анастомоза, следует особенно тщательно выполнять все детали при создании анастомоза, а именно: равномерное распределение окружности низведенной толстой кишки по окружности оставшейся части прямой кишки с помощью 3 контрольных швов, наложение швов на расстоянии 0,5—0,7 см друг от друга и пересечение серозно-мышечного слоя толстой кишки по всей окружности без вскрытия ее просвета. Кроме того, важным профилактическим мероприятием против отека тканей в области анастомоза является максимально полное удаление наиболее расширенных отделов толстой кишки, что в значительной мере способствует устранению несоответствия окружности анастомозируемых отрезков кишечника и облегчает создание анастомоза.

Симптомы сужения анастомоза появляются нередко уже на 7—14-й день после операции, когда после установления регулярной эвакуации кишечного содержимого вновь возникает задержка газов и стула. Общее состояние ребенка заметно ухудшается. Нарушается аппетит. Ребенок становится вялым, капризным. Отмечается бледность кожных покровов и рвота. Усиливаются схваткообразные боли в животе. Живот вздут, особенно в левой подвздошной области. Перистальтика кишечника усилена, иногда заметна через брюшную стенку. При обследовании пальцем через прямую кишку определяют сужение ректо-сигмовидного анастомоза за счет отека воспаленных тканей и начинающегося рубцевания их. Ежедневное, специально начатое бужирование пальцем в течение нескольких дней постепенно восстанавливает проходимость анастомоза и нормализует моторно-эвакуаторную функцию кишечника.

Профилактикой и лечением позднего сужения анастомоза, возникающего вследствие последующего рубцевания воспаленных тканей, является своевременное и регулярное бужирование анастомоза пальцем. Техника бужирования проста. Палец в перчатке, смазанный вазелиновым маслом, медленно, без всякого насилия, вводят в заднепроходное отверстие. Когда ребенок успокоился, находят суженное отверстие анастомоза и, применяя легкие вращательные движения пальца, постепенно входят в него до второго межфалангового сустава. Палец держат в отверстии анастомоза не меньше 10 минут. Если перед бужированием у ребенка была задержка стула и газов, то в отверстие анастомоза вводят газоотводную трубку и делают сифонную клизму. Трубку оставляют в кишечнике на 2—3 часа. Бужирование производят ежедневно, до полной нормализации функций кишечника, когда у ребенка устанавливается регулярный стул и свободное отхождение газов. В дальнейшем бужирование производят через день в течение одной недели. Весь срок лечения отека анастомоза при помощи бужирования пальцем обычно занимает 2—3 недели. Стойкого сужения анастомоза вследствие рубцевания воспалительных тканей при таком лечении у оперированных в клинике детей мы не наблюдали.

Отек анастомоза с явлениями стеноза кишки наблюдался у 2 оперированных детей. После своевременного лечения бужированием оба ребенка поправились. Приведем одно из этих наблюдений.

Большой Саша А., 3 г 8 мес. Поступил 7/V 1963 г. с диагнозом: болезнь Гиршпрунга. Болен с момента рождения, самостоятельного стула нет. Отстает в физическом развитии, бледен. Живот увеличен, асимметричен за счет вздутия в левой подвздошной области. При рентгенологическом исследовании выявлена аганглионарная зона в области прямой кишки (сужение) и значительное расширение сигмовидной. 17/V 1963 г. произведена операция — резекция аганглионарной зоны и части расширенной кишки. Обычное послеоперационное течение, на 3-й день после операции отошли газы. На 5-й день был самостоятельный стул.

30/V 1963 г. состояние больного заметно ухудшилось. Ребенок вял, бледен, живот вздут, газы не отходят. При обследовании пальцем отмечено сужение ректо-сигмоидного анастомоза. Бужирование пальцем. Введена газоотводная трубка через анастомоз. Отшли газы. Состояние ребенка вновь удовлетворительное. Самостоятельный стул через 5 дней после начала бужирования. Ребенок выписан из стационара 8/VI 1963 г. в хорошем состоянии. Наблюдался в течение 2 лет. Ежедневный самостоятельный стул. Анастомоз широкий. Ребенок здоров.

Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что своевременное ежедневное бужирование анастомоза пальцем при наличии отека предохраняет анастомоз от стойкого рубцового сужения и способствует быстрейшему восстановлению моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Несмотря на указанные трудности, количество осложнений, их тяжесть и послеоперационная летальность могут быть снижены. Разработка оперативной техники, тщательный послеоперационный уход, своевременное выявление и комплексное лечение послеоперационных осложнений — условия достижения лучших результатов.

Отдаленные результаты оперативного лечения. Из 100 больных, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга, из 97 выживших детей получены сведения о 75. Стационарному обследованию подвергнуто 26, данные о 48 получены от родителей и обследовавших врачей по специально разработанной схеме. Письменное сообщение от родителей без врачебного обследования поступило об одном ребенке. При обследовании детей выяснялось их общее состояние и развитие в сравнении с возрастными нормами, производилось сравнение с состоянием перед операцией и оценивались результаты оперативного лечения. Больше всего интересовали функция толстой кишки и характер актов дефекации.

Общее впечатление об отдаленных результатах оперативного лечения по методу Грекова—Свенсона в модификации В. И. Веретенкова сложилось очень благоприятное. Встречи с детьми и их родителями всегда были радостными. Дети были бодрыми и веселыми, никаких жалоб не предъявляли. Родители сообщали о своих детях, что они ничем не отличаются от здоровых, принимают активное участие в школьных, домашних занятиях, в играх со своими сверстниками.

Обследование детей производилось в следующие сроки после оперативного вмешательства: от 6 месяцев до 1 года — 3, от 1 года до 2 лет — 7, от 2 до 3 лет — 10, от 3 до 4 — 8, от 4 до 5 — 8, от 5 до 6 — 7, от 6 до 7 — 7, от 7 до 8 — 6, от 8 до 9 — 2, от 9 до 10 — 5, от 10 до 11 — 4, от 11 до 12 — 4, от 12 до 13 — 3, от 13 до 14 — 1.

По внешнему виду большинство обследованных не отличается от здоровых детей соответствующего возраста. Только 1 ребенок, оперированный в возрасте 9 лет с тяжелой формой болезни Гиршпрунга, несколько отставал в развитии. У большинства детей мышечная сила была развита нормально, живот

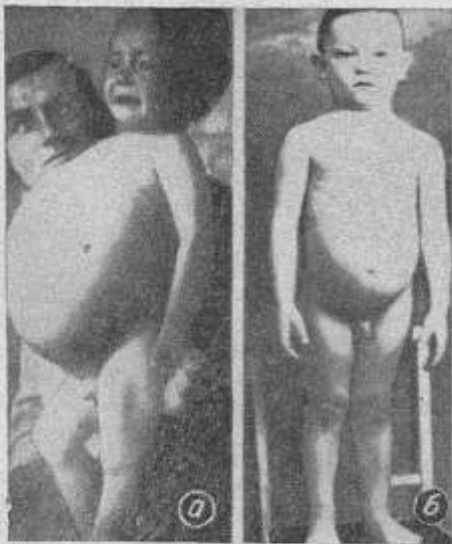


Рис. 73. Болезнь Гиршпрунга:
а — ребенок, 2 г. 8 мес., до операции, окружность живота 74 см; б — тот же ребенок через 2 года после операции. Наблюдение В. И. Веретенкова.

правильной конфигурации, значительно уменьшился в размерах, грудная клетка приобрела нормальные очертания, исчезло расширение подкожных вен брюшной стенки. Вздутие живота при тяжелых формах болезни в течение 1 года после операции может сохраняться, но затем уменьшается и исчезает. Для сравнения приводим фото Вити до и после операции.

Следует отметить, что все антропометрические показатели были значительно лучше у тех детей, которые строго выполняли установленный режим и систематически занимались утренней гимнастикой.

Основными показателями эффективности оперативного лечения в отдаленные сроки наблюдения являются самостоятельность и регулярность стула. Самостоятельный и регулярный стул 1—2 раза в день отмечен у 73 из 75 обследованных детей. Выработался рефлекс на дефекацию у 72. Эти дети хорошо ощущают позыв на низ и самостоятельно совершают акт дефекации. При необходимости стул может быть произвольно задержан так же, как у здоровых детей.

У одного ребенка из 75 обследованных через 1 год после операции отмечено наличие самостоятельного, но нерегулярного стула. Рефлекс на дефекацию еще не выработался. Ребенок не имел ежедневных позывов на низ и потому мог не иметь стула 2—3 дня. В промежутках между дефекациями у ребенка отмечалось пачканье трусов небольшим количеством кала в течение 1 года. Акт дефекации совершается ежедневно лишь благодаря напоминанию матери. Нерегулярность стула у этого больного зависит от еще не установившегося рефлекса к акту дефекации, является временной.

Для появления рефлекса на дефекацию и регулярного самостоятельного стула большое значение имеет строгое выполнение тех рекомендаций, которые дают родителям при выписке ребенка, особенно в отношении соблюдения режима питания.

Частичное недержание кала наблюдалось у 5 детей в ближайшие 2—3 месяца после операции, но они имели самостоятельный регулярный стул 1 раз в день. При обследовании прямой кишки пальцем у 5 детей со сроком наблюдения свыше 1 года ректо-сигмовидный аностомоз найден достаточно широким, ровным, безболезненным. У 68 детей место анастомоза вообще не определялось. У 2 детей выявлено кольцевидное сужение анастомоза, с трудом пропускавшее 1 палец. У одного из этих больных выявлен симптом частичного недержания, который полностью исчез после устранения сужения. Растяжение сужений у обоих детей произведено пальцами под кратковременным наркозом — до ширины 2 пальцев. Оба ребенка проверены еще раз через год. Здоровы. Свищей, воспалительных инфильтратов или других изменений в области анастомоза не обнаружено.

Рентгенологическое исследование грудной клетки проведено 61 ребенку. При обзорном исследовании ее в большинстве наблюдений отмечена нормальная рентгеноскопическая картина — правильное положение сердца и диафрагмы, полное расправление синусов.

При рентгенологическом исследовании толстой кишки с помощью контрастной клизмы у 14 детей из 65 установлено значительное уменьшение размеров толстой кишки, но полная нормализация их еще не наступила. Это зависело от возраста, в котором ребенок был оперирован, от срока, прошедшего с момента операции, и особенно от тяжести патологических изменений, имевшихся до операции. Чем тяжелее клиническая форма болезни и старше возраст оперированного ребенка, тем медленнее нормализуются размеры толстой кишки.

Нормальная гаустрация толстой кишки выявлена у 44 детей, у 7 гаустрация дистального отдела толстой кишки оказалась слабо выраженной, что объясняется неполным восстановлением функции склерозированной стенки кишки. Однако эвакуаторная функция кишечника

у всех детей оказалась достаточной для того, чтобы обеспечить регулярный самостоятельный стул.

Рецидивов болезни Гиршпрунга у оперированных детей не было. Приведенные результаты наблюдения за оперированными детьми в ближайшем после операции периоде и в отдаленные сроки дают основание говорить о полном успехе оперативного лечения болезни Гиршпрунга у детей по методу Грекова—Свенсона в модификации В. И. Веретенкова.

Литература

- Абашидзе А. В., Пирвели Н. Б. Лечение болезни Гиршпрунга по методу Дюамеля. Матер. докл. I респ. конф. дет. хир. Грузии. Батуми, 1971, 27—28.
- Абрикосов А. И. Мегаколон в случае скрытой крестцовой спинномозговой грыжи с порочным развитием спинного мозга. Мед. обозр., 1909, XXI, 10, 921—935.
- Аваллиани Л. В., Ленюшкин А. И., Гагечиладзе Т. В. Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у детей. Матер. докл. I респ. конф. дет. хир. Грузии, Батуми, 1971, 26—27; Сб. науч. тр. Тбил. мед. ин-та, 1973—1974.
- Авидон Д. Б. К хирургическому лечению болезни Гиршпрунга. Нов. хир. арх., 1935, 34, 3, 404—408; Вести. хир., 1960, 8, 126—127; Тез. докл. I Укр. конф. дет. хир. Одесса, 1960, 76—77; Вести. хир., 1963, 90, 5, 123—124; В кн.: Проблема хирургии детского возраста. Киев, 1963, 228—231.
- Алехина Р. Г., Корчагина Е. Л. Особенности предоперационной подготовки, наркоза и послеоперационного ведения больных с болезнью Гиршпрунга. Матер. науч. конф. хир. и травм. Красноярск, 1967, 205—209.
- Алиев М. А. Некоторые вопросы лечения болезни Фавалли—Гиршпрунга у детей. — Азербайдж. мед. журн., 1962, 12, 53—54.
- Альтшуль А. С. О ходе волокон блуждающего нерва в желудке млекопитающих. Морфол. автон. нервн. системы, М., 1946, 172—194.
- Аминев А. М. Некоторые данные о физиологии и патологии прямой кишки. Элементы проктологии. Куйбышев, 1956, 1960, 2, 39—42, 147—149; 1963, 3, 13—18, 58—60; Амбулаторная проктология. М., 1964; Руководство по проктологии. Куйбышев, 1965, 1.
- Аминева В. А. Материалы к изучению анального рефлекса. Дис. канд. Куйбышев, 1959; Элементы проктологии. Куйбышев, 1960, 2, 55—61, 141—143.
- Андреев А. Ф. Случай болезни Гиршпрунга. — Военно-морской врач, 1942, 1—2, 76—78.
- Анистратенко И. К. Тактика хирурга при мегасигме. Тез. докл. конф. физиол. и патол. пищев. Киев, 1962, 13—14; В кн.: Акт. вопр. хир. Госмедиздат УССР, 1962, 184—191.
- Антошкина Э. П., Величко С. Д. Лечение болезни Фавалли—Гиршпрунга по материалам клиники. — В кн.: Вопр. реконстр.-восстан. хир. у детей. Л., 1969, 38—39.
- Арапов Д. А., Стрельников Б. Е., Царев Н. И. О долхосигме. — Хирургия, 1974, 6, 87—90.
- Арнаудов Г. В. Стеноз сигмовидной кишки и псевдомегаколон. — Хирургия, 1971, 4, 136—137.
- Атагельдыев Т. А. Характеристика микрофлоры кишечника при мегаколоне у детей. — Педиатрия, 1968, 12, 58—60; Матер. I Тульской науч. конф. педиатр. и дет. хир. Тула, 1968, 74, 79; Тр. 7 конф. хир. Сев. Кавказа, Ставрополь, 1968, 390—391; К обследованию и дооперационной подготовке детей при мегаколоне. Дис. канд. М., 1969; Здравоохр. Туркменистана, 1969, 12, 16—18; Совр. пробл. педиатр. и дет. хир. М., 1970, 2, 158—159; Здравоохр. Туркменистана, 1974, 2, 40—42.
- Атаев С. Д. К вопросу о лечении болезни Гиршпрунга. — В кн.: Вопр. эксп. и клин. хир. Махачкала, 1966, 295—297.
- Баиров Г. А., Сози Т. А. Непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения болезни Гиршпрунга у детей. — В кн.: Вопр. хир. и ортоп.: Пороки развития у детей. Рига, 1966, 159—166; Хирургия пороков развития у детей. М.—Л., 1968; Тез. докл. 5 Всесоюз. симпоз. дет. хир. М., 1972, 29—33; Хирургия голстой кишки у детей, М.—Л., 1974; Тез. докл. 5 Всесоюз. симпоз. дет. хир. М., 1972, 28—33.
- Бакланов А. П. Заворот и гангрена сигмовидной кишки у ребенка с болезнью Гиршпрунга. — Вести. хир., 1964, 92, 2, 83.
- Бакланова А. Н. О некоторых ошибках при диагностике и лечении врожденного мегаколона. — Хирургия, 1964, 6, 46—49; В кн.: Вопр. реконстр.-восстан. хир.

- у детей. Л., 1969, 38; В кн.: Акт. вопр. дет. хир. и анестез.-реаним. М., 1969, 50—51.
- Барышников А. А. О непостоянных сфинктерах толстого кишечника. Элементы проктологии. Куйбышев, 1963, 3, 23—26.
- Бахтияров В. А., Левин В. А. Патологическая анатомия болезни Фавалли—Гиршпрунга. — Врач. дело, 1967, 12, 12—15.
- Бахур Г. И. Хирургическое лечение гигантизма толстой кишки у детей. Матер. науч. конф. по пробл. «Физиол. и патол. пищев.» Тернополь, 1964, 23—25; Тез. и реф. докл. обл. науч.-практ. конф. хир. и терап. Харьков, 1964, 147—148; Матер. науч. засед. Харьков. науч.-мед. о-ва, Киев, 1966, 57—58.
- Белкания С. П. К вопросу о хирургическом лечении мега-долихоsigмы. Нов. хир. арх., 1959, 5, 100—104; Тез. докл. конф. врачей Юго-зап. ж. д. Киев, 1961, 39—40; Клин. хир., 1962, 12, 87; Матер. науч. конф. по пробл. «Физиол. и патол. пищев.» Тернополь, 1964, 26—26.
- Биезинь А. П., Гауен Я. К. О синдроме расширения толстого кишечника, его вариантах и лечении. — В кн.: Вопр. хир. и ортоп. пороков развития у детей. Рига, 1966, 149—157; В кн.: Вопр. реконстр.-восстан. хир. у детей. Л., 1969, 37.
- Бляу О. Р. Операция при болезни Гиршпрунга по способу Свенсона в модификации Дюамеля. — Хирургия, 1962, 6, 128—130; 1964, 6, 141—142.
- Боголюбов В. Л. Идиопатическое расширение толстых кишок (болезнь Гиршпрунга). Рус. хир. арх., 1908, 24, 449—490.
- Богуславский Т. К вопросу о мегалосигме. — Врач. дело, 1940, 3, 219.
- Борок М. Р. Болезнь Гиршпрунга. Дис. Казань, 1914.
- Брайцев В. Р. Заболевания прямой кишки. М., 1952, 5—30.
- Брегадзе И. Л., Головина А. А., Лушин В. И. Об операции Свенсона—Грекова—Хайатта при болезни Гиршпрунга. — Вести. хир., 1960, 85, 11, 46—52.
- Быков К. М., Давидов Г. М. В кн.: Нервно-гуморальная регуляция в деятельности пищеварительного аппарата человека. М.-Л., 1953, 58—83; Учебник физиологии. М., 1954.
- Вавилова М. Г. Случай болезни Гиршпрунга у ребенка 2 лет. — Педиатрия, 1941, 5, 93—96.
- Величенко В. М., Бугаев Н. В. Применение операции Грекова—Свенсона—Хайатта при болезни Фавалли—Гиршпрунга. — Здравоохр. Белоруссии, 1965, 8, 57—59.
- Венгеровский И. С. К вопросу о лечении мегаколон у детей операцией на симпатической нервной системе. Тр. Томск. мед. ин-та, 1953, 246—250.
- Веретенков В. И. Усовершенствование метода оперативного лечения болезни Фавалли—Гиршпрунга. Элементы проктологии. Куйбышев, 1963, 3, 123—126; Хирургия, 1955, 7, 85—88; В кн.: Акт. вопр. клин. хир. Куйбышев, 1965, 32, 37—41; Матер. науч. конф., посвящ. пробл. анастомозов в желуд.-кишечн. хир. Курган, 1966; 101—102; Тез. докл. 7 Куйбышев. обл. науч.-практ. конф. хир. и травм. Куйбышев, 1966, 57—59; Модификация методики хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. Дис. канд. Куйбышев, 1967, Хирургия, 1968, 7, 106—110; Тр. Целиногр. мед. ин-та, 1968, 2, 305; Матер. науч.-практ. конф. врачей Ульянов. обл., 1968, 114—115; Элементы проктологии. Куйбышев, 1969, 5, 51—52; Матер. Всерос. конф. хир. Казань, 1970, 171; Матер. 6 науч.-практ. конф. Ульянов. обл. 1970, 124—126; Тр. Куйбышев. мед. ин-та, 1971, 71, 130—133; Хирургия, 1970, 10, 157.
- Виноград-Финкель Ф. Лечение мегаколон. — Хирургия, 1941, 8, 83—94.
- Вишневский А. В. К вопросу о периферической иннервации прямой кишки. Дис. Казань, 1903.
- Вознесенский Е. К вопросу о завороте мегалосигмы. Нов. хир. арх., 1934, 30, 2, 271—272.
- Волочаев А. Д. К вопросу о болезни Гиршпрунга. — Врач. дело, 1938, 3, 223—226.
- Воробьев М. Ф. Болезнь Гиршпрунга у больного хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. — Врач. дело, 1964, 10, 137—139.
- Габай А. В. Хирургическое лечение врожденного гигантизма толстой кишки. — В кн.: Сб. науч. тр. Горьков. мед. ин-та, 1955, 34, 249—257; Нов. хир. арх., 1956, 3, 20—23.
- Гаген-Торн И. Способ предотвращения заворота путем мезосигмопликации. XIX съезд рос. хир., 1927, 32—39.
- Галина И. Т., Садыков Ф. Г. Мегаколон у детей и его хирургическое лечение. — В кн.: Сб. науч. работ. Башкир. респ. клин. больницы. Уфа, 1971, 7, 60—63.
- Гальперина С. А. К вопросу о патогенезе и терапии болезни Гиршпрунга. — Врач. дело, 1931, 5—6, 234—237.
- Гачечиладзе Т. В., Ленишкин А. И. Хирургическое лечение болезни Гир-

шпрунга у детей операцией по Соаве. — Хирургия, 1967, 6, 76—79; В кн.: Совр. пробл. педиатр. и дет. хир. М., 39—41; 45—48; В сб.: В помощь участковому врачу. Тбилиси, 1967, 75—83; Матер. 2 респ. конф. «Хирург. анат. и восстан. хир. орг. пищев. тракта», Киев, 1968, 187—188; Науч. тр. центр. ин-та усов. врачей, 1968, 119, 82—84; В кн.: Вопр. реконстр.-восстан. хир. у детей. Л., 1969, 43—44; Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга у детей методом Соаве. Дис. канд. М., 1969.

Гессе Э. Р. Ошибки и опасности в технике эвагинации сигмовидной кишки по И. И. Грекову. — Вести. хир., 1926, 19, 7, 43—47.

Гинзбург Е. К клинике болезни Гиршпрунга. — Русская клиника., 1927, 7, 233—242; Тр. полкл. внутр. бол. 1 Моск. ун-та, М., 1929, 1, 327—340.

Горнштейн А. Б., Рубинштейн Б. Г. К учению о врожденном мегаколон болезни Гиршпрунга. — Врач. газета, 1928, 19, 1342—1346.

Гофман Я. Б. Случай двукратной обтурации кишечным каловым камнем при долихо- и мегаколон. — Сов. мед., 1954, 5, 19—20.

Грачева В. П. К клинике болезни Гиршпрунга. Тр. 1 Краснодар. клин. больницы, 1936, 1, 205—209.

Греков И. И. К лечению поврежденных кишок и брыжейки, в частности S-образной кишки, при акушерско-гинекологических операциях. — Русский врач, 1910, 46, 1685—1689; Рус. хир. арх. Вельяминова, 1911, 27, 208; Прения по докл. Пикина на XV съезде рос. хир., 1922, 272—275; XVI съезд рос. хир., 1924, 582—585; XIX съезд рос. хир. Л., 1927, 9.

Гукасян А. Г. Запоры и их лечение. М., 1959; Клин. мед., 1959, 37, 6, 45—50.

Гуревич Г. Я. Случай болезни Гиршпрунга. — Русский врач, 1909, 1, 13.
Гуревич П. З. Болезнь Гиршпрунга. Казан. мед. журн., 1932, 5—6, 457—461.

Дебеле Ф. Г. О длине кишечника у детей. Дис. СПб, 1900.

Дедов В. П. К патологической анатомии и хирургии мегаколон. — Харьков. мед. журн., 1916, 21, 4, 241—256.

Дерюго Н. Г. Ближайшие и отдаленные результаты после хирургического лечения больных с болезнью Гиршпрунга по методу Соаве. — Здравоохран. Белоруссии, 1974, 5, 60—62.

Димитров Ст., Баев Б., Тошев Ю., Аврамов А. Детская хирургия. София, 1960.

Дмитриев Б. А. Демонстрация мальчика 12 лет после операции Грекова—Свенсона—Пти по поводу болезни Февалли—Гиршпрунга. Нов. хир. арх., 1960, 1, 138.

Долецкий С. Я. Лечение мегаколон у детей. — Педиатрия, 1958, 11, 18—22; Вести. рентген. и радиол., 1958, 6, 3—8; Вести. хир., 1958, 80, 5, 91—98; Уч. записки 2 Моск. мед. ин-та, 1958, 15, 81—86; Хирургия, 1962, 6, 3; 1972, 12, 90—98; В кн.: Хир.; анат. и восстан. хир. орг. пищев. тракта. Киев, 1968, 187—188; Тез. докл. 5 Всесоюз. симпози. дет. хир. М., 1972, 14—22; Матер. 4 конф. врачей-проктол. РСФСР. М., 1973, 102—104.

Долецкий С. Я., Исаков Ю. Ф. Детская хирургия. М., 1970, II.

Дрейер К. Л. Оперативное лечение болезни Гиршпрунга модифицированной мотодикой Дюамеля. Матер. докл. 1 Всесоюз. конф. дет. хир. М., 1965, 180; Тр. Ленингр. педиатр. мед. ин-та, 1967, 47, 426—430; В кн.: Акт. вопр. хир. дет. возр. Кишинев, 1967, 202—205; Матер. 3 респ. конф. дет. хир. Украины. Киев—Днепропетровск, 1967, 65; Матер. VII съезда хир. Закавказ. респ. Баку, 1967, 191; В кн.: Вопр. реконстр.-восстан. хир. у детей. Л., 1969, 35—36; Науч. тр. Ленингр. ин-та усов. врачей, 1969, 70, 67—71; Тр. Ленингр. педиатр. мед. ин-та, 1970, 56, 136—142.

Дробинский А. Д. Клиника и лечение обстипационного энкопреза. — Вопр. охраны мат. и дет., 1968, 13, 11, 82—84.

Егоров Д. И. Операция Свенсона при болезни Гиршпрунга. Тр. Перм. мед. ин-та, 1967, 66, 143—147.

Есенов К. Т. Результаты операции Дюамеля при болезни Гиршпрунга у детей. — В кн.: Вопр. хир. пат. Л., 1967, 426—430; Матер. 3 респ. конф. дет. хир. Украины. Киев—Днепропетровск, 1967, 65; Юбил. науч. сесс. молодых ученых. Киев, 1967, 89—91; Вести. хир., 1967, 9, 155—156; 1968, 2, 148; Тр. 1 обл. науч. конф. дет. хир. МССР. Кишинев, 1968, 14; Тр. 20 науч. конф. молодых ученых. Л., 1969, 23—33; В кн.: Вопр. хир. дет. возраста. Л., 1969, 67—71; Хирургия, 1969, 7, 94—97; Матер. 2 Всес. науч. конф. дет. хир. Л., 1969, 35—36; Лечение детей с болезнью Гиршпрунга модифицированной операцией Дюамеля. Дис. канд. Л., 1969—1970; Тез. докл. науч. конф. молодых ученых Ленинград. педиатр. мед. ин-та, 1970, 55—56; 56—57; 152—154; Тр. Ленингр. педиатр. мед. ин-та, 1970, 54, 244—251; Казан. мед. журн., 1971, 3, 52—53.

Жвиф Ф. Демонстрация мальчика с болезнью Гиршпрунга. — Врач. газета, 1914, 1, 32.

Жуковский В. О врожденном расширении толстых кишок с гипертрофией стенки всего кишечника, стенозом и внутренней грыжей. — Мед. обозр., 1903, 19, 7, 485—500.

Заварзин А. А. Курс гистологии и микроскопической техники. М.-Л., 1936.

Завьялов П. В., Сваровская Т. Л., Мухаметова Ф. С. Мегаколон у детей. — В кн.: Акт. вопр. проктол. Омск, 1972, 109—111.

Званитайс В. И. Сфинктеропластика у детей при недостаточности анального жома после операции по поводу болезни Гиршпрунга. Матер. 4 конф. врачей проктол. РСФСР, М., 1973, 114—115.

Зверев А. Ф., Сагутдинова Д. А. К вопросу оперативного лечения болезни Гиршпрунга. Тез. докл. конф. врачей гор. клин. больницы № 1. Свердловск, 1963, 43—44.

Зеленский П. А. Гиршпрунгова болезнь. — В кн.: Реальная энциклопедия практической медицины. СПб, 1910, 4, 606—614.

Злотников М. Д. Врожденный мегаколон. — Сов. хир., 1936, 1, 516, 579—596.

Исаков Ю. Ф. Мегаколон у детей и его хирургическое лечение. Тез. докл. I Всерос. съезда хир. Л., 1958, 119—121; Тр. того же съезда, 1958, 490—494; Хирургия, 1959, 75—80; Вести. рентген и радиол., 1960, 1, 6, 37—41; Тез. докл. науч. конф. 2 ММИ М., 1961, 58—60; Хирургия, 1962, 6, 89—92; Тез. докл. II Всерос. съезда хир. Саратов, 1962, 135—136; Тр. того же съезда. Саратов, 1963, 465—467; Болезнь Гиршпрунга у детей. Дис. докт. М., 1963; Мегаколон у детей. М., 1965; В кн.: Акт. вопр. дет. хир., анестез и реаним. М., 1969, 46—48; Тез. докл. 5 Всесоюз. симпоз. дет. хир. М., 1972, 22—28.

Исаков Ю. Ф., Ленишкин А. И., Долецкий С. Я. Хирургия пороков развития толстой кишки у детей. М., 1972.

Каграманов К. Ф. К вопросу о болезни Гиршпрунга. — Азербайдж. мед. журн., 1941, 2, 47—50.

Калелович М. А. К вопросу о болезни Гиршпрунга. — Вести. сов. мед., 1929, 1, 13—23.

Капитонов Г. и др. Болестта на Гиршпрунг и нейното оперативно лечение. Хирургия. София, 1960, XIII, 10, 838—846.

Каплун М. С. Случай аномального расположения мочевого пузыря в сочетании с болезнью Гиршпрунга. — Урология, 1958, 2, 56—58.

Касум-Заде З. Н. Тактика хирурга при хирургическом лечении болезни Гиршпрунга. Уч. записки Азербайдж. ин-та усов. врачей, 1964, 6, 2, 26—28.

Кад И. И. К вопросу о мегаколоне. — Одес. мед. журн., 1923, 5, 321—352.

Кириллова И. А., Леонтьев Л. А. Гистохимические исследования катехоламинов и ацетилхолинэстеразы в нервах кишки при болезни Гиршпрунга. Матер. IV съезда Белорус. физиол. о-ва. Минск, 1974, 2, 88—90.

Киричук А. И., Шапиро Г. В. К вопросу о лечении болезни Гиршпрунга. — В кн.: Вопр. реконстр.-восстан. хир. у детей. Л., 1969, 39—40.

Климанов В. В. К вопросу о диспансеризации с хроническим запором на почве долихоsigmoidy. — В кн.: Акт. пробл. хир. больных. Уфа, 1971, 173—175.

Ковалевич М. Д. Мегаколон у детей и его лечение. Тр. юб. науч. конф. повс. 50-лет. клиники фак. хир. Ростов-на-Дону мед. ин-та, 1965, 102—112.

Козлов М. А. Операция Свенсона и Дюамеля у детей. — Хирургия, 1970, 7, 24—26.

Комаровский Ю. Т. К методике операции Свенсона—Хайатта—Пти—Исакова при болезни Гиршпрунга. — В кн.: Осн. пробл. перед. опыта мед. учр. Терноп. обл. Киев, 1967, 165—166.

Корчагина Е. Л. Болезнь Фавалли—Гиршпрунга и ее лечение. Тез. докл. науч.-практ. конф. дет. врачей. Красноярск, 1964, 73—74; В кн.: Акт. вопр. клин. мед. Красноярск, 1966, 200—203; 204—205; Матер. науч. конф. хир. травм. Красноярск, 1967, 205—209; 209—214; Матер. 3 респ. конф. дет. хир. Украины. Киев—Днепропетровск, 1967, 65—66; Некоторые вопросы клиники, диагностики и хирургического лечения болезни Гиршпрунга. Дис. канд. Красноярск, 1969; В кн.: Вопр. реконстр.-восстан. хир. у детей. Л., 1969, 36—37; Вопр. эксп. и клин. медицины. Красноярск, 1972, 1, 82—85, 85—86.

Красовский Ю. С. Болезнь Гиршпрунга и ее лечение у детей первых месяцев жизни. — В кн.: Вопр. хир. и ортоп. пороков развития у детей. Рига, 1966, 167—172.

Красюк Б. М. Отдаленные результаты лечения болезни Гиршпрунга операцией Дюамеля. — В кн.: Акт. вопр. хир. дет. возр. Белгород, 1974, 19—21.

Ксеидзовский М. Случай болезни Гиршпрунга у мальчика 8 лет, излеченного гипно-суггестивной терапией. — Сов. врач, 1937, 12, 917—921.

Куприянов П. А. К хирургической анатомии связочного аппарата толстой кишки. — Вести. хир., 1922, 11, 4, 5, 6, 429—432.

Куриосова Н. А., Атагельдыев Т. А., Ленишкин А. И. Характе-

ристка микрофлоры кишечника при мегаколон у детей. — Педиатрия, 1968, 12, 58—60.

Куш Н. Л. Лечение болезни Фавалли—Гиршпрунга операцией по Дюамелю. Дис. канд. Донецк, 1963—1964; Педиатрия, 1964, 2, 81—83; Матер. науч. конф. фак. хир. клин. педиатр. и сан.-гиг. факультетов Донец. мед. ин-та. Киев, 1964, 131—137; 147—149; Сов. мед., 1964, 7, 117—119; Хирургия, 1964, 6, 54—56; Тез. докл. мед. секции I обл. науч.-техн. конф. молодых ученых. Донецк, 1965, 44—46; Врач. дело, 1965, 2, 116—117; Вестн. хир., 1966, 96, 3, 117—120; Сов. мед., 1966, 9, 98—101; Хирургия, 1966, 7, 74—75; Педиатр., акуш., гин., 1967, 2, 21—23; В кн.: Вопр. реконстр.-восстан. хир. у детей. Л., 1969, 41—42; Болезнь Фавалли—Гиршпрунга у детей. Киев, 1970; Вестн. хир., 1971, 106, 4, 80—83.

Лаврентьев Б. И. Морфология автономной нервной системы. М., 1939, 1946, 13—84.

Лапицкий А. И. Гигантский копролит при болезни Гиршпрунга. — Здравоохр. Белоруссии, 1972, 5, 76—77.

Лауенберг Б. Клинико-рентгенологические параллели при долихосигме. — Вестн. рентген. и радиол., 1940, 24, 5, 274—281.

Леман А. Э. О рефлекторных движениях тонких и толстых кишок. Дис., 1912.

Ленюшкин А. И. и др. Некоторые принципы дооперационного клинического исследования при болезни Гиршпрунга. — В кн.: Современ. метод. исслед. в дет. хир. М., 1955, 60; В кн.: Совр. пробл. педиатр. и дет. хир. М., 1967, 45—47; Детская амбул.-поликл. хирургия. М., 1967; Хирургия, 1967, 6, 68, 7, 86—94; Сб. тр., посв. 75-летию глав. клин. респ. больницы Тбилиси, 1970, 133—135; Хир. лечение пороков развития толстой кишки у детей. Автореф. докт. дис. М., 1970; Хирургия, 1973, 6, 131; 1974, 7, 116; Вестн. хир., 1974, 112, 2, 89—93; Педиатрия, 1974, 5, 18; Проктология детского возраста. М., 1976.

Линченко И. Ф. Об операции Дюамеля при врожденном мегаколон. — В кн.: Вопр. хир. и урол. Ставрополь, 1966, 41—46.

Лихт Л. М. Хронические запоры. Ростов-на-Дону, 1940; Болезни желудка и кишечника. М., 1957.

Лишке А. А., Храмцов А. А. Новая модификация операции Соаве при болезни Гиршпрунга. — В кн.: Хирургия толстой кишки, новое в хирургии. Тбилиси, 1972, 77—78.

Ловцкий Я. А., Брейтман М. Я. Клиническая фармакотерапия. М.-Л., 1930, 323—324.

Логинова-Катричева Л. В. Некоторые данные о физиологии дефекации у детей. Элементы проктологии. Куйбышев, 1960, 2, 27—29; 43—49.

Лубенский Ю. М., Корчагина Е. Л. Болезнь Гиршпрунга. — В кн.: Акт. вопр. клин. мед. Красноярск, 1966, 200—203; Сб. сокр. докл. межобл. науч. конф. рентгенол. и радиол. Красноярск, 1967, 84—85.

Лысенков Н. К., Бушкович В. И., Привес М. Г. Учебник нормальной анатомии человека. М., 1958.

Маергоиз Е. М. Долихоколон и мегаколон. Тр. IV укр. съезда терапев. Харьков, 1939, 364—374; Долихо- и мегаколон и его клиническое значение. Дис. канд. Уфа, 1947.

Макаренко А. И. Гиршпрунга болезнь. ГМЭ, 1958, 7, 333.

Макаров А. В. Оперативное лечение мегаколон у детей по видоизмененному методу Свенсона. — В кн.: Вопр. торакал. и реконстр. хир. Астрахань, 1965, 154—155; Хирургия, 1966, 7, 70—73; Матер. II Всерос. съезда рентген. и радиол. Л., 1966, 282—283; Тез. 49 науч. конф. Астрах. мед. ин-та, 1967, 133—134; В кн.: Ближ. и отдал. результ. хир. леч. язв. болезни желудка и 12-персти. кишки. Астрахань, 1968, 148; Педиатрия, 1968, 3, 64—68; Расширенная резекция толстой кишки при некоторых пороках развития ее у детей. Дис. канд. Астрахань, 1968—1969; Тр. Астрах. мед. ин-та, 1969, 18, 132—136.

Максимов Н. А. Интенсивность гликогенолиза в мускулатуре толстого кишечника детей при болезни Гиршпрунга. Тез. докл. науч. конф. молодых ученых Ленингр. педиатр. мед. ин-та, 1970, 100—101; В кн.: Система гомеостазиса в норме и патологии. Л., 1971, 42—43; В кн.: Вопр. мед. химии. Л., 1972, 171, 3, 246—249.

Мартов Ю. Б. Операция по методу Соаве при болезни Фавалли—Гиршпрунга. — Здравоохр. Белоруссии, 1968, 9, 83—83.

Мащенко П. А. Хирургическое лечение болезни Гиршпрунга. Тр. Иркутск. мед. ин-та, 1967, 68, 231—234; В кн.: Инвагинационные анастомозы... Курган, 1967, 248—250.

Маят В. С. К хирургическому лечению болезни Гиршпрунга. — Нов. хир. арх., 1928, 7, 8, 295—300.

Меньших О. В., Сиваш С. М. Интенсивная терапия и выбор обезболивания при операциях по поводу болезни Гиршпрунга у детей. Матер. II съезда хир. Сред. Азии и Казахстана. Душанбе, 1973, 321—322.

- Митрошенко А. Я. О болезни Гиршпрунга. Матер. науч. сесс. Витебск. мед. ин-та, 1959, 66—67.
- Мифтахов Н. А. Механический шов при резекции прямой кишки у детей с болезнью Гиршпрунга. — В кн.: Вопр. реконстр.-восстан. хир. у детей. Л., 1969, 40—41; Тез. 6 науч.-практ. конф. респ. больницы. Чебоксары, 1969, 53—54; Тр. Каз. мед. ин-та, Казань, 1970, 31, 44—47; 47—50; 165—166; Матер. Всерос. конф. хир. Казань, 1970, Тез. 4 науч.-практ. конф. врачей МСЧ хлопчатобум. комб. Чебоксары, 1971, 101—104; Тр. Уральск., конф. хир. Пермь, 1971, 441—442.
- Михальчук Р. Н. О первичном мегаректум у детей. Автореф. дис. Донецк, 1974.
- Молодая Е. К. К вопросу об этиологии мегаколон. Арх. клин. и exper. мед., 1923, 1—2, 46—58.
- Мостковый М. И. Дифференциальный диагноз мегаколон, або хвороби Гиршпрунга. — Врач. дело, 1937, 5, 395—395.
- Мулдаев М. А., Мукушев Н. У. Ближайшие результаты хирургического лечения болезни Фавалли—Гиршпрунга по методу Соаве—Ленюшкина. Здравоохр. Казахстана, 1970, 1, 49—50.
- Мурашов И. К. Пороки развития заднего прохода и прямой кишки. Дис. докт. М., 1956.
- Новолодский Л. П. Операция по Дюамелю при мегаколон. — Здравоохр. Белоруссии, 1972, 8, 73.
- Орлов В. В., Александров И. Н. Хирургическое лечение мегаколон у детей. — В кн.: Вопр. клин. мед. Барнаул, 1969, 131—133.
- Островский Е. А. О показаниях к созданию искусственного заднего прохода у детей с болезнью Гиршпрунга. — Вестн. хир., 1966, 97, 8, 114—116.
- Палавандишвили Ш. Ш. Гигантский копролит и мегадолихоколон. — Хирургия, 1961, 6, 113—114.
- Певзнер М. И. О хронических запорах. — Сов. мед., 1926, 4, 4—7.
- Петиннов А. Я. Четыре случая болезни Гиршпрунга. — В кн.: Сб. тр., посв. 40-летию юбилею Н. Е. Штерн. Саратов, 1941, 145—158.
- Погуляйко Н. М. О клинике и лечении болезни Фавалли—Гиршпрунга. — В кн.: Вопр. патол. органов пищев. Киев, 1963, 62—69; Клин. хир., 1963, 4, 63.
- Подгорбунский М. А., Судья Г. П. Отдаленные результаты лечения врожденной мегалосигмы. Матер. 6 науч. конф. Кемер. мед. ин-та, 1964, 117—117.
- Покровский В. П. К диагностике и лечению болезни Гиршпрунга. Тр. Ростов-на-Дону мед. ин-та, 1939, 4, 125—129.
- Потапов И. Н. Гистоструктура межмышечного ауэрбаховского сплетения кишечника в различные возрастные периоды. Дис. канд., 1957.
- Поташникова С. Б. Рентгенологическое исследование при болезни Гиршпрунга. Тез. докл. VII Всерос. съезда рентген. и радиол. Саратов. 1958, 32—33; Матер. 9 науч. сесс. Ленингр. педиатр. мед. ин-та. Л., 1958, 67—68; то же, 10 науч. сесс., 1959; Урология, 1959, 10, 438—440; Вестн. рентген. и радиол., 1960, 6, 65—69; Вестн. хир. 1961, 10, 153—157; Хирургия, 1962, 6, 192—195; Урология, 1963, 53—56; Вестн. хир., 1964, 6, 76—83; Педиатрия, 1964, 10; Матер. VIII Всесоюз. съезда рентген. и радиол. Ташкент, 1964, 198—199; Сб. тр. конф. ин-та педиатр. АМН СССР, 1965; Матер. Всерос. съезда рентген. и радиол. Л., 1966, 41—48; 277—278; Вестн. рентген. и радиол., 1968, 38—45; Рентгенологическое исследование толстой кишки и мочевыводящих путей растворимым контрастным веществом в детской хирургической практике. Дис. канд. Л., 1968; Тр. Ленингр. педиатр. мед. ин-та, 1974, 63, 104—107.
- Проталинская Л. Два случая резекции толстой кишки при болезни Гиршпрунга. Тр. госп. хир. клин. Свердл. мед. инт-та, 1939, 479—490.
- Пугачев А. Г. и др. Хирургия, 1964, 6, 50—54; Тез. докл. 5 Всесоюз. симпози. дет. хир. М., 1972; Вестн. хир., 1972, 12, 42.
- Раевский М. С. Болезнь Фавалли—Гиршпрунга. — Хирургия, 1959, 7, 80—83.
- Райц М. Случай болезни Гиршпрунга. — Врач. газета, 1914, 29, 1056.
- Раушенбах Г. И. О лечении мегаколон у детей. — Здравоохр. Казахстана, 1963, 3, 39—44.
- Рахманинов И. М. О спастическом запоре у детей. — Педиатрия, 1929, 13, 3, 184.
- Рисованный В. А. Диагностика и лечение аганглиоза толстого кишечника у детей (болезни Фавалли—Гиршпрунга). Краснодар, 1966.
- Розенберг А. В. Долихосигма и ее клиническое значение. Дис. канд. Ростов-на-Дону, 1941.
- Руменов И. Нови носоки при оперативнато лечение на болеста на Гиршпрунга. — Хирургия, 1960, 13, 10, 846—852.
- Рыбак А. Рентгенодиагностика заболеваний толстых кишок. — Журн. усов. врачей, 1929, 5, 314—316.

Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956, 11—34; Атлас операций на прямой и толстой кишках. М., 1960.

Сагутдинова Д. А. Осложнения и вторичные патологические процессы при болезни Гиршпрунга у детей раннего возраста. Сб. Свердлов. мед. ин-та, 1963, 42, 155—160.

Самарин Н. Колэктомия при стазах на почве доброкачественных заболеваний толстых кишок. Матер. XVIII съезда рос. хир., 1927, 275—285.

Сандуновский И. О завороте сигмовидной кишки. — Хирургия, 1938, 11, 181—184; Мегаколон (болезнь Гиршпрунга). Дис. докт. М., 1947.

Ситковский Н. Б., Бакланова А. Н. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения болезни Гиршпрунга. Врач. дело, 1971, 4, 28—32.

Смотров В. Некоторые аномалии толстых кишок и их отношение к клинике. — Сов. клиника, 1931, 15, 85—86, 387—395.

Снешко Л. И., Куш Н. Л. Хирургическое лечение болезни Фавалли—Гиршпрунга по методу Дюамеля. — Вестн. хир., 1963, 91, 8, 108—112; Клин. хир., 1963, 4, 64—65; 1964, 3, 35—39.

Соаве Ф. Новый оперативный метод лечения болезни Гиршпрунга. — Хирургия, 1966, 7, 60—65.

Сози Т. А. Оперативное лечение болезни Гиршпрунга у детей. Тез. докл. 5 гор. науч. конф. молодых хирургов. Л., 1959, 34; Вестн. хир., 1960, 85, 8, 67—70; 1961, 5, 157; 1965, 7, 149; Лечение болезни Гиршпрунга у детей по методу Свенсона. Дис. канд. Л., 1965; 1967; Тр. Ленингр. ин-та усов. врачей, 1969, 70, 71—76. В кн.: Вопр. реконстр.-восстан. хир. у детей. Л., 1969, 44—45.

Солтан И. И., Иванов В. Г. Отдаленные результаты хирургического лечения болезни Фавалли—Гиршпрунга. Тр. Ленингр. сан.-гиг. мед. ин-та, 1969, 87, 241—243.

Сорока А. А., Никифоров А. Н. Ранние осложнения после операции при болезни Гиршпрунга. — В кн.: Ранние послеопер. осложн. Минск, 1974, 88—89.

Спекторова Э. Г., Вольфсон А. С. О диагностике болезни Гиршпрунга. — Сов. клиника, 1935, 21, 3, 463—470.

Степанова М. Н., Селезнева К. Н., Федотов П. Д. Сравнительная оценка некоторых методов хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей. — Хирургия, 1973, 11, 10—16.

Стрельников В. Е., Шостя Н. П., Чалганов А. И. Об оперативном лечении мегасигмы (долихосигмы). — Вестн. хир., 1960, 11, 42—45.

Сухарева М. Е. К вопросу о болезни Гиршпрунга. — В кн.: Сб., посв. памяти С. И. Федынского. М., 1927, 228—233.

Сычева Л. М. Случай болезни Гиршпрунга. — Сибирский врач, 1914, 9, 98—101; Врач. газета, 1914, 32, 1097—1099; 33, 1111—1112.

Тагиров К. Х., Бодня И. А., Коррель, Гинзбург М. С. К вопросу о лечении мегаколон у детей. Матер. респ. юб. науч.-практ. конф. по акт. вопр. педиатр. Ташкент, 1969, 82—84; Мед. журн. Узбекистана, 1969, 2, 10—13.

Телков Н. А. Модификация операции при болезни Гиршпрунга и раке прямой кишки. — Хирургия, 1971, 8, 81—85.

Тербинский Н. А. Гиршпрунга болезнь. БЭМ, 1958, 7, 334—339.

Терновский С. Д. Болезни кишок. Обзоры за 15 лет (1910—1925). Гослит., 1926, 2; Акт. вопр. проктол. Уфа, 1959, 179—185; Хирургия детского возраста, М., 1959.

Тихомирова Е. И. О функции дистального отдела толстого кишечника в рентгеновском изображении. Элементы проктологии. Куйбышев, 1960, 2, 49—54.

Тихонович Г. С., Маркин С. П. К клинике болезни Гиршпрунга. Тер. арх., 1962, 6, 56—60.

Тишлер Э. Я. К диагностике мегаколон у детей. Тез. докл. VIII Всесоюз. съезда рентген. и радиол. М., 1964, 301—301.

Топузов В. С. Модификация операции Дюамеля при болезни Фавалли—Гиршпрунга у детей. Тр. Харьков. мед. ин-та, 1972, 105, 128—130; Акт. вопр. хир. дет. возр. Белгород, 1974, 18—19; Матер. 3 Всесоюз. конф. дет. хир. Алма-Ата, 1974, 330—331.

Тошовский В., Вихитил О. Острые процессы в брюшной полости при врожденных аномалиях у детей. М., 1957.

Трофимова З. А., Поташникова С. Б. К рентгенодиагностике агангиоза толстой кишки (болезнь Гиршпрунга) у новорожденных и грудных детей. — Вестн. рентген. и радиол., 1968, 3, 38—45.

Тупинг О. С. Случай болезни Гиршпрунга у новорожденного. Журн. по изучению раннего дет. возр., 1932, 12, 11—12, 470—472.

Улитчев В. Н. Случай заворота мегасигмы при болезни Фавалли—Гиршпрунга. Науч. тр. гор. клин. больницы № 1. Уфа, 1968, 1, 383—384.

Ушаков В. В. Болезнь Гиршпрунга в судебно-медицинской практике. — В кн.: Вопр. травм., токсик., скорост. смерти и деонтологии в экспер. практике. М., 1966, 3, 339—342.

Флеров С. К вопросу о тотальной колэктомии. — Каз. мед. журн., 1931, 7,

- Хлыстов В. Г. Хронические функциональные запоры и их лечение. — *Клин. мед.* 1959, 6, 37, 38—45.
- Холдин С. А. Лечебная тактика при злокачественных новообразованиях прямой кишки и дистального отдела сигмовидной. *Акт. вопр. проктол.* Уфа, 1957, 155—160.
- Цибулькина Г. И. Идиограмма плазмы крови у детей с болезнью Гиршпрунга. Тез. докл. 20 науч. конф. молодых ученых Ленингр. педиатр. мед. ин-та, 1969, 82—83; то же, 1970, 148—149; то же, 1971, 68; В кн.: Система гомеостаза в норме и патологии. Л., 1971, 68; *Вестн. хир.*, 1971, 8; Объем циркулирующей крови и его компоненты у детей с болезнью Гиршпрунга. Дис. канд. Л., 1971; *Тр. Ленингр. ин-та усов. врачей*, 1972, 112, 52—56.
- Чернов В. Е. Непроходимость кишок у детей вследствие заворота сигмы. — *Мед. обозр.*, 1904, 62, 20, 512—536; *Детская медицина*, 1905, 1, 73—84.
- Шаак В. А. К патогенезу и оперативному лечению болезни Гиршпрунга. — *Вестн. хир.*, 1933, 30, 87—89, 10—18.
- Шавинер Н. И. Материалы к первичной резекции мегасигмы. Юбилей ин-та усов. врачей. Харьков, 1934, 1, 267—274; *Патологическая анатомия, клиника и лечение мегасигмы*. Дис. канд., 1937.
- Шалимов А. А. Модификация операции И. И. Грекова — резекции прямой кишки. — *Вестн. хир.*, 1954, 2, 74, 50—52.
- Швари Н. В. Хирургия детского возраста. М., 1935.
- Шендрик Ю. Г., Веретенков В. И. К рентгенологической диагностике болезни Гиршпрунга. *Тр. Целиногр. мед. ин-та*, 1968, 2, 305.
- Шилов В. Н. К выбору метода лечения болезни Фавалли—Гиршпрунга. — В кн.: *Хир. язв. бол. желудка и 12-перст. кишки*. Ставрополь, 1968, 437—438.
- Шор Н. А., Груминский В. С. Хирургическое лечение болезни Фавалли—Гиршпрунга. — В кн.: *Хир. анат. и восстан. хир. органов пищев. тракта*. Донецк, 1965.
- Шуринок А. Р., Бакланова А. Н. К хирургическому лечению мегаколон при болезни Фавалли—Гиршпрунга. *Нов. хир. арх.*, 1960, 3, 30—37; *Клин. хир.*, 1963, 6, 10—16; *Хирургия*, 1966, 7, 66—70.
- Шустер Р. М. К вопросу о болезни Гиршпрунга. *Тр. Перм. мед. ин-та*, 1937, 10, 149—158.
- Эдельберг Г., Фейнберг В. Перегиб матки и болезнь Гиршпрунга. — *Гин. и акуш.*, 1925, 2, 113—124.
- Эсперов Б. Н., Рисованный В. А. Операция Соаве при болезни Фавалли—Гиршпрунга. *Акт. вопр. клин. мед.* Краснодар, 1962, 242—246.
- Яковлев В. С., Чесноков Н. С. Два наблюдения болезни Фавалли—Гиршпрунга. — В кн.: *Сб. науч. работ воен.-мед. отд. Прикарпат. воен. окр.* Львов, 1969, 2, 127—129.
- Яросевич В. Г., Дацшин В. М. Врожденная гидроцефалия с болезнью Гиршпрунга. — *Здравоохр. Казахстана*, 1972, 1, 66, 66—67.
- Adams H. D. Megacolon. *Surg. Clin. N. Amer.*, Lahey, Cl., 1952, 32, 917—922; *Excerpta Med. Surg.*, 1953, 2, 217; *Am. J. Surg.*, 1959, 98, 248—256.
- Adson A., Yudd E. Lumbar and ramisection for congenital idiopathic dilatation of the colon. *Ann. of Surg.*, 1928, 88, 479—498; *Zorg. f. Ges. Chir. u. Grenzgebiet*, 1937, 82, 2.
- Aimes A. Syndrome of megacolon and Potts disease. *Presse med.*, 1946, 54.
- Ajayi O. O. A. a. oth. Hirschsprung's disease in the neonatal presenting as cecal perforation. *Pediatrics*, 1969, 43, 1, 102—106.
- Akatcherian C. e. a. Particularites de la maladie de Hirschsprung á la periode neonatale. *J. med. liban.*, 1971, 24, 4, 437—440.
- Akovbiantz A. a. oth. Das toxische megacolon. *Helv. chir. Acta*, 1969, 36, 1—2, 31—34.
- Aleem A. A. Bone problems of Hirschsprung's disease. *Alexandria Med. J.*, 1969, 15, 1, 61—72.
- Althoff H., Oestern H. F. Zur Pathogenese und Therapie des Megacolon. *Zbl. Chir.*, 1952, 77, 48, 2369—2377; *Ztschr. f. Menschl. Vererbungs u. Konstitut.*, 1962, 36, 4, 314—340.
- Anschuetz W. Ueber das weitere schicksal des operativ behandelten Megacolon congenitum (Hirschsprungsche Krankheit). *Zbl. Chir.*, 1932, 912.
- Ascherman S. W. Clinical, surgical and pathologic concepts of Hirschsprung's disease. *Calif. J. Internat. Coll. Surg.*, 1960, 34, 4, 423—436.
- Ask-Upmark E. Studien ueber Megacolon mit besonderer Berücksichtigung der Pathogenese und der Spactresultate. *Brun's Beitrag zur klin. Chir.*, 1930, 151, 1, 73.
- Aronson I., Nixon H. H. A clinical evaluation of ano-rectal pressure studies in the diagnosis of Hirschsprung's disease. *Gut*, 1972, 13, 2, 138—146.
- Aronstam E. M. The treatment of congenital megacolon. *Unit. Stat. Arm. Fors. M. J.*, 1952, 3, 2, 311—317.
- Atwell J. D. The early diagnosis and surgical treatment of Hirschsprung's disease in infancy. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1968, 61, 4, 339—340.

- Aubrespy P., Mangiapan. Results of the surgical treatment of Hirschsprung's disease. *Pediatrics*, 1962, 17, 305—307; *Minerva chir.*, 1971, 26, 6, 265—305.
- Axelrod H. Congenital aganglionic megacolon. *Am. J. Surg.*, 1955, 90, 1, 18—25.
- Backwinkel K. D., Oakley D. W., Tuffli G. A. Rectal myectomy for short segment aganglionic megacolon. *Surg., Gyn., Obst.*, 1971, 132, 1, 109—113.
- Bandt S. K. a. oth. Hirschsprung's disease associated with Imperforate anus. *Indian. J. Pediatr.*, 1972, 39, 296, 297—299.
- Bandmann F., Sieber E. Zur problematische des Megacolon und seiner Behandlung. *Brun's Beitr. z. kl. Chir.*, 1953, 187, 493—503; *Zbl. f. Chir.*, 1957, 22, 892—898.
- Bargen A., Adson A., Lundy I. Functional abdominal disfunction stimulating megacolon. *Am. J. Dig. Dis. a. Nutr.*, 1936, 3, 17—19.
- Bassowski A. O. Zabiegach chirurgicznich w przypadkach t. zw. megacolon congenitum. *Vortr. a. d. XI poln. Chirurgrenkongress zu Krakau*, 1901.
- Bayart M. Les megacolons. *J. sci. med. Lille*, 1973, 91, 12, 457—461.
- Becker J. Das Megacolon congenitum (Hirschsprung'sche Krankheit). *Zbl. f. Chir.* 1951, 76, 24a, 1801—1804.
- Behbein F., Huether W. Hirschsprung'sche Erkrankung ohne enges Segment. *Kinderaertzt. Praxis*, 1957, 9, 403—409.
- Benedik M., Kornhauser P. Jdravljenje Hirschsprungova bolesni. *Zdrav. Vestn.*, 1969, 37, 10, 355—359.
- Bennett A. a. oth. Adrenergic myenteric nerves in Hirschsprung's disease. *Brit. Med. J.*, 1968, 1, 487.
- Bentley J. F. R. Some new observations on megacolon in infancy. *Dis. Colon, Rectum*, 1964, 7, 462—470; *Arch. Dis. Child.*, 1966, 41, 144—152; *Minerva chir.*, 1971, 26, 6, 310—314.
- Bergman C. Z. Roentgenographic manifestation of congenital megacolon (Hirschsprung's disease) in early infancy. *Pediatrics*, 1956, 18, 2, 227—238.
- Bertrand P., Gilbertas A., Barry P. Megacolon congenital. Operation de Swenson. *Lyon chir.*, 1954, 49, 8; *J. Lyon. med.*, 1957, 6, No special, 401—407.
- Bethenod M. a. oth. Semiologie clinique du megacolon. A partir de 136 observations. *Pediatric*, 1973, 28, 6, 623—630.
- Bieder W., Blum M. Neurochirurgische Behandlung des congenital idiopathischen Megacolon. *Arch. fal. chir.*, 1944, 206, 39—65.
- Billir A. H. A new concept of the cause of Hirschsprung's disease of congenital megacolon with a new method of treatment by surgery. *Narthw. Med. Seattle*, 1950, 49/5, 341—344; *Exepta Medica Surgery*, 1951, 55, 5, 641; *Gynec., Obstet.*, 1957, 104, 2, 151—156; *Amer. J. Surg.*, 1962, 103, 1, 40—74.
- Bing A. Zur Kenntnis der Hirschsprung'schen Krankheit und ihre Aetiologie. *Arch. Kinderheilkunde*, 1906, 44, 59—85.
- Black B. M., Botham R. I. Combined abdomino-endorectal resection. *Surg. Cl. N. Amer.*, Mayo Cl., 1957, 37, 3, 989—997.
- Blando W. R. O., Arata L. Complicaciones del megacolon. *Pren. med. argent.*, 1968, 55, 10, 719—721.
- Bleiberg H. e. a. Megaduodenum congenital considerations á propos d'un cas. *Lille med.*, 1968, 13, 766—768.
- Bodian M., Stephens F. D., Ward C. M. Hirschsprung's disease and idiopathic megacolon. *Lancet*, 1949, 2561, 6540, 6—11; *Gastroenterologia*, Basel, 1950/1951, 76, 6, 339—343; *Arch. franc. de pediat.*, 1950, 7, 7, 661—680; *Lancet*, 1950, 258, 6593, 19—22; 1951, 260, 6650, 302—309, *International congress of paediatrics*, Copenhagen, 1956; *Ann. Hum. Genet.*, 1963, 26, 261; *Lancet*, 1961, 1, 6.
- Bohm G. M., Smith B. Pathology of an east african megacolon. *Gut*, 1966, 7, 662.
- Boley S. J. New modification of the surgical treatment of Hirschsprung's disease. *Surgery*, 1964, 56, 1015; Presented at the surgical section *Amer. Acad. of Pediat.*, Washington, Oct. 21—23, 1967; 53 *clin. congr. Am. coll. surg.*, Chicago, oct. 2—6, 1967; *Surg. Gyn. Obst.*, 1968, 127, 2, 353—358; *J. Pediatr. Surg.*, 1968, 3, 2, 258—262.
- Bowden D. H., Goodfellow A. M., Munn I. D. Hirschsprung's disease in the neonatal period. *J. Pediatr.*, 1957, 50, 3, 321—326.
- Braun H. Zur operative Behandlung der congenital Dilatation des Colon (Hirschsprung'sche Krankheit). *Verhandl. d. Gesellsch. d. Naturforscher u. Aerzte*, 75, *Versammlg.* 74, Cassel, 1904, 11, 143.
- Bruenning F. Zwei Faelle von Hirschsprung'scher Krankheit. *Dtsch. m. Wschr.*, 1905, 10, 108; *Klin. Wschr.*, 1923, 2; *Zbl. f. Allgem. Pathol. and pathol. Anatomic*, 1926, 37, 10, 463; *Med. kl. Wschr. f. Pract. Aerzte*, 1927, 30, 1181.
- Buttersack. Ueber familiaeres Vorkommen des Hirschsprung'sche Krankheit. *Zbl. f. d. Ges. Chir. u. ihre Greuzgeb.*, 1911, 41, 10.

- Cagini P. Megacolon agangliare congenito. *Minerva pediatr.*, 1970, 22, 12, 563—567.
- Campo-Paysaa A. et al. Operations de Swenson dans le traitement du megacolon congenital de l'enfant. *Lyon chir.*, 1973, 69, 2, 121—125; *Pediatrie*, 1973, 28, 6, 649—656.
- Campbell J. B., Robinson A. E. Hirschsprung's disease presentings as caecid fecaloma. *Pediat. Radiol.*, 1973, 1, 161—163.
- Campbell P. E., Noblett H. R. Experience with rectal suction biopsy in the diagnosis of Hirschsprung's disease. *J. Pediat. Surg.*, 1969, 4, 4, 410—415.
- Chabrial F. Hirschsprung's disease. A new modification for rectosigmoidectomy. *Amer. J. Surg.*, 1961, 102, 1, 48—51.
- Clausen E. D. The newer concepts of megacolon. *West. J. Surg.*, 1952, 60/10, 488—496; *Excepta Medica Surg.*, 1953, 5, 64.
- Concetti L. Ueber einige angeborene bei Kindern die habituelle Verstopfung hervorruhenden Missbildung des colon. *Arch. Kinderheilk.*, 1889, 27, 319—366.
- Connel A. M. Colonic motility in megacolon. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1961, 54, 1040.
- Conole F. D. Newer concepts in the surgical management of megacolon. *N. I. St. J. Med.*, 1951, 51/20, 2409—2410; *Excer. Med. Surg.*, 1952, 7, 963.
- Cottes M. F. Megacolon et encopresie. *Pediatric*, 1973, 28, 6, 657—660.
- Cremin B. J. The delayed film in Hirschsprung's disease. *S. Afr. Med. J.*, 1971, 45, 3, 67—69.
- Cutain D. E. Megacolon. *J. Intern. Coll. Surg.*, 1956, 26/4-1, 485—495; *Dis. Colon, Rectum*, 1961, 495, 335—342.
- Cox Ph. A., Heaton L. D. Congenital megacolon in an 18-year-old. *Youth. U. S. Armed Forces Med. J.*, 1954, 5, 3, 184—188.
- Dalla Valle A. Ricerche istologiche su di un caso di megacolon congenito. *Pediatrics*, Napoli, 1920, 21 (28), 740—752; 1924, 32, 569.
- Danziger M. Beitrag zur Kenntnis de Hirschsprung'schen Krankheit. Goettingen—Berlin, 1907.
- Daubet M., Chappuis J. P. Les eganglionnies postoperatoires dans la maladie de Hirschsprung. *Minerva chir.*, 1971, 26, 6, 320—327.
- Davidson M., Sleisinger M. H., Steinberg H., Almy Ph. P. Studies of distal colonic mobility in children (Hirschsprung's disease). *Gastroenterology*, 1955, 29, 5, 803—824; *Pediatric*, 1958, 21, 746.
- Davis P. W., Foster D. B. C. Hirschsprung's disease. A clinical review. *Brit. J. Surg.*, 1972, 59, 1, 19—26.
- Doodhar M. a. oth. A critical look at the Soave procedure for Hirschsprung's disease. *J. Pediat. Surg.*, 1973, 8, 2, 249—254.
- Domini R. La maladie de Hirschsprung chez le nouveau-né. *Clin. pediat.*, Bologna, 1972, 53, 127—166; *Ann. chir. infant.*, 1973, 14, 6, 421—432.
- Dorman G. W. Hirschsprung's disease. *Arch. surg.*, Chicago, 1957, 75/6, 906—913.
- Douglas F., Playfair K. Congenital idiopathic dilatation of the Colon—Zentralbl. für die gesamte Kinderheilkunde, 1923, 14, 10, 335.
- Doyle E. E., McCollum S. M. Megacolon with particular reference to Hirschsprung's disease. *Irich. I. Med. Sci.*, 1959, 398, 73—78.
- Duhamel B., Duhamel J. Les formes anales de la maladie de Hirschsprung's. *Entretiens de Bichat. Medicine*, 1962, *Arch. Dis. Childr.*, 1966, 41, 150.
- Duhamel J. Technique chirurgicale infantile. Paris, 1954, 186—198; *Presse medicale*, 1956, 64—95, 2249—2250; *Med. Acad. chir.*, 1959, 85, 192; *Arch. dis. childr.*, Paris, 1960, 35/179, 38—39; *Arch. klin. Chir.*, 1960, 296, 4, 384—388; *Acta. Pediat. Belg.*, 1973, 27, 2, 103—115.
- Dunlop J. A. Ogilvie's syndrome of false colonic obstruction. *Brit. Med. J.*, 1949, 1, May 21, 890—891.
- Duval P. De la dilatation dite idiopathique du gros intestin, megacolon congenital. *Maladie de Hirschsprung. Rev. Chir.*, 1903, 23, 322—332; 508; 641, *Med. Acad. chir.*, 1940, 66, 19—26.
- Eck S., Knutrud O., Mylius E. A. Congenital megacolon (Hirschsprung's disease) Northern paediatr. congress, 13, Copenhagen, 1962, 124—125.
- Edelman S., Strauss L., Becker L. M., Arnheim E. Universal aganglionosis of the colon. *Surgery*, 1960, 47, 4, 667—677.
- Ehrenpreis Th. Megacolon in the newborn. *Acta chir. Scand.*, Stockholm, 1946, 44 (94), 112; *Acta pediatr.*, 1951, 40, 3, 227—233; *Acta chir. Scand.*, 1951, 102, 4, 251—259; *Arch. Dis. Childr.*, 1955, 30, 149, 8—12; *Surgery*, 1961, 49, 5, 701—706; *Arch. Dis. childr.*, 1965, 40, 180; *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1967, 60, 799; *z. Kinderchir.*, 1970, 8, 1—2; *Am. J. Dig. Dis.*, 1971, 16, 11, 1032—1052.
- Ehrentheil O. F., Welcs E. P. Megacolon in psychotic patients. *Gastroenter*, 1955, 29, 285—294.
- Eklblom T. Resektionsbehandlung av megacolon. *Nordisk med.*, Stokholm, 1950, 43/20, 850—852; *Excerpta med. Surg.* 1950, 4, 12, 1512.

- Evans W. A., Willis K. Hirschsprung's disease. *Am. J. Roentgenol.*, 1957, 78, 6, 1025—1048.
- Fairgrieve S. Hirschsprung's disease in the adult. *Brit. J. Surg.*, 1963, 50, 223, 505—514.
- Fawalli C. Case di ipertrofia con dilatation del colon. *Gazetta medica di Milano*, 1846, 5, 219.
- Fawcetti B. The relation of the factor of growth to the pathogenesis of megacolon, megacæcum and megaduodenum. *Surgery*, 1951, 29, 4, 491—495.
- Fenwick W. S. Hypertrophy and dilatation of the colon in infancy. *Brit. Med. J.*, 1900, 2, 564—567.
- Ferguson C. C. Megacolon in infants and children. *Canad. J. Surg.*, 1958, 1, 2, 100—107.
- Fevre M., Pelérier D. Megacolon congenital (maladie de Hirschsprung), traite par rectosigmoïdectomie. *Med. Acad. d. chir.*, 1934, 80, 1, 72—74.
- Figiel L. S., Figiel S. J. Ulcerative colitis and toxic megacolon. *Abdomin. Surg.*, 1971, 15, 11, 232—232.
- Fioretti G. P., Di Martino G., Amici G. La sfinterectomia interna dell'ano nel trattamento de megaretto da acolasia anorettale. *Rass. int. Clin. Ter.*, 1974, 54, 13, 767—776.
- Forshall I. Hirschsprung's disease. *J. Roy. Coll. Surg. of Edinburg*, 1964, 10, 31.
- Francillon I., Picault C. A propos du traitement des dolichocolons par colectomie. *Acta chir. belg.*, 1953, 52/6, 599—611.
- Fraser G. C., Wilkinson A. W. Neonatal Hirschsprung's disease. *Brit. Med. J.*, 1967, 3, 1.
- Fréch R. S. Aganglionosis involving the entire colon and a variable length of small bowel. *Radiology*, 1968, 90, 2, 249—257.
- Freeman N. V. Long-segment Hirschsprung's disease. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1971, 64, 4, 378—380.
- Fruchter L. a. oth. Pseudostenotische segmentierte Aganglionose des Colon (Hirschsprungsche Krankheit). *Z. Kinderchir.*, 1971, 10, 3—4, 451—454.
- Gamba A. Moderne acquisizioni sulla pathgenesi e terapia chirurgica del megacolon. *Arch. Ital. Malad. Digest.*, 1956, 22, 1, 3—75; *Excer. med. Surg.*, 1957, 11, 3, 368.
- Gardiner R. H. Megacolon. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1953, 46, 8, 617—621.
- Garrard D., Richmond J. B. Psychogenic megacolon by fecal soiling. *Pediatrics*, 1952, 10, 474—481, Oct.
- Garrett J. R. a. oth. Autonomic nerves in rectum and colon in Hirschsprung's disease. *Arch. Dis Child.*, 1969, 44, 406.
- Garris R. A. a. oth. Megacolon. Biopsic rectal. *Pren. Med. Argent.*, 1968, 55, 24, 1162—1164.
- Gelband H. a. oth. Hirschsprung's disease in a premature infant. *Mt. Sinal J. Med.*, 1970, 37, 2, 112—114.
- Gelbke H. Über einige Besonderheiten beim Hirschsprungschen Megacolon. *Chirurg*, 1957, 7, 289—292; 1961, 10, 458—460.
- Gennaro A. R., Bacon H. E. The merit of selective in the surgical management of congenital megacolon—Hirschsprung's disease. *Dis. Colon, Rectum*, 1968, 11, 2, 91—96.
- Genton N., Votobel V. Megacolon congenitum. *Prognose chronisch. Erkrank.* Berlin, 1960, 156—159.
- Gibertini G., Prodi M. P. Il trattamento del megacolon infantile mediante infiltrazioni del simpatico. *Clin. Chir. Pediatr. Univ. di Modena, Bologne*, 1957, 39/10, 760—770.
- Gimenez-Salinos A. Indication for sphincterotomy in the anal canal. *Amer. J. Proct.*, 1973, 24, 2, 142—144.
- Girardier de J., Rousselin. Congenital megacolon treatment by lumbar sympathectomy and bilateral splanchnectomy in agiri of 4. *Acta chir. belg.*, 1953, 52/56, 593—598.
- Goebel Fr. Zur Aetiologie der Hirschsprungsche Krankheit. *Zbl. Chir.*, 1922, 15, 536.
- Goracz G., Szeker I. Nerve element changes in congenital megacolon. *Acta morphol. Acad. Scien. hungarica*, 1956, 7, 47.
- Grewe H. E. Reimond E. Über das vollständige aganglionäre Koton. (Hirschsprung typ II). *Zbl. Chir.*, 1962, 14, 576—583.
- Griffin I. W. Congenital megacolon (Hirschsprung's disease associated with hypoproteinemia and edema). *J. Pediatrics*, 1961, 50, 3, 394—396.
- Griffin I. P. C. Congenital idiopathic dilatation of the colon. *Amer. J. Med. Scienc.*, 1890, 118, 11, 283.
- Grob M. Zur Technik der Rectosigmoidektomie bei Megacolon congenitum (Hirsch-

- hsprung). Helvet. Chir. Acta, 1952, 19, 4/5, 336—346; Stuttgart, 1957; Zbl. Chir., 1959, 84, 1781, chir., 1959, 44, 1781—1789; Arch. Dis. Child., 1960, 35, 40.
- Gross M. Lehrbuch der Kinderchirurgie. Stuttgart, 1957.
- Gross R. The surgery of infancy and childhood. Philadelphia—London, 1953.
- Haddad J., Raia A. Complicacoes de anastomose retocolica nas tecnica de Swenson e de Duhamel para o tratamento do megacolon. Rev. Ass. Med. Bras., 1969, 15, 6, 265—270.
- Hagen-Torn. Megalosigma eine selyständige klinische Form, seine Entstehung, seine symptome und seine Behandlung. Arch., für Klinische Chirurgie, 1930, 161, 2, 341.
- Hagman R. a. oth. Lytomegalia bei Megacolon. Schweiz. m. Wschr., 1969, 99, 1, 17—20.
- Hallenbeck G. A., Brown P. M., Waugh I. M., Stickler G. B. Surgical treatment of Hirschsprung's disease. Arch. Surg., 1961, 83, 6, 928—933.
- Hamelmann H., Barthelma I. Zur operativen Behandlung des Megacolons. Brun. Beitr. Klin. Chir., 1959, 198, 2, 226—236.
- Handmann P., Sieber B. Histologische Untersuchungen an Hoden nach Sympathectomie wegen Megacolon in Kindersalter. Zbl. Chir., 1954, 79, 3, 93—100.
- Harte H. Zur chirurgischen Behandlung des Megacolon congenitum (Hirschsprung'sche Erkrankung), Neue Oester Ztschr., Kinderh., 1959, 4, 2—4, 182—190.
- Hartmann G., Goering G. Probleme bei Behandlung des Verschleppten oder nicht radical operirten Megacolon congenitum. Chirurg, 1969, 40, 11, 514—520.
- Hecker W. Ch. Beitrag zur Frage operatives oder Zunächst Konservativer Behandlung der Hirschsprung'schen Erkrankung in Neugeborenenalter. Kinderärztl. Praxis, 1960, 11, 501—506.
- Heller A. Ueber die sogenannte Hirschsprung Krankheit. Zbl. Chir., 1909, 4, 135, 5.
- Herrmann L. G. The management of megacolon (Hirschsprung's disease). Surg. Clin. N. Amer., 1946, 26, 1170—1196; Excerpta medica Surgery, 1948, 2, 390.
- Hersch I. Congenital megacolon. Hirschsprung's disease. Amer. J. Surg., 1947, 74/6, 815—819.
- Herzog B. Die Hirschsprung'sche Krankheit beim Neugeborenen und Säugling. Chir. Praxis, 1968, 7, 3, 349—354; 1969, 13, 1, 137—141; Ther. Umsch., 1973, 30, 60, 423—428.
- Heuse W. Die Neuere Chirurgie der Hirschsprung'sche Krankheit. Brun's Beitr. Klin. Chir., 1956, 192, 2, 239—244.
- Hiatt R. B. The surgical treatment of congenital megacolon. Ann. Surg., 1951, 133, 3, March, 313—320; 321—329; Excerpta medica Surgery, 1952, 1, 86, Ann. Surg., 1967, 166, 4, 704—711, N. J. Pediatrics, 1958, 21/5, 852—891; J. Clin. N. Amer., 1958, 38, 561.
- Hilbert. Ein fall von Hirschsprung'scher Krankheit.... Dsch. m. Wschr., 1905, v. 31, 2035.
- Hirschsprung H. Stuhlträghheit Neugeborenen in Folge von Dilatation and Hypertrophic des Kolons. Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung, 1888, 27, 1—8; Festschrift f. Henoch, Berlin, 1890, 78; Traite des maladies de l'enfance, Grancher, Paris, 1904, 2, 241.
- Hoffert P. W., Juber S., Salman H., Spinell V. A. Aganglionosis of the entire colon. Surgery, 1959, 46, 8, 810—818.
- Hoffman H. Zur Diagnose und Therapie der Hirschsprung'sche Krankheit. Beitr. Kl. Chir., 1911, 76, 2, 533; Zbl. Chir., 1912, 25, 1464—1467.
- Holschneider A. M. Differential diagnosis and surgery of chronic Constipation in children (author's transl.) Klein Paediatr., 1974, 186 (3), 208—221, May.
- Hope J. W. a. oth. Roentgenologic manifestation of Hirschsprung's disease in infancy. Amer. J. Roentg., 1965, 95, 217.
- Horton R. A., Laurance B. Hirschsprung's disease with associated intestinal hemorrhage. Lancet, 1953, 2, 1288.
- Howard E. R. Abnormality of ano-rectal physiology in Hirschsprung's disease. Amer. J. Dig. Dis., 1968, 13, 5, 432—433; Arch. Dis. Child., 1968, 43, 231, 569—573.
- Howard H., Mc Burney R. P. Hirschsprung's disease. Ann. Surg., 1958, 148, 1, 142—144.
- Hughes E. S. R. a. oth. Megacolon in adults. Dis. Colon, Rectum, 1969, 12, 3, 190—192.
- Hupe K., Schlosser V. Rektoskopische Probeexzision in der Diagnostik des Megacolon congenitum. Dtsch. Med. Wschr., 1962, 22, 1115—1156.
- Hurgt A. F. Anal achalasia and megacolon (Hirschsprung's disease). Brit. Med. J., 1925, 1, 145; Guys. Hosp. Reph., London, 1924, 84, 317—350; Proc. Eng. Soc. Med., 1938, 32, 1151.
- Hutter W. Die Hirschsprung'sche Krankheit... Beitr. path. Anat., 1954, 114, 2, 161.

- Hyde G. A., Lorimier A. A. Colon atresia and Hirschsprung's disease. *Surgery*, 1968, 64, 5, 976—978.
- Ikeda K. New techniques in surgical treatment of Hirschsprung's disease. *Surgery*, 1967, 60, 4, 503—509.
- Isakov J. F. Morfologicke vysetrovani pri Hirschsprungove chorobe u deti. *Ceskoslovenska Pediatria*, 1962, 7—3, 211—212.
- Ischikawa N. Experimentelle und Klinische Untersuchungen ueber die Pathogenese und das Wesen des Megacolon. *Mitteilungen d. medizinischen Facultät der Nynschu Universität Kynshu*, 1923, 7 (8), 939—940.
- Jamaya N. Morbo di Hirschsprung e nanismo ipofisaria. *Zentr. Org. Ges. Chir. Grenzgeb.*, 1922, 15, 1, 14.
- Jolleys A. Hirschsprung's disease. *Brit. J. Clin. Pract.*, 1957, 11, 10, 730—735.
- Kamijo K. a. oth. Congenital megacolon. *Gastroenterology*, 1953, 24, 173.
- Kasai M., Suzuki H., Watanabe K. Rectal myotomy with colectomy: A new radical operation for Hirschsprung's disease. *J. Pediat. Surg.*, 1971, 6, 1, 36—41.
- Katz A. Pseudo-Hirschsprung's disease in Bantu children. *Arch. Dis. Childr.*, 1966, 41, 152.
- Kawiak H. Chworoba Hirschsprung'a... *Pediatria polska*, 1956, 7, 739—745.
- Kiss D. An electron microscope study of the smooth muscle cell in acquired and congenital megacolon. *Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo*, 1972, 14, 3.
- Kleinschmidt H. Die Hirschsprung'sche Krankheit. *Ergebn. inn. Med. Kinderheilkunde*, 1912, 9, 300—348.
- Klotz D. H. a. oth. Reappraisal of the endorectal pull-through operation der Hirschsprung's disease. *J. Pediat. Surg.*, 1973, 8, 5, 595—600.
- Knutrud O., Eck S. Congenital megacolon (Hirschsprung's disease). *Northern paediatric congress*, 13, Copenhagen, 1932, 106—107; *Minerva chir.*, 1971, 26, 6, 306—309.
- Köberle F. Zur Frage der Entstengung sog «Idiopathischer Dilatationen» muskulärer Hohlorgane. *Virchows Ach. f. path. Anat.*, 1956, 329, 3, 337—362.
- Konjetzny G. E. Ueber die Hirschsprung'sche krankheit und ihre Beziehungen zu Kongenitalen. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1911, 73, 155—205.
- Kostia I. Results of surgical treatment in Hirschsprung's disease. *Arch. Dis. Childr.*, 1962, 37, 192, 167—168.
- Krause I., Pichl G. Das Megacolon congenitum im Neugeborenenalter. *Zbl. Chir.*, 1972, 97, 30, 1052—1059.
- Kredel L. Ueber die angeborene Dilatation und Hypertrophie des Dickdarmes (Hirschsprung. Kr.). *Ztschr. für Klinische Medicin*, 1904, 53, 11, 9.
- Laermonth W. Le traitement du megacolon congenital par sympathectomie. *Journ. belge Gastroenterolog.*, 1937, 5, 293—304.
- Lane A. The operative treatment of chronic intest. stasis. London, 1918.
- Laurence G., Linkner M. Preoperative and postoperative management of Hirschsprung's disease. *Surg. Clin. N. Amer.*, 1959, 39/6, 1373—1582; 61 congrés francais de chirurgie, 1959, 1—143.
- Lawson J. O., Nixon H. H. Anal canal pressure in the diagnosis of Hirschsprung's disease. *J. Ped. Surg.*, 1967, 2, 544.
- Lee Ir. C. M. Megacolon with particular reference to Hirschsprung's disease. *Surg. Gynec., Obst.*, 1950, 91, 3, 281—296; *Surgery*, 1951, 30/6, 1026—1048; *Excerpta medica Surgery*, 1952, 9, 1260; *Surgery*, 1955, 37/5, 762—777; *Excerpta medica Surgery*, 1956, 10, 5, 515.
- Leenders E. a. oth. Aganglionic megacolon in infancy. *Surg. Gyn. Obstetr.*, 1970, 131, 3, 124—430; *J. Pediatr. Surg.*, 1970, 5, 1, 1—3; *Surg. Cl. N. Amer.*, 1970, 50, 4, 907—918.
- Legat C. e. al. Les complications de la maladie de Hirschsprung neonatale. *Rev. med. Liege*, 1973, 28, 6, 185—191.
- Lehmann W. Betrachtungen ueber die chirurgische Therapie der Hirschsprung's Krankheit. *Zbl. für die gesamte Kinderheilkunde*, 1931, 26, 3.
- Leibowitz S., Bodian M. A study of the visceral ganglia in children and the relationship to the megareter, megacystis syndrome and Hirschsprung's disease. *J. Clin. Path.*, 1963, 16, 342.
- Leoutsakos B., Pedridis G. Toxic megacolon complicating Crohn's disease of the Colon. *Am. J. Proctol.*, 1970, 21, 4, 258—262.
- Leriche R. De la section des splanchniques dans le megacolon non complique avec on sans dolichocolon. *Presse Med.*, 1937, 45, 1851—1853; 1941, 1, 8; *Mem. Acad. chir.*, 1947, 73, 12/13, 286—288.
- Levinson M. E. Water intoxication in congenital megacolon. *Amer. J. Dig. Dis.*, 1954, 266, 149—150.
- Lewiton A. a. oth. Megacolon and dilatation of the small bowel in parkinsonism. *Gastroenterology*, 1951, 17, 3, 367—374.

- Liebe S. Langdauernder Kollapszustände nach sympathectomie bei Morbus Hirschsprung. *Kinderärztl. Pract.*, 1949, 17, 5/6, 163—165.
- Limonta A. Contributo allo studio radiologico del morbo di Hirschsprung. *Minerva pediat.*, 1956, 8, 194—203.
- Линкберг А., Куядева Д., Куль А., Лийвамяги М. Болезнь Гиршпрунга и ее лечение. *Nõukoode Eesti Fervishoid*. 1964, 3, 18, 20.
- Linkner L. M. Preoperative and postoperative management of Hirschsprung's disease. *Surg. Clin. N. Amer.*, 1954, 34, 6, 1573—1582.
- Lister J. Anormal arteries in Hirschsprung's disease. *Arch. Dis. Child.*, 1966, 41, 149.
- Lockhart-Mummery H. E. Hirschsprung's disease in the adult. *Darmpathologie. Symposium... Bruxelles*, 1967, 39—46.
- Loewenstein C. Ueber die Hirschsprungsche Krankheit. *Zbl. allg. Path. u. path. Anat.*, 1907, 18, 23, 929—949.
- Louw J. H. The Duhamel operation for Hirschsprung's disease. *South. Afr. Med. J.*, 1961, 35, 49, 1033—1036.
- Luhmann K. Zur Behandlung der Hirschsprungschen Krankheit. *Arch. Klin. Chir.*, 1952 271/2, 102—120; *Excerpta medica Surgery*, 1953, 3, 374.
- Luna C. A. P. a. oth. El megacolon des adulte. *Pren. med. argent.*, 1969, 56, 20, 950—953.
- Lynn H. B. Experience with the Duhamel operation for aganglionic megacolon. *Mayo clinic. Philadelphia—London*, 1965, 54—63; *Mayo Clin. Proc.*, 1966, 41, May, 289—295; *Z. Kinderchir.*, 1968, 5, Suppl., 96.
- Mach-Phuoc-Thanh. Contribution a l'etude de quelques problems poses par la maladie de Hirschsprung. *Phese, Paris, Toulon*, 1964.
- MacIver A. G., Whitehead R. Zonal colonic aganglionosis a variant of Hirschsprung's disease. *Arch. Dis. Child.*, 1972, 47, 252, 233—237.
- Madsen C. M. Hirschsprung's disease. *Springfield, Ill. Ch. C. Thomas*, 1964.
- Maglietta E. D. Congenital aganglionic megacolon in adults. *J. Arch. Surg., Chicago*, 1960, 81/4, 598—603.
- Major H. Die Hirschsprungsche Erkrankung (agangl. Megacolon) und ihre operative Behandlung. *D. Chir. Behandlung d. angebor. Fehlbildungen*, Stuttgart, 1961, 396—411.
- Marcinski A. Abrams rentgenowski jelita grubego po operacyjnym leczeniu choroby Hirschsprunga metoda Swensona—Hiatta. *Pol. Przegl. Radiol.*, 1969, 33, 4, 443—451.
- Marfan A. De la constipation des nourrissons et en particulier de la constipation d'origine congenitale. *Rev. mens. de malad. de l'enfance*, 1895, 13, 153—178.
- Marfin L. W., Altemeier W. A. Clinical experience with a new operation (modified Duhamel procedure) for Hirschsprung's disease. *Ann. Surg.*, 1962, 156, 4, 678—681; *Surgery*, 1967, 62, 951; *Arch. Surg.*, 1968, 97, 2, 183—189.
- Meier-Ruge W., Morger R. Neue Gesichtspunkte zur Pathogenese und Klinik des Morbus Hirschsprung. *Schweiz. m. Wschr.*, 1968, 98, 7, 209—214; *Virchows Arch. Abt. A. Path. Anat.*, 1968, 344, 67—85; *Z. Kinderchir.*, 1970, 8, 3, 254—264; *J. Pediatr., Surg.*, 1972, 7, 1, 11—17; *Current topics in pathology*, Berlin, 1974, 59, 132—179.
- Memarbaschi A. Das Megacolon congenitum. *Diss. Wuerzburg*, 1968.
- Menegaux I. C. La biopsie rectale dans le diagnostic de la maladie de Hirschsprung. *Press med.*, 1959, 67/51, 1896.
- Moebius G. Zur Pathologie des Megacolon... *Wschr. Kinderheilk.*, 1962, 110, 6, 319—325.
- Meyer R. Ueber schwere Anatomie bei Megacolon. *Klin. Wochenschr.*, 1931, 1, 1125—1128.
- Mezerova M. Prispvek k patomorfologii hirschsprungovi nemoci. *Cs. Gastroent. Vyz.*, 1968, 22, 8, 537—545.
- Mishalany H. Ano-rectal myomectomy in the treatment of selected cases of Hirschsprung's disease (megacolon). *J. med. liban.*, 1970, 23, 3, 281—286.
- Mokrohisky I. F., Keeler G. P. Congenital aganglionic megacolon. Hirschsprung's disease. *Am. J. Dis. Child.*, 1955, 90, 6, 716—729.
- Monereo J. Participation de l'intestin grele dans la maladie de Hirschsprung. *Neocaeoplicature et sphincterotomie. Minerva chir.*, 1971, 26, 6, 291—294.
- Mya G. Due osservazioni di dilatazione ed ipertrofia Congenita del colon (megacolon congenito). *Sperimentale*, 1894, 48, 215—231; 111, 115.
- Naegeli Th., Betzler H. L. Zur frage der Behandlung der Erweiterung der Dickdarm. Hirschsprungsche Krankheit und idiopathischen Megacolon. *Med. Klin.*, 1955, 50/14, 558—560; *Excerpta medica Surgery*, 1956, 10, 3, 321.
- Neter E. Zur Pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit. *Munch. med. Wochenschr.*, 1907, 54, 1817—1830.
- Neugebauer F. Zur Diagnose der Hirschsprungschen Krankheit. *Verhandl. d.*

- dtsch. Gesellsch. f. Chir., 35 Kongress, Berlin, 1906, 114; *Ergebn. Chir., Ortop.*, 1913, 7, 598—670.
- Nezeleof C., Pellerin D., Tip Mam S. L'interet de la biopsie rectale dans le diagnostic de la maladie de Hirschsprung. *Semaine Hop., Arch. Anat. Pathol.*, 1961, 9, 135—142.
- Nicole R. Zur chirurgischen Behandlung der Hirschsprungschen Krankheit. *Schweiz. med. Wschr.*, 1952, 15, 418—420.
- Nissan S. a. oth. Ano-rectal myomectomy in the treatment of short segment Hirschsprung's disease. *Ann. Surg.*, 1969, 170, 6, 969—977; *C. J. Pediatr. Surg.*, 1971, 6, 1, 10—15.
- Nixon H. H. Review article on Hirschsprung's disease. *Arch. Dis. Child.*, 1964, 39, 109.
- Noblett H. R. A rectal suction biopsy tube for use in the diagnosis of Hirschsprung's disease. *J. Pediatr. Surg.*, 1969, 4, 4, 406—409.
- Norman A. P. Hirschsprung's disease and other causes of chronic constipation. *Recent adv. paediat. F.*, London, 1954, 164—181.
- Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation. A new clinical syndrome. *Brit. Med. J.*, 1948, 2, 671—673.
- Okamoto E., Ueda T. Embryogenesis of intramural ganglia of the gut and its relation to Hirschsprung's disease. *J. Pediatr. Surg.*, 1967, 2, 437.
- Orator V. Des Kimmel-Grekowsche Invagination verfahren beim Hirschsprung des Kinderalters. *Zbl. Chir.*, 1931, 32, 5, 2244—2249; *Wien. klin. Wchschr.*, 1954, 31, 543—545.
- Orban F. Maladie de Hirschsprung vraie. Traitement par la resection du segment retreci (operation de Hiatt—Swenson). *Acta gastroenterol. belg.*, 1953, 16, 1, 29—30.
- Orlo J. E. a. oth. Rectosigmoidectomy segun la tecnica de cutait en la enfermedad de Hirschsprung (5 cases). *Sem. med. (B. Aires)*, 1968, 132, 5, 230—231.
- Oster. Cases of dilatation of the colon in Young children, *John Hopkins bulletin*, 1893, 4, 30.
- Paessler H. Sympathectomie bei Hirschsprungscher Krankheit. *Zbl. f. Chir.*, 1931, 58; *Entstehung, Erkennung u. Behandlung*, Leipzig, 1938, 9, 172; *Ref. z. Org. f. Chir.*, 1938, 87, 133.
- Pages R. L'importance du sphincter interne dans la chirurgie de la maladie de Hirschsprung. *Minerva chir.*, 1971, 26, 6, 288—290.
- Patton J. J. Moore T. C. Massive megacolon and megacolon in childhood due to tuberculous stenosis of the ascending colon. *Surgery*, 1970, 67, 3, 513—518.
- Pawlowska-Krykowska D., Bakal J. Analiza metod operacyjnych stosowanych w chorobie Hirschsprunga (... metod u Duhamel). *Wiad. lek.*, 1969, 22, 4, 339—344.
- Paysa A. C. e. a. Operation de Swenson dans le traitement du megacolon congenital de l'enfant. *Lyon chir.*, 1973, 69, 2, 121—125.
- Pellerin D., Lehmann. Megacolon congenital, maladie de Hirschsprung. Traitement par rectosigmoidectomie. *Med. Acad. chir.*, 1956, 82, 25, 800—810. *Ann. chir. infant.*, 1971, 12, 1, 71—76.
- Perthes G. Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit (Megacolon congenitum). *Arch. Klin. Chir.*, 1905, 77, 1—42; *Kong. deutsch. Chir.*, 1915.
- Petit P., Decaudaveine L. Maladie de Hirschsprung ou megacolon congenital. *T. chir.*, 1956, 72, 6—7, 521—535; *Radiologie et traitement chirurgical de la maladie de Hirschsprung, Intestin grele colon-rectum*. Paris, 1956, 206—211.
- Petrivalsky I. Zur Aetiology der Hirschsprung Kr. *Zbl. Chir.*, 1907, 37, 1091; 1908, 32, 972.
- Petrone C., Bilencia O. L., Ghenadenc E. Megacolon recidivago. *Pren. Med. Argent.*, 1970, 57, 13, 604—608.
- Pietron K., Naumik H. Przypadek rozległej aganglionozy jelit z uchyłkowatością okrężnicy. *Pol. przegl. radionl.*, 1958, 32, 3, 343—348.
- Pinkerton P. Psychogenic megacolon in children. *Arch. Dis. Child.*, 1958, Aug., 33, 170.
- Pinus I. Ano-rectomyectomy in the treatment of chronic intestinal obstipation in childhood and congenital megacolon of the short aganglionic segment. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 1972, 18, 405—408, Oct.
- Pomerantz M., Sabiston D. C. Modified operation for the treatment of Hirschsprung's disease. *Amer. J. Surg.*, 1968, 115, 2, 198—202.
- Prochiantz A. Consideration sur la chirurgie du megacolon... *Ann. Chir. infant.*, 1970, 11, 5, 329—338.
- Ramahandrivo e. a. Suites postoperatoires apres une intervention de Swenson—Bill... *Ann. Univ. Madagascar*, 1968, 4, 10, 15—22.
- Rankin F. W., Learmonth J. Section of the sympathetic nerve of the distal part of the colon and the rectum in treatment of Hirschsprung's disease and certain types of constipation. *Ann. Surg.*, 1930, 92, 740—749; *Am. J. Surg.*, 1932, 15, 219—227.
- Ravitch M. M. Pseudo Hirschsprung's disease. *Ann. Surg.*, 1968, 147, 6, 781—785.

- Rehbein F., Hüther W. Das idiopathische Megacolon und seine Behandlung. Chir. Abt., Kinderklin., Bremen. Arch. Kinderheilkunde, 1956, 154/2, 126—138; Kinderärzte. Praxis, 1957, 9, 403—409; Chirurg, 1958, 8, 366—369; Zbl. Chir., 1959, 43, 1744—1752; Verhandl. Deutsch. Gesellsch. f. Chir., 1960, 436—439; Prognose chir. Erk. rank., Berlin, 1960, 154—155; Arch. Dis. Childhood, 1960, 35, 29; Dsch. m. Wschr., 1969, 94, 14, 708—716.
- Rehnbein P. a. oth. Megarectum. Z. Kinderchir., 1971, 10, 3—4, 441—448; 448—451.
- Richardson M. H. A case of idiopathic dilatation of the colon. Boston Med. a. Surg. J., 1901, 144, 1, 155.
- Richardson W. R., Brown I. H. Hirschsprung's disease in infant and children. Am. Surg., 1962, 28, 3, 149—164.
- Riker W. L. Diagnosis and treatment of aganglionosis of the myenteric plexus. Arch. Surg., 1957, 75, 3, 362—376.
- Ripste C. B., Wiener F. A. Toxic megacolon. Dis. Colon, Rectum, 1973, 16, 5, 402—408.
- Roberts P. A., Mann T. P. Hirschsprung's disease associated with a variant form of achondroplasia in sister and brother. Proc. roy. Soc. Med., 1969, 62, 4, 329—329.
- Robertson H. E., Kernohan I. W. Myenteric Plexus in congenital megacolon. Proc. Staff. Mec. Mayo Clin., 1938, 13, 123—125.
- Roesch W. a. oth. Acquired megacolon in a 38-year-old man. Acta hepato-gastroent., 1972, 19, 1, 29—33.
- Rossi R. e. a. L'operazione di Soave nel trattamento della malattia di Hirschsprung. Minerva chir., 1972, 27, 7, 375—380.
- Roviralta E., Casasa I. M. Le megacolon congenital. Paris, Masson, 1962.
- Roy A. D. Resection of hindgut for idiopathic megacolon in adolescence. Brit. J. Surg., 1968, 55, 2, 106—109.
- Saegesser M. Die sigmoidorectomyotomie bei Hirschsprung'scher Krankheit. Chirurg, 1954, 25, 4, 175—181.
- Sandegard E. Hirschsprung's disease with ganglion cell aplasia of the colon and terminal ileum. Acta chir. Scandinav., 1953, 106, 5, 368—376; Excerpta medica Surgery, 1954, 4, 462.
- San Luis J. L. a. oth. Surgical treatment of Hirschsprung's disease. Surgery, 1968, 63, 2, 331—338.
- Satomura K. a. oth. A simplified endorectal pull-through operation for the treatment of Hirschsprung's disease. Surgery, 1972, 71, 3, 345—351.
- Sauer H. Dunndarmzwischenhaltung nach subtotaler Colectomie wegen Morbus Hirschsprung im Kindesalter. Chirurg, 1972, 43, 6, 280—282.
- Sauvegrain J. e. a. La maladie de Hirschsprung... J. Radiol. Electrol., 1971, 52, 10, 559—568.
- Schmidt I. Ueber Hirschsprung's Krankheit... Zbl. f. Chir., 1908, 41, 1214.
- Schwaiger M. Zur operativen Behandlung der Hirschsprung'schen Erkrankung. Deut. Med. Wochenschr., 1959, 13, 588—589.
- See G. Les difficultes du diagnostic de la maladie de Hirschsprung chez le nourrisson. Rev. int. pediat., 1970, 9, 17—23.
- Shandling B. A new technique in the diagnosis of Hirschsprung's disease. Canad. J. Surg., 1961, 4, 3, 289—305; J. Pediat. Surg., 1972, 7, 5, 546—551.
- Shaw A. a. oth. Hirschsprung's disease in the newborn. Virginia Med. Mth., 1973, 100, 1, 36—41.
- Shepherd J. J., Wright P. G. The distribution of two autonomic abnormalities in Hirschsprung's disease. E. Afr. Med. J. 1955, 42, 401; 1966, 43, 536, 1967, 44, 451, Am. J. Dig. Dis., 1968, 13, 5, 434—441.
- Sieber W. K., Girdang B. R. Management of symptomatic aganglionic megacolon in early infancy. Arch. Surg., 1957, 75, 3, 388—397; 1963, 87, 127.
- Słowkowski J. Postępy w etiopatogenezie choroby Hirschsprunga. Pol. Przegl. lod. chir., 1969, 50, 2, 180—184; Postępy Hig. Med. dosw., 1970, 24, 3, 429—445.
- Skinner R., Irvine D. Hirschsprung's disease and congenital deafness. J. Med. Genet., 1973, 10, 4, 337—339.
- Smith B. Myenteric plexus in Hirschsprung's disease. Gut, 1967, 8, 308.
- Smithy H. G., Kredel F. E. Localized acquired megacolon treated by sympathectomy. Surgery, 1947, 22, 2, 259—270.
- Soave F. Hirschsprung's disease: a new surgical technique; J. chir. Paris, 1963, 86, 451; Surgery, 1964, 56, 1007; Arch. Dis. Child., 1964, 39, 116—124; Brit. J. Surg., 1966, 53, 12, 1023—1027.
- Soper R. T., Miller F. S. Congenital aganglionic megacolon. Arch. Surg., 1968, 96, 4, 554—562; J. Pediat. Surg., 1968, 3, 376; 1971, 6, 6, 761—766; Arch. Surg., 1972, 104, 4, 429—433.
- Sorour V. E., Kavin H. Toxic megacolon. Experience with 5 cases in the S. Transvaal. S. Afr. J. Surg., 1970, 8, 3, 85—93.

- Spencer R., Cotlar A. M. Surgical treatment of Hirschsprung's disease... *Amer. Surg.*, 1968, 34, 1, 35-38.
- Spring H., Cohen A., Heaton L. D. Hirschsprung's disease with skip area. *Ann Surg.*, 1961, 153, 1, 143-148.
- State D., Rogers W. The surgical management of idiopathic congenital megacolon (Hirschsprung's disease). *Bull. Unit. Minnesota Hosp.*, 1950, 22, 11, 164-181; *Excerpta medica Surgery*, 1952, 1, 86; *Surg., Gynec., Obstet.*, 1952, 95, 2, 201-212; *astroenterol.*, 1954, 22, 1, 47-54; *Am. J. Surg.*, 1963, 105, 1, 93-98.
- Steichen F. M. a. oth. Primary side-to-side colorectal anastomosis in the Duhamel operation for Hirschsprung's disease. *Surgery*, 1968, 64, 2, 475-483.
- Steinbach H. L., Rosenberg R. H., Grossman M., Nelson F. L. Potential hazard of enemas in patients with Hirschsprung's disease. *Radiologie*, 1958, 64, 45.
- Steiner R. Mitteilungen über einem Fall von Hirschsprung'sche Krankheit. *Zbl. für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgeb.*, 1933, 11, 1, 49.
- Sterioff S. a. oth. Hirschsprung's disease... *J. Pediat. Surg.*, 1973, 8, 2, 309-316.
- Stockdale E. N., Miller C. A. Persistent diarrhea as the predominant symptom of Hirschsprung's disease. *Pediatrics*, 1951, 19, 91-94.
- Suba A. R. Bilateral pheochromocytoma with megacolon. *Missouri. Med.* 1971, 68, 4, 256-258.
- Sulamaa M. Clamp a anastomose... Une nouvelle modification de la technique de Duhamel. *Ann. chir. infant.*, 1968, 9, 1, 63-68.
- Suster G. a. oth. Rectal motility patterns in infants and children with aganglionic megacolon. *Amer. J. Dis. Child.*, 1970, 119, 5, 494-497.
- Suzuki H. K. a. oth. Manometric and cineradiographic studies on ano-rectal motility in Hirschsprung's disease. *Tohoku J. Exp. Med.*, 1970, 69, 102.
- Swarts J. M. Primary megacolon. *Gastroenterology*, 1947, 8, 519-525.
- Swenson O., Bill A. H. Resection of rectum and rectosigmoid with preservation of the sphincter for benign spastic lesions producing megacolon. *Surgery*, 1948, 24, 212; *Pediatrics*, 1949, 4, 2, 201-209; *New Engl. J. Med.*, 1949, 241, 551; *Surgery*, 1950, 28, 2, 371-383; *Pediatrics*, 1951, 8, 4, 542-547; 1953, 12, 1, 1-4; *Am. J. Surg.*, 1953, 5, 86, 497; *Advances in pediatrics*, Chicago-New-York, 1955, 7, 325-334; *New Engl. J. Med.*, 1955, 133, 632; *Arch. Dis. Childh.*, 1955, 30, 1, 1-8; *Surg. Clin. N. Amer.*, 1956, 36, 6, 1511-1515; *Ann. Surg.*, 1957, 146, 4, 706-714; *New Engl. J. Med.*, 1959, 260, 19, 927-976; *Pediatric Surgery*, London, 1959, 388-448; *Arch. Surg.*, 1959, 79, 6, 987-993; *Surgery*, 1959, 45, 4, 690-695; 1960, 48, 2, 419-421; *New Engl. J. Med.*, 1960, 262, 2, 64-67; *Ann. Surg.*, 1964, 160, 3, 540; *J. Pediat. Surg.*, 1973, 51, 2, 188-191.
- Szava R., Janus K. Ostre toksyczne zapalenie jelit u dzieci operowanych z powodu choroby Hirschsprunga. *Pol. Tyg. Lek.*, 1970, 25-50, 1946-1947.
- Takenaka S. Bilateral lumb sympathe ganglionectomy in three cases of congenital megacolon. *Nagoya J. Med. Sci.*, 1960, 23, 3, 238-248; *Excerpta medica Surgery*, 1961, 9, 1071.
- Tarozzi G. Malattia di Hirschsprung e megacolon idiopatica. *La riforma medica*, 1902, 3, 446.
- Texter E. C. Hirschsprung's disease. *Amer. J. Dig. Dis.*, 1955, 1, 35.
- Tobin F. a. oth. Nonsurgical tests for the diagnosis of Hirschsprung's disease. *New Engl. J. Med.*, 1968, 278, 188.
- Thomas C. G. Problems in diagnosis and management of Hirschsprung's disease. *Am. Surg.*, 1958, 24, 630; *Surg. Gyn., Obst.*, 1967, 124, 365; *Ann. Surg.*, 1970, 171, 5, 796-810.
- Thomford N. R. a. oth. Toxic megacolon. *Surg., Gyn., Obst.*, 1969, 128, 1, 21-26.
- Thompson D. H., Kaye I. Hirschsprung's disease and idiopathic megacolon. *S. Afr. Med. J.*, 1950, 24, 5, 73-80.
- Tiffin M. E., Chandler L. N., Faber H. K. Localised absence of the myenteric plexus in congenital megacolon. *Am. J. Dis. Child.*, 1940, 59, 1071-1082.
- Tittel K. Über eine angeborene Missbildung des Dickdarmes. *Wien. Klin. Wochenschrift*, 1901, 14, 903-907.
- Todd I. P. Discussion on megacolon and megarectum with the emphasis on condition other than Hirschsprung's disease. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1961, 84, 1034-1040; *Dec; Dis. Colon, Rectum*, 1968, 11, 2, 97-101; *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1971, 64, 5, 561-563.
- Tomarchio J. a. oth. Megacolon congenito. *Sem. med. (B. Aires)*, 1968, 172, 5, 272-274.
- Trinh Co N., Nguyen Xyan Thu. Le traitement chirurgical du megacolon congenitum à propos de l'operation de Soave. *Faculté med. Napoli*, 1969, 30-43.
- Trounce I. K., Nightingale. Studies in Hirschsprung's disease. *Arch. Dis. Childh.*, 1960, 35, 182, 373.

- Turnbull R. B. a. oth. Surgical treatment of toxic megacolon. Ileostomy and colostomy to prepare patients for colectomy. *Amer. J. Surg.*, 1971, 122, 3, 325—331.
- Usfach T. J. a. oth. Simplified method diagnosis of Hirschsprung's disease. *Arch. Dis. Chir.*, 1968, 44238, 694—697.
- Van Duc N. O noua tehnica chirurgicala in tratamentul bolii Hirschsprung. *Chirurgia (Buc.)*, 1968, 17, 4, 315—318.
- Varma K. K. Anomanometry in diagnosis of Hirschsprung's disease. *Indian J. Surg.*, 1973, 35, 10, 493—496.
- Verder H. a. oth. Anal tonometry — a diagnostic help in Hirschsprung's disease. *Acta pediat. Scand.*, 1973, 62, 1, 59—65.
- Vereanu D., Fuchter Z. К рентгенодиагностике врожденного мегаколон у детей. — *Радиология — диагностика*. 1965, 6, 5, 580—584.
- Vereanu D. a. oth. Problem de diagnostic si tratament chirurgical. *Chirurgia (Buc.)*, 1969, 18, 10, 865—875.
- Vialas M. e. a. Maladie de Hirschsprung. *Vie med.*, 1970, 51, 6, 813—824.
- Vogel K. Zur Frage der Ätiologie der Hirschsprungsche Krankheit. *Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete*, 1922, 18, 8.
- Wade R., Norman D. The operative treatment of Hirschsprung's disease. *Med. J. Austr.*, 1927, 1, 5, 137—141; *Lancet*, 1930, 5551, 218, 136—137; *Zorg. ges. Chir.*, 1931, 3, 5.
- Watkins Y. L. a. oth. Giant megacolon in the insane. *Ann. Surg.*, 1961, 153, 409—417, March.
- Waug T. V. Congenital megacolon in infants and children treated by proctosigmoidectomy. (Chinese text; English abstract from *Chin. med. J.*, 1960, 80/6, 588). *Chin. J. Surg.*, 1960, 8/5, 477—481.
- Weinberg A. G. The ano-rectal myenteric plexus: its relation to hypoganglionosis of the colon. *Am. J. clin. Path.*, 1970, 54, 4, 637—642.
- Weiss A. G., Hollender L., Wagner I. P. Traitement du megacolon congenital par la sigmoidorectomyotomie. *Arch. mal. appar. digest.*, 1956, 45, 7—8, 49—62.
- Weitzman J. J. a. oth. Management of Hirschsprung's disease with the Swenson procedure. *J. Pediat. Surg.*, 1972, 7, 2, 157—162.
- Whitehouse F. R., Kernohan I. W. Myenteric plexus in congenital megacolon. *Arch. int. Med.*, 1948, 82, 1, 75—111.
- Wilcox M. W., Bill A. H. Experience with the Duhamel operation for the treatment of congenital megacolon. *J. Pediat. Surg.*, 1972, 7, 2, 168—174.
- Willital G. H. Fruchdiagnose des Morbus Hirschsprung in der Neonatalperiode. *Wschr. Kinderheilk.*, 1972, 120, 5, 185—189; *Med. Welt (Stuttg.)*, 1972, 19, 724—725.
- Wilms M. Demonstration eines Falles von Hirschsprungscher Krankheit. *Munch. Med. Wschr.*, 1905, 52, 2061.
- Wilson F. W. Primary megacolon in young adult. *Am. J. Dig. Dis.*, 1954, 21, 4—9.
- Wissan Sh., Bar-Maor J. A. Changing trends in presentation and Management of Hirschsprung's disease. *J. Pediat. Surg.*, 1971, 6, 1, 10—15.
- Wright P. G., Shepherd J. J. Response to drugs of isolated human colonic muscle from a case of Hirschsprung's disease. *Lancet*, 1965, 2, 1161.
- Wyllie G. G. Treatment of Hirschsprung's disease by Swenson's operation. *Lancet*, 1957, 272, 6974, 850—855; *Lancet*, 1957, 272, 6974, 847—850.
- Yancey A. G. a. oth. A modification of the Swenson technique for congenital megacolon. *J. Nat. Med. Ass.*, 1952, 44, 5, 355—363.
- Zeisel H. Dolicho-sigma in Sauglings und Kinders alter. *Kinder aerzte. Prax.*, 1949, 17, 7—8, 232—235.
- Zuelzer W. W., Wilson J. L. Functional intestinal obstruction on a congenital neurogenic basis in infancy. *Am. J. Dis. Child.*, 1948, 75, 40.

ХРОНИЧЕСКИЕ «ХИРУРГИЧЕСКИЕ» ЗАПОРЫ У ВЗРОСЛЫХ. МЕГАКОЛОН

После краткого рассмотрения запоров, преимущественно при болезни Гиршпрунга, и их хирургического лечения у детей так же сравнительно кратко опишем, с точки зрения хирурга, запоры у взрослых. Вначале, возвратившись к общим вопросам учения о запорах, выделим только один вид — запоры, при которых необходимо применять хирургическое лечение.

Таким образом, в настоящем разделе основное внимание будет обращено на те функциональные или динамические запоры, при кото-

рых фактически нет анатомического препятствия для естественного прохождения по толстой кишке содержимого и эвакуации его через задний проход, но перистальтика кишки в такой степени нарушена, что больной не может самостоятельно совершать акт дефекации. Если же он может опорожнить кишечник под влиянием слабительных и клизм и если ему помогают другие методы консервативного лечения, то он должен находиться еще под наблюдением и на лечении: ребенок — у педиатра, взрослый — у терапевта. А когда слабительные средства, клизмы и другие методы систематического консервативного лечения уже не помогают, то больной должен поступить под наблюдение хирурга для решения вопроса — можно ли еще надеяться на успех консервативных мероприятий или следует переходить к хирургическому и какому именно виду лечения.

В нашей клинике вопрос о хирургическом лечении хронических запоров изучает кандидат медицинских наук В. Л. Головачев. Некоторые данные из его работ будут приводиться ниже.

Запорами страдает значительная часть населения — до 40—60% взрослых (А. Lambling, 1956). По данным Н. Н. Малова (1961), 70—80% лечившихся в санаториях жаловались на запоры. Но пока еще мало известно об этиологии и патогенезе запоров, не найдено надежных консервативных методов их лечения, не разработана хирургическая тактика.

В начале XX столетия большое значение в возникновении запора придавали образовавшимся в процессе жизни или вследствие нарушений внутриутробного развития различным спаек, перегибов и опущений кишечника. В дальнейшем определенную роль стали отводить заболеваниям других внутренних органов (М. А. Терebinская-Попова, 1924; Д. Г. Назарова, 1965), изменениям микробной флоры в толстой кишке (В. Н. Смотров, Е. А. Успенский, 1930; Л. Н. Карлик, 1943; И. Б. Куваева, Т. В. Воробьева, 1965; С. С. Полтырев, 1966); нарушениям в иннервации толстой кишки и рефлекторным проявлениям (М. М. Губергриц, 1939; F. R. Whitehouse, I. W. Kernohan, 1948; O. Swenson, 1955; Л. Ф. Шестопалова, 1965).

Для борьбы с запорами предложено огромное количество средств и методов консервативного лечения. Рекомендуются различные способствующие нормализации стула пищевые продукты и специальные диеты (В. Н. Смотров, 1934; Л. Н. Гольдман, 1952; А. Г. Гукасян, 1959; И. М. Мухин, 1972; P. Ferrer, 1955), слабительные средства (А. Г. Гукасян, 1959; Ю. М. Рафес, 1965; П. И. Шамарин, 1967; Д. Йорданов, и др., 1972), различные клизмы (К. Э. Буртанас, 1955). Широко применяются лечебная физкультура и массаж (Н. М. Какушкин, 1936; Г. Я. Кишиневская, 1938; В. Н. Мошков, 1955; С. В. Базанова, 1961 — 1963), санаторно-курортное лечение (В. А. Александров и Г. Е. Скорокина, 1926; Б. Я. Агранович, 1938; В. Н. Бердников, 1950; И. Г. Дружинин, 1960; П. М. Ларин, 1960; В. В. Телегина, 1965; Я. И. Мельничук, 1966, и многие другие), различные виды физиотерапевтического лечения (И. С. Беритов, 1959; В. Г. Ясногородский, 1966; Б. Г. Шхиян, 1967; W. Burghart, 1951; A. Denier, 1953; F. Katona, 1958; P. Cerves, 1955, и др.). И тем не менее, часто ни один из перечисленных методов не приводит к избавлению от запоров.

В практических лечебных учреждениях подобных больных лечат обычно без достаточно полного обследования, без установления истинной природы заболевания, другими словами, эмпирически применяют различные виды лечения. Поэтому требуются настойчивые поиски в разработке совершенных, приемлемых в практической медицине методов обследования и лечения больных, страдающих хроническими

запорами. Старое понятие о том, что запор — сугубо терапевтическое заболевание и лечить его должен только терапевт, распространено широко и в наши дни. Но так ли это? Всегда ли подобная установка оправдана?

Вопрос о хирургическом лечении хронических запоров возник в конце XIX столетия. Благодаря успехам хирургии расширился круг операций на органах брюшной полости, рождались новые направления. К этому времени взгляды на этиологию хронических запоров настолько изменились, что наметился новый раздел — так называемые хирургические запоры, то есть такие, которые следует лечить хирургическим путем. Так в отличие от условного понятия «терапевтические запоры» появилось столь же условное понятие «хирургические запоры».

Классификация хирургических запоров

Если рассматривать запоры не с точки зрения патофизиолога и терапевта, как это сделано в первом томе настоящего Руководства, а с точки зрения хирурга, то и классифицировать эти запоры нужно с других позиций и совершенно иначе. Такие попытки предлагать классификации хирургических запоров уже имели место. Обычно разговор шел о врожденном мегаколоне, то есть о болезни Гиршпрунга у взрослых. Если при наличии мегаколона при биопсии или в удаленных препаратах толстой кишки не находили аганглиоза, то писали об идиопатическом мегаколоне. Такие две группы — болезнь Гиршпрунга и идиопатический мегаколон — выделяли E. S. Hughes, K. J. Hardy, A. M. Cuthbertson (1969) и др. Наряду с этим, в противовес врожденному мегаколону, почти все авторы различают приобретенный, или вторичный мегаколон, который развивается в процессе постнатальной жизни на почве сужения какого-либо участка толстой кишки, после травмы, воспаления, при наличии опухоли, а также других процессов. Например, при неспецифическом язвенном колите на почве тяжелой интоксикации может развиваться ограниченный мегаколон, которому придают прилагательное «токсический» (P. Wellens, G. Vanderbroucke, A. Baert, 1962; S. J. Boley, 1964; R. B. Turnbull a. oth., 1970; J. L. Ponka, C. Grodsinsky, B. E. Bruck, 1972; Ch. B. Ripstein, E. A. Wiener, 1973 и др.). Токсический мегаколон, по мнению J. V. Von Damppe, W. Gepts, Th. Snoens (1960), может возникнуть при дизентерии, брюшном тифе и других кишечных заболеваниях.

Мегаколон может развиваться у пожилых людей на почве хронических атонических запоров в результате неправильного питания — бесшлаковой пищи, а также при некоторых эндокринных нарушениях, при заболевании нервной системы и у психических больных, утрачивающих чувство позыва на низ и не совершающих самостоятельно акт дефекации.

После обсуждения на специальной дискуссии в США вопросов, относящихся к мегаколону (J. P. Todd, 1961), были определены следующие причины развития мегаколона: 1) непроходимость на почве рубцового сужения, опухоли, заворота; 2) отсутствие регуляции при нарушении психического состояния; 3) эндокринные расстройства, гигантизм, микседема, кретинизм; 4) поражение центральной нервной системы; 5) аномалии периферической нервной системы, аганглиоз, гипоганглиоз, инертная прямая кишка.

Изучив разбираемый вопрос по литературным данным, а также на основании большого числа практических наблюдений в проктологическом отделении кафедры госпитальной хирургии Куйбышевского

медицинского института имени Д. И. Ульянова, мы выделяем по происхождению следующие формы мегаколон, или хирургических запоров, у взрослых, что почти одно и то же:

- 1) врожденный мегаколон, аганглиоз толстой кишки, болезнь Гиршпрунга;
- 2) идиопатический мегаколон;
- 3) скрытый мегаколон;
- 4) вторичный мегаколон:
 - а) на почве рубцовых процессов в толстой кишке после воспалительных процессов (рубцы, спайки, перетяжки),
 - б) после травм, в том числе операционных,
 - в) обтурации опухолью,
 - г) запоры при эндокринных расстройствах — гигантизм, микседема, кретинизм и др.,
 - д) токсический мегаколон при острых воспалительных заболеваниях желудочно-кишечного тракта,
 - е) атонические запоры, чаще у пожилых людей и обычно на почве бесшлаковой диеты,
 - и) запоры при различных нарушениях нервной системы и психики.

Кроме такой классификации, основанной на причинных моментах, должна быть приведена вторая классификация, базирующаяся на патолого-анатомических формах различных мегаколон. С этой точки зрения можно говорить о поражении (расширении, увеличении, удлинении) всей толстой кишки — тотальный мегаколон и об увеличении отдельных сегментов толстой, а также тонкой кишок. Таким образом, встречаются и описаны многими авторами мегаректум, мегасигма, мегатрансверзум, мегацекум, мегаилеум, мегадуоденум и их комбинации.

Необходимо также разграничить понятия «мега» и «долихо». Мега — это большой, объемистый, толстый, а долихо — длинный. Нередко эти понятия, особенно при врожденном мегаколон, совпадают — кишка утолщена, расширена в объеме и, кроме того, значительно удлинена против соответствующих возрастных норм. Но бывают и совершенно отчетливо изолированно выраженные мега и долихо изменения. Например, мегацекум — это большая, иногда очень большая по объему, обычно подвижная слепая кишка (*caecum mobile*) при неувеличенных или почти не увеличенных других отделах толстой кишки. Или долихосигма — длинная, при норме 25—30 см достигающая 70—80 см, но не увеличенная в объеме сигма при совершенно не удлинённых и не расширенных других отделах толстой кишки.

Как пишет W. Kothe с соавт. (1972), долихосигма часто является анатомической основой хронического запора, а также острой кишечной непроходимости — заворота сигмы. Авторы рекомендуют операцию — резекцию сигмы до возникновения заворота. Описывают собственный опыт — этиологию, клинику и лечение долихосигмы у 67 больных за 25 лет.

В разделе о болезни Гиршпрунга уже приводились примеры таких изолированно увеличенных сегментов толстой и тонкой кишок. Некоторые авторы такое увеличение считают также врожденным процессом, аганглиозом и относят к болезни Гиршпрунга.

Дадим общие характеристики форм мегаколон приведенной выше первой классификации, основанной на причинных моментах развития этого страдания.

Болезнь Гиршпрунга у взрослых

Истинный врожденный мегаколон, болезнь Гиршпрунга у взрослых встречается редко. Выше, в разделе о болезни Гиршпрунга, мы уже сообщали мнение отдельных авторов, которые считают, что большинство детей, страдающих этим заболеванием, погибает в первые два десятилетия. До взрослого состояния доживает не более 5—7%. Но и взрослыми они продолжают страдать и рано или поздно попадают на хирургический стол. Такие больные, как описанный нами выше из «Клинической фармакологии» Я. А. Ловцкого и М. Я. Брейтмана (1930), длительность запоров у которого была по несколько месяцев, а однажды достигла 1 года и 3 дней, представляют исключительную редкость.

А. Lewitan с соавт. (1951) сообщил, что Hürst в 1922—1934 гг. обследовал 21 больного, имевшего мегаколон. История заболевания у каждого уходила в детские годы и подтверждала врожденный характер его.

Естественно, все, что относится к болезни Гиршпрунга у детей — этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, — относится и к взрослым, страдающим болезнью Гиршпрунга. При этом независимо от того, является ли этот процесс врожденным, истинным аганглиозом или идиопатическим, то есть с не выясненной пока причиной, если клиническая картина соответствует болезни Гиршпрунга (потеря позыва на низ, упорные запоры, не поддающиеся никаким способам консервативного лечения, длительное и полное отсутствие самостоятельного стула), радикальное хирургическое вмешательство будет единственной возможностью вернуть больному здоровье, обеспечить ежедневный самостоятельный стул.

Парезы и параличи желудочно-кишечного тракта

В 1975 г. вышла в свет книга Ю. М. Гальперина «Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника». В ней очень подробно с точки зрения патолого-физиолога разбираются теоретические аспекты этой проблемы, но мало внимания уделяется клинике, в частности лечению этих осложнений.

Мы очень кратко упоминаем о параличах желудочно-кишечного тракта как преимущественно хирургической патологии. Эти параличи также сопровождаются кишечными стазами, отсутствием стула. Но их никак нельзя назвать запорами. Это функционального характера явления непроходимости кишечника.

Парез — это уменьшение, ослабление движений, а паралич — полное отсутствие движений, перистальтики, сокращений различных отделов, а чаще всего желудочно-кишечного тракта. Самые различные причины могут вызвать эти нарушения. Прежде всего, как уже отмечено выше в разделах о болезни Гиршпрунга у детей и у взрослых, это врожденное отсутствие или снижение числа иннервирующих кишечник нервных клеток. Но здесь речь будет идти не о врожденных парезах, а о постнатальных причинах, которые у каждого здорового человека могут вызвать временное понижение или полный паралич перистальтики. Попробуем перечислить эти причины.

Хирургам хорошо известно, что почти после каждого хирургического вмешательства, связанного со вскрытием брюшной полости, у больного в послеоперационном периоде отмечается парез кишечника. Возьмем такую минимальную операцию, как аппендэктомия по поводу

неосложненных форм хронического или начальной стадии острого аппендицита. Операция небольшая. Производится она на ограниченном участке правого нижнего отдела живота. Травма тканей незначительная. Длительность операции — 15—20 минут. Тем не менее, парез кишечника после операции продолжается около суток. Лишь после окончания этого обычного срока у больных начинают естественным путем отходить кишечные газы. Для хирурга и для больного отхождение кишечных газов всегда сигнал благополучного послеоперационного периода. И наоборот — задержка газов более обычного срока — сигнал неблагополучного течения. Хирург начинает анализировать положение, искать причины и устранять их.

Даже после таких, меньших, чем аппендэктомия, вмешательств, как, например, пункция иглой или троакаром брюшной стенки, а тем более последующее введение в брюшную полость воздуха и оптического инструмента для перитонеоскопического обследования брюшной полости, как правило, сопровождается еще большим, чем сутки, послеоперационным парезом кишечника.

Нет необходимости напоминать, что после больших хирургических вмешательств на органах брюшной полости — резекция желудка, холецистэктомия, операции по поводу различных видов непроходимости кишечника и другие, а также после операций на забрюшинных органах — пиелолитотомия, нефрэктомия — послеоперационный парез кишечника продолжается до 2—3 суток и более.

Какова же причина их? Прежде всего, по-видимому, сама операционная травма — разминание, травмирование органов руками хирургов, инструментами, рассечение тканей скальпелем, прошивание иглами и стягивание нитями. При этом происходит не только слущивание отдельных участков нежного однослойного эндотелия брюшины, высыхание его, но и более грубые травматические повреждения отдельных участков органов брюшной полости. Естественно, что чем более осторожно, нежно, атравматично оперирует хирург, тем более гладко протекает послеоперационный период, в частности, тем быстрее разрешается послеоперационный парез кишечника.

Нужно добавить, что почти при любой операции или даже манипуляции вскрытие брюшной полости сопровождается проникновением в ее просвет инфекции. Следовательно, к травме присоединяется, пусть эфемерный, перитонит. Если даже в брюшную полость ввести через укол иглы физиологический раствор, то эта инородная жидкость вызовет раздражение брюшины, то есть перитонеальную реакцию с лейкоцитозом, местным и общим, иногда с повышением температуры тела на несколько десятых градуса, с появлением болезненности брюшной стенки и т. д.

После всех лапаротомий в брюшной полости остается некоторое количество крови — жидкой и в сгустках. Она также становится инородным белковым раздражителем, вызывающим реакцию со стороны брюшины.

Таким образом, травма и воспаление брюшины — травматическое, незначительное, скоро проходящее — являются основными причинами обычных, повседневных, послеоперационных парезов желудочно-кишечного тракта.

Расширяя представления о травме и воспалении брюшины как причине парезов и параличей желудочно-кишечного тракта, можно напомнить, что закрытые травмы брюшной полости без повреждения органов могут также сопровождаться парезами. Тем более бывает выражен этот симптом, если имеется надрыв капсулы печени или селезенки, внутрибрюшное кровоизлияние, гемоперитонеум с постоян-

ными явлениями перитонизма вследствие раздражения брюшины асептической белковой жидкостью — кровью.

Особенно длительными, упорными бывают парезы кишечника у больных с переломом поясничного отдела позвоночника. Органы брюшной полости не повреждены, а обширная забрюшинная гематома в такой степени нарушает иннервацию кишечника, что вялая перистальтика, парез, вздутие живота, неотхождение газов, кишечного содержимого могут продолжаться 1—2 недели и более.

А одним из первых и главных признаков перитонита является снижение и, чаще всего, полное отсутствие перистальтики, вздутие живота, задержка стула и газов. Острый холецистит без перфорации — это еще не перитонит, а перитонизм, но какими тяжелыми и длительными парезами и вздутиями кишечника может он сопровождаться. Даже заболевания того же забрюшинного органа, почки, — острый пиелит, камни, мочеточниковая колика — могут сопровождаться длительными и упорными парезами желудочно-кишечного тракта.

Рассмотрим алиментарные причины. Известно, что у каждого человека есть индивидуальная реакция на различные виды пищи. Но можно выделить некоторые виды пищевых продуктов, которые почти у всех людей вызывают избыточное образование кишечных газов. Это главным образом овощи — капуста, свекла, морковь, тыква, лук, репа, особенно бобовые — горох, бобы, фасоль, а также черный хлеб, некоторые грубые крупы — гречневая, овсяная, пшенная, пшеничная и др. Но это физиологические раздражители, и если в желудочно-кишечном тракте при их переваривании образуется избыточное количество газов, то они и отходят естественным путем. Другое дело, когда в желудок попадают первично ядовитые (грибы и др.) или испорченные инфекцией (ботулизм) продукты.

Пищевая интоксикация, как известно, может протекать с различными проявлениями. У одних больных преобладает бурная перистальтика — рвота, спазмы, боли в брюшной полости, истощающие поносы. У других больных, наоборот, преобладают явления пареза — отсутствие перистальтики, вздутие живота, задержка стула и газов.

Как же отличить парез от паралича и от нарушений перистальтики при других видах патологии, например, при различных формах непроходимости кишечника? Элементарно просто. Врачу необходимо прежде всего иметь опыт выслушивания кишечных шумов у здоровых людей. Тогда нетрудно отметить, что у больного при парезе кишечника можно выслушать редкие, слабые звуки бульканья, шумов от перемещения газов по кишечным петлям. Если и этих звуков нет, в брюшной полости «полный штиль», значит, у больного паралич кишечника.

Есть еще много дополнительных признаков, характеризующих то и другое осложнение болезни. Состоянию больного при парезе кишечника чаще всего можно дать оценку — средней тяжести, при параличе — тяжелое состояние. При парезе имеются жалобы, характерные для больного, перенесшего операцию, травму, отравление и пр., а именно: общее недомогание, слабость, отсутствие аппетита, плохой сон, рвоты или срыгивания у него нет. Живот вздут, но умеренно. Передняя брюшная стенка находится на уровне грудной клетки или ниже, почти никогда не выше. Дыхание свободное, без затруднений. Брюшная стенка, хотя и слабо, но участвует в дыхательных движениях. Иногда небольшими порциями отходят естественным путем кишечные газы, и это значительно облегчает состояние больного. Температура тела не выше 38°. Пульс соответствует температуре. Артериальное кровяное давление в пределах нормы.

При параличе желудочно-кишечного тракта жалобы больного многочисленны. Он жалуется на тяжелое общее состояние, на затруднение дыхания вследствие вздутия живота. Дыхание частое, поверхностное, нередко сопровождающееся движением крыльев носа. Пульс учащен, может быть малый, опережающий повышение температуры. Кровяное давление снижено. Сон плохой, урывками или полная бессонница. При приеме глотками жидкости происходит срыгивание или же периодически бывает рвота по мере накопления жидкости в желудке, не эвакуируемой через привратник из-за отсутствия перистальтики. Живот вздут. Передняя брюшинная стенка стоит выше уровня грудной клетки, в дыхательных движениях не участвует. Выдыхаемый воздух нередко с запахом ацетона. Наиболее вздута обычно подложечная область. Часто видны контуры расширенного желудка. При перкуссии по всей области передней брюшной стенки отмечается тимпанический или коробочный звук, особенно высокий в области желудка. При выслушивании через брюшную стенку перистальтические шумы не обнаруживаются. Но при встряхивании брюшной стенки нередко можно слышать шум плеска жидкости в кишечных петлях. При рентгенологическом исследовании, если оно возможно в стоячем положении, отмечается высокое стояние и малая подвижность куполов диафрагмы. В кишечных петлях видны множественные и значительных размеров чаши Клойбера. Все это отсутствует при парезах. Лишь при тяжелых формах пареза, на грани паралича перистальтики, могут быть отдельные, небольших размеров чаши Клойбера.

Кроме перечисленных выше общих клинических признаков того и другого вида поражения кишечника, имеется еще много более или менее различающихся признаков при морфологическом и биохимическом исследовании крови и мочи. Так, при параличе бывают чаще и более резко выражены явления лейкоцитоза, РОЭ, левого сдвига формулы, повышения азота, сулемового числа крови. Индол и скатол мочи, как продукты стеркоремии, определяются только при тяжелых формах паралича и кишечного застоя.

При дифференциальной диагностике необходимо иметь в виду органические формы частичной и полной непроходимости кишечника — завороты, сдавления, ущемления, опухоли и т. д. При них могут быть все те же явления, что при функциональных парезах, параличах, включительно до чаш Клойбера. Но, кроме того, наблюдается симптом Валя — неравномерное вздутие кишечных петель выше препятствия, выстояние отдельных из них и доступное пальцам через брюшную стенку определение их повышенной ригидности. Чаще всего у таких больных при выслушивании через брюшную стенку определяется повышенная перистальтика, иногда периодически бурная вследствие препятствия по ходу той или иной кишки. А больной испытывает периодически сильные боли в момент наивысшего спазма перед препятствием при очередной перистальтической волне.

О лечении парезов и параличей кишечника как функциональных видов непроходимости будет кратко сказано в конце следующего раздела этой главы.

Скрытый мегаколон

Представление о скрытом мегаколон у нас впервые составилось в 1952 г. вначале на основании трех клинических наблюдений. Вот они.

В военном госпитале пришлось консультировать больного, 46 лет. Длительно страдал от язвы привратника. В госпитале произведена резекция желудка. Послеоперацион-

ный период протекал очень тяжело — вздутие живота, несмотря на всевозможные меры стимуляции, полное отсутствие перистальтики, постоянная рвота. Решено, что имеется механическая непроходимость кишечника. На двенадцатый день повторно оперирован. Никаких механических препятствий для прохождения пищи из желудка по анастомозу и дальше во всему кишечному тракту не найдено. Но на всякий случай наложен дополнительный гастроэнтероанастомоз.

Мне показали больного на 18-й день после первой операции, на 6-й день после второй операции. Улучшения не наступило. Была та же тяжелая картина — резкое вздутие живота, перистальтика отсутствовала, стула не было, газы не отходили. Постоянная рвота. И это несмотря на очень активно проводившиеся меры стимуляции перистальтики кишечника. Снова возникла мысль о механической непроходимости кишечника. В третий раз, с моим участием, вскрылась брюшная полость. Никакого механического препятствия не найдено. Наложен еще один гастроэнтероанастомоз. Паралич желудочно-кишечного тракта и после этого не разрешился. На вторые сутки после третьей операции, или на 24-е после первой, больной умер.

После третьей операции подробно беседовал с женой больного, расспрашивал, чем болел раньше ее муж.

«Ничем не болел, кроме язвы желудка, которой он болел с перерывами вот уже более 10 лет. Еще — не знаю, это нормально или нет — у него всегда был вздут живот, часто урчало в животе, и он выпускал много неприятно пахнущих газов. Стул у него был раз в 2—3 дня. При этом всегда выделял очень много каловых масс».

Эти наблюдения жены больного меня заинтересовали, но я не придал им большого значения, не сделал никаких выводов.

Вскоре меня вызвали на консультацию в урологическое отделение того же госпиталя.

Больной, 38 лет, оперирован по поводу камня правого мочеточника. Прошло 15 дней. Живот вздут, перистальтики нет, газы не отходят, стул отсутствует, рвота. Предполагается механическая послеоперационная непроходимость кишечника.

Выясняется точно такая же картина. Стул раз в 2—3 дня, большими порциями. Всегда выпускал много газов. За лечебной помощью никогда не обращался, так как болей в брюшной полости не испытывал — и такую работу своего кишечника считал нормальной.

Это повторение совершенно аналогичных явлений навело меня на мысль, что здесь имеется какая-то причинная связь и своеобразная закономерность. Редкий стул, вздутие кишечника. Значит, замедленная перистальтика. Медленное продвижение кишечных масс дает дополнительное брожение. Выделяется много газов. Кишечник большой, объемистый. Выбрасывается раз в 2—3 дня много каловых масс. Так это же малая, или скрытая, или неполная болезнь Гиршпрунга. Там полный аганглиоз, полное отсутствие перистальтики, полное отсутствие стула. А здесь можно предполагать, что имеется не полный, а частичный аганглиоз, гипоганглиоз. Поэтому перистальтика замедлена, продвижение пищи — также. Избыточное брожение. Редкий объемистый стул. Но состояние вполне компенсированное. Болей у человека нет. Он вполне работоспособен. Считает себя здоровым.

Сразу же формулируется диагноз: скрытая, или малая, или компенсированная форма болезни Гиршпрунга. Врачам объявляю, что у больного механической непроходимости нет и имеется послеоперационный паралич желудочно-кишечного тракта. Записываются подробные назначения. Несмотря на их тщательное выполнение, паралич не разрешился. Больной умер через 6 суток. На секции у него, как и у предыдущего больного, никаких механических препятствий по ходу желудочно-кишечного тракта не найдено.

В то же время меня пригласили на консультацию в соседнюю хирургическую клинику. Больной, 36 лет, оперирован по поводу язвы привратника — резекция желудка. Послеоперационный период протекал очень тяжело — вздутие живота, отсутствие газов и стула, непрерывная рвота. Решили: острая послеоперационная механическая непроходимость кишечника или забытое в брюшной полости инородное тело. На 4-е сутки повторно вскрыли брюшную полость. Никакого препятствия или инородного тела. Брюшную полость зашили. У больного прежнее тяжелое состояние. Пригласили меня. Познакомившись с положением, я сейчас же обратился с вопросами к ухаживающей жене. «Да, у него всегда было много газов, стул большими порциями, раз в 2—3 дня». Ясно — тоже скрытая форма болезни Гиршпрунга. На 8-й день после первой операции (на 4-й после второй) больной умер.

В общей сложности в те годы нам пришлось наблюдать с такими явлениями 7 больных — все мужчины. Один, как уже было упомянуто, перенес операцию по поводу камня правого мочеточника, второй, там же — правостороннюю пиелолитотомию. У 5 больных произведена резекция желудка.

Пришлось знакомиться с литературой. Везде это осложнение именуется послеоперационным параличом или парезом желудка, и все

авторы отмечают — летальность 100% или почти 100%. Мы в этом тоже убедились — все самые активные меры медикаментозной, механической, физической стимуляции, включительно до коло- или йейюностомии, не давали положительных результатов. Электрическая стимуляция перистальтики кишечника тогда еще не вошла в широкую практику и не применялась.

В то же время нигде в литературе мы не нашли указаний или упоминаний о том, что этот паралич развивается на почве гипоганглиоза, то есть это скрытая, малая форма болезни Гиршпрунга. Но здесь, следует думать, не локальный гипоганглиоз со слабо выраженной формой болезни, а особый вид распространенного гипоганглиоза всего желудочно-кишечного тракта, поэтому стойкий паралич происходит на всем протяжении от желудка до конца толстой кишки.

Мы рассуждаем так. Гипоганглиоз здесь компенсированный. Толстая кишка удлинена, расширена. Перистальтирует вяло. Содержимое движется по ней медленно. Гнилостное брожение протекает дольше, чем обычно. Газов в кишке образуется значительно больше, чем обычно. Это клинически выражается в редком объемистом стуле, в большом количестве газов, которые человек выпускает и вне дефекации. Болевых ощущений или каких-либо особых других неприятностей он не испытывает. Потому и не считает необходимым обращаться к врачу. Но вот когда при необходимости вскрывается брюшная полость или даже производится операция в забрюшинном пространстве, эта механическая травма угнетает и без того слабо работающие клетки кишечных интрамуральных сплетений. Наступает стойкий, неразрешимый паралич желудочно-кишечного тракта.

Эта выдвинутая нами и пока мало известная, не отраженная в работах, посвященных послеоперационным параличам органов желудочно-кишечного тракта (Ю. М. Гальперин, 1965; Н. И. Махов, 1973 и др.), теория о скрытом мегаколоне, при помощи которой мы объясняем послеоперационный паралич желудка, а точнее и правильнее — всего желудочно-кишечного тракта, пока не подтверждена микроскопическими исследованиями. Но она нам кажется столь правдоподобной, что мы смело выдвигаем ее на практическое вооружение. А фактическое подтверждение теории микроскопическими исследованиями, надемся, последует.

В статье о паралитической кишечной непроходимости J. Staib (1973) после краткого анализа этиологии, патогенеза, клиники, не приводя собственных данных, сообщил, что необходимо различать 3 стадии этого осложнения, и соответственно привел рекомендации, как лечить больных на каждой из этих стадий.

Развитие паралитической непроходимости J. T. Adams (1973) наблюдал у 20 больных в возрасте от 41 до 95 лет. У 6 больных непроходимость развилась после операций — остеосинтез переломов, бедренно-подколенное шунтирование, кесарево сечение, удаление камня из лоханки, у 4 — на фоне тяжелых септических процессов, у 3 — при инфаркте миокарда, у 3 — при тяжелых множественных переломах, у 4 — с другими заболеваниями: энцефалит, острый панкреатит, эмболия ветвей легочной артерии. При ирригоскопии препятствий по ходу толстой кишки не выявлено. При консервативном лечении — восстановление водно-солевых потерь, отсасывание из желудка, клизмы — умерло 3 из 6. Наложением цекостома спасены 11 из 14. Автор считает необходимым накладывать цекостому, если консервативным лечением на протяжении 72 часов не удастся ликвидировать паралитическую непроходимость.

Какой же вывод? Пока мы не научились уверенно излечивать

больных, у которых послеоперационный период осложняется (по старой номенклатуре) параличом желудка, а теперь мы скажем — параличом желудочно-кишечного тракта, развивающимся на почве скрытого мегаколон, нужно проводить меры профилактики. При собирании анамнеза у больного, готовящегося к операции со вскрытием брюшной полости или забрюшинного пространства, необходимо выяснить, нет ли у него симптомов скрытого мегаколон — редкий обильный стул, вздутие живота, урчание, большое количество газов. Если есть, то лучше от плановой операции воздержаться. Делать ее в случае необходимости только при жизненных показаниях.

А уж если произошло несчастье — возможность такого осложнения своевременно не была выявлена и в послеоперационном периоде наступил стойкий паралич желудочно-кишечного тракта, — то необходимо принять самые энергичные меры для выведения больного из этого состояния. Меры должны проводиться в двух направлениях: 1) стимуляция перистальтики всеми методами, включая электрическую стимуляцию, 2) разгрузка желудочно-кишечного тракта от содержимого — постоянный желудочный зонд через нос, йейюностомия или цекостомия, не менее 2—3—4 раз в сутки гипертонические, сифонные, огневские, простые очистительные клизмы, а в промежутках между ними высокое введение толстой резиновой трубки через задний проход для отведения кишечного содержимого.

Во время беседы в Москве в 1976 г. с членом-корреспондентом АМН СССР проф. Б. В. Огневим я уточнил некоторые детали, касающиеся разработанной и рекомендуемой им очистительной клизмы. Он сообщил, что в каком-то немецком журнале за 1927 г. прочитал статью о новом составе содержимого клизмы. Автор рекомендовал ставить очистительную клизму, основой которой является перекись водорода. Оставив эту основу, Б. В. Огнев сделал некоторые добавления и с 1928 г. применяет клизму нового состава, которая обоснованно в нашей стране получила название «клизма Огнева».

У лиц, нуждающихся в очищении кишечника особыми средствами, по мнению Б. В. Огнева, нужно вначале устранить хлоропривную азотемия путем введения внутривенно детям 5 мл 5% раствора хлористого натрия, более взрослым — 10 мл 10%, взрослым — 20 мл 20% раствора хлористого натрия. Кроме того, вводится из ампулы подкожно один из следующих препаратов: прозерин, физостигмин (эзерин) — 1 мл.

Клизма по Огневу состоит из трех ингредиентов: 3% раствор перекиси водорода — 30,0; 2% глицерин чистый — 30,0; 10% раствор хлористого натрия — 40,0. Общий объем клизмы — 100,0. Состав клизмы готовится в особой последовательности. В перекись водорода медленно, по стенке сосуда, в течение трех минут вливается глицерин и помешивается стеклянной палочкой. Затем добавляется раствор хлористого натрия. Весь этот состав медленно вводится в прямую кишку.

При быстром распаде перекиси водорода освобождающийся кислород распространяется через толстую кишку до слепой кишки, снабженной наибольшим количеством нервных рецепторов на протяжении всей толстой кишки. Отсюда начинается залповое сокращение и опорожнение кишки. Сфинктеры, расположенные по ходу толстой кишки, не препятствуют, а способствуют освобождению ее. Глицерин и хлористый натрий — слабительные препараты. Старые земские врачи давали глицерин детям как легкое послабляющее средство. Опорожнение происходит легко. Клизма безопасна. Ее можно ставить даже после резекции толстой кишки, так как она способствует обмыванию и заживлению раны.

Кроме того, при всех формах парезов и параличей перистальтики кишечника, без механического препятствия его, следует проводить еще многие мероприятия, которые способствуют возбуждению и восстановлению перистальтики. Приведем наиболее распространенные из них. Внутримышечно вводится один из следующих препаратов: питуитрин, физостигмин (эзерин), прозерин. Внутривенно вливается 10 мл 10% раствора хлористого натрия 2—3 раза в сутки. Производится двусторонняя паранефральная блокада по Вишневскому. Применяются тепловые процедуры на брюшную стенку: грелки и др. Конечно, предварительно и параллельно лечатся те заболевания (перитонит, перелом позвоночника и др.), которые являются причиной пареза или паралича.

А так как больной естественным образом питаться не может — кишечник у него бездействует, то необходимо обеспечивать его питание парентеральным путем. На протяжении всего времени, пока имеются явления паралича желудочно-кишечного тракта, больному периодически, не реже двух раз в неделю, переливают кровь, лучше делать прямое переливание. Внутривенно, а также внутримышечно и подкожно, но не посредством капельных клизм, производятся вливания белковых жидкостей, растворов глюкозы и солевых растворов.

В последние годы все чаще применяется электростимуляция для лечения алиментарного, послеоперационного, травматического, инфекционно-воспалительного, вторичного и прочих парезов желудочно-кишечного тракта. Попытка использовать для этой цели аппарат «Амплипульс-3» описывается в статье В. Г. Ясногородского и М. А. Равича (1966). Новый аппарат и метод для опосредованной и прямой электрической стимуляции у больных с травматическими перерывами спинного мозга разработали, с успехом использовали и описали А. А. Вишневский, А. В. Лившиц, Б. И. Ходоров (1967). Такого же принципа аппарат ЭТМ-1 предложили и использовали для электростимуляции кишечника А. М. Эстрин и Н. В. Маклаков (1972). Известны и другие подобные рода отечественные и зарубежные аппараты.

В 1963 г. мы дали задание практическому врачу В. Ф. Глухову, хирургу одной из районных больниц Куйбышевской области, разработать аппарат для электростимуляции при парезах кишечника. В. Ф. Глухов активно включился в изучение этого вопроса. Он разработал: 1) зонд-электрод, 2) аппарат для электростимуляции кишечника, 3) устройство для преобразования малых перемещений замыкательной части баллонно-графической системы в электрические сигналы и получил на все эти нововведения рационализаторские удостоверения. Ссылаясь на предшествующие работы по этому вопросу Буда, Блоха, Борри, Лежара и др., он приступил к практическому применению гальванического тока силой до 50—60 мА для лечения преимущественно послеоперационных парезов и параличей кишечника.

Из трех методов электризации кишечника — накожный, внутрижелудочный и прямокишечный — он применял все, но преимущественно последний. В прямую кишку вводится специальный электрод на глубину до 25 см. Через него в кишечник вливается до 1000 мл физиологического раствора. Электрод соединяется с отрицательным полюсом. Второй электрод — свинцовая пластина площадью 225 см² помещается на переднюю брюшную стенку. Сила тока постепенно повышается от 5 до 60 мА; напряжение 12—16 В. В конце процедуры изменяется направление тока несколько раз по 1—2 мин. Длительность электризации — 20—25 мин. У большинства больных тотчас же активизируется перистальтика: отходят газы, опорожняется кишечник. Некоторым больным ранее безуспешно применялось другое медикаментозное лечение, включая и околопочечную блокаду.

В кандидатской диссертации В. Ф. Глухова (1974) сообщается о 93 больных, которых он лечил методом электростимуляции. Из этого числа 12 были с легкой степенью пареза кишечника, 27 — со средней и 54 — с тяжелой. Лечение проводилось всеми методами стимуляции — накожным, внутрижелудочным и прямокишечным. В сумме стойкое восстановление перистальтики получено у 92,5% больных, у 7,5% эффект отсутствовал. При этом установлено, что накожный способ обладает наименьшим стимулирующим воздействием. Его можно применять только при легких степенях пареза. Стимулирующее воздействие внутрижелудочного способа несколько выше. Этот метод показан при парезах кишечника средней тяжести с преимущественной локализацией его в верхних отделах желудочно-кишечного тракта. Прямокишечный способ обладает наиболее выраженными стимулирующими свойствами. Он показан при парезе кишечника средней и тяжелой степени с преимущественной локализацией его в нижних отделах желудочно-кишечного тракта. Противопоказано применение электростимуляции после операций на толстой кишке.

Заключительный вывод работы автора: простота методики, доступность, отсутствие осложнений, портативность аппаратуры дают основание рекомендовать электростимуляцию постоянным током возрастающей силы в качестве одного из методов восстановления двигательной деятельности кишечника в послеоперационном периоде.

От себя добавим, что все это, несомненно, так. Можно надеяться, что при быстро растущей оснащенности лечебных заведений медицинской аппаратурой, в частности и особенно — хирургических отделений, аппаратура для электростимуляции кишечника будет обязательной принадлежностью реанимационных отделений, что облегчит борьбу врачей с послеоперационными парезами и параличами кишечника.

Вторичный мегаколон

Мы не будем здесь разбирать некоторые виды вторичного мегаколон, так как, например, рубцовые сужения прямой кишки, их последствия и лечение описаны в XX главе третьего тома настоящего Руководства (с. 462—534). Сужения толстой кишки опухолями и развивающиеся при этом кишечные стазы будут представлены в отдельной книге. По поводу токсического расширения толстой кишки, или, как иногда называют, — токсического мегаколон, развивающегося чаще всего при неспецифическом язвенном колите, приведем несколько примеров из литературы.

J. T. Adams (1973) из 464 больных, страдавших язвенным колитом, у 16 (3,5%) наблюдал токсическое расширение толстой кишки. Все больные оперированы, летальность 25%. Из оперированных в первые 5 суток ни один не умер. Из 5 оперированных позднее умерло трое.

В последние годы при токсическом мегаколон производят субтотальную колэктомию или тотальную колопроктэктомию с наложением илеостомы, но эти операции без предварительной подготовки дают высокую (до 30%) летальность. R. V. Turnbull (1970) предложил накладывать противоестественный задний проход на терминальную часть тонкой кишки и одновременно колостому. Последнее вмешательство обеспечивает декомпрессию растянутой толстой кишки, быстро снижает интоксикацию и уменьшает общую летальность. Из 38 больных, которых оперировал J. D. Shipp (1974) по поводу неспецифического язвенного колита, у 8 был тяжелый токсический мегаколон, в том чис-

ле у 6 — перфорация или выраженное воспаление кишки. При использовании описанной 2—3-этапной методики летальных исходов не было.

Только по названию — токсический мегаколон — эти вторичные расширения толстой кишки вносятся в классификацию мегаколон.

Фактически они являются одним из редких осложнений совсем иной природы заболеваний и не совсем уместно помещаются в эту классификацию.

Несколько подробнее опишем клиническую картину и отчасти патологическую анатомию возрастных, старческих запоров, а также запоров, встречающихся у людей с расстройшенной психикой, переходящих во вторичный мегаколон. У этих двух групп лиц в желудочно-кишечном тракте и во всем организме протекают в значительной степени аналогичные патологические изменения.

Во-первых, это возрастной склероз тканей. Этот процесс отчетливее всего сказывается на сфинктере прямой кишки. Необходимо отметить, что пожилой и старческий возрасты могут в состоянии сфинктера вызывать двойные изменения. С одной стороны, при увядании организма, при наступающей дряхлости, слабости мускулатуры может появляться понижение замыкательной способности сфинктера. Пожилые люди не могут удерживать газы, жидкое, иногда и более плотное содержимое прямой кишки. Они становятся нечистоплотны. Это одна цепь событий.

Вторая возможность — преобладание склеротических процессов. Количество жидких составных частей у пожилых людей в тканях относительно уменьшается. Человек как бы высыхает. Ткани у него уплотняются. Нарушается функция мышц. Способность их к сокращению и расслаблению резко сокращается. Вследствие этого, например, анальный сфинктер превращается в ригидное, слабо сокращающееся и совсем слабо раскрывающееся кольцо. Такой процесс в еще более резко выраженной степени, до полной непроходимости, наблюдается даже у сравнительно молодых людей или лиц среднего возраста при кардиоспазме, при длительном спазме, при отсутствии сократительной способности мускулатуры. Резко сокращенные, бездействующие круговые мышечные волокна склеротически перерождаются, превращаются в плотную соединительную ткань. Так нередко происходит и со сфинктером заднего прохода у пожилых людей, особенно страдающих запорами. Сфинктер заднего прохода превращается в ригидное, слабо растяжимое кольцо. А сила брюшного пресса, как и сила всех мышц, у них резко ослаблена. Получается замкнутое патологическое кольцо — *circulus vitiosus*. Запоры еще усиливаются. Плотный, объемистый, сухой кал такой пожилой человек с огромными трудностями продавливают через ригидное, слабо растяжимое анальное кольцо. Недаром 7% мозговых инсультов и до 15% инфарктов миокарда происходят в туалетных комнатах во время дефекации.

Поэтому некоторые пожилые люди, имеющие затруднения при опорожнении кишечника, стараются реже совершать акт дефекации. А это ведет к застоям содержимого толстой кишки, расширению просвета кишки, уплотнению содержимого, к развитию вторичного старческого мегаколон, к еще большим затруднениям при дефекации. Такой человек постепенно совершенно утрачивает чувство позыва на низ, при переполненной толстой кишке, забитой плотными каловыми массами, не испытывает желания совершить акт дефекации. Он может не иметь стула многие дни и недели. Переполняется брюшная полость. Растягивается, приподнимается брюшная стенка и диафрагма. Появляются затруднения для дыхания, сердечной деятельности, для приема дос-

таточного количества пищи. Все эти явления вынуждают больного обращаться за помощью к родственникам или в лечебное учреждение, иногда раз в 15—20 и более дней. Раздавливанием, кускованием плотных каловых масс пальцем постороннего человека, введенным в прямую кишку больного, попеременно с многократными клизмами постепенно удается очистить дистальную кишку от каловых завалов. Некоторые врачи для размельчения слежавшихся плотных каловых масс пользуются различными инструментами — костными ложками Фолькмана, корнцангом, кровоостанавливающими зажимами и др. Не следует этого делать, так как такие манипуляции, в отличие от работы пальцем, сопровождаются повреждением слизистой оболочки кишки, кровотечением.

И без этих дополнительных повреждений стенки толстой кишки, ригидные, склеротические, при таких упорных запорах и наполняющих просвет плотных каловых массах находятся в состоянии растяжения, перерастяжения и в неблагоприятных условиях кровоснабжения, питания. Наступают дистрофические изменения в тканях кишечной стенки. Нередко эти изменения завершаются образованием язв, пролежней от давления на слизистую оболочку кишки. Это явление у американских авторов (H. T. Grinvalsky, C. I. Bowerman, 1959; J. H. Printz a. oth., 1961; E. Kraft, N. Finby, P. T. Egidio, J. S. Glenn, 1966 и др.) именуется стеркоральными, реже — декубитальными (от лат. — *decubitus* — пролежень) язвами. Процесс некроза от перерастяжения кишки и давления на нее объемистых, плотных каловых масс может продолжаться глубже и вызывать перфорацию стенки кишки. Такое осложнение неоднократно описывалось в литературе (J. Berry, 1894; C. Blotner, 1948; R. Brearly, 1954; R. G. Henderson, 1956; P. L. Berger, R. E. Shaw, 1961; J. H. Printz a. oth., 1961; K. B. Castleton, 1962; G. Liedberg, 1969; D. C. Lyon, H. J. Sheiner, 1969; J. J. Bauer a. oth., 1972 и др.). T. Navia (1971) наблюдал 37 больных с нетравматическими перфорациями толстой кишки. Из них 16 мужчин, 21 женщина, средний возраст 63 года. Причины перфорации — дивертикулит, копростаз, рак толстой кишки. Кроме 2, поступивших в иноперабельном состоянии, все больные оперированы. Общая летальность 45%.

J. J. Bauer, M. Weiss, D. A. Dreiling (1972) сообщают о трех наблюдавшихся ими пожилых людях, страдавших хроническими запорами, у которых наступила перфорация толстой кишки каловым камнем. Из литературы они анализируют 21 подобное же наблюдение, в 12 правильный диагноз установлен только на секции. Авторы отмечают, что до операции или до аутопсии точный диагноз ставится очень редко. Наиболее эффективными вмешательствами они признают резекцию или экстериоризацию пораженного сегмента кишки. В статье приведен убедительный рентгеновский снимок — широкий серповидный газовый пузырь под правым куполом диафрагмы, обнаруженный у одного больного.

V. Chorvath, R. Moravec, F. Lernovicky (1972) наблюдали 21 больного с перфорацией толстой кишки различного происхождения, в том числе с декубитальным некрозом. Авторы отмечают, что выбор тактики лечения, обычно у пожилых людей, бывает затруднителен. Требуется значительный опыт для правильного решения этого вопроса. Для лечения таких перфораций они предлагают следующие возможности: 1) дренаж; 2) зашивание перфорационного отверстия; 3) выведение места перфорации в виде колостомы; 4) резекция в различных вариантах. По поводу этого перечисления мы заметим, что простой дренаж брюшной полости, без дополнительной изоляции, ушивания или экстраперитонизации перфорационного отверстия, является совер-

шенно негодным, безнадежным средством, заранее обрекающим больного на неблагоприятный исход. Поэтому дренаж не может рекомендоваться как самостоятельное и единственное лечебное пособие.

Таким образом, у людей пожилого и старческого возраста описанные явления в толстой кишке происходят главным образом независимо от их сознания, но в значительной степени в зависимости от их психики. Например, сознательное уклонение от дефекации ввиду ее трудностей, которые доставляет этот акт, или старческая забывчивость, когда при отсутствии позывов человек не может сказать, был ли у него стул сегодня, вчера и вообще когда в последний раз он очищал кишечник. Это все функция психики, у старых людей уже начинающей давать выпадения памяти на близкие события и другие нарушения.

И уже совсем сравнительно часто такие же нарушения дефекации — потеря позыва на низ, задержка стула по многу дней, развитие вторичного мегаколон и т. д. — бывают независимо от возраста, но чаще у людей второй половины жизни, психически ненормальных, находящихся в специализированных лечебных учреждениях.

А. Lewitan с соавт. (1951) обследовал 120 больных, лечившихся по поводу болезни Паркинсона в Бруклинском госпитале г. Нью-Йорка. У 18 был найден мегаколон, в том числе у 4 мегаилеум. Автор отмечает, что это очень высокий процент (15%) по сравнению с очень низким процентом такого рода заболеваний среди общего населения. Поэтому он рекомендует систематически проводить, в частности, рентгенологическое обследование, как он пишет, неврологических больных, чтобы можно было приступить к лечению в начальных стадиях и не допускать развития выраженных форм мегаколон.

Никаких жалоб эти больные на состояние брюшной полости не предъявляют. Истинный анамнез у них удается собрать очень редко. Только при внимательном наблюдении за ними медицинского персонала и во время обследования больного при подозрении на длительную задержку стула можно выявить начальные стадии или выраженные формы вторичного мегаколон.

Если такого наблюдения нет и своевременно не выявляются длительные запоры у пожилых или психически ненормальных людей, то иногда они превращаются в неотложных больных, нуждающихся в экстренной медицинской помощи. Обострение заболевания может проявляться в виде спазматических болей в брюшной полости, рвоты, общего тяжелого состояния. Это может зависеть от усиленной перистальтики толстой кишки, когда она сокращается и через брюшную стенку видны перемещающиеся волны в результате нарастающих явлений непроходимости. Более редкие причины — заворот переполненной сигмы, перфорация толстой кишки и др.

В статье «Мегаколон у психотических пациентов» O. D. Ehrentheil E. P. Wells (1955) сообщают о 13 такого рода пациентах. Они разбирают 5 положений, относящихся к этой проблеме: 1) клиническая картина заболевания у психических больных, 2) обследование, в частности рентгенологическая диагностика этого особого типа мегаколон, 3) вероятный патогенез, 4) место этого мегаколон в существующих классификациях, 5) лечение. Далее приводятся клинические и рентгенологические признаки мегаколон у психических больных. Постепенное возрастание емкости и содержимого толстой кишки при этом заболевании дает основание считать его мегаколон. По поводу классификации авторы приводят мнение Н. L. Voskus (1944), который считает необходимым этот вид поместить в первую группу вблизи от основной группы мегаколон. Как особую подгруппу или надгруп-

пу внутри группы с названием «функциональный мегаколон» предлагают поместить этот вид мегаколон С. М. Lee, К. С. Bebb (1950). Особую подгруппу — психогенный мегаколон предлагают выделить D. Garrard, J. В. Richmond (1952).

Что касается лечения мегаколон у этих больных, то упомянутые выше авторы рекомендуют разбивать кал пальцем, введенным в прямую кишку, а если необходимо, то и двумя пальцами, и после этого ставить повторные клизмы до возможно полного очищения кишки.

G. L. Watkins *а. оth.* (1961) сообщил, что у психического больного наблюдал гигантский мегаколон, произвел субтотальную колэктомию с благополучным исходом. Он и соавторы статьи считают это вмешательство наилучшим методом лечения больных с такими запущенными формами мегаколон.

L. H. Canlan с соавт. (1965) наблюдал 9 больных, которые страдали болезнью Паркинсона и одновременно имели мегаколон, из них 6 мужчин и 3 женщины в возрасте от 53 до 74 лет. Интервал между началом болезни Паркинсона и появлением мегаколон был от 18 месяцев до 28 лет, а в среднем 12 лет. Это сопутствующее заболевание развивалось обычно незаметно, не беспокоило больных, и у них мегаколон регистрировался только после того, как появились острые явления непроходимости. Необходимо было исключить органическое заболевание как причину непроходимости. Рентгенологическое исследование, бариевая клизма давали возможность удостовериться, что у 4 больных был мегаколон и частичный *volvulus sigmae*. У остальных толстая кишка на всем протяжении была проходима. Все больные в хроническом периоде получали медикаментозное лечение болезни Паркинсона отдельно или в комбинации с какими-либо другими лекарствами. В периоды обострений принимались меры для очищения кишечника и, как правило, удавалось избежать ненужного оперативного вмешательства.

Синдром мегасигмы с тяжелыми осложнениями у 16 психических больных в возрасте от 40 до 80 лет наблюдал E. Kraft с соавт. (1966). Появляются вздутие живота и другие симптомы, характерные для непроходимости кишечника. Основой их являются плотные конкременты, *volvulus sigmae*, стеркоральные язвы, перфорация кишки. От этих осложнений, несмотря на хирургические вмешательства, умерло 5 из 16 больных. Послеоперационное наблюдение и лечение — серьезная проблема при наличии психопатического состояния у таких больных. Авторы статьи совершенно обоснованно заявляют, что подобные же осложнения тяжелых хронических запоров встречаются у пожилых людей, не имеющих неврологических и психических расстройств.

К. М. Н. Мурго (1971) пишет, что у 72-летнего пациента, который обратился в лечебное заведение с 9-месячной историей возрастных запоров, был удален узкий участок сигмовидной кишки. Это не была болезнь Гиршпрунга. А рентгенологически заболевание было неотличимо от рака толстой кишки. Однако при гистологическом исследовании возрастное число нервных фибрилл и ганглиозных клеток ауэрбаховского и мейснеровского сплетений представлялось с ганглионевроматозными явлениями. Такого рода изменения в нервных сплетениях и в клетках нервных узлов тазовой кишки автор предположительно считает единственными в своем роде.

H. Ogilvie в 1948 г. описал симптом ложной обструкции толстой кишки, зависящей от лишения ее симпатической иннервации. Он наблюдал двух больных, у которых были явные симптомы запущенного злокачественного новообразования дистальной части толстой кишки,

несмотря на нормальные показания бариевой клизмы. При лапаротомии толстая кишка найдена интактной, а обнаружена злокачественная инфильтрация между ножками диафрагмы, в области солнечного сплетения и полулунного ганглия. Автор пришел к выводу, что нарушение перистальтики толстой кишки, развитие стаза произошло в результате прерванной злокачественным новообразованием иннервации кишки симпатической нервной системой. Точно такое же наблюдение описал в 1949 г. J. A. Dunlop под наименованием симптома Ogilvie. На основании последующей секции он подтвердил нарушение иннервации со стороны солнечного сплетения и полулунного узла. Ch. Chaitoff, M. Dintzman (1974) наблюдали больных с описанным H. Ogilvie синдромом ложной непроходимости толстой кишки. Авторы разбирают вопросы клиники, диагностики и дифференциальной диагностики этого состояния. Оперировали трех больных, консервативно лечили двух. Операция должна обеспечить декомпрессию. Для этой цели считают рациональной поперечную илеостомию. Одновременно производят интубацию прямой кишки и активную аспирацию кишечного содержимого, чтобы устранить явления стаза в толстой кишке.

ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение. Повторять изложение вопроса о консервативном лечении хронических запоров нет необходимости. Напомним лишь, что основное значение мы придаем установлению правильной диеты. Преобладание овощей и фруктов в пищевом режиме — главный метод борьбы с обычными запорами. Трудно и невозможно представить себе человека, который питается преимущественно овощами и страдает запорами. Жители сельских местностей относительно больше питаются овощами, чем городские, и неизмеримо реже страдают запорами, тем более такими, которые требуют хирургического вмешательства. Только овощами в настоящее время никто, к сожалению, не питается. У жителей городов не только летом, но и в течение всего года могут и должны от 40 до 60% пищевого рациона составлять овощи. При этом, будем надеяться, и у них не будет хронических запоров.

Нередко можно услышать возражение от такого больного: от овощей меня дует, образуется много газов, появляются боли. Это верно. От некоторых овощей у отдельных людей, может быть, у большинства, образуется в толстой кишке несколько повышенное количество газов. К таким овощам относятся бобовые, капуста, свекла, лук, тыква. Менее газообразующими являются почти все ягоды и фрукты, а также картофель, морковь, огурцы, помидоры, кабачки, репа, кольраби, грибы и др. Но это все очень индивидуально. Некоторые из перечисленных продуктов, не способствующих избыточному образованию газов, у многих людей как раз могут вызвать обратное явление.

При настойчивом желании каждый больной может себе постепенно из множества овощей и фруктов выбрать те, что не вызывают у него избыточного образования газов и в то же время устраняют запоры.

В качестве примера хочется привести больную М., служащую из г. Тольятти, которая в возрасте 38 лет обратилась в клинику с жалобами на упорные запоры. Ими она страдает со школьных лет. Произошел такой разговор:

— Измучилась! Самостоятельно очищать кишечник совершенно не могу. Только клизмами, раз в 2—3—5 дней, с большим трудом. Приходится ставить по несколько клизм. Кал очень плотный.

— Нужно есть больше овощей. Питаетесь ли вы овощами?

— Нет, собственно, овощей мы почти не едим. Ведь у меня муж и дочь. Хочется их получше питать.

— А разве овощи плохая пища? Если в пище не будет овощей, то у всей вашей семьи разовьются запоры. Муж не страдает от запоров?

— Нет.

— А дочь? Сколько ей лет?

— Пятнадцать. Она с ранних лет, как и я, ужасно мучается от запоров.

— Вот видите, вы уже почти успели испортить кишечник вашей дочери. У нее большая жизнь впереди, а она уже сейчас страдает от запоров. А ведь чем дальше, тем будет хуже. Если вы хотите улучшить свое состояние здоровья, не допустить дальнейшего ухудшения здоровья дочери, а может быть, и мужа, немедленно перестраивайте пищевой режим семьи. Среди питательных продуктов, потребляемых семьей, 50—60% должны составлять овощи.

Через несколько месяцев, при повторной встрече, эта женщина с удовольствием сообщила, что она приняла к руководству совет, работа кишечника у нее и ее дочери значительно улучшилась.

Параллельно мы даем больным и другие советы, способствующие улучшению функции толстой кишки. Вначале рекомендуем некоторое время пользоваться слабительными и клизмами, лучше только клизмами, до появления самостоятельного стула. Массаж живота и различные виды физиотерапевтического лечения мы считаем почти бесполезными. А вот курортное лечение — кишечные души с минеральной водой, субкавальные промывания кишечника — очень полезно и эффективно. Если они будут дополнены и на курорте и после него правильным пищевым режимом — преимущественно овощным питанием, то могут сыграть большую роль в избавлении больного от хронических запоров.

В консервативное лечение, конечно, могут быть включены и такие манипуляции, о которых говорилось выше, как массаж живота преимущественно по ходу толстой кишки (осторожно!), измельчение и вычерпывание из прямой кишки каловых масс пальцем или пальцами, а также инструментами (осторожно! Лучше пальцами), с последующим применением клизм, настойчиво, упорно, длительно, до хорошего очищения хотя бы дистального отдела кишки. Ставить себе задачу при больших скоплениях каловых масс добиваться полного очищения всей толстой кишки не следует. Это утомительно для больного и опасно. В результате введения большого количества жидкости и быстрого всасывания ее из толстой кишки могут быть такие же тяжелые осложнения, какие наблюдаются при подобных манипуляциях у детей, страдающих болезнью Гиршпрунга.

Насильственное растяжение сфинктера. Между консервативными и хирургическими методами лечения следует особо остановиться на неконсервативной и нехирургической манипуляции — на насильственном растяжении сфинктера заднего прохода. Этот метод применяется у детей, страдающих слабо выраженной формой болезни Гиршпрунга, и у некоторой части больных не дает положительных результатов.

Этот метод очень уместен у пожилых, старых людей, а также у психических больных, страдающих хроническими запорами в начальной стадии заболевания или даже в выраженной форме, с переходом в мегаколон. Отсутствие позывов на низ, ригидное, слабо растяжимое анальное кольцо, недостаточная сила брюшного пресса создают очень неблагоприятные условия существования этих больных. Прорыв этой цели хотя бы в одном звене — устранение ригидности анального коль-

ца — уже нередко совершенно меняет картину. Дефекация становится легкой, самостоятельной, ненапряженной. Приведем одно наше наблюдение.

Профессор одного из институтов А. З., 70 лет. Жалуется, что более 20 лет страдает хроническими запорами, которые все нарастают. В последние годы стул только после клизм, иногда повторных. Ощущает большую ригидность и слабую растяжимость анального кольца, через которое, несмотря на клизмы, с очень большим трудом, напряженными усилиями брюшного пресса продавливает плотные каловые массы. Редко у него бывает самостоятельный мягкий стул после того, как накануне выпьет достаточное количество красного вина. Но это бывает 2—3, может быть, 5 раз в течение года. А часто пить в его возрасте значительное количество красного вина он считает бесполезным занятием. Выслушав эти жалобы, мы предложили ему насильственное растяжение сфинктера заднего прохода. После некоторых раздумий и колебаний он согласился.

Почти амбулаторно (сутки госпитализации в клинике), под местной анестезией была проделана эта манипуляция. Вначале кольцо было очень ригидно, почти хрящевой плотности. Настоящий старческий пектенос. Указательный палец хирурга с большим трудом можно было ввести в задний проход. Пальцами и ректальным зеркалом постепенно просвет заднего прохода был расширен до диаметра 3 поперечных пальцев.

В первые месяцы после этой манипуляции при личных встречах и по телефону на наши вопросы «Как живете, как здоров?» — он весело и шутливо отвечал: «Спасибо товарищу Аминеву!». Ежедневно, самостоятельно, легко, без напряжения! По истечении полугодия ответы на те же вопросы были уже без прежней радости, без шуток и другого содержания: «Да ничего, жить можно». А по прошествии года и настроение, и ответы нашего пациента стали совсем пессимистическими: «Все возвратилось на старый лад. Только с клизмами, туго, напряженно, с большим трудом».

Вот как! Значит, ненадолго наступило благополучное положение после растяжения ригидного анального кольца. Через год склеротические процессы рецидивировали. Мы предлагаем больному повторить ту же манипуляцию с добавлением рассечения склерозированного сфинктера на половину его поперечника. С большей долей уверенности можно сказать, что это было бы более радикальное и длительно эффективное, с приложением ножа, следовательно, уже хирургическое вмешательство. Но больной снова думает и пока не соглашается на это пособие.

О показаниях, противопоказаниях, технике и результатах насильственного растяжения рубцово измененного анального кольца у детей, являющегося причиной вторичного мегаколон, сказано выше, в разделе о лечении вторичного мегаколон у детей или отдаленных осложнений после операций по поводу болезни Гиршпрунга.

Отметим, что иногда вместе с растяжением сфинктера для большей устойчивости результатов делается одновременно и сфинктеротомия. Приведем этому положению подтверждение из литературы.

Показаниями для сфинктеротомии у взрослых A. Gimenez-Salinas (1973) считает мега- и долихосигму; мега- и долихоколон; запоры в терминальном отделе; анальный свищ с запорами; геморрой с фиброзом и фиброз после геморроидэктоми; вторичный фиброз при лечении склероза; наличие фекалом у пожилых людей.

Хирургическое лечение. Основоположником этого направления считают английского хирурга W. A. Lane, который в 1885 г. впервые наблюдал тяж на нижней поверхности брыжейки, переходящий на тонкую кишку в 2—4 см от баугиневой заслонки. Этот тяж подтягивал кишку к области безымянной линии справа, перегибал и суживал просвет кишки, что могло «представлять обструкцию для прохождения вперед ее содержимого». Начиная с этого наблюдения, W. A. Lane разработал теорию хронического кишечного стаза и на протяжении длительного времени развивал ее. По этой теории, появляющиеся на почве различных причин в брюшной полости пленчатые отложения, тяжи, спайки, рубцы создают деформации, перегибы кишечника и «играют необычайно важную роль в абдоминальной патологии, вызывают различные местные и общие страдания организма».

Более 50 лет после первого наблюдения (1885—1943) W. A. Lane с большой убежденностью описывал и утверждал теорию кишечного стаза и ее значение в патологии органов брюшной полости. Он опубликовал около 40 статей в медицинских журналах разных стран.

Он, а за ним А. С. Jordan (1912) и другие утверждали, что кишечный стаз может быть причиной воспалительных процессов в желчных путях, причиной образования язвы желудка, 12-перстной кишки и других заболеваний брюшной полости. А рубец брюшины, сдавливающий, перегибающий и подтягивающий конечный отдел тонкой кишки к безымянной линии таза, Лейн особенно подробно описал в своей статье в 1911 г. С того времени появилось в хирургической литературе понятие «тяж Лейна» (Э. Шахбазян, 1950). Неоднократно описывались завороты, непроходимость кишечника, вызванные тяжом Лейна. Но на этом история не кончается. Появлению тяжа Лейна в терминальном отделе тонкой кишки было предложено правдоподобное объяснение.

Начиная с середины прошлого столетия патологоанатомы неоднократно находили во время вскрытия трупов и описывали в литературе воспалительные процессы флегмонозного характера в различных отделах желудочно-кишечного тракта, но чаще всего в терминальном отделе тонкой кишки. Позднее такие явления стали находить и у больных во время оперативных вмешательств. Одними из первых их описали французский хирург Lardois (1929) и немецкий хирург В. В. Krohn (1932). Последний дал название заболеванию *ileitis terminalis*. А так как он привел более подробное описание патологии, то и получило это заболевание в последующем во всех странах название болезни Крона.

При дальнейшем изучении заболевания оказалось, что подобного рода флегмонозные процессы, действительно, лишь наиболее часто локализируются в терминальном отделе тонкой кишки, но они встречаются также и на всем протяжении от желудка до прямой кишки, и все они носят теперь название болезни Крона.

При этом выяснились следующие интересные особенности. Острый флегмонозный воспалительный процесс в стенке какого-либо органа желудочно-кишечного тракта может развиваться очень бурно и закончиться некрозом, перфорацией в свободную брюшную полость. Обычно же самостоятельно, а особенно при лечении современными активными антибактериальными средствами, воспалительный процесс затихает и на месте его остаются рубцовые изменения, как после каждого воспаления.

Возможен и третий исход — переход острого воспалительного процесса в хронический, который может длиться годами. На месте очага воспаления, в стенке кишки, появляется инфильтрат, макроскопически симулирующий злокачественную опухоль. Микроскопически в глубине тканей определяется своеобразный воспалительный процесс с наличием гигантских клеток. А изменения в слизистой оболочке определяются как гранулярный колит, гранулярный илеит.

Из всего сказанного можно сделать такие выводы. Наиболее частой локализацией болезни Крона является терминальный отдел тонкой кишки. Обычно болезнь Крона самостоятельно, а тем более под влиянием антибактериального лечения подвергается обратному развитию с образованием местных рубцовых изменений. Следовательно, при наиболее частой локализации очага болезни Крона в терминальном отделе тонкой кишки появляются рубцы, то есть там, где их описал Лейн. А это и есть тяж Лейна. Значит, тяж Лейна не результат каких-то врожденных процессов, в частности поворота кишечника в эмбриональном периоде, как писали об этом автор и некоторые его последователи. Вернее всего, это результат ранее незаметно перенесенного, а чаще всего аппендицитоподобного процесса, который также имеет точное наименование — болезнь Крона.

Это заболевание клинически так напоминает острый аппендицит, что почти никогда до операции не ставится правильный диагноз и всех больных оперируют под диагнозом: острый аппендицит. В отечественной литературе за последние годы появилось большое количество статей и две монографии, посвященные болезни Крона: М. Р. Черепашенец (1956) и М. Д. Моисеенко (1958). М. Р. Черепашенец пишет, что из 62 авторов, наблюдавших и описавших у больных флегмоны толстой кишки, ни один до операции не поставил правильный диагноз. А по данным М. Д. Моисеенко, из 22 больных с флегмонами тонких кишок этот диагноз до операции поставлен только у одного больного. Следовательно, ошибочная дооперационная диагностика имела место у 95—100% больных. Это, вероятно, самый низкий процент правильной дооперационной диагностики среди хирургических заболеваний.

Да и во время операции недостаточно внимательный или вообще не знающий о болезни Крона хирург, увидев несколько отечный, может быть, гиперемизированный червеобразный отросток, ввиду близкого воспалительного процесса в конечной части тонкой кишки, ставит диагноз: катаральный аппендицит, удаляет отросток и зашивает операционную рану, не заглянув глубже, не проверив состояние тонкой кишки. Оставленный в брюшной полости воспалительный процесс затихает. А позднее, обычно через несколько лет, появляется стягивающий рубец, или тяж Лейна. Начинается новая патология в брюшной полости. Такую последовательность событий мы наблюдали у своих больных и пришли к убеждению, что тяж Лейна есть следствие болезни Крона. Наша статья под этим названием была напечатана в журн. «Вестник хирургии», 1971, 87, 8, 96—98.

Если типичный тяж Лейна, располагающийся в терминальной части тонкой кишки, может быть причиной хронических стазов содержимого в тонкой кишке или даже создавать в конечном итоге острую полную непроходимость кишечника, то вообще в учении Лейна о хронических стазах в кишечнике роль пленчатых спаечных процессов явно преувеличена. Однако под влиянием очень активной пропаганды этим автором своего учения он нашел много последователей во всех странах, которые широко стали применять оперативное лечение кишечных стазов, хронических запоров.

Упорные запоры, не поддающиеся консервативному лечению, W. A. Lane предлагал лечить хирургическим путем. Для обоснования этого вмешательства он привлек еще одну имевшую в то время широкое хождение теорию о вреде кишечной интоксикации, исходящей из толстой кишки.

И. И. Мечников писал, что вследствие всасывания из толстой кишки большого количества жидкости, насыщенной бактериальными и пищевыми токсинами, гистаминами, постоянно отравляется организм человека, уменьшается длительность его жизни. В подтверждение этой мысли он приводил примеры из мира живых существ. Ворон, слон, некоторые другие животные и птицы не имеют толстой кишки, поэтому они живут до 100 и более лет. И. И. Мечников считал, что интоксикацию организма из толстой кишки можно уменьшить. Для этого следует вредное гнилостное брожение в просвете толстой кишки заменить на более биологически близкое и менее токсичное молочнокислое брожение. Он предложил употреблять в пищу в больших количествах особым образом приготовленную простоквашу типа современного кефира, получившую название мечниковской простокваши, имевшую в свое время очень широкое распространение. А. Блок прочитал эту книгу И. И. Мечникова о пищеварении. Известного поэта порази-

ли рассуждения о роли толстой и прямой кишок в этом процессе. И он в виде шуточной резолюции на книге написал:

Разве же можно поверить
В эту прямую кишку?!
Разве же можно измерить
Кишкою всю нашу тоску?!

Исходя из этого учения W. A. Lane (1901) предложил удалять толстую кишку у людей, особенно страдающих запорами, для борьбы с этим страданием и для удлинения жизни.

Однако эти большие, сложные, травматичные, опасные операции в то время не получили распространения как метод лечения запоров и тем более как метод продления жизни. Так, по данным A. F. Hurst и H. W. Gray (1921), летальность при этих операциях равнялась 16%, а у 70% оперированных больных она не дала положительных результатов. С другой стороны, Schlesinger сообщил о хороших отдаленных результатах у 72% оперированных, а A. Flint наблюдал 50% выздоровлений и только 2 летальных исхода среди 63 оперированных (последние два автора цит. по В. Зубковой, 1959).

H. Finsterer (1937) из 42 оперированных не потерял ни одного больного и у всех отметил исчезновение хронических запоров. В. Н. Розанов (1911) называл операцию при хронических запорах *operatio necessitatis* (по необходимости). А в то же время и несколько позднее Б. К. Финкельштейн (1907, 1913, 1929) писал: «Операция на толстых кишках при различных деформациях, девиациях, дистониях толстой кишки является допустимой в исключительных случаях, не поддающихся терапевтическому лечению». Нечто подобное утверждал и С. М. Рубашев (1930): «Одним словом, в лечении заболеваний толстого кишечника хирургии в настоящий момент принадлежит лишь подчиненная роль и каждое хирургическое вмешательство на толстом кишечнике должно быть точно взвешено и показано».

Разделяя хронические запоры на органические и динамические, П. Ф. Боровский (1930) решительно утверждал, что первые подлежат хирургическому лечению, вторые — консервативному. Но и здесь могут быть сочетанные формы, так как функциональные явления могут повести к органическим изменениям. «В определении формы запора и в определении границы, где необходимо консервативное лечение, а где хирургическое, — указывал он, — и заключается вся трудность задачи, оставляя в стороне еще вопрос о выборе хирургического вмешательства в каждом данном случае».

Л. Д. Василенко (1934) писал, что вопрос о хирургическом лечении хронических запоров до сих пор не получил окончательного разрешения. Существуют различные взгляды на этиологию этих запоров. Спорны многие вопросы показаний к оперативному лечению, однако не подлежит никакому сомнению, что отдельные больные с упорными запорами длительностью по 5—10 дней, не поддающимися никакому консервативному терапевтическому воздействию, подлежат оперативному лечению.

В дальнейшем, неудовлетворенные первыми полученными результатами хирургического лечения хронических запоров, почти все хирурги заговорили о более строгом подходе к выработке показаний к операциям к снижению радикализма операций. Большинство высказалось против операции W. A. Lane. После 30-х годов интерес к хирургии запоров окончательно угас. И лишь в конце 50-х годов отдельные хирурги вновь вернулись к этому вопросу. С. М. Агзамхаджиев (1966) поделился опытом 18 операций, при этом утверждал, что при хроническом запоре наступают изменения почти во всех внутренних

органах. Поэтому нельзя в течение длительного времени и многократно применять консервативное лечение. Надо расширять показания к хирургическому лечению.

В 1966 г. немецкий хирург Н. Uebermuth опубликовал статью «К вопросу о хирургическом лечении хронических запоров», в которой указывал, что среди причин хронических запоров существенную роль играют врожденные и приобретенные анатомические изменения толстой кишки.

Анатомически обусловленные запоры у некоторых больных подлежат хирургической коррекции. Сюда относятся: situs viscerum inversus, mesenterium commune, retropositio coli, фибропластический перитонит, долихоколон, долихосигма, болезнь Пайра («двустволка» печеночного угла). Автор считал, что все больные, страдающие упорными запорами, не поддающимися консервативному лечению, должны быть обследованы рентгенологически и при выявлении анатомических изменений необходимо производить резекцию того или иного отдела толстой кишки.

В эти годы возрастает активность хирургического лечения различных заболеваний толстой кишки. Вновь расширяется хирургия запоров, но косвенно, односторонне. Главное внимание обращается на вопросы хирургии долихосигмы, подвижной слепой кишки, заболевания которых часто сопровождаются запорами.

Разноречива тактика различных хирургов при лечении больных, у которых имеется долихосигма с нарушением функции. Одни предлагают консервативное лечение (А. Г. Гукасян, 1959; К. А. Маянская, 1962), другие, при наличии частичной кишечной непроходимости, — оперативное (А. И. Ильин, 1926; А. Н. Бакулев, 1954; С. П. Белкина, 1959; Р. Х. Besten, 1961; S. Melo, 1966).

Н. И. Царев (1971) считает, что хирургическому лечению подлежат: 1) больные с преобладанием болевого синдрома, не поддающегося консервативному лечению; 2) больные с упорными запорами и интоксикацией, не поддающимися консервативному лечению; 3) больные с резко выраженными симптомами заболевания, но при наличии резко выраженных изменений в сигмовидной кишке («двустволка», омегаобразная кишка); 4) больные с нарастающими явлениями хронической кишечной непроходимости; 5) больные, перенесшие паллиативные операции на сигмовидной кишке без хороших результатов.

Иногда запоры могут быть обусловлены сверхподвижной слепой кишкой. И. А. Зворыкин (1948) отметил их в 45% при этой патологии. Отдельные авторы — Ф. О. Гаусман (1911), П. А. Герцен (1911), Н. М. Савков (1914), А. П. Беляев (1924), И. Н. Ищенко (1925) — считают запор обязательным симптомом подвижной слепой кишки. Несмотря на то, что о подвижной слепой кишке писал Грубер еще в 1868 г., а Ф. О. Гаусман в 1904 г. выделил ее наличие в самостоятельное страдание, до сих пор не выработана единая тактика при лечении этого заболевания. П. А. Герцен (1911), И. И. Греков (1911), И. Н. Ищенко (1925), С. П. Федоров (1929) высказывались за фиксацию кишки, если эта патология вызывает определенные расстройства. А. Л. Поленов (1915), В. Н. Розанов (1923, 1924), В. А. Оппель (1928) ограничивались ушиванием расширенной слепой кишки без ее фиксации. С. М. Рубашев (1930) был активным противником фиксации слепой кишки.

В настоящее время считается, что слепая кишка в норме обладает определенной подвижностью. Это физиологическое явление. А когда говорят о соесит mobile, то следует понимать чрезмерную подвижность правой половины толстой кишки. На основании литературных

данных и личного опыта И. Х. Геворкян и Г. П. Мирза-Авакян (1969) пришли к выводу, что при чрезмерной подвижности слепой и восходящей кишок показано хирургическое вмешательство, если имеются выраженные расстройства деятельности толстой кишки. Они выделяют абсолютные показания к операции — наличие острой или хронической кишечной непроходимости, и относительные — рентгенологические и клинические признаки заболевания без частых приступов.

При различной патологии толстой кишки, в частности при наличии запора, применялось и применяется множество операций. В. Н. Розанов (1911) создавал анастомоз между коленами сигмовидной кишки с последующей фиксацией выключенного отрезка к передне-боковой брюшине. А. Л. Поленов (1922) высказывался за обходные анастомозы, рекомендовал рассекать спайки и пленки (при наличии последних). П. Ф. Боровский (1930) оперировал 53 больных, страдавших хирургическим запором. Он применил следующие операции: 1) разделение тяжей в сочетании с удалением хронически измененных органов (червеобразного отростка, желчного пузыря), 2) фиксация органов (гастропексия), 3) межкишечные анастомозы, 4) резекция сигмовидной кишки, 5) операция Троянова. Летальных исходов не было.

Применительно к сигмовидной кишке в историческом аспекте чаще всего клонилась в сторону радикализма — резекции. Но количество личных наблюдений у каждого автора до сего времени невелико. Н. И. Царев (1971) из мировой литературы у 68 авторов насчитал всего 758 операций. Наибольший опыт в этом отношении имеет С. П. Белкания (1968), который произвел 61 резекцию сигмы, 4 мезопликацию по Гаген-Торну и 5 левосторонних гемиколэктомий. Смертность после операций у всех 68 авторов составила в среднем 3,7%.

По справедливому заявлению П. Ф. Боровского (1930), шаблона в хирургическом лечении запоров не должно быть. Каждый метод найдет себе применение при надлежащих показаниях. Успех вмешательств будет вернее, если попутно обращать внимание на заболевания других органов брюшной полости, болевой рефлекс с которых может свести на нет хорошо сделанную операцию на толстой кишке.

Знакомство с отечественной и зарубежной литературой свидетельствует, что до настоящего времени остаются не решенными многие вопросы хирургической тактики при различных патологических состояниях, ведущих к упорным, не поддающимся консервативному лечению запорам. Имеются лишь отдельные сообщения с рекомендациями хирургического лечения хронических запоров. Только при наличии долихосигмы и подвижной правой половины толстой кишки с клиническими проявлениями голоса сторонников хирургического лечения более решительны и многочисленны. Среди операций, применяемых при хроническом запоре, можно выделить несколько групп.

Фиксация различных отделов толстой кишки. Сигмовидная кишка. В 1880 г. Nussbaum предложил подшивать верхушку петли сигмовидной кишки к париетальной брюшине. В. W. Braun (1892) фиксировал верхнюю часть кишки к передней брюшной стенке. С. Roux (1894) и Roser (1924) подшивали к брюшине кишку и брыжейку. В 1922 г. Ф. М. Пикин предложил фиксировать сигмовидную кишку к мышцам задней стенки брюшной полости, он помещал ее в карман под задним листком брюшины.

Правая половина толстой кишки. Фиксация слепой кишки к париетальной брюшине. По способу Nussbaum (1880) слепая кишка фиксируется к париетальной брюшине узловыми шелковыми швами. Клозе подшивал к париетальной брюшине слепую и восходящую кишки до печеночного угла, причем

кишку он прошивал несколькими стежками. При затягивании швов кишка суживалась. А. А. Козырев через тени кишки прошивал ее длинными нитями, затем делал небольшие разрезы в области точки Мак-Бурнея, проводил нити через переднюю брюшную стенку и завязывал на марлевых шариках. Многие авторы высказываются против подобных операций, так как места фиксации могут превратиться в болезненные тяжи. П. А. Герцен (1911) считал, что при подобных методах слепая кишка прикрепляется к тканям, отвечающим болью на любое натяжение.

Фиксация брыжейки кишки или червеобразного отростка. При подвижной слепой кишке В. А. Павленко в 1927 г. предложил подшивать к задней париетальной брюшине брыжейку от слепой кишки до нижней горизонтальной части 12-перстной. Подобную же фиксацию, но матрацными швами, производили Бир,

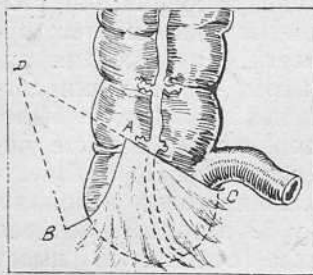


Рис. 74. Фиксация прямой кишки по Вильмсу.

Браун, Кюммель (1929). А. А. Бусалов (1954) из клиники А. Н. Бакулева при завороте слепой кишки ушивал брыжейку гофрирующими швами и фиксировал к париетальной брюшине кетгутовыми швами. П. А. Куприянов (1938) у больного с узлообразованием фиксировал слепую кишку за брыжейку червеобразного отростка.

Забрюшинная фиксация. В 1908 г. Wilms предложил такой способ: Г-образный разрез париетальной брюшины, в образовавшийся забрюшинный карман погружается и фиксируется купол слепой кишки. Таким

способом можно прочно фиксировать кишку, но при этом, как оказалось, часто нарушается функция илеоцекального угла. П. А. Герцен (1911) иссекал излишки брюшины подвздошной ямки и брыжейки, затем соединял края разреза со свободной тенью кишки.

Операция Waugh (1919) — фиксация слепой кишки к вертикально проведенному разрезу брюшины. В 1948 г. Dixon, Maueг предложили фиксировать кишку в забрюшинный карман, производя П-образный разрез брюшины (рис. 75). К. Д. Иоакимис (1960) после рассечения заднего листка брюшины подшивал кишку к *m. psoas major*, *m. iliacus*, затем латеральный листок брюшины подшивал к восходящей кишке. По методике А. И. Ильина (1926) на задней париетальной брюшине делается разрез соответственно свободному подвижному участку ее. Затем кишка по длинной оси поворачивается снаружи кнутри. После этого к медиальной губе раны, образовавшейся от разреза брюшины, подшивается задне-внутренняя тень, а латеральная губа раны сшивается с задне-наружной тенью.

И. Х. Геворкян и Г. П. Мирза-Авакян (1969) почти у переходной складки делают разрез брюшины длиной 7—9 см. Листки брюшины отслаивают. Внутреннюю губу брюшины сшивают с наружной тенью, а наружную губу — со свободной тенью. Эту операцию авторы называли частичной мезоперитонизацией начального отдела восходящей кишки. Из 51 оперированного таким способом больного у 38 получены хорошие результаты, то есть исчезли боли и запоры, у 13 — удовлетворительные.

Не будем описывать не получившие распространения в практике методы фиксации подвижной слепой кишки, описанные П. А. Герценом (1911), П. А. Куприяновым (1922), А. И. Ильиным (1926), О. А. Левиным (1930), К. Д. Иоакимисом (1960) и др.

Фиксация других отделов толстой кишки. В. А. Пав-

ленко (1925) производил фиксацию печеночного угла к париетальной брюшине за брыжейку. П. Ф. Боровский (1903) при гастро- и трансервоптозе выполнял гастропексию.

Операции на брыжейке кишки. Эти операции производятся только на сигмовидной кишке, которая имеет длинную брыжейку. Bidel (1898) рассекал рубцы, деформирующие брыжейку, Lesniowski (1923) после рассечения рубцов участки, лишенные брюшины, закрывал сальником. Waterhouse (1909) создавал на брыжейке продольную складку. Ф. А. Рейн (1922) рассекал брыжейку продольно, а сшивал в поперечном на-

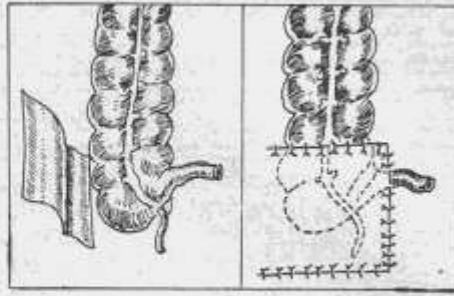


Рис. 75. Фиксация прямой кишки по Диксон—Майеру.

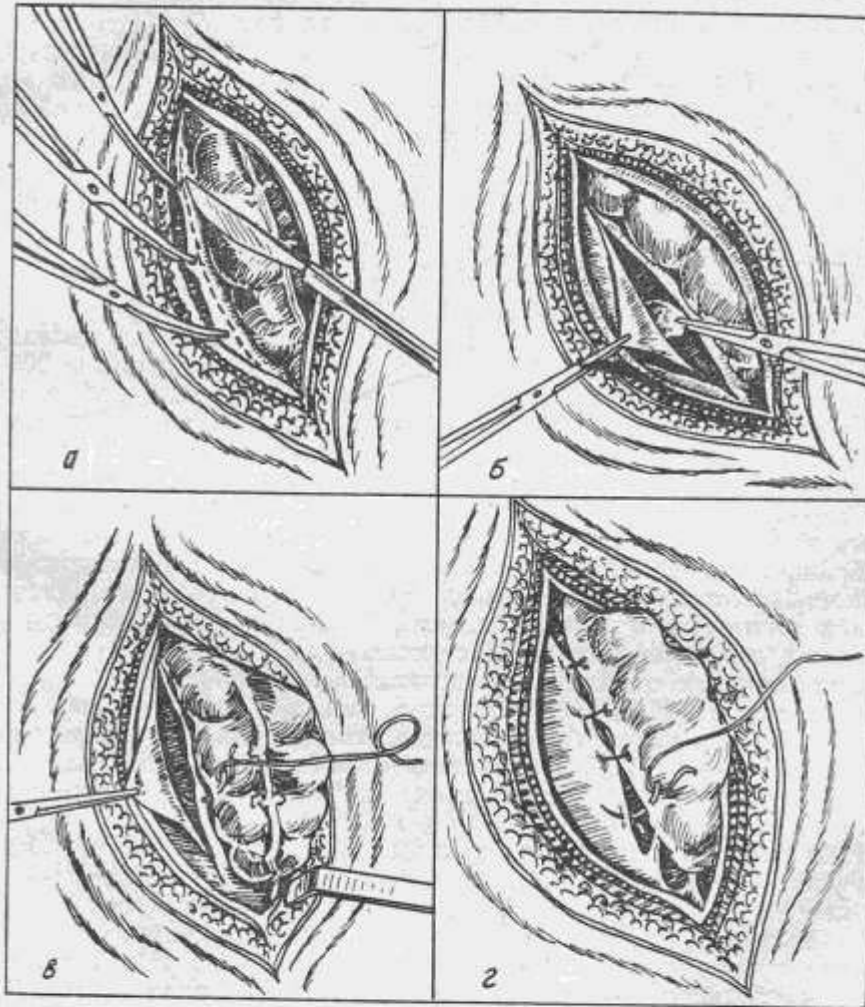


Рис. 76. Фиксация прямой кишки по Геворкяну и Мирза-Авакяну: а — разрез брюшины в правом боковом кармане; б — наружный листок брюшины отслаивается от подлежащих тканей; в — внутренний край разреза брюшины подшивается к наружной ленте восходящей кишки; г — наружный край разреза брюшины подшивается к свободной ленте кишки.

правлении, В. А. Павленко (1924) рассекал брыжейку и подшивал ее к задне-боковой стенке живота. Наибольшее распространение получила мезосигмопликация по И. Э. Гаген-Торну (1930). Брыжейку сигмовидной кишки прошивают длинной нитью от основания до сосудистых аркад третьего порядка. Захватывают брюшину с той и другой стороны брыжейки двумя швами с каждой стороны. Вкол и выкол иглы должны располагаться на расстоянии 1—2 см один от другого. Начало и конец каждой нити связывают, брыжейка резко укорачивается. Кишка фиксируется к задней брюшной стенке.

Межкишечные анастомозы. Илеосигмостомия была предложена Moullin в 1900 г. (цит. по Д. П. Шенкеру, 1914), но уже в 1911 г. против нее категорически возражали Р. Х. Ванах (1911), Н. К. Холин (1911). В. Н. Розанов (1911) накладывал анастомоз между близлежащими коленами сигмовидной кишки и еще фиксировал выключенный отрезок к передне-боковой брюшине.

С. М. Агзамхаджиев (1966) по рекомендации А. А. Аскерханова у 18 больных, страдавших хроническим запором, применил илеосигмоили илеотрансверзоанастомоз. Методика: отступая 10—15 см от баугиновой заслонки, рассекают кишку и ушивают дистальный ее просвет УКЛ-40. Затем накладывают анастомоз проксимальной культы рассеченной тонкой кишки с сигмовидной или поперечной ободочной кишкой бок в бок. Один больной умер и у одного улучшение не наступило.

Резекция сигмовидной кишки. Существует несколько методов резекции сигмовидной кишки: а) по Грекову I (1910), б) по Грекову II (1924), в) по Шлофферу (1903), г) по Микуличу (1903). Впервые резекцию сигмовидной кишки произвел в 1885 г. Obolincki, а в России — В. Г. Цеге-Мантейфель в 1890 г.

Н. И. Царев (1971) наблюдал 197 больных, страдавших долихосигмой с не поддающимися консервативному лечению запорами. 107 человек из них оперированы. Автор выделяет 2 формы заболевания: 1) преобладают упорные запоры, 2) преобладает болевой синдром.

При резекции сигмы, чтобы не сузилась анастомоз, автор рассекает по противоположному от брыжейки краю стенку кишки на протяжении 1,5—2 см с закруглением углов. Накладывает непрерывный кетгутовый шов на слизистую оболочку, затем узловое серозно-мышечные швы. Линию анастомоза прикрывает рассеченной на два листка брыжейкой. Цекостому не накладывал. Некоторым больным за анастомоз вводил резиновую трубку. Летальных исходов не было, хотя у троих развилась несостоятельность анастомоза.

При изучении отдаленных результатов лечения больных, имевших долихосигму, Н. И. Царев установил, что при консервативном лечении 61 больного хороший результат достигнут у 4, посредственный — у 43, плохой — у 14. При оперативном лечении из 93 отдаленно прослеженных больных хороший эффект получен у 64, посредственный — у 19, плохой — у 10.

Гемиколэктомия, тотальная колэктомия. Первые операции — тотальные колэктомии при хронических запорах — производил W. A. Lane в 1901 г. Его сторонниками в этом вопросе были Н. К. Холин (1911), А. Finsterer (1937). Последний, кроме того, производил право- и левосторонние гемиколэктомии. С резкой критикой подобных радикальных операций выступал Р. Х. Ванах (1911). Чрезвычайно сложные, калечащие операции, 5—6% летальности, далеко не блестящие отдаленные результаты (40—75% излечений) были основанием для хирургов того времени, а также для самого W. A. Lane, чтобы отказаться от тотальной колэктомии.

НАБЛЮДЕНИЯ НАШЕЙ КЛИНИКИ

В клинике госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова изучением больных, страдающих упорными запорами, занимается ассистент канд. мед. наук В. Л. Головачев. Он считает, что более широким, всеобъемлющим, следовательно, более правильным является термин «стазы», а не «запоры». Действительно, в понятие «стаз» можно включить динамическую — паралитическую и спастическую непроходимость кишечника. Но в этом разделе мы рассматриваем хронические хирургические запоры у взрослых. Поэтому по-прежнему будем называть запорами те состояния, при которых отсутствует механическая непроходимость и задержка стула на несколько (иногда на много) дней зависит от вялости кишечника, обусловленной врожденным удлинением или расширением толстой кишки или другими причинами, вызывающими динамического характера задержку стула.

Таких взрослых больных, страдавших упорными хроническими запорами, в клинике госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова с 1969 по 1975 г. наблюдалось, обследовалось и лечилось 420 человек. Распределение их по полу, возрасту и профессии представлено в табл. 45.

Таблица 45

Распределение больных по полу, возрасту и профессии*

	Пол		Профессия			Возраст, лет					
	М	Ж	Рабочие	Крестьяне	Служащие, учащиеся	До 20 лет	21—30	31—40	41—50	51—60	Свыше 60
Кол-во больных	105	254	87	6	266	11	36	91	117	54	50
%	28,9	71,1	24,5	1,7	73,8	3,1	10,1	25,6	32	15,2	14

* Здесь и далее цифры в таблицах не всегда будут совпадать с общим числом наблюдавшихся больных, так как отсутствуют некоторые данные.

Как видно из табл. 45, чаще всего запорами страдают женщины (71,1%). В подавляющем большинстве к запорам склонны люди умственного труда. Этот факт можно объяснить несколькими причинами: 1) употребление бесшлаковой, хорошо обработанной (рафинированной) пищи, 2) отсутствие физической нагрузки, 3) эмоциональные влияния, ведущие к спазмам кишки.

По возрасту чаще всего упорными запорами болеют люди от 30

Таблица 46

Распределение больных по длительности заболевания

Пол	Длительность заболевания, лет				Склонность к запорам с детства
	1—3	3—5	5—10	более 10	
М	23	17	24	27	14
Ж	60	45	49	72	28
Всего	83	62	73	99	42

до 60 лет, то есть наиболее трудоспособные. Многие из наблюдавшихся нами больных имели сопутствующие и перенесенные ранее заболевания, из них чаще всего геморрой, анальные сосочки, анальные трещины, полипоз толстой кишки, гастрит, холецистит; многие больные перенесли те или другие операции на органах брюшной полости. У 14 больных установлен наследственный характер запоров. Длительность их была различной — от 1 года до 30 лет.

Как видим, многие больные страдали запорами более 10 лет. Они упорно ходили от врача к врачу, а эффективной помощи не получали.

Клиническая картина хронических запоров во многом зависит от причины, вызвавшей кишечный стаз, длительности заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, нервно-психического и эмоционального статуса больного. Основная жалоба обычно сводится к констатации факта нарушения опорожнительной функции кишечника. Из множества жалоб, предъявляемых больными, следует оценивать и выбирать те, которые в той или иной степени относятся к данной патологии. Чаще всего больные жаловались на затрудненный, нерегулярный стул. При длительном течении заболевания может совсем отсутствовать самостоятельный стул и позыв на дефекацию. А. М. Духман (1881) описал наблюдение, когда стула не было 67 дней. Мы наблюдали больную К., у которой перед поступлением в клинику стула не было более двух месяцев.

Нередко больные отмечали боли в животе колющего или схваткообразного характера, вздутие, урчание, усиленное газообразование, отрыжку, изжогу. Эти явления чаще появлялись при задержке стула на 2—3 дня и больше, или они носили постоянный характер, временно усиливались. Боли иногда иррадировали в грудную клетку, в малый таз, в позвоночник. Помимо этого, некоторые больные отмечали общую слабость, быструю утомляемость, головную боль.

Чаще всего больные жаловались на вздутие и боли по всему животу постоянного характера, которые временами усиливались, особенно при длительном отсутствии стула. В зависимости от этиологии запора боли у 96 человек локализовались преимущественно слева, у 25 — справа. Данные, полученные при пальпации живота, обычно соответствовали жалобам. У 25 человек с жалобами на боли в животе справа определялась болезненная, урчащая слепая кишка. У 96 больных с жалобами на боли слева была болезненность в области сигмовидной кишки при пальпации, а у 52 отчетливо пальпировалась резко спазмированная, в виде жгута, болезненная сигмовидная кишка.

Частота стула была различной. 185 человек отмечали тугой стул через 2—3 дня, 87 — через 3—5, 18 — через 5—7 дней, 19 имели стул 1 раз в неделю и реже. У 66 человек самостоятельный стул отсутствовал, и больные были вынуждены постоянно пользоваться слабительными средствами или клизмами.

Из 420 больных, стационарно лечившихся в клинике по поводу упорных запоров, чаще всего с выраженными болевыми ощущениями, при тщательном изучении установлено, что у 229 человек имелись органические причины их страдания и у 191 — функциональные. Органические: долихосигма — у 112 человек, мегасигма — у 9, долихоколон — у 18, мегаколон — у 4, мегаректум — у 6, трансверзоптоз — у 12, болезнь Пайра — у 11, сверхподвижная правая половина толстой кишки — у 25, то же и долихосигма — у 32. Из функциональных причин выявлены: спазм правой половины толстой кишки — у 8 человек, спазм левой половины — у 175, атония части или всей толстой кишки — у 8.

Ректороманоскопия производилась у всех наблюдавшихся нами

больных. Результаты проведенных исследований подробно изучены у 154 больных и отражены в табл. 47.

Как видно из таблицы, воспаление слизистой оболочки толстой кишки отмечено у 42 больных, атрофические изменения — только у 14 больных. Сравнительно частым явлением был резко выраженный спазм сигмовидной кишки, порой препятствовавший продвижению тубуса ректороманоскопа. Причем в расчет не принимался умеренный спазм кишки, который почти всегда отмечается как нормальная реакция кишки на введенный ректороманоскоп. У 32 человек в анальном канале обнаружены геморроидальные узлы, анальные трещины или анальные сосочки. Часто больным они доставляли большие неприятности — болевые ощущения, спазм сфинктера, что усиливало имеющийся запор. Некоторые больные из этой категории оперированы.

Таблица 47

Результаты ректороманоскопии

Пол	Количество больных	Состояние слизистой оболочки				Атония	Спазм	Крипит	Олигозные полипы	Анальные трещины	Ан. сосочки, бахромы	Геморроид. узлы
		Умерен. воспале-ние	Выраж. воспале-ние	Наличие слизи	Атрофия							
М	36	8	4	4	3	4	9	—	—	—	1	11
Ж	118	18	10	11	11	3	23	2	4	4	4	12
Всего	154	26	14	15	14	7	32	2	4	4	5	23

Определение анального рефлекса, тонуса и силы анального сфинктера. С целью выявления органических поражений и функциональных расстройств нервной системы у наблюдавшихся нами больных проводилось изучение состояния анального рефлекса. Исследованы анальный рефлекс и сила анального сфинктера у 105 больных. Полученные данные суммированы в табл. 48.

Таблица 48

Анальный рефлекс и сила сфинктера у больных, страдавших хроническими запорами

Пол	Кол-во больных	Анальный рефлекс				Кол-во больных	Сила сфинктера и тонус		
		живой	снижен	повышен	отсутствует		нормальные	снижены	повышены
М	39	19	7	13	—	38	19	7	12
Ж	66	33	20	13	—	67	30	18	19
Всего	105	52	27	26	—	105	49	25	31

Чаще всего анальный рефлекс был нормально выражен, отмечено повышение анального рефлекса у людей возбудимых, с функциональными расстройствами нервной системы. Снижение рефлекса чаще всего наблюдается у людей старше 60 лет.

Повышение силы сфинктера и тонуса, отмеченное у 31 человека, связано с наличием у этих больных сопутствующих заболеваний (анальная трещина, геморрой и т. д.), ведущих к спазму анального сфинктера. Понижение силы сфинктера и тонуса выявлено у 25 человек старше 50 лет, страдавших запорами более 10 лет.

Рентгеноконтрастные методы исследования тол-

стой кишки. Без преувеличения можно сказать, что рентгеноскопическому методу исследования для выявления природы хронического запора принадлежит ведущее место.

А. С. Т. Fisher в 1923 г. предложил метод двойного контрастирования. В последующие годы эта методика продолжает совершенствоваться, разработаны специальные положения больного, улучшена рентгенологическая техника. Одним из первых, кто занимался вопросами рентгенодиагностики хронических запоров, был А. Ф. Hurst (1921). Чаще всего применяется для исследования кишечника введение контрастной массы через рот и через прямую кишку. При первом методе следят через определенные промежутки времени за скоростью продвижения бариевой взвеси по кишечнику, при втором определяют рельеф слизистой оболочки, размеры и положение толстой кишки, наличие патологических включений, патологических расширений или удлинений кишечника, патологическое расположение печеночной и селезеночной кривизны, сглаживание гаустрации, дефекты наполнения и дивертикулы, спастическое сокращение отдельных отрезков кишки и т. д.

Рентгенологические методы исследования кишечника широко внедрены в лечебную практику, и ведутся работы по их улучшению. Д. Е. Кунцевич (1968) применила специальный аппарат, который дает возможность сразу заполнить кишку барием, воздухом и вывести контраст, не вынимая наконечник. Р. Н. Рагимов (1968) разработал метод двусторонне-пристеночного контрастирования, который заключается в заполнении кишки бариевой взвесью и введении одновременно в брюшную полость газообразного кислорода. В последние годы внедряется в практику метод рентгенокинематографии.

П. В. Власов (1967) указывает, что новые возможности в изучении моторной деятельности толстой кишки открывает замедленная рентгенокиносъемка, или, как ее называет Pacher (1957), — хроно-рентгенокинематография. Заснятые с помощью этой методики двигательные процессы затем ускоряются во время проекции.

Ирригоскопия (графия). В ходе обследования и лечения больных, страдающих хроническими запорами, произведено 326 ирригоскопий (графий).

При хроническом запоре у большинства больных имеются значительные отклонения от нормального строения, положения и функционального состояния толстой кишки. Средние величины диаметра и длина различных отделов толстой кишки у наблюдавшихся нами больных в сравнении с нормальными цифрами по литературным данным представлены в табл. 49.

Ирригоскопия (графия) у 359 больных показала, что у 161 челове-

Таблица 49

Диаметр и длина различных отделов толстой кишки у наблюдавшихся больных в сравнении с нормой, по данным разных авторов (в см)

Отдел кишки	К. С. Атабекова (1961)		В. Т. Сербров (1961)		В. Н. Войленко и др. (1965)		Наши данные	
	Диаметр	Длина	Диаметр	Длина	Диаметр	Длина	Диаметр	Длина
Слепая	4—5	5—7	5	4—5	6	5—6	5,6	6,5
Восходящая	4—5	12—15	—	20	5	10	5	23,5
Поперечная, ободочная	2,5—3,5	25—30	—	50	—	50	4—8	55,3
Нисходящая	—	10—12	—	25	4	15	4,2	26,7
Сигмовидная	—	54	—	50	—	40	4,6	64
Прямая	—	—	—	17	—	15	10	18

ка имеются выраженные изменения в положении и размерах различных отделов толстой кишки. Чаще всего — у 220 — встречается долихосигма. У 198 изменения носили функциональный характер.

При сравнении средних размеров толстой кишки у наблюдавшихся больных с нормальными величинами, по литературным данным, отмечено резкое увеличение длины, в основном сигмовидной — 64 см против 50 см в норме и поперечной ободочной кишок — 55,3 см против 30 см. Органические изменения в толстой кишке больных сопровождаются функциональными нарушениями, главным образом спазмом.

Спазмы, образующие перегибы и птозы, при увеличенной длине того или иного отдела толстой кишки ведут к нарушению эвакуаторной функции, застою кала, нарушению кровоснабжения кишки, к перипроцессам, что усугубляет заболевание. Все это сопровождается постоянными или приступообразными болями в животе.

Динамическая рентгенография толстой кишки у 82 больных свидетельствует о замедленном продвижении контрастной массы преимущественно по левой половине. Для продвижения бариевой взвеси от селезеночного изгиба до прямой кишки в среднем требовалось 15—18 часов.

Инструментальные и патогистологические исследования у больных, страдавших хроническими запорами, показали, что у всех имеются те или иные изменения анатомического строения и функции толстой кишки. Страдает функция других органов и систем.

Сопоставление данных ректороманоскопии и аспирационной биопсии с последующим гистологическим изучением препаратов выявило, что у некоторых больных отмечается воспаление слизистой оболочки, редко с ее атрофией. У большинства больных сопутствующего воспаления слизистой оболочки нет. Часто отмечаемые при ректороманоскопии воспалительные явления при гистологическом исследовании препаратов не подтверждаются, а имеют место дистрофические изменения, которые обусловлены травмирующим влиянием плотных каловых масс, а не воспалением. Нередко — у 32 из 154 обследованных — при хроническом запоре выявлялись те или иные заболевания аноректальной области. Резкий спазм сигмовидной кишки отмечен у 20% обследованных. При наличии геморроя, трещины заднего прохода и других заболеваний в области анального канала возникает спазм сфинктера, акт дефекации бывает болезненным, что порождает «боязнь болезненного стула». Это ведет к усилению запора.

При исследовании анального рефлекса и силы сфинктера у 105 человек установлено, что анальный рефлекс снижен у 27, а сила сфинктера — у 25 человек. В основном это больные, страдавшие запором более 10 лет. Вероятно, вследствие нарушения акта дефекации постепенно угасает рефлекс позыва на дефекацию. Выявлено повышение анального рефлекса у 26 больных, как правило, это люди эмоционально неустойчивые, возбудимые. Повышенная возбудимость ведет к повышению тонуса вагуса и к спазму кишки.

Одновременно у всех больных производились обычные и усложненные лабораторные исследования мочи, крови — морфологические и биохимические, копрологические исследования, включительно до биопсии стенки толстой кишки.

Лабораторными методами исследования выявлены нарушения функции печени и кишечника. У 28 больных холестерин крови был выше 200 мг%, билирубина выше 0,8 мг% было у 20 человек. У 4 человек отмечена анемия. Все эти больные страдали длительными упорными запорами. При посевах на микрофлору толстой кишки у 40 человек из 45 выявлен дисбактериоз.

Изучение микроэлементного состава в удаленной сигмовидной кишке оперированных больных с долихосигмой выявило увеличение Al, Ca, Si по сравнению с контролем. Этот факт можно объяснить развивающимися дистрофическими изменениями в кишке, что подтверждено гистологически. Уменьшение всех исследованных элементов (Na, Fe, Si, Cu, Ca, Al, Mg, P) у больных с мегасигмой, вероятно, связано с недостаточным кровоснабжением увеличенной кишки.

Гистологическими исследованиями при долихосигме обнаружены дистрофические изменения в мышечном слое с явлениями гемостаза, при мегасигме — изменения в строении и количестве (уменьшение) интрамуральных ганглиев. Из этого можно предположить, что долихосигма — это врожденная аномалия развития толстой кишки, в которой вследствие перегибов возникает нарушение кровообращения, ведущее к перипроцессам, к дистрофическим изменениям в мышечных слоях, а в дальнейшем к непрерывно прогрессирующим нарушениям функции кишки. Малое количество нервных элементов врожденного происхождения при мегасигме ведет к недостаточной сократительной способности, к вялости кишки. Возникающий застой каловых масс дает перерастяжение кишки, нарушение кровообращения, что вызывает дегенерацию и без того малого количества нервных образований и угасание моторной деятельности кишки.

При изучении и лечении больных, страдающих хроническими запорами, мы убедились, что не при всех видах запоров можно добиться консервативными средствами улучшения или выздоровления. Порой даже длительное консервативное лечение не ведет к успеху (21,6% — по нашим данным). И только хирургическое вмешательство может привести к излечению.

На основании своего опыта и обобщения литературных данных мы выработали следующие показания к хирургическому лечению хирургических запоров: 1) отсутствие длительное время самостоятельного стула, 2) отсутствие позывов на низ, 3) обнаружение выраженных органических изменений в тех или иных отделах толстой кишки с клиническими проявлениями, 4) выраженный болевой синдром, 5) неэффективность длительного консервативного лечения.

Показания к операции ставились после тщательного изучения больного, включая общеклинические обследования, биохимические исследования крови, исследования микрофлоры кишки, ирригоскопию (графию) и динамическую рентгенографию толстой кишки. Учитывались длительность заболевания, проводимое ранее консервативное лечение, включая санаторно-курортное.

По мере изучения литературы и накопления коллективного практического опыта по этому вопросу в нашей клинике появились новые предложения, преимущественно В. Л. Головачева, направленные на улучшение результатов консервативного и хирургического лечения.

В условиях стационара клиники проводилось как минимум двухнедельное энергичное консервативное лечение по принятой схеме, чтобы выяснить, в какой степени имеющиеся у больного кишечные стазы могут быть устранены без операции. Консервативное лечение состоит из диетических, медикаментозных, физиотерапевтических мероприятий, а также санаторно-курортных факторов. Последний вид лечения проводился по возможности, а все остальные — в обязательном порядке. В схему принятого в клинике консервативного лечения кишечных стазов входят: диетические мероприятия — преимущественно овощная диета; при преобладании спастических явлений — спазмолитические средства — папаверин, платифиллин, но-шпа; физиотерапевтические процедуры: «Амплипульс-3 М», или диадинамические токи, или сти-

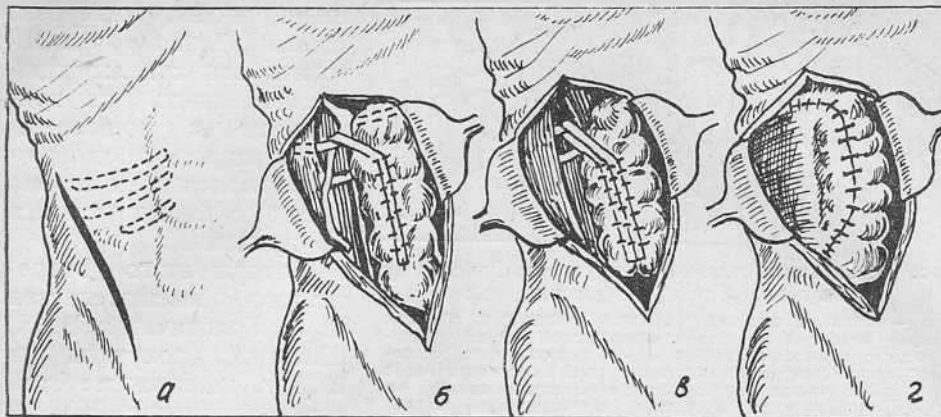


Рис. 77. Подвешивание и фиксация правой половины толстой кишки по Головачеву и Шабаеву:

а — косопоперечный разрез брюшной стенки справа; *б* — в правом боковом кармане вертикально рассечена задняя брюшина, обнажено 10-е ребро, через него перекинута лавсановая лента; *в* — слепой и восходящий отделы кишки подшиваются к двум концам лавсановой ленты; *г* — наружный листок рассеченной задней брюшины подшит к кишке, прикрыты лавсановые ленты и линии швов.

муляция от аппарата АСМ-3, массаж — открытый и подводный, лечебная физкультура, грязевые аппликации и др.; при выраженном болевом синдроме — паранефральная новокаиновая, или новокаиново-спиртовая, или длительная эпидуральная, поясничная или сакральная блокада; при выявленном дисбактериозе даются бактериальные препараты — колибактерин, бифидум-бактерин и др. Если это лечение дает заметный положительный результат, то больному и в домашних условиях, под амбулаторным наблюдением врача рекомендуется продолжать консервативное лечение, основой которого считается овощная диета. Если же энергичное двухнедельное консервативное лечение не привело хотя бы к временному улучшению, то в ряду других этот результат считается одним из основных показаний для оперативного лечения.

Кроме известных из литературы оперативных методов лечения больных, страдающих хроническими запорами, в нашей клинике разработаны и применялись следующие новые хирургические операции.

Подвешивание и фиксация правой половины толстой кишки. При опущении, избыточной подвижности, перегибах правой половины толстой кишки с клиническими проявлениями в виде кишечных застоев, стазов, запоров разработана операция подвешивания правой половины толстой кишки к 10-му ребру. Косопоперечный кожный разрез начинается от свободного конца 12-го ребра справа, идет в направлении к лобковой области, не доходит до нее на 10—12 см. По вскрытии брюшной полости параллельно наружному краю восходящей кишки, ближе к ее стенке, даже заходя на стенку, в вертикальном направлении рассекается задняя брюшина в правом боковом кармане от уровня верхней линии слепой кишки до 10-го ребра. Отслоив брюшину, находим 10-е ребро на задней подмышечной линии и при помощи изогнутого инструмента проводим вокруг него лавсановую ленту 1×20 см. Концы ленты узловыми лавсановыми швами подшиваем к передне-латеральной поверхности восходящей кишки. При этом складки и перегибы кишки предварительно следует расправить. Если кишка расширена, что бывает почти всегда, то производится ее сборивание при подшивании к лавсановой ленте. Наружный листок заднего разреза брюшины несколько отслаивается от подлежащих тканей, закидывается на слепую, восходящую кишки и подшивается узловыми швами к передней

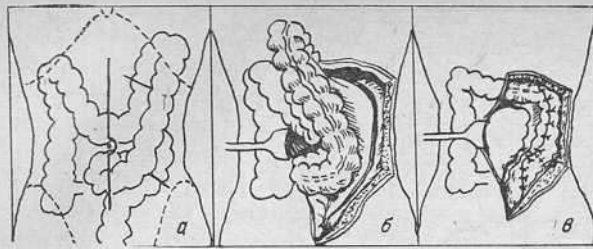


Рис. 78. Создание селезеночного угла по Головачеву после левосторонней гемиколэктомии:

а — линиями показаны кожный разрез и границы резекции кишки; *б* — сделан серповидный разрез брюшины в левом боковом канале; *в* — средний отдел оставшейся части поперечной ободочной кишки подтянут вверх влево, этот участок кишки вместе с нижележащей ее частью, анастомозом и частью сохранившейся сигмы фиксирован и погружен под левый боковой листок брюшины.

тении, чтобы, во-первых, дополнительно фиксировать эти отделы кишки, ограничить их подвижность, а во-вторых, чтобы скрыть под брюшиной лавсановые ленты вместе с фиксирующими их швами.

Авторы этого оперативного вмешательства В. Л. Головачев и В. Н. Шабаев получили в 1975 г. из Министерства здравоохранения РСФСР удостоверение на рационализаторское предложение отраслевого значения.

Вариант реконструктивной операции при долихоколоне. При удалении левой половины толстой кишки оставшиеся части ее — поперечная и сигма — сшиваются конец в конец. При этом поперечная кишка опускается. Между нею и восходящей кишкой в печеночном углу создается устойчивый перегиб под острым углом. Это может способствовать замедлению прохождения густого кишечного содержимого через эту шпору, застаивания его в восходящей кишке. Могут появиться условия для кишечных стазов, затрудненного редкого стула. Чтобы предупредить образование острого печеночного угла, В. Л. Головачевым разработан метод создания селезеночной кривизны после левосторонней гемиколэктомии. На прилагаемых рисунках показано, как это делается.

Разрез производится по белой линии живота, длиной 20—24 см, выше и ниже пупка, в обход его слева. По вскрытии брюшной полости рассекается задняя брюшина по левому боковому карману, начиная от уровня мыса слева до 12-го ребра по задней подмышечной линии и затем вверх внутрь, в виде хоккейной клюшки. Латеральный листок брюшины отпрепаровывается. Производят левостороннюю гемиколэктомию с созданием анастомоза конец в конец. После этого кишку укладывают в естественное (типичное) положение. В верхней половине кишки частично покрывают латеральным листком брюшины, который пришивают к передней ленте кишки. При этом формируют селезеночную кривизну. В нижней половине латеральный листок брюшины сшивают с медиальным. Таким образом, анастомоз почти полностью располагается забрюшинно. Заднюю забрюшинную клетчатку в этой области, через специально сделанную контрапертуру, дренируют резиновой трубкой. Дополнительно помощник через задний проход вводит длинную резиновую трубку, которая под контролем хирурга проводится по просвету кишки выше анастомоза. Операционная рана брюшной стенки зашивается наглухо. При наличии у больного избыточно подвижной и расширенной слепой кишки одновременно, до закрытия брюшной полости, производится ее фиксация к 10-му ребру. Автору этого метода В. Л. Головачеву Куйбышевским медицинским институтом имени Д. И. Ульянова выдано удостоверение на рационализаторское предложение.

В. Л. Головачев предложил инструменты и разработал метод почти закрытой резекции толстой кишки. Набор инструментов состоит из двух длинных прямых зажимов типа Кохера с более тонкими захватывающими частями бранш, по краям которых ходит укрепленный в пазах нож гильотинного типа. Плоскости захватывающих частей инструмен-

тов

тов покрыты острыми шипами для более прочного захватывания кишки. Зажимы накладывают на подслизисто-слизистый слой приводящего и отводящего концов остающейся кишки. Мобилизуется удаляемая часть толстой кишки. На концы удаляемого сегмента кишки накладываются жесткие кишечные зажимы. По краю зажимов кишка рассекается циркулярно до подслизистого слоя, с которого сдвигается серозно-мышечный слой на 3 мм. На эти участки накладывают зажимы конструкции Головачева. Мобилизованный участок кишки между зажимами рассекается и удаляется. Концы оставшейся кишки сводятся зажимами, и накладываются узловые капроновые швы на задние стенки, затем на передние стенки кишки над зажимами. Наложивший последний шов не завязывают. Ножами, плотно скользящими по боковым стенкам зажимов, отсекают избыток подслизисто-слизистого слоя. Инструменты удаляют. Последний узловой шов завязывают. Поверх накладывают еще 2—3 ряда швов. На эти инструменты и метод В. Л. Головачев получил рационализаторское удостоверение.

Сшивающий инструмент КЦ-28, разработанный в Научно-исследовательском институте проктологии с клиникой Министерства здравоохранения РСФСР, в нашей клинике усовершенствован В. Л. Головачевым. Вместо одного ряда танталовых швов аппарат в новом оформлении одновременно накладывает на сшиваемые отрезки кишки сразу 2 ряда танталовых швов в шахматном порядке. Увеличенная длина аппарата практически дает возможность накладывать анастомоз на любом уровне левой половины толстой кишки.

За этот усовершенствованный аппарат В. Л. Головачев также получил рационализаторское удостоверение в 1973 г.

При воспалительно-рубцовых изменениях брыжейки сигмы иногда колена этой кишки так сближаются, что сигма принимает вид ракетки. Такая кишка легко перекручивается. Создаются явления острой кишечной непроходимости или вследствие рубцовых стяжений и перегибов отмечаются симптомы хронической рецидивирующей непроходимости, кишечные стазы. Ф. А. Рейн (1922) предложил не только раскручивать заворот, рассекать рубцы, но производить еще вертикальное рассечение брыжейки сигмы и горизонтальное ее ушивание. В результате этого колена сигмы далеко раздвигаются, брыжейка укорачивается, вся кишка уплощается. Однако, как показывает опыт, эта операция далеко не всегда на длительный срок предотвращает возможность повторного заворота сигмовидной кишки.

В. Л. Головачев усовершенствовал эту операцию Рейна. К вертикальному разрезу брюшины сигмы он добавляет дугообразно-горизонтальный разрез влево, в сторону нисходящей кишки по нижней части левого наружного кармана. После горизонтального ушивания, как в операции Рейна, вертикально рассеченной брюшины брыжейки сигмы

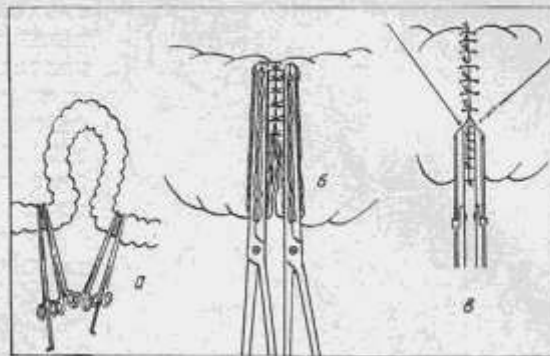


Рис. 79. Инструменты Головачева для полузакрытой резекции толстой кишки:

а — четырьмя зажимами Головачева захвачена толстая кишка на границе резекции, на бранши правого и левого зажимов надет нож-гильотина с ручкой-толкателем; *б* — кишка резецирована, узловые швы накладываются на задние стенки сшиваемых культи; *в* — сшиты верхние и сшиваются передние стенки культи.

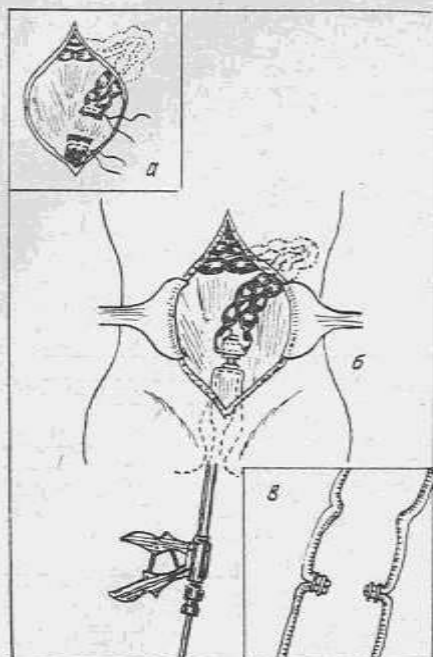


Рис. 80. Шивающий аппарат Головачева одновременно сшивает культю толстой кишки двухрядным швом из танталовых скобок:

а — кишка резецирована, на культю наложены, но не затянуты, кистетные швы; б — инструмент через задний проход введен в просвет толстой кишки, кистетные швы затянуты — один на проксимальной культте, надетой на стержень инструмента, второй — на культте, оставшейся на тубусе инструмента, следующее действие — сближение и одновременное сшивание культтей; в — вид кишки на разрезе после сшивания культтей.

резекция — 2, фиксация правой половины толстой кишки и мезопликация — 4, резекция сигмы и фиксация правой половины толстой кишки — 9, другие способы — 24, как это показано в табл. 50.

Необходимо отметить следующие две особенности оперативной техники: 1) при резекции толстой кишки на любом уровне почти обязательно накладывалась разгружающая цекостома, которая при благопо-

отслаивается наружный листок остальной части разреза брюшины, накладывается на проксимальную часть сигмы и подшивается к ней узловыми шелковыми швами. Это добавление более надежно фиксирует отведенный кнаружи и вверх начальный отдел сигмы.

В общей сложности в нашей клинике прооперировано 106 больных. Условно их можно разделить на 2 группы. К первой группе отнесены больные, у которых вследствие наличия различных заболеваний ано-ректальной области — анальные трещины, геморрой, параректальные свищи, анальные сосочки — возникла боязнь болезненного стула, что усугубило основное заболевание. Из первой группы прооперировано 40 человек. Ко второй группе отнесены 66 больных, которым выполнены операции на различных отделах толстой кишки.

Возраст больных — от 3 до 70 лет, мужчин — 49, женщин — 57.

У 40 больных первой группы удалены геморроидальные узлы. Кроме того, у 20 иссечены трещины заднего прохода, у 12 — параректальные свищи и у 8 удалены анальные сосочки. У 76 человек произведены различные операции на толстой кишке: резекция сигмовидной кишки — 28, гемиколэктомия слева — 9, брюшно-анальная

Таблица 50

Общее число проделанных в клинике операций по поводу упорных запоров

Пол	Количество больных	Резекция сигмы	Гемиколэктомия слева	Фиксация правой половины толстой кишки	Брюшно-анальная резекция	Мезосигмопликация и фиксация правой половины толстой кишки	Резекция сигмы и фиксация правой половины толстой кишки
М	29	20	3	2	2	—	2
Ж	47	8	6	22	—	4	7
Всего	76	28	9	24	2	4	9

лучном течении послеоперационного периода через 2 недели зашивалась, 2) у больных при низких резекциях сигмы применен сшивающий аппарат КЦ-28, модернизированный В. Л. Головачевым.

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения хронических запоров могут быть охарактеризованы следующим образом. Непосредственно после операции умерло 3 человека. Два — на 12-й и 18-й день от несостоятельности швов и вялого перитонита. Третий — через сутки, при явлениях гипертермии, судорог. На секции — швы в полном порядке; *tymus persistens*; *status tymicolymphaticus*.

Ближайшие результаты в сроки от 2 до 6 месяцев изучены у 63 человек из 66 оперированных, которым производились операции на толстой кишке, отдаленные — у 56 человек в сроки от 1 года до 7 лет. В группу «хорошо» отнесены люди, которые никаких жалоб после операции не предъявляют; «удовлетворительно» — когда отмечались боли в животе при нормальном стуле или периодически, при несоблюдении диеты, возникали запоры; в группе «без эффекта» у больных остались те же жалобы и клинические проявления, что и до операции.

Данные табл. 51 показывают, что имеется прямой смысл больных, страдающих хроническими запорами, не поддающимися консервативным методам лечения, подвергать хирургическому лечению. Огромное большинство или полностью выздоравливают, или у них значительно улучшается функция толстой кишки.

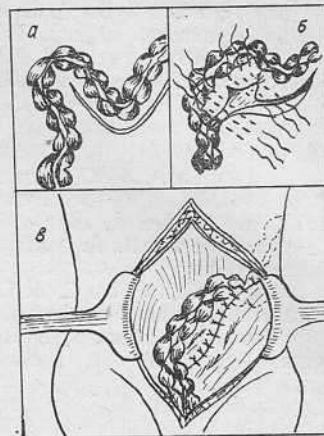


Рис. 81. Пластика брыжейки сигмы по Рейну в модификации Головачева:

a — разрез брюшины брыжейки сигмы и отчасти левого наружного кармана брюшной полости; *б* — сшивание вертикальной части разреза в горизонтальном направлении по Рейну; *в* — добавление Головачева — наружным листком брюшины прикрывается и фиксируется проксимальная часть сигмы.

Таблица 51

Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения больных, страдавших хроническим запором

Пол	Коль-во больных	Исход		Осложнения		Ближайшие результаты			Отдаленные результаты		
		Выздоровление	Смерть	Есть	Нет	Хорошие	Удовл.	Без эффекта	Хорошие	Удовл.	Без эффекта
М	29	26	3	3	26	25	1	—	23	2	—
Ж	37	37	—	2	35	32	5	—	25	5	1
Всего	66	63	3	5	61	57	6	—	48	7	1

Литература

- Агзамхаджаев Г. М. Лечение и выбор операции при хронических запорах. — Мед. журн. Узбекистана, 1964, 6, 23—26.
 Агзамхаджиев С. М. Илеосигмоид — анастомоз с субтотальным выключением толстого кишечника при хронических запорах. — Мед. журн. Узбекистана, 1966, 1, 9—13.

- Агранович Б. Я. О лечении хронических колитов интрадуоденальными вливаниями Краинской минеральной воды. — Клин. мед., 1937, 7, 814—820.
- Акулиничев И. Т. Подводные кишечные ванны и их лечебное применение. — Клин. мед., 1949, 27, 10, 83—90.
- Александров В. А., Скорокина Г. Е. Изменение свойств дуоденального содержимого под влиянием приема минеральной воды Эссентуки. Тр. V Всесоюз. науч.-орг. съезда по курорт. делу. М., 1926, 6—12.
- Аминев А. М. О взаимосвязи терминального илеита и перегиба Лейна. — Вести. хир., 1961, 87, 8, 96—98; Руководство по проктологии. Куйбышев, 1965, т. 1; 1971, т. 2; 1973, т. 3; Вести. хир., 1974, 2, 63—67.
- Аминева В. А. Материалы по изучению анального рефлекса. Дис. канд. Куйбышев, 1959.
- Амирасланов С. А. Современное представление о колитах с точки зрения этиологии. Азербайдж. мед. ин-т, 1969, 4, 73—79.
- Анистратенко И. К. Тактика хирурга при мегасигме. — В кн.: Акт. вопр. хир. Киев, 1962, 184—191; Клиника и лечение аномалий развития толстого кишечника. Киев, 1969.
- Арапов Д. А., Стрельников Б. Е., Царев Н. И. О долихосигме. — Хирургия, 1974, 6, 87—90.
- Бадаев В. А. Функциональная непроходимость пищеварительного тракта. М., 1967; Низкочастотная импульсная терапия парезов желудка и кишечника. Дис. канд. Свердловск, 1969.
- Базанова С. В. Функциональные двигательные расстройства (дискенизии) толстой кишки при неврозах. Дис. докт. Л., 1963.
- Белканиа С. П. Некоторые данные анализа 81 операции на сигмовидной кишке по поводу ее острого заворота. Нов. хир. арх., 1959, 2, 86—90; 5, 100—104; Вести. хир., 1968, 100, 5, 50—55; Хирургия, 1969, 1, 58—62.
- Бердинов В. Н. Подводные кишечные ванны из эссентукского нарзана и их применение при различных формах хронического колита. Дис. канд. Эссентуки, 1950.
- Беритов И. С. О механизме пространственной ориентации человека. — Журн. высш. нервн. деят. им. Павлова, 1959, 9, 1, 3—13.
- Берлин Л. Б., Тернопольская П. Д., Гранат С. Г. Долхосигма и ее клиническое значение. Вести. хир., 1934, 20, 117, 118, 737—746; Тр. клиники леч. питания. М.—Л., 1940, 1, 252—263.
- Боас И. О привычных запорах и их лечении. — Врач. газета, 1902, 26.
- Боровский П. Ф. О хирургических запорах. В кн.: III науч. съезд врачей Сред.-Азии. Ташкент, 1930, 74—74; Вести. хир., 1930, XIX, 55, 19, 64—74.
- Боткин А. Я. Гипнотерапия привычных запоров. Университетская библиотека. М., 1893.
- Буртанас К. Э. О применении дробных клизм при упорных запорах. — Мед. сестра, 1955, 4, 25—26.
- Бусалов А. А. Клинические очерки оперативной хирургии. М., 1954, 251—252; 266—267.
- Ванах Р. X. Об оперативном лечении хронических заболеваний толстых кишок. — Рус. врач. 1911, 51, 2026—2031.
- Василенко Л. Д. Модификация анастомоза между петлями толстых кишок при хирургических запорах. — Вести. хир., 1934, 32, 95—96, 159—162; Лаб. дело, 1961, 9, 30—31; Вопр. курорт. и физиотер. 1964, 5, 413—419.
- Виденчик С. В. Лечение хронических запоров. — В кн.: Сб. тр. Томск. науч.-исслед. ин-та курорт. и физиотер., 1963, 2, 306—310.
- Витебский Я. Д. Обоснование выбора метода анастомоза на толстой кишке. — Вести. хир., 1968, 100, 6, 55—58.
- Вишневский А. А., Лившиц А. В., Ходоров Б. И. Опосредованная и прямая электрическая стимуляция кишечника у больных с травматическим перерывом спинного мозга. — Экспер. хир. и анестезиол., 1967, 3, 8—11; 1968, 6, 9—12.
- Власов П. В. Рентгенокинематографическое изучение моторики толстой кишки в эксперименте. — В кн.: Реакция и организм. Обнинск, 1967, 2; Методика рентгенологических исследований толстой кишки, метод. пособие. Обнинск, 1971.
- Воробьева Н. М. О моторной функции толстого кишечника. — Врач. дело, 1968, 9.
- Гаген-Тори И. Э. Ушивание мезосигмы для устранения возвратов заворота сигмы и для предотвращения образования заворота (по способу автора). — Журн. совр. хир., 1930, 5, 29 (3), 482—513.
- Гальперин Ю. М. Механизм нарушения моторики тонкой кишки при динамической непроходимости. Дис. докт. М., 1965; Взаимоотношение моторной и эвакуаторной функции кишечника. М., «Наука», 1971; Парезы, параличи и функциональная непроходимость кишечника. М., 1975.
- Гаусман Ф. О. О подвижной и блуждающей слепой кишке. — Практ. врач, 1911, 10, 4, 59—61.

- Геворкян И. Х., Мирза-Авакян Г. П. Подвижная слепая кишка. М., 1969.
- Герцен П. А. О расширенной и подвижной слепой кишке. — Мед. обозр., 1911, т. 76, 20, 913; Хирургия, 1939, 6, 122—131; Избр. труды. М., 1956, 320—332.
- Гехтман Г. Я. К вопросу о диагностике и терапии хронических запоров. — Журн. усов. врачей, 1929, 5, 294—301.
- Гливенко Ю. А. К методике образования желудочно-кишечных и межкишечных анастомозов в профилактике возникновения анастомозитов. Дис. канд. Симферополь, 1965.
- Глухов В. Ф. Возможности применения гальванического тока при лечении парезов и параличей кишечника. Матер. науч.-практ. конф. врачей Куйбышев. обл. 1967, 49—50; Сб.: Науч. орган. труда Куйбышев. мед. ин-т, 1970, 165—166; Электростимуляция кишечника постоянным током возвратной силы как метод лечения послеоперационных парезов кишечника. Дис. канд. Куйбышев, 1974.
- Гольдман Л. Н. Простое средство против запоров. — Сов. мед., 1952, 4, 36.
- Гофман В. Рациональное лечение запоров на основании новейших исследований над патогенезом запоров. Варшава, 1911.
- Греков И. И. К хирургии желудка и кишок. К вопросу о радикальном лечении и предупреждении возвратов при заворотах. Хир. арх. Вельяминова, 1911, 27, 5, 1208—1213.
- Груббер В. Назначение подреберно-ободочной связки в случаях увеличения селезенки. — Воен.-мед. журн., 1847, 49, 1, 313—321; 1862, 85, 12, 2, 616—625; 1889, 166, 1, 135—146.
- Губергриц М. М. Выступление в прениях. Тр. IV Укр. съезда терапев. Госмедиздат, 1939, 377.
- Гукасян А. Г. К вопросу о классификации запоров. — Клин. мед., 1959, 6, 45—50; Тер. арх., 1959, 31, 3, 78—85; Запоры и их лечение. М., 1959.
- Гуреева Х. Ф. Анастомозы прямой и сигмовидной кишок механическим швом. Дис. канд. М., 1966.
- Добротворский А. Я. Эзери в лечении запоров. — Вестн. совр. мед., 1928, 22, 14—41.
- Дохман А. М. Случай продолжительного копростаз. Дневник Казанского общества врачей, 1881, 15, 341—347.
- Дробинский А. Д. Клиника и лечение обстипационного энкопреза. — Вопр. охр. мат. и дет., 1968, 13, 11, 81—82.
- Дружинин И. Г., Кушева С. Д. Сравнительный результат лечения больных хроническим колитом и запорами субкавальных ваннами и кишечными орошениями. Тез. докл. науч.-практ. конф. врачей санат. МО СССР на Кавк. минер. водах. Пятигорск, 1960, 41—42.
- Дубинский А. А., Лагунова Л. С. Лечение хронических запоров новым лекарственным средством, эмульсией вазелинового масла. Матер. 9 науч. конф. рацион. и изобр. Харьков, мед. ин-та по разработке новых методов диагн. и лечения. Харьков, 1967, 67—68.
- Зворыкин И. А. К вопросу о значении подвижности правого отдела толстой кишки в хирургической клинике. Дис. канд. Львов, 1948.
- Здравомыслов В. И. Психотерапия запоров и поносов. Неврозы и соматические расстройства. Л., 1968, 183—185.
- Зубкова В. Запоры. БЭМ, 1959, изд. 2, 10, 637—662.
- Ильин А. И. К вопросу о фиксации проксимального отдела толстых кишок. — Нов. хир., 1926, 2, 4, 390—397; Журн. совр. хир., 1927, 4, 10, 643—659; Сб. тр. хир. и урол. клиник Академии, посв. 25-летию деят. проф. А. И. Васильева. Л., 1941, 246—251.
- Иоакимис К. Д. О болезни подвижной слепой кишки. — Хирургия, 1960, 4, 85—91.
- Иорданов Д., Николаев П., Болчиков. Физיותרпия. София, 1972.
- Какушкин Н. М. К лечению привычных запоров. — Врач. дело. 1936, 7, 622—623.
- Кишиневская Г. Я. Лечение физическими упражнениями хронических запоров у женщин, страдающих воспалительными заболеваниями половой среды. — Казан. мед. журн., 1938, 10, 1074—1079.
- Куваева И. Б., Воробьев Т. В. О синтезе кишечной флорой некоторых витаминов группы В. — Вопросы питания, 1965, 24, 6, 62—67.
- Кудрявцева Л. А. Субкавальное промывание толстой кишки как лечебный метод. М., 1958.
- Кунцевич Д. Е. Новая техника исследования тонкой и толстой кишок. — В кн.: Вопр. гастроэнтерологии. Вильнюс, 1968.
- Куприянов П. А. К хирургической анатомии связочного аппарата толстой кишки. — Вестн. хир., 1922, 2, 4—6, 429—434; Сб. науч. работ. в честь 50-лет. деят.

- А. А. Нечаева. Петроград, 1922, 395—398; Вестн. хир., 1930, 58—60, 208—216; 1938, 56, 2, 274—275.
- Кушелевский Б. П., Милютин Е. И. Новый путь лечения хронических запоров. — Клин. мед., 1937, 15, 17, 834—839.
- Левин К. Хронические привычные запоры. — Врач. обозр., 1921, 6, 251.
- Левин О. А. Так называемый хронический аппендицит и подвижная слепая кишка. — Вестн. хир., 1930, 58—60, 208—216.
- Лихт Л. М. Хронические запоры. Ростов-на-Дону, 1940.
- Ловчий Я. А., Брейтман М. Я. Клин. фармакол. М.—Л., 1930.
- Магазанник П. Л. Запоры и их лечение. — Фельдш. и акуш., 1953, 12, 28—33.
- Майргоз Е. М. Долихо- и мегаколон и его клиническое значение. Дис. канд. Уфа, 1947.
- Малова Н. Н., Козаковский Л. П. Лечение в Эссентуках больных с рефлекторными запорами с применением восходящего душа. Тез. докл. 5 науч.-практ. конф. врачей на КМВ. Пятигорск, 1961, 28—28.
- Махов Н. И., Селезнев Г. Ф. Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки. — Хирургия, 1960, 12, 73—78; 1973, 11, 5—11.
- Маянская К. А. Клинико-рентгенологические наблюдения при дискинезиях толстого кишечника. — Клин. мед., 1949, 27, 2, 36—41.
- Мельничук Я. И. Эффективность комплексного лечения больных хроническими колитами. — Врач. дело, 1966, 2, 123.
- Моисеенко М. Д. Флегмоны желудка и кишечника. Л., 1958.
- Мошков В. Н., Соколов А. А. Лечебная физкультура. — Вопр. курорт. физиотер. и физ. культ., 1955, 1, 25—30.
- Мухин И. М. Влияние цельных и разведенных овощных соков на секреторную функцию желудка. Дис. канд., Л., 1973.
- Назаров Л. У., Гуреева Х. Ф., Протасевич А. А. Иллиотрансплантация с применением механического шва при расширенной резекции толстой кишки и прямой кишки. — Вестн. хир., 1972, 103, 6, 64—67.
- Назарова Д. Г. Функциональное состояние щитовидной железы при хронических колитах и запорах. Тр. 13 и 14 Всесоюз. конф. науч. о-ва терапев. М., 1967, 536—537.
- Ноорден К. Повосы и запоры. М.—Л., 1927.
- Опель В. А., Казаченков А. С. Колиты с хирургической точки зрения. Хир. арх. Вельяминова, 1914, XXX, 1, 15—22.
- Орлова О. И. Методика лечебной физкультуры при спастическом колите. М., 1963.
- Павленко В. А. Об оперативном лечении мезосигмоидитов. Тр. XIX съезда рос. хир. Л., 1927, 25—29; 39—42.
- Певзнер М. И. О хронических запорах. — Вестн. совр. мед., 1926, 3—4, 4—7; Хронические запоры и их лечение. М.—Л., 1940; Хронические заболевания желудка и кишок. Центр. ин-т усов. врачей. М., 1940.
- Поленов А. Л. Материалы к патологии и клинике заболеваний проксимального отдела толстых кишок. Петроград, 1918, 105; Нов. хир. арх., 1922, 2, 1, 57—68; Тр. XVI съезда рос. хир. М., 1925, 546—550.
- Полтырев С. С. Первичные и вторичные нарушения функции тонкого кишечника и экспериментальный анализ их возникновения и ликвидации. Матер. 4 Поволж. конф. физиол., фармак. и биохим., с участием морф. и клин. Саратов, 1966, 397—398; Матер. 3 межвуз. совещ. физиол., анат. и цитол. пед. ин-тов. Ростов-на-Дону, 1966, 145—146; В кн.: Механизмы комплексных реакций и функциональные взаимоотношения органов и систем. Ярославль, 1966, 240—242.
- Портной М. В., Царев Н. И. Удлиненная сигмовидная кишка. — Вестн. хир., 1969, 102, 1, 46—50.
- Постоян А. Д. Комплексное лечение больных хроническим колитом на курорте Эссентуки. Эссентуки, 1969.
- Рагимов Р. Н. Материалы по диагностике заболеваний толстой кишки. Дис. докт. Баку, 1968.
- Рафес Ю. М. Сорбит — лечебное средство при заболевании кишечника. Матер. 14 Всесоюз. конф. терап. по пробл. хир. забол. кишок. М., 1965, 51—52.
- Розанов В. Н. Хирургическое лечение хронических запоров. Мед. обозр., 1911, 75, 645; Хир. арх. Вельяминова, 1911, 2, 354—355; Мед. обозр., 1911, 75, 7, 645. Хир. арх. Вельяминова, 1912, 1, 168—169; 5, 812—817; 1914, 2, 307, 378. Тр. 16 съезда рос. хир., 1925, 540—542, Сов. клин., 1933, 19, 5—8; 948—963.
- Розенберг А. В. Долихосигма и ее клиническое значение. Дис. канд. Ростов-на-Дону, 1941.
- Рубашев С. М. Ушивание, фиксация и подвешивание слепой кишки. Нов. хир. арх., 1930, 21, 1, 70—74.
- Саакян А. Г. Колиты и их курортное лечение, изд. 3. Ставрополь, 1971.

- Савков Н. М. К вопросу о подвижной слепой кишке. — Хирургия, 1914, 35, 489—494.
- Смотров В. Н., Успенский А. Е. К патогенезу и клинике хронического кишечного стаза. Тер. арх., 1930, 8, 4—5, 49, 50; Сов. клин., 1931, 15, 85—86, 427—438; Хронич. колиты. М., 1934.
- Стражеско. О подвижной слепой кишке. — Практик. врач, 1910, 40—41.
- Стрельников Б. Е. Об оперативном лечении мегасигмы (долихосигмы). — Вестн. хир., 1960, 85, 11, 42—45.
- Тайц Н. С., Лукаш Л. К. Долихосигма как причина функциональных и органических нарушений дистальных отделов толстой кишки. Probl. профил. и лечен. забол. желуд.-кишечн. тракта. М., 1969, 359—361.
- Телегина В. В. и др. Комплексная терапия дискинезий толстой кишки с преобладанием запоров у больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. — В кн.: Акт. вопр. лечения больных на курортах Кавказ. Мин. Вод. Ессентуки, 1965, 27—29.
- Федоров В. Д., Гельфенбейн Л. С., Мейтув М. Б. Мегакolon у взрослых. Обзор литературы. — Хирургия, 1973, 11, 136—141.
- Федоров С. П. Выступление в прениях. Тр. III Всеукр. съезда хир. Нов. хир. арх., 1929, 18, 69—70, 71 (1—2—3), 127—128.
- Федорченко Н. А. Эффективность подводных промываний толстой кишки минеральными водами курорта Трускавец в комплексном лечении больных хроническими колитами. Тез. докл. науч.-практ. конф. Кавказ. Мин. Вод. Пятигорск, 1966, 81.
- Фесенко В. П. Влияние трускавецкой воды на моторную функцию толстой кишки у больных хроническим колитом. — В кн.: Лечение на курортах Карпат. Ужгород, 1967, 99—102.
- Финкельштейн Б. К. О воспалениях сигмы и ее брыжейки. — Русский врач, 1907, VI, 37, 1269—1273; 1913, 2, 42—48; Нов. хир. арх., 1929, 18, 69—70—71 (1—2—3), 93—110.
- Финстерер Г. О. О хирургическом запоре и его хирургическом лечении. — Клин. мед., 1933, 11, 1—2, 19—14.
- Холин Н. К. К патологии и хирургическому лечению некоторых форм хронического запора. — Мед. обозр. 1911, 76, 20, 901—912.
- Царев Н. И. Некоторые виды патологии удлинненной сигмовидной кишки. Дис. канд. Владивосток, 1971.
- Цегефон Мантейфель. Аппендицит и его лечение. Хирургия, 1902, 11, 21—26; Русская хирургия, 1913, 13, 13—24.
- Черепашенец М. Р. Энтерогенные флегмоны кишок. М., 1956.
- Шавинер Н. И. Патанатомия, клиника и лечение мегасигмы. Дис. канд. Харьков, 1937.
- Шамарин П. И. О классификации хронических запоров. — Врач. дело, 1967, 2.
- Шахбазан Э. Лейна тяжи. БМЭ, 1960, изд. 2, 15, 715—716.
- Шенкер Д. П. К хирургическому лечению хронических запоров. — Хирургия, 1914, 35, 359—369.
- Шестопалова Л. Ф. Мегасигма у взрослых и их лечение. Реф. и тез. докл. науч.-практ. конф. по акт. вопр. клин. мед. Харьков, 1965, 105—106.
- Шмидт А. Новые наблюдения над выяснением и лечением хронических запоров. М., 1905.
- Шхиян Б. Г., Смирнов В. Д. Комплексное физиотерапевтическое лечение больных хроническими колитами и запорами. Тез. и рефер. докл. 2 конф. врачей-проктол. М., 1967, 110—111.
- Эстрин А. М., Маклаков Н. В. Использование аппарата ЭТМ-1 в качестве электростимулятора кишечника. — Здравоохр. Белоруссии, 1972, 5, 80—82.
- Юхвидова Ж. М., Персиц Б. П. К вопросу об изучении двигательной функции толстой кишки при запорах. Акт. вопр. гастроэнтерологии. М., 1971, 4, 491—497.
- Ясногородский В. Г., Равич М. А. Новый аппарат для лечения модулированным синусоидальным током повышенной частоты (аппарат «Амплипульс-3»). — Вопр. курорт. и физиотер., 1966, 1, 77.
- Adams J. T., Bricker E. M. An aid to low pelvic intestinal anastomoses. Surg., Gynec., Obst., 1966, 123, 6, 1315—1316; Arch. Surg., 1970, 109, 4, 503—507; 1973, 106, 5, 678—684.
- Alary M. R. Traitement des constipations. J. Med. Lyon, 1971, 52, 1211, 1007—1016.
- Allgoewer M., Fenner A. Die Spaltung des Sphinkter internus nach Eisenhammer bei der therapieresistenten Obstipation im Kindersalter. Dtsch. med. Wschr., 1967, 92, 12, 5, 528—530.
- Amgwerd R. Beschwerden als Folge operativer Eingriffe am Abdomenaus-chirurgischer Sicht. Z. Allgemein med. Landarzt, 1973, 49, 7, 309—315.
- Ansingh H. R., Rideout E. M. Megacolon and recurrent sigmoid volvulus in psychotic patients. Northwest Med., 1962, 61, 1032—1035, Dec.
- Baglietto L. A. Megarectosigma, proctosigmoidectomy Subtotal... Prensa med. Argent., 1968, 49, 14, 808—814.

- Barczncki M., Bozek P. Przegiętnawienie esicy w następstwie przewlekłego zaparcia. *Pol. Przegl. chir.*, 1968, 40, 8, 903—904.
- Barilay A. Note on the movements of the large intestine. *Arch. Rentg. Roy.*, 1912, 16, 422—424.
- Bauer J. J., Weiss M., Dreiling D. A. Stercoraceous perforation of the colon. *Surg. Clin. N. Amer.*, 1972, 52, 4, 1047—1053.
- Bayart M. Les megacolons. *J. Sci. med. Lille*, 1973, 91, 12, 457—461.
- Bensaude A. Proctoscopy in chronic nonulcerative diseases of the colon. *Amer. J. Proct.*, 1971, 22, 3, 180—181.
- Berger P. L., Shaw R. E. Spontaneous rupture of the colon. *Brit. Med. J.*, 1961, 1, 1422.
- Berry J. Dilatation and rupture of the sigmoid flexure. *Brit. Med. J.*, 1894, 1, 301.
- Bessis M. Hemosiderin et les mouvements du fer dans l'organisme. Exposé de différents its de vue. *Nonv. Rev. Fran. Hemat.*, 1963, 22, 153.
- Betke K. Letter: Constipation in an intact. *Med. klin.*, 1969, 264, 8, 24.
- Biedel. Ueber Peritonitis chronica nontuberculosa und ihre Folgen. *Arch. of kl. Chir.*, 1898, 57, 3, 645—684.
- Biscop de G. Ueber pathologische Veraenderungen am Auerbachschen Plexus bei Megacolon. *Ztschr. Zellforsch.*, 1949, 34, 141.
- Black B. M. Surgical aspects of chronic inflammatory diseases of large bowel. *Amer. Surg.*, 1971, 37, 1, 15—19.
- Blotner C. Trapped fecalith in caecal haustration with local necrosis. *Amer. J. Surg.*, 1948, 76, 446.
- Bockus H. L. *Gastroenterology*. Philadelphia—London, 1944, v. 2.
- Boley S. J. New modification of the surgical treatment of Hirschsprung's disease. *Surgery*, 1964, 56, 1015—1017.
- Bomsk, Henryk. *Przewlekłe zaparcia i biegunki u dorosłych*. Wyd. 3 Warszawa, państwowy zakład Wydawn Lekarskich, 1964.
- Bonory M., Bernier G. G. Treatment of constipation. *Coh. Coll. med. hop. Paris*, 1965, 6, 156—164; 2, 11.
- Borchardt H. Constipation. Physiopathology, diagnostic and the rapentic recommendations. *Z. Aerzte Fortbild. (Jena)*, 1974, 68(15): 767—772, 1 Aug. 74 (Ger).
- Bortoff A. Electrical transmission of slow waves from longitudinal to circular intestinae muscle. *Am. J. Physiol.*, 1965, 209, 6, 1254—1260.
- Bosworth B. M., Stein H. D., Lisa J. R. Modern management of megacolon. *Am. J. Surg.*, 1949, 75, 6, 808—816.
- Brassinne A., Moisse R. A propos de trois cas de dolichocolon opérés. *Rev. med. Liege.*, 1967, 22, 22, 637—648.
- Braun W. Beitrag zur Ileusbehandlung. *Berl. Klin. Wock.*, 1908, 24, 6—22.
- Brearily R. Spontaneous perforation of the colon due to alkaline medication. *Brit. Med. J.*, 1954, 1, 743.
- Brewer R. A. Constipation in geriatric patients. *J. Indiana State Med. Ass.*, 1973, 66, 1083—1084, Dec.
- Broholm K. A. A controlled frial of a new combined preparation for the treatment of constipation in geriatric patients. *Gerontol. Clin.*, Basel, 1973, 15, 25—31.
- Bstehr P. X. Zur indication der operativen Behandlung der chronischen obstipation. *Zbl. f. Chir.*, 1961, 39, 2059—2063.
- Cale A. Etude sur le retentissement a distance des dolicho-et megacolon. *Sem. med.*, 1952, 9, 181—184.
- Canalis F., Ravitch M. M. Study of hesling of inverting and sverting intestinal anastomoses. *Surg., Gyn., Obst.*, 1968, 126, 1, 109—114.
- Canónico A. N., Pílleu R. Megastigma. *Prensa Med. Argent.*, 1948, 35, 484—498, March 19.
- Caplan H. a oth. Megacolon and volvulus in Parkinson's disease. *Radiology*, 1965, 85, July, 73—79.
- Carnot. *Le stereormes Cliniques medicales de l'hotel. Dien. v. 1*, Paris, 1930, 128—144.
- Castleton K. B. Percussion of the abdomen in cases of peritoneal inflammation. *Rocky Montain Med. J.*, 1962, 59, 45—46.
- Chalmoff Ch., Dintzman M. The pseudo-obstruction of bowel syndrome. *Amer. J. Proct.*, 1974, 25, 1, 39—47.
- Chalnot P., Benichone R. Le traitement chirurgical du megacolon. *J. chir. Paris*, 1959, 68, 4, 249—256.
- Chaudharg N., Truelove S. The irritable colon syndrome. *Quart. J. Med.*, 1962, 31, 307.
- Chorvath V., Moravec R., Zernovicky F. Perforacle hrubero creva. *Rohl. Chir.*, 1972, 51, 12, 787—788.
- Choudhery D. C. R., a oth. Simple capsule for multiple intestinae biopsy specimens. *Lancet*, 1964, 2, 7352, 185—186.

- Clemenson G. N. Cytologische Untersuchungen und alkalische Phosphatase im Duendarminhalt (Jejunum) bei alimentärer Ueberempfindlichkeit und chronischer Enteritis. *Helv. Med. Acta*, 1961, 28, 4, 627—629.
- Clenmesen T. An Intestinal Clamp for low Anterior Resection of the Rectum. *Surg., Gyn., Obst.*, 1972, 134, 2, 320—323.
- Connell A. The motility of the pelvic colon. Part II. Paradoxical motility in diarrhea and constipation. *Gut*, 1962, 3, 342—348; *Brit. Med. J.*, 1965, 2, 5466, 848—851.
- Cooper P. a. oth. An automatic cartridge stapler. *Amer. J. Surg.*, 1967, 6, 856—860.
- Cornil A. a. oth. La placature mesenterique operation de childs. *Phillips. Chir. Gastroent.*, 1970, 4, 1, 105—106.
- Corvec P. A propos de l'action des ondes moyennes sur certaines fibres lisses du tube digestif. *J. radiol. et électrol.*, 1955, 36, 896—897.
- Cucarelli G., Menghetti L. Patologia e clinica del megacolon. *Rif. med.*, 1959, 73, 44, 1272—1275.
- Cuny G. a. oth. A propos de trois cas de megacolon au cours de syndrome parkinsonien. *Rev. med. de Nancy*, 1962, 87, 1en., 58—65.
- Daïdo R. a. oth. New trial for chronic constipation with reference to jejunum transplantation in the colon. *Irya*, 1967, 21, 570—574; 21, 670—675.
- Damiani R., Londei D. Studio istologico sui plessi nervosi intramurali nel megacolon idiopatico. *Arch. ital. Anat. istol. path.*, 1960, 34, 6, 479.
- David D., Nati R. Considerazioni sulla stitichezza funzionale e suo trattamento. *Gastroenterol.*, 1973, 19, Oct.-Dec., 253—258.
- Davis D. A. A new concept in the treatment of symptomatic redundant colon or dolichocolon. *West. J. Surg.*, 1960, 68, 2, 101—106.
- Deimer E., Partilla H. Ubertid und Obstipation, Kapazität und Tonuslage der Dickdarms unter Beeinflussung eines Cholinesteraschmähkörpers. *Wein. Klin. Wschr.*, 1963, 75, 52, 927—929.
- Dekant A. Drug therapy of constipation. *Meg. Monatsschr.*, 1973, 27, Nov., 515—516.
- Delomoy E., Combemole B. Megarectum par aganglionose avec abstraction. *Arch. mal. app. dig.*, 1962, 51, 9, 1001—1011.
- Denoeux P. Constipation du sujet age et gel rectopbiline. *Rev. Geront. Express franc.*, 1970, 16, 2, 55—58.
- Derezin M. Laxatives and fecal modifiers. *Am. Fam. physician*, 1974, 10, July, 126—128.
- Dermothe I. S. Trials of Colarine-Gel in constipation therapy. *Lille Med.*, 1972, 17, Suppl., 5, 1054—1058, Aug.-Sep.
- Doberauer B. a. oth. Zur chirurgischen Behandlung schwere Fälle von chronischen Obstipation ein Bericht ueber indikation operation und verlauf 22 Patienten. *Wien. Med. Wschr.*, 1973, 123, Nov., 645—648.
- Dobroschke Y. a. oth. Zur chirurgischen Therapie der chronischen obstipation. *Dtsch. Med. Wschr.*, 1974, 99, 21, 1125—1128.
- Doerbeek F. e. a. Therapy in chronic obstipation. *Med. Monatsschr.*, 1973, 27, 81—84, Feb.
- Doniach M. D., Shiner M. Duodenal and jejunal biopsies. *Gastroenterology*, 1957, 33, 1, 71—86.
- Drapanas, Stewart. Цит. по И. М. Григоровскому. *Клиническая медицина*, 1962, 10, 84—87.
- Duhamel J. Affections non congénitales de l'anus et du rectum chez l'enfant. P. Masson, 1958.
- Dunlop J. A. Ogilvie's syndrome of false colonic obstruction. *Brit. Med. J.*, 1949, 1, May 21, 890—891.
- Duret R. et al. Etudes electromanometriques de l'action du methanesulfonate de dihydroergotamine sur l'intestion normal et sur le megadolichocolon. *Acta gastro-ent. belg.*, 1969, 32, 7—8, 521—533.
- Duthite H. J., Bennett R. C. The relation of sensation in the anal canal to the functional anal sphincter. A possible factor in anal continence. *G.U.T.J. Brit. Soc. Gastroenterol.*, 1963, 42, 179—180.
- Ehrenpreis T. Some newer aspects on Hirschsprung's disease and allied disorders. *J. Pediat. Surg.*, 1966, 1, 4, 329—337.
- Ehrentheil O. D., Well E. P. Megacolon in psychotic patients. *Gastroenterology*, 1955, 155, 29, 2, 285—294, Aug.
- Elmendorff H., Marx E. Pathologie und klinik der sigmoiditis. *Zbl. f. chir.*, 1966, 91, 16, 598—606.
- Engel. Volvulus S. — Romani. *Zbl. f. chir.*, 1899, 30—40.
- Etzell E. Megaesophagus. Megacolon und ihre Komplikationen. *Zonc. Org. Ges. Chir.*, 1937, 81, 3.
- Faltin R. Einiges zur Kenntnis der Darmknoten. *Acta chir. Scand.*, 1937, 80, 80, 1—25.

- Ferrer P. Effect of yogurt with prunes on whip constipation. *Am. J. Dig. Dis.* 1955, 22, 9, 272—273.
- Fetterman L. E. Colonic fecal impaction in a young drug addict. *J.A.M.A.* 1967, 202, 1056.
- Figus I. A. Obstipatio es Kezelese. *Orv. Hetil.*, 1972, 113, 2895—2897, 26 Nov.
- Finsterer A. Obstipation, Kolitis, Kolonkarzinom. *Med. Klin.*, 1937, 497, 541.
- Fischer. Die Typhlatoxie. *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Chirurgie*, 1908.
- Fleischmann E. u. and. Zur Frage der Beschleunigung der Darmpassage im Tierexperiment. *Wien. Klin. Wschr.*, 1965, Ir. 77, 40, 709—710.
- Forday A. Ein Fall des Megacolon (Megacolon). *Zbl. ges. Chir. Grenzgeb.*, 1913, 1, 1, 42.
- Franke F. Ueber operative Behandlung der chronischen Obstipation. *Arch. Klin. Chir.*, 1902, 67, 91.
- Friedman M. Plasma cholesterol concentration *J.A.M.A.*, 1966, 198, 6, 657—657.
- Garrard D., Richmond J. B. Psychogenic megacolon manifested by fecal soiling. *Pediatrics*, 1952, 10, Oct., 478—481.
- Gastleton K. B. Idiopathic perforation of the colon. *Amer. Surg.*, 1962, 28, 329.
- Gausman F. O. Das Coecum mobile. *Berl. kl. Wschr.*, 1904, 44.
- Gimenez-Salinas A. Indication for sphincterotomy in the anal canal. *Amer. J. Proct.*, 1973, 24, 2, 142—144.
- Girard M. Constipation and its treatment. *J. Med. Lion*, 1972, 53, 663—664.
- Gisinger E. Die diagnostische und prognostische Bedeutung von Kupfer und Eisenunter Suchungen. *Wien. Klin. Wschr.*, 1958, 70(27), 507.
- Gisselbrecht H. e. a. Le traitement de la constipation et des colites... *Lion med.*, 1970, 223, 18, 951—958.
- Godding E. W. Unruly guts. *Lancet*, 1972, 2, 1255—1259, Dec.
- Greenhalf I. O. e. a. Laxatives in the treatment of constipation... 1973, 210, 259—263, Feb.
- Grinvalsky H. T., Bowerman C. I. Stercoraceous ulcer of the colon. *J.A.M.A.*, 1959, 171, Dec. 1941—1946.
- Gurman G. Метаклорамид (примперан) и изменение состава пищеварительного тракта после операции. *Chirurgia (Buc.)*, 1970, 19, 7, 659—666.
- Haffer E. Beschwerden als Folge operativer Eingriffe am Abdomen aus intermisti-scher Sicht. *Z. Allgem. med. Landarzt*, 1973, 49, 7, 305—308.
- Halsted W. S. End to end suture of the intestine by a bulk head method. *Amer. Surg. Ass.*, 1910, 28, 258—261.
- Hanks T. G. Letter Milk as obstipant. *J.A.M.A.*, 1974, 230(4), 538—539, 28 Oct.
- Havia T. Nontraumatic perforation of the colon. *Acta chir. Scand.*, 1971, 137, 4, 375—379.
- Heinkel K. a. oth. Umschriebene Magenschleimhautveränderungen und ihre Bedeutung für die Klinik. *Med. Welt.*, 1962, 37, 1919—1922; *Die Diagn. u. Ther. Erkrank. Magen-Darmkanals*, Basel-New York, 1962.
- Henderson R. G. Spontaneous perforation of the pelvic colon. *Brit. J. Surg.*, 1956, 44, 383.
- Henley A. Pelvic colectomy for obstinate constipation. *Proc. roy. soc. Med.*, 1967, 60, 8, 806—80.
- Henning N. u. and. Röntgenbefunde an Faltenrelief und biopsisch-histologisches Bild der Magenschleimhaut. *Dtsch. med. Wschr.*, 1960, 20, 873—878; *Dünndarm-pathologie*, Basel-New York, 1960; *Z. Allgem. med. Landarzt*, 1970, 46, 28, 1379—1381.
- Henry G. W. Gastrointestinal motor function in schizophrenia. *Research Publ. A. Nerv., Ment. Dis.*, 1928, 5, 280—291.
- Hepner G. W. a. oth. Colic acid therapy for constipation. A controlled study. *Mayo Clin. Proc.*, 1973, 48, May, 356—358.
- Hertz A., Newton A. The normal movements of the colon in man. *J. Physiol.*, (London), 1913, 47, 57—65.
- Hoch A., Foster E. Ueber die Verwengung eines neuen mikronisierten Bariums (Barotrast) zu Roentgenuntersuchungen unter spezieller Berücksichtigung der colondarstellung mit Doppelkontrastmethode. *Schweiz. Med. Wschr.*, 1958, 26, 88, 730—736.
- Hurst A. F., Gray H. W. Constipation and allied intestinal disorders, London, 1921; *Guy's Hosp. Rep.*, 1934, 84, 317, *July: Radiology*, 1944, 42, 128—135.
- Hughes E. S., Hardy K. J., Cuthbertson A. M. Megacolon in adults. *Dis. Colon, Rectum*, 1969, 12, 190—192.
- Jonson P. M. a. oth. Megacolon... *Ann. Surg.*, 1960, 152, 12, 313—319.
- Jordan A. C. The duodenum and the appendix in intestinal stasis. *Brit. Med. J.*, 1912, 1, 1225.
- Kadake K. a. oth. Clinical effect of rhubarb and glycyrrhiza extract tablets on constipation. *Jap. J. Clin. Med.*, 1973, 31, 3069—3073, Oct.

- Katona F. Electric stimulation in the diagnosis and therapy of bladder paralysis. *Orvosi Hetilap* (Budapest), 1958, 99(8-9), 23 Feb.-2 Mar.
- Kinzlmeir H. Constipation and diarrhea. *Fortschr. Med.*, 1974, 92(19), 805-809, 4, July.
- Kirsner I., Palmer W. Ulcerative colitis. *J.A.M.A.*, 1954, 155, 341.
- Kothe W., Nowohty K., Albert H. Das Dolichosigma. *Zbl. f. Chir.*, 1972, 97, 26, 882-886.
- Kraft E. a. oth. The megasigmoid syndrome in psychotic patients. *J.A.M.A.*, 1966, 195, 13, 1099-1101.
- Lal S., Brown G. N. Some unusual complication of fecal impaction. *Amer. J. Proc.*, 1967, 18, 226.
- Lambling A., Soullard I. Les constipations et leur traitement. Paris, Doin, 1956.
- Lane W. A. An adress on chronic intestinal stasis. *Brit. Med. J.*, 1909, 12, June, 31-34; *Med. presse*, 1909, May, 12-26; *Lancet*, 1910, 4522; *Brit. Med. J.*, 1912, 1, 989; 1924, 1, 142.
- Lawsen I. O. e. a. Proceedings: Physiological aspects and treatment of severe chronic constipation. *Arch. Dis. child.*, 1974, 49, 245.
- Lee C. M., Bebb K. C. The pathogenesis and clinical management of megacolon with emphasis on the fallacy of the term idiopathic. *Surgery*, 1950, 30, 1026-1048.
- Levis M. I. a. oth. Primary resection of the colon for perforating and obstructing lesions. A new technic for end-to-end. *Dis. Colon, Rectum*, 1967, 10, 5, 352-358.
- Lewitan A. a. oth. Megacolon and dilatation of the small bowel in parkinsonism. *Gastroenterology*, 1951, 17, 3, 367-374.
- Liedberg G. Stercoraceous perforation of the colon. *Acta chir. Scand.* 1969, 135, 552.
- Lyon D. C., Shneider H. J. Idiopathic rectosigmoid perforation. *Surg., Gyn., Obst.*, 1969, 128, 991.
- Mar, Lisa. Darmtraegheit ueberwinden; natuerliche Hilfe bei chronischer Verstopfung. 1966, 4, Aufl. Weil der stadt. Haedeche, 31 p.
- Matakas F. Successful treatment of obstipation without cathartics. *Z. Allgem. med.*, 1973, 49, 122-123, 31 Jan.
- Melo S. M. Megasigmoid and acute volvulus in relation to altitude. *Int. surg.*, 1966, 45, 5, 504-507.
- Messerich I. Therapy of obstipation. *Z. Allgem. med.*, 1973, 49, 1180-1181, 10 Sep.
- Mikulicz-Rodecki I. G. Hazards of therapy for chronic constipation. *Dtsch. Med. J.*, 1972, 23, 437-442, 10 June.
- Molenda R. Rupture of the sigmoid colon due to chronic obstipation. *Pol. tig. lek.*, 1967, 22, 1038-1039.
- Moreton R. Double-contrast examination of the colon with special emphasis on studies of sigmoid. *Radiology*, 1953, 60, 4, 510-517.
- Munro K. M. H. Ganglioneuromatos of the Sigmoid Colon. *Brit. J. Surg.*, 1971, 58, 5, 350-352.
- Muresan J., Lissu J. Indicativ chirurgicalein constipation chronic. *Chirurgie*, 1956, 5, 692-704.
- Nakamura S. Several findings on constipation. *Jap. J. clin. med.*, 1967, 25, 1272-1285.
- Nathan M., Newman A. A new method of the colon for routine application. *Am. J. Roentgenol.*, 1959, 81, 4, 675-677.
- Nichols R. L. a. oth. Alteration of Intestinal Microflora Following Preoperative Mechanical Preparation of the Colon. *Dis. Colon, Rectum*, 1971, 14, 2, 123-127.
- Nielsen I. A. Treatment of chronic constipation... *Ugeskz. Laeser*, 1974, 136, 967-971, 29 Apr.
- Nüchter E. New ways in the treatment of chronic obstipation. *Fortschr Med.*, 1974, 92, 751-754, Jan.
- Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation. A new clinical syndrome. *Brit. Med. J.*, 1948, 4579, Oct. 9, 671-673.
- Palaur I. A., McBiraie I. E. Atonic megacolon. *Canad. J. Surg.*, 1967, 10, 1, 15-20.
- Partlill H., Deimer E. Die Behandlung der chronischen Obstipation mit Anticholinesterasen. *Wien. Klin. Wschr.*, 1964, 76, 26, 488-490.
- Polgar F. Contrast enema in lateral recumbency; aimed gas filling of the colon. *Radiology*, 1949, 53, 1, 48-58.
- Ponka J. L., Grodsinsky C., Bruck B. E. Megacolon in teen-aged and adult patients. *Dis. Colon, Rectum*, 1972, 15, 14-22.
- Printz H. a. oth. Multiple stercoraceous ulcers of the colon associated with huge fecalomas and perforation. *Amer. Surg.*, 1961, 27, Oct., 714-718.

- Prior C., Casaccia M., Andrei A. Sutura in un Sola strato dopo resezione del grosso intestino. *Minerva chir.*, 1970, 25, 1, 11—14.
- Prout B. I. e. a. Colonic retention of barium in the elderly after barium-meal examination and its treatment with lactulose. *Brit. Med. J.*, 1972, 4, 530—532, Dec.
- Rammel K., Grimme K. Der orale Galaktosetoleranztest als leberfunktionsprobe. Klinisch-experimentelle Untersuchungen zur Frage der Dosierung. *Med. klin.*, 1967, 5, 168—171.
- Ravitch M. M. Pseudo Hirschsprung's disease. *Ann. Surg.*, 1958, 147, 6, 781—795.
- Render Hans. *Der Stuhlang* Aufl. Köln, Deutscher Aerzte-Verlag, 1965, 531.
- Reichel K., Nagel R. Erfahrungen und Komplikationen bei der zweiund einreigen Enteroanastomose. *Langenbecker Arch. Klin. Chir.*, 1969, 323, 4, 362—374.
- Ripstein Ch. B., Wiener E. A. Toxic megacolon. *Dis. Colon, Rectum*, 1973, 16, 5, 402—408.
- Ritchie I. Colonic motor activity and bowel function. Part I. Normal movement of contents. *Gut*, 1968, 9, 442—456; Part II, 502—511.
- Ritter U. Pathogenese und Differentialdiagnostik der Obstipation. *Z. Allgem. med. Landarzt*, 1970, 46, 28, 1371—1374.
- Rowe M. I., Clatworthy H. W. Rectal biopsy for megacolon. *Surg., Gyn., Obst.*, 1968, 126, 1, 121—124.
- Samson C. Einiges über den Darm ins besonders die flekusac sigmoidea. *Arch. f. klin. chir.*, 1892, 44, 24, 146—162; *Deut. med. Woch.*, 1909, 25, 68—81.
- Savage I. P. The deleterious effect of constipation upon the reimplanted ureter. *J. Urol.*, 1973, 109, 501—506, Mar.
- Schima E. Seit-zu-end der end-zu-end Anastomose bei der Vorderer Resektion des Rektosigmoids. *Brun. Beitz. Klin. chir.*, 1968, 216, 6, 501—503.
- Schmidt L. Laxantien. *Deutsche med. Wchschr.*, 1962, 87, 13, 621—624.
- Schreiber. *Die Recto-Romanoscopie*, Berlin, 1903.
- Schubert P. G. Colon in dementia praecox. *Am. J. Dig. Dis.*, 1936, 3, 528—533, Oct.
- Schwarz G. Zur Physiologie und Pathologie der menschlichen Dickdarmbewegungen. *Muench. med. Wschr.*, 1911, 58, 1489—1494.
- Sebus I. a. oth. An improved Crosby capsule. *Lenut*, 1964, 1, 7339, 918—968.
- Sedlacek V. E. *Die Obstipation*. Wien, 1954.
- Shiner M. Duodenal biopsy. *Lancet*, 1956, 1, 6906, 17—19; *Gastroenterology*, 1957, 33, 1, 64—70; 60, 38, 1, 419—440; 1960, 38, 1, 419—440.
- Shipp J. D. Surgery for toxic megacolon. Experience with the Turnbull-Weakley technique. *Dis. Colon, Rectum*, 1974, 17, 3, 342—346.
- Shopfner C. E. Urinary tract pathology associated with constipation. *Radiology*, 1968, 90, 5, 265—277.
- Soper H. W. Megacolon. *Am. J. Roentg.*, 1941, 46, 655—658.
- Staib I. La terapia dell'ileo paralitico. *Minerva med.*, 1973, 64, 58, 3041—3045.
- Standling B., Desjardins I. G. Anal myomectomy for constipation. *J. Pediat. Surg.*, 1969, 4, 1, 115—118.
- Steigman T. Newer drugs in the therapy of constipation. *Disturbans gastrointestinal motility*. Springfield, 1959, 282—295.
- Strauss H. О тоническом диагнозе при обстипации. *Русско-немецкий журнал*, 1921, 1.
- Swenson O. Resection of rectum and rectosigmoid vor the megacolon. *Surgery*, 1948, 24, 212; *New Engl. J. Med.*, 1955, 133, 632; *Arch. Dis. Childr.*, 1955, 30, 1, 1—8.
- Tambury G. C. e. a. Management of constipation in psychiatric patients. *Nurs. Times*, 1973, 69, 1050—1051, 16 Aug.
- Tasman-Janes C. Constipation: pathogenesis and management. *Drugs*, 1973, 5, 220—226.
- Taylor N. e. a. Neurogenic bowel management. *Am. Fam. Fhm. Physician*, 1973, 126—128, May.
- Tjgstram N. The galactosac elimination capacity in relation to clinical and laboratory findings in patients with cirrosis. *Acta med. scand.*, 1964, 175, 3, 231, 300.
- Todd J. P. Discussion on megacolon and megarectum with the Emphasis on condition other than Hirschsprung's disease. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1961, 54, Dec., 1035—1040.
- Treves F. *Darmobstruction*, 1889.
- Turnbull R. B. a. oth. Choice of operation for the toxic megacolon phase of nonspecific ulcerative colitis. *Surg. Clin. N. Amer.*, 1970, 50, 5.
- Uebermath H. *Zur Chirurgie der chronischen Obstipation*. *Brun's Beitr. klin. Chir.*, 1966, 213, 1.
- Von Damme J. V., Gepts W., Snoeks Th. Hirschsprung's disease. *Acta gastroenter. Belg.*, 1960, 23, 756.
- Waller S. L. e. a. Effect of fasting on motility of the pelvic colon in constipation or diarrhoea. *Gut*, 1972, 13, 805—811, Oct.
- Watkins G. L. a. oth. Giant megacolon in the insane. Subtotal colectomy as a method of management. *Ann. Surg.*, 1961, 153, 3, 409—417; 1965, 48, 718—727, June.

Weinberg A. G. The ano-rectal myenteric plexus; its relation to hypoganglionosis of the colon. *Am. J. Clin. Path.*, 1970, 54, 4, 637—642.

Weillens P., Vanderbroucke J., Baert A. Toxic megacolon. *J. Belg. Radiol.* 1962, 45, 251—261.

Weite H. Hemicolecotomie gauche avec retaillement immediat de la continuite intestinale dans le traitement de certaines constipations chroniques. *Med. Acad. chir.*, 1957, 88, 27—28, 833—838.

White I. I. e. a. Physiologic responses of the ano-rectal sphincters in children with incontinence and constipation problems. *Am. Surg.*, 1973, 39, 95—100, Feb.

Whitehouse F. N., Kernohan I. W. Myenteric plexus in congenital megacolon. *Arch. Int. Med.*, 1948, 82, 1, 75—111.

Wilbur D. L. Symposium on functional constipation. Disturbances in gastrointestinal motility, 1959, 296—316.

Williams I. Mass moments (mass peristalsis) and diverticular disease of the colon. *Brit. J. Radiolog.*, 1967, 40, 2—14.

Wilms. Fixation des coecums mobile bei Fällv. *Sag. chron. Append.*, *Zbl. f. Chir.*, 1908, 38, 1189—1191; *Disch. m. Wschr.*, 1908, 36, 1756—1758.

WuIlstein L., Wilms M. Болезни кишок. Руководство по хирургии (частная хирургия). *Практическая медицина*, 1928, 1, 602—695.

Zaparcia; red. E. Ruzyllo. Warszawa. Panstw. Zakl.wyd. lek., 1970.

Zehnder M. A. Intraabdominal extraperitonealization of the Colon Anastomosis. *Inf. Surg.*, 1969, 52, 5, 416—422.

Zisen R. La constipation treatment homeopathique. *Paris doin Cic.*, 1958, 210.

ДИСМОРФОФОБИЯ В ПРОКТОЛОГИИ DYSMORPHOPHOBIA IN PROCTOLOGY

Содержание этой главы в некотором роде напоминает содержание предыдущей главы. Здесь и там речь идет преимущественно о функциональных расстройствах. Здесь и там больные жалуются на расстройство функции прямой кишки. Но на этом аналогия заканчивается. При глубоком изучении оказывается, что основа заболевания здесь совсем иная. Прямая кишка при дисморфофобии здорова, а больна кора головного мозга. Но начнем по порядку.

Понятие о дисморфофобии в проктологии нами впервые внесено в медицинскую литературу и практику. Если перевести на русский язык и расшифровать слово *dismorphophobia*, то окажется, что префикс «дис» обозначает нарушение чего-либо (по аналогии — дизентерия, дисфагия, дисменорея и т. д.). Корень «морфо» — общий со словом морфология — учение о строении. Фобия — боязнь. В общем — боязнь нарушения формы строения. Понятие «дисморфофобия» давно известно в невропатологии и психиатрии. Лица, страдающие этим недугом, недовольны какими-либо частями своего тела. Их не устраивают уши, нос, ноги, живот, в котором часто ощущают урчание, движение, и т. д. Они просят удлинить или укоротить ноги, вскрыть живот, исправить спинку носа, раковину уха и пр. Если найдется хирург, который пойдет им навстречу, произведет операцию, то жалобы нарастают. Появляются претензии к хирургу — стало хуже, оперируйте снова, исправляйте вами испорченное. Дисморфофобия всегда является начальной стадией психозов.

Лица, страдающие дисморфофобией, жалующиеся на нарушение функции прямой кишки, заявляют, что они не чувствуют позывов на дефекацию, поэтому у них незаметно, произвольно, без звука отходят газы и жидкие каловые массы. Если даже они почувствуют их отхождение, то не могут задержать. Некоторые больные жалуются на незначительные боли в прямой кишке, без ясной локализации, с разнообразной иррадиацией, «иногда распространяются по всему организму».

Трое наших больных жаловались, что после непроизвольного отхождения газов они ощущают, «как ужасно неприятно пахнет от всего тела». Им кажется, что все окружающие тоже это замечают, начинают их сторониться. Такие больные, замыкаются в себе, становятся мрачными, неразговорчивыми. Навязчивая идея глубоко внедряется в их сознание.

При первом внимательном и грамотном опросе удается установить, что субъективные жалобы больного совершенно не соответствуют объективным данным. Например, по поводу жалобы на отсутствие позывов на дефекацию задается вопрос:

— Что же, у вас запоры? По нескольку дней нет стула? Или вы очищаете кишечник регулярно, каждый день?

— Запоров у меня нет, каждый день имею стул.

— Чаще всего один раз в день, утром. Да?

— Да.

— Самостоятельно, без клизмы?

— Да, самостоятельно.

— Почему же вы жалуетесь, что у вас отсутствуют позывы на низ для очищения кишечника?

Молчание. Вразумительного ответа на этот вопрос обычно получить не удается.

Такое же положение со второй основной жалобой больных — газы и жидкие каловые массы из прямой кишки выходят незаметно, беззвучно, и больной не может их задержать, даже если ощущает их отхождение.

— Ну и что же, вы часто пачкаете нательное и постельное белье непроизвольно отходящими каловыми массами?

— Никогда.

— Как же вы знаете, что газы и кал непроизвольно отходят?

— Я же по запаху чувствую.

— А почему же все-таки жидкий кал часто произвольно оттекает, а белье никогда не пачкается?

И на этот вопрос больные никогда не отвечают. Молчат, остаются при своем мнении, при своей уверенности в истинности их обонятельных галлюцинаций.

Из анамнеза у некоторых больных можно было установить, что они ранее страдали теми или иными органическими заболеваниями прямой кишки. Так, одна наша больная четыре раза была оперирована по поводу выпадения прямой кишки, вторая больная один раз — по поводу геморроя. Еще один больной ранее был оперирован по поводу параректального свища. Явной деформации области заднего прохода и каких-либо объективных данных, которые бы свидетельствовали о нарушении функции сфинктера, у него, как и у других оперированных в этой области больных, не было. Кстати, этот больной был единственный мужчина среди наблюдавшихся нами 16 больных, страдавших дисморфобией. У остальных больных жалобы на расстройство функции сфинктера появлялись постепенно, незаметно, без каких-либо предшествующих заболеваний прямой кишки.

У лиц, перенесших заболевания прямой кишки и даже оперированных по этому поводу, при наличии жалоб на слабость сфинктера можно было бы предположить наличие вторичной, послеоперационной слабости этой мышцы, а у лиц, не перенесших предшествующих заболеваний прямой кишки, — наличие первичной, врожденной, или вторичной, например, при заболевании спинного мозга, слабости сфинктера. Но, как правило, это были молодые, крепкие, в основном здоровые люди, не предъявлявшие, кроме одной больной, самой пожилой из них, 46 лет, никаких других жалоб.

Кроме того, в распоряжении врача в настоящее время имеется совершенно объективный метод определения функциональной способности сфинктера прямой кишки — сфинктерометрия аппаратом А. М. Аминова (см. т. 1 «Руководства», с. 174—183). При исследовании этим сфинктерометром тонус сфинктера у мужчин дает показатели в среднем 600 единиц (граммов), максимальное волевое усилие — 900, у женщин соответственно — 550 и 800. Специальные исследования, проведенные в нашей клинике, и вообще большой опыт наших сотрудников показали, что первые симптомы недостаточности сфинктера начинают появляться при тонусе в 300 и меньше единиц. Ни у одной из 16 женщин и мужчин, находившихся под нашим наблюдением, тонус сфинктера не был ниже 500 г, а у большинства из них показатели тонуса и максимального усилия были выше средних для мужчин и женщин цифр. Уже одни эти данные свидетельствуют о нормальном состоянии запирающего аппарата прямой кишки и об отсутствии объективных условий несостоятельности сфинктера и недержания кишечного содержимого у этих больных.

Для дополнительной проверки детальных анамнестически, теоретически и фактически подтвержденных сфинктерометрией данных о полном благополучии запирающего аппарата мы проводили за больными специальные наблюдения. Прежде всего просили соседей — больных по палате наблюдать за ними: действительно ли у них когда-либо отмечается произвольное отхождение газов в виде звука или специфического запаха. Такие же наказы давались медицинским сестрам, имеющим постоянный контакт с больными. Конечно, все эти задания давались не в присутствии больных, страдающих дисморфобией, лиц, и без того, обладающих нарушенной психикой, лабильных, легко внушаемых. Но никто ни разу ни у одного из лечившихся в клинике 16 больных не подтвердил объективно факта произвольного отхождения газов и тем более жидкого кишечного содержимого.

В клинике, среди больных, оторвавшись от семьи и рабочей обстановки, больные, страдающие дисморфобией, становятся более общительными, контактными, разговорчивыми. Они вполне ориентируются в окружающей обстановке, и никаких других отклонений, кроме концепции о несостоятельности кишечного сфинктера, за ними не замечается. Но они проявляют удивительное упорство в своих бредовых мыслях и восприятиях с наслоениями. В остальном это были нормально развитые люди с правильными, казалось бы, взглядами на все стороны жизни. Они в свое время учились в школе, в специальных средних и высших учебных заведениях. А единственный из них мужчина, рабочий из Чувашской АССР, 23 лет, был энергичный молодой человек, хороший производитель, изобретатель.

Для лечения больных, страдающих дисморфобией, кроме упорной повседневной, не навязчивой, но методической суггестивной терапии, проводимой не только врачами, а, по их заданию, средними медицинскими работниками и окружающими больными, применялся комплекс из четырех терапевтических мероприятий, как и при истинной слабости сфинктера у детей и взрослых. К этим мероприятиям относятся: 1) местный ректальный Д'Арсонваль, 2) прохладный промежуточный душ, 3) тренировка сфинктера на резиновой трубке по Духанову, 4) стрихнин в пилюлях или подкожно (лучше подкожно — больше ощущений и впечатлений). Кроме того, в соответствии с обычно повышенной нервно-психической возбудимостью этих больных назначались успокаивающие нервную систему (бромиды, валериана и др.), а также иногда легкие седативные средства.

Необходимо отметить, что больные, в большинстве уже ранее многие месяцы и годы, неоднократно, без всякого эффекта лечившиеся в других лечебных заведениях, попадая в специализированное отделение, где лечат проктологические заболевания, возлагают надежды на излечение и очень аккуратны в выполнении всех назначений. Но у большинства довольно быстро и здесь наступает разочарование. Их убежденность в имеющейся патологии так велика, что эти бредовые идеи не могут быть разрушены нашими лекарственными и физиотерапевтическими мероприятиями.

У многих больных можно было внешне отметить эту смену настроений. В первые дни они веселы, разговорчивы, довольны, что попали в специализированную клинику. В последующем, при, с их точки зрения, неэффективности проводимых мероприятий, они становятся менее разговорчивыми, веселость пропадает, сменяется обычным для них мрачным настроением, нежеланием вступать в контакт с кем-либо. Это подавленное настроение остается на протяжении всей второй половины лечения, и они выписываются домой с примерно такими мыслями: «Уж если здесь, в специализированной клинике, мне не дали помощи, то, значит, мое заболевание неизлечимо».

Из 16 лечившихся в клинике больных, как уже сказано, было 15 женщин и 1 мужчина. Все в возрасте 20—28 лет, кроме одной больной 46 лет. О ней речь пойдет особо. После указанного выше лечения в течение обычно 3—4 недель больные выписывались неохотно. Ни у одного не было полного выздоровления, но у 7 больных были некоторые субъективные, с их точки зрения, незначительные сдвиги в лучшую сторону, а 9 больных, разочарованные, выписались без всякого улучшения.

Приведем краткие выписки двух историй болезни.

Больная Н., 23 года. Весной 1961 г. окончила стрелковый техникум. За несколько дней до окончания вышла замуж за любимого человека, своего одноклассника. Но вместе они прожили только 5 дней. У нее стало проявляться ее заболевание. Она считала, что муж знает, что от нее все время душно пахнет. Распределение на работу было произведено ранее, пока они еще не были мужем и женой. Она не добивалась возможности поехать вместе с мужем. Наоборот, была довольна, что он один уехал, а она поступила в нашу клинику для лечения. Жалобы были обычные для этих больных — отсутствие позывов на низ, непроизвольные отхождения газов, которые она не ощущает, поэтому задержать не может. Но ... «после отхождения газов все тело долго и ужасно неприятно пахнет». Больная стесняется своего положения. Ей кажется, что все окружающие ощущают, как от нее нехорошо пахнет. Внешне это очень интересная, аккуратная молодая женщина, конечно, без каких-либо посторонних запахов. Сила сфинктера 550—700 г. Примененное в клинике по поводу дисморфофобии комплексное лечение совершенно не помогло. Суггестивная терапия, всякие попытки убедить ее, что у нее прямая кишка совершенно здорова, что там нет никаких расстройств, что никаких посторонних запахов от нее нет, она восприняла как непонимание ее заболевания. Эти разговоры ее раздражали. Она больше уходила в себя, замыкалась. Только от курса субкавалных ванн она, по ее словам, почувствовала некоторое улучшение, но выписалась из клиники в плохом настроении.

Начавшись в юношеском возрасте, заболевание обычно медленно и неуклонно прогрессирует. При далеко зашедших стадиях заболевания, при явлениях начинающегося распада личности, больные могут совершать суицидные поступки, как это имело место у одной нашей больной.

Больная С., 46 лет. Давно болеет шизофренией. Повторно лечилась с некоторыми улучшениями в психиатрической больнице. За последние 3 года жалуется на постоянные, довольно сильные боли в прямой кишке, передающиеся в разные части тела, и на недержание газов. Несколько раз по этому поводу лечилась в нашей клинике без заметного успеха. Сила сфинктера — 500—600 г. При очередном посещении клиники, когда ей было отказано в приеме на стационарное лечение из-за отсутствия мест, она тут же, в приемном покое, выпила крепкой уксусной кислоты, после чего 3 месяца лечилась в терапевтической клинике по поводу тяжелой формы интоксикационного нефрозо-нефрита. Затем почти без улучшения лечилась в нашей клинике и выписалась под наблюдение психиатра.

Больные, страдающие различными формами дисморфофобии, как правило, не излечиваются обычными методами терапии. Оперировать их без прямых, абсолютных показаний ни в коем случае не следует.

У отдельных больных заболевание может длительно не прогрессировать. Они свой слабый пункт стараются скрывать от посторонних. Навязчивая идея затихает. Наступает компенсация.

Нам известна только одна больная, излечившаяся от дисморфофобии. Это наблюдение не нашей клиники, а проктолога Калининградской областной больницы проф. В. А. Амиевой. К ней обратилась студентка университета, 29 лет, с типичными жалобами, характерными для дисморфофобии с проктологическим содержанием. Болела около двух лет. С нею побеседовали, разъяснили необоснованность ее жалоб. Больную направили на консультацию к психиатру. Но она не пошла, а, поверив разъяснениям проф. В. А. Амиевой, стала упорно заниматься своей учебой. Через полгода она избавилась от ложных ощущений, еще через полгода вышла замуж. Наблюдалась повторно через 4 года после первого посещения. Работает. Совершенно избавилась от явлений дисморфофобии.

Для сравнения приведем краткую выписку из истории болезни еще одного наблюдавшегося нами больного, страдавшего выраженной шизофренией в форме дисморфофобии, не имевшей отношения к проктологии.

Больной, студент второго курса мединститута, с данными признаками шизофрени-дисторфофобии, пытался вскрыть себе вены на шее. Не удалось — помешали. Затем ему показалось, что у него лишняя кисть правой руки. В туалетной комнате студенческого общежития он сам себе перочинным ножом левой, менее активной рукой вычленил в лучезапястном суставе кисть правой руки. Принес эту кисть в комнату, где жил с другими студентами, бросил ее на стол, сказал: «Вот вам, возьмите!» — и ушел в состоянии коллапса от потери крови. В ближайшие летние каникулы он в селе, дома, повесился в сарае. Это уже тяжелая форма психического расстройства, но началась она и протекала с явлениями шизофрени-дисторфофобии.

В начальных стадиях, а тем более при упорных жалобах, характеризующих явления дисторфофобии, больных необходимо, чем раньше тем лучше, направлять под наблюдение и для лечения к психиатру. Применение шоковой инсулинотерапии в комбинации с другими современными методами лечения может дать, по мнению М. В. Коркиной, при незапущенных формах утешительные результаты.

Литература

- Аминев А. М. Дисторфофобия в проктологии. — Клин. хир., 1966, 12, 39—40;
Тр. Куйбышев. мед. ин-та, 1969, 58, 99—100; Лекции по проктологии. М., 1964, 325—
326.
Коркина М. В. Синдром дисторфофобии. — Газ. «Медицинский работник», 1961,
94, (2050), 24 ноября, с. 3.

Глава XXVII

ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ПРОКТОЛОГИИ. RECONSTRUCTIO RECTI PLASTICA

Отечественная хирургия стоит на одном из первых мест в мире по теоретическому развитию пластической хирургии, по широте и тонкости выполнения пластических операций во всех областях человеческого тела. Достаточно вспомнить труды таких ученых, как С. М. Янович-Чайнский, А. А. Абражанов, В. Л. Боголюбов, В. П. Зеренин, А. А. Немилов, К. В. Склифосовский, В. П. Филатов, А. А. Лимберг, Б. А. Петров, Ю. Ю. Джанелидзе, Н. А. Богораз, Б. В. Парин, Н. Н. Блохин, В. А. Гусьнин, Г. Ф. Скосогоренко, Б. Е. Франкенберг, А. Э. Рауэр, С. А. Проскуряков, М. Г. Дубров и многие другие. Значительное число монографий и огромное число журнальных статей опубликовано на русском языке по различным вопросам пластической хирургии. Многие сделали отечественные хирурги также для развития пластических операций в проктологии.

Поводами для пластических операций на прямой кишке являются различные врожденные и приобретенные нарушения формы и функции этого органа, сопровождающиеся недержанием или затруднением эвакуации кишечного содержимого до полной механической непроходимости кишки. Сюда относятся врожденные уродства ано-ректальной области, травматические повреждения военного и мирного времени, в том числе родовые травмы — разрывы промежности третьей степени, воспалительные и невротические процессы с последующей деформацией кишки, оперативное удаление прямой кишки вместе со сфинктером заднего прохода по поводу рака, а также функциональная недостаточность заднепроходного жома, например, при больших и длительно существующих выпадениях прямой кишки и т. д. Кроме того, нарушения формы и функции соседних органов также могут быть поводом для пластических операций, при которых прямая кишка используется как донор для образования искусственного мочевого пузыря, мочеспускательного канала, влагалища или как реципиент — при пересадке мочеточников в прямую кишку. Все эти операции кратко описываются в настоящей главе.

В изложение не включены пластические операции, которые применяются при лечении выпадения прямой кишки. Почти все операции, предложенные для лечения этого заболевания, могут считаться пластическими. О них речь идет во втором томе Руководства. Многие или почти все операции, применяемые при параректальных свищах, рассмотренные в третьем томе, с большим основанием могут быть отнесены к пластическим вмешательствам. Естественно, что здесь эти операции описываться не будут.

W. A. Mahon (1956) назвал аноректопластическим вмешательством циркулярное иссечение слизистой оболочки дистальной части прямой кишки по Уайтхеду при геморрое. При наблюдении за 853 больными он у 24,1% из них в ближайшем послеоперационном периоде отметил различные осложнения, а при изучении отдаленных результатов эта цифра снизилась до 1%. Если отнесение операции Уайтхеда к пластическим не вызывает большого возражения, то все содержимое статьи, направленной на защиту этой операции, вызывает значительный протест. Операция Уайтхеда порочна, а при неумелом выполнении опасна из-за возможности тяжелых, трудно устранимых осложнений. С другой стороны, по существу, почти все операции, производимые по поводу геморроя, можно с полным правом назвать пластическими. Этой проблеме посвящена статья E. Granet (1952). В конце сообщения он приводит список литературы, состоящий из 20 источников. Это список авторов, также применявших пластические операции по поводу геморроя.

По вопросу пластической хирургии в проктологии в 1969 г. напечатана статья под оригинальным названием «Anoplasty — what, when, how, why?» («Анопластика — что, когда, как, почему?») как результат дискуссии. Председательствовавший на диспуте D. R. Laird (под этой фамилией статья внесена и в наш перечень литературы) произнес вступительное слово, которое относилось главным образом к пластическим операциям типа Уайтхеда, с упоминанием 10 000 полностью ампутированных процедур. Семь участников дискуссии развили эту мысль с изложением большого числа собственных наблюдений.

H. Miller (1961) дает следующее, далеко не полное перечисление методов хирургического лечения органических форм недержания кишечного содержимого: 1) сшивание разошедшихся концов поврежденного сфинктера, 2) пликация слабой, растянутой мышцы, 3) частичное иссечение и шов растянутой мышцы, 4) пересадка в окружности поддерживающего мышечного кольца, 5) пластика бульбокавернозной мышцы и ушивание стенки прямой кишки, 6) пересадка поверхностной поперечной мышцы промежности.

Теперь мы можем сказать, что это очень неполное перечисление методов пластического восстановления недостаточного сфинктера. Чтобы в этом убедиться, довольно взглянуть на заглавия разделов этой главы, а еще лучше — на список пластических операций на прямой кишке, приведенный в конце главы.

Хирурги общего профиля почти совершенно не занимаются изучением и выполнением пластических операций на прямой кишке. Так, в

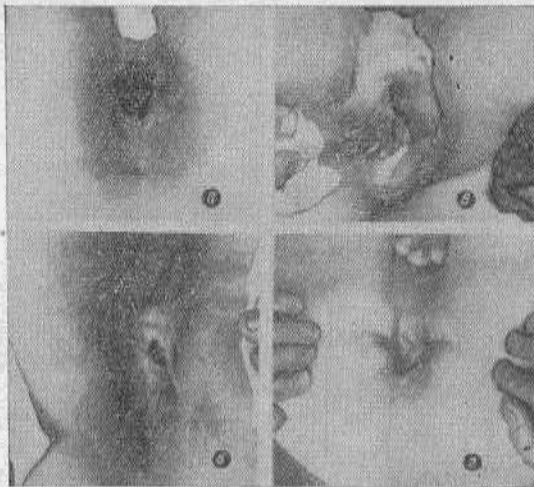


Рис. 82. Некоторые виды деформаций промежностного отдела прямой кишки с явлениями недержания кишечного содержимого:

а — производственная травма таза, позвоночника, спинного мозга, зияние заднего прохода; б — деформация после некротической флегмоны промежности; в — после автомобильной травмы, сужение, недержание, ректо-уретральный свищ; г — деформация с недержанием после излечения U-образного параректального свища.

одной из наиболее полных последних работ по вопросам пересадки тканей и органов — в книге П. П. Коваленко «Клиническая трансплантология» (1975) — даже не упоминается о пластических операциях на прямой кишке.

Наш давний интерес к заболеваниям прямой кишки вообще, к восстановительным операциям на этом органе в частности, дал основание поделиться опытом и восполнить пробел в этой области отечественной хирургической литературы. В 1963 г. в Куйбышеве была издана наша монография «Пластические операции в проктологии», единственная в мировой литературе книга на эту тему.

За последние годы пластическая хирургия во всех областях человеческого тела получила блестящее развитие, включительно до пересадки целых органов — почки, сердца. Значительно расширилась пластическая хирургия и в проктологии. Этот вопрос был программным на заседаниях третьей конференции проктологов РСФСР (Куйбышев, 1969).

В предыдущих главах, особенно в третьем томе, в главе о лечении параректальных свищей, мы настойчиво указывали на необходимость при всех вмешательствах на прямой кишке максимально оберегать сфинктер. В защиту этой идеи мы выступили против сторонников (А. Н. Рыжих и другие) *larga manu* — рассекать сфинктер при лечении параректальных свищей, трещин заднего прохода, явлений пектеноза и др. К нам неоднократно обращались с симптомами частичной или полной недостаточности сфинктера больные, которым хирурги, сторонники такого необоснованного метода, рассекали сфинктер прямой кишки, главным образом при операциях по поводу параректальных свищей.

Лечение недостаточности сфинктера, являющейся следствием небудуманных действий хирурга или результатом травм, воспалительных или других патологических процессов в прямой кишке, должно считаться направлением, противоположным рассечению сфинктера, и, с нашей точки зрения, одним из важнейших и интереснейших вопросов проктологии. Во-первых, здесь у каждого больного свои особенности патологического процесса и его исходов, иногда это очень сложные и трудно устранимые последствия. Во-вторых, хирургу-проктологу предоставляется широкое поле для изучения, обдумывания и творчества до и в ходе операции, чтобы найти наилучший выход из создавшегося положения — получить наилучшие результаты в смысле восстановления формы и функции прямой кишки. В-третьих, в нашей огромной стране, где имеется более 60 000 хирургов, лишь немногие, и то робко и нешироко, занимаются восстановительной пластической хирургией в области проктологии. Поэтому больные с явлениями органической недостаточности функции прямой кишки обращаются в разные лечебные учреждения и не находят должной помощи. К нам они приезжают со всех концов страны, мы с удовольствием принимаем их, подробно изучаем, обсуждаем в коллективе врачей-проктологов, намечаем часто многоэтапные хирургические вмешательства оптимального характера и стараемся последовательно, упорно проводить их в жизнь до полного выздоровления больного.

Устранение такого неприятного осложнения, как постоянное недержание кишечного содержимого или, наоборот, декомпенсированный стеноз прямой кишки, доставляет очень большое удовлетворение как хирургу, так и, конечно, больному. Поэтому мы с некоторым волнением приступаем к изложению этого мало разработанного раздела хирургии, важного, интересного, но еще не имеющего предшественников в монографическом описании. Наш большой, может быть, самый значительный опыт в этой области и сопоставление с данными мировой литературы дают возможность сделать нам критический обзор пластической хирур-

гии в проктологии и дать необходимые рекомендации при основных группах патологических состояний, при которых необходимо производить различные пластические операции на прямой кишке. Пусть эти вмешательства шире внедряются в практику хирургов на пользу больным, ранее нередко длительно и, казалось, бесперспективно страдавшим как морально, так и физически. Огромному большинству этих страдальцев рациональными, умелыми хирургическими вмешательствами можно оказать необходимую помощь, возратить их как полноценных граждан в семью и на производство.

Совсем незначительно округляя цифры, мы можем привести данные, характеризующие как безусловно, так и условно пластические операции на прямой кишке (табл. 52).

Таблица 52

Данные клиники о пластических операциях в проктологии

Название операции	Количество
Безусловно пластические операции	
Пластика сфинктера по Вредену	110
Восстановление промежности в отдаленные сроки после разрывов 3-й степени при родах	110
При сужениях прямой кишки	150
При деформациях после травм и воспалительных процессов	80
После рассечения сфинктера при лечении параректальных свищей	30
Пересадка мочеточников в прямую кишку	20
Другие пластические операции	50
Итого	550
Условно пластические операции	
При геморрое	1 100
При выпадении прямой кишки	850
При параректальных свищах	3 500
При ректо-вагинальных свищах	100
Разные	50
Итого	5 600
Всего	6 150

Эти данные, за исключением тех, которые приведены в предыдущих главах, будут, наряду с литературными данными, проанализированы в последующем изложении.

В соответствии с названием главы изложение мы ограничим, главным образом, вопросами техники операций и очень мало будем касаться клиники тех заболеваний, при которых показаны пластические операции с использованием прямой кишки в качестве донора или реципиента. Поэтому такие вопросы, как предоперационная подготовка, послеоперационный период, осложнения, ближайшие и отдаленные результаты, будут излагаться лишь попутно в качестве иллюстраций при описании пластических операций на прямой кишке.

К настоящему времени известно более 50 операций, предложенных для пластического восстановления функционально недостаточного сфинктера прямой кишки. Если сюда добавить пластические операции, применяемые при разнообразных врожденных уродствах, деформациях

и стенозах кишки, наступающих после травм, включая разрывы 3-й степени при родах, и воспалительных заболеваний, то число методов приблизится к 100. Многие пластические операции довольно широко применяются и активно обсуждаются в текущей научной медицинской литературе. Например, методу Вредена посвящено более 40 журнальных статей, Пикрелла — более 50, Блейсдела — более 30 и т. д. Чтобы подробно описать каждый из методов восстановления анатомического строения и функции прямой кишки, отразить всю имеющуюся литературу, описать положительные и отрицательные качества такой операции, ближайшие и отдаленные осложнения и исходы, потребуется отдельная большая книга. И в ней есть необходимость. А еще большая необходимость — в монографическом описании наиболее применяемых пластических способов операций на прямой кишке. И это для общей пользы будет, вероятно, когда-нибудь сделано — так уже сегодня велика в международном масштабе литература по этому сравнительно новому, интересному и важному вопросу. Но в настоящем Руководстве мы ограничимся лишь кратким изложением основ пластической хирургии в проктологии.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Прямая кишка у человека имеет длину от 15 до 20 см, но подавляющее число проктологических заболеваний поражает ее дистальный отдел. Естественно, что при нарушении формы и функции кишки в результате заболеваний или травм пластические операции в огромном большинстве производятся также на промежностном отделе ее. Это происходит еще и потому, что нарушения, иногда значительные, формы ампулярного и надампулярного отделов кишки травматического и воспалительного характера часто не отражаются на резервуарной и эвакуаторной функциях органа. С другой стороны, совершенно незначительные нарушения произвольного сфинктера кишки могут приводить к его недостаточности. Поэтому предметом особых забот хирурга должен являться наружный сфинктер. При всех операциях на прямой кишке необходимо тщательно оберегать его от повреждений. Если же нарушение целостности или полное удаление круговой мышцы неизбежно, то нередко в последующем появляется необходимость в оперативном вмешательстве для восстановления нарушенного или для возмещения (искусственного создания) полностью утраченного сфинктера заднего прохода. Иногда приходится замещать всю прямую кишку, удаленную при операции.

Как мы уже говорили, пластические операции на прямой кишке — это слабо разработанная глава хирургии. Лишь отдельные хирурги-проктологи выполняют эти операции и делятся в печати своими наблюдениями.

В 1955 г. В. Дик опубликовал суммарную статистику 106 пластических операций, предпринятых для восстановления сфинктера заднего прохода. В 1968 г. З. И. Архипова опубликовала статистику, в которой было суммировано уже 455 операций. Кроме того, она сообщила, что нашла в литературе описание 39 методов мышечных и мышечно-фасциальных пластик сфинктера.

Различные авторы, выполнявшие, как правило, единичные или лишь однозначным числом выраженные пластические операции на прямой кишке, не пытались их как-либо систематизировать или классифицировать. В 1963 г. в нашей первой монографии мы привели графическую схему травматических нарушений сфинктера прямой кишки, а также

изложили первую предложенную нами классификацию пластических операций в проктологии. Эта классификация базируется, главным образом, на причинах, вызвавших анатомо-физиологические нарушения прямой кишки, послужившие поводом для пластического восстановления этих нарушений. В классификацию были внесены следующие основные группы вмешательств.

1. Операции при врожденных уродствах прямой кишки.
2. Восстановительные операции после травматических нарушений целостности сфинктера прямой кишки.
3. Пластические операции при рубцовых сужениях прямой кишки.
4. Создание произвольного сфинктера взамен утраченного.
5. Операции, при которых замещаются соседние органы прямой кишкой, при этом она выступает то как донор, то как реципиент.
6. Замещение всей прямой кишки при полном ее удалении.

По прошествии 17 лет после опубликования этой классификации, накопив значительно больший опыт пластической хирургии в проктологии, мы видим, что классификация и далее может быть руководством к действию для первичного разделения этих операций на основные группы. Но, во-первых, в этих группах необходимо выделить подгруппы, что мы и будем делать по мере изложения. Во-вторых, и основные группы не могут быть строго разграничены. Например, врожденные уродства относятся к первой группе, а врожденные сужения могут быть рассмотрены в третьей группе, так как методы диагностики и лечения их в значительной степени аналогичны таковым при травматических и воспалительных сужениях прямой кишки. В-третьих, эта классификация базируется только на этиологических, причинных моментах заболеваний, приводящих к необходимости применять пластические операции на прямой кишке, то есть на показаниях к этим операциям.

Вторым основанием, вызывающим необходимость подразделения пластических операций в проктологии на различные группы, являются патолого-анатомические изменения в прямой кишке, и в частности в важнейшей части ее дистального отдела — сфинктере. В прилагаемой графической схеме мы стараемся показать различные степени повреждения сфинктера заднего прохода: линейное нарушение, выпадение четверти, половины и более объема мышечной ткани сфинктера. Эти математические расчеты имеют не только теоретическое, но и большое практическое значение. При линейном поражении и замене мышечной ткани рубцовой операция должна заключаться в иссечении рубца и сшивании здоровых участков сфинктера или же, лучше, в погружении рубца и сшивании над ним расположенных рядом сохранившихся мышечных волокон.

При дефекте, равном $\frac{1}{4}$ сфинктера, если пойти по тому же пути — иссечь рубец и сшить здоровые мышечные волокна, то наступит сужение заднего прохода. В последующем швы обязательно прорежутся. Волокна сфинктера разойдутся на еще большее расстояние. Дефект увеличится. Симптомы недержания будут выраженнее. Состояние больного ухудшится. Значит, иссекать рубец не следует. Можно попытаться воспользоваться одним из методов, при которых рубец выпрепаровывается и погружается, а здоровые участки сфинктера сшиваются над ним. При этом швы не прорезываются, размер дефекта уменьшается и может быть достигнуто удовлетворительное держание.

Наконец, при дефекте сфинктера, превышающем $\frac{1}{4}$ его окружности, всякие попытки сшить, стянуть концы обречены на неудачу. При таких дефектах необходимы операции мышечной или мышечно-фасциальной пластики, при которых укрепляется, дополняется имеющийся

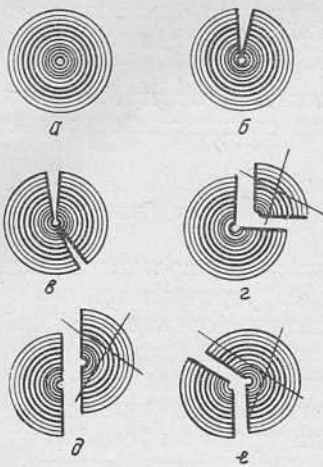


Рис. 83. Схема поврежденного сфинктера прямой кишки:

a — нормальный сфинктер; *б* — линейное повреждение сфинктера в одном направлении; *в* — линейное повреждение сфинктера в двух направлениях; *г* — потеря четверти окружности сфинктера; *д* — потеря половины окружности сфинктера; *е* — потеря $\frac{3}{4}$ сфинктера.

дефектный сфинктер или создается новый, активный, подчиненный коре головного мозга сфинктерный аппарат.

Конечно, в жизни патологоанатомические изменения в прямой кишке, ее сфинктере, приводящие к нарушению функции прямой кишки, весьма разнообразны и не могут уложиться в приведенную выше ограниченную и простую линейную схему. Но, во-первых, уже и эта линейная схема является руководством к действию. Во-вторых, патологическая анатомия различных заболеваний, приводящих к деформациям и анатомо-функциональным нарушениям прямой кишки, — еще почти совсем не изученный раздел патологии. В-третьих, эта глава посвящена пластическим операциям в проктологии, и о патологической анатомии мы упоминаем только применительно к тому или иному разделу, в данном вопросе — к классификации пластических операций.

Приведем еще третью, основную классификацию пластических операций в проктологии. В этой классификации все операции подразделяются по технике их выполнения на несколько групп.

I. Восстановление или создание управляемого сфинктера путем пересадки мышц.

1. Создание сфинктера из ягодичных мышц.
2. Фасциально-мышечная пластика с участием больших ягодичных мышц.
3. Пластика из нежных мышц бедра.
4. Пластика из мышц, поднимающих задний проход.
5. Пластика из длинных приводящих мышц бедра.
6. Пластика с использованием прямой головки четырехглавой мышцы бедра.
7. Пластика из луковично-пещеристых мышц.

II. Восстановительные операции при травматических деформациях и нарушении функции прямой кишки. Восстановление сфинктера при линейных его повреждениях.

III. Замещение прямой кишки

IV. Образование искусственного влагалища из прямой кишки.

V. Образование искусственного мочевого пузыря из прямой кишки.

VI. Пересадка мочеточников в прямую кишку.

Приступим к описанию пластических операций в том порядке, как они указаны в третьей классификации, в которую включены главным образом методы пластических вмешательств на прямой кишке. При изложении по возможности будем придерживаться хронологического порядка, с учетом появления в литературе и в практике тех или иных операций. Но при этом мы сразу же должны отметить, что первая группа — операции при врожденных уродствах прямой кишки — уже описана в первом томе, с. 217—303. Там же, с. 349—358, описаны пластические операции, предпринимаемые в поздние сроки для восстановления промежности и сфинктера прямой кишки, нарушенных при тяжелых родах, осложненных разрывами третьей степени. Разрывы прямой кишки при половых сношениях, их хирургическое лечение в остром периоде

и пластические вмешательства в отдаленные сроки при остаточных деформациях прямой кишки и влагаллица описаны на с. 399—414 первого тома. Пластические операции при рубцовых сужениях приведены в третьем томе, с. 462—529. Разбирать их не будем. К ранее изложенным данным сделаем лишь некоторые добавления о пластических операциях после повреждений прямой кишки в мирное время.

К вопросу о классификации необходимо добавить, что, как уже упоминалось, каждая из основных 6 групп делится на подгруппы.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИЛИ СОЗДАНИЕ УПРАВЛЯЕМОГО СФИНКТЕРА ПРЯМОЙ КИШКИ ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОСЕДНИХ МЫШЦ

Недержание кишечного содержимого — кала и газов (*incontinentio alvi, incontinentio feces, encopresis*), иногда параллельно может быть и недержание мочи (*enuresis*) — одно из самых неприятных и тягостных страданий человека. Больные при тяжелой степени недержания распространяют гнилостный запах, не могут быть допущены к работе и неприемлемы в обществе. Они бывают так физически и морально угнетены своим состоянием, что охотно соглашаются на любую операцию.

В этом разделе будут рассмотрены лишь органические формы энкопреза и их преимущественно хирургические способы лечения. При органическом характере недержания кала вследствие врожденных аномалий или последующих заболеваний и травм нарушается целостность анатомических образований, обеспечивающих полноценную функцию прямой кишки. Эти формы недержания кала можно разбить на две большие группы в зависимости от поражения той или другой части аппарата, обеспечивающего замыкательную функцию прямой кишки. В первую группу нужно отнести поражения нервной системы, при которых нарушается функция сфинктера заднего прохода. Эти формы недержания разбираются вместе с функциональными видами энкопреза в том же специальном разделе. Таким образом, здесь описанию подлежат только те формы недержания кала, которые зависят от анатомического нарушения, главным образом, мышечной стенки прямой кишки. А так как запирательную функцию прямой кишки обеспечивают наружный и внутренний сфинктеры заднего прохода, за небольшим исключением, пластические операции, направленные на борьбу с недержанием кала, преследуют цель восстановить или воссоздать анатомически нарушенные или врожденно недостаточные сфинктеры заднего прохода.

Из двух сфинктеров — наружного и внутреннего — наиболее существенную роль в замыкательной функции играет наружный. Анатомические нарушения только внутреннего сфинктера не ведут к недержанию кала. Наоборот, нарушение наружного и сохранение одного внутреннего не обеспечивает замыкательную функцию. Чтобы восстановить утраченную функцию сфинктера заднего прохода, хирурги обычно все свое внимание сосредоточивают на восстановлении анатомической целостности наружного сфинктера прямой кишки и почти не обращают внимания на внутренний. Следовательно, задача простейших пластических операций сводится к восстановлению нарушенной целостности наружного, произвольного сфинктера прямой кишки.

С целью восстановления в памяти анатомических деталей, необходимых для изложения и понимания многочисленных операций, описываемых в этой главе, приведем схематический рисунок строения промежуточного отдела прямой кишки (рис. 84).

При врожденных нарушениях функции сфинктера встречаются раз-

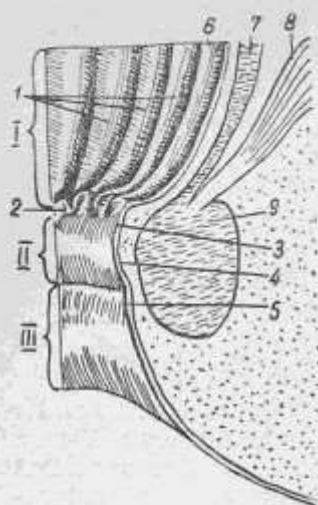


Рис. 84. Зоны промежностного отдела прямой кишки:

I — зона морганневых валиков и крипт; *II* — промежуточная зона; *III* — кожная зона; 1 — морганневы валики и крипты; 2 — гребенчатая линия; 3 — линия, разделяющая слизистую оболочку и кожу; 4 — гребешок; 5 — граница между белой линией и перианальной кожей; 6 — слизистая оболочка; 7 — мышечная стенка кишки; 8 — мышца, поднимающая задний проход; 9 — произвольный сфинктер.

создания нового сфинктера. При травмах военного и мирного времени, в том числе при родовых травмах, степень нарушения целостности сфинктера может быть самой разнообразной. Наиболее простой вид — линейное, радиальное повреждение сфинктера в одном направлении на различную глубину при случайных травмах или при лечении свищей заднего прохода и прямой кишки. Хуже обстоит дело, когда вместо линейного повреждения имеется дефект мышечной ткани сфинктера. Такие нарушения могут быть вызваны чаще всего огнестрельными ранениями, а также обширными травмами мирного времени. После них остаются разнообразные деформации прямой кишки с явлениями недержания или, наоборот, стеноза и задержки кишечного содержимого, а иногда — комбинации этих двух нарушений функции прямой кишки.

Поводом для пластических операций на прямой кишке у некоторых больных может быть относительная слабость сфинктера, которая наблюдается при обширных и длительно существующих выпадениях прямой кишки. Сфинктер имеется, иннервация его нормальна. Но длительное перерастяжение мышечных волокон выпадающей кишкой вызывает ослабление замыкательной функции, которая иногда полностью не восстанавливается даже после оперативного укрепления прямой кишки на ее обычном месте. У подобных больных могут быть предприняты операции, при которых укрепляется кишка, устраняется ее выпадение и одновременно восстанавливается замыкательная сила сфинктера. Обычно эти два вмешательства мы производим не одновременно, а, если необходимо, последовательно, с разрывом в один год. Известно, что после

личные степени недержания и комбинации их со стриктурами прямой кишки и заднего прохода. Поступать приходится в зависимости от обстоятельств. Нередко тот или иной вид проктопластики, выполненной в первые дни после рождения ребенка по поводу атрезии заднего прохода, в дальнейшем обеспечивает удовлетворительную или даже хорошую функцию прямой кишки. При врожденной атрезии заднего прохода с резким недоразвитием сфинктера, а также других мышц промежности проктопластика спасает жизнь ребенку, но в дальнейшем нет никакой надежды на восстановление нормальной замыкающей функции прямой кишки. У этих больных только пластическим путем может быть вновь создан активный сфинктер.

Если недержание кала наступает в процессе послеутробной жизни от одной из четырех перечисленных выше причин, то в распоряжении хирурга в настоящее время имеется достаточное количество операций, которыми можно воспользоваться, чтобы восстановить функцию нарушенного сфинктера или воссоздать новый, подчиненный сознанию больного сфинктер при полной утрате естественного жома.

При удалении прямой кишки вместе с произвольным сфинктером не может быть речи о восстановлении функции его. У таких больных необходимо применять один из методов

устранения оперативным путем выпадения прямой кишки у огромного большинства больных функция сфинктера восстанавливается. Растянутые волокна его сокращаются. Бывший больной снова может удерживать кишечное содержимое. Наступает это в среднем через год. Если по прошествии 1—2 лет не восстановилось держание, нужно считать, что есть показания для выполнения операции, укрепляющей функции, восстанавливающей тонус и силу сфинктера.

Рассмотрев кратко основные органические формы недержания кишечного содержимого, перейдем к технике операций, предложенных для восстановления или создания сфинктера заднего прохода.

Для восстановления утраченной функции сфинктера заднего прохода использовались различные мышцы промежности, ягодичной области и бедра. Раньше всего с пластической целью стали применять пересадку ягодичных мышц.

ПЛАСТИКА СФИНКТЕРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОЛЬШИХ ЯГОДИЧНЫХ МЫШЦ

Ф. М. Плоткин и Г. А. Рихтер (1934) следующим образом излагали историю сфинктеропластики: «Английским хирургом Ширудом был предложен метод образования сфинктера прямой кишки из ягодичных мышц. Несколько позднее Шемакер на съезде немецких хирургов в 1909 г. предложил этот же метод, который независимо от первых двух авторов был осуществлен Католички. Многие хирурги видят в нем один из лучших методов (Шмиден). Однако при сфинктеропластике, как при каждой операции, необходима индивидуализация и случая, и метода».

Более детальное изучение истории вопроса дало основание установить, что впервые в 1893 г. Wilms выполнил на трупе операцию для разработки метода создания искусственного сфинктера заднего прохода. Он проводил мобилизованный нижний конец прямой кишки в канал, проделанный между волокнами большой ягодичной мышцы. Эту мысль вторично высказал в 1904 г. Witzel. В 1894 г. Rydygier для лечения анальной недостаточности предложил проводить прямую кишку между грушевидной и большой ягодичной мышцами.

К. G. Lennander в двух статьях (1899, 1900) поделился своими пятью клиническими наблюдениями и описал разработанный им метод хирургического лечения недостаточности заднего прохода. Операция заключается в том, что через задний Т-образный разрез мобилизуются леваторы. Сохраняется их прикрепление на прямой кишке. Они отсекаются вблизи от прикрепления к сухожильной линии таза. Одновременно из внутренних краев больших ягодичных мышц выкраиваются лоскуты на задних ножках, закидываются вокруг прямой кишки и сшиваются спереди между собой и с леваторами. Таким образом, нижний отдел прямой кишки оказывается охваченным и сжатым двумя мышечными кольцами. Из трех больных, оперированных этим методом и описанных в первой статье, у одного получено полное держание, у второго — почти полное и у третьего — относительное держание, он не мог удерживать газы и жидкие

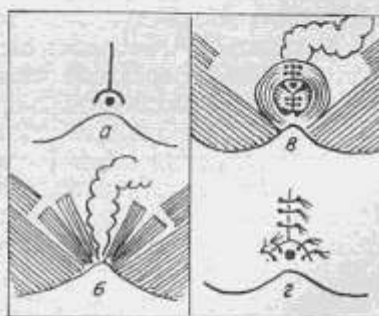


Рис. 85. Операция Леннандера:

а — кожный разрез, вид сзади; б — мобилизованы мышечные лоскуты из больших ягодичных мышц и из леваторов, вид сзади; в — мышечные лоскуты из больших ягодичных мышц и из леваторов перемещены на переднюю поверхность прямой кишки и сшиты между собой, вид спереди; г — кожная рана зашита.

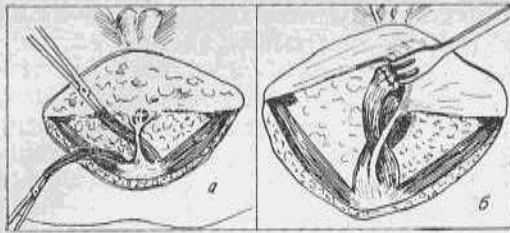


Рис. 86. Операция Четвуда:

а — из дугообразного открытого кпереди разреза, произведенного между копчиком и задним проходом, кожный лоскут откинут кпереди, из внутренних краев больших ягодичных мышц выкроены лоскуты на задне-внутренних ножках; *б* — лоскуты встречно перекинута, проведены вокруг промежностного отдела прямой кишки и сшиты.

Рисунок из работы Четвуда.

кишечные массы. Во второй статье сообщалось о двух новых наблюдениях. Операции также дали благоприятный исход.

Значительно позднее (1950) эту методику как новую описал французский хирург Tonpet, поэтому во французской литературе она чаще всего называется операцией Tonpet или Tonpet—Lennander.

Первую операцию с использованием для создания сфинктера прямой кишки только ягодичных мышц успешно выполнил в 1901 г. Ch. A.

Chetwood. Это наблюдение он опубликовал в 1902 г. Больной, которому был создан новый сфинктер, страдал недержанием кишечного содержимого вследствие разрыва сфинктера рогом быка. Операция заключалась в следующем. Дугообразный открытый кпереди разрез через седалищные бугры и копчик. Широкий полуовальный кожно-подкожный лоскут откидывается кпереди. Обнажаются внутренние свободно лежащие края ягодичных мышц. Иссекается расположенная около них жировая клетчатка. Из ягодичных мышц с основанием у крестца выкраиваются лоскуты 8 см длиной и 2 см толщиной. Лоскуты в промежутке между копчиком и задней стенкой прямой кишки перекрещиваются между собой, укладываются вдоль боковых стенок кишки и впереди от нее сшиваются. Дополнительно накладываются швы между мышечными лоскутами и волокнами поврежденного сфинктера. Больной после этой операции мог удерживать только твердый кал.

О подобной же операции в 1909 г. на съезде немецких хирургов доложил J. Schoemaker. Одновременно с ним и независимо от него эту операцию описали Schirud, Katolicky. В литературе последующих лет операция называется методом Шемакера или Четвуда — Шемакера. Модификация Шемакера отличается направлением кожных разрезов. Они начинаются в 2 см справа и слева от верхушки копчика, продолжаются вниз на 10 см и поворачиваются кнаружи на бедро через ягодичную область. Из нижних краев ягодичных мышц выкраиваются лоскуты в 2 см шириной и обводятся также вокруг заднего прохода через подкожные ткани. Верхушка каждого лоскута подшивается к основанию лоскута противоположной стороны. Больная, которая была прооперирована Шемакером этим методом, страдала недержанием кала после излеченного выпадения прямой кишки. Она перенесла несколько операций по поводу недержания, но все они были безуспешны. После операции Шемакера она удерживала плотный и жидкий кал, а также воду, глицерин или масло, введенные с клизмой.

В иностранной литературе имеется некоторое количество статей о применении операции Четвуда—Шемакера. Авторы сообщают большей частью о благоприятных результатах оперативных вмешательств.

Модификацией метода Четвуда—Шемакера является операция E. Welke (1910). Лоскут для пластики выкраивается лишь из одной ягодичной мышцы, свободный его конец расщепляется на 2 лоскута, которые проводятся с двух сторон от заднего прохода и сшиваются с противоположной стороны.

Нет ссылки на Четвуда или Шемакера в работе, которую в 1911 г.

опубликовал A. Newmap. Выполненная им у одного больного операция значительно отличается от ранее предложенных вмешательств. Единственная общность — использовались лоскуты больших ягодичных мышц. Был сделан полуовальный разрез через промежность от одного до второго седалищного бугра позади заднего прохода. Кожный лоскут откинут кпереди. Из внутренних краев обеих больших ягодичных мышц выкроены мышечные лоскуты на ножке «с большой палец толщиной с основанием у копчика». Через тоннель лоскуты проведены навстречу один другому впереди от анального отдела прямой кишки. Концы лоскутов сшиты под копчиково-прямокишечной связкой. Имевшееся у больного в результате вскрытия ишиоректального абсцесса полное недержание кишечного содержимого после пластической операции сменилось восстановлением запирательного аппарата прямой кишки.

Это вмешательство следует считать не модификацией метода Четвуда—Шемакера, а новым и, как можно судить по результатам, описанным автором, целесообразным, эффективным видом пластической операции при кишечном недержании, однако в последующей литературе мы не нашли указаний о применении этой операции еще кем-либо из хирургов.

В 1930 г. француз А. S. Chittenden повторил предложение Четвуда точно в таком же виде, но на 28 лет позднее его описал. Однако во французской литературе эта операция носит фамилию второго автора Chittenden или двойную: Chittenden—Schoemaker. Это опять не соответствует истине. Из двух ранних авторов способ Chittenden точно повторяет методику Четвуда, но не Шемакера.

Еще несколько позднее эту же операцию описал Bistrom (1944). Поэтому некоторые представители европейской хирургии называют ее методом Schoemaker—Chittenden—Bistrom (R. Favre a. oht., 1965). А фактически правильнее всего — это операция Четвуда.

Е. Niensch (1955) наблюдал больного 25 лет, который с детства страдал выпадением прямой кишки. По этому поводу был безуспешно оперирован 5 раз. Когда он поступил на лечение к автору статьи, то у него имелось зияние заднего прохода, слабость сфинктера, недержание, выпадение прямой кишки. Операцией по Шемакеру все эти дефекты были ликвидированы.



Рис. 87. Операция Шемакера:

а — кожный разрез; б — выкроенные лоскуты сшиты.

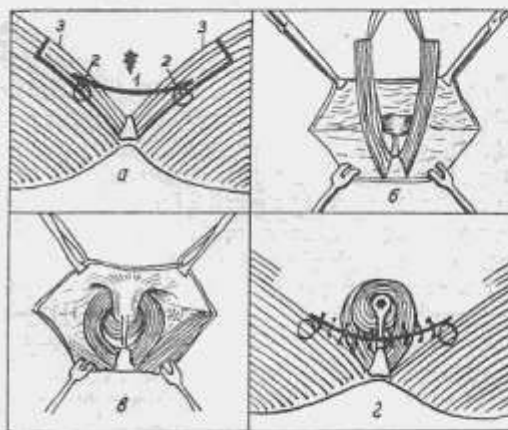


Рис. 88. Операция Ньюмена:

а — нанесен кожный разрез; 1 — между седалищными буграми; 2 — намечены мышечные лоскуты для выкраивания из больших ягодичных мышц; 3; б — рана разведена, лоскуты выкроены и приподняты зажимами; в — лоскуты проведены вокруг прямой кишки, концы их сшиты под копчиково-прямокишечной связкой; г — операционная рана защищена.

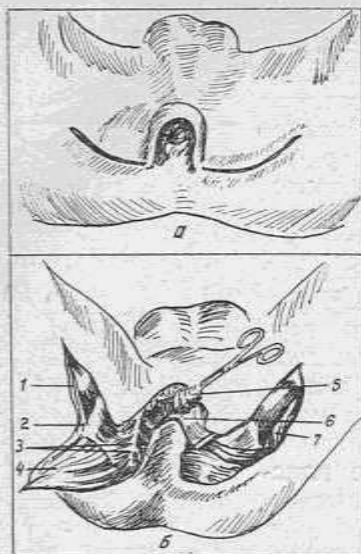


Рис. 89. Операция Н. И. Берзневского:

а — на передней промежности произведен поперечно-дугообразный разрез с крыльями; б-1 — край правой большой ягодичной мышцы; 2 — сосудисто-нервный пучок, идущий в лоскут; 3 — внутренняя срамная артерия и срамной нерв; 4 — подготовленный для перемещения мышечный лоскут на ножке; 5 — мышечный лоскут из левой большой ягодичной мышцы протянут через туннель и захвачен зажимом; 6 — поверхностная фасция с подведенным под нее лоскутом; 7 — левая большая ягодичная мышца.

Рисунки из работы Берзневского.

Новую методику пластического использования ягодичных мышц независимо от Четвуда, Шемакера и других разработал Н. И. Берзневский. Свою первую операцию он произвел 12 апреля 1906 г., но полное описание предложенного им способа дал только в 1911 г. Одновременно в 1911 г. А. Н. Цастров опубликовал новый метод пластики сфинктера прямой кишки из ягодичных мышц. Эти операции предложены были, главным образом, для лечения выпадения прямой кишки.

Операция Н. И. Берзневского в описании автора выполняется следующим образом. В 2 см спереди и с боков от заднего прохода делается подковообразный разрез, который проникает через кожу и подкожную клетчатку до фасции. Концы разреза доходят до середины копчиково-прямокишечной связки. От них в стороны проводятся боковые разрезы, которые проходят через точку, лежащую на середине линии, соединяющей седалищный бугор с большим вертелом, и заходят сантиметра на 4 выше этой линии. Возможно ближе к бедру рассекается нижний край большой ягодичной мышцы во всю ее толщину и в ширину на 4—5 см. Осторожно, по возможности тупым путем, лучше снизу вверх, по ходу волокон, лоскут отделяется от главной массы мышц. Нужно стараться сохранить сосуды и нервы, идущие к лоскуту. Затем приступают к образованию вместилца для лоскутов. Для этой цели продельвают отверстие в промежностной

фасции около копчика у нижнего края большой ягодичной мышцы соответствующей стороны. Тупым инструментом или лучше пальцем проникают к нижней поверхности мышцы, поднимающей задний проход, и в рыхлой клетчатке прокладывают ход выше жома до передней поверхности кишки. Место соединения жома заднего прохода с поверхностной поперечной мышцей промежности перерезается и спереди делается широкий выход из туннеля. То же делается и с другой стороны. Концы лоскутов сшиваются впереди прямой кишки. Восстанавливают соединение жома заднего прохода с поверхностной поперечной мышцей промежности и накладывают кожные швы.

Н. И. Берзневский прооперировал 4 больных с выпадением прямой кишки по разработанному им методу. У одного больного лоскуты разошлись и, по-видимому, частично омертвели. Выпадение кишки повторилось. У остальных больных, несмотря на нагноение в послеоперационный период у двух больных, конечный результат хороший. Автор пишет, что, по его мнению, этот способ применим как при легких формах, где выпадает одна передняя стенка кишки, так и при больших выпадениях с недержанием газов и кала при сильно растянутом и почти не функционирующем жома заднего прохода.

В отечественной литературе последующих лет есть несколько сообщений о применении операции Н. И. Берзневского. Н. А. Христианов

в 1912 г. прооперировал по Н. И. Березнеговскому солдата, страдавшего в течение 3 лет выпадением прямой кишки. Послеоперационный период протекал с небольшим нагноением. Через год рецидива не было.

В 1945 г. мы наблюдали больного, которому эта операция была с успехом применена. Ссылка на наблюдение имеется в работе С. А. Родкина (1959).

Больной М., 26 лет. В июне 1943 г. получил на фронте пулевое ранение в левую ягодичную область. Через 6 часов в дивизионном пункте медицинской помощи была произведена хирургическая обработка раны в ягодичной области. Обнаружено ранение прямой кишки в анальном отделе. Наложен противоестественный задний проход в левой подвздошной области. При осмотре в 1945 г. найден рубец в левой ягодичной области длиной 12 см, переходящий на анальную часть прямой кишки. Задний проход зиял и свободно пропускал три рядом расположенных пальца кисти. Выпадала здоровая слизистая оболочка прямой кишки на 4—5 см. Произведена пластика мышц промежности и заднего прохода по Н. И. Березнеговскому. Послеоперационный период протекал с небольшим нагноением. Через 2 месяца рана полностью зажила. Задний проход больше не зиял. Противоестественный задний проход был устранен. У больного восстановилась нормальная дефекация. Каловые массы удерживались хорошо, но оставались явления недержания газов.

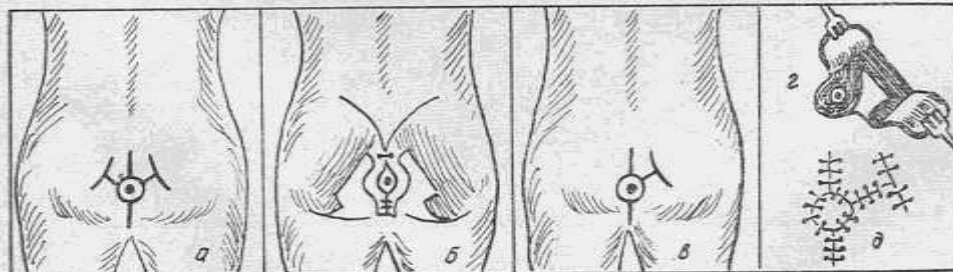
У всех 6 больных, которым была произведена операция Березнеговского, включая наблюдения автора метода, хирургическое вмешательство производилось по поводу значительных по размерам выпадений прямой кишки с одновременными явлениями недержания кишечного содержимого. У 5 больных в послеоперационном периоде произошло нагноение раны, но лишь у одного был неблагоприятный конечный исход — рецидив. У остальных выпадение прямой кишки было ликвидировано, и больные почти полностью избавились от явлений недержания.

В 1911 г. хирург Рыбинской земской больницы А. Цастров опубликовал новый способ пластики заднего прохода из ягодичных мышц. Вначале он теоретически разработал методику создания жома из лоскутов обеих ягодичных мышц, которые предполагал переместить к средней линии и сшить впереди и позади от прямой кишки. По ходу первой операции, произведенной 11 февраля 1910 г., А. Цастров изменил ее и решил обойтись одним лоскутом, который расщепил до половины со стороны свободного конца. Обе половины расщепленного лоскута проведены с двух сторон от заднего прохода. С противоположной стороны концы лоскутов сшиты.

Первый больной — мужчина 33 лет. Ранее перенес операции: 1) по поводу геморроя, 2) по поводу свища заднего прохода, 3) резекцию прямой кишки по поводу выпадения — рецидива выпадения и недержания, 4) укрепление сфинктера заднего прохода проволокой по Тиршу — рецидива выпадения и недержания, 5) удаление проволоки. Больной был крайне истощен, угнетен и помышлял о самоубийстве. Через месяц после операции, произведенной А. Цастровым, несмотря на частичное нагноение раны и временный рецидив свища, больной хорошо удерживал кал и газы. Кишка не выпадала. Больной выписался, стал выполнять довольно тяжелую работу, чувствовал себя здоровым.

Вторая больная — женщина 69 лет, 17 лет страдала геморроем и выпадением прямой кишки с недержанием кала и газов. После операции А. Цастрова заживление произошло первичным натяжением. Выпадение прямой кишки прекратилось. В ближайшее время оставалось частичное недержание газов.

Ф. Egkes (1919) упростил операцию Четвуда—Шемакера. Он также использовал один мобилизованный лоскут ягодичной мышцы, который



Р и с. 90. Операция Цастрова:

а, б — первоначальный план (а — намечавшаяся фигура кожного разреза; б — намечавшееся перемещение лоскутов; в, г, д — фактическое выполнение; в — кожный разрез; г — перемещение вокруг заднего прохода одного расщепленного на свободном конце мышечного лоскута на ножке; д — кожная рана зашита.

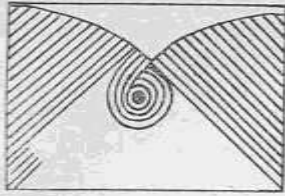


Рис 91. Операция эр-кеса.

обводил вокруг дистального отдела прямой кишки и сшивал с телом того же лоскута. Эту операцию автор применил всего один раз. Результат пластики был успешный.

Н. А. Христианов в 1911 г. выполнил, а в 1921 г. опубликовал еще один метод создания сфинктера заднего прохода из ягодичных мышц. Метод заключается в следующем. Больной укладывается в положение, как для операции по поводу геморроя. Делается циркулярный разрез кожи и подкожной клетчатки вокруг заднего прохода, отступая на 1 см от слизистой оболочки. От задней части этого разреза косо проводится второй разрез длиной 10—12 см по внутреннему краю большой ягодичной мышцы. Тупо выделяется на 1,5 см в глубину промежностный отдел прямой кишки и с четырех сторон берется на 4 лигатуры-держалки. Из внутреннего края большой ягодичной мышцы выкраивается лоскут, задняя ножка которого должна находиться на 2 см кзади от заднего прохода. Передняя ножка лоскута пересекается. На середине протяжения лоскута делается щель длиной около 3 см по ходу мышечных волокон. Выкроенный мышечный лоскут перемещается под кожей к средней линии. Передний конец его подшивается к месту соединения сфинктера заднего прохода с поверхностными поперечными мышцами промежности. Через отверстие в перемещенном лоскуте проводится изнутри кнаружи промежностный отдел прямой кишки и вшивается на старое место. В нижний угол раны на несколько дней вводится резиновый выпускник.

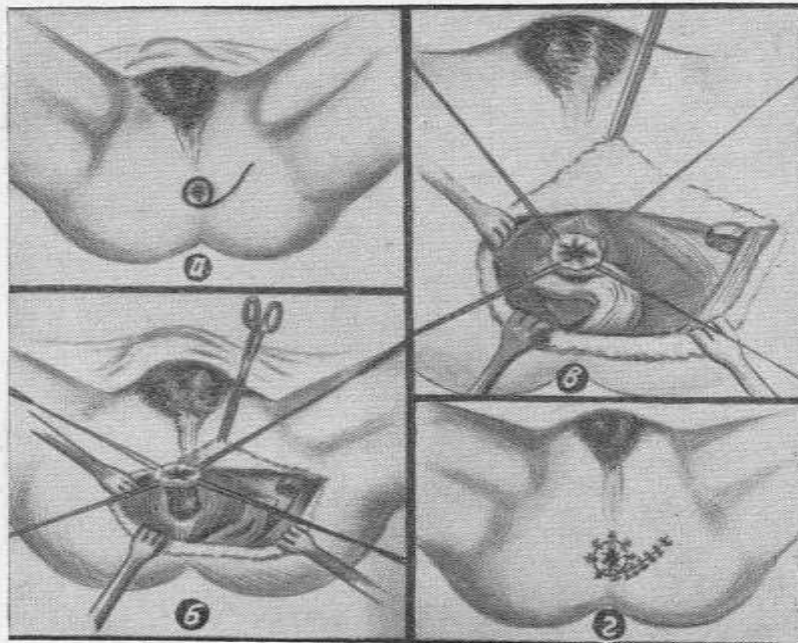


Рис 92. Операция Н. А. Христианова:

а — кожный разрез; б — выкроен и расщеплен на середине лоскут большой ягодичной мышцы, выпрепарован промежностный отдел прямой кишки; в — лоскут перемещен к средней линии и подшит к поверхностной поперечной мышце промежности, кишка проведена через отверстие в лоскуте; г — кожная рана зашита.

С 1911 по 1913 г. Н. А. Христианов свою операцию выполнил у 3 больных, страдавших выпадением прямой кишки. У одного имелось недержание газов, у другого было зияние заднего прохода. У всех больных было незначительное нагноение и вторичное заживление раны на месте, где располагался резиновый выпускник.

У одного больного разошлась ягодичная часть разреза. При последующем наблюдении оперированные были здоровы, сфинктер работал хорошо. Палец, введенный в отверстие заднего прохода, плотно охватывался укрепленным кольцом. При фарадизации ягодичной мышцы палец ощущал сокращения сфинктера.

К преимуществам своей операции Н. А. Христианов относил ее простоту и безопасность. Однако в последующем никто из хирургов эту операцию не применял. Отрицательной стороной ее является необходимость выделять и проводить через отверстие в мышечном лоскуте промежностный отдел прямой кишки.

Новый вариант операции Четвуда—Шемакера предложил в 1924 г. итальянский хирург G. Ferragini. Модификация отличалась направлением кожных разрезов и добавлением мобилизации промежностного отдела прямой кишки. Проводилось два косых разреза по ходу волокон ягодичных мышц и один соединяющийся с ним циркулярный разрез вокруг заднего прохода для мобилизации кишки. Далее так же, как при операциях Четвуда и Шемакера, выкраивались два лоскута на медиальных ножках из внутренних краев больших ягодичных мышц, один лоскут проводился под кожей впереди от заднего прохода, второй — позади. Концы каждого лоскута подшивались к телу второго лоскута. Получалось замкнутое мышечное кольцо вокруг заднего прохода.

В 1912 г. V. Schmieden опубликовал обзорный реферат «О кишечной сфинктеропластике». В нем он дал описание и анализ, как писал С. Henschen (1927), «многочисленных предложений о замене плохо функционирующей или недостаточной мышцы заднего прохода». Кроме того, V. Schmieden писал, что поперечно-полосатая мышца, искусственным путем расположенная вокруг заднего прохода, не обладает тем непрерывно действующим сократительным тонусом, которым характеризуется деятельность нормального сфинктера. Нельзя требовать, чтобы пучки, например, большой ягодичной мышцы постоянно, днем и ночью,



Рис. 93. Операция Феррарини:

а — кожный разрез и выкраивание мышечных лоскутов; *б* — лоскуты проведены вокруг заднего прохода и сшиты между собой; *в* — кожные раны защищены.

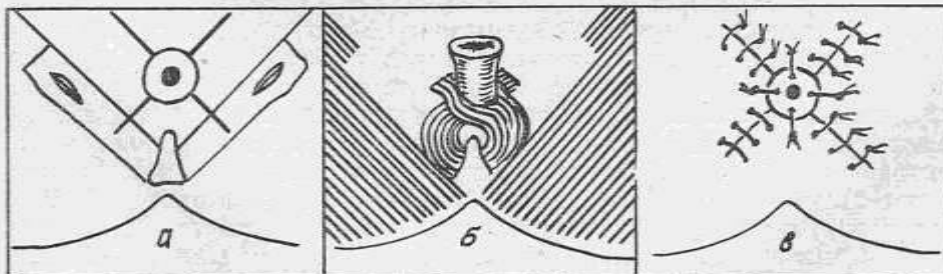


Рис. 94. Операция Заградничка:

а — нанесен кожный разрез, из больших ягодичных мышц выкроены лоскуты, вблизи от свободного конца в них сделаны отверстия; *б* — дистальный конец прямой кишки выпрепарован и проведен через отверстия в лоскутах, лоскуты сшиты; *в* — кожная рана защищена.

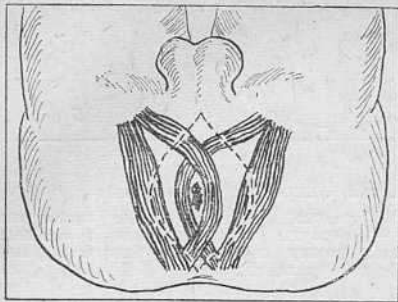


Рис. 95. Операция Хеншена:

через широкий ромбовидный разрез кожи вокруг заднего прохода из внутренних краев больших ягодичных мышц выкроены мышечные лоскуты на двух ножках и встречно перекинуты вокруг дистального отдела кишки.

Рисунок автора метода.

находились в сокращенном состоянии. Они, может быть, могут произвольно сокращаться и на короткое время крепче закрывать отверстие. Если искусственный сфинктер, как это иногда и получается при практическом применении пластики, все же способствует удержанию кала и газов, то происходит это нередко не вследствие сократительной деятельности пересаженных мышц, а исключительно благодаря механическому сужению, которое связано с новым положением отверстия или мышечных групп. Те авторы, которые после производства своих пластических мероприятий верили в установление постоянного тонуса, впадали в ошибку. Получающиеся при этих пластических мероприятиях

благоприятные результаты можно объяснить только тем, что, получив подмогу, остатки прежнего нормального сфинктера, особенно внутреннего, если они только еще существуют, вновь делаются способными к сокращению и замыканию отверстия. При содействии перемещенных во время пластики мышц можно иногда достигнуть идеального результата, если предшествующее разрушение не слишком распространилось, а именно: если сохранилась чувствительность самой нижней части прямой кишки. Эти высказывания Шмидена в значительной степени опровергнуты исследованиями, в частности наших отечественных ученых. Оказалось возможным заново создать активно замыкающий, подчиненный сознанию человека сфинктер заднего прохода.

В 1926 г. J. Zahradnicek описал новый метод мышечной пластики из ягодичных мышц, который выполняется так. Из внутреннего края обеих ягодичных мышц выкраиваются широкие лоскуты на ножке. Недалеко от свободного края каждого лоскута делаются надрезы в виде прорезной петли для пуговицы. Каждый из этих лоскутов проводится на противоположную сторону и укладывается один на другой так, чтобы надрезы совпали. В надрезы проводится предварительно мобилизованный дистальный отдел прямой кишки. Кровоснабжение и иннервация лоскутов при этом не нарушаются. Результат единственной операции, выполненной автором метода, был отличный.

С. Henschen в 1927 г. описал еще одну новую методику использования больших ягодичных мышц для создания или укрепления сфинктера прямой кишки. Эта методика заключалась в том, что наносился продольно-ромбовидный, продолженный вперед и назад разрез по периферии заднего прохода. Боковые кожные лоскуты отпрепаровывались в стороны. Из внутренних краев больших ягодичных мышц выпрепаровывались мышечные лоскуты на двух ножках и перекидывались встречно справа налево и слева направо вокруг мобилизованного дистального отдела прямой кишки. Автор назвал разработанный им метод биглютеальным и писал о благоприятных отдаленных результатах этой операции. Однако нетрудно себе представить, какие сложности будет испытывать хирург при выделении, растяжении и перекидывании на некоторое расстояние мышечных лоскутов в виде двух встречных петель. Эту операцию в 1948 г. применил Н. Aronsson и получил отрицательный результат.

A. S. Ghittenden (1930) сообщил о 2 больных, с успехом оперированных по Шемакеру. Особенно с интересом своих наблюдений автор считает то обстоятельство, что у обоих этих больных полностью отсутствовал сфинктер, а у одного больного анус был не на естественном месте. Из довольно подробно приведенной истории болезни одного больного выясняется, что он 5 лет назад был оперирован по поводу рака прямой кишки парасакральным доступом по Краске. Прямая кишка была полностью удалена, а сигма низведена и вшита в парасакральную рану. Позднее развилось выпадение низведенной кишки, с изъязвлением ее, повторными кровотечениями, истощением больного. Хирург удалил выпадающую изъязвленную кишку, пересадила и укрепил вокруг нее лоскуты на ножках из больших ягодичных мышц по Шемакеру. «Два месяца спустя пациент имел почти идеальный контроль над своей толстой кишкой».

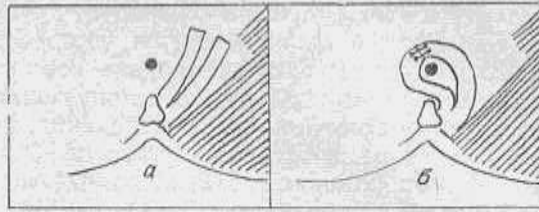


Рис. 96. Метод Флеркена:

а — из одной большой ягодичной мышцы выкраены два лоскута; б — лоскуты проведены подкожно вокруг заднего прохода и с противоположной стороны сшиты.

В 1931 г. Н. Flörcken сообщил о разработанной им модификации. Два мышечных лоскута на ножке выкраиваются не из разных, а из одной большой ягодичной мышцы, обводятся с двух сторон от заднего прохода и сшиваются.

В отечественной литературе нет сообщений о применении операции Четвуда—Шемакера и ее многочисленных модификаций. Нами эта операция в 1947 г. произведена у одного больного, инвалида войны.

Больной К., 33 лет, в 1941 г. получил тяжелое ранение прямой кишки на фронте. Более 2 лет лечился в госпиталях, перенес несколько операций и был переведен в инвалиды 2-й группы. Впервые прибыл в клинику в 1947 г. с полным недержанием кала, с широко зияющим задним проходом. Слизистая оболочка и кожа мощным рубцом были подтянуты к левому седалищному бугру. Справа и сзади были заметны незначительные сокращения остатков наружного сфинктера при волевом усилии больного или при вызывании анального рефлекса.

Вначале больному была произведена небольшая предварительная операция. Из полукруглого разреза отпрепарированы, мобилизованы кожа и слизистая оболочка, подтянутые к левому седалищному бугру. Швами восстановлены с этой стороны стенка прямой кишки и кольцо заднего прохода. После этой операции зияние заднего прохода заметно уменьшилось. Ранее прочно фиксированные к кости покровные ткани стали достаточно подвижны. Через 3 недели произведена операция Четвуда—Шемакера. Большие кожные разрезы произведены дугообразно справа и слева от заднего прохода кнаружи. Выкраивание и перемещение кожных лоскутов по описанной выше методике. Операция принесла полный успех. Больной стал произвольно удерживать кал и газы. Выписался довольный результатами и поступил на работу. Постепенно функция вновь созданного сфинктера ухулилась, и через 3 года снова наступило полное недержание кала и газов. Еще через два года больной повторно оперирован нами по Р. Р. Вредену, о чем будет сказано дальше.

Таким образом, операция Четвуда—Шемакера дала временный успех. По-видимому, произошло рубцовое перерождение лоскутов и явления недержания рецидивировали.

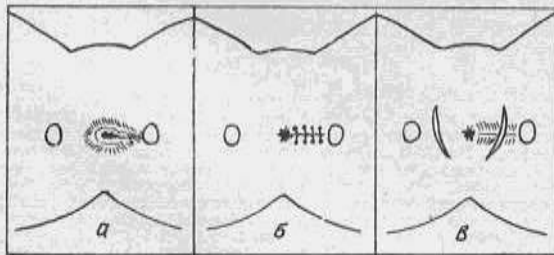


Рис. 97. Наше наблюдение, больной К.:

а — деформация после огнестрельного ранения, задний проход зияет, подтянут рубцами к левому седалищному бугру; б — исправлено положение заднего прохода после первой операции; в — направление разрезов для выполнения второй операции — пластики по Четвуду—Шемакеру.

Операции Четвуда—Шемакера, Ньюмена, Хеншена, Н. И. Березнеговского, А. Цастрова, Н. А. Христианова и других основаны на использовании ягодичных мышц для пластического укрепления сфинктера заднего прохода. При отсутствии сульфамидов и антибиотиков эти операции давали высокий процент излечений. Несмотря на это, ближайшие резуль-

таты вмешательств были обычно хорошие. Но у оперированного нами по Шемакеру больного отмечен через 3 года рецидив недержания.

Предложены некоторые другие варианты использования ягодичных мышц для восстановления функции сфинктера заднего прохода. Эти варианты не получили распространения, не имеют практического значения, и мы на них останавливаться не будем. И вообще следует отметить, что операции с использованием ягодичных мышц для создания или восстановления сфинктера в настоящее время применяются очень редко. Причина, по-видимому, заключается в ненадежности результатов этих операций. При выкраивании небольших лоскутов из ягодичных мышц нарушается их иннервация и в значительной степени кровообращение. Лоскуты не могут активно сокращаться по желанию больного. Об этом уже давно писали V. Schmiedep (1912) и R. Goebell (1927): «Созданные из нижних краев больших ягодичных мышц относительно узкие мышечные лоскуты не имеют никакого сосудистого и нервного снабжения, а проводятся они вокруг прямой кишки выше заднего прохода». В первые месяцы и годы пересаженные мышечные лоскуты могут механически сдавливать дистальный отдел прямой кишки и создают видимость удовлетворительного или даже хорошего держания. Но по мере фиброза, рубцового перерождения мышечной ткани этот положительный эффект может быть утрачен.

В ходе Великой Отечественной войны хирурги имели возможность наблюдать большое количество ранений прямой кишки и их последствий. Для восстановления анатомических и функциональных нарушений сфинктера прямой кишки проделано много различных пластических операций. Остановимся кратко лишь на новом принципе использования с пластической целью ягодичных мышц, который разработал Н. И. Махов (1947—1958) для лечения некоторых последствий военных огнестрельных ран прямой кишки с нарушением сфинктера.

Нередко при заживлении обширной огнестрельной раны нарушенный сфинктер вместе с поврежденной стенкой прямой кишки может подтягиваться и фиксироваться рубцами к костям таза. При этом, естественно, не может быть полного замыкания отверстия заднего прохода. Н. И. Махов пришел к выводу, что для лечения недержания у этих больных иногда достаточно рассечь фиксирующий рубец, а между костью и стенкой кишки поместить мышечно-жировой лоскут на ножке из ягодичных мышц. У двух описанных им в 1947 г. больных эта операция дала полный успех. Никаких дополнительных вмешательств для восстановления функции прямой кишки не потребовалось.

Еще более убедительное наблюдение, свидетельствующее о принципиальной правильности основы разбираемой методики, а также об интересном творчестве и высоком оперативном мастерстве хирурга, было продемонстрировано Н. И. Маховым 9/V 1952 г. на заседании Московского хирургического общества.

Дело касалось больной, 23 лет, которая в 1943 г. получила тяжелое ранение таза. Была разрушена дистальная часть прямой кишки вместе с наружным жомом, передней стенкой ампулы прямой кишки, нижней половиной задней стенки влагалища, с частью уретры и стенкой преддверья влагалища. На 12-й день после операции больной был наложен противоестественный задний проход по Ламбре. Раны зарубцевались, и образовалось широкое сообщение типа клоаки между полостью ампулы прямой кишки и влагалищем. На промежности аблиз области задней комиссуры сохранился небольшой кожный мостик. Левая стенка влагалища была спаяна с тазовыми костями. Остаток уретры впадался в верхнюю стенку влагалища. 19/XII-1947 г. попытка разобщить полость прямой кишки и влагалища кожной пластикой закончилась неудачей. 29/II-1948 г. произведено разобщение полости прямой кишки и влагалища путем извлечения и распрепаровки их стенок и последующего сшивания их нижних краев с краями распрепарированного кожного мостика на промежности. 5/V-1948 г. — дополнительная пластика. Полости разобщены. Создана возможность для проведения нового мышечного жома. 30/X-1948 г. попытка образовать наружный жом прямой кишки из правой бедренной мышцы бедра была безуспешной. 14/III-1950 г. образована правая половина наружного жома прямой кишки из $\frac{1}{2}$ правой большой ягодичной мышцы, пересеченной у места перехода ее в апоневроз. Мышечный лоскут перемещен в правую седлачно-прямокишечную полость внутри от седлачного бугра с сохранением всего сосудистого пучка. Свободный апоневротический

конец мышцы проведен в промежуток между стенками влагалища и прямой кишки и подшит 3—4 швами к фасции и рубцовой ткани вблизи мочеполювого треугольника. 1/VI 1950 г. — образование левой половины наружного жома из 2/3 левой большой ягодичной мышцы, 24/XI 1951 г. мобилизованы и сшиты между собою вблизи заднего прохода края левой и правой больших ягодичных мышц. Этим замкнуто сплошное мышечное кольцо вокруг анального отверстия. Схематически эта операция ее автором изображена на рис. 98.

В дальнейшем у больной вновь созданный жом хорошо работал. Восстановился позыв на стул. Больная могла по 3—4 часа удерживать воду, введенную клизмой. В марте и апреле 1952 г. в два этапа ликвидирован противоестественный задний проход. Всего больная перенесла 11 операций. Конечный исход благоприятный. Стул 1—2 раза в день, оформленный. Хорошо удерживает газы и кишечное содержимое. Чувствует себя здоровой.

При полном отсутствии сфинктера прямой кишки в результате врожденных уродств или последующих травм и заболеваний, а также при уретроректальных свищах Н. И. Маховым была предложена и неоднократно выполнялась модификация сфинктеропластики, напоминающая операцию Н. И. Березнеговского. Она заключается в мобилизации больших мышечных лоскутов в объеме от нижней половины до

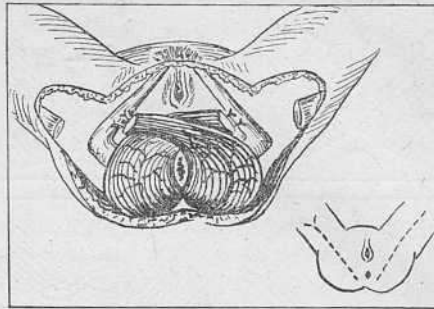


Рис. 98. Перемещение лоскутов больших ягодичных мышц при операции Н. И. Махова. Схема автора метода.

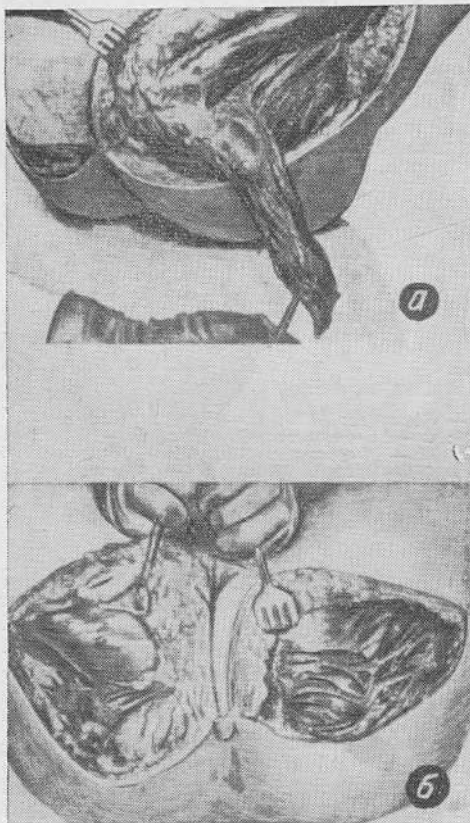


Рис. 99. Операция И. С. Жорова:

а — выкраивание лоскутов из больших ягодичных мышц; б — перемещение лоскутов. Рисунок автора метода.

целой большой ягодичной мышцы. Вокруг нижнего отдела дефектной прямой кишки в подкожной клетчатке тупо продельвались тоннели, в которые помещались выделенные лоскуты, перекрещивались впереди от кишки и пришивались к надкостнице седалищных бугров.

На заседании хирургического общества Москвы и Московской области 12/X 1951 г. докладывала М. П. Богоявленская из клиники проф. И. С. Жорова о трех больных, которым были восстановлены промежность и мышцы тазового дна по методу, разработанному И. С. Жоровым. Первая операция была произведена в 1948 г. Для пластики применялись лоскуты из больших ягодичных мышц с сохранением нервно-сосудистого пучка. У одной больной послеоперационный период осложнился фурункулезом и гнойным проктитом. Операция эффекта не дала. У двух больных получено полное восстановление промежности. Кал и газы удерживались.

В прениях выступило пять человек. Н. И. Махов поделился своим большим опытом (около 40 наблюдений) закрытия мочеполювых свищей перемещением больших ягодичных мышц под седалищной костью в два момента — вначале с одной стороны, а затем с другой. Н. И. Гуревич сказал, что он оперировал многих больных с целью укрепления тазового дна, но не удовлетворен результатами. Полагает, что методика И. С. Жорова, при которой сохраняется сосудисто-нервный пучок, должна обеспечи-

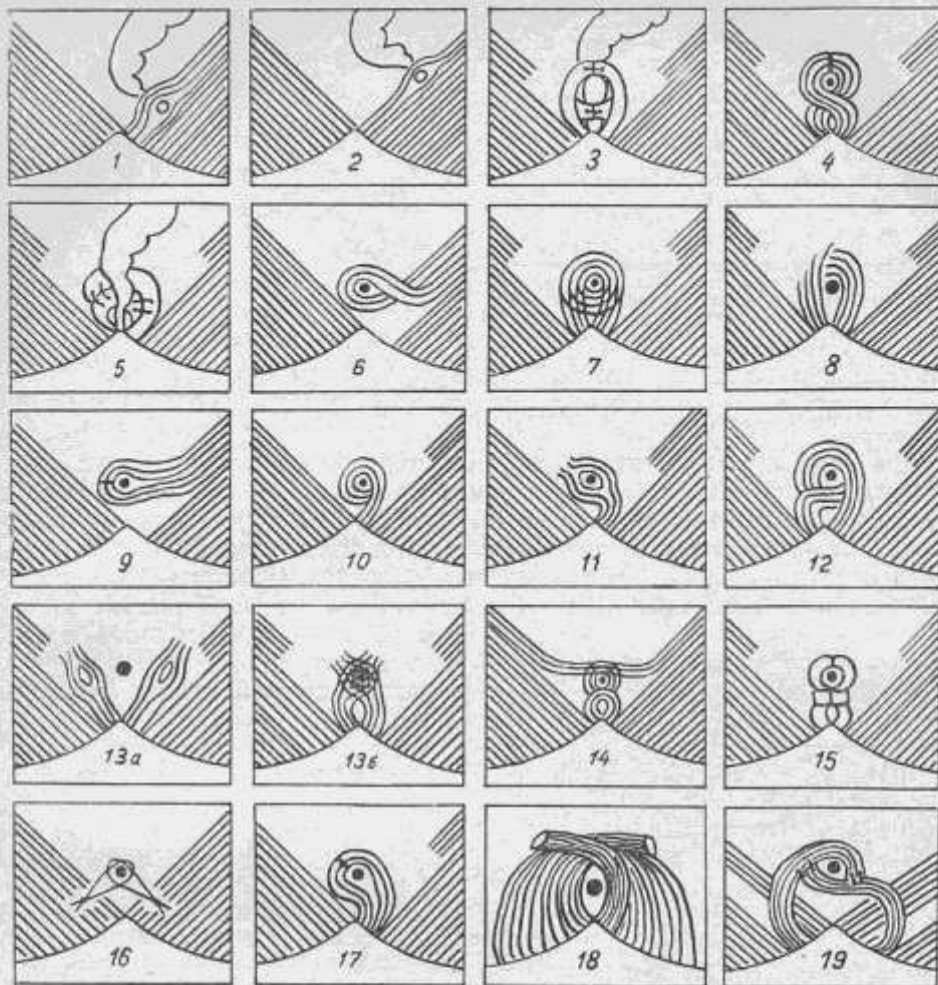


Рис. 100. Схематическое изображение пластических операций, предложенных для создания сфинктера прямой кишки из ягодичных мышц:

1 — Вильмс, 1893; 2 — Ридигер, 1894; 3 — Леннандер, 1899; 4 — Четвуд, 1902; 5 — Ше-макер, 1909; 6 — Вельке, 1910; 7 — Ньюмен, 1911; 8 — Березнеговский, 1911; 9 — Цастрон, 1911; 10 — Эркес, 1919; 11 — Христианов, 1921; 12 — Феррария; 13а, 13б — Заградничек, 1926; 14 — Геншен, 1927; 15 — Гебелл, 1927; 16 — Вреден, 1928; 17 — Флеркен, 1931; 18 — Махов, 1947; 19 — Жоров, 1962.

вать успех, особенно при наличии противоестественного заднего прохода. Б. В. Огнев отметил, что метод И. С. Жорова нужно видоизменить таким образом, чтобы один лоскут большой ягодичной мышцы подшивать к лонному сочленению, а другой — к копчику. Никитин сообщил, что в клинике госпитальной хирургии военно-медицинской академии им. С. М. Кирова укрепление тазового дна пересадкой мышц произведено у трех больных. У одного результат был хороший, у второго из-за рубцовых изменений мышцы потребовалось повторное вмешательство. У третьего наступило омертвление лоскута. И. С. Жоров в своем выступлении подчеркнул, что сшивание лоскутов больших ягодичных мышц между собой дает хороший результат. Он согласился с мнением Б. В. Огнева о необходимости фиксировать лоскут к симфизу для восстановления передней части треугольника. В заключение заседания председательствовавший А. Н. Бакулев положительно оценил предложенную И. С. Жоровым операцию и отдал предпочтение пересадке ягодичных мышц для пластики промежности перед пересадкой нежных мышц бедра. Таким образом, на этом заседании хирургического общества Москвы и Московской области метод пластики сфинктера заднего прохода и промежности ягодичными мышцами получил полное одобрение.

Пластическая операция с пересадкой ягодичных мышц, разработанная И. С. Жоровым (1951—1952), является незначительным видоизменением операции Н. И. Березнеговского, поэтому обоснованно в первом издании «Атласа операций на прямой и толстой кишках» (1960, с. 160—161) А. Н. Рыжих описывает эту операцию под названием «пластика сфинктера из ягодичных мышц по методу Березнеговского-Жорова». Это предложение в новом варианте повторяется и улучшается в работах Н. И. Махова и А. П. Легошина (1962). Последний наиболее полно, путем исследований на трупах, установил оптимальные анатомические условия для взятия мышечных лоскутов без значительного повреждения их сосудисто-нервных пучков. Отмечено, что наилучшим для пластики следует считать лоскут в объеме от нижней трети до половины большой ягодичной мышцы. В клинике операция выполнена у 12 больных, возраст которых был от 5,5 до 44 лет, — 6 женщин и 6 мужчин. После операции у 10 больных функция наружного жома была полностью восстановлена. У 2 больных отмечалось частичное восстановление в связи с омертвением одного из двух мышечных лоскутов.

МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНАЯ ПЛАСТИКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОЛЬШИХ ЯГОДИЧНЫХ МЫШЦ

R. Goebell в 1927 г. описал такую пластическую операцию. Он считал, что проведение вокруг прямой кишки ведет к растяжению, сдавлению, ухудшению питания и без того недостаточно питающихся узких, длинных мышечных лоскутов, поэтому предложил упростить и облегчить перемещение лоскутов. Из средних отделов больших ягодичных мышц он выкраивал широкие и сравнительно короткие лоскуты на внутренней ножке, перекидывал их почти на 180° внутрь и несколько вперед. По пути они фиксировались кетгутовыми швами к седлицим буграм. Свободные их концы сшивались впереди от прямой кишки. А сзади нее помещался свободно пересаженный кусочек аутофасции, который в натянутом виде подшивался к тому и другому мышечному лоскуту. Таким образом, создавалось сдавливающее кишку кольцо, состоящее спереди и с боков из мышечных лоскутов, сзади — из фасциальной полоски. Однако здесь, как и в других методах пластики с использованием ягодичных мышц, можно было надеяться, главным образом, на пассивное сдавливание кишки пересаженными тканями, а не на активное замыкание ее просвета сокращением пересаженных мышечных лоскутов. R. Gaebell свою методику применил у двух больных с благоприятным исходом.

Новый, оригинальный принцип создания активного, подчиненного коре головного мозга запирательного аппарата положен в основу мышечно-фасциальной пластики, выполненной Р. Р. Вреденом в 1927 г. и описанной в 1928 г. По поводу тридцатилетия врачебной, научно-педагогической и общественной деятельности Н. А. Богораза (1897—1927) в Ростове-на-Дону в 1928 г. был выпущен юбилейный хирургический сборник. Первая статья его принадлежала Р. Р. Вредену и называлась «Способ воссоздания волевого сфинктера заднего прохода». Р. Р. Вреден произвел у больного операцию по разработанному им методу. Состояла она из нескольких этапов.

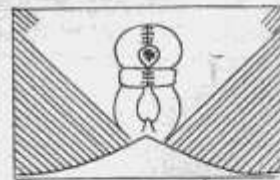


Рис. 101. Операция Гебелла:

перенесенные лоскуты больших ягодичных мышц сшиты между собой впереди от заднего прохода. Сзади они стянуты свободно пересаженной полоской широкой фасции бедра.

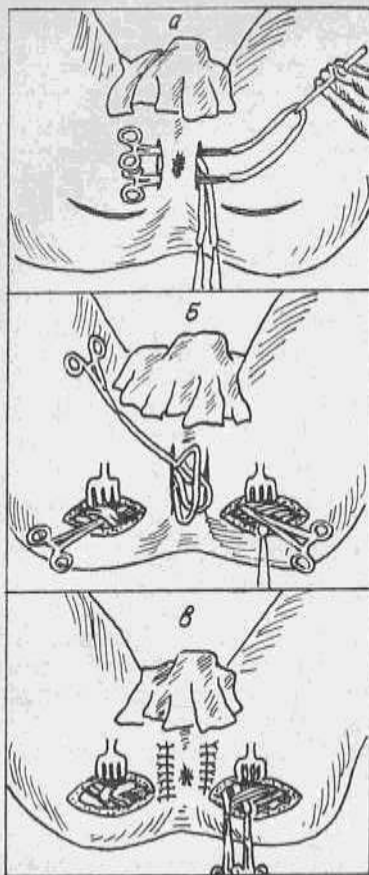


Рис. 102. Операция Р. Р. Вредена:

а — проведение полосок фасции вокруг заднего прохода через параректальные разрезы; б — полоски проведены вокруг заднего прохода, их концы выводятся через разрезы, расположенные над ягодичными мышцами; в — полоски фиксируются к ягодичным мышцам.

Рисунок из работы Вредена.

1. Справа и слева от заднего прохода на середине расстояния между ним и седалищными буграми произведены два вертикальных разреза, проникающих до апоневроза, покрывающего мышцы промежности.

2. Позади седалищных бугров двумя полукруглыми разрезами, выпуклостью обращенными кнаружи и кзади, обнажены пучки ягодичных мышц.

3. На наружной поверхности бедра разрезом в 20 см длиной обнажена широкая фасция бедра. Из нее выкроены две полоски в ширину пальца.

4. Через оба вертикальных разреза на промежности спереди и сзади от анального отверстия через подкожную клетчатку проведены по два корнцанга в поперечном направлении — один справа налево, другой слева направо.

5. Концы одной фасциальной полосы, захваченные парой корнцангов справа от анального отверстия, выведены в левый вертикальный разрез, а другая фасциальная полоска проведена другой парой корнцангов в обратном направлении, благодаря чему нижний конец прямой кишки оказался охваченным двумя встречными фасциальными петлями.

6. Через оба полукруглых разреза в одноименные вертикальные разрезы проведены по два корнцанга, из которых один проникал над пучками большой ягодичной мышцы, а другой через них.

7. Захваченные корнцангами концы фасциальных петель выведены в полукруглые разрезы и здесь, покрывая друг друга, с легким натяжением сшиты рядом кетгутовых швов.

8. Кожные разрезы наглухо зашиты шелком.

Стул был задержан опиумом на 10 дней. Послеоперационный период прошел гладко, и через полгода больной хорошо удерживал не только кал, но и газы. Палец, введенный в прямую кишку, при сокращении и ослаблении ягодичных мышц получал ощущение захватывающих движений, как при сокращении нормального сфинктера заднего прохода.

В статье были помещены 3 рисунка, характеризовавшие отдельные моменты операции.

Параллельно с передачей одного экземпляра рукописи в юбилейный сборник Н. А. Богораза, Р. Р. Вреден направил второй экземпляр рукописи в 1927 г. в редакцию американского журнала «Annals of Surgery». В течение двух лет эта статья не была напечатана. Наконец она появилась в мартовском номере журнала за 1929 г. в дословном повторении и с теми же рисунками, что и в русском тексте. Непосред-

ственно за этой статьей в том же номере журнала помещено сообщение Н. В. Стона «Пластическая операция при анальном недержании». В этом сообщении написано: «Летом 1927 г. я получил от своего друга из России рукопись статьи профессора Р. Р. Вредена из Ленинградского медицинского института... С тех пор как я прочитал статью профессора Р. Р. Вредена, я имел двух пациенток с серьезными поражениями сфинктера заднего прохода». Краткие выписки историй болезни

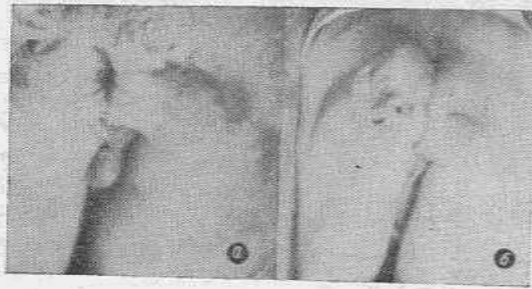


Рис. 103. Больной К. после операции Р. Р. Вредена, наше наблюдение:

а — область заднего прохода в спокойном состоянии; б — область заднего прохода при активном сокращении сфинктера, созданного по Р. Р. Вредену.

показывают, что операция по способу Р. Р. Вредена произведена у двух женщин, 65 и 60 лет, с недержанием кала. У первой больной получен хороший результат. У второй произошло нагноение ран, отторжение фасций и полный функциональный неуспех. Эти осложнения у второй пациентки автор приписывает тому, что при операции была использована не аутопластичная фасция, а от трупа. Некоторые детали операции Н. В. Стона провел не типично по Р. Р. Вредену. Первые разрезы он сделал не справа и слева от заднего прохода, а сверху и снизу. Разрезы в ягодичных областях сделаны не дугообразные, а косые.

В последующем в американских журналах появилось много статей, посвященных этой операции. Лишь некоторые авторы называют ее методом Вредена, другие операцией Вредена-Стоуна или просто операцией Стоуна. Под этим названием операция упоминается и в книге профессора В. Р. Брайцева о заболеваниях прямой кишки (1952). Ясно, что приоритет описываемой операции принадлежит всецело нашему отечественному ученому и она должна называться методом Р. Р. Вредена.

Недержание кала и газов у детей может развиваться от разных причин, в том числе после операций по поводу зарращения заднего прохода, пишут К. L. Schober, I. Rohde (1959). Ранние корригирующие операции могут полностью восстановить нормальную функцию анального жома. Авторы приводят краткие выписки из историй болезни 5 больных, которым было произведено 6 пластических операций с использованием больших ягодичных мышц — методы Шемакера или Вредена—Стоуна. У всех больных были получены положительные как непосредственные, так и отдаленные результаты.

В феврале 1953 г. мы впервые с успехом применили операцию Р. Р. Вредена у больного, который был упомянут выше при описании операции Шемакера. Через 3 года после этой операции у больного снова развились тяжелые явления недержания кала и газов. Заднепроходное отверстие зияло, свободно пропускало три пальца. Введенные пальцы не ощущали никаких волевых сокращений сфинктера. Больному произведена операция по Вредену. Послеоперационный период, несмотря на массивную пенициллинотерапию, протекал с небольшим нагноением в левом ягодичном разрезе. Однако это не повлияло на результат операции. Раны зажили к 30-му дню, и больной был продемонстрирован 11/III 1953 г. на заседании Куйбышевского хирургического общества. Вновь созданный жом хорошо произвольно закрывал отверстие заднего прохода при сокращении ягодичных мышц. Кал и газы больной вполне удерживал необходимое количество времени. Обследован многократно на протяжении 20 лет. Вновь созданный жом функционирует отлично.

Результатом операции больной был вполне удовлетворен. Как долго будет продолжаться это благополучие, сказать трудно. Двадцать лет — срок достаточный для оценки метода. Можно высказать уверенность, что для атрофии лежащих на своем месте и нормально иннервируемых ягодичных мышц нет никаких предпосылок. Поэтому нет оснований ожидать утери функции вновь созданного жома.

В 1959 г. наш подшефный, практический врач хирург Л. С. Коньков, защитил кандидатскую диссертацию на тему об оперативном лечении недостаточности сфинктера заднего прохода по способу Р. Р. Вредена. Эта операция к тому времени, по нашим данным, была выполнена у 24 больных. Отдаленные результаты были диссертантом изучены у всех больных в сроки до 5 лет. Частичный рецидив — недержание жидких испражнений и газов — наступил у 1 больного, полное недержание — еще у 2 больных. У 1 больной был рецидив рака в области заднего прохода. Произведена повторная операция — ампутация прямой кишки вместе с пересаженными фасциальными полосками, которые были подвергнуты микроскопическому исследованию. Структура их совершенно не отличалась от структуры нормальной широкой фасции бедра. Следовательно, из 24 оперированных, имевших полное недержание кишечного содержимого, после операции Вредена 20 были практически здоровы. Они имели вновь созданный, подчиненный коре головного мозга сфинктер заднего прохода.

Через 9 лет (1968) на нашей кафедре была защищена вторая кандидатская диссертация — «К вопросу об оперативном лечении органической недостаточности функции анального сфинктера», написанная также практическим хирургом З. И. Архиповой. В активе кафедры к тому времени были уже 73 операции, выполненные типично по Вредену (14) и в видоизменении кафедры (59).

З. И. Архипова суммировала из мировой литературы данные о 444 разных пластических операциях на прямой кишке, произведенных по поводу недержания кишечного содержимого, в том числе 73 наблюдения нашей клиники. В табл. 53 представлены отдельно и суммированы эти данные.

Таблица 53

Суммированные З. И. Архиповой из литературы к 1968 г. данные о пластических операциях на прямой кишке

Причины недержания	Количество больных		
	Литературные данные	Наши данные	Всего
Врожденное недоразвитие или отсутствие сфинктера	58	19	77
Приобретенные нарушения иннервации сфинктера	61	3	64
Удаление кишки со сфинктером при радикальных операциях по поводу рака	46	20	66
Выпадение прямой кишки	53	8	61
Травмы военного и мирного времени, в том числе при родах	50	12	62
Повреждения сфинктера при нерациональных операциях	49	7	56
Деформация после воспалительных заболеваний	—	3	3
Некроз и деформация сфинктера после новокаиново-спиртовой блокады	—	1	1
Функциональная слабость сфинктера	3	—	3
Язвы заднего прохода	2	—	2
Причины не указаны	49	—	49
Всего	371	73	444

В нашей клинике на основании большого опыта, полученного при выполнении пластических операций на прямой кишке, в методику Р. Р. Вредена внесены некоторые изменения, заключающиеся в следующем.

1. Вместо 4 кожных разрезов делается 2 полуовальных открытых внутрь разреза длиной 5—6 см, в 4 см справа и слева от заднего прохода.

2. Выкроенные фасциальные полоски на некоторое время опускаются в раствор антибиотика (стрептомицин).

3. Для проведения полосок применяются зажимы Федорова, предложенные для захватывания почечной ножки.

4. Концы одной полоски для отличия окрашиваются 1% раствором метиленовой сини.

5. Обе полоски зажимом Федорова в подкожной клетчатке впереди от заднего прохода проводятся, например, из разреза, находящегося слева от заднего прохода (от хирурга — справа), в правый разрез. Зажим извлекается. Второй свободный конец окрашенной полоски захватывается зажимом и проводится из левой раны в правую позадн заднего прохода, а в обратном направлении — конец неокрашенной полоски.

6. Фиксация полосок к внутренним краям больших ягодичных мышц производится типично по Р. Р. Вредену, а первичное натяжение полосок контролируется сфинктерометром А. М. Аминова. Оптимальным считается натяжение в 300 делений (300,0) по сфинктерометру.

7. После зашивания кожных операционных ран в оставшуюся подкожную раневую полость через отдельный укол вводится раствор антибиотика (обычно 1 000 000 единиц стрептомицина в 10—20,0 физиологического раствора). При малейших признаках нагноения (повышение температуры тела, покраснение и припухлость операционной области) впрыскивание антибиотиков в полость зашитой раны повторяется ежедневно до исчезновения воспалительных явлений.

Следует остановиться еще на некоторых деталях техники операции и ведения послеоперационного периода. Сшивание концов полосок, из которых один проведен через толщу большой ягодичной мышцы, а второй — по поверхности мышцы, необходимо производить очень тщательно, иначе при сокращении мышц и натяжении полосок концы их могут выскользнуть из затянутых шелковых (капроновых, нейлоновых и т. п.) швов. С этой целью концы сшиваемых полосок нужно не только укладывать рядом, но еще и скручивать, перегибать. При некотором избытке длины полосок их можно вначале завязать простым двойным или морским узлом, а уже после этого хорошо сшить.

Гимнастику ягодичных мышц для создания напряжения полосок и выработки новой замыкательной функции для конечного отдела толстой кишки можно разрешить, вначале осторожно, начиная с 18—20 суток после операции. Затем больной должен проводить тренировку упорно на протяжении нескольких месяцев, до выработки полного герметического замыкания кишки при произвольном сокращении яго-

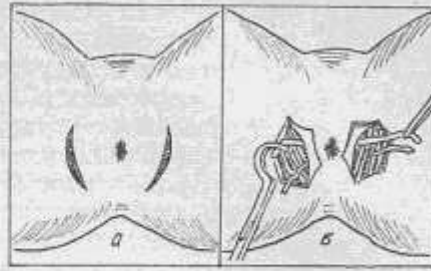


Рис. 104. Операция Вредена в нашей модификации:

а — расположение кожных разрезов; б — на рисунке справа полоска проведена вокруг заднего прохода, один конец ее выведен через толщу большой ягодичной мышцы, второй — над мышцей, предстоит их оптимальное натяжение и сшивание, слева Федоровским зажимом извлекается конец второй полоски, проведенной вокруг заднего прохода в обратном направлении.

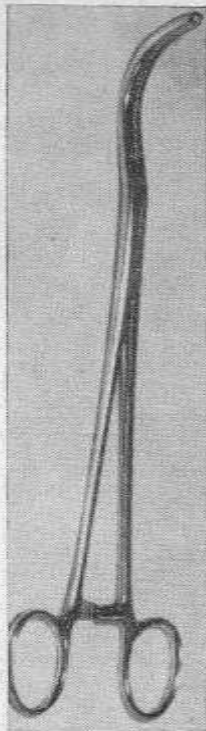


Рис. 105. Зажим Федорова для поперечной ножки, удобен для проведения фасциальных полосок под кожей вокруг заднего прохода.

личных мышц. Опыт показывает, что для этого требуется 10—12 месяцев. Степень замыкания, достигнутая к исходу года после операции, обычно является окончательной. Дальнейшего улучшения замыкательной функции уже не отмечается.

Необходимость тренировки вновь созданного по Вредену замыкательного аппарата предполагает сознательное отношение пациента к этому делу. Поэтому мы убедились, что производить операцию Вредена детям до 6—7 лет не следует. Малые дети не понимают, что от них требуется. Они не могут, не умеют изолированно сокращать большие ягодичные мышцы. Натяжение полосок не получается. Операция не дает никакого улучшения функции держания. Дети дошкольного периода уже понимают, что от них требуется, выполняют команды медицинских работников, а затем матери — зажми, отпусти, или сократи, расслабь. Поэтому операцию Р. Р. Вредена у детей делаем не ранее возраста 6—7 лет.

Из 73 оперированных больных у 61 раны зажили первичным натяжением, у 12 — с временным нагноением. Других тяжелых осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Отличные ближайшие результаты получены у 43 больных (58,9%), удовлетворительные — у 18 (24,7%). Хорошие и удовлетворительные в общей сложности — у 83,6%. Плохие — функция держания кишечного содержимого не улучшилась — у 12 (16,4%).

В отдаленные сроки, до 14 лет, удалось выяснить результаты операции у 58 больных. Отличные исходы отмечены у 32 (55%), удовлетворительные — у 16 (27,7%), плохие — у 10 больных (17,3%). Таким образом, и в отдаленные сроки у 82,7% больных получены хорошие и удовлетворительные результаты после операции Вредена.

З. И. Архипова (1963) на основании данных доступной мировой литературы установила, что до 1968 г. 33 преимущественно иностранных авторов (отечественные авторы, кроме сотрудников нашей клиники, выполнили только две операции — Р. Р. Вреден, 1928; Ф. И. Благовидова, 1931) в сумме сделали 87 операций по Р. Р. Вредену. К тому же времени только в одной нашей клинике эта операция была выполнена у 73 больных. К 1974 г. операция Вредена применена у нас более чем у 140 больных.

Известно, что создание кольца из широкой фасции вокруг заднего прохода по Тиршу-Киршнеру-Брун-Боголюбову при лечении выпадения прямой кишки дает высокий процент нагноений, по некоторым авторам, более 50%. Операция Р. Р. Вредена является значительно более сложным вмешательством с пересадкой в окружность заднего прохода двух длинных свободных фасциальных лоскутов. Шансов для нагноений еще больше. Но теперь, под защитой антибиотиков, можно почти не бояться этой угрозы. Из 73 операций у нас нагноение было в 12 (16,4%) случаях. В последующем раны зажили вторичным натяжением, без особого влияния на окончательный исход. Только у одного больного в результате нагноения часть одной фасции некротизировалась и отторглась. Тем не менее, ближайший и отдаленный исход, в смысле держания, был отличный.

Вновь созданный по Р. Р. Вредену замыкательный аппарат, даже при полном отсутствии произвольного наружного сфинктера, при благоприятном исходе действует прекрасно. Большие ягодичные мышцы, снабженные после операции фасциальными петлями, усилиями воли больного хорошо затягивают отверстие заднего прохода.

Мы рекомендуем широко по показаниям применять операцию Р. Р. Вредена. На первый взгляд она кажется несколько сложной. А по существу это после освоения техники очень простое и наиболее эффективное вмешательство из всех пластических операций на прямой кишке.

Естественно, что метод Р. Р. Вредена, получивший особенно широкое распространение за рубежом, нашел не только подражателей, продолжателей, но и новаторов, которые, начиная с Н. В. Stone (1929), пытались видоизменить, улучшить отдельные моменты операции. Самым сложным из них является проведение в подкожной клетчатке вокруг заднего прохода двух встречных фасциальных полосок. Применялись различные ранее известные и специально созданные инструменты для этой цели. Мы пользуемся дугообразными щипцами С. П. Федорова, предложенными им для пережатия почечной ножки при нефрэктомии.

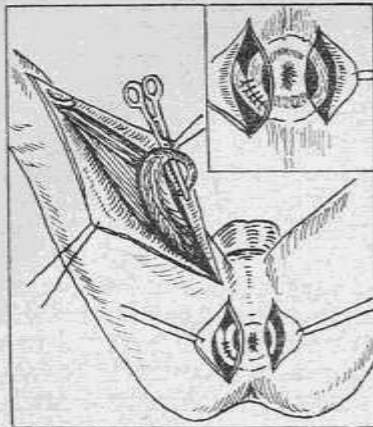
Принцип фасциально-мышечной пластики заложен и в методику, которую опубликовал в 1936 г. St. (I.) Rosenak. Он предлагал производить Т-образный разрез кожи позади заднего прохода. Выделяется мышца, поднимающая задний проход, и рассекается по средней линии. К одному краю разреза подшивается фасциальная полоска, обводится вокруг прямой кишки и подшивается к второму краю разреза мышцы. Автор, по-видимому, рассчитывал, что сокращение мышц, поднимающих задний проход, будет натягивать полоску и сужать просвет прямой кишки. Об отдаленных результатах этой операции автор не сообщил. Других публикаций на эту тему нет. Но теоретически рассуждая, можно сказать, что рассчитывать на выраженные сокращения леваторов не приходится, тем более что их сила подтягивает прямую кишку вверх, а не вызывает кругового кольцевидного замыкающего просвет кишки сокращения. Таким образом, в результате этой операции в лучшем случае можно рассчитывать на пассивное устойчивое, созданное во время хирургического вмешательства, а может быть, в дальнейшем нарастающее в результате прогрессирующих рубцовых процессов сужение просвета прямой кишки.

ПЛАСТИКА СФИНКТЕРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕЖНЫХ МЫШЦ БЕДРА

Прошло более 70 лет с того дня, как впервые ягодичные мышцы были использованы Четвудом для восстановления функции сфинктера заднего прохода. Разработано много вариантов операций. Накопились клинические наблюдения. Появились предложения об использовании с целью пластики других мышц таза, промежности, нижних конечностей, в частности, нежных мышц бедра.

Впервые А. Э. Рауэру в 1924 г. пришла мысль взять нежную мышцу бедра для образования сфинктера уретры. Эта мысль была осуществлена в 1925 г. Такую же операцию в 1926 г. проделал американец Деминг.

И. Л. Фаерман в 1926 г. первый использовал независимо от предыдущих авторов нежную мышцу бедра для создания сфинктера заднего прохода. Свою работу он опубликовал в 1929 г. Операция заклю-



Р и с. 106. Операция И. Л. Фаермана:

через разрез на бедре выпрепарована нежная мышца, сухожилие ее на голени пересечено и конец его захвачен корнцангом для проведения через подкожный тоннель, из сухожилия нежной мышцы образовано кольцо вокруг заднего прохода.

чается в следующем. В 3 см справа и слева от заднего прохода делаются 2 вертикальных разреза длиной 2—3 см каждый. Затем по задне-внутренней поверхности всей нижней половины правого или левого бедра делается вертикальный разрез длиной 10—15 см. Выпрепаровывается на всем этом протяжении нежная мышца бедра, и начало сухожилия ее почти у места прикрепления пересекается, лучше всего из дополнительного небольшого разреза на передне-внутренней поверхности верхней трети голени. Из верхнего конца операционной раны длинным корнцангом туго продельвается широкий ход по подкожной клетчатке в параанальный разрез на стороне операции. Через этот тоннель вперед пересеченным сухожилием проводится мобилизованная в нижнем отделе нежная мышца бедра. Конец ее выводится через разрез около заднего прохода. Отсюда конец мышцы проводится в подкожной клетчатке с

одной стороны от заднего прохода в разрез противоположной стороны. Затем проводится также по подкожному тоннелю с другой стороны от заднего прохода и выводится в первый параанальный разрез. Здесь выведенный конец сухожилия подшивается к телу той же нежной мышцы бедра шелковыми швами. Вокруг заднего прохода создается кольцо из нежной мышцы бедра, сохранившей иннервацию и кровоснабжение. Все 3 или 4 кожные раны зашиваются наглухо.

И. Л. Фаерман эту операцию произвел у 17-летней девушки, страдавшей недержанием мочи и кала при весьма сложном уродстве аноректальной области. Естественный сфинктер полностью отсутствовал. Большой был наложен противоестественный задний проход в левой подвздошной области. Из прямой кишки был создан замкнутый резервуар, в который были пересажены мочеточники, но моча произвольно вытекала из отверстия заднего прохода. На место естественного сфинктера был пересажен в виде кольца на ножке дистальный конец нежной мышцы правого бедра. В дальнейшем больная довольно хорошо удерживала мочу. Даже ночью она чувствовала позывы и произвольно совершала акт мочеиспускания.

Это наблюдение свидетельствует о широкой приспособляемости органов и тканей человека. Автор уже тогда дал правильное объяснение благоприятного исхода операции с точки зрения развития новых кортико-висцеральных связей. В заключении статьи он писал: «Наш случай учит нас тому, что под влиянием воли и тренировки могут настолько меняться нервные импульсы, настолько могут диссоциироваться отдельные нервные пути, что мышца, привыкшая в течение 16—17 лет сокращаться только импульсами от центра к ноге, совершенно обособляется в своей новой работе и может, будучи пересаженной, выполнять ее независимо от одновременных движений ноги. Появление континенции и во сне, пусть пока только при неглубоком сне, разве это не прямое указание на исключительное развитие произвольной иннервации в этой мышце? Это уже филогенетическая надстройка!»

В последующем операция И. Л. Фаермана многократно применялась в возглавлявшихся им хирургических лечебных учреждениях при соответствующих показаниях. В 1947 г. С. М. Цаткиным под руководством И. Л. Фаермана выполнена и защищена кандидатская диссертация на тему «Сфинктеропластика при недержании прямой кишки». Автор провел на 100 трупах анатомические изыскания о кровоснабжении и иннервации нежной мышцы бедра. Он нашел, что артерии, питающие нежную мышцу бедра, отходят в большинстве от глубокой артерии бедра, в меньшинстве — от срединной огибающей артерии бедра. Наиболее крупные артериальные ветви вступают в мышцу в верхней ее четверти. Иннервация нежной мышцы обеспечивается ветвями запирательного нерва, которые проникают в брюшко мышцы в ее верхней части.

Операция должна проводиться в условиях тщательной асептики. Пересаженная мышца сохраняет жизнеспособность и не подвергается атрофии. Использование нежной мышцы не отражается на функции конечности. При неуспехе с одной стороны имеется в запасе нежная мышца другой стороны. После операции необходима настойчивая, систематическая тренировка для наилучшего использования вновь созданного сфинктера.

В клинической части приводятся истории болезни 19 больных из 22 наблюдавшихся и оперированных по И. Л. Фаерману при недержании прямой кишки различной этиологии (считаем применяемый С. М. Цаткиным термин «недержание прямой кишки» неудачным. — А. А.). Операция производилась преимущественно под спинномозговой анестезией. У 16 больных была использована нежная мышца левого бедра, у одного — нежная мышца правого бедра, у одного — правого и левого бедра одновременно и у одного больного — одновременно. В послеоперационном периоде среди 22 оперированных у 15 имело место первичное заживление, у 7 — нагноение.

Результат пластики сфинктера заднего прохода по методу И. Л. Фаермана у 15 больных из 19 хороший, у 4 — неудовлетворительный. Рецидив недержания кала наступил в результате рецидива рака прямой кишки у 1 больной, рецидив недержания кала и газов — у 1, недостаточное держание кала — у 1, недостаточное держание газов — у 1.

Восьмой вывод диссертации является одним из основных в этой работе. «8. Сфинктер из нежной мышцы бедра функционирует не только как механическое сужение, не только стягивает кишку при движениях нижней конечности, но является новым сфинктером в истинном значении этого слова». Это очень важное утверждение. Оно полностью опровергает приведенные выше высказывания Шмидена по этому вопросу. Необходимы дальнейшие исследования, в частности, миографические, сфинктерометрические, гистологические, изучение иннервации вновь создаваемого сфинктера, чтобы полностью подтвердить этот ценный и далеко идущий вывод С. М. Цаткина.

Операцию И. Л. Фаермана один раз без успеха применил Н. И. Махов у описанной выше больной, перенесшей 11 операций. В 1934 г. И. М. Григоровский сообщил о больной 24-летней женщине, которая после разрыва третьей степени промежности при родах страдала полным недержанием кишечного содержимого. Дважды безуспешно оперирована в других лечебных учреждениях. Автор произвел мобилизацию на ножке нежной мышцы правого бедра, свободный конец мышцы обвел в подкожном тоннеле вокруг заднего прохода и укрепил швами к телу той же мышцы, то есть произвел операцию Фаермана. Через 2 месяца пациентка могла удерживать плотные каловые массы.

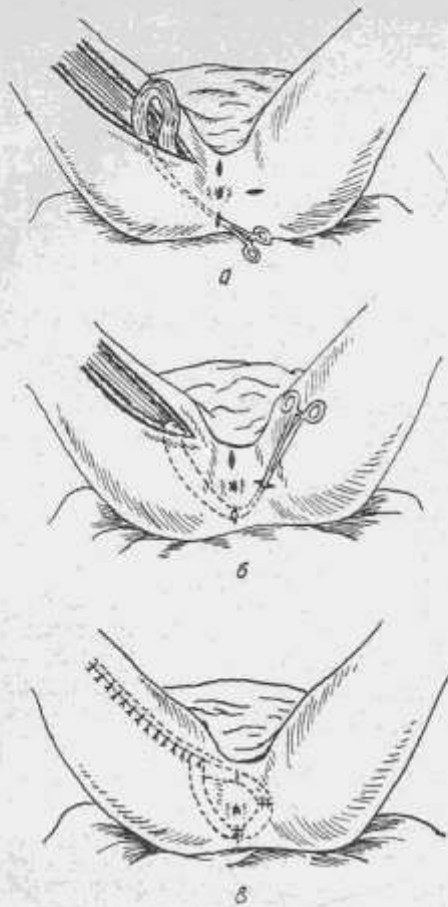


Рис. 107. Модификация Шацкого операции Фаермана:

а — сухожилие нежной мышцы бедра;
б — после проведения сухожилия под кожей вокруг заднего прохода; *в* — сухожилие подшивается к основанию той же мышцы.
 Рисунок автора метода.

У обоих больных получен хороший результат.

О благоприятном исходе пластики при недержании мочи с использованием нежной мышцы бедра сообщил также С. L. Deming (1926). У наблюдавшейся им больной, 21 года, было сложное врожденное уродство мочеполовых органов. Сфинктер мочевого пузыря отсутствовал. Отмечалось полное недержание мочи. Четырехкратными оперативными вмешательствами, в основе которых было создание сфинктера мочевого пузыря из нежной мышцы бедра, автору удалось получить конечный благоприятный результат. Больная стала удерживать мочу.

Операция Ф. М. Плоткина и Г. А. Рихтера. В 1934 г. Ф. М. Плоткиным и Г. А. Рихтером был опубликован разработанный ими метод пластики сфинктера, который заключается в следующем. Кисетным швом зашивается заднепроходное отверстие. Спереди и позади него делаются небольшие разрезы в сагитальном направлении длиной 3 см. На границе внутренней и задней поверхности всего протяжения того и другого бедра производятся продольные разрезы, через которые выпрепаровываются нежные мышцы и отсекаются в дистальной

Проба с электровозбудимостью показала живую реакцию пересаженной мышцы.

В 1955 г. А. В. Шацкий описал больного, мальчика в возрасте 6 лет, которому он создал сфинктер из нежной мышцы правого бедра по модифицированному им методу И. Л. Фаермана. Модификация заключалась в том, что конец мобилизованной мышцы к телу той же мышцы был пришит не внахлест вокруг заднего прохода, как это делается по Фаерману, а как бы конец в бок на бедре, к основанию мобилизованного тела этой мышцы. Через полтора месяца после операции мальчик мог удерживать кишечное содержимое и не пачкал белье.

Пластика сфинктера прямой кишки и мочевого пузыря развивалась параллельно, поэтому следует упомянуть первых отечественных авторов, которые способствовали усовершенствованию пластики сфинктера уретры. В 1922 г. А. Г. Бржозовский посвятил статью больному, у которого была выполнена пластика уретры из мышц, поднимающих задний проход. В том же году И. А. Голяницкий описал свой метод создания сфинктера мочеиспускательного канала. Он окружил полоской фасции перепончатую часть уретры и подшил концы фасции к большой приводящей мышце бедра.

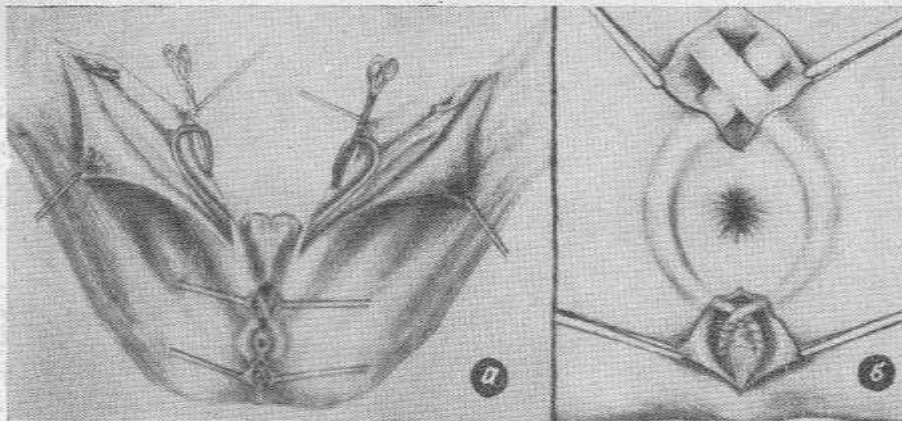


Рис. 108. Операция Ф. М. Плоткина и Г. А. Рихтера:

а — разрезы на бедре, сухожилия обеих нежных мышц рассечены и захвачены корнцангами, в нижней части рисунка показан следующий этап операции — сухожилия уже проведены и уложены на места; б — тот же конечный результат операции показан на отдельной схеме.

части там, где они переходят в сухожилия. Корнцангом, введенным в разрез, расположенный позади заднего прохода, проделываются подкожные тоннели вокруг заднего прохода к переднему разрезу, а от последнего — к проксимальным отделам разрезов на том и другом бедре. Корнцангом последовательно захватывают свободные концы сухожилия, протягивают через подкожные тоннели нежные мышцы бедра и подшивают к копчику таким образом, чтобы правая мышца обошла заднепроходное отверстие слева и была подшита к правой поверхности копчика. Левая мышца, наоборот, охватывает анальный отдел справа и подшивается к копчику с левой стороны. Мышцы ложатся наподобие восьмерки, как показано на рис. 108.

Этот метод, по мнению авторов, зиждется на положительном явлении, описанном Федерлем, который установил, что при образовании искусственных сфинктеров у животных мышца наиболее совершенно сокращается и сжимает отверстие только в том случае, когда она имеет две фиксированные точки. При одной точке мышца работает на принципе подтягивания к этой точке, что дает меньшую силу сокращения.

Ф. М. Плоткин и Г. А. Рихтер описали больного, у которого после травмы ягодичной области, перенесенной 4 года назад, развилось выпадение прямой кишки, недержание газов и кала, учащенное мочеиспускание. Перенес 4 безрезультатные пластические операции. Г. А. Рихтер произвел больному первую операцию по описанной выше методике. На второй день после операции больной удерживал газы, в дальнейшем, несмотря на небольшое нагноение ран, больной хорошо удерживал кал, газы и мочу. Мочеиспускание стало редким. Через несколько недель больной ощущал позывы и чувствовал, что сфинктер становился все крепче. При исследовании больного пальцем через задний проход прощупывалось плотное мышечное кольцо, охватывавшее палец. Таким образом, пластика сфинктера заднего прохода из нежных мышц бедра у этого больного вполне оправдала себя. Были устранены сразу как анатомический дефект — выпадение прямой кишки, так и сопровождавшие его функциональные расстройства — недержание кала, газов и слабость сфинктера мочевого пузыря.

В 1955 г. А. В. Шацкий выполнил у больного операцию Плоткина—Рихтера, но использовал только одну нежную мышцу.

К. L. Pickrell с соавт. в 1952 г. опубликовал работу о конструкции сфинктера прямой кишки и о восстановлении держания при помощи пересадки нежной мышцы бедра. «Это особенно большое значение

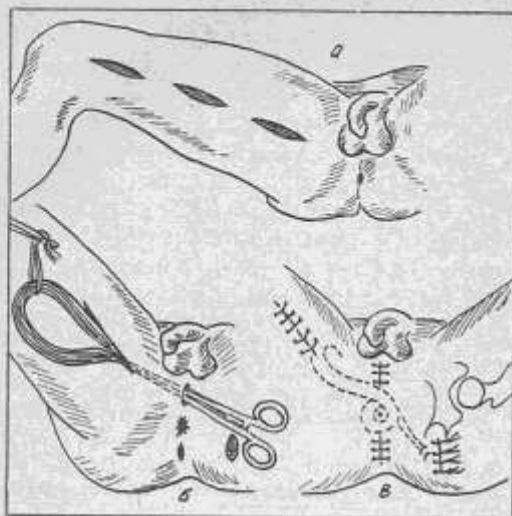


Рис. 109. Метод Пикрела:

а — разрезы на правом бедре и голени для мобилизации дистальной части нежной мышцы бедра; б — на промежность нанесены три разреза, сухожилие нежной мышцы отсекается у места прикрепления на голени и вместе с дистальной частью мышцы проводится под кожей вокруг заднего прохода; в — конец сухожилия нежной мышцы бедра фиксирован к надкостнице противоположного левого седалищного бугра, все кожные раны зашиты.

имеет у детей, которые считались безнадежными вследствие врожденного отсутствия у них чувствительности и иннервации промежностной мускулатуры, что может иметь место при низко расположенных спинномозговых грыжах (spina bifida) или при атрезии заднего прохода и прямой кишки, когда промежностные мышцы могут быть слабо развиты или почти совсем отсутствовать». У таких больных можно надеяться на восстановление запирающей функции прямой кишки только после пересадки мышц с ягодичных областей или с бедра, где анимальная иннервация обычно бывает не нарушена. Таковыми являются, в частности, и нежные мышцы.

К. Л. Picrell не ссылается на предшественников в использовании с этой целью нежной мышцы бедра. Видимо,

он был незнаком с ранее появившимися работами И. Л. Фаермана, Ф. М. Плоткина, Г. А. Рихтера и многих других. Он писал: «Мы думаем, что этот метод окажется новым и оригинальным для тех коллег, которые имеют подобных больных и могут применить такую операцию».

Методика, разработанная и опубликованная Пикрелом с соавт., заметно отличается от ранее опубликованных методов тем, что свободный конец сухожилия нежной мышцы при этой операции прикрепляется не к телу той же мышцы в виде кольца, а обводится в подкожной клетчатке вокруг заднего прохода и подшивается к надкостнице седалищного бугра противоположной стороны. Автор обращает внимание на то обстоятельство, что снабжающий питанием и иннервацией сосудисто-нервный пучок входит в нежную мышцу в верхней трети бедра. Поэтому дистальные отделы мышцы, расположенные в нижних $\frac{2}{3}$ бедра и на голени, можно мобилизовать и перемещать, а верхнюю треть следует беречь, не натягивать, не перегибать, чтобы не нарушить сосудисто-нервный пучок. В конце статьи были приведены краткие выписки из историй болезни 4 детей, с успехом оперированных этим методом. Контроль за функцией держания и дефекацией восстанавливался у них за время от 3 недель до 4 месяцев после операции.

В последующих статьях Пикрела с соавт. количество наблюдений увеличивалось. Он писал, что этим же методом — пересадкой нежной мышцы — вероятно, с успехом можно лечить недержание мочи. В 1955 г. он опубликовал данные об оперированных этим методом 30 больных, с хорошим исходом. Кроме того, он привел из литературы сборную статистику. Из 112 оперированных хорошие и удовлетворительные результаты получены у 109, плохие — у 3. В 1959 г. автор сообщил, что прооперировал таким образом уже более 40 больных.

Вначале эта операция была предложена Пикрелом для лечения недержания у детей с врожденными уродствами прямой кишки. Первую операцию он сделал у ребенка 7 лет, имевшего врожденную спинномозговую грыжу и нарушение иннервации мышц промежности. Вторым пациентом был с врожденным отсутствием анального сфинктера (R. A. McGregor, 1965) и т. д. Но вскоре автор убедился, что разработанный им метод равным образом пригоден для лечения слабости сфинктера прямой кишки и у взрослых. Операция получила широкое распространение в Европе и Америке. Первичное ее авторское предназначение — быть методом оперативного лечения недержания кишечного содержимого у детей — упоминается только в исторических обзорах некоторых статей. В основном этот метод получил распространение как эффективный способ устранения недержания кишечного содержимого у взрослых. Многие авторы делились опытом единичных наблюдений. Почти не было сообщений о числе операций, выраженном двухзначной цифрой. Кратко приведем наблюдения некоторых авторов.

I. Meag с соавт. (1958) описал 14-летнего больного меланезийца, у которого тяжелая параректальная флегмона была вскрыта с полным пересечением сфинктера. Волокна его в дальнейшем разошлись на значительное расстояние, следствием чего были явления полного недержания кишечного содержимого. Путем пересадки по Пикрелу нежной мышцы правого бедра по несколько модифицированному методу явления недержания были ликвидированы. Модификация заключалась в том, что из-за рубцовых изменений окружающих тканей циркулярное проведение в клетчатке вокруг заднего прохода через 4 вертикальных разреза на 3, 6, 9, 12 часах было затруднено.

J. D. Marcotorchino, P. Nosny (1961) сообщили о 20-летнем больном, который в 1958 г. получил ранение пулей с повреждением правой половинки мошонки, крестца, копчика с полным нарушением анального канала. Для спасения жизни больного было предпринято несколько операций — лапаротомия, создание искусственного заднего прохода. Через 2 года ему была произведена операция по методу Pickrell. Через 4 месяца был устранен искусственный задний проход.

R. A. McGregor (1965) с полным успехом оперировал методом Пикрела 3 больных, у которых имелось недержание кишечного содержимого. Первый больной был ребенок 7 лет со *spina bifida* и с неврогенным недержанием. У второго подростка недержание было также врожденного характера. Оно было связано с неполностью скорригированным в детстве при рождении неперфорированным задним проходом. Получив хорошие результаты у этих больных, автор решил применить метод Пикрела у взрослого больного с недержанием кишечного содержимого травматического характера, оставшегося после многих безуспешных предшествующих попыток восстановить сфинктер применением других методов хирургических вмешательств. Результат был хороший. В качестве положительных характеристик операции R. A. McGregor называют ее простоту, малую травматичность, минимальную потерю крови и возможность рано выписывать больных на амбулаторное лечение с предписанием длительно проводить тренировку пересаженной мышцы, чтобы больной обучился владеть ею в новых условиях и закрывать ранее не державший кишечные массы задний проход.

В том же 1965 г. R. A. McGregor сообщил об одном больном, который по поводу параректальных свищей и последующей слабости сфинктера перенес много неудачных операций. Оперирован по методу Пикрела. Выздоровление.

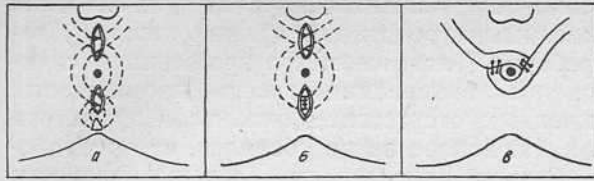


Рис. 110. Создание сфинктера из нежных мышц того и другого бедра:

a — метод Плоткина—Рихтера (для сравнения); *б* — первый метод; *в* — второй метод Мишеля—Бешэ.

Для контроля и оценки различных операций, проводимых при слабости сфинктера, В. Haskell, Н. Rovner (1967) использовали метод электромиографии. Эти исследования проводились у больных до и после проктосигмоэктомии, после модифицированной операции Тирша по

поводу выпадения прямой кишки — вместо проволоки вводилась полоска тефлона — после операции Пикрела. Особенно интересны последние данные. У всех 4 больных, в возрасте до 50 лет, после операции Пикрела восстановилась сократительная способность сфинктера. Авторы это расценивают как 100% выздоровление. А из 7 больных в возрасте после 50 лет только у одной появилось частичноедержание (16%). Такой низкий показатель выздоровления у пожилых людей авторы объясняют склеротическими изменениями в мышце и утратой ею сократительной способности. Они ссылаются на аналогичные данные D. Taverner, J. Smiddy (1959).

Сославшись на то обстоятельство, что операция Пикрела была первоначально предложена для лечения недержания кишечного содержимого у детей, М. W. Koelmann, J. Emde (1968) сообщили, что они оперировали этим методом 5 детей. Трое из них полностью или почти полностью выздоровели, у одного наступило улучшение и у одного положительного результата не достигли.

Пластику сфинктера преимущественно по типу операции Пикрела, с нежной мышцей, применили W. Reichman, F. I. Strecker (1970) у 8 больных, имевших анальную недостаточность в результате механических повреждений или нейрогенных нарушений функции сфинктера. Отдаленные результаты были хорошие. После непродолжительной тренировки больные могли полностью регулировать акт дефекации и отхождение газов. Эти авторы ссылаются на 30-летний опыт применения и оценки этих операций членами американского проктологического общества. В 42% эти операции дают хорошие результаты.

В 1967 г. R. Michel-Bechet опубликовал небольшую статью, в которой сообщил, что у 7 больных применил пластику сфинктера прямой кишки при помощи нежных мышц бедра. В начале статьи он пишет: «Вероятно, эта техника не оригинальна, но мы не знаем первых авторов, кроме Patel et Petit-Dutaillis». Дальше идет описание техники и демонстрация ее на двух рисунках. Из всех этих данных становится совершенно очевидным, что, во-первых, этому автору совершенно не известен на 33 года ранее описанный Ф. М. Плоткиным и Г. А. Рихтером метод пластики сфинктера с использованием двух нежных мышц, во-вторых, что метод R. Michel-Bechet несколько отличается от метода Плоткина—Рихтера. Если там сухожилия нежных мышц проводятся вокруг заднего прохода с двойным перекрестом и пришиваются к боковым поверхностям копчика, то здесь они в первом методе после перекреста впереди заднего прохода сшиваются позади него конец в конец, а во втором методе укладываются только вполборота вокруг заднего прохода и конец сухожилия каждой мышцы подшивается в бок тела на мышце противоположной стороны. Автор сообщил, что из 7 оперированных им этими методами больных у 3 результаты были особенно удачными.

М. Kumar, L. P. Mathur (1971) в начале статьи, посвященной анальной сфинктеропластике, приводят фамилии хирургов, предложивших те или иные методы пластических операций. При перечислении авторов, разработавших пластику сфинктера из нежной мышцы бедра, они называют только Пикрела с соавт. и Раперта. Ни Фаермана, ни Плоткина с Рихтером нет, хотя они значительно раньше предложили использовать нежную мышцу бедра для создания сфинктера. Так вследствие незнания иностранными — европейскими, американскими — авторами русской, советской литературы фамилии и работы Фаермана, Плоткина, Рихтера и многих других отечественных авторов, писавших по этому вопросу, совершенно не известны на Западе. Нигде в исторических обзорах статей по вопросам пластической хирургии в проктологии мы не встретили эти фамилии.

Наша задача — восстановить справедливость, отстаивать приоритет отечественных авторов, вложивших труд в разработку некоторых пластических методов операций в проктологии.

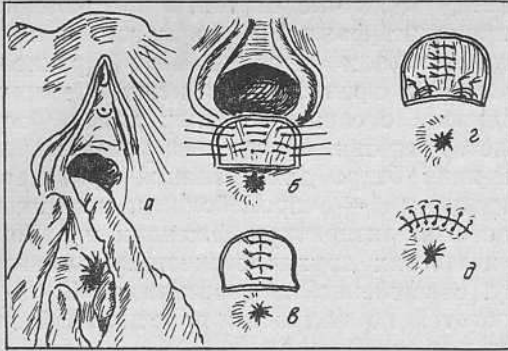
В своей статье М. Kumar, L. P. Mathur описывают мужчину 37 лет, имевшего полное недержание кишечного содержимого и выпадение прямой кишки. Ему была произведена реконструкция сфинктера из двух нежных мышц по методу R. Michel-Bechet. Предварительно за 10 дней был наложен противоестественный задний проход, который был ликвидирован через 25 дней после операции. В конечном результате больной осуществлял полный контроль за кишечным содержимым. Явления недержания и выпадения прямой кишки исчезли.

G. Edelmann (1972) на основании своего опыта отзывалась об операции Пикрела и о других методах использования нежных мышц, в частности об операции R. Michel-Bechet (1967), положительно.

ПЛАСТИКА СФИНКТЕРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЫШЦ, ПОДНИМАЮЩИХ ЗАДНИЙ ПРОХОД

Впервые искусственный анальный сфинктер из мышц, поднимающих задний проход, создал K. G. Lennander в 1901 г. Техника операции такова. Делается кожный разрез, идущий в области нижней части крестца и копчика. Внизу он подковообразно огибает fossais chio-gestale. Мобилизуются задняя часть мышцы, поднимающей задний проход, и передняя часть копчиковой мышцы. Образующееся в диафрагме таза отверстие выполняется медиальной частью большой ягодичной мышцы, которая выделяется вблизи lig. sacrotuberosum. Часть мышцы, поднимающей задний проход, начинающаяся от копчика и копчиковой мышцы, помещается кпереди от прямой кишки и фиксируется швами. Выпрепарованные части больших ягодичных мышц сшиваются спереди с мышцей, поднимающей задний проход, сзади с периостом боковых частей копчика и с кожей вокруг прямой кишки. Автор применил свою операцию 3 раза. У одного больного недержание осталось. Подобную операцию выполнили в 1920 г. A. I. Brown, в 1948 г. — H. Agonsson. У последнего результат пластики был отрицательным. Операция очень сложна и может быть выполнена только при неповрежденных мышцах.

Для этой же цели A. Zander использовал мышцу, поднимающую задний проход, следующим образом. Делается поперечный разрез впереди заднепроходного отверстия. Берутся U-образные колена мышцы и сшиваются впереди и позади прямой кишки. Для выполнения последнего убирается копчик. Палец, введенный в анальное отверстие, ощущает высоко расположенное сужение, подкрепляющее сфинктер. Операцией автор достигал только держания кишечного содержимого.



Р и с. 111. Операция Систраунка:

а — место положения леваторов; *б* — леваторы обнажены через поперечно-полуовальный разрез на промежности и сшиваются; *в* — леваторы сшиты; *г* — волокна сфинктера подшиты к леваторам; *д* — кожная рана зашита.

W. E. Sistrunk (1927) описал методику, которую он рекомендует применять преимущественно после обширных разрывов промежности и заднего прохода. Из слегка дугообразного, открытого кзади разреза, произведенного кпереди от заднего прохода, обнажаются нижние отделы леваторов и сшиваются. В заднем углу раны швами одновременно захватываются разошедшиеся в стороны концы разорванной круговой мышцы. Собственных наблюдений, ближайших и отдаленных результатов этой операции автор не приводит.

В четвертом номере журнала «Советская хирургия» за 1936 г. В. Л. Хенкин поместил статью «Первичное восстановление сфинктера при ампутации раковопораженной прямой кишки». Автор решил использовать для образования нового сфинктера мышцу, поднимающую задний проход, при этом он поставил перед собой две задачи: 1) создать кольцевое направление волокон и 2) дать каждой половине нового сфинктера по две точки прикрепления. Эти задачи были разрешены, по описанию автора, следующим образом.

Положение больного на животе. Дугообразный разрез кожи по Фелькеру. Кожа отпрепарована и оттянута вправо. Производится временная мобилизация части крестца и выделение больших ягодичных мышц. Мышцы, поднимающие задний проход, рассекаются по средней линии до сфинктера. Обе половины отпрепаровываются и оттягиваются в стороны. Прямая кишка отводится пальцем, освобождается от окружающих тканей и выводится в виде петли в рану. Волокна мышц, поднимающих задний проход, подтягиваются, берутся на лигатуру и под контролем пальца отсекаются у сфинктера. Выделяется промежностная часть кишки, оборачивается марлей и отвертывается вверх и в сторону. Леватор выделяется вверх на 10—12 см и кпереди на 4—5 см. В самом верхнем отделе выделенной мышцы, по задне-медиальному ее краю, делается разрез кпереди и кнаружи длиной в 2—3 см (схема *а*). Отсюда разрез продолжается вдоль мышцы книзу, не доходя на 2 см до места ее отсечения от сфинктера. Это делается с обеих сторон (схема *б*). Таким образом получают 2 мышечные полоски, оттянутые книзу (схема *в*). Кишка низводится, поворачивается на 180°, и в этом месте на высоте 5 см от наружного отверстия заднего прохода правый лоскут кольцеобразно обертывается справа налево вокруг прямой кишки. Свободный конец его пришивается к обнаженному краю правой большой ягодичной мышцы. Левый лоскут также обертывается вокруг прямой кишки в направлении слева направо так, что его кольцо перекрещивает кольцо, образованное правым лоскутом, и свободный конец его подшивается к обнаженному краю левой большой ягодичной мышцы. Каждое кольцо пришивается несколькими кетгутовыми швами к прямой кишке, и оба они сшиваются 4 швами между собой (схема *г*). Вокруг прямой кишки образуется кольцеобразный мышечный сфинктер, имеющий, кроме обычного прикрепления к мышце, поднимающей задний проход, еще и прикрепление к ягодичным мышцам и сокращающийся как при сокращении леваторов, так и ягодичных мышц. После этого

J. Izquierdo в 1926 г. опубликовал новый метод создания искусственного сфинктера из поднимателя заднего прохода, который выполняется так. Отступя 1 см от слизистой оболочки прямой кишки делается разрез кожи и подкожной клетчатки вокруг заднего прохода. По отделении кожи на 5 см мобилизуется прямая кишка. С обеих сторон выделяются волокна мышцы, поднимающей задний проход, и укладываются в виде петли вокруг заднепроходного отверстия. Результат операции, выполненный автором, был хороший.

прямая кишка с опухолью иссекается, а вышележащая здоровая часть кишки фиксируется кетгутowymi швами к окружающим тканям. Слизистая оболочка культи кишки подшивается к коже в области заднего прохода. Дистальная часть операционной раны зашивается наглухо.

Автор по этому методу с успехом прооперировал двух больных, страдавших раком прямой кишки. Обе больные после операции удерживали кал и газы.

В литературе последующих лет нет сообщений о том, чтобы кто-нибудь из хирургов применил операцию В. Л. Хенкина. По описанию автора, она не представляет труда. У первой больной он в условиях участковой больницы операцию закончил за 50 минут, а у второй — за 55 минут. Как ближайший, так и отдаленные результаты при последующем наблюдении, по описанию автора, так хороши, что, казалось бы, можно рекомендовать эту операцию. Автор предупреждает, что его способ применим при недалеко зашедших раках, когда околопрямкишечная клетчатка и окружающие прямую кишку ткани еще не вовлечены в процесс, так как иначе всякие пластические мероприятия заранее обречены на неудачу.

Однако при внимательном и здравом анализе этой операции легко убедиться, что повернутый на 180° лоскут леватора лишается иннервации, кровоснабжения и связи с основной массой мышцы. Для обертывания более чем на 360° вокруг прямой кишки и фиксации к ягодичной мышце той же стороны лоскут должен быть значительной (до 20 см) длины или подшит с большим натяжением. Но лоскут здесь может быть лишь очень коротким (5—6 см), а при малейшем натяжении он легко отойдет от основной массы мышцы. Следовательно, после операции он раскрутится и не будет играть роль жома. Ни при каких обстоятельствах он не может быть активным, подчиненным коре головного мозга замыкателем кишки. Красивая в графическом ее использовании, операция В. Л. Хенкина совершенно необоснованна, надуманна применительно к идее образования нового, функционально полноценного сфинктера прямой кишки. А приведенные им в статье две выписки из истории болезни ничего не доказывают. Такие, как приведено в этих выписках, благоприятные результаты после экстирпации прямой кишки в смысле восстановления частичного или даже полного кишечного держания могут быть результатом рубцовых процессов в окружности прямой кишки, а также восстановления функций частично сохранившихся тазовых и промежностных мышц.

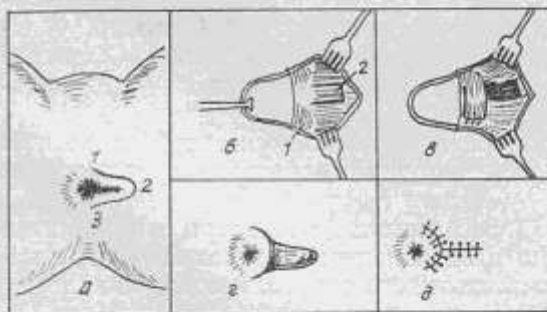


Рис. 113. Операция Кнаппа:

а — разрезы 1, 2, 3 на стороне дефекта сфинктера; б — рубцовый кожный лоскут оттянут, видны разошедшиеся края сфинктера; 1 — из леватора выкроен мышечный лоскут; 2 — на внутренней ножке; в — лоскут леватора принят на месте дефекта в сфинктере; г — кожный лоскут несколько уменьшен перед зашиванием раны; д — рана зашита.

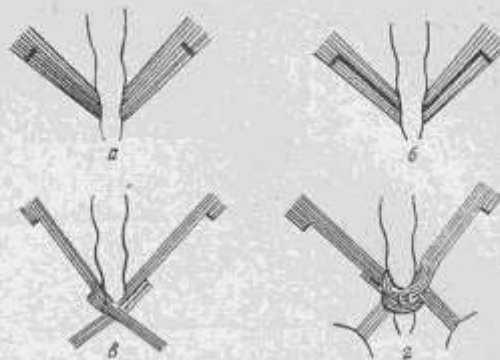
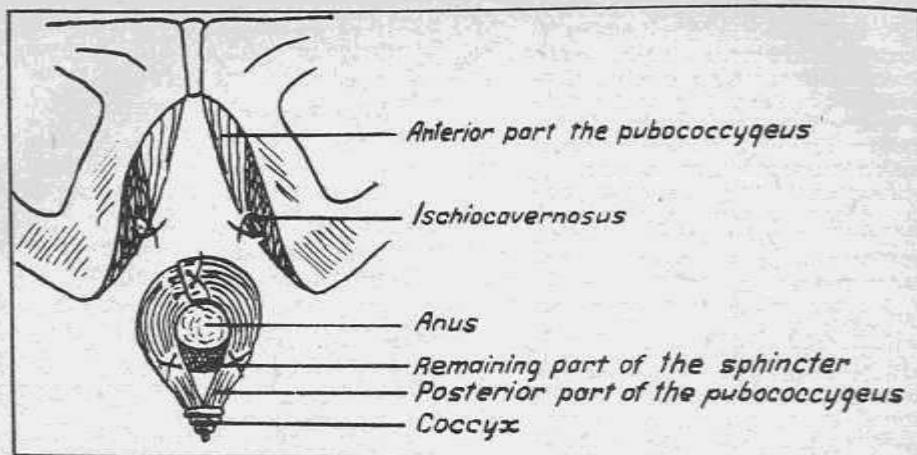


Рис. 112. Схемы, изображающие операцию В. Л. Хенкина:

а — леваторы выделены и надсечены; б — из леваторов выкроены продольные лоскуты; в — лоскуты оттянуты кверху; г — лоскуты обведены вокруг прямой кишки — одни справа налево, другой слева направо, сшиты между собой и подшиты к ягодичным мышцам соответствующей стороны. Рисунки из работы Хенкина.

L. S. Knapp (1939) предложил производить пластическое восстановление дефекта в сфинктере мышечным лоскутом на ножке, выкраиваемым из рядом расположенного леватора и поверхностной поперечной мышцы промежности. По заключению автора, анатомически это казалось удобным лоскутом на ножке, ния сфинктера, но метод может быть ограниченно использован. Автор приводит единственное собственное наблюдение, где эта операция дала хороший исход.



Р и с. 114. Метод Ингельмана-Сундберга.
Рисунок автора метода.

В 1948 году А. Ingelman-Sundberg установил, что лонно-копчиковые мышцы — леваторы могут быть разделены по середине или несколько парацентрально без потери тонуса и они способны сокращаться по воле больного. Таким образом, казалось возможным использовать заднюю часть этих мышц для замены разрушенной части анального сфинктера. Была запланирована и выполнена следующая операция.

Производится разрез в виде буквы Н. Отпрепаровывается влажным от дистальной части прямой кишки. Выделяются концы сфинктера. Леваторы освобождаются и разделяются по средней линии. Задние части этих мышц сшиваются вместе кетгутом. Оставшаяся часть поврежденного анального сфинктера вшивается между задней частью леваторов так, что образует мускульное кольцо вокруг заднего прохода. Передняя часть леваторов пришивается сбоку к тазовой стенке или к фасции ишиокавернозной мышцы, и операционная рана зашивается. Таким образом, в этой операции задняя часть леваторов используется как заменитель дефекта сфинктеров. Методика применялась при разрушении $\frac{2}{3}$ сфинктера после операции по поводу геморроя. Приведена краткая выписка из истории болезни больного, у которого после этой операции было создано мышечное кольцо. Сфинктер сокращался. Держание было полным. Срок наблюдений — 10 месяцев.

В 1950 г. С. N. Morgan опубликовал статью, в которой доказывал большое значение в пластической хирургии леваторов среди других мышц промежности.

А. Ingelman-Sundberg (1951) рассуждал: «Леваторы являются в равной степени произвольными и произвольными мышцами. Они находятся в состоянии некоторого постоянного тонуса, поэтому по своему положению и функции более других соседних мышц подходят для замещения отсутствующего и восполнения силы наличествующего, но ослабленного сфинктера прямой кишки». Второй разработанный им метод операции заключается в мобилизации и пересечении пристеночных отделов лонно-копчиковых мышц. Полученные мышечные лоскуты на задней ножке укладываются с боков и спереди от прямой кишки с захождением, параллельным расположением и здесь сшиваются. Получается

круговое мышечное кольцо. Автор применил эту операцию у двух больных с благоприятным исходом.

С. П. Протопопов разработал и описал (1959) метод промежностной ампутации прямой кишки с образованием запирающего жома из мышц, поднимающих задний проход. Основные этапы операции, частично представленные на рис. 115, таковы. Задний проход окаймляется круговым разрезом и зашивается наглухо. Разрез проводится парасакрально. Удаляется копчик. Выделяются леваторы и рассекается их соединение по средней линии. Отпрепаровывается, низводится прямая кишка и часть сигмы. Вскрывается мешок брюшины. Париетальная ее часть подшивается выше к низведенной сигме. Каждый леватор рассекается по ходу волокон. Полученные мышечные лоскуты отводятся с двух сторон от низведенной сигмы, сшиваются попарно один с другим и с низведенной кишкой. Таким образом, из леваторов соединяется новый мышечный вал, окружающий кишку. Прямая кишка с опухолью отсекается. Оставшаяся сигма подшивается к окружающим тканям и край в край к коже в парасакральной части разреза. На остальном протяжении рана зашивается, кроме переднего угла, через который выводятся тампоны с мазью Вишневского.

По данным С. П. Протопопова, к тому времени в институте имени А. В. Вишневского по поводу рака прямой кишки радикально было оперировано 136 больных. Летальность в первой серии наблюдений составила 5,4%, а на 96 промежностно-копчиковых ампутаций прямой кишки не было ни одной смерти. Сфинктер из леваторов по С. П. Протопопову был создан у 22 больных. Отдаленные результаты этой операции в статье не описаны.

В эту же группу следует отнести операцию, которую выполнил и в 1920 г. описал А. J. Brown. Сфинктер по методу Четвуда-Шемакера был создан из мышцы, поднимающей задний проход, а также применен операцией, которую предложил J. Izquierdo (1926).

J. P. Pantin с соавт. (1957) сообщил об атипичном использовании леваторов для восстановления функции прямой кишки у девочки 14 лет, которая в 6-летнем возрасте получила тяжелую травму промежности. Она более 7 лет ходила с левосторонним противоестественным задним проходом. В ано-вульварной области были грубые деформирующие рубцы. Через три месяца девочка была выписана после закрытия противоестественного заднего прохода. Восстановленный естественный анус обеспечивал полноедержание кишечных масс.

F. Mandache, J. Chiricuta (1957) довольно много пишут о лечении недержания, наступающего после радикальных операций по поводу рака, с низведением кишки на промежность. Пластические операции для восстановления кишечного держания они рекомендуют производить главным образом с использованием мышц, поднимающих задний про-

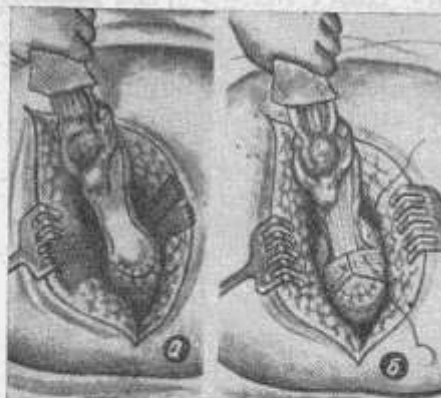


Рис. 115. Операция С. П. Протопопова: а — после резекции копчика выделены и отсечены у кишки мышцы, поднимающие задний проход, свободные их концы рассечены на глубину 2—3 см по ходу волокон, выпрепарована прямая кишка с опухолью; б — к кишке в глубине попарно подшиты рассеченные концы леваторов для создания в последующем сфинктера.

Рисунки автора метода.

ход. Но это самые ненадежные методы. Уже во время радикальной операции мышцы пересекаются, по крайней мере, на середине протяжения. Использовать для создания сфинктера короткие, в глубине малого таза расположенные остатки мышц практически не представляется возможным. И совершенно невозможно рассчитывать на их применение для этих целей в последующем, в более или менее отдаленные сроки. Лишившись второй точки прикрепления, они сокращаются, рубцово перерождаются, и через несколько недель их в малом тазу вообще невозможно разыскать. Может быть, поэтому отдельные авторы, рекомендуя использовать леваторы для пластики, не сообщают об отдаленных результатах этих операций.

В 1961 г. Н. Miller опубликовал обзорную статью, в которой кратко, теоретически, без ссылки на собственные наблюдения, охарактеризовал некоторые оперативные методы, предложенные для лечения слабости сфинктера прямой кишки.

L. Lombard-Platet, P. Meyer, J. P. Porta (1970) поделились опытом применения различных операций для восстановления сфинктера у 6 больных в возрасте 6, 26, 30, 58, 63 лет. У 4 больных получены хорошие результаты, у 1 — плохой и у 1 мышца активна, но нет полного держания.

ПЛАСТИКА СФИНКТЕРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДЛИННЫХ ПРИВОДЯЩИХ МЫШЦ БЕДРА

На заседании общества немецких хирургов в 1927 г. R. Goebell сообщил о возможности использовать для создания искусственного анального сфинктера приводящие мышцы бедра и рекомендовал следующего вида пластическую операцию. Не повреждая сосудисто-нервный ствол, выделяют поочередно длинные приводящие мышцы обоих бедер. Дистальные отделы мышц пересекаются. Свободные концы мышечных

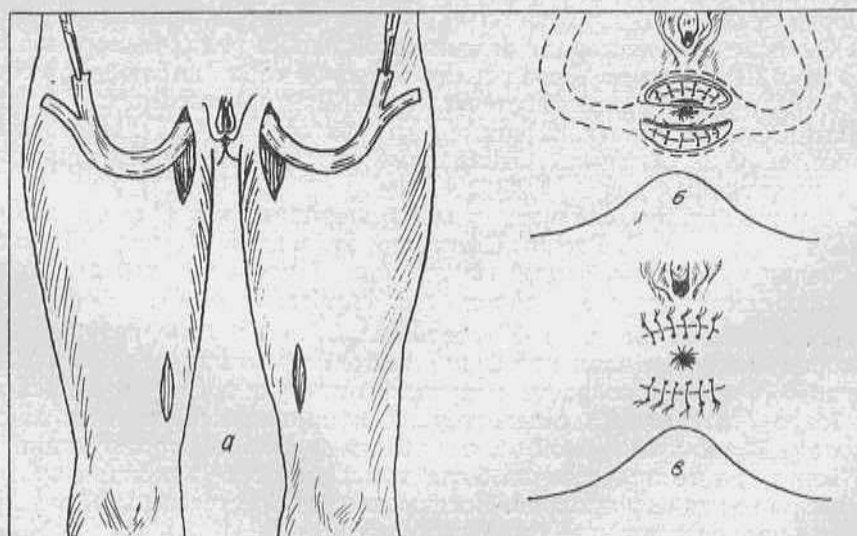


Рис. 116. Операция Гебелла:

a — из двух разрезов выделены, дистально пересечены, выведены в проксимальную рану и на свободном конце частично рассечены длинные приводящие мышцы того и другого бедра; *б* — свободные концы мышечных лоскутов по подкожным тоннелям выведены на промежность, расщеплены, их ножки попарно уложены и сшиты в обхват спереди и сзади анального отдела прямой кишки; *в* — кожные раны на промежности зашиты.

лоскутов расщепляются на две части, длиной 3—4 см каждая. Одна часть лоскута проводится в подкожном тоннеле спереди, другая—позади анального отдела прямой кишки. Концы мышечных лоскутов противоположных сторон сшиваются между собой. Тренировка нового сфинктера, начиная с 8-го дня после операции, производится электричеством. Эффект наступает через полгода после пластики. Эту операцию в первый раз автор выполнил у больной, перенесшей промежуточную ампутацию по поводу рака прямой кишки. Результат операции остался неизвестным, так как больная вскоре умерла от заворота кишечника.

В 1936 г. А. Richard описал следующую операцию, направленную на создание искусственного сфинктера прямой кишки. Кожный разрез производится вдоль длинной приводящей мышцы бедра. Мобилизуется и отделяется часть мышцы шириной 3 см, длиной 22—25 см и отсекается внизу так, чтобы сохранить сосудисто-нервные стволы, входящие в нее. Через маленькие нижний и верхний разрезы делаются подкожные тоннели вокруг ануса, в которые укладывается мобилизованное сухожилие мышцы и фиксируется к той же мышце в виде кольца. Автор сообщил об одном удачном исходе этой операции. Позднее (1958) он с соавторами поделился опытом пластических операций на прямой кишке с использованием нежных мышц бедра.

Т. Pasculescu (1960) наблюдал больную, 32 лет, которая была оперирована по поводу стенозирующего лимфогранулематоза прямой кишки. После заживления раны осталась большая рубцовая деформация с выпадением слизистой оболочки. Через 10 месяцев произведена мышечная пластика двумя головками длинных приводящих мышц бедра по А. Ричарду с положительным исходом.

К. Sillonvillo (1966) в Камбодже в госпитале Пномпеня наблюдал адъютанта армии, 38 лет, которому с целью лечения геморроя шарлатан инъецировал в область заднего прохода какой-то раствор. Развился обширный некротический процесс, распространившийся до паховых складок и корня мошонки. Больной поступил в лечебное учреждение с большой некротической, гнилостной раной, в которой трудно было найти задний проход. После отторжения некротических тканей постепенно произошло заживление раны с обширными рубцовыми изменениями тканей и с явлениями недержания. Выполнить мышечную пластику с использованием мышц было невозможно. Поэтому произвели операцию по Richard—Pickrell. «Результат был очень хороший. Пациент мог удерживать даже газы».

В дискуссии по поводу этой статьи М. Michel-Bechet сообщил, что длинную внутреннюю приводящую мышцу бедра он использовал для пластики у 7 больных. У трех женщин результат был хороший. У двух мужчин исход был посредственный, но все же достаточно удовлетворительный. Утром они опорожняли кишку, и днем было относительноедержание. У одного больного было нагноение в прекоксигеальной зоне. Потребовалось повторное вмешательство. У одного больного результат был

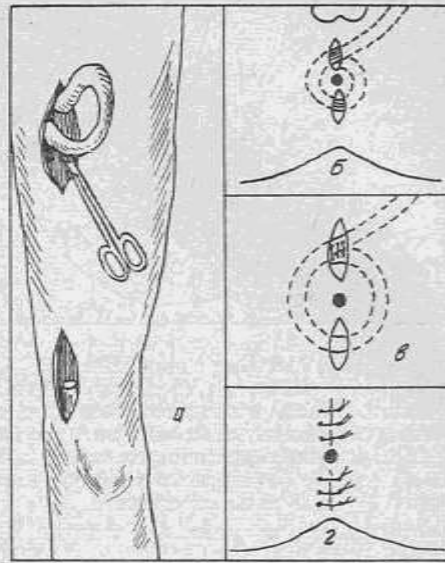


Рис. 117. Операция Ричарда:

а — на левом конце бедра через два небольших разреза выделена длинная приводящая мышца, дистально пересечена, выведена через проксимальный разрез, свободный ее конец концангом начинают проводить по подкожному тоннелю на промежность; б — конец мышцы подкожно проведен вокруг заднего прохода и швами фиксирован к телу той же мышцы; в — та же фигура показана в более крупном плане; г — кожные раны на промежности зашиты.



Р и с. 118. Операция Рапперта:
полоски выкроены из длинных приводящих мышц, проводятся через подкожные тоннели, обвиваются вокруг выпрепарованного дистального отдела прямой кишки, фиксируются к нему, кожные раны зашиваются.

Рисунок из работы Рапперта.

ла выписана с зажившими ранами, но с рецидивировавшим выпадением прямой кишки. Сфинктер был так рубцово изменен, что не реагировал на электрические раздражения. Через год Е. Rappert оперировал ее разработанным им методом. Через циркулярный разрез на границе между слизистой оболочкой и кожей задний проход и прямая кишка были выпрепарованы на глубину 10 см. Не было найдено волокон сфинктера. Из продольных разрезов на задне-внутренней поверхности того и другого бедра выкроены полоски из длинных приводящих мышц бедра, толщиной и шириной в 2 см, длиной до 15 см на верхней ножке. При электрическом контроле они реагировали на раздражение. Свободные концы полосок через подкожные тоннели проведены в первую рану. Ими циркулярно окутан справа налево и слева направо выпрепарованный конец кишки. Полоски фиксировались к кишке швами. Кишка погружена и подшита на прежнее место. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выпадение кишки прекратилось. Через полгода пациентка могла сокращать пересаженные полоски, но эта сила была недостаточна и снова начало появляться выпадение кишки. Е. Rappert решил, что необходимо прекратить этот прогрессирующий процесс, нарушающий результаты первой его операции. Он произвел срединную лапаротомию. Очень длинную сигму в максимально натянутом виде фиксировал к селезеночному углу толстой кишки и к левой боковой стенке брюшной полости. После некоторых послеоперационных осложнений пациентка обрела полное здоровье. Выпадение кишки окончательно прекратилось. Восстановилось полноедержание, нормальный стул, работоспособность. Эту операцию, также с успехом, позднее произвел М. Mitrovic (1962).

Z. Giordjevic (1968) из Аддис-Абебы (Эфиопия) также использовал длинную приводящую мышцу одного бедра. Он писал, что эта мышца длиннее других (это необоснованное утверждение. — А. А.) и более удобна для выполнения операции. Сухожилие мышцы должно быть отделено от внутреннего мыщелка бедра, и порция мышцы выделена до верхней трети, где в нее входит иннервирующий ее запирающий нерв, «который обеспечивает хорошую моторную функцию, чего нет при пересадке других мышц, расположенных поблизости». По подкожному тоннелю сухожилие и мобилизованная часть тела мышцы перемещаются на промежность, проводятся вокруг заднего прохода, и сухожилие подшивается к телу той же мышцы. Таким образом, эта операция полностью напоминает метод, ранее (в 1936 г.) описанный Ричардом. Остается проблема — как синергизировать перистальтику прямой кишки и открытые вновь образованного сфинктера при дефекации. По мнению автора, эта проблема обычно разрешается положительно на протяжении 2—3 месяцев после операции волевыми усилиями пациента при помощи тазовой диафрагмы и брюшного пресса.

совсем неблагоприятный. К этому М. Redon добавил, что пластическая операция не должна производиться, если пересадка мышц невыполнима.

В 1952 г. Е. Rappert описал поступившую под его наблюдение 2/IV 1926 г. больную, 28 лет, у которой во время родов произошел полный разрыв промежности. После произведенной гинекологической операции — ушивания разрыва — не наступило полного выздоровления. Остались явления недержания, а затем появилось значительное выпадение прямой кишки и полное недержание. В 1944 г. больная была оперирована хирургом по поводу выпадения прямой кишки, пересажена фасциальная полоска под кожу вокруг заднего прохода по Киршнеру. Послеоперационный период осложнился тяжелой раневой инфекцией, восходящим тромбофлебитом таза. Полоска некротизировалась и отторглась. Через 4 месяца больная бы-

В статье приводится одно наблюдение.

Это был больной 32 лет. Два года тому назад он был оперирован по поводу геморроя и выпадения слизистой оболочки прямой кишки. В послеоперационном периоде сразу же его стали беспокоить ложные позывы. Развилась картина полного недержания кишечного содержимого. Он был очень угнетен и настаивал на немедленной операции. Исследование показало, что сфинктер у него совершенно не функционировал. Автором статьи больному была произведена операция по описанному методу. Через 6 месяцев пациент был обследован. Результат операции — полный успех.

ПЛАСТИКА СФИНКТЕРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ БЕДРА

Новый вид операции для пластического восстановления жома прямой кишки описал румынский хирург Т. Pasculescu (1960). После резекции у больного прямой кишки по поводу лимфогранулематоза, поразившего мышечной жом кишки, автор с успехом использовал прямую мышцу бедра. Было пересечено дистальное прикрепление мышцы.

Образованный таким образом мышечный лоскут на проксимальной ножке был подкожно проведен на промежность. Здесь свободный конец его был рассечен продольно на протяжении 5 см. Каждая половина лоскута подкожно встречно проведена вокруг заднего прохода с последующим сшиванием концов лоскута на противоположной стороне.

Эту операцию нет основания считать рациональной по следующим соображениям. Она травматична и, несомненно, в известной степени нарушает функцию крупной, важной при ходьбе мышцы бедра. Иннервация и питание этой мышцы, перемещенной под прямым углом на значительное расстояние, нарушается. Поэтому она не обеспечивает активных, подчиненных коре головного мозга сокращений для замыкания заднего прохода. Отмеченный автором ближайший благоприятный результат может быть объяснен механическим замыканием, сдавлением пересаживаемым лоскутом просвета заднего прохода. В дальнейшем такой лоскут, как правило, подвергнется рубцовому перерождению, полностью утратит активную сократительную способность и функцию замыкания. Других сообщений о применении этой операции в литературе не последовало.

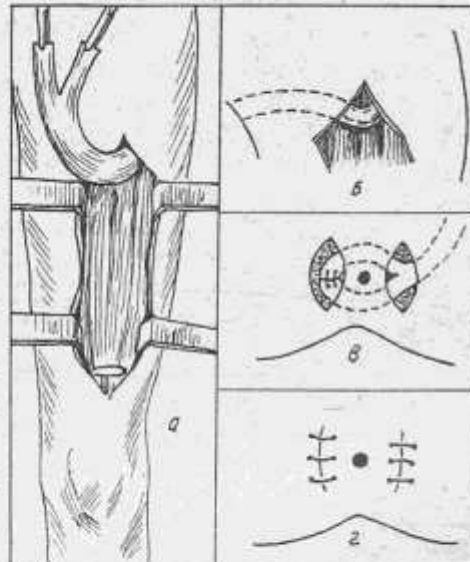
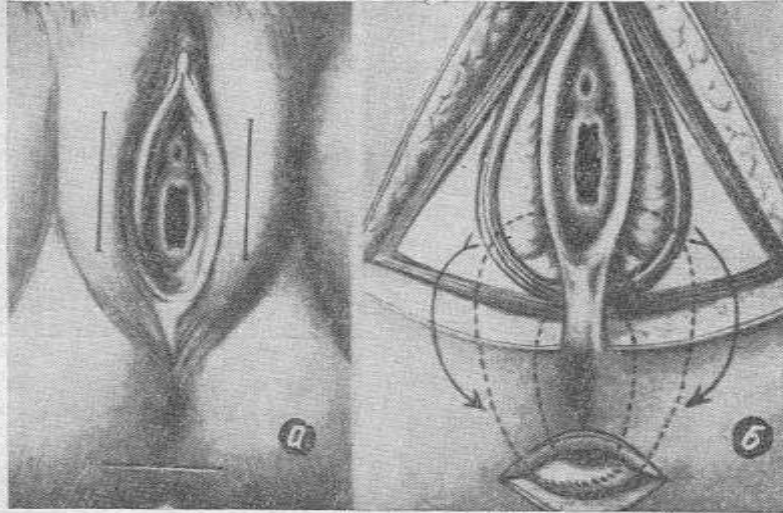


Рис. 119. Операция Паскулеску:

а — из прямой мышцы левого бедра выкраен мышечный лоскут, свободный конец которого рассечен; б — лоскут проведен под кожей бедра на промежность; в — концы рассеченного лоскута проведены под кожей с двух сторон от заднего прохода и с противоположной стороны сшиты; г — раны на промежности закрыты.

ПЛАСТИКА СФИНКТЕРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛУКОВИЧНО-ПЕЩЕРИСТЫХ МЫШЦ

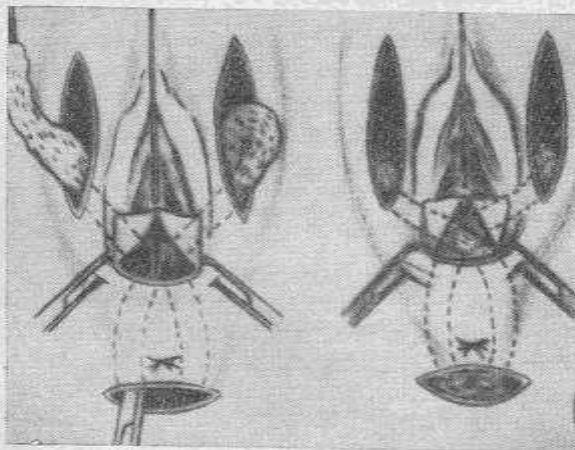


Р и с. 120. Операция Гольтермана:

а — продольные кожные разрезы на больших половых губах и поперечный разрез на промежности позади заднего прохода; б — показано перемещение луковично-пещеристых мышц под кожей с боков от заднего прохода и сшивание их в задней ране.

Рисунки из работы Гольтермана.

Для укрепления сфинктера прямой кишки у женщин С. Holtermann (1939) предложил использовать луковично-пещеристые мышцы. Разрезы делаются по большим срамным губам. Мобилизуются луковично-



Р и с. 121. Видоизменение, внесенное Юнгхансом в операцию Гольтермана:

выделенные на ножке луковично-пещеристые мышцы вначале перекрещивают через поперечный разрез на передней промежности, а затем проводят с боков от заднего прохода и сшивают в глубине заднего разреза.

Рисунки из работы Юнгханса.

но-пещеристые мышцы в передних $\frac{2}{3}$ их протяжения, в передней части пересекаются, перекидываются на 180° назад, через подкожные тоннели проводятся справа и слева от заднего прохода и позади от него через дополнительный разрез сшиваются. Вокруг заднего прохода создается дополнительное мышечное кольцо. Пересаженные мышцы, по наблюдениям автора, начинают функционировать через 2—2,5 месяца. С. Holtermann эту операцию выполнил у 4 больных с положительными результатами.

Е. Junghans (1952) внес изменение в эту

операцию. Мобилизованные мышцы он не просто перемещал назад на 180°, а предварительно через дополнительный поперечный разрез впереди от заднего прохода перекрещивал мышечные полоски, а затем уже проводил их подкожно вокруг заднего прохода и позади него сшивал. Примененная у двух больных такая видоизмененная операция также дала удовлетворительные результаты.

В 1942 г. Н. Martius с успехом воспользовался луковично-пещеристыми мышцами для закрытия широкого мочепузырно-влагалищного свища у больной.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЯХ И НАРУШЕНИЯХ ФУНКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

Все травматические повреждения прямой кишки прежде всего следует разделить на две большие группы — повреждения мирного и военного времени. Боевые огнестрельные травмы прямой кишки описаны в первом томе настоящего Руководства (с. 432—483). Сравнительно редко встречающиеся в мирное время травмы описаны также в первом томе (с. 327—432). Там представлено 9 групп различных повреждений прямой кишки в мирное время. Из них в следующем разделе этой главы мы рассмотрим линейные травмы, наносимые преимущественно режущим инструментом хирурга случайно или при нерациональном оперативном лечении параректальных свищей, трещин, а также некоторых других заболеваний. Остальные разнообразные механические травмы мирного времени с повреждением сфинктера, нарушением замыкательной и резервуарной функции прямой кишки будем без подразделений разбирать в этом разделе.

Как разнообразны виды травм мирного времени, так чрезвычайно разнообразны их последствия, то есть всевозможные деформации прямой кишки, нарушающие ее функцию. При большой вариабельности деформаций кишки после травм у каждого больного приходится индивидуально избирать вид и детали пластической операции для восстановления формы и функции кишки.

Для примера в качестве сравнения можно упомянуть операцию при аппендиците. Там имеется три основных доступа-разреза тканей брюшной стенки, несколько незначительно различающихся деталей удаления самого червеобразного отростка. Правда, в зависимости от вариантов расположения отростка, формы его воспаления могут быть различные сложности при его удалении. Но в общем аппендэктомия — это типовая операция, ежегодно выполняемая в огромных количествах у сотен тысяч, миллионов людей во всех странах. Техника ее хорошо известна, быстро усваивается. Операцию выполняют начинающие хирурги с первых дней врачебной работы и даже студенты старших курсов под руководством преподавателей.

Другое дело — пластическая хирургия. Даже пластические операции на поверхности человеческого тела чрезвычайно разнообразны, хотя при этом приходится иметь дело с пассивным органом — кожей, и операции производятся, как правило, в одной плоскости. Тем не менее, предложено множество методов кожной пластики, и каждая операция — пересадка кожи — строго индивидуальна.

Еще сложнее дело обстоит, когда пластические операции производятся на органе, выполняющем две основные функции — резервуарную и эвакуаторную. Для обеспечения этих функций у прямой кишки имеется большое число анатомо-физиологических приборов — мышцы, нервы, слизистая оболочка и пр. — и связей — с корой головного

мозга и по существу со всеми внутренними органами. Нарушение одной только мышцы — наружного сфинктера самым пагубным образом отражается как на работе этого органа — грубо нарушаются основные резервуарная и эвакуаторная функции, — так и на состоянии всего организма, прежде всего на морально-психическом облике человека.

А ведь анатомо-физиологических нарушений прямой кишки, кроме простого недержания кишечного содержимого, очень много в зависимости от причин и следствий. Здесь различные деформации, сужения, недержания при нарушении всех слоев стенки кишки, главным образом, ее мышечных слоев, нервной системы. И основное — восстанавливать необходимо не только и не столько анатомическую форму, сколько функцию прямой кишки. Это особенно трудно сделать, когда, например, полностью утерян сфинктер или нарушена его иннервация.

В нашей клинике лечилось большое число больных с острыми невоенными травмами прямой кишки, из них у 10 повреждение было получено при «падении на кол», у 8 — рогом животного и др. В ближайший период после травмы лечебная помощь заключалась в приведении раны в возможное асептическое состояние путем иссечения особенно загрязненных, некротических участков ее краев и дна, в промывании растворами антисептиков, антибиотиков и в первичном зашивании раны с выпускником. При этом особое внимание обращалось на восстановление целостности сфинктера. Приведем несколько примеров из наших наблюдений.

Ребенок, 5 лет. Получил травму промежности, нанесенную рогом животного. В клинику поступил через двое суток. На внутренней поверхности левой ягодичной области имелась рана размером 5×1,5 см, которая проникла в просвет прямой кишки. Задний проход зиял. Наблюдалось полное недержание кишечного содержимого. Под масочным эфирным наркозом зашита рана окружающих тканей, стенки прямой кишки, сфинктера. Первичное заживление. Функция кишки полностью восстановилась.

Если больной поступает под наблюдение хирурга поздно с явлениями флегмонозного воспаления краев и дна раны, то зашивать ее не следует. Достаточно такую рану обработать антибиотиками, устранить карманы, гнойные затеки, если они имеются, заполнить рану тампонами с мазью Вишневского и, при тяжелых повреждениях, может быть, наложить временный противоестественный задний проход. В последующем, после ликвидации обширных воспалительных явлений в ране, можно произвести вторичное ушивание ее. Приведем несколько наблюдений из нашей практики.

Больная А., 51 года. Поступила через 3 дня после ранения промежности рогом животного. Сразу после травмы отметила недержание газов. Слева от заднего прохода имелась загрязненная рана размером 6×1,5 см, проникавшая в просвет прямой кишки. Лечение проводилось консервативным методом. Через месяц рана зажила. К тому времени исчезли явления недержания. У этой больной не было полного поперечного нарушения сфинктера, поэтому функция его довольно быстро восстановилась.

Больной М., 18 лет. Гусеница трактора проехала по области таза. Наступил сложный перелом костей таза и разрыв прямой кишки через сфинктер вверх на 8 см по задне-левой стенке. После лечения в течение месяца в сельской районной больнице поступил в клинику с явлениями обширной глубокой тазовой флегмоны, с полным недержанием кишечного содержимого. Выписан из клиники через 8 месяцев с рубцовой деформацией прямой кишки, явлениями полного недержания. На последующую пластическую операцию не дал согласия.

После свежих травм пластические операции восстановления формы и функции прямой кишки можно предпринимать в различные сроки. Если больной поступает в первые 24 часа или в последующие сутки без выраженных флегмонозных, воспалительных изменений тканей вокруг раны, то зашивание стенки кишки и дефекта окружающих тканей следует предпринимать немедленно, с обработкой антибиотиками и временным дренированием ушитой раны.

При поступлении больного для лечения на 3—4-е сутки и позднее с ясно выраженным флегмонозным воспалением зашивание раны, как

уже говорилось, не показано. Достаточно расширить рану, обработать антибиотиками, обеспечить тампонаду и дренаж. В последующем, после исчезновения реактивных воспалительных явлений в стенках раны, можно и должно предпринять ушивание по типу наложения вторичных швов на гранулирующую рану.

Наконец, при самостоятельном заживлении раны после травмы прямой кишки с нарушением сфинктера последующую пластическую операцию следует предпринимать в среднем через полгода—год по двум следующим соображениям. Во-первых, больной устал от всех этих переживаний — неожиданная травма, часто осложняющаяся более или менее тяжелым воспалением окружающих тканей, недержанием каловых масс, длительным заживлением. Во-вторых, опыт показывает, что после травмы прямой кишки с повреждением сфинктера и самостоятельным заживлением раны явления недержания могут быть временными. Последующее рубцевание, уплотнение фиброзных масс может сблизить разошедшиеся после травмы мышечные волокна сфинктера, и явления недержания в значительной степени или даже полностью исчезают. Состояние, которое устанавливается через год, обычно остается без улучшения и в последующие годы. Поэтому необходимо предупреждать больного, чтобы через год после окончания лечения по поводу травмы прямой кишки самостоятельно или при консультации с хирургом он решал вопрос — удовлетворяет ли его состояние в смысле держания кишечных масс или нет. Если нет, то следует ли и если да, то какую предпринять операцию для восстановления функции держания. Этот вопрос решать будет уже специалист-проктолог.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СФИНКТЕРА ПРИ ЛИНЕЙНЫХ ЕГО ПОВРЕЖДЕНИЯХ

Линейное повреждение сфинктера может произойти при различных условиях, но чаще всего оно является следствием лечения параректальных свищей. Некоторые хирурги еще применяют операцию рассечения свищей независимо от их местоположения. Но известно, что канал у 30—40% свищей располагается кнаружи от сфинктера. Значит, при рассечении свища у этих больных повреждается весь поперечник круговой запирающей мышцы. Происходит расхождение ее волокон и вторичное заживление раны. Предполагается что рубец восполнит сфинктер. Иногда действительно наблюдается восстановление функции сфинктера после его рассечения. П. И. Тихов в учебнике по частной хирургии (1916, 2, 438) писал: «Лечение сводится к рассечению свищевого хода. При этом нечего стесняться в смысле опасения повредить сфинктер. Повредить его неизбежно придется, но раз части сфинктера не удаляются, а он только рассекается, то большой беды не будет, так как на функцию такое рассечение сфинктера существенного влияния не окажет. После операции иногда огромная, множественная рана тампонируется и оставляется для заживления вторичным натяжением. В обычных условиях заживление идет энергично и даже удивительно быстро». Аналогично писал Н. И. Махов: «Наружный мышечный жом, пересекаемый при лечении свищей прямой кишки, срастается через некоторое время вторичным натяжением по мере заживления раны прямой кишки, и деятельность жома восстанавливается». Следовательно, появление рубцовой соединительной ткани между концами поперечно пересеченного мышечного жома не изменяет его деятельности, если жом и анальный отдел прямой кишки сохра-

няют подвижность и форму. А. Н. Рыжих при оперативном лечении свищей для создания покоя и лучшего заживления раны рекомендовал рассекать сфинктер на глубину до 2,4 см со стороны просвета заднего прохода по передней или задней поверхности независимо от месторасположения свища. Автор ссылался на функциональную безопасность такого вмешательства.

Эти и подобные им априорные рассуждения других авторов всегда казались нам необоснованными, но фактических данных ни у нас лично, ни в литературе не имелось, чтобы сказать точно, какие функциональные и анатомические изменения претерпевает сфинктер после нарушения его целостности. Необходимо было выяснить это для установления правильной и объективной точки зрения при решении вопроса о рассечении сфинктера.

Наш бывший сотрудник С. А. Родкин, работая над кандидатской диссертацией (1959), изучал клинически и экспериментально отдаленные результаты нарушения целостности сфинктера заднего прохода после оперативных вмешательств, а также травм военного и мирного времени. Оказалось, что частичное рассечение мышечных волокон наружного сфинктера в одном направлении не нарушает акта дефекации, но ослабляет силу сфинктера на 10—15 единиц по сфинктерометру. Неполное рассечение в двух направлениях приводит к временному недержанию газов и жидкого кала и уменьшает силу сфинктера на 30—35 единиц. В ближайшие 3—4 недели явления недержания исчезают. Полное рассечение сфинктера в одном направлении приводит к стойкому недержанию газов и кала и уменьшению тонуса сфинктера вдвое против нормы. Полное нарушение целостности сфинктера в двух и больше направлениях приводит к стойкому недержанию кишечного содержимого и безвозвратной утере функции сфинктера.

Клинические наблюдения С. А. Родкина охватывали 35 больных с нарушением целостности сфинктера заднего прохода. У 25 больных было рассечение свищей прямой кишки. При этом частично или полностью нарушались волокна наружного или одновременно и внутреннего сфинктера. Из 25 больных только у 6 в послеоперационном периоде не наблюдалось недержания кала и газов. У 19 были явления недержания, из них у 15 они имели временный характер и у 4 оставались на протяжении всего периода наблюдения, то есть от 3 до 5 лет.

У одной больной было предпринято иссечение рубца и восстановление сфинктера заднего прохода. В послеоперационном периоде было частичное нагноение операционной раны. В дальнейшем явления недержания несколько уменьшились, но в значительной степени оставались при длительном наблюдении.

Еще у одной больной, наблюдавшейся нами лично и не вошедшей в статистику С. А. Родкина, после рассечения внесфинктерного свища остался широкий рубец с зиянием сфинктера и полным недержанием кишечного содержимого. Рубец был иссечен под местной анестезией, и сфинктер восстановлен швами. Рана зажила первичным натяжением. Функция прямой кишки полностью восстановилась.

В суммированные С. А. Родкиным наблюдения вошли 6 больных с травматическим повреждением сфинктера заднего прохода в быту и 2 больных после полного рассечения сфинктера на передовых этапах эвакуации, в медсанбате, по поводу ранения прямой кишки. У 7 из этих 8 больных были явления полного и у 1 больного — частичного недержания кишечного содержимого.

Нарушения формы и функции сфинктера после рассечения его при лечении параректальных свищей имеют сравнительно однотипный характер. На месте рассечения концы нарушенных волокон сфинктера расходятся. Чем больше рассечено волокно, тем более глубокая и широкая рана остается на месте вмешательства. После заживления ее остается втянутый рубец, нарушающий герметизм анального кольца. Просвет анального канала получает вид ушной сережки.

Простейшим вмешательством при такой деформации является иссечение рубца на всю глубину. Разошедшиеся волокна сфинктера стягиваются в 2—3 этажа кетгутовыми швами. Кожная рана зашивается шелковыми швами. Кроме того, мы обязательно накладываем 2—3 глубоких прочных шелковых шва, проникающих под дно зашитой раны. Эти поддерживающие швы предохраняют ее от расхождения при первых дефекациях. Они снимаются не ранее чем через 14—15 суток.

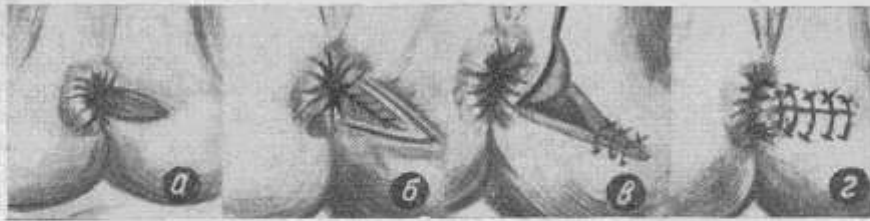


Рис. 122. Простое иссечение линейного рубца, деформирующего задний проход:

а — линейный разрез деформирует канал заднего прохода, как сереежку для уха;
 б — произведен разрез под острым углом для иссечения рубца; в — рубец иссекается, рана зашивается; з — рана зашита.

Для коррекции сфинктера при более широких параанальных кожных рубцах со значительным расхождением волокон круговой мышцы мы разработали более сложную операцию с полным иссечением кожного рубца и 3—4-этажным сшиванием разошедшихся волокон сфинктера, как показано на рис. 123.

Однако, несмотря на самое тщательное, максимально атравматичное, асептическое выполнение этих операций, у большинства больных происходит нагноение раны, полное ее расхождение и в дальнейшем еще более стойкие явления недержания. Инфицирование раны почти неотвратимо. В ближайшие после вмешательства дни происходит акт дефекации. Каловые массы проходят по поверхности раны вдавливаются в ее просвет. Последствия — нагноение, расхождение. Поэтому уже в ранние годы изучения проблемы пластических операций в проктологии мы пришли к следующим основополагающим выводам.

Сложные пластические операции открытым путем на области заднего прохода делать нужно лишь при особых показаниях, выполнять очень тщательно, и зашитые раны области анального канала следует не менее 2 недель предохранять от соприкосновения с каловыми массами. Это можно сделать разными путями: а) заклеивать зашитую рану коллодием или кожным клеем, б) держать больного на голодной диете, задерживать стул до 14-го дня замедляющими перистальтику кишечника средствами, в) накладывать предварительно противоестественный задний проход. Тогда, при отведении кишечных масс, операции в области заднего прохода чаще всего завершаются первичным натяжением. Первые два метода далеко не всегда предохраняют от нагноения раны. Наиболее надежен, хотя и не очень желателен и больные на него не всегда соглашаются, третий метод. Мы неоднократно пользовались наложением временного противоестественного заднего прохода для последующего

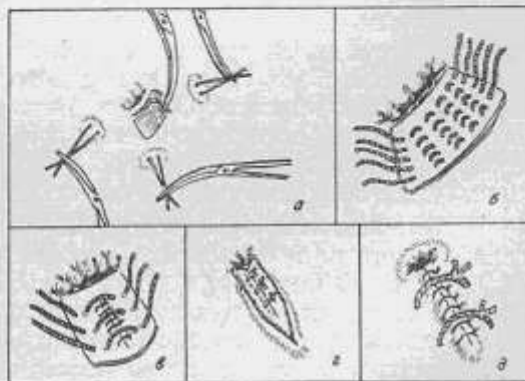


Рис. 123. Нарушение сфинктера рогом быка, больная С.:

а — подтягиванием за кожные держалки растянута перинальная область, широкий кожный рубец иссечен; б — сборными кетгутowymi швами зашиваются глубокие отделы раны вместе с разошедшимися, покрытыми рубцами, поврежденными волокнами сфинктера; в — накладывается второй ряд кетгутowych швов; г — наложен третий ряд наружных швов; д — кожная рана зашита, кроме обычных швов наложены под все слои раны два глубоких прочных поддерживающих шва.

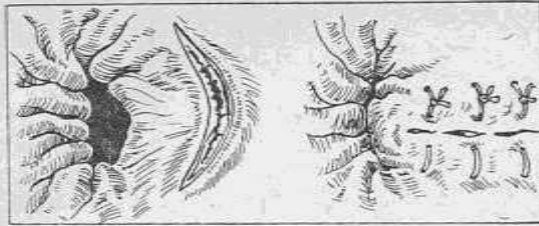


Рис. 124. Операция Тейт-Лаусона при рубцовой деформации анального канала.

выполнения сложных пластических операций на прямой кишке. Особенно это необходимо, если у больного уже безуспешно предпринимались такие операции.

При всех обстоятельствах прямое иссечение рубца, деформирующего задний проход, сшивание сфинктера и зашивание раны

— далеко не лучший способ избавить больного от недуга. Поэтому мы упорно искали лучшие методы для успешного завершения этих разнообразных и не всегда простых операций.

Известный английский хирург-проктолог I. P. Lockhart-Mummery (1933) писал, что он консультировал офицера, которому при оперативном лечении параректального свища был рассечен сфинктер. Осталось недержание кишечного содержимого. Повторные операции не дали благоприятного результата. Автор много раз оперировал по поводу свищей, всегда без повреждения сфинктера и никогда не наблюдал недержания.

Для восстановления функции сфинктера, поврежденного во время операций по поводу параректальных свищей, J. R. Block (1959) рекомендует иссекать всю толщу рубца между концами сфинктера, сблизить расщепленные участки леваторов и разъединенных концов сфинктера. Наружная рана дренируется. Важное значение отводится подготовке кишечника антибиотиками.

В 1879 г. Tait-Lowsson описал операцию, при которой рубец не иссекается и рана, нанесенная и зашитая во время вмешательства, находится в стороне от прохождения каловых масс. Как показано на рис. 124, у основания рубца делается чуть дугообразный разрез, открытый внутрь. Рубцовые ткани распрепаровываются, смещаются внутрь. Рана, нанесенная вертикально, зашивается горизонтально. Этим принципом перемещения тканей мы иногда пользуемся в пластической хирургии, но операцию Тейт-Лаусона в типичном виде ни разу не применяли. Этот метод на первый взгляд и особенно в графическом изображении несложен. Однако очень трудно герметично в рубцовых тканях зашить поперечно рану, нанесенную продольно, и добиться первичного заживления при расположении ее в 2 см от заднего прохода. Автор этой операции почти не нашел последователей.

Для укрепления первично слабо функционирующего сфинктера или ослабленного в результате повреждения в одном направлении J. P. Lockhart-Mummery (1914) предложил производить пластическую операцию, заключающуюся в сшивании задних волокон поверхностных порций наружного сфинктера прямой кишки. Больной лежит в положении, как для геморроидэктомии. Позади анального отверстия производится открытый кпереди дугообразный разрез с вершиной дуги у конца копчика. Кожный лоскут отпрепаровывается и откидывается кпереди. Выпрепаровываются задние пучки поверхностной порции сфинктера и сшиваются по средней линии. Накладываются кожные швы.

Рассуждая теоретически, трудно одобрить этот метод операции. Известно, что захваченная швами часть мышечных волокон фиброзно перерождается. Поэтому не усиление, а ослабление сократительной

способности мышцы наступит после затягивания швами ее волокон. Может быть, временно в результате операции наступит механическое сдавливание просвета заднего прохода, но в последующем оно может смениться прогрессирующим растяжением и расслаблением сфинктера.

В 1948 г. W. Birnbaum без ссылки на Tait-Lowsop, снова описал эту же операцию, правда, в несколько ином графическом и фактическом изображении, но идея осталась та же. Новые детали заключаются в том, что W. Birnbaum слегка дугообразно нанесенную рану зашивает в поперечном направлении не шелковыми швами, а двумя пластинчатыми проволочными швами. Для извлечения этих проволочных швов через каждый из них во время операции в глубине раны накидывается еще одна проволочная струна, оба конца которой рядом проводятся через ткани противоположной стенки раны и выводятся в одно кожное отверстие. Под пластинку автор рекомендует помещать марлевую прокладку, «чтобы не было раздражения». На 14-е сутки пластинки приподнимаются, под ними проволочные швы пересекаются и при потягивании за струны противотяги извлекаются в противоположном направлении. Автор сообщает, что эта процедура проделана у 3 больных с хорошими результатами.

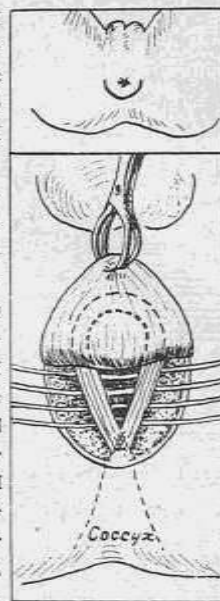


Рис. 125. Операция Докерт-Маммер.
Рисунок из работы автора.

Эту мысль о применении пластинчатых швов с проволокой из нержавеющей стали подхватили S. Leider and H. Peskin (1951) для сшивания сфинктера «при травматической анальной недостаточности». Они из небольшого полуовального разреза подошли к месту повреждения сфинктера. У описанной больной, 24-летней женщины, недержание явилось результатом хирургического лечения периаанального абсцесса и параректального свища. Была освежена поврежденная, покрытая рубцами часть сфинктера, при этом старались не повредить наружную его часть «для предупреждения нарушения васкуляризации и иннервации мышцы». Затем на освеженные края мышцы были наложены швы, как разработал S. Bunnell (1944) для сшивания сухожилий (петлеобразный шов). Концы швов из нержавеющей стальной проволоки № 30 выведены на кожу и закреплены на пластинках. Чтобы предоставить «продолжительный период отдыха для заживления сближенных мышечных концов», больной был наложен временный противоестественный задний проход. Через 21 день удалены проволочные швы, через 2 месяца ликвидирован противоестественный задний проход. Пациентка имела достаточноедержание.

Такие же петлеобразные швы Банеля на три года раньше (1948) применял M. R. Turell с соавт. для восстановления линейных дефектов сфинктера. Он отсекал рубцовую ткань. Освеженные края круговой мышцы сшивал не проволокой из нержавеющей стали, а нулевым хромированным кетгутом с атравматическими иглами. Второй отличительной особенностью его операции является ушивание мертвых пространств под сшитыми концами мышцы и третьей — оставление кожной раны незашитой.

P. C. Blaisdell (1939—1961) сравнительно много уделял внимания восстановлению нарушенного сфинктера прямой кишки. Причем на-

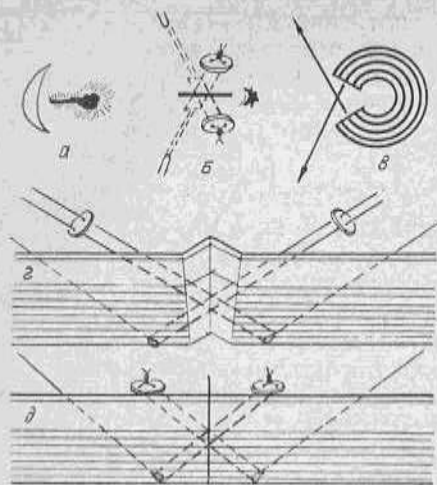


Рис. 126. Метод Бирибаума:

а — снаружи от дефекта сфинктера произведен дугообразный разрез; *б* — двумя проволочными пластинчатыми швами рана зашита в противоположном направлении, у каждого шва оставлена противотяга для извлечения шва в обратном направлении; *в* — на схеме стрелками показано, как стягиваются разошедшиеся волокна сфинктера; *г, д* — та же методика дана на разрезе.

рядом с интересными, полезными методами некоторые его предложения нельзя назвать рациональными. Так, при линейном повреждении и большом дефекте сфинктера со значительным расхождением его концов он предложил остроумную пластическую операцию. Из двух фигурных разрезов по обеим сторонам дефекта, как показано на рис. 128, выпрепаровываются концы отошедшего сфинктера и подшиваются к оставшейся узкой тканевой перемычке несколькими швами с каждой стороны. Кожные швы накладываются так, что продольный диаметр раны становится поперечным, значительно повышается прочность, еще стягиваются концы разошедшегося сфинктера.

В статье «Восстановление держания сфинктера заднего прохода» (1940) он описывает сразу 2 из разработанных им методов. Первый — для устранения линейных поражений сфинктера — заслуживает внимания. В 1—1,5 см от участка поражения автор делает круто дугообразный разрез, откидывает внутрь кожный лоскут, иссекает рубец из толщи сфинктера, а освещенные концы его сшивает. Этот метод у 42% больных закончился хорошими результатами, у 39% исход был удовлетворительный и у 25% — неудовлетворительный.

Но второе предложение того же автора никак нельзя назвать рациональным и приемлемым. На приложенных схемах и рисунках хорошо демонстрируется основная мысль: вмешательство производить не на поврежденной части сфинктера, а из его здоровой части создавать ишивать петлю-дубликатуру, таким образом уменьшить протяженность растянутого сфинктера, сузить просвет заднего прохода. На ри-

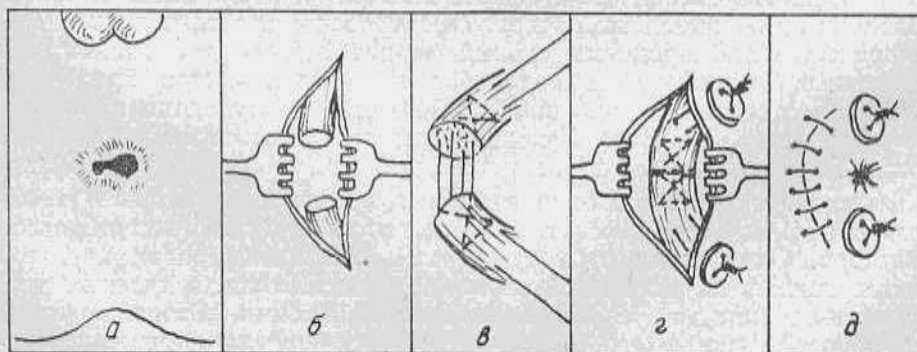


Рис. 127. Метод Лейдера и Пескина:

а — рубцовый дефект сфинктера; *б* — через слегка дугообразный разрез освежены края разошедшейся части сфинктера; *в* — наложены швы Ванеля из нержавеющей стальной проволоки; *г* — швы проведены через кожу и закручены на пластинках; *д* — кожная рана зашита.

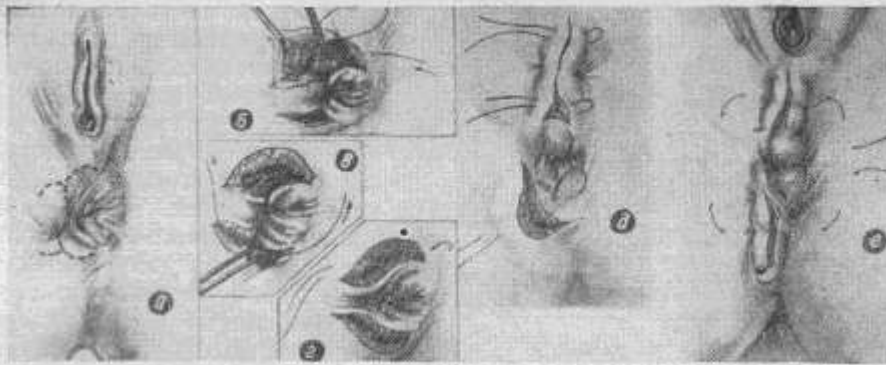


Рис. 128. Операция Блейсдела:

а — кожные разрезы; б — в верхней ране выпрепарован сфинктер и подшит к имеющемуся между разрезами мостику тканей; в — то же, в нижнем разрезе; г — наложен первый кожный матрацный шов в поперечном направлении; д — накладываются другие кожные матрацные швы так, что продольные диаметры ран становятся поперечными; е — широко вокруг заднего прохода накладывается общий съёмный кисетный шов.
Рисунки из работы Блейсдела.

сунках это получается как будто хорошо и убедительно, но логики в этой операции нет. Во-первых, пораженная, рубцово перерожденная часть сфинктера так и остается дефектной, зато функцию здоровой части пытаются этой операцией ограничить. Во-вторых, не просто, а очень сложно и даже невозможно из здоровой части сфинктера создать такую складку-дубликатуру, как показано на рисунке. В-третьих, если даже удастся такую складку создать и ушить ее в виде дубликатуры сфинктера, то естественный постоянный тонус, сокращения этой мышцы, растяжения при дефекации непременно приведут к прорезыванию швов. Мышца примет прежнее положение, но после рассечения ее многими прорезавшимися швами ее тонус и сила будут ослаблены, следовательно, явления недержания не исчезнут, а увеличатся. Нет, решительно, эта методика на нас производит самое отрицательное впечатление.

В 1950 г. Р. С. Blaisdell повторил ранее разработанную Тейт-Лаусоном методику ушивания линейных дефектов сфинктера — поперечное рассечение рубца и продольное его зашивание со сближением концов разошедшегося сфинктера без иссечения рубцовой ткани. При этом он несколько модифицировал, усложнил и сделал, может быть, более радикальным, надежным это простое вмешательство. На погружаемый в глубину рубец он изнутри, со стороны просвета заднего прохода, накладывал пластинчатый съёмный шов. Такими же швами зашивал кожную рану.

В 1957 г. Р. С. Blaisdell описал еще пятую, более рациональную модификацию пластической операции при линейном дефекте сфинктера заднего прохода. Он рассуждал так: даже идеально произведенная операция, предпринятая для восстановления поврежденного сфинктера, нередко приводит к расхождению сшитых мышечных волокон ввиду ежедневных травм сфинктера, растяжения его проходящими каловыми массами и почти неизбежно присоединяющейся инфекции. Для предупреждения этого расхождения



Рис. 129. Второй метод Блейсдела:

а — линейный дефект сфинктера, сделан кожный разрез; б — сфинктер освобожден от рубцовых тканей, накладывается первый шов для его восстановления; в — сфинктер сшит.

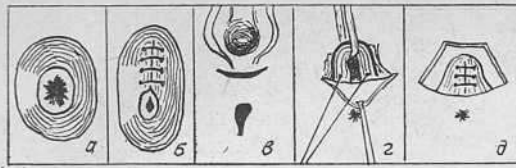


Рис. 130. Третий метод Блейсдела:
а, б — схема: *а* — сфинктер с рубцово измененной частью, просвет сужен; *б* — верхняя здоровая часть сфинктера шита в виде складки-петли, просвет сужен; *в, г, д* — то же, в натуре.

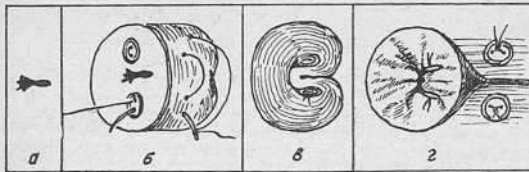


Рис. 131. Четвертый метод Блейсдела:
а — линейный рубцовый дефект в сфинктере; *б* — полуовальный разрез тканей в области рубца, со стороны просвета заднего прохода накладывается матрацный пластинчатый шов для погружения рубца; *в* — пластинчатый шов завязан, рубец погружен внутрь; *г* — наложен пластинчатый шов на кожную рану.

проводится тонкая серебряная проволока. Иглы извлекаются. Иссекается кожный рубец, деформирующий сфинктер, до обнажения здоровых волокон этой мышцы. Сшиваются концы сфинктера и края кожи над ним. Стягиваются для удержания сфинктера от расхождения концы выведенной сзади серебряной проволоки на указательном пальце левой руки хирурга, чтобы не вызвать сдавления заднего прохода, и закручиваются. Концы скусываются. Зашиваются все три раны. Позднее, после прочного сращения концов сфинктера и восстановления его замыкающей функции, серебряная проволока может быть удалена, особенно, если ее присутствие беспокоит больного. Если же не беспокоит, то «по желанию больного» может быть и оставлена на все время.

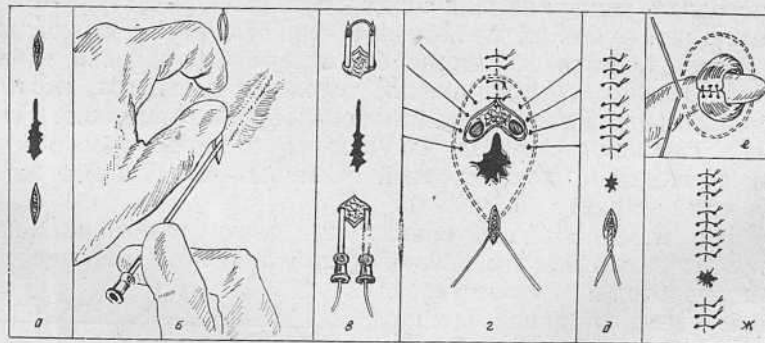


Рис. 132. Пятый метод Блейсдела при линейных рубцах сфинктера:
а — нанесены два небольших разреза спереди и сзади от заднего прохода; *б* — через задний разрез вводится игла и под контролем пальца хирурга проводится им в передний разрез; *в* — введены две иглы из заднего разреза в передний справа и слева от заднего прохода; через иглы из заднего разреза в передний и обратно вокруг ануса проведена проволочная струна; *г* — иглы удалены; передний разрез зашит, из третьего разреза иссечен деформирующий сфинктер рубец, сшиваются концы сфинктера и края кожи над ним; *д* — затягивается и закручивается серебряная проволока; *е* — на схеме показано, как шит сфинктер и затянута проволока под контролем указательного пальца, введенного в задний проход; *ж* — вид после окончания операции.

автор рекомендовал предварительно укреплять сфинктер с помощью серебряной проволоки, подкожно проведенной вокруг заднего прохода по типу операции Тирша, предпринимаемой по поводу выпадения прямой кишки. Техника оперативного вмешательства такая. Вначале производятся два небольших вертикальных разреза кожи на 6 и 12 часах в перианальной области. Под контролем указательного пальца левой руки хирурга из заднего разреза в передний в подкожной клетчатке несколько снаружи от сфинктера вкалываются две толстые полые иглы типа Дюфо — одну справа, другую слева от заднего прохода. Через эти иглы — в одну сзади наперед, в другую спереди назад —

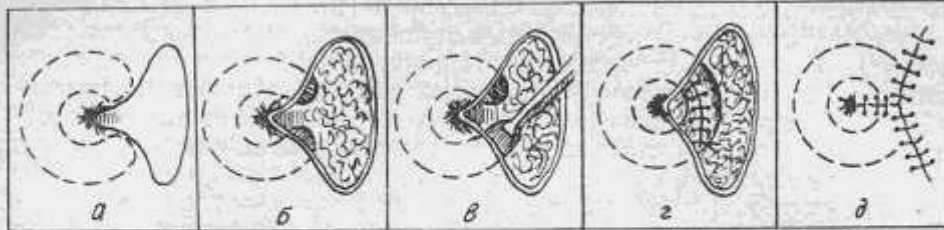


Рис. 133. Операция Паркса и Партина при застарелых односторонних рубцах сфинктера:

а — на 2–5 часах по циферблату кожный рубец с расхождением сфинктера; *б* — кожный рубец иссечен; *в* — выпрепарован один конец сфинктера; *г* — выпрепарован второй конец сфинктера, и они сшиты внакладку; *д* — кожная рана зашита.

В статье о поздней пластике ранений сфинктера А. G. Parks and J. F. McPartin (1971) описали технику хирургического вмешательства, которое они применяли у 20 больных. Из них 12 были с повреждением сфинктера в боковых и задних отделах (11 после операции по поводу свищей и 1 — прямая травма). У 8 больных были повреждения сфинктера в переднем направлении: у 4 — поздние последствия родовых разрывов, у 3 — результаты автомобильной катастрофы, у 1 — после операции по поводу параректальных свищей. Авторы считают, что операции при передних разрывах легче и результативнее, чем при боковых и задних. Как показано на рис. 133, они иссекают кожный рубец, выпрепаровывают из тканей разошедшиеся концы сфинктера, сшивают их внакладку и зашивают кожную рану. Все операции, кроме одной, производились после предварительного наложения временного противоестественного заднего прохода. Один больной не согласился на эту дополнительную операцию. У него пластика закончилась неудачно — нагноение, расхождение швов, рецидив недержания. Еще у 1 больного был неудачный исход. У 18 больных результаты пластики, как пишут авторы, отличные.

J. Francillon с соавт. (1973) наблюдал 9 больных, у которых был травматический разрыв сфинктера. В разные сроки после травмы сшивали края поврежденного сфинктера. Наилучшие результаты получены при сочетании сшивания сфинктера с наложением противоестественного заднего прохода на толстую кишку. У 6 больных получен отличный результат, у 2 — хороший, у 1 — посредственный.

Нами (А. М. Аминев) разработан принцип полузакрытого сшивания разошедшихся волокон сфинктера без иссечения рубца. Разрез делается линейно или дугообразно, вогнутостью внутрь, в 3–4 см от наружного края деформирующего рубца. Кожа тупо отпрепаровывается в сторону заднего прохода. В области рубца она очень прочно спаяна с подлежащими тканями. Под контролем указательного пальца левой руки хирурга кожу в этой области приходится осторожно со стороны раны отпрепаровывать острым путем до хорошо подвиж-

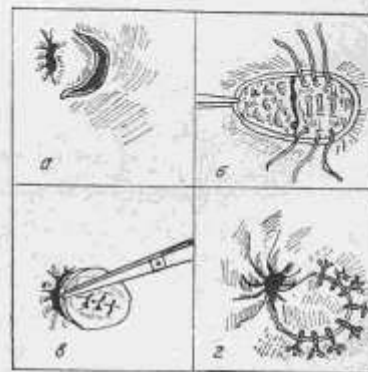


Рис. 134. Полузакрытый метод восстановления сфинктера по А. М. Аминеву на линейных рубцах:

а — дугообразный разрез кожи снаружи от дефекта; *б, в* — внутренний кожный лоскут откидывается, и без иссечения рубца, под ним в 2–3 этапа, сшиваются разошедшиеся волокна сфинктера; *г* — кожная рана зашита.

ной глубже расположенной слизистой оболочки. Ни в коем случае не следует наносить сквозное повреждение кожи, так как даже после тщательного зашивания его со стороны раны кетгутowymi швами этот участок становится в последующем воротами для проникновения микробов в подкожную раневую полость. А инфицирование глубоких отделов раны, как правило, ведет к расхождению всех слоев швов и к рецидиву недержания.

После того как кожа отпрепарована, взгляду хирурга представляется в глубине раны деформирующий втянутый фиброзный рубец, с боковыми поверхностями которого срослись ранее рассеченные и разошедшиеся волокна круговой мышцы. Если иссечь рубец, то мышечные волокна еще больше разойдутся. Сшивать, стягивать их швами будет трудно. Швы легко прорезаются, а при малейшем последующем нагноении — тем более. Поэтому мы подкожный фиброзный рубец оставляем на месте и погружаем его кетгутowymi швами, которыми стягиваем над рубцом края разошедшихся волокон круговой мышцы, покрытые рубцовыми тканями. Прорезание швов не происходит. Кетгутковые швы накладываем, как минимум, в два этажа. Затем шелком зашивается кожная рана. Она располагается в 3—4 см от заднего прохода, поэтому не инфицируется в послеоперационном периоде при очередных дефекациях. Этот метод был разработан нами в 1963 г.

Первый больной, оперированный методом полужакрытого сшивания разошедшихся волокон сфинктера, был моряк Балтийского флота К., 22 лет. За время службы во флоте он перенес острый парапроктит. Остался хронический свищ. Оперирован в одном из лечебных учреждений Ленинграда методом рассечения свища и сфинктера. Свищ зажил, но остались явления недержания кишечного содержимого. Поэтому до истечения срока службы моряк был уволен из флота. Обратился в нашу клинику. Это был крепкий, энергичный, в остальном совершенно здоровый молодой человек. На 3 часах по циферблату у него был небольшой втянутый рубец. Деформация заднего прохода слабо напоминала сережку уха. Но явления недержания жидкого кала и газов были ясно выражены. Произвели операцию подкожного сшивания волокон сфинктера, поврежденных при предыдущей операции. Явления недержания сразу же исчезли. На 10-й день сняты кожные швы. Первичное заживление. Чрезвычайно довольный результатами, больной выписался.

Эта операция в нашей клинике произведена у 32 больных, у 6 наступило нагноение раны, расхождение ее, рецидив недержания. У 4

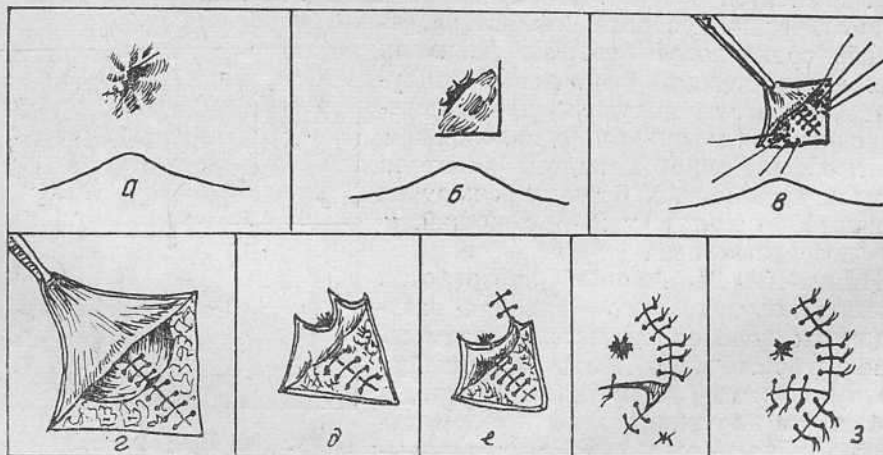


Рис. 135. Один из вариантов подкожной пластики сфинктера по А. М. Аминеву при широком расхождении его концов после травмы:

а — от 7 до 2 часов по стрелке циферблата сфинктер сохранился, от 2 до 7 часов — дефект сфинктера, покрытый широким кожным рубцом; б — прямоугольным разрезом кожи окаймляется рубец; в — наложены, но не затянуты швы первого ряда, в глубине, в углах видны покрытые рубцами концы разошедшегося сфинктера; г — затянуты и завязаны швы первого ряда, концы сфинктера прочно сопоставлены; д — наложен второй ряд кетгутковых швов, кожный лоскут стянут, сморщен; е, ж, з — фигурное зашивание кожной раны.

больных причиной нагноения было непредвиденное осложнение — ограниченный некроз участка кожи, отпрепарованного от грубого послеоперационного рубца. Рубцово измененная кожа, широко отпрепарованная, вероятно, лишается в этом месте питания и омертвевает. Однако и омертвеваящая, она в первые дни, по-видимому, является препятствием для проникновения инфекции в глубину раны. За это время сшитые кетгутowymi швами ткани успевают склеиться, первично срастись, и последующее нагноение не ведет к их расхождению. Так, у 2 из 4 больных с частичным некрозом кожных покровов конечный результат был хороший. Глубокие слои раны не разошлись. Быстро произошла эпителизация дефекта. Функция держания улучшилась.

Применялись варианты этой операции, которые заключались главным образом в нанесении кожного разреза. Вместо дугообразного можно делать разрез под углом или прямолинейный, перпендикулярный к направлению рубца. Менее удобен для сшивания разошедшихся концов сфинктера прямолинейный разрез. Но при нем создаются более широкие ножки нормальных тканей, питающих отслаиваемую от рубца истонченную кожу, и устраняются условия для некроза этого участка кожи.

Мы можем рекомендовать эту операцию для широкого применения у больных при наличии незначительной линейной деформации перианальной кожи и сфинктера прямой кишки любого происхождения с явлениями частичного недержания кишечного содержимого.

Вместе с тем необходимо отметить одну деталь, к которой разные авторы подходят по-разному при выполнении операций по поводу линейных дефектов сфинктера и недержания кишечного содержимого. Нужно ли, подойдя к рубцу, деформирующему сфинктер, иссекать его, освежать волокна сфинктера и только тогда их сшивать? Или лучше рубец не иссекать, а погружать его в глубину полости раны и сшивать, над ним разошедшиеся, прикрытые рубцовыми тканями мышечные волокна сфинктера. Причем это можно делать независимо от того, как мы подходим к рубцу: со стороны просвета заднего прохода или снаружи, приподняв лоскут кожи. Мы всегда этот вопрос разрешаем в пользу оставления рубца.

После иссечения рубца рядом расположенные мышечные волокна оказываются атрофичными, в значительной степени фиброзно перерожденными. Не сдерживаемые рубцом, они расходятся еще больше. Для стягивания их швами необходимо прилагать определенные усилия, создавать натяжение швов и мышечных волокон, что может в последующем привести к прорезыванию погруженных швов. Это не случится, если будут применяться пластические швы. Но, как мы видели выше, некоторые авторы (S. Leider, H. Peskin, 1951) для предотвращения покоя и надежного срастания концов сшитого освеженного сфинктера предлагают накладывать временный противоестественный задний проход. Такое усложнение операции, естественно, нежелательно. Поэтому мы настоятельно рекомендуем не иссекать рубец, если, конечно, он одновременно не стенозирует задний проход.

При наличии линейного рубца в толще сфинктера необходим прежде всего наружный, со стороны здоровой кожи, а не внутренний, со стороны просвета заднего прохода, доступ к рубцу. В 1951—1955 гг. мы у двух больных предпринимали по 2—3 попытки иссечь рубец и восстановить сфинктер со стороны просвета. Каждый раз раны нагнаивались. Расхождение сфинктера увеличивалось. Явления недержания усиливались. Были и благоприятные исходы при этом методе. Но эти два наблюдения привели нас к выводу, что подход к рубцу необходимо обеспечивать только наружным доступом, при котором опасность

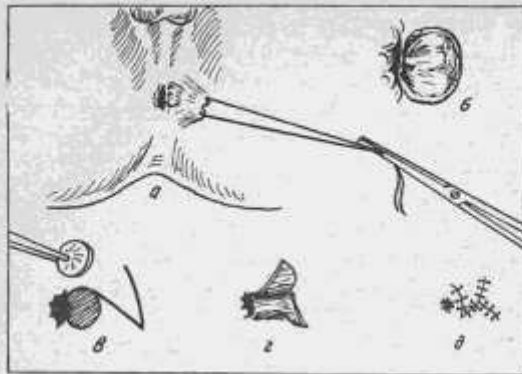


Рис. 136. Восстановление формы и функции заднего прохода путем пластической операции с перемещением кожных лоскутов:

a — общий вид полувыпящего заднего прохода и стойко выпавшей по левой полуокружности слизистой оболочки; *b* — та же картина в увеличенном виде, показана линия кругового разреза на границе выпавшей слизистой оболочки и кожи; *c* — пинцетом приподнята удаляемая слизистая оболочка и намечены линии для выкраивания кожных лоскутов; *d* — кожные лоскуты отпрепарованы и перемещаются один на место другого; *e* — лоскуты подшиты в новом положении, отверстие заднего прохода сужено.

жалению, и эти предохранительные меры, в виде разреза в стороне от заднего прохода, нередко не удается соблюсти.

Вот два примера.

Больной Я. С. П., 45 лет, из Якутска. Там его в 1957 г. оперировали по поводу выпадения прямой кишки — фиксации ситмы, видимо, по Радзиевскому. Рецидив. В том же году его оперировал в Москве В. Р. Брайцев. Была произведена под кожу вокруг заднего прохода пересадка фасции или сухожилья портяжной мышцы. До 1972 г. чувствовал себя удовлетворительно. Затем появились и прогрессировали симптомы недержания кишечного содержимого. В левой полуокружности заднего прохода постоянно в выпавшем состоянии находится участок слизистой оболочки размером 2,5×2,5×1 см. Он и создавал явления недержания кишечного содержимого, слизи, увлажнял окружающую кожу, пачкал белье.

В декабре 1972 г. в нашей клинике больному была произведена пластическая операция, которая заключалась в иссечении постоянно выпадавшего участка слизистой оболочки и в замещении дефекта, как это показано на рис. 136, двумя перемещенными встречными лоскутами. При этом удалось значительно сузить растянутое отверстие заднего прохода. Несмотря на то, что кожные лоскуты были выкроены, перемещены и фиксированы в непосредственной близости от заднего прохода и, несомненно, пачкались каловыми массами при дефекации, нагноения раны и отхождения лоскута не произошло. Держание кишечного содержимого полностью восстановилось.

В тот же день оперирован еще один больной К. Л. К., 34 лет, из Курганской области. Несколько лет назад он перенес операцию по поводу геморроя методом Уайтхеда. Произведено циркулярное иссечение слизистой оболочки вместе с геморроидальными узлами. Сразу после операции появилось недержание кишечного содержимого. При осмотре больного был виден открытый зияющий задний

последующего инфицирования раны в послеоперационном периоде минимальна. Этот метод мы *pro domo suo* называем даже полузакрытым. И при многочисленных вмешательствах по поводу такого рода линейных повреждений сфинктера или других деформаций старались производить операцию не со стороны просвета, а сбоку, через здоровую кожу. Итак, эти два вывода являются почти непреложными: рубец не иссекать; подход к рубцу лучше обеспечивать сбоку, через здоровую кожу.

Эти выводы, очень важные для пластической хирургии, предусматривают возможное соблюдение асептики вмешательств, что вызывает большие трудности при операциях в области заднего прохода. К со-

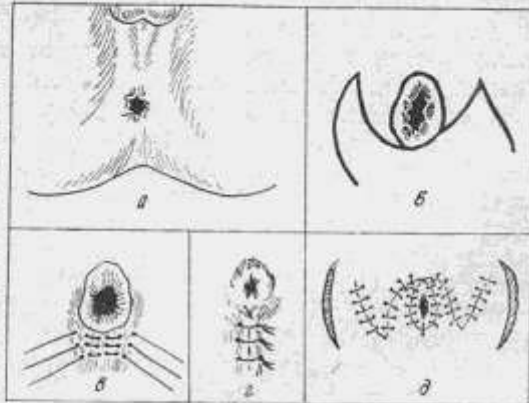


Рис. 137. Пластическая операция:

a — широко зияющий задний проход после операции Уайтхеда по поводу геморроя; *b* — линии кожных разрезов, выкроены четыре треугольных лоскута на ножках; *c* — задняя стенка прямой кишки выпрепарована и рядом собирающих кетгутовых швов просвет кишки сужен; *d* — треугольные лоскуты попарно встречно перемещены один на место другого, над внутренними краями седланных бугров сделаны послабляющие разрезы для уменьшения натяжения швов в линиях перемещенных лоскутов.

проход с рубцовым изменением кожи в его окружности. Слизистая оболочка, глубоко видимая глазом, непосредственно переходит в кожу. Два поперечных пальца совершенно свободно входят на всю глубину через задний проход. Никаких движений сфинктера не определяется. Полное недержание всех видов кишечного содержимого.

Операция, как показано на рис. 137, заключается в перемещении 4 встречных кожных лоскутов, в наложении послабляющих разрезов в области седалищных бугров для уменьшения натяжения перемещаемых лоскутов, в наложении ряда собирающих кетгутовых швов по задней поверхности дистальной части прямой кишки для уменьшения ее просвета. Пластическая операция произведена непосредственно в области заднего прохода. Естественно, что кишечные массы при дефекации попадали на швы. Произошло частичное нагноение швов с преждевременным расхождением некоторых участков ран. Но в конечном итоге лоскуты сохранились и укрепились на новых местах. Вновь сформированный канал заднего прохода стал значительно уже. Жидкие и газообразные массы не удерживались, но плотные удерживались достаточно хорошо. Если ранее, при широко зиявшем заднем проходе, пациент был постоянно нечистоплотен, то после этой операции, при обычно хорошо сформированном кале, он был совершенно чистоплотен.

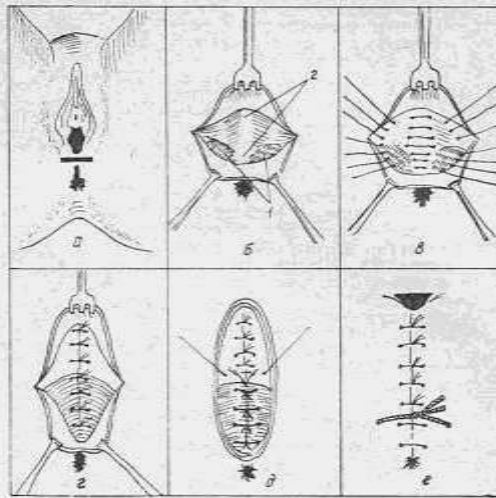


Рис. 138. Восстановление нарушенного в переднем отделе сфинктера:

а — поперечный разрез на передней промежности; б — распрепарована ректо-вагинальная перегородка, выделены разошедшиеся концы сфинктера; в — сшиваются волокна сфинктера и промежности; г, д — накладываются второй и третий ряды швов; е — кожная рана зашивается в вертикальном направлении, накладывается один глубокий поддерживающий шов передней промежности, восстанавливается нормальная высота передней промежности.

Вариант операции при линейном нарушении сфинктера в результате разрыва 3-й степени во время родов у больной М. представлен на рис. 138.

Разрыв был зашит сразу после родов. Расхождение раны. Вторичное заживление. В одной из клиник на Украине произведена пластическая операция. Промежность восстановлена только до высоты 1,5 см. Поврежденные при разрыве промежности волокна сфинктера, если даже и были сшиты при первой и второй операциях, то они разошлись на 2 см, фиброзно переродились и были припаяны к дну срединного рубца. Анальный канал принял вид сережки уха. Замыкание его не полное. Недержание кишечного содержимого продолжалось.

Как показано на рис. 138, из поперечного разреза на промежности кожа отпрепарована вверх и вниз. Обнажены разошедшиеся рубцово перерожденные концы сфинктера. Они и ткани промежности в 2 этажа сшиты кетгутовыми швами в вертикальном направлении. Так же зашиты края кожной раны с одним поддерживающим швом.

Высота промежности вместо 1,5 см стала 4 см. Задний проход принял правильную форму. Явления недержания совершенно прекратились. Это вмешательство является комбинацией операции, которую предложил Tait-Lowsson в 1883 г., и нашей методики, то есть простое поперечное рассечение рубца и продольное сшивание рассеченных тканей дополнены выпрепаровыванием в глубине раны и сшиванием разошедшихся, рубцово перерожденных концов наружного сфинктера прямой кишки. При этом дополнении восстанавливается не только форма заднего прохода, но и замыкательная функция прямой кишки.

В описанном наблюдении поводом для хирургического вмешательства были как разрыв промежности 3-й степени при родах, так и низкая промежность. Такой же дефект — низкая передняя промежность — может быть врожденного характера или в результате травм другой этиологии. Приведем примеры из практики.

Родители привели к нам в клинику девочку К., 12 лет, с удвоением половых органов. Влагалище на всем протяжении разделено плотной вертикальной перегородкой. Деятельная плева в той и другой половине влагалища была очень слабо выражена. Поэтому представлялась возможность произвести исследование мизинцем той и другой половины влагалища. В глубине определялись отдельно две шейки матки. При исследовании пальцем через прямую кишку и второй ладонью — через переднюю брюшную стенку удавалось определить наличие двух небольших маток. Таким образом, имелось полное удвоение женских половых органов. Кроме того, у девочки была очень низкая, менее 1 см, передняя промежность. Однако сфинктер полностью замыкал отверстие заднего прохода. Явлений недержания не было. Нам представлялось, что такая низкая промежность может создать неудобства в последующей половой жизни и при родах. Уже небольшой надрыв задней спайки влагалища при родах мог сопровождаться повреждением сфинктера прямой кишки. Поэтому было решено увеличить высоту передней промежности.

Оперативное вмешательство заключалось в рассечении на всем протяжении межвагинальной перегородки. Кроме того, из области левой большой половой губы был выкроен кожный лоскут на задней ножке. На передней промежности был создан поперечный разрез до основания кожного лоскута. Кожа промежности с начальной частью прямокишечно-вагинальной перегородки была несколько распрепарована. В этот дефект был перенесен и укреплен кожный лоскут на ножке. Все раны зажили первичным натяжением. Передняя промежность обрела нормальную высоту.

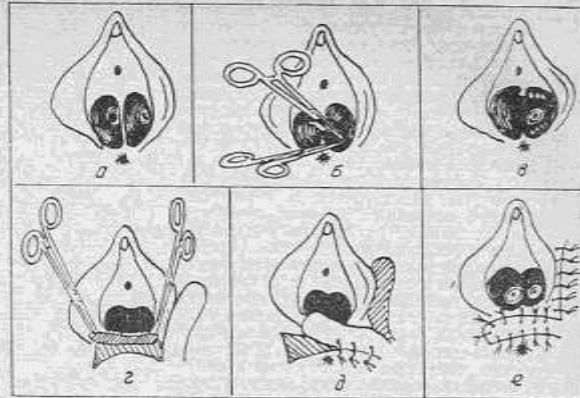


Рис. 139. Устранение врожденного уродства:

а — состояние до лечения — полная вертикальная перегородка влагалища, очень низкая передняя промежность; б — перегородка рассечена; в — раны перегородки зашиты; г — сделан поперечный разрез на промежности, продолженный для выкраивания кожного лоскута слева; д — кожный лоскут перенесен ишивается в расщел конечности; е — все раны зашиты, высота промежности значительно увеличена.

Н. И. Махов (1953) наблюдал девочку, которая, как и наша больная, имела врожденное уродство, напоминающее клоаку. У нее слизистая оболочка предверия влагалища непосредственно переходила в слизистую оболочку прямой кишки. Н. И. Маховым операция была спланирована и проведена по тому же типу, что и у нашей больной, но с небольшими вариантами. Кожный лоскут был выкроен справа сзади с передней ножкой. Внутренний вход разреза, произведенного для выкраивания лоскута, под прямым углом был повернут влево и продолжен поперечно. Из последнего хода были частично распрепарованы стенки прямой кишки и влагалища. В этот расщеп перенесен и шит кожный лоскут на ножке. Так была воссоздана полностью отсутствовавшая передняя промежность.

Смешанные и нетипичные наблюдения и методы. Многие отечественные и зарубежные авторы применяли различные методы пластики для восстановления функции сфинктера прямой кишки. Обычно каждый метод применялся у небольшого числа больных. Поэтому, как правило, не делая далеко идущих выводов, авторы сообщали фактические данные, указывали ближайшие и отдаленные, иногда только ближайшие или только отдаленные, результаты операций. Предыдущие два наших наблюдения можно внести в эту же группу нетипичных операций. Приведем основные из появившихся в текущей литературе последних лет данные, преимущественно отечественных авторов, относящиеся к нетипичным пластическим операциям на прямой кишке.

Б. Л. Канделис (1967, 1969) сообщил о преимущественно хирургическом (107 человек), комбинированном (30) и консервативном (13) стационарном лечении 150 больных, страдавших слабостью сфинктера заднего прохода. Они составляли 5,9% общего числа проктологических больных. В предоперационном периоде у 92 человек было произведено иссле-



Рис. 140. Операция Н. И. Махова для восстановления отсутствующей передней промежности:

а — сделан разрез для выкраивания кожной ножки, разрез продолжен поперечно на ректо-вагинальную перегородку; б — кожный лоскут на передней ножке мобилизован, ректо-вагинальная перегородка распрепарована на небольшую глубину; в — кожный лоскут на ножке перенесен и шит между слизистой оболочкой влагалища и прямой кишки для создания передней промежности.

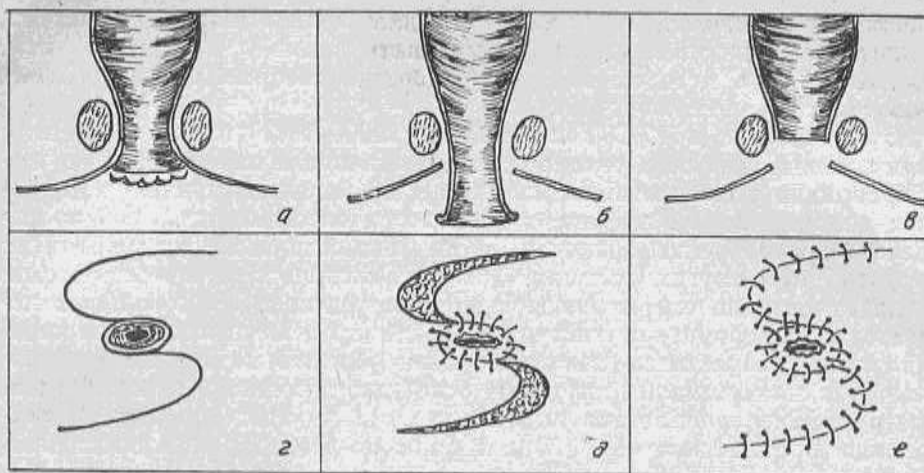


Рис. 141. Операция Фергюсона и Фолькнера для устранения деформации после операции Уайтхеда:

а — слизистая оболочка выпадает за пределы заднего прохода; *б* — выпрепарован цилиндр слизистой оболочки; *в* — этот цилиндр отсечен на уровне внутреннего сфинктера; *г* — от заднего прохода нанесено два дугообразных разреза; *д* — мобилизованные кожные лоскуты в глубине подшиваются к краю слизистой оболочки; *е* — операция закончена.

дование анального рефлекса. Он оказался у 5 больных повышен, у 59 ослаблен и 28 — отсутствовал. Кроме того, при помощи сфинкмометра, сконструированного автором этой работы, определялись тонус и сила волевого сокращения сфинктера прямой кишки. У 102 больных найдена недостаточность 1—2-й степени, у 22 — слабость 1-й степени и 26 — недостаточность 3-й степени. Отдаленные результаты хирургического лечения выяснены у 105 человек. Из них 94 практически здоровы, а у 11 наступил рецидив недержания. «У выздоровевших функция сфинктера после реконструктивных операций восстанавливается на 30—40-й день».

Мы считаем, что после различных реконструктивных операций на прямой кишке сила восстановленного или вновь созданного сфинктера по мере освоения его больным нарастает на протяжении года. Достигнутый к этому времени уровень сократительной способности и держания в последующем больше уже не улучшается. А за 30—40 дней еще не заканчиваются репаративные процессы, в частности развитие рубцовой ткани, поэтому нельзя так рано судить об окончательном исходе операции.

И. М. Матяшин и В. В. Бухтеев (1969, 1971) сообщили, что они наблюдали 71 больного с недостаточностью сфинктера прямой кишки различной этиологии: разрыв при родах — 26, предшествующие операции — 19, травмы — 9, выпадение прямой кишки — 14, функциональная недостаточность — 3. Ранее безуспешно от одного до трех раз оперированы по поводу недостаточности сфинктера 22 больных. Авторами сообщения оперировано 54 из 71, в том числе у 25 больных успешно восстановлен сфинктер местными тканями и у 12 создан произвольный сфинктер — 7 раз из нежных мышц бедра и 5 — из лоскутов больших ягодичных мышц. У 3 больных применен швищающий аппарат КЦ-28. Пластические операции с использованием полоски фасции бедра ввиду некроза и рецидива страдания не вызвали удовлетворения у авторов. Но они получили хорошие результаты после создания кольца под кожу из капроновой или лавсановой ленты.

«Операция технически проста... не создает произвольного сфинктера, но дает возможность больным удерживать жидкий и плотный кал. Она может быть методом выбора у больных, которым более сложные вмешательства противопоказаны».

И. М. Иноятов и Л. С. Гельфенбейн (1969—1971) из 158 больных с различными формами и стадиями недостаточности запирающего жома проводили консервативное лечение у 60 больных, причем у 43 получен положительный эффект и 98 человек оперированы. У 69 произведено восстановление сфинктера и промежности после нарушения их при родах или других травмах. У 5 осталась недостаточность жома, из них 3 повторно оперированы с полным успехом. У 29 больных недостаточность сфинктера наступила после предшествующих операций и являлась «результатом неправильно выбранного метода оперативного лечения или незнания хирургом основных принципов проктологии». Простая сфинктеропластика выполнена у 11 из этих больных, сфинктеро-леваторопластика — у 16 и сфинктеро-леваторо-леватороглютеопластика — у 2. У 28 оперированных получены хорошие результаты, у 1 из 11 осталось недержание газов. А всего из 98 оперированных у 92 получены хорошие и у 6 неудовлетворительные результаты. Трое из этих 6 повторно с успехом оперированы. У 7 из 98 в процессе лечения накладывался временный искусственный задний проход.

На основании собственного опыта J. Pegurello (1956) утверждал, что недержание кала вследствие недостаточности сфинктера прямой кишки может быть ликвидировано только хирургически. Операция Turelle, сущность которой состоит в образовании сфинктера путем пересадки апоневроза или сухожилия новорожденного теленка, нередко дает нагноения или стенозы. Операция Cuneo—Seneque дает благоприятные результаты. Различные методы пересадки мышц, сухожилий, апоневроза не всегда эффективны. При выборе метода операции необходимо учитывать этиологию заболевания, а также анатомические и функциональные расстройства деятельности сфинктера прямой кишки.

J. A. Ferguson (1959) и A. T. Faulconer (1973) разработали операцию для устранения деформации заднего прохода, образующейся после операции Уайтхеда по поводу геморроя. При этой методике, как известно, иссекается цилиндр слизистой оболочки вместе с расширенными, расположенными в подслизистой ткани венозными сосудами. При этом нередко уносится белая линия Хилтона, а иногда и часть перинальной кожи. Такая необходимость, по мнению оперирующих этим методом хирургов, встречается, если имеются не только внутренние, подслизистые геморроидальные узлы, но и межучечные, под белой линией, а также наружные, под перинальной кожей. Недостаточность опытный хирург при наличии только подслизистых узлов может удалить белую линию. Сшивание низводимой при операции Уайтхеда слизистой оболочки с перинальной кожей нередко приводит в последующем к выворачиванию, к постоянному наружному, за пределами анального кольца, расположению края слизистой оболочки. У таких больных отмечается недержание кишечного содержимого, вытекание слизи из прямой кишки, увлажнение, раздражение, покраснение, экзematизация кожи промежности. Пачкается белье. Понижается работоспособность таких больных. Они становятся слабо терпимыми на работе, в обществе и в домашней обстановке. Упорно ищут у врачей помощи, избавления от своего недуга. Операция упомянутых выше двух авторов и направлена на восстановление анатомо-физиологических нарушений анальной области после операции Уайтхеда.

Корректирующая операция начинается с циркулярного разреза на границе вывернутой наружу слизистой оболочки и перинальной кожи.

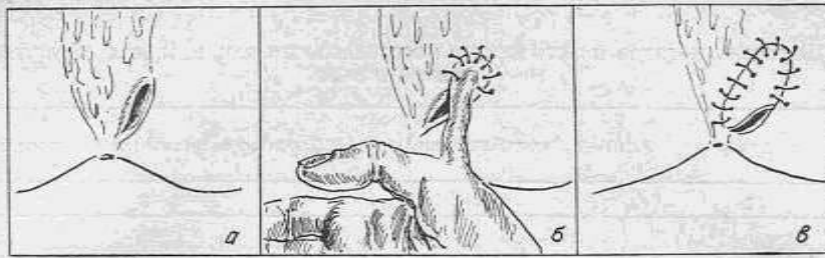


Рис. 142. Восстановление задней стенки прямой кишки филатовским стеблем:

а — широкий губовидный свищ задней стенки прямой кишки; б — филатовский стебель, образованный из кожи передней брюшной стенки, через кисть перенесен и пришивается к расщепленным краям губовидного свища; в — лоскут отсечен от кисти и окончательно фиксируется на месте дефекта.

Слизистая оболочка в виде цилиндра выпрепаровывается до уровня внутреннего сфинктера и здесь отсекается. Из двух противоположных фигурных дугообразных разрезов мобилизуется окружающая задний проход кожа и подшивается к краю расположенной в глубине слизистой оболочки. Этим методом восстанавливается кожное покрытие анального канала и улучшается герметизм его. Такая операция авторами статьи применена у 13 больных. В ближайшем послеоперационном периоде у 2 больных наблюдались перианальные абсцессы, у 1 — повышение температуры на протяжении 3 дней, у 1 через год после операции появилась язва в заднем проходе, конечный результат хороший. У 1 больного было небольшое выпадение слизистой оболочки, излеченное инъекциями хининмочевины. При наблюдении до 13 лет — «у всех больных получены прекрасные анатомические результаты».

Z. Lapesek (1960) сообщил об операциях, произведенных у 4 больных для восстановления сфинктера заднего прохода по методам Пикрелла, Ричарда, Рене, Рейгарда. У всех больных получены хорошие отдаленные результаты.

S. Dubcez с соавт. (1963) в течение 10 лет наблюдал и оперировал 13 больных по поводу недостаточности анального сфинктера. Причиной недержания у 8 больных была предшествующая операция Уайтхеда по поводу геморроя, у 1 — обычная операция по тому же поводу, у 3 — операции по поводу анальных свищей и у 1 — травма. Произведены операции: пластика с использованием ягодичных мышц — у 2, пластика латексом — у 2, фасцией — у 2, проволокой — у 2, шелком — у 5, нейлоном — у 2, операция Вредена — у 2.

R. Favre с соавт. (1965) наблюдал 4 больных с огнестрельным повреждением сфинктера заднего прохода и полным нарушением его функции. Все больные были оперированы: по методу Вредена — 1, по методу Ричарда — использование бедренных мышц с сохранением иннервации — 2, перинеальная миопластика по Torpe — 1. Только операция Ричарда дала положительные результаты, что авторы объясняют сохранением иннервации.

J. C. Sarles, H. Ismaïl (1973) наблюдали 11 больных с недостаточностью сфинктера после хирургических вмешательств с повреждением круговой мышцы при лечении параректальных свищей. Применялись операции — непосредственное восстановление сфинктера, если у поврежденной мышцы сохранено более половины полуокружности, операция Пикрелла — у 2 больных с одним хорошим и с одним плохим результатом, операции Musse—Cotrell — у 1 с посредственным

Перечень методов пластического восстановления или создания сфинктера прямой кишки

Автор	Год публикации	Характер оперативного вмешательства
1	2	3
Тейт-Лаусон	1879	Дугообразное рассечение тканей снаружки от деформирующего ануса рубца и сшивание их в радиальном направлении
Вильмс	1893	Перемещение дистального конца прямой кишки через канал, сделанный во внутреннем крае одной из ягодичных мышц; работа выполнялась на трупах
Ридигер	1894	Проведение прямой кишки между грушевидной и большой ягодичными мышцами
Леннандер	1890	Обитие и сжатие прямой кишки лоскутами больших ягодичных мышц
Четвуд	1902	Создание сфинктера из двух лоскутов ягодичных мышц
Шемакер	1909	Операция, подобная методу Четвуда, но с видоизмененным кожным разрезом
Вельке	1910	Модификация операции Четвуда — Шемакера — пластика одним мышечным лоскутом
Ньюмен	1911	То же, пластика двумя лоскутами из обеих ягодичных мышц
Березнеговский	1911	Создание сфинктера из больших лоскутов обеих ягодичных мышц
Цастров	1911	Создание сфинктера из одного лоскута ягодичной мышцы
Христианов	1912	Перфорированный лоскут большой ягодичной мышцы надевается на дистальный отдел прямой кишки
Локарт-Мамери	1914	Сшивание задних волокон поверхностных порций наружного сфинктера прямой кишки
Эркес	1919	Модификация пластинки Четвуда — Шемакера — образование сфинктера
Браун	1920	Пластика сфинктера из леватора по типу метода Четвуда — Шемакера
Феррарини	1924	Пластика сфинктера из ягодичных мышц
Изкиердо	1925	Пластика сфинктера из леваторов
Заградничек	1926	Пластика сфинктера перфорированными лоскутами двух ягодичных мышц
Хейшен	1927	Пластика сфинктера из ягодичных мышц
Гебелл	1927	Мышечно-фасциальная пластика сфинктера с использованием лоскутов из ягодичных мышц и аутофасций
Гебелл	1927	Пластика расщепленными лоскутами приводящих мышц обеих бедер
Систранк	1927	Сшивание сфинктера с укреплением его леваторами
Вреден	1928	Мышечно-фасциальная пластика проведения вокруг заднего прохода двух встречных аутофасциальных полосок и закрепления их на внутренних краях больших ягодичных мышц
Фаерман	1928	Пластика сфинктера одной нежной мышцей бедра
Флеркен	1931	Модификация метода Четвуда — Шемакера, оба лоскута выкраиваются из одной ягодичной мышцы
Плоткин и Рихтер	1934	Создание сфинктера из двух нежных мышц бедра
Григоровский	1934	Пластика сфинктера из одной нежной мышцы бедра

1	2	3
Хенкин Ричард	1936 1936	Пластика сфинктера из леваторов Пластика сфинктера из длинной приводящей мышцы бедра
Розенак	1936	Мышечно-фасциальная пластика сфинктера с использованием леваторов
Гольтерман	1939	Пластика сфинктера из луковично-пещеристой мышцы
Кнапп	1939	Укрепление сфинктера леваторами и поперечной поверхностной мышцей промежности
Блейсдел	1940	Модификация метода Тейт-Лаусона
Блейсдел	1940	Петлеобразное укорочение растянутого сфинктера
Мартиус	1942	Пластика сфинктера из луковично-пещеристой мышцы
Махов	1947	Пластика сфинктера ягодичными мышцами
Ингельман-Сундберг	1948	Подкрепление леваторами сфинктера на месте его дефекта
Бирнбаум	1948	Модификация операции Тейт-Лаусона, основное отличие — использование пластинчатых швов
Тарел	1948	Модификация операции Тейт-Лаусона
Кратц	1949	Пластика сфинктера луковично-пещеристой мышцей
Блейсдел	1950	Модификация операции Тейт-Лаусона
Ингельман-Сундберг	1951	Окутывание прямой кишки лонно-копчиковыми мышцами
Лейдер и Пескин	1951	Восстановление деформированного сфинктера
Жоров	1952	Укрепление сфинктера путем перемещения дистальной части обеих больших ягодичных мышц
Юнганс	1952	Укрепление сфинктера мобилизованными луковично-пещеристыми мышцами с перекрещиванием впереди от заднего прохода
Пикрел	1952	Пластика сфинктера одной нежной мышцей бедра, свободный конец которой после проведения мышцы под кожей вокруг заднего прохода подшивается к седлашному бугру противоположной стороны
Рапперт	1952	Пластика сфинктера данными приводящими мышцами того и другого бедра
Шацкий	1955	Модификация операции Фаермана — пластика нежной мышцей бедра
Знаменский	1956	Замещение дефекта ректо-вагинальной перегородки кожным стеблем по Филатову [см. в следующем разделе]
Блейсдел	1957	Иссечение рубца, сшивание сфинктера, подкрепление швов серебряной проволокой, положенной подкожно вокруг заднего прохода
Протопопов	1959	Пластика сфинктера леваторами
Паскулеску	1960	Создание сфинктера из прямой мышцы
Амниев	1963	Подкожное сшивание волокон разошедшегося, деформированного сфинктера
Мишель-Бешэ	1967	Пластика из двух нежных мышц с одним перекрестом
Мишель-Бешэ	1967	Пластика из двух нежных мышц без перекреста

результатом. В общей сложности из 9 оперированных у 7 получены хорошие и у 2 посредственные результаты.

Завершая описание основных пластических операций, предпринимаемых с целью восстановления слабо функционирующего или совсем не функционирующего сфинктера или создания нового взамен полностью утраченного, приведем в хронологическом порядке предложенные с этой целью методы с указанием автора, года публикации и основной характеристики вмешательства. Несомненно, есть еще неучтенные методы, но основные, описанные в тексте, способы в этом списке отражены.

Литература

- Аминев А. М. Создание волевого сфинктера по Р. Р. Вредену. О его приоритете в этой операции. Тез. 15 науч. сесс. Куйбышев. мед. ин-та, 1954, 5—6; Вестн. хир., 1955, 75, 1, 39—42; Элементы проктологии. Куйбышев, 1956, 102—109; Тез. науч. конф. клин. больницы. Куйбышев, 1959, 2, 15; Вестн. хир., 1959, 82, 2, 111—113; Элементы проктологии. Куйбышев, 1960, 2, 147—149; Вестн. хир., 1961, 87, 9, 81—84; Руководство по проктологии. Куйбышев, 1965, 1, 174—188; Пластические операции в проктологии. Куйбышев, 1963; В кн.: Хир. анатом. и восстан. хир. органов. пищев. тракта. Донецк, 1965, 214—215; Элементы проктологии. Куйбышев, 1969, 4, 126—131; 1969, 5, 30—32, 1971, 6, 77—82.
- Аминева В. А. Об отдаленных результатах оперативного лечения разрыва сфинктера прямой кишки. Элементы проктологии. Куйбышев, 1960, 2, 11—15; 1969, 5, 43—44.
- Архипова З. И. Создание искусственного управляемого сфинктера по Р. Р. Вредену. Тез. докл. I Всерос. конф. по проктологии. М., 1965, 51—52; В кн.: О болезнях прямой и толстой кишок. М., 1965, 167—168; Тез. 24 науч. сесс. Куйбышев. мед. ин-та, 1965, 19—20; В кн.: О болезнях прямой и толстой кишок. М., 1965, 167—168; Казан. мед. журн., 1968, 5, 47—48; К вопросу об оперативном лечении органической недостаточности функции анального сфинктера. Дис. канд. Краснодар, 1968.
- Бакулев А. Н. О пластике сфинктера заднего прохода. Закл. слово на заседании Моск. хир. о-ва, 12/X 1951. — Хирургия, 1952, 4, 87—87.
- Безлуцкий Г. С., Литвиненко М. Д. Наш опыт восстановительных операций в проктологии. Элементы проктологии. Куйбышев, 1969, 5, 40—41; 1971, 6, 94—96.
- Бенисович Н. К вопросу о восстановлении промежности по лоскутному методу. — Хир. вестн., 1890, 4—5, 298.
- Березнеговский Н. И. Лечение выпадений прямой кишки при помощи мышечной пластики. — Хирургия, 1911, 30, 180, Приложение; Изв. Томск. ун-та, 1911, 46; Врач. газета, 1915, 19, 20, 21.
- Березницкий С. А. Патогенез и хирургическое лечение деформаций передней промежности и прямокишечно-влагалищных свищей. Дис. канд. М., 1965; Тез. докл. I Всерос. конф. по проктол. М., 1965; Тр. той же конф. М., 1965.
- Благовидова Ф. И. Случай выпадения прямой кишки, леченной способом проф. Вредена. — Вестн. хир., 1931, 26—27, 131—132.
- Блинничев Н. М. Пластические операции для профилактики и устранения недостаточности жома прямой кишки при лечении парапроктита. Элементы проктологии. Куйбышев, 1969, 47—48; 1971, 6, 97—99.
- Бляхер А. А., Крохалев А. А. Регистрация тонуса сфинктера прямой кишки при хирургическом лечении анальной области и сравнительная оценка методов выключения сфинктера. — Здравоохр. Туркменистана, 1965, 10, 15—19.
- Богоявленская М. П. Новый метод пластики промежности с восстановлением запирающего аппарата прямой кишки. Докл. на засед. Моск. хир. о-ва 12/X 1951. — Хирургия, 1952, 4, 86—87; 1952, 5, 65—69.
- Брайцев В. Р. Заболевание прямой кишки. М., 1952.
- Бржозовский А. Г. Новый способ сфинктеропластики при недержании мочи. — Нов. хир. арх., 1923, 3, 2, 252—257.
- Вреден Р. Р. Способ восстановления волевого сфинктера заднего прохода. Юбил. хир. сб. Н. А. Богораза. Ростов-на-Дону, 1928, 14, 40, 189—192.
- Гельфенбейн Я. С. Сфинктерометрия — объективный метод изучения функциональной способности запирающего жома прямой кишки. Тез. докл. I Всерос. конф. по проктол. М., 1965, 58; Матер. Всесоюз. съезда физиотер. и курорт. Баку, 1965, 208; Тр. ин-та НИИТеплоприбор. М., 1966, 1, 101—108; Изучение функции

- анального жома в норме и после различных проктологических операций. Дис. канд. М., 1966.
- Голосов Б. М. Лечение функциональной недостаточности анального сфинктера вибрационным массажем. Реком. по применению усов. диатг. и леч. аппаратов, хир. инструментов и приспособлений. Куйбышев, 1973, 25—26.
- Голяницкий И. А. Новый способ образования сфинктера мочевого пузыря. — Нов. хир. арх., 1922, 1, 1—11.
- Григоровский И. М. Образование искусственного жома заднего прохода из нежной мышцы бедра. — Сов. хир., 1934, 7, 6, 906—906.
- Груздев В. С. Уретропластика по идее проф. М. С. Субботина в гинекологической практике. — Русский врач, 1902, 32, 1145—1146.
- Гуревич Н. И. О пластике сфинктера заднего прохода, прения на засед. Моск. хир. о-ва 12/X 1951. — Хирургия, 1952, 4, 87—87.
- Демин В. Н. О восстановлении ректо-анальных рефлексов и функции сфинктера после резекции прямой и сигмовидной кишок по поводу рака. — Вестн. хир., 1954, 2, 53—57; Физиол. журн. им. Сеченова, 1955, 41, 2, 257—261.
- Жоров И. С. О пластике сфинктера заднего прохода. Прения на засед. Моск. хир. о-ва, 12/X 1951. — Хирургия, 1952, 4, 86—87.
- Завадский А. И. К вопросу восстановления промежности при полных разрывах ее по треугольному методу. Дис. СПб, 1893.
- Званайтис В. И. Сфинктеропластика у детей при недостаточности анального жома после операции по поводу болезни Гиршпрунга. Матер. 4 конф. проктол. РСФСР. М., 1973, 14—15.
- Знаменский М. С. Восстановление ректо-вагинальной перегородки методом мигрирующего стебля. — Нов. хир. арх., 1956, 5.
- Иноятов И. М., Гельфенбейн Л. С. Хирургическое лечение недостаточности анального жома на почве травмы. Элементы проктологии. Куйбышев, 1969, 5, 34—35; 1971, 6, 88—90.
- Канделис Б. Л. Лечение недостаточности функции сфинктера прямой кишки. Тр. 2 Всерос. конф. проктол. М., 1967, 137—139; Вестн. хир., 1968, 4, 83—93; Лечение недостаточности анального сфинктера. Дис. канд. Л., 1969; Элементы проктологии. Куйбышев, 1969, 5, 35—36.
- Картавенко А. И., Солдатенков М. С. Опыт кожной пластики искусственного заднего прохода и промежности. Матер. 4 конф. проктол. РСФСР. М., 1973, 167—169.
- Кимбаровский М. А. О создании замыкательного аппарата при удалении прямой кишки с ее сфинктером. Тез. докл. 29 науч. конф. Днепрпетр. мед. ин-та, 1956, 215—216.
- Котон А. И. К вопросу об оперативном лечении недостаточности жомов анального канала. — В кн.: Сб. науч. тр. Днепрпетр. обл. клин. больницы, 1963, 2, 87—88.
- Козмин М. Г. Комбинированное применение способов Рен-Делорма и Пайра для создания искусственного жома анального отверстия. Нов. хир. арх., 1937, 6, 153, 130—131.
- Кольков Л. С. Клиническая оценка сфинктеропластики заднего прохода по Р. Р. Вредену. Элементы проктологии. Куйбышев, 1956, 70—75; Тез. докл. конф. молодых науч. работников Куйбышев. мед. ин-та, 1958, 41—42; Оперативное лечение недостаточности сфинктера заднего прохода по способу Р. Р. Вредена. Дис. канд. Куйбышев, 1959; Элементы проктологии. Куйбышев, 1960, 2, 105—111.
- Корнев В. М., Солдатенков М. С. Первые итоги кожной пластики искусственного заднего прохода и промежности. Тез. докл. 3 республ. конф. Петрозаводск, 1969, 86—88.
- Корнев П. Г. К вопросу о свободной пластике фасции. Тр. XI съезда рос. хир., 1912; то же, дис. докт. Спб, 1913.
- Кузнецов В. А. Новая операция при выпадении прямой кишки и для восстановления замыкательного аппарата ее. — Вестн. хир., 1955, 10.
- Легошин А. П. Топографо-анатомическое исследование нервно-сосудистых ворот больших ягодичных мышц к выделению мышечных лоскутов для сфинктеропластики. Акт. вопр. клин. и экспер. медицины. Сб. тр. МОНИКИ, 1961, 200—203; К анатомическому обоснованию операции восстановления наружного жома прямой кишки из лоскутов больших ягодичных мышц. — Хирургия, 1961, 6, 54—62; Дис. канд. М., 1963; Моск. гор. инфекц. клин. больница № 2, 1968, 2, 311—314.
- Лещева Е. М. Случай восстановления сфинктеров при недержании мочи и выпадении прямой кишки. — Мед. обозр. Нижн. Поволжья, 1924, 3—4, 144—145.
- Малов Г. И. Создание искусственного сфинктера из нежной мышцы бедра. — В кн.: Сб. науч. работ совета науч. о-ва Мин. здравоохран. Чуваш. АССР, 1966, 3, 327—331.
- Малышев Ю. И. Материалы к вопросу о хирургическом лечении выпадения прямой кишки. Дис. канд. Куйбышев, 1955; Элементы проктологии, Куйбышев, 1960, 2,

92—95; В кн.: Компенсаторно-приспособительные процессы. Куйбышев, 1961; Выпадение прямой кишки. Дис. докт. Куйбышев—Горький, 1963.

Матяшин И. М., Бухтеев В. В. Выбор метода восстановления анального сфинктера при функциональной и анатомической его недостаточности. Элементы проктологии Куйбышев, 1969, 5, 32—34; 1971, 6, 82—88.

Махов Н. И. Восстановление деятельности наружного жома при огнестрельных ранениях прямой кишки. — В кн.: Сб. тр. эвакуогосп. Моск. обл., 1947, 3, 191—195; Хирургия, 1952, 4, 87—87; 1953, 1, 92—93; 1958, 9, 23—30; 1958, 9; 1976, 7, 107—116.

Мордовин С. М. Сфинктероанальный индекс. Элементы проктологии. Куйбышев, 1963, 3, 140—141.

Никитин. О пластике сфинктера заднего прохода. Прения на засед. Моск. хир. о-ва 12/X 1951. — Хирургия, 1952, 4, 87—87.

Огнев Б. В. О пластике сфинктера заднего прохода. Прения на засед. Моск. хир. о-ва 12/X 1951. — Хирургия, 1952, 4, 87—87.

Пикус З. Я. Профилактика инвалидности и экспертиза трудоспособности после огнестрельных ранений прямой кишки. Дис. докт. Днепропетровск, 1959; Тез. науч. сесс. Днепропетр. науч.-исслед. ин-та восст. хир. и экспертизы трудосп. инвалидов, 1964, 84—86.

Плоткин Ф. М., Рихтер Г. А. Новый метод образования сфинктера из нежных мышц бедра. — Сов. хир., 1934, 6, 1, 44—48.

Попескер К. О восстановлении функции прямой кишки после резекции ее с сохранением слизистой оболочки ануса при раке. — Хирургия, 1956, 1, 105—114.

Попов Х. А. Два случая выпадения прямой кишки, оперированных по способу Цастрова. Тр. Симбирской больницы, 1913, 4, 12.

Протопопов С. П. О промежуточной ампутации прямой кишки с образованием запирающего жома из мышц, поднимающих заднего прохода. — В кн.: Акт. вопр. проктол. Уфа, 1959, 161—177; В кн.: Пробл. анестез., груд. хир. и краев. хир. пат. на Сев. Кавказе. Махачкала, 1961, 415—420.

Рауэр А. Э. Новый способ восстановления мочевого пузыря, мочеиспускательного канала и сфинктера при врожденной эктопии. — Нов. хир., 1930, XI, 10, 240—249.

Рейн Ф. А. Пластика прямой кишки (рефер.). — Хир. летопись, 1894, 4, 110—111.

Родкин С. А. Экспериментально-клиническая оценка результатов нарушения целостности сфинктера заднего прохода. Элементы проктологии, Куйбышев, 1956, 21, 47; То же, дис. канд. Куйбышев, 1959.

Рыжих А. Н. Хирургия прямой кишки. М., 1956; Атлас операций на прямой и толстой кишках. М., 1960; 196. О болезнях прямой и толстой кишок. М., 1970, 5, 129—130.

Солдатенков М. С. К методике создания искусственного заднего прохода на промежуточности. — Здравоохран. Белоруссии, 1967, 7, 61—62.

Сосновский А. Г., Серебренников Л. В. К вопросу о восстановительных операциях после ранения прямой кишки. — В кн.: Сб. тр. госпит. хир. клин. Одесса, 1950.

Теплов Н. Я. Восстановление промежности по лоскутному методу. Сб. студенческих работ, 1892.

Тихов П. И. Частная хирургия, 1916, II.

Улановский И. Н. О травме наружного жома прямой кишки при операциях по поводу парапроктитов. — Хирургия, 1961, 6, 61—64.

Усков А. Г. Хирургическое лечение травматической недостаточности анального жома. Матер. 4 конф. проктол. РСФСР. М., 1973, 90—92.

Фаерман И. Л. Образование сфинктера из нежной мышцы бедра. Нов. хир. арх., 1929, 75, 19, 3, 398—405; В кн.: Акт. вопр. проктол. Уфа, 1959, 187—193.

Хейкин В. Л. Первичное восстановление сфинктера при ампутации раково-перерожденной прямой кишки. — Сов. хир., 1936, 4, 636—639.

Христианов Н. А. К вопросу о лечении выпадения прямой кишки посредством мышечной пластики. — Кубанский науч. мед. журн., 1921, 5—8, 311—316.

Цастров А. Н. Пересадка лоскута большой ягодичной мышцы при выпадении прямой кишки. — Хирургия, 1911, 19, 53—58.

Цаткин С. М. Сфинктеропластика при недержании сфинктера прямой кишки. — Чжунхуа вайкэ пзачжи, 1959, 3, 505—507.

Шацкий А. В. Отдаленный результат пластики заднего прохода по поводу недержания кала после травмы промежности у мальчика 6 лет. — Вестн. хир., 1955, 75, 1, 67—68.

Aminev A. M. Das neue Sphincterometer und seine Bedeutsamkeit. Zbl. f. Chir., 1960, 85, 2349—2352.

Aronsson H. Ano-rectal infections and sequelae, especially fistulae and incontinence. Acta chir. Scand., 1948, 96, (suppl. 135), 1—182.

- Bacon H. E. Anus, rectum and sigmoid colon. 1938; 1943; *J. Internat. Coll. Surg.*, 1947, 10, 661.
- Birnbaum W. A. Method of repair for a common type of traumatic incontinence of the anal sphincter. *Surg., Gynec., Obst.*, 1948, 87, 716—718; *Surg. Clin. N. Amer.*, 1955, 35, 1487.
- Bistrom O. Plastischer Ersatz des M. Sphincter Ani. *Acta chir. Scand.*, 1944, 90, 431.
- Blaisdell P. C. Operative injury to the anal sphincter. *J.A.M.A.*, 1939, 112, 614—618; *Surg., Gynec., Obst.*, 1940, 70, 3, 692—697; 1942; 75, 634; *Amer. J. Surg.*, 1950, 79, 1, 174—180; 1956, 79, 1, 174—183; 1957, 94, 4, 573—576; *Surg., Gyn., Obst.*, 1961, 112, 373.
- Block J. R. Repair of the incontinent sphincter ani following operative injury. *Surg., Gynec., Obst.*, 1959, 109, 1, 111—116.
- Brody G. S. a. oth. Observation of fecal continence mechanism. *J.A.M.A.* 1960, 173, 3, 226—229.
- Brown A. J. An operation to form a new anal sphincter after operations on the lower rectum. *Ann. Surg., Philad.*, 1920, 72, 676—680, 1 pl.
- Bunnell S. *Surgery of the hand.* Philadelphia, 1944.
- Chetwood Ch. H. *Med. rec.*, 1902, 5 April, 529; *Indian Med. Rec.*, 1902, 23, 70; *Med. Cleord.*, 1902, 529.
- Chittenden A. S. Reconstruction of anal sphincter by muscle slips from glutei. *Ann. Surg.*, 1930, 92, 1, 152—154.
- Collins C. D., Brown B. H., Duthie H. L. A basis for electrical stimulation for anal continence. *Scand. J. Gastroent.*, 1968, 3, 4, 395—400.
- Costescu N., Grigorcea C., Botez A. Valoarea mioplastiilor in tratamentul incontinetei anale. *Chirurgia*, 1961, 1, 137 (Bucuresti).
- Cuneo B., Senèque J. Reconstruction de l'appareil sphincterien dans le prolapsus du rectum. *J. de chirurgie*, 1931, 38, 2, 190—196.
- Deming C. L. Transplantation of the gracilis muscle for incontinence of urine. *J.A.M.A.*, 1926, 86, 12, 822—825.
- Djordjevic Z. Plastic repair of damaged sphincter ani muscle. *Ethiop. med. J.*, 1968, 6, 3, 115—118.
- Dodd H. Discussion of P. C. Blaisdell's article in *Am. J. Surg.*, 1950, 79, 1, 174—180; The incontinent sphincter ani. *Am. J. Surg.*, 1950, 79, 1, 180—183.
- Dubecz S., Farkas J., Meszoi Y. J. Vegbelzarozsom elegtelenseg "megolozesenek lehetosegei es muteti megoldasanak probmai. *Magy. Sebesz.*, 1963, 3, 152—156 (Венгрия); *Zbl. f. Chir.*, 1964, 89, 256—258.
- EdeImann G. A propos du traitement de l'incontinence anale par l'operation de Picrell. *Lyon chir.*, 1972, 68, 5, 389—391.
- Ein S. H., Stephens E. A. Vaginal constriction in children... *J. Pediatr. Surg.*, 1971, 6, Aug., 435—439.
- Erkes F. Zur Sphinkterplastik. *Zbl. f. Chir.*, 1919, 46, 40—43.
- Favre R., Rouffilange A., DeJacroix R. Les myoplasties reparatrices apres les destructions traumatiques de guerre du sphincter anal. *Acta chir. Belg.*, 1965, 13, 390; *Mem. acad. chir.*, 1965, 91, 1314, 390—396.
- Ferrarini G. Rectal incontinence relieved by plastic operation. *Arch. ital. chir.*, 1924, 10, 85—107.
- Finochietto R., Esperne P. Plastic operation for partial incontinence of the anal sphincter. *Arch. argent. enferm. ap. digest.*, 1940, 15, 500; *Internat. Abstr. Surg.*, 1941, 72, 152.
- Floercken H. Die beseitigung der Inkontinenz nach der Whitheadischen Haemorrhoidenoperation. *D. Zeitschr. f. Chir.*, 1931, 2132, 412—414.
- Fourrier P., Francannet J. Sphincteroplastie anale pour anus perineal (method of Pickrell). *Lyon chirurgical*, 1960, 56, 1, 116.
- Gabriel W. B. The principles and practice of rectal surgery. London, 1932; 1937; 1945; 1946; 1948; 1949; 1963; *Am. J. Surg.*, 1953, 86, 583.
- Gant S. G. *Diseases of the anus, rectum and colon.* Philadelphia. London, 1923.
- Garviliu D., Panea S., Georgescu L. Bazele fiziologice si tehnica res-tribuirii senzatiei de defecatie si a continentei dupa resectia rectului. *Chirurgia*, 1953, 16, 63 (Bucuresti).
- Gemsensjaeger E. Zur Kontinenzfunktion nach anorectalen Eingriffen. *Schweiz. med. Wschr.*, 1970, 100, 1250; 1972, 102, 336; *Helv. chir. Acta*, 1972, 39, 4, 427—432.
- Gersuny R. Eine Sphinkterplastik am Darm. *Zbl. F. Chir.*, 1893, 26.
- Goebell R. Die normale Funktion der Schliessmuskeln des Mastarms und ihre Stoerungen. Wie bildet man einen neuen Schliessmuskel am Rektum und am After? *Arch. kl. Chir.*, 1927, 148, 616—619.
- Golligcher J. C. Functional results after sphincter-saving resection of the rectum. *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.*, 1951, 8, 420; *Surgery of the anus, rectum and colon*, London, 1961; 1967.

- Granet E. Plastic operation for multiple anorectal lesion. *Am. J. Surg.*, 1952, 84, 5, 534—540.
- Gregor R. A. Gracilis muscle transplant in anal incontinence. *Dis. Colon, Rectum*, 1965, 8, 141—143.
- Hardcastle J. D., Parks A. G. A study of anal incontinence and some principles of surgical treatment. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1970, 63, Suppl., 116—118.
- Harris L. D., Pope C. E. «Squeeze» vs. Resistance: An evaluation of the mechanism of sphincter competence. *J. clin. invest.*, 1964, 43, 2272; *Gastroenterology*, 1966, 50, 754.
- HaskeII B., Rovner H. Electromyography in the management of the incompetent anal sphincter. *Dis. Colon, Rectum*, 1967, 10, 2, 81—84.
- Heidenreich A., Tonelli A. J. Ano incontinente. *Pren. med. argent.*, 1968, 55, 32, 1584—1601.
- Henschen C. Plastischer Wiedersatz des Analsphinkters. *Arch. kl. Chir.*, 1927, 148, 211—215.
- Hiensch E. Zur biglutealen Analsphinkterplastik bei postoperativer Incontinentia alvi. *Zbl. Chir.*, 1955, 80, 51, 2029—2035.
- Hirschman L. J. Establishment of continent anal sphincter by pediculated innervated myoplasty. *Tr. Am. Proct. Soc.*, 1935, 36, 178—191.
- Holtermann C. Besserung der Behandlungsergebnisse bei erfolglos operierten kompletten Dammrissen durch Anwendung einer Bulbokavernosus fettlappenplastik. *Geburtsch. u. Frauenh.*, 1939, 6, 1 June, 406—408; *Zbl. f. Gynaek.*, 1939, 63, Jan. 7, 60—66.
- Iarner J. B. Plastic relief of anal stenosis. *Dis. Colon, Rectum*, 1969, 12, 277.
- Ingelman-Sundberg A. Plastic repair of extensive defects of anal sphincter. *Acta chir. Scand.*, 1948, 96, 313—316; 1951, 101, 155—157.
- Izquierdo J. Künstlicher Aftersphinkter. *D. med. Wchschr.*, 1926, 52, 7 May, 795.
- Jackman R. J. Fecal incontinence — nonsurgical treatment. *J.A.M.A.*, 1958, 166, 11, 1281—1285.
- Janecek L. Funkeni nahrado ritniho sverece. *Rozhl. Chir.*, 1960, 9, 614—619.
- Junghans E. Die doppelseitige Bulbokavernosus — Plastik als Behandlungsmethode des alten mehr fach vergebliche operierten, totalen Dammrissen. *Zbl. f. Gynaek.*, 1952, 74, 224—228.
- Kaliet H. J. The use of a alloy steel wire in anal sphincter repair, *Harper Hosp. Bull.*, 1942, 1, 103; *J. Internat. Coll. Surg.*, 1947, 10, 4, 420.
- Karlan M. a. oth. Experimental evaluation of fecal continence — sphincter and reservoir in dog. *Surg., Gyn., Obst.*, 1959, 108, April, 469—475.
- Knapp L. S. Plastic repair postoperative anal incontinence. *Ann. Surg.*, 1939, 109, 1, 146—150.
- Koelle W. Erfahrungen mit der Sphinkterplastik nach Wreden-Stone. *Klin. Med.*, 1962, 4, 255—258.
- Koellermann M. W. Erfahrungen mit der Gracilisplastik bei Stuhlinkontinenz. *Med. Klin.*, 1968, 63, 8, 296—297.
- Kumar M., Mathur L. P. Anal sphincteroplasty. *Indian J. Surg.*, 1971, 33, 10, 408—409.
- Laird D. R. a. oth. Anoplasty — what, when, how, why? *Dis. Colon, Rectum.*, 1969, 12, 3, 179—189.
- Lasserre J. Notre experience de l'operation de Pickrell dans l'incontinence anale chez l'enfant. *Ann. Chir. Inf.*, 1964, 5, 215—222.
- Leider S., Peskin H. Postoperative incontinence — a technic of repair. *Ann. Surg.*, 1951, 133, 2, 240—243.
- Lennander K. G. Plastic operation for incontinentia ani. *Upsala Lakare forenings Förhandlingar*, 1898—1899, 4, 337; 722; 1900, 5, 589; *Ref. Zbl. f. Chir.*, 1901, 5, 146—147; 1901, 12, 338—339; *Brit. Med. J.*, 1900, 1178.
- Lewis M. I. Gracilis-muscle transplant for the cocration of anal incontinence. *Dis. Colon, Rectum*, 1972, 15, 4, 292—298.
- Lockhart—Mummery J. P. Diseases of the rectum and anus. 1914; 1934.
- Lodeon J. Contribution au traitement chirurgical de l'incontinence anale. These, Paris, 1962, N 610.
- Lombard-Piatet R., Meyer P., Porta J. P. Reparation chirurgical des déchirures sphincteriennes. *Lyon med.*, 1970, 223, 3, 193—199.
- Loyque J., Dubois F. Le traitement chirurgical de l'incontinence anale, *Arch. mal. app. dig.*, 1962, 51, 7—8, 65—83; *Rev. pat.*, 1972, 22, 11, 1853—1857.
- Luccioni F. A propos de la restauration du Sphincter anal. *Marseillie chirurgial*, 1961, /, 249.
- McGregor R. A. Gracilis muscle transplant in anal incontinence. *Dis. Colon, Rectum*, 1965, 8, 141—143.
- McMahon W. A. Anorectoplasty: complication and final results. *Am. J. Surg.*, 1956, 92, 5, 739—742.
- Malet P. Les plasties sphincteriennes de l'anus. These medecine, Toulouse, 1957, 98.

- Mandache F., Lutescu J., Zaharia M. Refacerea dinamicii sfincterlene la opertii cu incontinenta anala. Comunicare soc. chir., Bucuresti, 1955, V; Chirurgia rectului. Bucuresti, 1957.
- Marcotorchino J. D., Nosny P. Reflexions a propos d'une restoration de la fonction sphincterienne anale par l'operation de Richard-Pickrell. Marseille chirurgical, 1961, 3, 247-249.
- Martius Ch. Zur Auswahl der Harnfistel und Inkontinenzoperationen. Zbl. f. Gynaek., 1942, 66, Aug. 8, 1250-1256.
- Mear Y., Delagarde P., Trucy H. Cure de l'incontinence anale par myoplastie du droit interne. Presse med., 1958, 66, 53, 1278.
- Michel-Bechet M. Discussion. Mem. Acad. Chir., 1966, 92, 20-21, 563.
- Michel-Bechet R. La sphinctéroplastie anale au moyen des droits internes. Press. med., 1967, 19, 977-977.
- Miller H. Treatment of anal incontinence. Am. J. Proct., 1961, 12, 5, 317-324.
- Mitrovic M. Substitution of the anal sphincter by the transposition of the adductor magnus femoris. Srpski Arch. Celok. Lek., 1962, 90, Apr., 90.
- Morgan C. N. Surgical importance of composite longitudinal muscle of the anal canal, external sphincter and levator ani muscles. Am. J. Surg., 1950, 79, 1, 151-154.
- Nesselrod J. P. Proctology in general practice. Philadelphia, 1950.
- Newman A. Artificial sphincter ani for fecal incontinence. Pacific med. J., 1911, 54, March; Ref.; Zbl. f. Chir., 1911, 20, 723.
- Nickell W. B., Woodward E. R. Advancement flaps for treatment of anal stricture. Arch. Surg., 1972, 104, 2, 223-226.
- Pantin J. P., Catalano H., Videau H. Restoration d'une incontinence rectale apres echec des procedes classiques. Afrique francaises chirurgicale, 1957, 15, 4.
- Parks A. G., McPartin J. F. Late repair injuries of the anal sphincter. Proc. Roy. Soc. Med., 1971, 64, 12, 1187-1189.
- Pasulescu F. a. oth. Reconstructia sfincterului anal intr-un caz de incontinenta totala. Chir., Bucuresti, 1960, 3, 457-458.
- Pegurello J. L'incontinence anale et son traitement chirurgical. Afrique franc. chir., 1956, 14, 6, 113-127.
- Petit-Dutailis, Patel, Cormier. La cure par myoplastie de l'incontinence anale. Mem. acad. chir., 1954, 80, 10, 309.
- Pickrell K. L. a. oth. Construction of a rectal sphincter and restoration of anal continence by transplanting the gracilis muscle. Ann. Surg., 1952, 135, 6, 853-862; Tr. Am. Proct. Soc., 1955, 54, 721; Amer. J. Surg., 1955, 96, 11, 721-726; Surg. Clin. N. Amer., 1959, 39, 1405; Plastic Reconstr., Surg., 1959, 13, 1, 46-55; 1963, 813.
- Ransohoff I. L. Wreden's method of reconstructing voluntary anal control. Ann. Surg., 1929, 90, 2, Aug., 317.
- Rappert E. Plastischer Ersatz des Musculus Sphincter Ani. Zbl. f. Chir., 1952, 77, 579-581.
- Redon M. Discussion. Mem. Acad. chir., 1966, 92, 20-21, 564.
- Reichman W., Stücker F. I. Chirurgische Bechduhlungsverfahren der Sphincterinsuffizienz. Chirurg, 1970, 41, 4, 159-162.
- Richard A. Etablissement d'un sphincter anal continent par myoplastie pédiculée et innervée (avec le grand adducteur). Mem. Acad. chir., 1936, 62, 260, fevr., 7, 277-280; J. de chir., 1958, 75, 1, 23-39.
- Rosenak St. (I.). Plastisches Verfahren zur Wiederherstellung des Afterverschlusses. Zbl. f. Chir., 1936, 63, 2235-2238.
- Rosser C. Surgical repair of the incontinent anal canal. South. Med. J., 1948, 41, 882.
- Sarles J. G., Isman H. Traitement chirurgical de l'incontinence anal. Chirurgie, 1973, 99, 2, 129-135.
- Scheibe G. Freie Kutis plastic bei Sacralen Narbenhernie. Zbl. f. Chir., 1956, 26, 1066-1074.
- Schmieden V. Ueber Sphinkterplastik an Darm. Ergebn. d. Chir. u. Orthop., 1912, IV.
- Schober K. L., Rohde I. Plastische Herstellung der Analkontinenz in Kindesalter. Bruns, Beitr. klin. Chir., 1959, 199, 3, 378-384.
- Schoemaker J. Plastische Ersatz des Sphinkter Ani. Verhand. d. deutsch. ges. f. Chir., 1909, 10, 177-179; Deutsch. Congr. Chir., 38, 1909; Semaine med., Paris, 1909, 29, 14, 160; Arch. f. kl. Chir., 1927, 148, 211.
- Sillonvillo K. Myoplastic reparatrice apres destruction traumatique du sphincter anal. Mem. Acad. chir., 1966, 92, 20-21, 561-564.
- Sistrunk W. E. Plastic surgery operation for extensive laceration of anal sphincter. Ann. Surg., 1927, 85, 185-190.
- Smiley K. E. Repair of the sphincter ani with alloy steel sutures. Tr. Am. Proct. Soc., 1940, 41, 191-201.

- Societe national française de proctologie. Colloque sur l'incontinence anale. Arch. mal. app. dig., 1962, 51, 7—8.
- Spiesman M. G. Essential of clinical proctology. New-York, 1946.
- Steindl H. Mastdarmoperationen in ihrer Beziehung zur Kontinenz, Wien. Kl. Wchnschr., 1929, 48, 1538—1539; Wien. med. Wchnschr., 1929, 79, 1516.
- Stelzner F. Kontinenz, Superkontinenz und Inkontinenz im Anorectalbereich, Chirurg, 1954, 25, 10; Dtsch. med. Wschr., 1965, 90, 2275; Unfallmedizinische Tagungen der Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 1968, H. 4, S. 11; Therapiewoche, 1972, 22, 19, 1573—1574.
- Stone H. B. Plastic operation for anal incontinence. Tr. South S. A., 1926, 41, 235; Arch. Surg. 1929, March, 18, 845—851; J.A.M.A., 1931, Oct., 97, 17, 1205; Arch. Surg. 1931, 97, 1205; 1932, 24, 120; 1941, 18, 845; Ann. Surg., 1941, 114, 1, 73.
- Tait-Lowsson R. Diseases of women. 1879.
- Taverner D., Smiddy F. G. An electromyographic study of the normal function of the external anal sphincter and pelvic diaphragm. Dis. Colon, Rectum, 1959, 2, 153.
- Tiersch C. Aus den Abteilungen der 64... Berl. kl. Wschr., 1891, 28, 1002.
- Trancillon J. a. oth. Reparation directe des lésions traumatiques du sphincter anal. Lyon. chir., 1973, 69, 5, 395—396.
- Trouin. Incontinence anale traitée par myoplastie suivant le procédé de Wreden-Stone. Soc. chir. Marseille, 1956, 5 mars.
- Turrel R. a. oth. Plastic repair for postoperative anal incontinence Am. J. Surg., 1948, 76, 1, 89—91; Internat. Abstr. Surg., 1953, 96, 313.
- Tuttle I. P. Diseases of the anus, rectum and pelvic colon. New-York, 1903.
- Vigoni M. Traitement de l'incontinence anale, Acta chir. Belgica, 1960, 59, 2, 139—140.
- Welcke E. Operation des Krebses der Analportion mit künstlicher Sphinkterbildung. Muench. m. Wchnschr., 1910, 57, 26, 1395.
- White Ch. S. Preservation of the anal sphincter in surgical procedures in the rectosigmoid region. Arch. Surg., 1949, 59, 1, 129—146; J. Intern. Coll. Surg., 1948, 11, 3, 303—309.
- Wreden R. R. A method of reconstructing a voluntary sphincter ani. Arch. Surg., 1929, March, 18, 841—844; ref. Zbl. Chir., 1929, 128.
- Zahradnické I. Treatment of funnel shaped chest. Gas. lek. cesk., 1929, 64, Dec., 1814—1817; Arch. franco-belges de chir., 1927, 30, 553.

ЗАМЕЩЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

В практике встречается два ряда причин, которые приводят к необходимости оперативного замещения прямой кишки: а) врожденное недоразвитие прямой кишки и б) удаление ее при операциях, главным образом по поводу злокачественных новообразований. Травмы, даже обширные ранения военного времени, почти никогда не приводят к полной потере всей прямой кишки.

Врожденные уродства прямой кишки и заднего прохода многочисленны. Они сводятся к трем основным видам: а) заращение заднего прохода; б) сообщение прямой кишки с одним из лежащих впереди органов, у детей женского пола — с влагалищем или маткой, у детей мужского пола — с мочеиспускательным каналом или мочевым пузырем. При этом задний проход может быть развит нормально или заращен; в) недоразвитие или полное отсутствие прямой кишки, сопровождающееся обычно отсутствием заднего прохода. Все эти и другие врожденные уродства и методы их лечения описаны в первом томе Руководства (с. 217—303).

При удалении прямой кишки по поводу рака хирург думает прежде всего о спасении жизни больного и, во вторую очередь, о восстановлении утраченного органа. Ампутация или полная экстирпация прямой кишки сопровождается удалением всего запирающего аппарата ее. Удаленную прямую кишку заменяют путем низведения сигмы и подшивания ее слизистой оболочки к краям кожного разреза. При этом получается до некоторой степени восстановление анатомических

взаимоотношений — прямая кишка восстановлена из сигмы, задний проход остался на естественном месте. Но в функциональном отношении промежностный или крестцовый задний проход, при отсутствии сфинктера, подчиненного коре головного мозга, менее удобен для ухода и самообслуживания, нежели противоестественный задний проход, наложенный в левой подвздошной области. В последнее время при наличии оперативных методов, с помощью которых удается восстановить на естественном месте управляемый сфинктер заднего прохода, нет основания считать нецелесообразным восстановление заднего прохода на промежности при утере сфинктера. Нами разработана также оперативная методика, обеспечивающая активную замыкательную функцию противоестественного заднего прохода, наложенного в подвздошной области.

Таким образом, как для лишенного сфинктера промежностного заднего прохода, так и для противоестественного заднего прохода, наложенного в подвздошной области, разработаны надежные методы создания управляемого, подчиненного коре головного мозга сфинктера. Больные с явлениями полного недержания кишечного содержимого освобождаются от этого тяжелого недуга.

Очень кратко остановимся на вопросе о полном замещении прямой кишки.

Прямая кишка удаляется частично или полностью при раке и полипозе, при неспецифическом язвенном колите и при некоторых других заболеваниях. Эти операции, в зависимости от обстоятельств, завершаются двояко. Для хирурга проще и быстрее с точки зрения техники выполнения, а для больного еще и в смысле тяжести переносимости вмешательства — создание на передней брюшной стенке временного или постоянного противоестественного заднего прохода. Но часто больные не соглашаются на такое окончание операции, просят вывести вышележащую здоровую кишку на промежность.

Мы говорили, что больному значительно легче обеспечить уход за противоестественным задним проходом, расположенным на передней брюшной стенке, нежели за недержавшим новым анусом, выведенным на промежность. Но далеко не всех больных удается в этом убедить. Многие психологически очень тяжело переживают мысль об этой необходимости и, несмотря на все увещания, не соглашаются на операцию.

Если, например, нижний край раковой опухоли расположен на 5—6 или более сантиметров от заднего прохода, то имеется полное основание произвести брюшно-анальную резекцию прямой кишки, сохранить сфинктер, низвести на место прежнего заднего прохода вышележащую кишку, фиксировать к окружающим тканям, а края ее культи сшить с краями циркулярного разреза нормальной кожи.

Чаще всего низводится в малый таз и выводится на промежность сигма. Она, таким образом, анатомически и физически в последующем заменяет прямую кишку. Но, в зависимости от обстоятельств, также можно произвести замещение нисходящей, поперечной, восходящей или слепой кишок. А при полной колэктомии, например, при распространенном неспецифическом язвенном колите, при диффузном полипозе всей толстой кишки, на промежность выводится конец тонкой кишки.

Разными авторами разработано значительное количество методов создания из тонкой кишки, путем ее различных дубликатур, своеобразной ампулы для скопления и сгущения кишечных масс над сфинктером заднего прохода. Некоторые из этих методов приведены в третьем томе настоящего Руководства, в главе о неспецифическом язвен-

ном колите (с. 28—43), о такого рода наблюдениях сообщили Н. Васон, С. Smith. (1947). После проктосигмоидэктомии и левосторонней гемиколэктомии они низводили в малый таз и выводили на промежность поперечную кишку. Такие же наблюдения описаны М. К. Чачава (1955) и др.

За последние 2—3 десятилетия отдельные отечественные и зарубежные авторы разрабатывают вопрос о замещении различных отделов толстой кишки, удаляемых при операции, сегментами тонкой кишки. Такой трансплантации и замещению подвергается и прямая кишка. Из отечественных авторов изучением этого вопроса занимались Г. С. Левин (1939), М. К. Чачава (1948—1955), Г. А. Сардак (1956), К. Я. Чупраков (1956), П. А. Карташов, (1957), А. К. Эристави (1957), Ю. Т. Комаровский (1959), В. И. Юхтин (1961, 1963), В. И. Короткий (1963), А. И. Морозов (1963) и др. Среди иностранных авторов можно назвать имена М. Okinezu (1935), J. Quenu (1935), F. Sussmann (1938), M. Picot (1939), I. Rudler (1945), L. Carrillo-Maurtua (1949), R. Nissen (1955), G. Roix, G. Marchal, H. Baumel (1956), A. Gilbertas, H. Blanchard (1957), E. Villafane (1958) и др. Не вдаваясь в подробный разбор многочисленных работ, кратко представим эту проблему в части замещения прямой кишки по данным докт. диссертации и монографии В. М. Величенко на эту же тему: «Замещение дефектов толстой и прямой кишок илеотрансплантатом».

За основу своей работы автор взял вначале экспериментальное, а потом клиническое изучение илеоколо- и илеоректопластики. Одномоментная илеоколопластика у животных оказалась малоприменяемой, так как нередко наступала недостаточность швов анастомоза. Значительно лучшие результаты получены при выполнении илеоколопластики в два этапа. В первый этап формируется нижнее соустье между прямой кишкой и илеотрансплантатом. Во второй этап производится резекция нисходящей кишки с анастомозом — конец толстой в бок илеотрансплантата. Эта методика до минимума снижает опасность послеоперационных осложнений.

На основании рентгенологических исследований и кимографических записей автору удалось доказать, что в илеотрансплантате постепенно развивается способность к более глубоким и длительным сокращениям, напоминающим движения толстой и прямой кишок. Эти изменения моторики илеотрансплантата появляются в первые месяцы после операции и становятся выраженными к 6—8-му месяцу после илеоколопластики и к 12—13-му — после илеоректопластики.

К концу 3—4-го месяца после операции диаметр илеотрансплантата умеренно увеличивается. К 5—7-му месяцу заметно дальнейшее увеличение его диаметра. Через 9—10 месяцев после илеоколопластики трансплантат равномерно расширен на всем протяжении, диаметр его в 1,5—2 раза больше диаметра тонкой кишки и примерно равен диаметру толстой. Стенки илеотрансплантата макро- и микроскопически становятся толще за счет мышечных слоев. На слизистой оболочке отсутствуют кольцевые складки и бархатистость, образованная ворсинками. Крипты расширяются и напоминают трубчатые железы. Морфологическая перестройка слизистой оболочки мышечных слоев трансплантата заметна уже через 5—6 месяцев после операции. Более выражена она к 9—11 месяцам после илеоколопластики и к 20—22 месяцам после илеоректопластики. Вблизи анастомоза с толстой кишкой морфологическая перестройка илеотрансплантата происходит быстрее и глубже, чем в центральной его части.

При гистологическом исследовании интрамуральной нервной системы илеотрансплантата в вегетативных узлах ауэрбаховского и мей-

спермовского сплетений хорошо видны клетки Догеля 1 и 2-го типа. От них отходит большое количество разного калибра отростков, переплетающихся и образующих нежную сеть. В нервных клетках и волокнах в различные сроки после операции не обнаружено каких-либо патологических изменений.

В методику операции, разработанную на животных, автор внес усовершенствования. В клинических условиях она с успехом произведена в два этапа у 10 больных — 5 илеоколопластик после резекции гангренозной сигмы по поводу заворота и 5 илеоректопластик после удаления прямой кишки по поводу рака. В первый этап илеоколопластики выделялся трансплантат из подвздошной кишки и формировался анастомоз — конец прямой кишки в бок илеотрансплантата. При илеоколопластике создавался анастомоз — конец толстой кишки в бок илеотрансплантата, дистальная часть трансплантата укладывалась в «мышечную муфту» прямой кишки.

«Больные операции переносят легко», несмотря на преимущественно пожилой возраст. Автор рекомендует обе эти пластические операции, которые, по его мнению, «должны занять достойное место в ряду восстановительных операций и избавить многих больных от пожизненного пользования противоестественным задним проходом».

По данным В. М. Величенко, к моменту опубликования им монографии, в зарубежной литературе он нашел описание только 8 произведенных различными авторами илеоректопластик, а его 5 подобных операций являлись первыми в нашей стране. Трудно согласиться с В. М. Величенко и с другими авторами, которые настойчиво доказывают положительные стороны илеоколо- и илеоректопластики.

С целью анатомического обоснования низведения правой половины толстой кишки и выведения на месте бывшего естественного заднего прохода после удаления прямой кишки Ю. Е. Выренков, Л. У. Назаров и А. А. Протасевич (1973) произвели опыты на 244 трупах людей. Длина восходящей кишки варьировала от 6 до 36 см, длина более 16 см была у 52,9% трупов. Интраперитонеальное положение части или всей восходящей кишки имело место в 38,5% наблюдений. Изучение правого ствола средней ободочной артерии, его ветвей и краевого сосуда правой половины толстой кишки показало, что допустимость низведения печеночной кривизны вместе с восходящим отделом толстой кишки не вызывает сомнений в 63,8%.

В 36,2% низведение кишки опасно или вообще невозможно. В условиях анатомического эксперимента разработаны варианты низведения печеночной кривизны и восходящего отдела толстой кишки. Наиболее типично операция низведения выполняется с поворотом мобилизованной кишки на 180°. При достаточной протяженности кишки возможен дугообразный поворот, начиная от слепой кишки.

Опираясь на эти эксперименты, Л. У. Назаров и А. А. Протасевич (1973) произвели у 6 больных низведение восходящей кишки на промежность после удаления остальных отделов толстой кишки, включая прямую, по поводу распространенного полипоза толстой кишки, левостороннего неспецифического язвенного колита и мегадолихоколон с атрезией заднего прохода. Из 6 оперированных у одного больного наступило нарушение кровообращения значительного участка низведенной кишки, который был при вторичном вмешательстве удален и произведена илеостомия. Остальные операции прошли без осложнений. Функция кишечника нормализовалась в среднем через 2—3 месяца после операции.

Кроме того, эти авторы у 10 больных применили илеоколопластику и у 2 — илеоколоректопластику. Нормализация функции кишеч-

ника после илеоколопластики наступала через 3—4 месяца, после илеоколоректопластики — через 1—1,5 года.

Таким образом, следует считать принципиально разрешенным вопрос о возможности замены прямой кишки сигмой, нисходящей кишкой или другими отделами толстой кишки, а также и дистальными отделами тонкой. В зависимости от конкретных обстоятельств хирург может воспользоваться одной из этих возможностей — создать резервуар на естественном месте взамен утерянной прямой кишки и к тому же обеспечить его запирательным аппаратом, подчиненным коре головного мозга.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ПРЯМОЙ КИШКИ

В раздел о заместительных операциях, производимых при полной утере прямой кишки, необходимо внести описание хирургических вмешательств, предпринимаемых по поводу частичной утери тех или иных отделов ее. Причины таких дефектов, как и полной утери, могут быть весьма разнообразные — врожденные уродства, травмы, воспаления, новообразования, осложненные роды, лучевое воздействие и др. Виды и формы дефектов встречаются также самые различные. Могут быть утрачены верхний и нижний отделы прямой кишки, боковые, передняя и задняя стенки на разных уровнях, различной протяженности, с весьма переменными вторичными изменениями прилежащих стенок прямой кишки, окружающих органов и тканей. Из всего разнообразия возможных патологических изменений остановимся только на дефектах передней и задней стенок прямой кишки. Из них, естественно, не будут рассматриваться уже описанные в предыдущих томах Руководства параректальные и ректо-вагинальные свищи вульгарной природы (т. III, с. 163—367; 368—387), а также последствия разрывов третьей степени при родах (т. I, с. 349—358), при воздействии проникающего излучения (т. I, с. 414—432) и при разнообразных травмах, включая огнестрельные (т. I, с. 327—483). Нередко раны прямой кишки, появившиеся после различных повреждений, заживают самостоятельно, без какого-либо лечения. Иногда же при отсутствии лечебной помощи и даже при своевременно оказанном хирургическом пособии наступают различные ранние и поздние осложнения — перитонит, прогрессирующая газовая флегмона, сепсис, ректо-вагинальные или наружные свищи, стенозы и т. д.

Все осложнения уже освещены в предыдущих томах Руководства. В настоящем разделе сузим интерес и остановимся только на больших дефектах передней и задней стенок прямой кишки. Постараемся иллюстрировать изложение примерами из собственной практики и литературы. Начнем с передней стенки прямой кишки.

Дефекты ректо-вагинальной перегородки могут быть как врожденного, так и постнатального происхождения.

М. С. Знаменский (1956) наблюдал, оперировал и описал девочку 11 лет, у которой был врожденный широкий ректо-вагинальный свищ. Дефекация с первых дней после рождения происходила только через влагалище. Дважды ее оперировали без успеха в разных лечебных заведениях. Перегородка между влагалищем и прямой кишкой почти полностью отсутствовала. Лишь на глубине 5—6 см был виден истонченный край перегородки. Апальный отдел прямой кишки и задняя спайка влагалища были сохранены.

Хирургу потребовалось шесть этапов для закрытия дефекта ректо-вагинальной перегородки: 1) образован филатовский лоскут в правой подвздошной области; 2) пересажен лоскут на правую кисть по Б. В. Парину; 3) создан противоестественный задний проход в левой подвздошной области; 4) стебель отсечен от передней брюшной

стенки, свободный конец его двумя небольшими продольными разрезами рассечен на два полуоскута. Верхний край сохранявшейся ректо-вагинальной перегородки рассечен, несколько распрепарован. К краям слизистой оболочки влагалища и прямой кишки подшиты свободные края полуоскутов филатовского стебля; 5) стебель отсечен от руки. Нижний конец его расщеплен, как и верхний, использован для закрытия дефекта нижней части ректо-вагинальной перегородки; 6) ликвидирован искусственный задний проход.

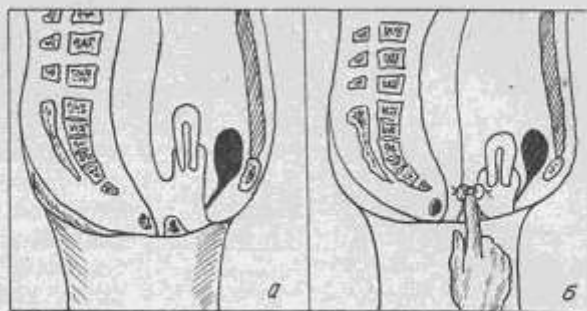


Рис. 143. Схема закрытия большого дефекта ректо-вагинальной перегородки филатовским стеблем по М. С. Знаменскому:

а — состояние до операции; б — один из этапов операции — филатовский стебель перенесен с брюшной стенки через кисть и подшит к верхнему краю дефекта ректо-вагинальной перегородки.

Все операции протекали без осложнений с первичным заживлением операционных ран. Весь процесс лечения занял 10 месяцев и 20 дней.

Больная выписалась с явлениями недержания. При осмотре через год: она хорошо удерживала кишечное содержимое. По-видимому, сфинктер прямой кишки, имевшийся на обычном месте, но бездействовавший на протяжении 11 лет, в значительной степени утратил сократительную способность. Потребовалось какое-то время, в пределах до года, чтобы сила сфинктера восстановилась до возможности полного держания кишечного содержимого. Можно восхищаться искусством и настойчивостью хирурга, верой и долготерпением родителей и больной.

Почти совершенно аналогичный ребенок наблюдался в нашей клинике. Мы вышли из положения другим, более простым, но в то же время и более сложным, точнее, более длительным путем при этом тяжелом врожденном уродстве.

Родители привезли из Калининградской области девочку, 1 года 2 месяцев. У нее в нижней части ректо-вагинальной перегородки имелся дефект, пропускавший конец указательного пальца хирурга. Дефекация совершалась только через влагалище. Имелись истонченные остатки ректо-вагинальной перегородки выше и с боков от имевшегося дефекта. Промежностный отдел прямой кишки и задняя спайка влагалища были развиты удовлетворительно. Анальный рефлекс живой, следовательно, сфинктер прямой кишки хорошо развит. Но миниатюрные размеры и нежное строение тканей в области дефекта представляли значительные трудности для оперативного вмешательства. Поэтому родителям было предложено привезти девочку через 2 года.

При повторном поступлении в клинику ребенка в трехлетнем возрасте ткани в области дефекта, естественно, имели соответственно возрасту, несколько большие размеры и, несомненно, более выраженную устойчивость к операционной травме. Вначале был наложен противоестественный задний проход на сигму. Через две недели была произведена операция — зашивание дефекта в ректо-вагинальной перегородке за счет местных тканей. В результате операции в верхней части бывшего дефекта остался свищ диаметром около 1 см. Ребенок был выписан домой. Через год повторена попытка зашить оставшийся свищ. Однако снова наступил рецидив. Но свищ уже пропускал только желобоватый зонд. По просьбе родителей в этот же приезд ребенку был ликвидирован противоестественный задний проход. Сразу же после этой операции дефекация стала совершаться естественным путем, но жидкий кал и кишечные газы периодически отходили через влагалище.

В семилетнем возрасте еще раз произведено зашивание оставшегося ректо-вагинального свища. На 5-й день после операции он рецидивировал. По сообщению родителей, свищ зажил у ребенка дома через три месяца после последней операции. Таким образом, ребенок на протяжении 4 лет перенес 5 операций: наложение противоестественного прохода, трижды ушивание дефекта в ректо-вагинальной перегородке, ликвидация противоестественного заднего прохода. Утешительно, что хоть тяжелым и длительным путем, но получено полное выздоровление.

Такие трудности представляет ликвидация обширных дефектов ректо-вагинальной перегородки. Не меньшие сложности стоят на пути хирурга при обширных дефектах задней стенки прямой кишки. Эти дефекты с образованием широких, губовидных, незаживающих свищей являются редкими нарушениями формы и функции прямой кишки. Такие осложнения могут иметь место после радикальных вмешательств по поводу рака с последующим некрозом задней стенки низведенной

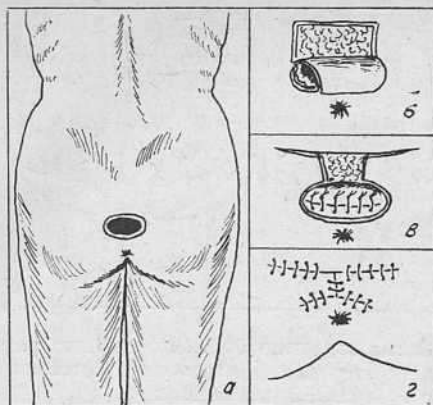


Рис. 144. Пластическая операция при широком дефекте задней стенки прямой кишки:

а — вид дефекта в копчиковой области перед началом оперативного лечения; б — выше дефекта выкроен кожный лоскут и откинут вниз; в — кожный лоскут эпителием внутрь подшит к мобилизованным краям слизистой оболочки дефекта; дополнительными разрезами выкроены два встречных кожных лоскута; г — кожная рана зашита.

этого флегмона таза и окружающих тканей постепенно убывала и совершенно исчезла. Сформировался широкий, пропускавший три поперечных пальца, губовидный свищ прямой кишки. Через 4 месяца после ранения больной произведена пластическая операция — закрытие дефекта задней стенки прямой кишки.

Из верхних углов именовшего дефекта произведены вверх разрезы длиной 3 см. Вверху они соединены горизонтальным разрезом. Окаймленная этими разрезами кожа отпрепарована в виде лоскута на нижней ножке. По остальной окружности дефекта произведен разрез на границе слизистой оболочки и кожи. Эти ткани распрепарованы на глубину 2 см. Кожный лоскут повернут на ножке на 180° и подшит эпителием внутрь к краям дефекта слизистой оболочки прямой кишки. Рядом с повернутым кожным лоскутом выкроены два встречных кожных лоскута, как видно на рис. 144. Эти лоскуты сшиты между собой и с окружающими краями кожной раны. При наличии противоестественного заднего прохода рана зажила первичным натяжением. Через два месяца ликвидирован противоестественный задний проход. Еще через некоторое время больная возвратилась на свою профессиональную работу.

При такого рода больших дефектах, а также при декомпенсированных сужениях ампулярного отдела прямой кишки иногда применяется метод устранения дефекта путем пересадки филатовского лоскута. Накладывается противоестественный задний проход на сигму. Если уже имеется дефект задней стенки кишки, то сразу на брюшной стенке создают филатовский лоскут. Если операция предпринята по поводу стенозирующего рубца, то предварительно, предпочтительно слева, параллельно краю крестца делается разрез. Продольно рассекается задняя стенка прямой кишки на 3—4 см выше, на уровне сужения и на 3—4 см ниже его, и края стенки кишки подшиваются по всей окружности к краям кожного разреза узловыми швами. Параллельно, после достаточной тренировки, одна ножка филатовского лоскута пересаживается в табакерку лучше левой кисти. После тренировки этой ножки на протяжении 3—4 недель производится пересадка свободной ножки переносимого на кисти лоскута на один из концов дефекта до половины его протяжения. Через 3—4 недели, после достаточной оттренированности лоскута, он отсекается от кисти, расщепляется, как и при первой пересадке, на два лоскута, из которых один пришивается к слизистой оболочке кишки, второй к коже. Таким образом, без натяжения тканей, без сужения просвета кишки, устраняется дефект. А после ликвидации противоестественного заднего прохода восстанавливается пассаж кишечных масс через прямую кишку.

кишки, с послеоперационным или поствоспалительным дефектом тканей таза. Вторая причина таких дефектов — различного рода травмы.

Широкие дефекты задней стенки прямой кишки можно закрывать как путем смещения соседних тканей, так и путем переноса филатовского кожного лоскута через кисть руки с отдаленных участков тела, как это показано на рис. 143. У одной нашей больной мы пошли по первому пути.

Больная М., возраст 38 лет, поступила в клинику через 3 дня после огнестрельного ранения почти в упор, через дверь, из дробового ружья, сзади, в крестцово-копчиковую область. Здесь была рваная, загрязненная, воспаленная рана, диаметром 6 см, широко проникающая в просвет прямой кишки. Вокруг нее располагались несколько дополнительных небольших круглых ран от проникновения в ткани отдельных дробинок. Имелась цветущая флегмона таза — температура тела колебалась между 39° и 40°. В день поступления больной в клинику ей без промедления был наложен противоестественный задний проход на сигму. После

Литература

- Алекторов Б. А. Пластическая замена дефекта толстого кишечника петлей тонкого в целях ликвидации противоестественного заднего прохода. — Вестн. хир., 1943, 63, 5—6; Техника илеоколопластики. Дис. канд., Л., 1947.
- Васильев А. А. Клиническая оценка различных модификаций илеоректального анастомоза. — Вестн. хир., 1964, 2, 104—107.
- Величенко В. М. Илеоколопластика в клинике и эксперименте. Дис. канд. Витебск, 1956; Хирургия, 1959, 8, 58—63; 1960, 2, 53—56; 1961, 8, 56—63; Рефер. докл. науч. сесс. Витебск. мед. ин-та, 1961, 45—46; В кн.: Проблема компенсаторных приспособлений. Минск, 1961, 29—30; Здоровоохр. Белоруссии, 1961, 11, 73; Хирургия, 1962, 8, 109—116; Матер. 20 сесс. Витебск. мед. ин-та, 1962, 29—30; Экспериментальное обоснование и клиническое применение илеоколопластики и илеоректопластики. Дис. докт. Витебск, 1963; Хирургия, 1964, 9, 96—99.
- Вьренков Ю. Е., Назаров Л. У., Протасевич А. А. Анатомическое обоснование низведения правой половины толстой кишки. Матер. 4 конф. врачей проктол. М., 1973, 181—183.
- Горохов Д. Е. Ректоколоперинеопластика. — Хирургия, 1903, XIV, 515.
- Дурмашкин В. М. О замещении дистальных отделов толстой кишки путем низведения поперечной ободочной кишки. Тр. Горьков. мед. ин-та, 1947.
- Захаров Е. И., Захаров А. Е. Тонкокишечная пластика при гастрэктомии и резекции желудка. М., 1962.
- Знаменский М. С. Восстановление ректо-вагинальной перегородки методом мигрирующего стебля. Нов. хир. арх., 1956, 5.
- Карташов П. А. Одномоментное замещение дефекта толстого кишечника тонкой кишкой. — Хирургия, 1957, 2, приложение, 46—47.
- Комаровский Ю. Т. Илеокологоректопластика при обширных резекциях дистального отдела толстого кишечника. — Хирургия, 1959, 8, 54—58.
- Короткий В. И. К вопросу об илеокологоректопластике. — Клин. хир., 1963, 6, 64—66.
- Левин Г. С. О процессе перестройки слизистой оболочки тонкой кишки при операции Николадони (пересадка тонкой кишки в дефект толстой). Дис. канд. Минск, 1939.
- Морозов А. И. Одномоментная илеоколопластика. — Клин. хир., 1963, 6, 37—40.
- Назаров Л. У., Гуреева Х. Ф. Илеотрансплантация с целью восстановления естественной проходимости кишечника и замещения прямой кишки с применением механического шва. Матер. 8 конф. хир. Сев. Кавказа. Орджоникидзе, 1971, 246—247; Матер. 4 конф. врачей-проктол. М., 1973, 183—184.
- Сардак Г. А. Замещение дефекта сигмовидной кишки тонкой кишкой. Нов. хир. арх., 1956, 5, 69—70.
- Таутер А. С. Создание искусственной ампулы и заднего прохода из сигмы. Тр. I съезда рос. хир., 1900.
- Чачава М. К. Замещение дефекта толстой кишки трансплантацией толстой кишки. — Хирургия, 1948, 11, 70—71; Вестн. хир., 1955, 10, 105—106.
- Чекан С. Т. Усовершенствование способов оперативного лечения кишечной непроходимости, зияющего ануса и язвенного проктоколита. Науч. тр. Иркут. мед. ин-та, 1967, 80, 3, 101—105.
- Чупраков К. Я. Еюноколопластика при обширных резекциях поперечной ободочной кишки. — Хирургия, 1956, 6, 58—62.
- Шацкий А. В. Отдаленные результаты пластики заднего прохода по поводу недержания кала после травмы промежности у мальчика 6 лет. — Вестн. хир., 1955, 75, 1, 67—68.
- Эристави А. К. К вопросу о пересадке тонкой кишки при дефектах толстого кишечника. Тр. Тбилис. мед. ин-та, 1957, 14, 103—108.
- Юрихин А. А. Лечение последствий разрывов промежности с повреждением анального сфинктера. Элементы проктологии. Куйбышев, 1963, 3, 56—58; В кн.: Хир. анат. и восстан. хир. органов пищев. тракта. Донецк, 1965, 215—216; Элементы проктологии. Куйбышев, 1969, 5, 42—43; 1971, 6, 119—123.
- Юхвидова Ж. М., Назаров Л. У. Использование илеотрансплантата для восстановления естественной проходимости кишечника и замещения прямой кишки. Хир. анат. и восстан. хир. органов пищев. тракта, Киев, 1968, 175.
- Юхтин В. И. Одномоментная илеоколопластика при обширной резекции толстой кишки по поводу рака. Вестн. АМН СССР, 1961, 1, 53—57; Матер. работ объедин. науч.-метод. конф. посв. памяти С. И. Чечулина. М., 1963, 70—73; В кн.: Акт. вопр. клин. и эксп. хир. М., 1965, 99—114; Матер. науч. конф. 2 ММИ. М., 1967, 68—74; 74—78.
- Atkinson M., Giligher J. C. Recurrent hepatic coma treated by colectom and Neo-rectal anostomosis. Lancet, 1960, 1, 461.

- Carrillo-Maurtua L. Notes sur l'ileo — colo — recto-plastic. J. de chir., 1949, 65, 9, 520—535.
- Gilbertas A., Blanchard H. Rectocolite traitée par colectomie totale et reconstruction d'un neorectum par plastic ileal. Arch. mal. app. digest., 1957, 46, 3, 236—243.
- Nissen R. Verschluss einer recto-uretralen fistel nach perineal Prostatectomie durch Rectum resection und gestielte Dünndarmplastik. Chirurg, 1955, 26, 378—380.
- Okinczyc M. Ileo — colo — recto-plastic. Bull. et mem. Soc. nat. de chir., 1935, 61, 53.
- Picot M. Ileocoloplastie apres resection rectosigmoidienne. Mem. Acad. chir., 1939, 65, 874—879.
- Quenu I. A propos de l'ileo — colo — rectoplastie. Bull. Soc. nat. chir., 1935, 61, 137—138.
- Roux G., Marchal G., Baumel H. Ileo — ano — plastic apres colectomie totale pour polipose rectocolique generalisee. Marseille shir., 1956, 8, 4, 490—492.
- Rudler I. Un cas d'ileo — colo — rectoplastie. Mem. Acad. chir., 1945, 71, 124—126.
- Sussmann F. Wiederherstellung der Wegsamkeit zum After nach Sigmoidium und Rectumresection durch interposition eines Duenn Darmstueckes. Arch. f. Gynaek., 1938, 88, 3, 593—596.
- Villafane E. Ileo — colo — rectoplastica. Semana med., 1958, 113, 3, 113—115.
- Wesolonski S., Mantenifel L. Przyszynck do operacji wytworczych zwierzaczca odbytu. Polski tygodn. lek., 1954, 9, 30, 944—946.
- Wilkins S. A., Willis S. A. The rectal bladder for urinary diversion. Surg., Gyn., Obst., 1959, 109, 1, 1—12.

ОБРАЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ

Пластическое образование искусственного влагалища (кольпопозэ — colporoesis) при врожденном отсутствии его является вполне оправданной операцией, хотя возможность воспроизводства рода при этом не появляется. Женщины, лишенные возможности жить семейной жизнью и удовлетворить естественное половое влечение, согласны на любую операцию, хотя бы и частично устраняющую существующий у них врожденный дефект.

Безуспешные попытки создать искусственное влагалище оперативным путем производилось еще в древнее время и в средние века. Лишь вооруженные асептикой, антисептикой и наркозом хирурги смогли выполнить эту операцию. Значительная доля разработки и широкого применения этих операций принадлежит нашим ученым.

В настоящей главе мы не будем разбирать в подробностях вопрос об этиологии и клинике атрезии влагалища. Равным образом из всех методов пластического восстановления этого органа мы остановимся только на методах образования искусственного влагалища из прямой кишки. Задача наша облегчается тем, что по этому вопросу в 1938 г. вышла монография А. Э. Мандельштама, а в 1955 — М. С. Александрова.

Впервые операция создания искусственного влагалища из прямой кишки была предложена, разработана и выполнена на больной в 1891 г. отечественным ученым проф. В. Ф. Снегиревым. Его операция состоит из двух моментов. В первый момент в положении на боку производится продольный разрез по левому краю крестцовой и копчиковой костей. Удаляется копчик. Прямая кишка выделяется из окружающих тканей по всей окружности на протяжении 10—12 см, петлеобразно подтягивается в рану и рассекается поперечно на расстоянии 8—9 см от заднепроходного отверстия. Периферический просвет рассеченной кишки зашивается наглухо и образует в дальнейшем свод вновь создаваемого влагалища. Просвет центрального отрезка прямой кишки вшивается в промежностную рану. Таким образом, создается

протиестественный задний проход в копчиковой области. На этом заканчивается первый этап операции. Больная переводится в положение на спине. Второй этап операции заключается в продольном разрезе кожи от заднепроходного отверстия до заднего края уретры по средней линии с рассечением сфинктера заднего прохода. Слизистая оболочка, рассеченная по передней стенке прямой кишки, подшивается к краям кожного разреза.

Первую больную, которой в 1901 г. было создано искусственное влагалище описанным методом, В. Ф. Снегирев демонстрировал в Московском акушерско-гинекологическом обществе. Больная вначале не могла удерживать кал и газы, но через три месяца все эти явления исчезли. «Половой акт производился удовлетворительно». На первом съезде гинекологов В. Ф. Снегирев демонстрировал вторую больную, прооперированную этим методом в 1903 г., то есть через 12 лет после того, как им была предложена и впервые выполнена операция создания искусственного влагалища из прямой кишки. У второй больной, демонстрированной на съезде почти через два месяца после операции, по отзыву выступившего в прениях проф. Д. О. Отта «искусственное влагалище очень походит на настоящее, новообразованный жом прямой кишки уже удерживает твердые каловые массы и, вероятно, будет скоро удерживать, судя по первому примеру, жидкие испражнения и газы... Операции, подобные описанной докладчиком, являются, можно сказать, единственным и к тому же остроумным выходом для того, чтобы создать таким больным сносную семейную обстановку».

Операция В. Ф. Снегирева была произведена самим автором 4 раза, а другими отечественными авторами — 3 раза (Гусев, Залого). В последний раз эту операцию в 1923 г. применил Звягин (цит. по Алферову) без успеха — прямая кишки отошла от раны копчиковой области, встала на свое место, и дефекация восстановилась нормальным путем. Больше последователей эта операция не нашла.

Влагалище при разбираемом методе создается на обычном месте, анатомически оно напоминает естественный орган, половой акт у больных совершается нормально. Однако все это получается ценой потери сфинктера заднего прохода. Какие бы надежды ни возлагались на замыкающее действие третьего сфинктера и мышц, поднимающих задний проход, ничто не может в достаточной степени заменить совершенный естественный заднепроходный жом. Неизвестно, от чего больше страдают больные — от отсутствия влагалища или при наличии влагалища от недержания кала и газов.

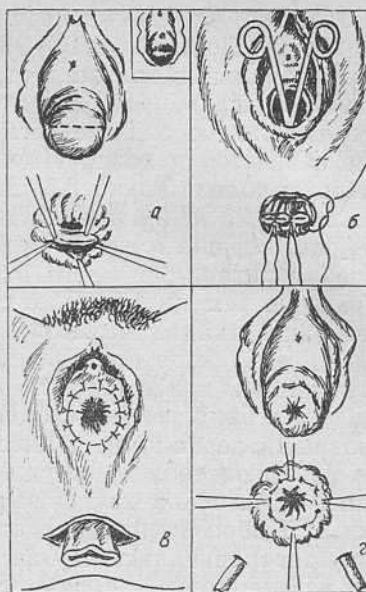


Рис. 145. Операция Попова (по А. Э. Мандельштаму):

a — на месте отсутствующего влагалища подготовлено широкое ложе в мягких тканях, сделан разрез на границе кожи и слизистой оболочки, начато выделение прямой кишки; *b* — выделенная кишка временно ушита, из подготовленного ложа к заднему проходу проведен кориданг; *c* — анальный конец кишки перемещен в новое ложе и подшит к краям кожного разреза, вышележащая часть прямой кишки подтянута к заднему проходу, после поперечного рассечения периферический конец ее ушит наглухо, а центральный выведен из заднего прохода; *d* — окончательный результат операции, низведенная кишка подшита к коже заднего прохода, через контрапертуры подведены дренажи.

Идею В. Ф. Снегирева в дальнейшем развил отечественный ученый Д. Д. Попов в 1910—1912 гг. Он сохранил положительные стороны операции и избежал отрицательных ее моментов. Приводим дословное описание автором его метода. «Полукруглый разрез проведен по направлению заднего сегмента сфинктера заднего прохода на границе слизистой и кожи. Нижний отдел прямой кишки на протяжении вглубь приблизительно 8,5 см был при помощи указательного пальца отделен от соседних тканей сзади и с боков, оставаясь соединенным с пузырем передней своей стенкой; этим имелось в виду избежать нарушения питания нижнего отдела кишки. Начиная от этого места, то есть выше чем на 8,5 см от заднего прохода, отделение кишки от окружающих тканей возможно выше, насколько это было доступно (10—12 см), было произведено по всей окружности. Освобожденная часть кишки, коленообразно изогнутая в форме петли, была вытянута пальцем в рану заднепроходного отверстия, широко раскрытого ложкообразными зеркалами, и здесь под контролем зрения разрезана, причем на кровоточащие сосуды по окружности накладывались клеммы и последовательно кетгутовые лигатуры, а затем просвет кишки был закрыт Т-образными клеммами. Верхние свободные края нижнего отрезка заворачивались внутрь слизистой, были соединены непрерывным кетгутовым швом, и получился таким образом свод для вновь образованного влагалища.

Отступя на $\frac{1}{2}$ см от наружного отверстия мочеиспускательного канала, сделан сзади вертикальный разрез в 5 см длины, не доходя на 2 см до заднепроходного отверстия. Затем приведен разрез на границе кожи и слизистой оболочки верхнего сегмента заднего прохода, и самый нижний отдел прямой кишки, представляющий собой вновь образованное влагалище, отпрепарованный по передней поверхности вглубь приблизительно на 3 см, выведен в раневое отверстие между мочеиспускательным каналом и уздечкой, а свободные края его слизистой пришиты к краям кожной раны. Оставшийся в глубине раны верхний отрезок прямой кишки вытянут книзу, и края его сшиты узловыми швами по окружности с кожей заднего прохода, а по отдельным местам положены более глубокие узловые швы (кетгут), прикрепляющие края кишки к заднепроходному жому.

По сторонам вновь образованной прямой кишки были проведены полоски ксероформной марли. Прямая кишка и рукав рыхло выполнены полосками ксероформной марли.

Этот новый метод быстро завоевал симпатии гинекологов. В отечественной литературе и практике он совершенно заменил и вытеснил из жизни уродующий способ Снегирева. Однако хирурги мало знакомы с методом Попова. Они чаще применяют операцию образования искусственного влагалища из тонкой кишки по Болдвину (I. F. Baldwin, 1904; А. В. Авледиани, 1928 — 1 наблюдение; В. А. Астраханский, 1936 — 2 наблюдения и др.) или пользуются модификациями этого метода (Е. В. Корчиц, 1925 — 1 наблюдение; В. Л. Лямпрехт, 1928 — 1 наблюдение и др.). Все чаще применяется также пластика влагалища свободными кожными лоскутами (В. А. Астраханский, 1936 — 1 наблюдение; А. Ф. Покровский, 1950 — 25) или на ножке (Динец — 1 наблюдение; М. В. Алферов, 1934 — 2; Матвеев — 8 и др.). В докторской диссертации А. Ф. Покровского приведена сводная статистика русских и иностранных авторов, содержащая 422 наблюдения кожной пластики влагалища.

М. С. Александров (1935, 1955) сообщил о 7 больных с прекрасно закончившимися операциями, при которых было создано искусственное влагалище из сигмовидной кишки. Д. О. Отт у одной больной,

«про которую Славянский выразился, что это уникам в литературе» (К. Ф. Богуш, 1910), края перепонки, симулировавшей девственную плевру, подтянул кверху и подшил к краям вскрытой брюшины. Эту же операцию с некоторым видоизменением повторил в 1933 г. М. И. Ксидо. Описано 1 наблюдение создания влагалища из расширенной уретры.

Н. В. Марков два раза с успехом создал искусственное влагалище из мочевого пузыря. У одной больной имелся обширный пузырно-влагалищный свищ и среди грубых рубцов — узкий прямокишечно-влагалищный свищ. В первый этап Н. В. Марков ушил прямокишечно-влагалищный свищ и создал заднюю стенку влагалища из задней стенки мочевого пузыря. Во второй этап была произведена стерилизация, пересадка шейки матки в мочевой пузырь и пересадка мочеточников в прямую кишку с благоприятными результатами. Автор считает это наблюдение такого рода комплексной операции единственным в литературе.

Совершенно аналогичную больную наблюдал и в 1936 г. описал К. С. Скиба. Он при пузырно-влагалищном свище пересадил мочеточники в прямую кишку и создал влагалище из стенки мочевого пузыря с включением в него шейки матки. Через 6 лет женщина выполняла тяжелую работу, жила нормальной половой жизнью.

Излагая в этой главе только операции создания искусственного влагалища из прямой кишки, мы не считаем возможным подробно описывать многочисленные другие оригинальные операции и их модификации, предложенные для той же цели — создания влагалища при отсутствии его.

П. И. Тихов, воспользовавшись идеей М. С. Субботина, применил у молодой девушки с врожденным отсутствием влагалища операцию создания искусственного влагалища из прямой кишки. Вначале он попытался создать больной искусственное влагалище по Амюсса, но неудачно. Тогда в два этапа пересадил часть стенки прямой кишки. Вначале из передней стенки прямой кишки был взят четырехугольный лоскут вершиной вниз, основанием вверх. Вершина лоскута выведена на промежность и подшита к коже в виде кольца. Через несколько недель лоскут отсечен, свищ в прямой кишке зашит. Подробности операции автор не описывает, лишь добавляет, что «новое влагалище впоследствии функционировало хорошо» («Хирургия», 1907). Несколько подробнее эта больная описана Н. И. Березнеговским (1908).

В своей докторской диссертации Н. Р. Барановский (1914) подробно описал предложенную Д. Д. Поповым операцию образования искусственного влагалища из прямой кишки. Приведены истории болезни 6 больных, у которых эта операция была с успехом произведена. Кроме того, в виде таблицы, занимающей 45 страниц текста, суммированы в хронологическом порядке операции создания искусственного влагалища разными методами с 1765 по 1913 г., всего 143 операции. Хорошие результаты получены у 77 больных, неудовлетворительные — у 18, результат неизвестен — у 40, умерли в результате операции — 8.

В 1911 г. Шуберт опубликовал свой метод создания влагалища из прямой кишки. Этот метод содержит основные черты операции В. Ф. Снегирева и Д. Д. Попова и является их комбинацией. У операции В. Ф. Снегирева он заимствует задний разрез и удаление копчика, у операции Д. Д. Попова — пересадку нижнего отрезка прямой кишки и особый разрез впереди анального отверстия, низведение и вшивание прямой кишки в края циркулярного разреза в области заднего прохода. Иностранные авторы чаще всего пользовались

методом Шуберта или некоторыми его видоизменениями. Так, Штрасман предложил циркулярный разрез делать не в области переходной складки у анального отверстия, а на 3—4 см выше, чтобы не травмировать наружный сфинктер.

Операции создания искусственного влагалища из прямой кишки в прежнее время давали высокий процент летальности. Так, Н. М. Какушкин потерял двух из трех прооперированных им по методу Попова больных. Смертельные исходы чаще всего наступали от тазовых флегмон или септических перитонитов. Но кроме этих, наиболее тяжелых, описаны менее серьезные осложнения в виде парaproктитов, свищей, послеоперационных стриктур анального кольца, отхождения кишки от заднего прохода, недержания кала и газов, сужения вновь образованного влагалища и пр. Так у автора метода Д. Д. Попова на 6 операций, произведенных до 1914 г., в 2 наблюдениях имелось обширное и в 2 частичное нагноение параректальной клетки. У 1 больной в течение полутора месяцев наблюдалось частичное недержание кала и газов. В 4 наблюдениях имелись более или менее стойкие ректо-вагинальные и параректальные свищи. У одной больной произошло отхождение от краев кожи слизистой оболочки вновь образованного влагалища и полное рубцовое закрытие входа в него. У двух больных наступило частичное рубцовое сужение входа в искусственное влагалище. Трое больных из 6 оперированных жили после операции половой жизнью и получали полное удовлетворение от нее. Сфинктер прямой кишки у всех больных в последующем функционировал хорошо.

М. И. Конухес в 1925 г. опубликовал сравнительные статистические данные. Оказалось, что к этому времени операция Болдвина была произведена 107 раз с 14,1% летальности, а операция Попова — Шуберта — 67 раз с 7,6% смертельных исходов.

В 1935 г. Рабинович произвел сравнительную оценку операций кольпопоза. Ему удалось найти описание 482 операций создания искусственного влагалища, в том числе 302 операции по Болдвину — умерло 34 (11,2%), и 180 операций по Попову—Шуберту с 12 смертельными исходами (6,6%). При этом из 34 оперированных по методу Попова умерло 6 (14,4%) и на 146 операций по Шуберту — также 6 (4,1%). Автор склонен отдать предпочтение операции Болдвина. Детально описывая и разбирая причины смерти после этой операции у разных авторов, он отбросил многие из них, считая, что смерть произошла от приводящих причин, а не от самого метода. Редуцировав таким образом статистику смертельных исходов при операции Болдвина, он с 11,2% свел ее, в конечном счете, к 5,6%. Редуцируя летальность при операции Попова—Шуберта, автор был более скромным и только одну смерть считал возможным исключить из статистики. Конечно, такая подтасованная (редуцированная) статистика не может способствовать правильной оценке операции создания искусственного влагалища. Несомненно, операция Болдвина (с модификациями) дает больший процент летальности, чем операция Попова—Шуберта, но в то же время операция Болдвина более доступна хирургам и гинекологам. Она чаще применяется в практике. Те и другие операции при правильном их выполнении дают хороший и часто отличный функциональный результат. Дело практики и опыта хирурга.

Следует согласиться с отрицательной оценкой Рабиновича, данной им операции Киршнера—Вагнера для создания искусственного влагалища. При этой операции через разрез на промежности между уретрой и задним проходом тупым расслоением создается глубокая и широкая полость в мягких тканях. Стенка полости покрывается свободно пересаженными кусочками кожи, которая прижимается к ложу там-

понами или различными пелотами. Несмотря на приживление лоскутов кожи и последующее расширение вновь образованного влагалища зеркалами или бужами, неизбежно происходит рубцовое его сужение. Остаточная полость влагалища обычно бывает такой незначительной, что она становится непригодной для выполнения предназначенной ей функции. С таким выводом не согласен А. Ф. Покровский (1950). Он в своей докторской диссертации говорит о преимуществах кожной пластики перед другими способами создания влагалища. Его личная статистика составляет 255 наблюдений, относящихся к кожной пластике в том числе 19 по модифицированному им способу. У 15 из 19 больных получен хороший отдаленный результат, у 2 — плохой и у 2 образовалось короткое влагалище.

А. Э. Мандельштам в своей монографии подробно описывает 25 больных, которым были произведены операции по методу Д. Д. Попова. После 14 операций А. Э. Мандельштам внес следующие существенные изменения в технику операции Д. Д. Попова: 1) спинномозговая анестезия вместо наркоза, 2) остатки девственной плевы не иссекаются, как это делает Шуберт, а отсекаются поперечно и идут на углубление вновь образуемого влагалища, 3) место первичного циркулярного рассечения прямой кишки делается на 3—4 см выше анального отверстия (по Штрассману), 4) выпускники выводятся не между прямой кишкой и сфинктером (через задний проход), а через две особые контрапертуры позади от анального отверстия по обе стороны от средней линии. К чести автора следует отметить, что на 30 операций, сделанных типично по Попову и в видоизменении Мандельштама, не получено ни одного смертельного исхода или каких-либо других грозных осложнений после операций. Отмечено в двух наблюдениях повышение температуры до 39,2—40°C, в 5 наблюдениях — до 38,5—39°C. В 11 наблюдениях температура была субфебрильная и в 7 повышена температура не было. У 7 больных были гнойные или каловые свищи, закрывшиеся в сроки от 2 недель до 3 месяцев. У 2 больных было временное недержание кала и газов, исчезнувшее через 3—6 месяцев. Отмечались и другие несущественные, скоропроходившие осложнения — восходящие циститы, пиелиты и пр.

В заключение следует сказать, что операции пластического восстановления влагалища из прямой кишки разработаны главным образом трудами отечественных ученых. Проф. В. Ф. Снегирев дал основную плодотворную идею использования прямой кишки для этой цели. Детали его методики не нашли поддержки и подражания, так как влагалище создавалось из нижнего отрезка прямой кишки с ее сфинктером, а вновь создаваемый задний проход в копчиковой области да-

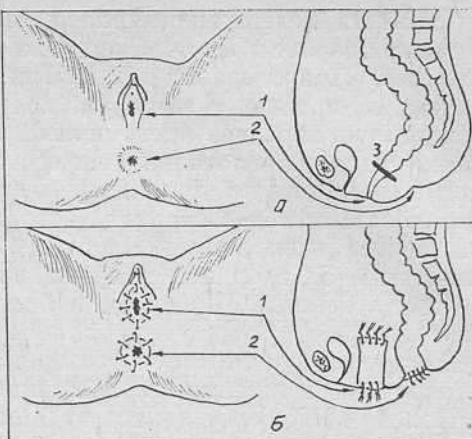


Рис. 146. Операция Айна и Стефенса — создание влагалища и заднего прохода при промежуточной эктопии прямой кишки:

а — состояние до операции: 1 — эктопированный задний проход открывается на месте отсутствующего влагалища; 2 — отсутствует задний проход на обычном месте; б — состояние после операции: 1 — из нижней эктопированной части прямой кишки на обычном месте создано влагалище; 2 — вышележащая часть прямой кишки низведена, конец ее вшит в кожную рану на обычном месте расположения заднего прохода.

вал явления недержания кала и газов. Блестяще устранил этот недостаток операции В. Ф. Снегирева Д. Д. Попов в разработанной им методике. При операции Д. Д. Попова сфинктер остается на своем месте и по-прежнему замыкает подшитую к коже анального кольца низведенную верхнюю часть прямой кишки, а из нижнего отрезка этой кишки создается влагалище на его обычном месте. Иностранные хирурги-гинекологи не применяли операцию Попова. Известно только одно сообщение — Острчила, который приводит результат 27 операций, сделанных этим методом с 4 смертельными исходами (14% летальности). За границей получил распространение и признание позднее предложенный Шубертом и более сложный комбинированный метод.

Дальнейшее развитие и усовершенствование операция Д. Д. Попова получила в клинике А. Э. Мандельштама. Если раньше операция по Попову и Шуберту давала от 7 до 14% летальности, а другие методы создания искусственного влагалища, например, по Болдвину, давали у отдельных авторов даже свыше 20% смертельных исходов, то в руках А. Э. Мандельштама, его учеников и последователей усовершенствованная операция Попова, примененная у 30 больных, не дала смертельных исходов и каких-либо существенных осложнений. У всех больных прекрасно функционировал вновь созданный орган — влагалище, а также полностью восстанавливалась функция прямой кишки и ее наружного жома. Таковы достижения отечественной хирургии в этом узком и сравнительно сложном пограничном вопросе хирургии и гинекологии.

S. H. Ein и C. A. Stephens (1971) наблюдали и оперировали двух девочек — 8 лет и 4 месяцев. У них отсутствовали влагалище и на обычном месте — задний проход. Эктопированный задний проход открывался на передней промежности, в том месте, где обычно расположен вход во влагалище. У двух братьев первой девочки, которые имели возраст 10 лет, и 1,5 года, также был врожденный дефект — неопускание яичек. Операции производились путем чревосечения. У той и другой девочки имелись трубы, яичники, но матка отсутствовала. Газовая часть прямой кишки пересекалась поперечно. Дистальная ее культя зашивалась наглухо. Проксимальная культя через дно малого таза и разрез на коже промежности выводилась наружу и шивалась на обычном расположении заднего прохода. Свищ на месте эктопированного ануса на передней промежности пластически расширялся. Таким образом одновременно создавались на естественных местах влагалище и задний проход.

M. Kup (1975) опубликовал монографию, в которой он описывает новый метод создания влагалища из толстой кишки. Автор приводит 11 преимуществ его модификации по сравнению с ранее предложенными такого рода операциями. Вмешательство выполняется двумя бригадами.

Первая бригада после вскрытия брюшной полости изолирует на сосудистой ножке участок сигмы или восходящей кишки, один конец его зашивает наглухо, второй низводит на промежность. Восстанавливает сшиванием конец в конец непрерывность толстой кишки. В это время вторая бригада через разрез на промежности тупым и острым путем проделывают в малом тазу тоннель между прямой кишкой и мочевым пузырем, принимает от первой бригады свободный конец изолированного участка толстой кишки, выводит его на промежность и подшивает к краям кожной раны. M. Kup выполнил 39 таких операций без летальных исходов. У 27 больных влагалище было создано из сигмовидной кишки, у 12 — из восходящего отдела толстой кишки.

Литература

- Авледиани А. В. Образование искусственного влагалища по способу Болдина. — Журн. акуш. и жен. болезней, 1928, XXXIX, 7—8, 912—916; Журн. акуш. и жен. болезней, 1934, 45, 4.
- Александров М. С. Образование искусственного влагалища из сигмовидной кишки. — Журн. акуш. и жен. болезней, 1935, 46, 1, 51—56; монография того же названия. М., 1955.
- Алферов М. В. К вопросу о создании искусственного влагалища. — Журн. акуш. и жен. болезней, 1934, 45, 4, 244—249.
- Астраханский В. А. Пластический способ создания искусственного влагалища. — Сов. хир., 1936, 9, 497—500.
- Барановский Н. Р. Операция образования искусственного влагалища из прямой кишки. Дис. докт. СПб, 1914.
- Богуш К. Ф. Агрезии влагалища. — Врач. газета, 1910, 32, 943—946.
- Гусев П. Ф. Случай образования искусственного влагалища по способу проф. В. Ф. Снегирева. — Русский врач, 1906, 43.
- Какушкин Н. М. Пять случаев образования влагалища из прямой кишки. — В кн.: сб. науч. тр. посв. Л. Л. Окунчик. Л., 1924.
- Конухес М. И. К вопросу образования искусственного влагалища по методу Попова—Шуберта. — Журн. акуш. и жен. болезней, 1925, 36, 3.
- Корчиц Е. В. Искусственное образование влагалища при врожденном отсутствии его из отрезка тонкой кишки. — Журн. акуш. и жен. болезней, 1925, 36, 1, 79—80.
- Ксидо М. И. Новый способ образования искусственного влагалища при его отсутствии. — Гин. и акуш., 1933, 4.
- Лямпрехт В. Л. Случай образования искусственного влагалища по способу Болдина с модификацией Константинова. — Журн. акуш. и жен. болезней, 1928, 7—8.
- Мандельштам А. Э. Образование искусственного влагалища по прямокишечному методу. М., 1938.
- Марков Н. В. Образование искусственного влагалища из мочевого пузыря с включением в него шейки матки и с пересадкой мочеточников в кишку при обширном пузырно-кишечно-влагалищном свище. — Врач. газета, 1926, 14, 691—695; Журн. акуш. и жен. болезней, 1929, 40, 1; Пересадка мочеточников в толстую кишку у женщины. Смоленск, 1941; Свердловск, 1947.
- Покровский А. Ф. Восстановительная хирургия дефектов влагалища и матки. Дис. докт. М., 1950.
- Попов Д. Д. Операция образования искусственного влагалища из прямой кишки. СПб, 1910.
- Рабинович К. Н. Сравнительная оценка современных методов операции кольпопоза. Тр. I Ленингр. мед. ин-та. Л., 1935; Операция образования искусственного влагалища. Л., 1939.
- Снегирев В. Ф. Новый способ образования искусственного влагалища. М., 1892; Тр. I съезда рос. акуш. и гин. СПб, 1903.
- Шмелев В. Ф. Операция образования искусственного влагалища из прямой кишки по способу проф. Попова. — Журн. акуш. и жен. болезней, 1925, 36, 4.
- Asoury R. S., Jones H. W. Cytogenetic finging in patients with congenital absence of the vagine. Am. J. Obst., Gyn., 1966, 94, 178.
- Bryan A. L. a. oth. One hundred cases of congenital absence of the vagina. Surg., Gyn., Obst., 1949, 88, 79.
- Baldwin I. F. The formation of an artificial vagina by intestinal transplantation. Ann. Surg., 1904, 398—403; Amer. J. Obst., 1907, 58, 748; J.A.M.A., 1910, 54, 1362; Surg., Gyn., Obst., 1927, Oct., 569; Zbl. f. Gynaek., 1912, 36, 5, 159.
- Calli R. W., Rratt J. H. Congenital absence of vagina: long-term results of vaginalreconstruction in 175 cases Am. J. Obst., Gynec., 1968, 10, 752.
- Cohn B. D., Murphy D. R. Imperforate anus with agenesis of the vagina. Ann. Surg., 1966, 143, 430.
- Ein S. H., Stephens C. A. Vaginal construction. 1971.
- Gross R. E. The sirgery of infancy and childhood. Philadelphia, 1958.
- Kun M. Colpopoiesis from the colon. Budapest, 1975.
- Leduc B. a. oth. Congenital absence of the vagina. Am. J. Obst., Gyn., 1968, 100, 512.
- McIndol A. Treatment of congenital absence and obliterative conditions of vagina. Brit. J. Plast. Surg., 1950, 2, 254.

Phelan J. T., Counseller V. S., Greene L. F. Deformities of the urinary tract with congenital absence of the vagina. Surg., Gyn., Obst., 1953, 97, 1.
Wallace W. L. The construction of a vagina. Buffalo M. J., 1911, 66, 364—371.

ОБРАЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ

Поводом для создания искусственного мочевого пузыря служат чаще всего врожденные уродства — эктопии, реже заболевания мочевого пузыря другого происхождения (травмы, злокачественные новообразования). В этой главе не будут рассматриваться те операции, при которых из прямой кишки создается общая клоака для кала и мочи. Равным образом к теме не относятся и не будут в деталях описываться операции образования искусственного мочевого пузыря из петель тонкой кишки, из слепой кишки с червеобразным отростком, заменяющим мочеиспускательный канал, из сигмы, из кожных лоскутов, взятых на передней брюшной стенке или на удалении. Многими авторами предложены, в экспериментах разработаны, в значительной степени проверены в клинических условиях методы частичного или полного замещения мочевого пузыря стенками отдельных сегментов толстой или тонкой кишки — во всю толщину или в демукозированном виде, частью стенки желудка, большим сальником, аллопластическими материалами — капроном, тефлоном, полихлорвинилом в виде надставок или временных полостей и т. д. Все эти методы не имеют отношения к прямой кишке и проктологии. Поэтому мы о них только упоминаем, но не разбираем в деталях. Придерживаясь заглавия этого раздела главы, мы постараемся осветить только те методы создания искусственного мочевого пузыря, которые основаны на использовании прямой кишки как полностью или частично изолированного резервуара для мочи.

Впервые идея образования искусственного мочевого пузыря из прямой кишки была высказана и разработана русским хирургом П. И. Модлинским (1899). По его предложению толстая кишка рассекалась на границе прямой и сигмы, оба конца ушивались наглухо. Центральный отрезок (сигма) выводился на промежность для образования противоестественного заднего прохода, а в прямую кишку пересаживались мочеточники, как в новообразованный мочевой пузырь. Эта операция в первоначальном виде не нашла распространения, так как получался противоестественный задний проход с явлениями полного недержания кишечного содержимого. Но идея использовать прямую кишку для создания искусственного мочевого пузыря в дальнейшем была основой для многочисленных методов операции, разработанных подробнее всего отечественными авторами.

На I съезде российских хирургов в Москве (декабрь 1900 г.) проф. М. С. Субботин сделал доклад на тему «Образование мочевого пузыря и уретры с жомом из прямой кишки при экстрофиях, эписпадиях и вообще при недержании мочи». Разбирая существовавшие к тому времени способы отведения мочи в кишечник, он говорил: «При всех до сих пор известных способах такой операции получается клоака с различными свойственными ей дурными последствиями». В обоснование своего способа он положил следующую мысль: «Так как по соседству с мочевым пузырем лежит орган, обладающий сфинктером, то, естественно, явилась мысль воспользоваться этим последним жомом для удержания мочи». Далее излагается план операции: «совершенно отгородить по длине часть прямой кишки до наружного отверстия заднего прохода, соединить эту часть с мочевым пузырем, замкнув последний спереди; та-

ким образом из кишки получится добавочный мочевой пузырь, совершенно отделенный от остальной части кишки, с наружным мочевым отверстием, запирающимся общим наружным жомом заднего прохода». По этому плану автором метода в клинике была в 1900 г. произведена операция мальчику 14 лет с высокой эписпадией и недержанием мочи.

Ход операции в кратких чертах таков. От заднего прохода проводится разрез (рис. 147) кзади через сфинктер, мягкие ткани и стенку прямой кишки. Удаляется копчик. Открывается передняя стенка прямой кишки. На 3 см выше наружного жома, на передней стенке кишки проводится вертикальный разрез длиной 2—3 см, который проникает через заднюю стенку мочевого пузыря. Слизистая прямой кишки сшивается со слизистой мочевого пузыря по всей окружности нанесенной сквозной раны. Вокруг образованного соустья наносится подковообразный разрез через слизистую оболочку кишки, оканчивающийся на коже промежности. Получается лоскут слизистой оболочки наибольший поперечник которой равен почти $\frac{1}{3}$ окружности прямой кишки. Края слизистой оболочки, несколько отпрепаровываются и сшиваются на всем протяжении кетгутowymi швами. Поверх этого слоя накладываются узловые кетгуттовые швы на мышечную стенку кишки. Сверху так же кетгутowymi швами ушиваются наружные края разреза слизистой оболочки прямой кишки. Получается трехэтажный шов, под которым находится небольшая полость, ограниченная стенками прямой кишки. Эта полость сообщается с одной стороны с мочевым пузырем, с другой стороны узким ходом она вскрывается в области заднего прохода. Наружный сфинктер прямой кишки произвольно замыкает эту вновь образованную уретру. Операция кончается восстановлением целостности задней стенки прямой кишки, сшиванием рассеченного кзади сфинктера и зашиванием кожного разреза в крестцово-копчиковой области.

При благоприятном течении во второй этап через 2 недели пластически закрывается наглухо врожденное отверстие в надлобковой области, создающее мочевой пузырь с внешней средой.

У больного, прооперированного М. С. Субботиным, послеоперационный период протекал гладко. Начиная с 14-го дня ежедневно производилась катетеризация и промывание физиологическим раствором через новый канал. Через месяц после операции зашито надлобковое отверстие мочевого пузыря. У мальчика установилось произвольное мочеиспускание 5—6 раз в сутки. Моча все время оставалась чистой. Сообщения каловой части кишки с мочевой частью не было. Моча и кал удерживались. Емкость пузыря была 100 см³. Жидкость вытекала из вновь образованного мочевого пузыря струей. В заключение доклада М. С. Субботин сказал: «Предлагаемая мною операция, мне кажется, дает надежду на достижение заветной цели при лечении пороков развития мочевого пузыря — надежду восстановить анатомо-физиологическую целостность мочевого аппарата».

По поводу этого доклада на съезде в прениях выступило 5 авторов, видных представителей хирургической науки того времени (А. А. Бобров, С. Ф. Верюжинский, Ф. И. Синицын, В. И. Разумовский и Г. Воскресенский). Они приветствовали идею М. С. Субботина. Считали это предложение выдающимся (Воскресенский). В. И. Разумовский так оценил этот метод: «Мысль создать пузырь с уретрой из стенки кишки со сфинктером в высшей степени счастливая: способ проф. Субботина превосходит все предложенные способы. От души желаю успеха». Только Ф. И. Синицын, начав с приветствия докладчику и оценив его метод как шаг вперед, в то же время считал необходимым проявить осторожность в оценке этого предложения. Он рекомендовал «обернуться шаг назад и остановиться на прежнем, почти что сданном в архив методе пластической операции при экстрофии мочевого пузыря». Сославшись на свое

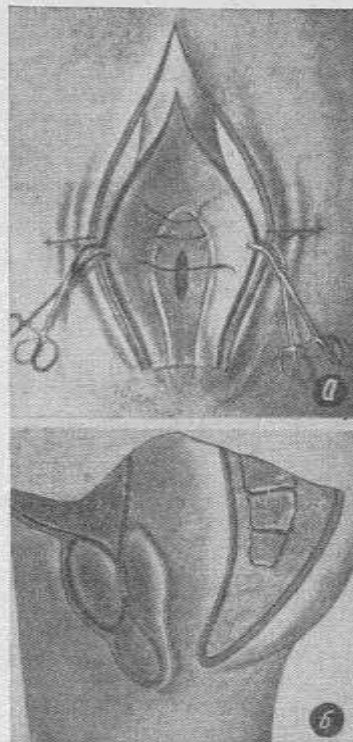


Рис. 147. Операция М. С. Субботина — создание искусственного мочевого пузыря из прямой кишки:

а — прямая кишка кзади рассечена, сделано сообщение между пузырем и кишкой, выкроен лоскут слизистой оболочки для образования мочеиспускательного канала; б — окончательный результат операции, имеется отверстие из пузыря во вновь образованный мочеиспускательный канал.

Рисунок из работы Субботина.

единственное наблюдение — благополучно закончившуюся 10 лет тому назад пластику мочевого пузыря из местных тканей, Ф. И. Сидицын настойчиво советовал применять эту операцию «по крайней мере при эктопии мочевого пузыря у субъектов мужского пола».

Необходимо уяснить неточность, которую допустил Ф. И. Сидицын. Он говорил о пластическом создании из местных тканей мочевого пузыря при экстрофии его, а М. С. Субботин предложил свою операцию для больных с высокой эписпадией. Как известно, между двумя этими состояниями имеется существенная разница. При экстрофии мочевого пузыря распластан, полости нет. При эписпадии он хорошо сформирован, находится на своем месте в малом тазу, позади лобкового сочленения, и лишь небольшим отверстием над спинкой расщепленного по верхней поверхности полового члена сообщается с внешней средой. С этой сформированной полостью мочевого пузыря, а не с распластанной стенкой мочевого пузыря при экстрофии, и анастомозировал М. С. Субботин в своем методе полость, вновь образуемую из стенки прямой кишки.

Операция М. С. Субботина весьма остроумна и в функциональном отношении удачно разрешает вопрос о произвольном сфинктере вновь образуемого мочевого пузыря. В то же время нижние мочевыводящие пути оказываются полностью изолированными от просвета кишечника и опасность восходящей септической инфекции мочевого тракта не грозит таким больным. В последующем М. С. Субботин оперировал по своему методу еще двух больных с эписпадией с таким же успехом.

Одного из этих больных он в 1901 г. демонстрировал на II съезде российских хирургов. Председательствовавший В. И. Разумовский поздравил его с полным успехом и добавил, что эта операция оставила след в хирургии.

На IV съезде российских хирургов в 1903 г. М. С. Субботин показал девочку с экстрофией мочевого пузыря, которой он сделал анастомоз между мочевым пузырем и прямой кишкой. Это была его первая операция по новой методике. Первый этап операции — образование соустья между пузырем и кишкой было сделано особым инструментом, имевшим вид троакара со шляпкой и с винтовой нарезкой на втором конце. Этим инструментом ткани прокалывались со стороны прямой кишки в область дна эктопированного мочевого пузыря. Здесь на троакар накладывалась металлическая пластинка, поверх которой туго навинчивалась гайка. Через 3—4 дня у краев сделанного таким образом отверстия анастомоза получалось сращение, и инструмент удалялся. Второй этап операции — образование резервуара для мочи и мочеиспускательного канала из передней стенки прямой кишки — М. С. Субботин произвел в присутствии делегатов съезда в своей клинике за 20 минут. При этом он не рассекал задний проход, воспользовавшись опубликованным в 1903 г. предложением В. С. Груздева.

Используя идею М. С. Субботина, В. С. Груздев своеобразно видоизменил метод операции применительно к гинекологической практике. У больной, 30-летней женщины, после тяжелых родов, продолжавшихся двое суток дома, получился обширный некроз, который привел к отторжению всей задней стенки мочевого пузыря и уретры с образованием широкого пузырно-влагалищного свища. Имелись также прямокишечно-влагалищный свищ и резкое сужение влагалища. Оно едва пропускало указательный палец. По мнению В. С. Груздева, у этой больной следовало бы выполнить операцию episiokleisis (зашивание половой щели), чтобы создать клоаку.

Больные после этого мочатся через задний проход. Но автор решил воспользоваться предложением М. С. Субботина со следующими изменениями: 1) задняя стенка прямой кишки не рассекалась, копчик не удалялся; операция образования искусственного мочевого пузыря и мочеиспускательного канала из передней стенки кишки выполнялась через широко открытый задний проход; 2) везико-ректальный свищ не нужно было делать — он уже имелся; 3) была произведена операция замыкания половой щели (episiokleisis) для создания герметической полости мочевого пузыря.

После первой попытки создать искусственный мочевой пузырь из передней стенки прямой кишки произошло расхождение швов на вновь созданном мочеиспускательном канале, и моча стала попадать в прямую кишку. В. С. Груздев произвел через месяц вторичное ушивание вновь созданной задней стенки искусственного мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Эффект получился полный. Больная произвольно и раздельно испражнялась и мочилась. Мочевой пузырь задерживал до 350 см³ мочи.

К 1903 г. Н. И. Березнеговский нашел в литературе указание о применении операции М. С. Субботина у 11 больных, в том числе 5 раз по поводу высокой эписпадии с полным успехом и 6 раз по поводу экстрофии мочевого пузыря с 3 смертельными исходами от воспаления брюшины. У 3 остальных больных исход операции также был неудачным — швы расходились. Искусственный пузырь с новой уретрой ни у одного больного с экстрофией мочевого пузыря создать не удалось. Остается создать уретру с запирательным аппаратом и замкнуть пузырь. Последнее удается легко, так как надлобковое отверстие, ведущее в пузырь, имеет обычно небольшие размеры. А при экстрофии, кроме довольно сложного первого этапа операции М. С. Субботина — создания искусственного мочевого пузыря с уретрой из передней стенки прямой кишки, во второй этап должна быть выполнена еще значительно более сложная опера-

ция — замыкание распластанного, воспаленного, рубцово перерожденного мочевого пузыря. При недостатке покровных тканей на передней брюшной стенке при экстрофии эта операция всегда кончалась неудачей.

Таким образом, опыт подтверждал первоначально высказанную М. С. Субботиним мысль о пригодности его операции только для высокой эписпадии. В. С. Груздев модифицировал эту операцию и сделал ее пригодной для лечения некоторых форм неустраняемых пузырно-влагалищных свищей. Но для лечения экстрофии мочевого пузыря операция М. С. Субботина, безусловно, не пригодна. Необходимо сказать, что в последующие годы и до настоящего времени операция Субботина не получила распространения и не вошла в практику хирургов. Это следует объяснить несколькими причинами.

1. Чрезвычайная редкость полной высокой эписпадии, являющейся почти единственным дефектом мочевого пузыря, при котором показана операция М. С. Субботина.

2. Сложность операции. Эта причина, конечно, не может быть серьезно принята во внимание, так как не менее сложные операции пластического создания влагалища из прямой кишки по Попову и Шуберту, а они довольно широко применяются в практике гинекологов. Современная хирургия знает куда более сложные операции. Однако такой крупный хирург, как П. И. Тихов, в одной из своих работ писал («Хирургия», 1907): «Я два раза производил операцию Субботина—Груздева и в обоих случаях получил неуспех, что объясняю своей неопытностью в этом деле».

3. Незнание хирургами этой операции. Кроме доклада на I съезде российских хирургов, напечатанного в 1901 г. в трудах съезда, сообщение об этой операции появилось в 1901 г. в «Военно-медицинском журнале». Больше этот вопрос нигде не освещался, если не считать статьи В. С. Груздева и упоминания о методе Субботина в монографиях Н. И. Березнеговского и С. Р. Миротворцева. Естественно, что современные хирурги почти не знают об остроумном методе создания мочевого пузыря с уретрой и жомом из прямой кишки по методу М. С. Субботина.

4. В практику хирургов с начала настоящего столетия широко вошла операция пересадки мочеточников в прямую кишку. Эта операция разработана во всех деталях отечественными авторами, она популяризирована и доступна хирургам средней категории. С. Р. Миротворцев еще в 1909 г. пересадкой мочеточников в прямую кишку ликвидировал осложнения, наступившие у больного после операции Субботина. Таким образом, создалось впечатление, что пересадка мочеточников не только более простая, легкая, но и в то же время и более радикальная операция. Мы полагаем, что операция создания мочевого пузыря из прямой кишки по М. С. Субботину должна быть возрождена и при соответствующих показаниях (полная высокая эписпадия) она может выполняться наряду с другими методами.

С. И. Спасокукоцкий (1903) описал новый способ образования искусственного пузыря из сигмы и прямой кишки при экстрофии мочевого пузыря. Он перерезал сигму на границе ее начальной и средней трети. Дистальный конец проксимальной части сигмы был вшит концом в бок в переднюю стенку прямой кишки. Дистальный конец сигмы был выведен за предел брюшной раны и в нее внебрюшинно в два этапа вшита мобилизованная стенка эктопированного мочевого пузыря с устьями мочеточников. Послеоперационный период протекал гладко. Лишь на 20-й день открылся небольшой мочеви свищ, который через три дня самостоятельно закрылся. Больной вскоре стал производить дифференцированно мочеиспускание и дефекацию.

С. И. Спасокукоцкий считает свою операцию дальнейшим развитием и усовершенствованием ранее предложенных подобных операций. Он писал: «Мысль отвести мочу в исключенный отрезок кишки не нова. Ее высказывали П. И. Модлинский (1893), Моклер, Хохенегг, А. П. Яхонтов и др., неоднократно применяли в опытах на собаках и убедились в полной ее выполнимости. Наконец в 1898 г. Герсуни применил этот способ на человеке. Перерезав сигму, он вшил в периферический отрезок мочеточники, выделенные по Майдлю, а центральный конец кишки провел через промежность и вшил в прямую кишку тотчас над заднепроходным отверстием. Большая Герсуни умерла на 5-й день. П. И. Модлинский и Моклер предлагали то же, но выводили назначенный для выведения кишечного содержимого конец кишки рядом с заднепроходным отверстием, отдельно от него. Хохенегг воспользовался для пересадки тонкой кишкой. Таким образом, мой способ подходит ближе всего к

способу Герсуни с той лишь разницей, что вместо пересадки мочеточников я применил пластику мочевого пузыря и пересадил сигму много выше». Дальше в своей статье автор пишет, что, приступая к операции, он не был знаком с методом Герсуни.

Несомненно, способ С. И. Спасокукоцкого является оригинальным, тем более что он выработан совершенно самостоятельно. В этом методе остается один отрицательный момент, как и в других операциях с односторонним выключением кишки, воспринимающей мочу, — сохраняется сообщение вновь созданного мочевого пузыря с просветом кишечника, содержащим каловые массы. В этих условиях больной всегда находится под угрозой восходящей инфекции мочевых путей.

С. Р. Миротворцев в своей монографии (1910) говорил, что метод С. И. Спасокукоцкого в последующие 7 лет применен 3 раза. Еще один раз в 1904 г. применил его сам автор метода у мальчика 1,5 года с экстронией мочевого пузыря. Шов между мочевым пузырем и односторонне выключенной сигмой разошелся. Через месяц повторена операция в последней ее части, то есть снова наложен шов между мочевым пузырем и сигмой. Швы разошлись. Через 4 года эта операция еще раз произведена, но при хорошем состоянии швов мальчик погиб на 5-й день от послеоперационной пневмонии.

В декабре 1908 г. операция С. И. Спасокукоцкого была произведена В. А. Оппелем у 50-летнего мужчины по поводу экстронии мочевого пузыря. На 4-е сутки больной умер от перитонита. Наконец, Н. А. Соколов произвел эту операцию в Харькове у женщины 27 лет, страдавшей экстронией мочевого пузыря. Больная погибла на 5-й день от перитонита. У второго и третьего больных причиной смерти было расхождение швов между мочевым пузырем и слепым отрезком односторонне выключенной сигмы. Это же осложнение дважды имело место у второго больного С. И. Спасокукоцкого, но не явилось причиной смерти этого пациента.

На IX съезде хирургов в прениях по докладу С. Р. Миротворцева А. Т. Менчинский сообщил о семилетнем мальчике с экстронией мочевого пузыря, которого он оперировал по методу С. И. Спасокукоцкого. Результат не был положительным. Между кишкой и пузырем образовался свищ, через который выделялся кал, иногда в значительном количестве. Таким образом, из 5 больных, прооперированных к 1909 г. по С. И. Спасокукоцкому, поправился только один больной, трое умерли после операции, у пятого больного образовался каловый свищ.

С. П. Шиловцев, приводя наблюдения пересадки мочеточников в кишку, выполненной к 1935 г. в клинике С. Р. Миротворцева в Саратове, сообщил о двух операциях по С. И. Спасокукоцкому при экстронии. Один больной — 18-летний юноша выздоровел, второй — 3-летний мальчик — умер на 2-й день после операции от уремии.

Обстоятельная статья Н. И. Березнеговского и В. Г. Шипачева помещена в № 19, 20 и 21 журн. «Врачебная газета» за 1915 г. о создании искусственного мочевого пузыря из отрезка тонкой кишки с выведением одного конца этого отрезка в промежность и созданием для него жома из сфинктера прямой кишки. Из 21 собаки 20 погибло в первые часы и дни после операции, в большинстве после первого ее этапа. Только одна собака перенесла оба этапа: 1) изолирование отрезка тонкой кишки на брыжеечной ножке с выведением одного конца этого отрезка в промежность и 2) пересадку мочеточников в изолированную кишку. Эта операция затем была произведена у больной, страдавшей обширным везико-вагинальным свищом. Послеоперационный период после того и другого этапа протекал тяжело, но больная поправилась. Она задерживала мочу до 2 часов во вновь созданном мочевом пузыре.

Почти такую же операцию предложил Кунео, только он не расщеп-

лял сфинктер заднего прохода, как это делал Н. И. Березнеговский в опытах на собаках, и один раз при операции на больной, чтобы образовать ложе для выведенного на промежность конца тонкой кишки, с последующим ушиванием над кишкой волокон сфинктера, а проводил конец изолированной петли тонкой кишки под сфинктер. Таким образом сфинктер заднего прохода становился жомом и для искусственного пузыря, созданного из тонкой кишки. Описаны и другие модификации образования мочевого пузыря из тонкой кишки и сигмы.

А. В. Мельников (1924) разработал новую методику создания искусственного пузыря из прямой кишки, основанную на идее об использовании сфинктера заднего прохода для одновременного замыкания прямой кишки и наружного отверстия вновь создаваемого мочевого пузыря. Он разработал два метода создания искусственного мочевого пузыря. В первом методе резервуар для мочи создается из прямой кишки, при второй методике — из тонкой. Несколько подробнее рассмотрим первый метод, который, по словам автора, стоит близко к методам Герсуни, Модлинского и Лемуан. В то же время этот метод совершенно оригинален и выгодно отличается от всех ранее предложенных способов.

Операция А. В. Мельникова состоит из двух моментов. В первый момент образуется искусственный мочевой пузырь из нижней части прямой кишки с одновременным созданием нового моченспускательного канала. Верхний отрезок пересеченной прямой кишки проводится через сфинктер заднего прохода и подшивается к краям кожного разреза. Таким образом формируется новое заднепроходное отверстие. При благоприятном течении послеоперационного периода по окончании его выполняется второй этап операции, при котором мочеточники на протяжении или по Майдлю пересаживаются во вновь созданный мочевой пузырь. Первый момент операции может проводиться экстрaperитонеально или путем лапаротомии. Экстрaperитонеальный вариант операции выполняется следующим образом. Больному придается положение, как при операции по поводу геморроя. По задней полуокружности заднепроходного отверстия на границе кожи и слизистой оболочки производится полукруглый разрез, который в виде длинной подковы продолжается вперед до корня мошонки.

Концы его заггибаются перпендикулярно внутрь на очень небольшом протяжении. На уровне заднего прохода в стороны от продольных частей разрезов делаются небольшие боковые насечки. Туло пальцем прямая кишка выдвигается вверх до брюшинного мешка без вскрытия его. Произвольный сфинктер остается снаружи от выделенной части кишки. Средняя часть прямой кишки захватывается пальцем и низводится до уровня раны, где она рассекается поперечно, как при операции образования искусственного влагалитиса по Д. Д. Попову. Центральный просвет периферического ее отрезка ушивается наглухо, а периферический конец центрального отрезка ушивается в нижнюю часть кожной раны. При этом формируется новое заднепроходное отверстие. Из кожи промежности, ушиваемой в два этажа над катетером, создается новый моченспускательный канал. Во второй момент пересаживаются мочеточники по вновь созданный искусственный мочевой пузырь.

Если у мужчины сохранена всякая часть моченспускательного канала, то вновь образованный канал можно сшить с остатками естественного, чем достигается полное анатомическое восстановление уретры. У женщин новый моченспускательный канал целесообразно выкраивать из кожи промежности несколько сбоку от средней линии.

При трансперитонеальном варианте первого момента делается срединный или параректальный разрез ниже пупка. Толстая кишка рассекается на границе прямой кишки или несколько выше. Просвет периферического отрезка ушивается наглухо. Центральный отрезок мобилизуется настолько это необходимо и через дно малого таза, позади оставшейся на месте прямой кишки, низводится в заднюю часть промежностного разреза, где и подшивается к краям кожного разреза.

Лапаротомная рана зашивается. Моченспускательный канал формируется, как и в первом варианте. Во второй момент пересаживаются мочеточники во вновь созданный мочевой пузырь. Автор считает возможным делать пересадку мочеточников и в первый момент. Трансперитонеальный вариант дает возможность создать более вместительный резервуар для мочи. Значительно облегчается пересадка мочеточников в более объемистый искусственный мочевой пузырь.

При методе А. В. Мельникова удачно разрешается несколько задач.

1. Из нижнего отрезка прямой кишки создается замкнутая полость, не сообщаемая с просветом, в котором находятся кишечное содержимое. Пересаживать мочеточники в стенку этого резервуара следует лишь после того, как удалось добиться

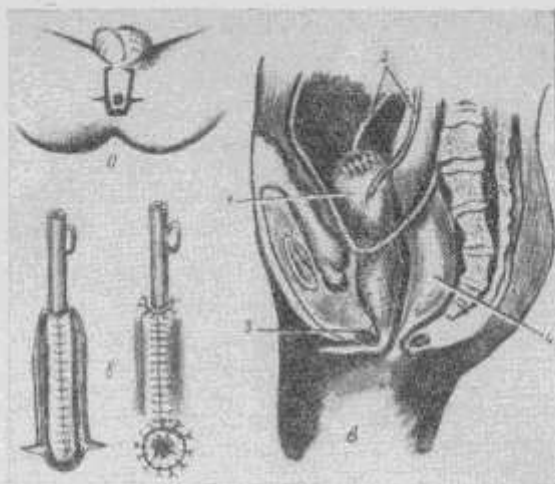


Рис. 148. Создание искусственного мочевого пузыря из прямой кишки и мочеиспускательного канала из кожи промежности по А. В. Мельникову: а — кожный разрез на промежности; б — создание из кожи мочеиспускательного канала; в — окончательный результат операции; 1 — вновь созданный из прямой кишки мочевой пузырь; 2 — в него пересажены мочеточники; 3 — мочеиспускательный канал, созданный из кожи промежности; 4 — верхняя часть прямой кишки перемещена вниз и шита позади искусственного мочевого пузыря.
Рисунки из работы автора метода.

жен был признан, что эти отступления (особенно первое) являются неудачным видоизменением операции Мельникова. Чтобы добиться стерильного состояния вновь образованного мочевого пузыря, производились промывания его антисептическими растворами, но безрезультатно. Тогда из промывных вод была выделена кишечная палочка, из нее приготовлена аутовакцина, и в течение трех недель через каждые 4—5 дней больная вакцинировалась. Все это привело к тому, что второй этап операции был предпринят только через 5 месяцев после первого. При этом хирург встретился с большими трудностями. В малом тазу было много сращений. Сигма прикрывала и окутала спайками лежащую позади нее прямую кишку, что крайне затруднило последний акт операции — пересадку мочеточников. Так хирург убедился, что операцию Мельникова нужно выполнять в ее классическом виде, тем более что первое его видоизменение неизбежно повело ко второму видоизменению — выведенная впереди прямой кишки сигма не давала возможности создать из кожи промежности мочеиспускательный канал. Несмотря на все трудности, наблюдение М. Д. Иссерсона закончилось благополучно. В первое время у больной была слабость сфинктера прямой кишки. Но через три месяца она считала себя здоровой. Мочилась 4 раза в день, 2—3 раза ночью, не жаловалась на затруднения дефекаций. Продолжала жить с мужем.

В 1930 г. Н. Ф. Микулина сообщила о двух операциях по методу А. В. Мельникова. Первый ребенок полутора лет с экстрофией мочевого пузыря погиб на второй день после первого этапа операции, которую делал Г. А. Рихтер.

У девочки 12 лет, тоже с экстрофией мочевого пузыря, в первый момент сигма рассечена в нижней части и оба конца зашиты наглухо. Центральный отрезок сигмы проведен также не позади прямой кишки, а сбоку через диафрагму таза и ишиоректальную ямку. Во второй этап хирург пытался сделать анастомоз между эктопированным мочевым пузырем и изолированной прямой кишкой. Дважды эта попытка не увенчалась успехом. Швы на мочевом пузыре прорезались, и он раскрывался снова. При четвертой операции были пересажены мочеточники в прямую кишку. Пятая операция была предпринята с целью демукозации мочевого пузыря. Через два месяца емкость вновь образованного мочевого пузыря была 380,0. Больная хорошо удерживала мочу. Мочеиспускание было 3 раза днем и один раз ночью. Дефекация один раз в сутки. Отмечалось только небольшое выпадение слизистой оболочки кишки через вновь созданное заднепроходное отверстие. В моче имелись кишечные палочки, стафилококки и протей. Через полтора года больная чувствовала себя хорошо.

Здесь хирург также допустил некоторые отступления от классического метода А. В. Мельникова. Сигма проведена не сзади, а сбоку от прямой кишки, не создан

асептического состояния полости.

2. Из кожи промежности создается мочеиспускательный канал почти на естественном месте.

3. Произвольный сфинктер заднего прохода используется сразу для замыкания как искусственного мочевого пузыря, так и вновь образованной прямой кишки.

В своей статье А. В. Мельников приводит наблюдение В. Н. Шамова, который девочке 5 лет произвел первый этап этой операции.

В 1927 г. появилась статья М. Д. Иссерсона. У больной, 21 года, при широком неустраненном пузырно-влагалищном свище, развившемся после осложненных родов, автор образовал мочевой пузырь из прямой кишки, но с некоторыми отступлениями от типичного метода А. В. Мельникова, а именно: 1) сигма проводилась на промежность не позади прямой кишки, а впереди ее через заднее дугласово пространство; 2) мочеиспускательный канал из кожи промежности не был создан. М. Д. Иссерсон в конце статьи дол-

моченспускательный канал. Была повторена попытка комбинировать операцию А. В. Мельникова с операцией М. С. Субботина — замкнуть эктрофированный мочевой пузырь и соединить его с прямой кишкой. Функциональный результат получился хорошим.

Идею соединения двух методов в одной операции удачно осуществил у своего больного А. В. Каплан. Для образования искусственного мочевого пузыря из нижнего отрезка толстой кишки разрез был произведен от заднепроходного отверстия кзади с резекцией копчика. Выпрепарована, изведена и рассечена прямая кишка на 10 см выше заднепроходного отверстия. Периферический отрезок зашит наглухо и опущен в малый таз. Центральный отрезок выведен в анальный сфинктер через особый разрез, который сделан не по А. В. Мельникову, а на 1,5 см сзади от заднепроходного отверстия. Таким образом, получился некоторый избыток кожи позади заднего прохода, который, как барьер, отделял бывшее заднепроходное отверстие, ставшее теперь моченспускательным каналом, от вновь образованного заднего прохода. При втором этапе операции образовано соустье между эктопированным мочевым пузырем и искусственным мочевым пузырем. Одновременно эктопированный мочевой пузырь закрыт спереди наглухо. В послеоперационном периоде у основания полового члена имел место небольшой мочевой свищ. В остальном результат операции совершенно удовлетворял больного. Он отдельно сознательно производил акты дефекации и моченспуска.

Независимо от А. В. Мельникова и не зная о его предложении, подобную же по идее операцию в 1934 г. произвел в Москве Б. М. Гармсен. У больной, 19 лет, после патологических родов появился громадный везико-вагинальный свищ. Трехкратная попытка ушить его закончилась безуспешно. Б. М. Гармсен образовал большой резервуар не из толстой, а из тонкой кишки следующим образом. Из одной петли тонкой кишки, расположенной недалеко от баугиниевой заслонки, имевшей наиболее длинную брыжейку, выкроен отрезок на брыжейке, который шит конец в конец в виде кольца. Восстановлена также непрерывность тонкой кишки. На границе слизистой оболочки, впереди от заднепроходного отверстия, сделан дугообразный разрез в $\frac{1}{3}$ окружности заднего прохода. Прodelан ход внутри от сфинктера и далее через ткани таза в заднее дугласово пространство. Через этот ход выведен один край ранее образованного кольца из петли тонкой кишки и фиксирован к кожным краям. Через три дня петля тонкой кишки вскрыта на промежности. Полость ее ежедневно промывалась борной кислотой. В полость для испытания выводилась моча больной. Посев давал рост сапрофитов. Емкость образованного резервуара равнялась 200 см³. Через 3,5 месяца произведена операция пересадки мочеточников в изолированную тонкую кишку. Получен хороший результат. Больная совершенно произвольно мочилась 4 раза днем и 4 раза ночью. Отличала позывы на дефекацию от позывов на моченспускание.

Позднее, узнав из литературы об операции А. В. Мельникова, при сравнении этих двух способов преимущества своего метода автор находил в следующем:

1) более легкая выполняемость и меньшая тяжесть вмешательства (тонкая кишка вместо толстой);

2) меньшая травма сфинктера заднего прохода — уретра проводится не позади, а впереди прямой кишки;

3) отсутствие угрозы в случае неудачи оставить больного не только с недержанием мочи, но и с недержанием кала.

При этом методе, как и при операции А. В. Мельникова, почти полностью устраняется опасность восходящей инфекции и наружный жом сразу используется для замыкания прямой кишки и моченспускательного канала. Благополучный исход операции Б. М. Гармсена подтверждает целесообразность его методики, при которой впервые осуществлено создание искусственного мочевого пузыря из тонкой кишки, замыкаемой произвольным сфинктером заднего прохода. Можно высказать сомнение только в отношении целесообразности замыкать в кольцо изолированную петлю тонкой кишки. Растянутый в виде цилиндра отрезок кишки легче провести через ткани прямокишечно-влагалищной перегородки и вывести в анальное кольцо для образования нового моченспускательного канала.

Остроумная мысль А. В. Мельникова использовать сфинктер заднего прохода для одновременного замыкания мочевого пузыря и прямой кишки породила у советских хирургов ряд новых модификаций, направленных к развитию этой идеи.

В уже упоминавшемся наблюдении И. Л. Фаермана, опубликованном в 1929 г. у девушки 15 лет была крайне редкая форма врожденного уродства с вагинальной атрезией прямой кишки и мочевого пузыря. Сфинктеры этих органов отсутствовали, кал и моча постоянно выделялись, вызывая резкое раздражение промежности и внутренних поверхностей бедер. При первой операции автор удалил больной 12 см выпавшей через ректо-вагинальный свищ прямой кишки. Никаких признаков сфинктера заднего прохода в его обычном месте или леваторов найти не удалось, и потому низведенный вышележащий отдел прямой кишки был шит в кожу промежности, а отверстие в задней стенке влагалища на месте существовавшего ректо-вагинального свища зашито.

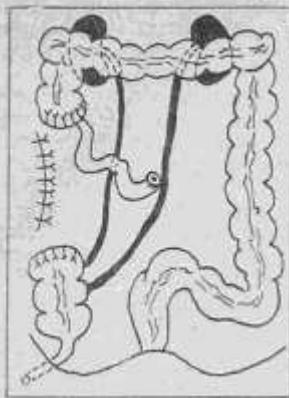


Рис. 149. Искусственный мочевой пузырь из слепой кишки и мочеиспускательный канал из червеобразного отростка по Маккасу:

восходящая кишка пересечена, дистальный ее конец зашит наглухо; в слепую кишку пересажены оба мочеточника; червеобразный отросток выведен через брюшную стенку в качестве уретры; тонкая кишка пересечена у баугиниевой заслонки, дистально зашита, проксимальный конец пересажен в конец восходящей — лучше пересаживать в правую поперечной кишки.

вводить себе во вновь созданный из червеобразного отростка мочеиспускательный канал резиновый катетер. Позднее он приспособился делать это женским металлическим катетером.

Таким образом, при методе Маккаса создается искусственный мочевой пузырь с пассивной задержкой мочи, которую больной не может выбросить напряжением брюшного пресса и должен удалять путем катетеризации. Л. М. Городинский совершенно правильно оценивает этот отрицательный момент и ограничивает показания к образованию искусственного мочевого пузыря из слепой кишки и мочеиспускательного канала из червеобразного отростка для тех больных, у которых, кроме полного недержания мочи, имеется и значительная слабость сфинктера, вследствие чего прямая кишка не может быть использована как резервуар для мочи.

М. Delev (1958) поделился тремя своими наблюдениями. Все больные (девушка 17 лет, мужчина 46 лет и мальчик 11 лет) были оперированы по поводу экстрофии мочевого пузыря. Мочевой пузырь им хирург сконструировал из сигмы, причем операцию делил на два этапа. В первый этап создавался новый мочевой пузырь. Нижним срединным разрезом вскрывалась брюшная полость. На сосудистой ножке мобилизовывался путем поперечного рассечения участок сигмы длиной 25 см. Культы выше- и нижележащей части кишки сшивались конец в конец,

В последующем больной произведено еще 8 операций: 1) неудачная попытка возместить дефект лобковых костей свободной пересадкой ребра; 2) наложение противоестественного заднего прохода; 3) ушивание наглухо анального отверстия; 4) разъединение концов сигмы, выведенной для образования противоестественного заднего прохода; 5) пересадка нежной мышцы бедра на ножке вокруг заднепроходного отверстия для создания сфинктера его; 6) пересадка мочеточников по Тихову во вновь созданный из прямой кишки и нижней части сигмы резервуар для мочи; 7) вскрытие заднепроходного отверстия; 8) ушивание наглухо проксимального отдела этого резервуара. Получился хорошо функционирующий мочевой пузырь, который больная произвольно опорожняла через 2—3 часа. У этой больной автор при тяжелом уродстве разрешил две сложные задачи: 1) создал искусственный мочевой пузырь из прямой кишки и дистального отрезка сигмы и 2) создал отсутствующий запирающий аппарат для искусственного мочевого пузыря.

Особый интерес представляет восьмой больной с экстрофией мочевого пузыря и слабостью сфинктера прямой кишки, описанный в работе Л. М. Городинского (1949). Этому больному создали искусственный мочевой пузырь из слепой кишки по методу М. М. Маккаса (1910) с видоизменением Л. М. Городинского.

Операция произведена в два этапа. Вначале из слепой кишки создан мочевой пузырь, а из червеобразного отростка — мочеиспускательный канал. Вновь созданный мочевой пузырь в течение месяца промывался антисептическими растворами, после чего содержимое его при посевах было стерильным. Тогда был предпринят второй этап операции — отдельная пересадка мочеточников во вновь созданный мочевой пузырь в модификации автора, то есть с доскутом покрывающей их брюшины. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через два месяца больной работал санитаром. Моча хорошо задерживалась во вновь созданном мочевом пузыре. Позыв на мочеиспускание он ощущал как распирающее в области слепой кишки при скоплении в ней 300 мл мочи. Единственным неудобством, как и у больных, оперированных Маккасом, было то обстоятельство, что больной не мог путем напряжения брюшного пресса выбросить мочу. Он вынужден был каждый раз при позыве на мочеиспускание

Оральный конец изолированной петли зашивался наглухо. Дистальный конец сбаривающими швами суживался так, чтобы он в какой-то степени напоминал уретру. На этой части закреплялась лигатура. В дне дугласова пространства производился поперечный разрез брюшины, и через него тупо проделывался тоннель спереди от прямой кишки до промежности. В этот тоннель укладывался нижний суженный конец



Рис. 150. Искусственный мочевой пузырь из сигмы (Делев);

а — поперечными линиями намечен участок мобилизуемой сигмы; б — обозначенная часть сигмы мобилизована на сосудистой ножке; в — приводящая и отводящая культя толстой кишки сшиты конец в конец; г — оральный конец мобилизованной сигмы зашит наглухо, дистальный конец сужен для создания мочеиспускательного канала и через сфинктерное кольцо выведен в параанальную область; д — в созданный таким образом новый мочевой пузырь пересажены мочеточники.

изолированной кишки с закрепленной на нем лигатурой. На этом этапе внутрибрюшинная часть операции заканчивалась. Операционная рана зашивалась. Больному (больной) придавалось гинекологическое положение. На передней стенке параанальной области производился небольшой дугообразный разрез, из которого тупо проделывался канал под кожей и под слизистой оболочкой. Выше сфинктера из этого канала рассекалась передняя часть мышечной стенки прямой кишки, и хирург попадал в тот тоннель, который был сделан из брюшной полости и куда уложен с лигатурой нижний суженный конец изолированной части сигмы. За лигатуру этот конец по второму тоннелю извлекался наружу. Таким образом, мочеиспускательный канал вновь созданного мочевого пузыря укладывается под слизистую оболочку и под кожу анального канала в сфинктерном кольце. В этот новый канал на неделю вводится резиновый катетер для формирования его просвета.

Второй этап операции производился через 3—4 недели. Мочеточники отсекались у дна мочевого пузыря или их эктопированные устья выпрепаровывались из дна мочевого пузыря и пересаживались в верхнюю часть вновь созданного мочевого пузыря. Уже к концу первой недели больные могли держать мочу 1—2 часа. К концу второй недели опорожнение вновь созданного мочевого пузыря принимало регулярный характер — 5—6 раз в сутки. Постепенно все естественнее проявлялись нормальные позывы на мочеиспускание. Бывшие больные, измучившиеся от многолетнего полного недержания мочи, становились в этом отношении совершенно здоровыми.

З. М. Портнов (1966) сообщил о трех больных детях, которым была произведена операция создания «ректального неопузыря». Производилась операция по Gersuny, но сигма проводилась не сбоку, не спереди от прямой кишки, а сзади, и в отключенную прямую кишку пересаживались не отдельно мочеточники, а с частью дна мочевого пузыря по Майдлю. Эту модификацию автор называет методом Gersuny—Heitz—Boyer—Duhamel—Novelacque. Все больные перенесли операцию, но один ребенок умер через год от кахексии.

М. И. Лоскутов (1968) в статье «Использование толстой кишки для создания искусственного мочевого пузыря с управляемым мочеиспусканием» сообщил о 34 клинических наблюдениях. У 23 больных мочеиспускание восстановлено по трансуретральному, а у 14 — по трансанальному типу. Непосредственно после операции умерло 6 человек, позднее, от рецидивов новообразования, — еще 9. Наблюдения над выписавшимися из клиники показали, что в ближайшие 2—4 месяца отмечаются умеренные признаки атонии искусственного мочевого пузыря и верхних

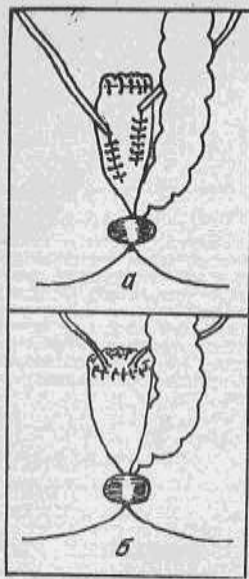


Рис. 151. Создание нового мочевого пузыря:

а — метод Герсуни — Хейтна — Бойера — Дюамеля — Ховелана — в ректо-сигмоидном отделе кишка пересекается, дистальный конец ее зашивается наглухо, в его переднюю стенку пересаживаются мочеточники, проксимальный отдел кишки проводится через то же анальное сфинктерное кольцо на промежность, где рядом с естественным создается новый задний проход; *б* — модификация З. М. Портнова, просвет дистальной части кишки после ее пересечения не зашивается, а сюда пересаживается часть дна мочевого пузыря, взятого с мочеточниками по Майдлю.

мочевых путей. Больные ощущали наполнение резервуара. Иногда опорожняли пузырь с помощью брюшного пресса в специально избранной ими позе. В созданном из выключенного отрезка толстой кишки пузыре продукция слизи и микрофлоры постепенно уменьшалась, хотя и сохранялась длительное время. Это определенным образом влияло на состояние почек и мочевыводящих путей.

Н. Л. Куш и Г. В. Бондарь сообщили, что за 13 лет (1958—1971) искусственный мочевой пузырь из прямой кишки был создан при экстротрофии мочевого пузыря у 15 человек. Умерло 3. Все 12 перенесших операцию обследованы в сроки до 9—12 лет. Они развиваются нормально. Мочу удерживают хорошо. Пузырно-мочеточникового рефлекса не наблюдается.

Г. В. Бондарь в 1966 г. защитил кандидатскую, а в 1973 г. докторскую диссертацию на одну и ту же тему — о создании искусственного мочевого пузыря из прямой кишки. Он выполнял эту операцию в основном так, как предлагали П. И. Модлинский (1893), А. В. Мельников (1924, 1929), Gersuny (1898), Сипео (1911) и др. Автор проверил в эксперименте (в кандидатской диссертации на 45, в докторской — на 61 животном) различные варианты создания мочевого пузыря из прямой кишки. Эти варианты он выполнил на больных (в кандидатской — 10, в докторской — 76 наблюдений). Целесообразным он считает, ввиду сложности вмешательства, разделять его на 2 этапа, особенно у истощенных больных со злокачественными поражениями мочевого пузыря и моченепускающего канала (последнее — у 7 женщин), а также экстраперитонизировать анастомоз между мочеточниками и выключенной прямой кишкой. Проксимальный конец пересеченной сигмы (на границе средней и нижней трети или на 4—5 см выше ректо-сигмоидного отдела) он проводит рядом с прямой кишкой, слева и сзади от нее. В анальном канале сигма лежит под слизистой оболочкой, внутри от сфинктера и, следовательно, замыкается им.

Края просвета низведенной сигмы подшивают к краям раны, нанесенной в 2 см от заднего прохода для соединения ее с тоннелем, через который выводится сигма.

Из 47 больных со злокачественными новообразованиями 22, ввиду значительной распространенности опухоли, оперированы паллиативно. Производилось только отведение мочи без последующего удаления опухоли. Из 76 оперированных умерло 15 больных (19,7% летальности). Причины смерти: перитонит — 6 больных, пиелонефрит — 4, пневмония — 3, послеоперационный шок и флегмона малого таза — по 1 больному. Из 14 детей, перенесших операцию по поводу экстротрофии мочевого пузыря, все прослежены в ближайшем послеоперационном периоде и 7 — в отдаленные сроки, от 5 до 12 лет. Недержание мочи обнаруживалось лишь в первые 2—4 дня. Спустя 2 недели больные мочились через 2—4 часа и 1—2 раза ночью. Такой режим мочеотделения устанавливался на длительный период. Емкость мочевого пузыря 250—300 мл.

В сроки от 6—7 месяцев до 5 лет наблюдались 34 больных, оперированных по поводу опухолей мочевого пузыря и мочепускающего канала. Акты дефекации и мочеиспускания после низведения сигмовидной кишки на промежность восстанавливались не одновременно. Дефекация длительнее оставалась несовершенной. Раздельно мочеиспускание и акт дефекации совершались лишь через 2,5—3 месяца после операции.

В отдаленные сроки после операции в клинике и эксперименте проводились рентгенологические, биохимические и бактериологические исследования. Установлено, что мочевой пузырь сохраняет форму прямой кишки. Не отмечено развития пузырно-мочеточникового рефлюкса. Наблюдается длительная пиурия, выделение слизи, но без признаков восходящей инфекции. Моча содержит микрофлору. Удельный вес ее снижен в течение года. Реакция мочи — щелочная, к концу года — кислая.

Исследование некоторых биохимических показателей плазмы крови (щелочной резерв, остаточный азот, мочевины, поваренная соль, натрий, калий, магний, кальций) и мочи (натрий, калий, кальций) свидетельствуют о незначительных и скоро проходящих сдвигах. Не наблюдалось явлений интоксикации, связанной с всасыванием мочи из прямой кишки.

Приведенные выше примеры показывают, как пытливая мысль хирургов разрешает трудные вопросы хирургической патологии рядом остроумных многоэтапных вмешательств. Создаются искусственные органы, им придается отсутствующая функция, восстанавливаются новые кортико-висцеральные связи, совершенно перестраивается психология больных. Из нелюбимых, исключенных из общества, они становятся жизнерадостными, работоспособными, включаются в общую жизнь коллектива и всей страны. Так рациональное хирургическое вмешательство исправляет не только физический, но и морально-психологический облик человека.

Литература

- Березнеговский Н. И., Шипачев В. Г. Об образовании нового мочевого пузыря из кишки. — Врач. газета, 1915, 19, 20, 21, 381.
- Гармсен Б. М. Образование искусственного мочевого пузыря. — Русская клиника, 1925, 111, 14, 947—950.
- Городинский Л. М. Показания к пересадке мочеточников в кишку и выбор оперативного метода. Дис. канд. Киев, 1949.
- Иссерсон М. Д. К вопросу об образовании искусственного мочевого пузыря. — Вестн. хир. и погр. обл., 1927, 28—29, 245.
- Куш Н. Л., Бондарь Г. В. Отдаленные результаты создания искусственного мочевого пузыря из прямой кишки у больных экстропией. — Вопр. реконстр.-восстан. хир. у детей. Л., 1969, 222—223; Матер. докл. 1-й респ. конф. дет. хир. Грузии. Батуми, 1971, 45.
- Лоскутов М. И. Показания к созданию функционирующего искусственного мочевого пузыря из выключенных отрезков толстой кишки. Матер. 23 науч. конф. Смоленского мед. ин-та, 1965, 71—72; 25 науч. конф., 1967, 216—218; Сов. мед., 1968, 7, 111—113.
- Матвеев В. А., Василевич О. А. Гистометрические особенности искусственного мочевого пузыря. Матер. 24-й науч. конф. Смоленск. мед. ин-та, 1966, 239—239.
- Мельников А. В. К вопросу об образовании искусственного мочевого пузыря. Нов. хир. арх., 1924, VI, 2—3, 32, 259; Сб. науч. тр., посв. 50-летию Б. Н. Хольцова. Л., 1929, 171, Zbl. f. Chir., 1925, 52, 2597.
- Микулина Н. Ф. Об образовании искусственного мочевого пузыря. — Вестн. хир. и погр. обл., 1930, 55, 160—171.
- Модлинский П. И. Хирургия новообразований мочевого пузыря. М., 1899.
- Портнов З. М. Создание ректального неопузыря у детей. — Урология и нефрология, 1966, 53—56.

Розенберг Г. А. Операция образования искусственного мочевого пузыря. Дис. докт. Ташкент, 1943.

Спасокукоцкий С. И. Пластика мочевого пузыря из кишки с образованием искусственного мочевого пузыря при эктопии. — Хирургия, 1903, XIII, 78, 646, 654; Zbl. f. Chir., 1903, 90, 1266.

Субботин М. С. Образование мочевого пузыря и уретры с жомом из прямой кишки при эктопиях, гипоспадиях и вообще при недержании мочи. Изв. ВМА, 1901, 3; Мед. обозр. 1901; Съезд общ. рус. хир., 1900; Тр. I съезда рос. хир., 1901; II съезда, 1902; Zbl. f. Chir., 1901, 28, 136; Русская хирургия, 1911, XI.

Цапкина Л. К. К вопросу об образовании искусственного мочевого пузыря. — Каз. мед. журн., 1926, 11, 1241—1244.

Цаткин С. М. Попытка образования искусственного мочевого пузыря из прямой кишки. — Каз. мед. журн., 1927, 6.

Чумаков Н. М. Об эктопии мочевого пузыря и операции Субботина. — Воен.-мед. журн., 1911, 10, 232.

Ambrose I. Use of the sphincter to sustain fecal and urinary continence in neovesical formation. Surgery, 1951, 30, 274.

Bracci U. Primi risultati e nostro orientamento in tema di neovesiciche intestinali. Comun. Congr. Soc. Urol. Medit. Lat., Roma, 1959; Com. Soc. Tosco Umbra Chir. Seduta 4 giugno 1959; Urologia, 1962, 29, 511.

Brunschwig A. Conversion of rectale colon into functioning urinary bladder. Amer. J. Surg., 1953, 85, 801; Surgery, 1959, 45, 240; 1962, 52, 299.

Candiani G. B. Aspetti morfologici et istochimici delle neovesiciche colliche e rettali. Minerva ginec., 1962, 14, 35.

Comte H. e. a. Il case of rectal bladder with transsphincteral lowering of the sigmoid in the adult and their results. Mem. acad. chir., 1961, 87, 553.

De la Pena A. e. a. Cystoperineoplastic tubulaire intra sphincterienne chez l'homme. J. d'urolog., Paris, 1948, 64, 7—8, 432—436; 1959, 65, 7—8, 497—503.

Delev N. New urinary bladder from the sigmoid colon. J. Urol., 1958, 79, 5, 828—833; Chirurgia (Sofia), 1958, 11(3), 279—281.

Descamps P. Abouchement urétéral dans le rectum exclus. Ureteroneostomie basse terminale après sigmoïdorecystomie basse termino-latérale. Arch. gen. Chir., 1909, 4, 892.

Duhamel B. Creation d'une nouvelle vessie par exclusion du rectum et abaissement retro-rectale et transanal du colon. J. Urol., 1957, 63, 925.

Eckstein H. B., Boya I. Intestinal conduit urinary diversion. Z. Kinderchir., 1969, 7, 3, 507—514.

Ensor R. D. a. oth. The modified Gersuny procedure for urinary diversion. J. Urol., 1970, 104, 1, 93—97.

Fortner J. G., Kiefer J. H. Ureteroduodenal anastomosis. Surg., Gyn., Obst., 1948, 87, 69.

Garske G. e. a. Urinary diversion: ureterosigmoidostomy with continent preanal colostomy. J. Urol., 1960, 84, 323.

Gasparri F., Gerli P. Morphological finding on colic and rectal bladder after pelvic exenterations. Riv. Obstet., Ginec., 1962, 17, 329; 17, 583.

Giuliani L., Pisani E. L'intestino nella chirurgia plastica... Arch. Ital. Urol. 1914, 32, 164.

Grégoire R. Restauration de la vessie par le procédé de Heitz—Boyer—Hovelacque. J. Urol., 1914, 6, 45.

Hinman F. The technique of the Gersuny operation (ureterosigmoidostomie with preanal colostomie) in vesical atrophy. J. Urol., 1959, 81, 126.

Hohenfellner R., Wulff H. D. Die Harnableitung ueber ein ausgeschaltets Sigma—Segment. W. kl. Wschr., 1971, 83, 26, 487—491.

Janknegt R. A. Over urologische vervangingsoperaties. Amsterdam, 1965.

Kiefer J. H., Linke C. Ureterorectostomy and preanal colostomy for bladder atrophy. J. Urol., 1958, 79, 242.

Ingiulla W. Cistectomia e neocistoplastiche come problemi ginecologici. Minerva Ginec., 1962, 14, 35.

Ingiulla W., Gasparri F. Rectum — bladder in cases of anterior pelvic exenteration. Contributions to the problem of carcinoma colli uteri. Basel—New York, 1966, 36—61.

Kienman L. M. a. oth. Substitution of the excluded rectosigmoid colon for the urinary bladder. Arch. Surg., Chicago, 1953, 56, 531.

Kleinschmidt O. Einfache Bildung einer Selbstängigen, unter Sphinkterwirkung stehende Blase. Eine neue Abänderung der Maydtischen Blasenspaltoperationen. Zbl. f. Chir., 1920, 47, 1386.

Kuss R. Colovessiplastique est a preferer ileovessiplastique. J. d'urolog., 1958, 64, 4—5, 291—297; 1959, 82, 5, 587—589.

- Levitsky V. Transplantation of the ureters into isolated ampulla of the rectum after total cystectomy. *Am. J. Surg.*, 1953, 85, 91.
- Lonsley O. S., Johnson T. H. New operation for creation of artificial bladder with voluntary control of urine and feces. *J. Urol.*, 1955, 73—83.
- Makkas M. Zur Behandlung der Blasenectopie. Umwandlung des ausgeschalteten Coecum zur Blase und des Appendix zur Urethra. *Zbl. f. Chir.*, 1910, 37, 1073—1076.
- Maluf N. S. Evaluation of three methods of ureterocolostomy. *Surg., Gyn., Obst.*, 1955, 100, 1, 59—68; *J. Urol.*, 1958, 80, 116.
- Mauclair P. Quelques essais de chirurgie experimentale au traitement de l'estrophia de la vessie et des anus contre nature complexes. *Ann. mal. org. gen. Urin.*, 1895, 13, 1080.
- Meinikoff A. B. Zur Frage ueber die Bildung der kuenstlichen Harablase. *Zbl. f. Chir.*, 1924, 32.
- Modelski W. The transplantation of the ureters into the partially excluded rectum. *J. Urol.*, 1962, 87, 122.
- Mogg R. A. Urinary diversion using the colonis conduit. *Urol. Int.*, 1968, 23, 1—2, 53—62.
- Piran L. Implantation of the ureteres into an isolated rectosigmoid bladder. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1960, 53, 1027.
- Rughoobar I. La neo-vessie-rectale et ses resultats. A propos de 34 cas. Casablanca, 1966.
- Sherman, Arske G. Diversion of urine in rectal bladder and a continent preanal colostomy. *J. Intern. Coll. Surg.*, 1960, 34, 309.
- Smith G. I., Hinman F. The rectal bladder... *J. Urol.*, 1955, 74, 354.
- Truc E., Levallols M. Neo-vessie rectal et colostomie perineal transsphincterienne. *J. d'uro.*, 1959, 64(7—8), 447; 65, 89, 413; 456; *J. Urol., Nephrol.*, 1961, 67, 497.
- Truc M. M. E. a. oih. Neovessie rectale... *J. d'uro.*, 1958, 64, 444.

ПЕРЕСАДКА МОЧЕТОЧНИКОВ В ПРЯМУЮ КИШКУ

Развитие учения о пересадке мочеточников в прямую кишку и роль отечественных ученых в этом вопросе. В предисловии к настоящей главе было сказано, что при выполнении пластических операций на прямой кишке этот орган может являться донором или реципиентом (от латинских слов: *doneo* — даю и *recipere* — беру). Последняя роль выражена больше всего при пересадке мочеточников в прямую кишку, когда в стенку ее пересаживаются части другой, мочевой системы и кишка берет на себя часть функции этой системы — скопление и выбрасывание мочи.

Литература, посвященная пересадке мочеточников в толстую кишку, чрезвычайно обширна. На эту тему можно и нужно написать большую монографию, в которой следует детально проанализировать, кроме интересной и поучительной истории вопроса, показания и противопоказания к пересадке мочеточников, технику разнообразных операций, их положительные и отрицательные стороны, интра- и постоперационные осложнения, их предупреждение и лечение, ближайшие и отдаленные результаты лечения, при этом не только по обычной, житейской, клинической оценке, но и на основании гематологических, биохимических, рентгенологических, морфологических и патофизиологических исследований. В монографии можно с необходимой полнотой осветить все стороны этой достаточно важной проблемы. Но в Руководстве это сделать совершенно не представляется возможным. Поэтому приходится писать очень кратко.

Поводом для пересадки мочеточников в прямую кишку издавна служат многие страдания мочевого пузыря, при которых функция его грубо нарушается. Сюда относятся главным образом врожденные заболевания — экстрофия мочевого пузыря и высокая эписпадия. По данным Бергеса, из 71 больного с экстрофией мочевого пузыря только 23 переживают 20-летний возраст (цит. по К. В. Волкову, 1927). Другими показаниями являются злокачественные опухоли пузыря, а у женщин

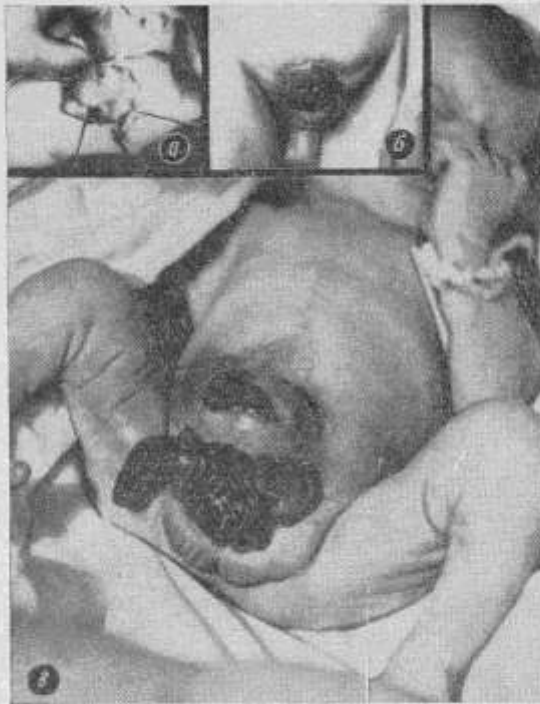


Рис. 152. Несколько видов врожденных экстрофий мочевого пузыря:

а — на верхнем рисунке расщепленный мочевой пузырь сливается с расщепленным по верхней стенке влагалищем, в пузырные устья мочеточников и в небольшую полость влагалища введены пурговчатые зонды; *б* — экстрофия мочевого пузыря у мужчины, возраст 26 лет; *в* — множественные врожденные дефекты развития — пупочная грыжа и экстрофия мочевого пузыря с выпадением кишечных петель, двусторонняя паховая грыжа, атрезия заднего прохода, поясничная спинномозговая грыжа, двусторонняя вирусная косолапость: оперирован, умер на 10-й день после рождения.

раций: А. В. Беличенко (1937), Д. М. Городинский (1949), И. К. Ивинская (1951), В. П. Ловгий (1967), Г. М. Абалмасов (1969), О. А. Василевич (1969), Г. В. Цискаришвили (1970), Г. В. Бондарь (1966 — кандидатская, 1973 — докторская) и др.

Кроме того, как в дореволюционное время, так и в советский период появилось очень большое количество статей в различных журналах по этому вопросу. Методы пересадки мочеточников по П. И. Тихову и С. Р. Миротворцеву получили самое широкое распространение и вошли в сокровищницу мировой хирургии как оригинальные общепринятые методы операций.

Литература по этому вопросу неоднократно и подробно цитировалась в вышеприведенных монографиях и диссертациях. Это освобождает нас от обязанностей снова приводить подробные литературно-исторические ссылки. Историческая справка будет дана лишь очень кратко.

Исходя из названия всей главы («Пластические операции»), мы совсем не будем говорить о клинике заболеваний, при которых показана операция пересадки мочеточников, очень кратко скажем о клинике послеоперационного периода, осложнениях и исходах вмешательств. Основное внимание будет уделено технике операций. Где это необходимо и возможно — будем давать оценку различных методов пересад-

пузырно-влагалищные свищи, неустранимые путем местной пластики. Очень редко ранения мочеточников во время операции, тяжелые воспалительные процессы мочевого пузыря или обширные травмы тазовых органов (М. А. Подгорбунский, Г. А. Абалмасов, 1968) являлись причиной пересадки мочеточников в прямую кишку.

Отечественные авторы сделали значительный вклад в развитие учения об отведении мочи в кишечник. Достаточно указать на солидные экспериментально-клинические монографии таких авторов, как М. С. Калабин (1899), П. И. Модлинский (1899), А. П. Яхонтов (1901), Я. О. Алксне (1907), Н. И. Березнеговский (1908), К. В. Карафа-Корбут (1908), В. Г. Шипачев (1908), С. Р. Миротворцев (1909 — диссертация, 1910 — монография), А. И. Ильин (1913), Л. П. Шивко (1913), А. Г. Смиттен (1931), Н. В. Марков (1940, 1947) и др.

На эту тему защищено значительное число диссер-

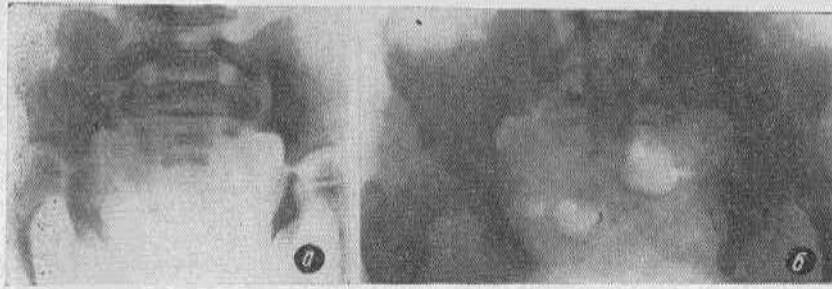


Рис. 153. Фотокопия рентгенограмм у больной М. при эктрофии мочевого пузыря:
а — возраст 5 лет; б — возраст 18 лет.

ки мочеточников в кишечник. Разбору подвергнутся основные, крупные труды, преимущественно отечественных ученых, которые послужили развитию учения о пересадке мочеточников в кишечник. В связи с этим будут цитироваться только те работы, в которых описаны новые методы или видоизменения старых. Все же остальные работы, преимущественно казуистические сообщения или простые описания одной или нескольких операций пересадки мочеточников в кишечник, просмотрены нами, внесены в перечень литературы этого раздела, но они в тексте не упоминаются, так как авторы их не вносили никаких видоизменений в технику операции.

Впервые J. Simon (1851) высказал мысль о возможности отведения мочи в кишечник при эктрофии мочевого пузыря. Он и Roux, не решаясь по условиям того времени на лапаротомию, использовали сложные инструменты для внебрюшинного наложения вслепую анастомоза между мочеточником и кишкой. Вмешательства закончились летальным исходом. В 1878 г. Smith предложил внебрюшинную пересадку мочеточников через поясничный разрез в восходящую и нисходящую кишки. В 1886 и 1887 гг. Navarro, Tufier, Gluck, Zezi, Zeller и др. безуспешно в эксперименте пересаживали мочеточники как лапаротомным, так и экспериперитонеальным путем. Внебрюшинно надлобковым путем пытался пересадить мочеточники в 1891 г. Küster на человеке.

П. И. Модлинский в 1892 г. описал новый метод пересадки мочеточников, а в 1899 г. защитил на эту тему докторскую диссертацию. Он предлагал рассекать кишку, ушивать наглухо периферический конец ее и пересаживать в него, как во вновь созданный мочевой пузырь, мочеточники. Верхний конец кишки он предлагал выводить на промежность рядом с задним проходом и там создавать противоестественный задний проход. Но лишь в следующем, 1893 г., второй отечественный ученый Г. Е. Рейн при эктрофии мочевого пузыря у девушки 19 лет наложил мочеточниково-прямокишечные анастомозы разработанным им методом. Это была первая операция в России, выполненная лапаротомным путем. Больная умерла на 21-й день.

В 1894 г. на II международном съезде

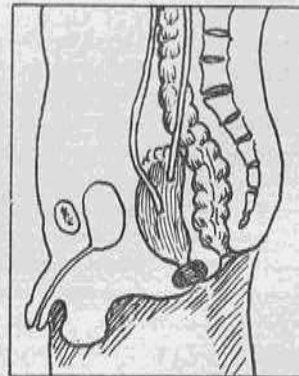


Рис. 154. Метод Модлинского: прямая кишка в верхнем отделе пересечена, дистальный ее конец зашит, в него раздельно пересажены мочеточники; сигма выведена на промежность вне сфинктера в виде одноствольного ануса.

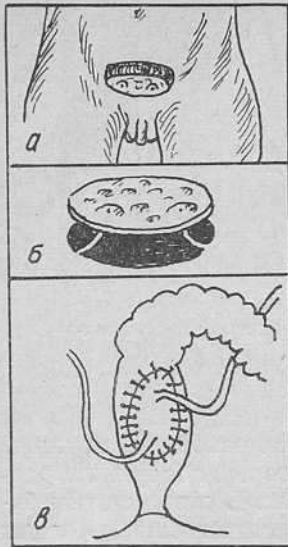


Рис. 155. Операция Майдля: а — эктофия мочевого пузыря, овальный разрез вокруг устьев мочеточников через всю толщу стенок пузыря; б — окаймленная разрезом часть стенок пузыря вместе с устьями мочеточников выпрепарована; в — мобилизованный лоскут стенок дна мочевого пузыря перенесен в продольный разрез передней стенки прямой кишки; правый мочеточник ниже, левый — выше.

врачей в Риме чешский проф. Maydle доложил о новом методе пересадки мочеточников в кишку с частью дна мочевого пузыря. Этим методом он впервые в 1892 г. избавил от страданий 20-летнего юношу, имевшего врожденную эктопию мочевого пузыря. Метод Майдля быстро завоевал симпатии хирургов, особенно за границей. Вскоре же выяснилось, что и этот способ дает высокий процент летальности как от первичного перитонита, так и от вторичной восходящей инфекции мочевых путей. Сам Майдль на 10 операций по своей методике потерял одного больного. Но в руках других хирургов этот метод давал до 33% и даже до 50% неблагоприятных исходов. Например, такой опытный детский хирург, как Т. П. Краснобаев, в прениях по докладу В. А. Красинцева на заседании общества русских хирургов в 1915 г. сообщил, что он 6 раз оперировал при эктопии мочевого пузыря, в том числе 4 раза по Майдлю. Все больные умерли.

Воогі в 1895 г. предложил для пересадки мочеточников пользоваться кнопкой, устроенной по типу пуговки Merfi. Шало предложил пользоваться трубкой с зарубкой на ее протяжении. На трубочку надевается мочеточник и подвязывается к ней круговой лигатурой. Трубочка вместе с мочеточником выводится в рану кишки, и мочеточник фиксируется круговым швом к стенке ее. Пуговка Боари и трубка Шало предложены для того, чтобы облегчить технику пересадки мочеточника в кишку и предупредить сужение просвета мочеточника в области пересадки. Оба эти предложения не нашли распространения и остались лишь достоянием истории.

В 1896 г. польский профессор L. Krinsky опубликовал предложение пересаживать мочеточники под треугольный серозно-мышечный лоскут, выкраиваемый из стенки прямой кишки. Вершина этого треугольника обращена вниз. В слизистой оболочке прямой кишки, в нижнем углу треугольника, делается небольшое отверстие, к краям которого подшиваются края перерезанных мочеточников. Серозно-мышечный лоскут укладывается на фиксированные таким образом мочеточники и подшивается на свое место. Описанную им операцию Л. Крынский на год раньше (1895) произвел у больного с эктопией мочевого пузыря и с благоприятным исходом.

Операция Л. Крынского послужила прообразом для ряда позднее предложенных способов, при которых 1) мочеточники укладывались в канал между слизистой и мышечной оболочками.

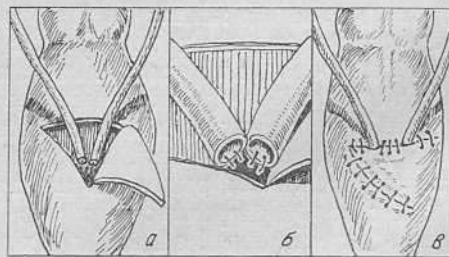


Рис. 156. Операция Крынского:

а — на передней стенке прямой кишки выкроен и откинут треугольный серозно-мышечный лоскут, на подслизистую ткань положены концы перерезанных мочеточников; б — в нижнем углу вскрыта слизистая оболочка, к краям ее отверстия четырьмя швами подшиты концы мочеточников; в — треугольник уложен и подшит на старое место.

создавался как бы клапан, прикрывающий устья мочеточников; 2) мочеточники располагались в стенке кишки косо сверху вниз, без перегиба, соответственно их естественному ходу; 3) концы мочеточников выводились в прямую кишку рядом, в одно отверстие.

Дальнейшим усложнением операции Крынского является метод, который описал в 1898 г. G. R. Fowler. Этот автор пришел к мысли, что необходим клапан со стороны просвета прямой кишки, чтобы предупредить проникновение инфекции в пересаженные мочеточники. Такой клапан-заслонку он попытался сконструировать из лоскута слизистой оболочки прямой кишки. На передней стенке прямой кишки проводится вертикальный разрез через серозную и мышечную стенки. Из слизистой оболочки полуовальным разрезом выкраивается лоскут основанием вверх. Этот лоскут перегибается кверху вдвое, и к нему подшиваются концы косо срезанных мочеточников так, чтобы они своим просветом прилегли к вывернутой слизистой оболочке лоскута. Разрез в кишке ушивается в два этажа. Последующие экспериментальные исследования показали, что созданный при этой операции лоскут из слизистой оболочки прямой кишки атрофируется и перестает играть роль клапана.

Идея создания внутренних клапанов над прямокишечными отверстиями мочеточников позднее была подхвачена другими авторами и активно ими разрабатывалась (А. В. Мартынов, R. C. Coffey и др.).

Martin в 1899 г. описал метод пересадки мочеточников, несколько напоминающий способ Л. Крынского. Разрез передней стенки прямой кишки делается не в виде треугольника, а продольно и только через серозную оболочку, края которой несколько отпрепаровываются и растягиваются. На мышечную стенку укладываются мочеточники. Концы их снаружи внутрь прошиваются лигатурой, которой через отверстие в нижнем углу раны кишки концы мочеточников вытягиваются в просвет кишки и фиксируются к стенке кишки прошитой этими лигатурами изнутри кнаружи. Рана в стенке кишки зашивается в два этажа. Одно из отличий от метода Л. Крынского — здесь мочеточники лежат не на подслизистой ткани, а в муфте из мышечной ткани стенки кишки.

F. Gersuni в 1898 г. пересек сигму в дистальном отделе. Просвет прямой кишки зашил наглухо и пересадил в нее мочеточники. А дистальный конец сигмы вшил в прямую кишку тотчас над сфинктером. Исход был неблагоприятным. Больная умерла на 5-е сутки. Наблюдение опубликовано в 1899 г.

Практика показала, что у женщин метод одновременной пересадки обоих мочеточников в кишку непригоден. Поэтому Eiselsberg в 1898 г. предложил пересаживать в отдельности каждый мочеточник с его пу-

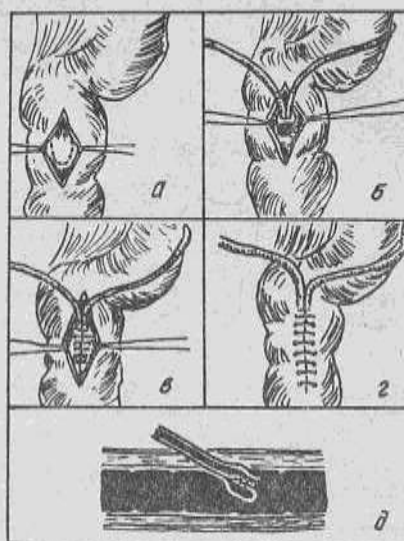


Рис. 157. Метод Фовлера:

а — продольный разрез кишки через серозную и мышечную стенки, круто дугообразный разрез на слизистой оболочке намечен пунктиром; б — выкраенный разрезом слизистой оболочки лоскут на ножке откинут кверху, на него уложены и пришиты концы мочеточников; в — наложен первый ряд погружающих швов; г — наложен второй ряд швов; д — на разрезе показан клапан из слизистой оболочки кишки, препятствующий попаданию кишечных масс в просвет мочеточников.

Рисунки из книги Н. В. Маркова.

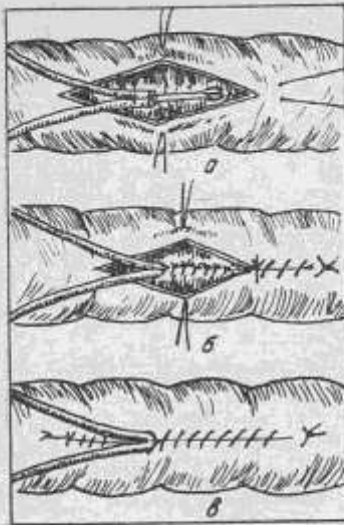


Рис. 158. Метод Мартина:

а — у стенки кишки рассечена продольно только серозная оболочка, края раны растянуты, на мышечную стенку уложены мочеточники, прошиты снаружи внутрь одной лигатурой, в нижнем углу раны сделано отверстие, через которое введена лигатура и из просвета кишки наружу в двух местах ниже раны выведены концы лигатуры; б — концы лигатуры завязаны на стенке кишки, наложен мышечно-мышечный шов и начато накладывание серо-серозного шва; в — пересадка закончена. Рисунок из книги Н. В. Маркова.

зырным устьем и частью окружающей стенки мочевого пузыря. Этот же метод совершенно самостоятельно в 1899 г. описал Peters. Он при эктопии мочевого пузыря, как и Эйзельсберг, пересаживал мочеточники внебрюшинно. Каждый мочеточник выделял отдельно с частью стенки мочевого пузыря. В мочеточник вводился катетер и прикреплялся к нему одной лигатурой. Впереди от заднего прохода на передней стенке прямой кишки делался поперечный разрез, через который выделялась стенка кишки. На этой стенке делалось два отверстия, а через них, протягивались катетеры с пузырьной частью мочеточников. Швы на стенку кишки не накладывались. Катетеры выводились за пределы заднепроходного отверстия и через 3 дня удалялись.

М. С. Калабин (1899) решил провести опыты Morenstein (1892), производившего пересадку мочеточников в кишку у 24 собак. Все животные погибли. Только одна собака с пересадкой одного мочеточника прожила несколько недель. М. С. Калабин у 5 собак пересадил мочеточники в прямую кишку на протяжении и у 5 — по Майдлю. Все животные погибли. Эти наблюдения с кратким описанием данных аутопсий и микроскопических исследований автор опубликовал в отдельной брошюре.

В 1900 г. С. А. Александров описал большую, которой в различных больницах и клиниках более 30 раз неизменно безуспешно предпринимались попытки закрыть пузырно-влагалищный свищ или создать новый мочевой пузырь с мочеиспускательным каналом. Проведя больной, также совершенно безуспешно, 6 такого рода операций, С. А. Александров наконец пересадил мочеточники в прямую кишку и тем прекратил 7-летние мучения женщины. Больная выписалась «вполне довольная своей судьбой» после перенесенных ею более чем 40 операций.

В 1901 г. А. П. Яхонтов все имевшиеся к тому времени клинические наблюдения объединил в первой монографии, посвященной пересадке мочеточников в кишку. В литературе он нашел описание 107 подобных операций с 41 смертельным исходом, в том числе 45 операций по Майдлю с 8 смертельными исходами. Первый благоприятный исход операции получил Tihrsch в 1881 г. У двух больных пересадка была произведена в исключенный из кишечного тракта участок кишки. (F. Gersuny 1898 г. — смерть; Субботин 1900 г. — выздоровление). А. П. Яхонтов многократно производил макро- и микроскопические исследования пересаженных в стенку прямой кишки лоскутов мочевого пузыря с мочеточниками у собак. В этих лоскутах он часто находил явления атрофии и дистрофии. В мочеточниках также обнаружены деструктивные процессы. «Общий результат наших опытов тот, что применение пересадки Львотодиева треугольника непосредственно в прямую кишку не имеет права гражданства в хирургии», — пишет в последнем выводе своей диссертации А. П. Яхонтов.

По мысли, которую высказал Berglund в 1903 г., J. Bogelius пересадила мочеточники в петлю сигмы, между коленами которой был наложен анастомоз. Мюллер в том же году предложил изменить эту операцию путем полного одностороннего выключения приводящего колена кишки. В. М. Мыш упростил предложение Мюллера. Он рекомендовал перетягивать шелковой лигатурой приводящее колено кишки. Эта модификация В. М. Мыша к 1910 г. была выполнена 6 раз с тремя смертельными исходами. Двое больных умерли от перитонита, один от пиелонефрита. В 1965 г. эту часть операции снова описал С. Т. Чекал как деталь, улучшающую операцию Майдля-Михельсона при врожденных расщелинах мочевого пузыря.

В 1910 г. Миленушкин опубликовал результат еще 4 операций, выполненных в этой модификации В. А. Красинцевым, с двумя смертельными исходами.

Д. Д. Попов (1910) с успехом произвел пересадку мочеточников в прямую кишку при неустранимом пузырно-влагалищном свище. Своё наблюдение он описал в отдельной небольшой (1910, 21 с.) монографии с 5 рисунками. Он применял метод внутрибрюшинной пересадки.

В книге Н. В. Маркова (1941, 1947) приведен метод, в котором Шапо взял за образец гастростомию по Витцелю для пересадки мочеточников в кишку. Этот метод Шапо—Витцеля заключается в следующем. Мочеточники выпрепаровываются, пересекаются у дна мочевого пузыря. Дистальная их культя перевязывается. Каждый мочеточник подшивается 2 швами к передне-боковой стенке кишки. У конца мочеточника вскрывается просвет кишки. К краям этой раны подшивается узловыми швами культя мочеточника по принципу конец в бок. Анастомоз и прилегающий к боковой стенке кишки мочеточник погружается под серо-серозные швы, накладываемые на стенку кишки. Таким же образом пересаживается мочеточник на второй стороне.

В начале настоящего столетия операция Майдля получила широкое распространение. П. И. Тихов попытался применить ее при обширных пузырно-влагалищных свищах, неустраняемых обычными операциями. Но на первой же больной, оперируя с И. Н. Грамматикати, он убедился, что имелось глубокое положение пузырного участка с мочеточниками, обширные рубцовые сращения в параметрии и придатках. Все это «сильно затрудняло операцию. Не добившись ничего, мы оставили мысль о применении майдлевской операции и ограничились пробным чревосечением... Поэтому в дальнейшем мы решили избрать более простой путь — прямую пересадку мочеточников в прямую кишку».

Так в процессе лечения неустраняемых путем местной пластики пузырно-влагалищных свищей проф. П. И. Тихов пришел к выводу, что применить операцию Майдля у женщин с правильно развитыми половыми органами затруднительно и нецелесообразно. В связи с этим ему пришла мысль разработать новый метод отдельной пересадки мочеточников в прямую кишку на протяжении лапаротомным путем. Этот метод он стал применять на практике с 1905 г., а в 1907 г. впер-

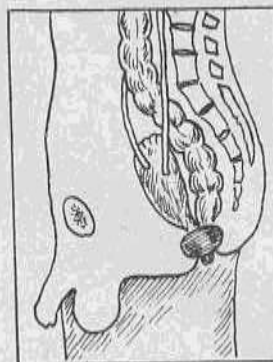


Рис. 159. Метод Герсуни:

мочеточники пересаживаются в изолированную прямую кишку; сигма выводится через анальное кольцо под слизистой оболочкой канала заднего прохода; держание кишечного содержимого и мочи одновременно обеспечивает сфинктер прямой кишки.

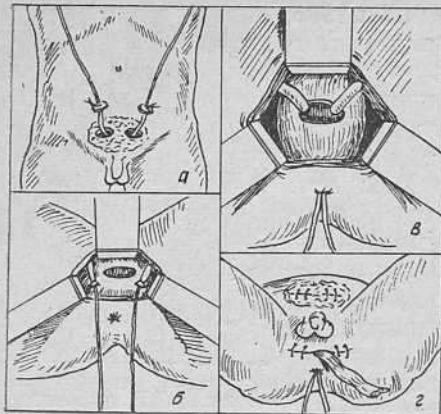


Рис. 160. Метод Эйзельсберга — Петерса:

а — устья обоих мочеточников выпрепарованы с частью стенки экстрафигированного мочевого пузыря, в мочеточники введены катетеры и кетгутowymi швами прикреплены к тканям устьев мочеточников; *б* — из поперечного разреза на промежности обнажена передняя стенка прямой кишки, на ней произведен поперечный разрез через мышечный слой, а в углах разреза сделаны отверстия в просвет кишки, устья мочеточников с катетерами выведены в промежностную рану; *в* — катетеры и устья мочеточников введены в просвет кишки, устья фиксированы кетгутowymi швами к слизистой оболочке прямой кишки, а катетеры выведены через задний проход; *г* — углы промежностной раны зашиты, через среднюю часть просвета раны выведен марлевый тампон, зашиты раны в стенке экстрафигированного мочевого пузыря на месте выпрепарованных устьев мочеточников.

тяжении 0,5 см. В отверстие вставляется свободный конец мочеточника так, чтобы он свисал в просвет кишки на 0,5—1,0 см. Сверху накладываются серо-серозные швы. Так же пересаживается второй мочеточник. Техника этого способа напоминает операцию наложения желудочного свища по Витцелю. По второму варианту, предложенному П. И. Тиховым, под конец место анастомоза закрывается наружной пластинкой брюшины, прежде покрывавшей мочеточник. Анастомоз оказывается как бы внебрюшинно.

Во второй своей работе в 1911 г. П. И. Тихов писал, что при последних 20 пересадках мочеточников в прямую кишку он ни разу не наблюдал отхождения мочеточников. В этой же статье он описал замужнюю женщину, которая через три года после пересадки мочеточников в прямую кишку по поводу широкого везико-вагинального свища, поступила на исходе беременности с родовыми схватками и отошедшими водами. Имелось рубцовое сужение влагалища, не пропускавшее указательный палец. Немедленно было произведено классическое кесарское сечение. Извлечен живой ребенок. Большая умерла на четвертые сутки при явлениях комы. На секции обнаружены

вые его опубликовал. При этом П. И. Тихов сообщил о 14 больных, прооперированных своим методом с 5 смертельными исходами.

Техника операции П. И. Тихова заключается в следующем. Нижняя срединная лапаротомия. Рассекается брюшина малого таза по ходу мочеточника. Последний выделяется из окружающих тканей, перевязывается возможно ниже. Затем до пересадки мочеточника накладывается 2—3—4 фиксационных шва, которыми мочеточник за окружающую его клетчатку подтягивается к прямой кишке так, что сначала подшивается задняя его стенка, потом боковые, наконец передняя. При этом из стенки кишки около мочеточника образуется род муфты, облегающей его широкими складками. Мочеточник пересекается у лигатуры. Он тотчас сокращается, остается свободный конец его 0,5—1,5 см. У основания мочеточника между двумя пинцетами рассекается ножницами стенка прямой кишки, обычно в два приема — вначале серозная и мышечная, потом отдельно захватывается выпячивающаяся слизистая оболочка и вскрывается на про-

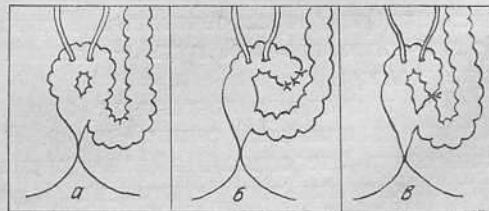


Рис. 161. Методы:

а — Берглунда—Борелиуса; *б* — Мюллера; *в* — В. М. Мыша.

явления хронического гнойного пиелонефрита. Произведено микроскопическое исследование срезов соответственно месту анастомоза между мочеточником и прямой кишкой. Найдено «значительное сращивание эпителия мочеточника; подслизистая ткань уплотнена благодаря обилию соединительнотканых волокон; мышечная ткань мочеточника сохранилась прекрасно: ясно видны мощные пласты круговых мышечных волокон, несколько хуже сохранились продольные мышечные пучки; каких-либо особенно выраженных изменений воспалительного характера в стенке мочеточника не заметно. Мышечные слои кишечной стенки сохранились хорошо... Особенно хорошо сохранился циркулярный слой. Слизистая оболочка сохранилась хорошо... Либеркюновы железы — тоже. Интересно, что вокруг мочеточника на месте анастомоза залегает целый ряд круговых мышечных волокон. Пучки этих волокон начинаются от мышечного слоя кишечной стенки, обходят вокруг мочеточника и оканчиваются около того же мышечного слоя. Они идут довольно правильно вокруг мочеточника, охватывая 0,75 его окружности, мышечные пучки идут в форме довольно правильных слоев с незначительными прослойками соединительной ткани».

Неблагоприятный для больной исход родоразрешения оперативным путем дал возможность П. И. Тихову и Н. И. Березнеговскому впервые у человека через три года после операции пересадки мочеточников в прямую кишку макро- и микроскопически изучить состояние внут-

ренних органов и области мочеточниково-прямокишечного анастомоза. Найденные при микроскопии в стенке кишки круговые мышечные волокна П. И. Тихов оценивал как кольцевой мышечный аппарат, соответствующий жому полостных органов. П. И. Тихов не видел преимуществ операции Майдля по сравнению с предложенной им операцией пересадки мочеточников в прямую кишку на протяжении, так как: а) с технической стороны майдлевская операция значительно сложнее, 2) у женщин с пузырно-влагалищными свищами и грубыми рубцовыми изменениями дна таза операция Майдля невыполнима, 3) пос-

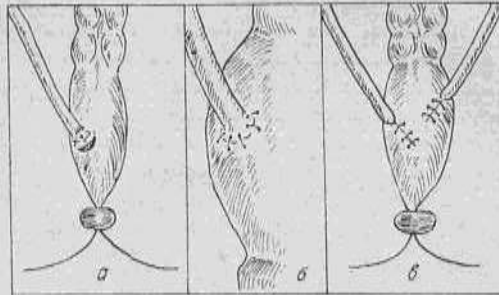


Рис. 162. Метод Шапо — Витцеля:

а — правый мочеточник тремя швами пришит к передней стенке прямой кишки, у культи мочеточника вскрыт просвет прямой кишки; б — к краям раны кишки мочеточник пришит конец в бок; в — анастомоз и мочеточник погружены под серо-серозные швы по типу швов при витцелевской гастростомии. Таким же образом пересаживается мочеточник с другой стороны.

Копия нашего рисунка из книги Н. В. Маркова.

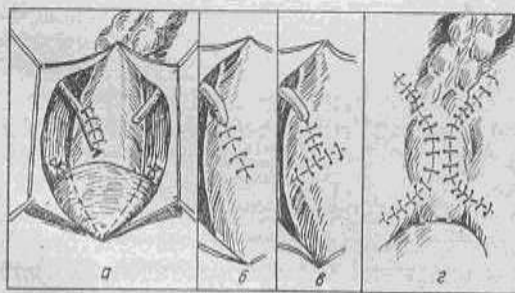


Рис. 163. Метод П. И. Тихова:

а — тазовая брюшина рассечена у места перехода ее на переднюю стенку прямой кишки, мобилизована, откинута зажимами в стороны, мочеточники дистально рассечены, пузырные культя их переязаны, правый мочеточник за парауретральную клетчатку подшит к серозно-мышечной стенке прямой кишки, у свободного конца мочеточника небольшим разрезом вскрыт просвет прямой кишки; б — свободный конец мочеточника погружен в это отверстие, над мочеточником сшиты складки стенки кишки; в — над концом мочеточника почти поперечно наложено несколько узловых швов; г — таким же образом чуть выше пересажен левый мочеточник, обе линии швов покрыты путем подшивания ранее откинутых краев тазовой брюшины.

ле пересадки в стенку кишки пузырный треугольник подвергается атрофическим изменениям и его защитные свойства снижаются в то же время 4) при пересадке мочеточников по Тихову из мышц кишки на месте мочеточниково-прямокишечного анастомоза создается кольцевой мышечный аппарат.

V. Zvara (1956) привел в своей работе таблицу, в которой показал собранные на основании литературных данных результаты выполненных до 1906 г. операций пересадки мочеточников в прямую кишку. Из 120 оперированных больных непосредственно после операции в течение месяца умерло 32 (26,5%). В течение первого года умерло еще 4 человека (3,3%). От года до 12 лет после операции умерло 10 (8,1%) и у 2 человек были явления невропатии, продолжавшиеся 4 и 7 лет. Хорошее состояние было у 56 человек (46,3%), 17 (14,2%) выпали из наблюдения.

В 1908 г. Н. И. Березнеговский в своей монографии дал сводную таблицу о произведенных к тому времени операциях пересадки мочеточников в кишечник.

Таблица 53
Сводные данные о пересадке мочеточников до 1908 г.

Заболевание	Выздоровление	Смерть	Исход неизвестен	Итого	Процент летальности
Пороки развития	92	41	5	138	30,8
Приобретенное недержание мочи	25	11	нет	36	30,5
Воспалительные заболевания	4	5	—	9	55,5
Опухоли	14	23	2	39	68,7
Заболевание неизвестно	3	3	4	10	50,0
Всего	138	83	11	232	37,5

Из табл. 55 видно, что летальность при пересадке мочеточников в прямую кишку была высокая. Она значительно колебалась в зависимости от показаний к операции. Так, при врожденном или приобретенном недержании мочи она равнялась 30,5—30,8%, при воспалительных процессах — 55,5%, при злокачественных новообразованиях — 68,7%. Всего Н. И. Березнеговский нашел в литературе описание 209 операций пересадки мочеточников в кишечник. К этому он добавил 29 своих наблюдений из клиники П. И. Тихова с 9 смертельными исходами (31% летальности).

Из общего числа собранных Н. И. Березнеговским наблюдений внутрибрюшинная одномоментная пересадка обоих мочеточников в прямую кишку (по Тихову и модификациям) была произведена 28 раз с 8 смертельными исходами (28,6%). В то же время операция Майдля (с модификациями) была произведена 101 раз с 31 смертельным исходом. У 7 больных исход операций неизвестен. Таким образом, на 94 операции по Майдлю с известным исходом летальность составила 31,8%, то есть была несколько выше, чем при операции Тихова.

Н. И. Березнеговский производил микроскопические исследования мочеточника у больного, умершего через 1½ года после операции. Он нашел, что после пересадки мочеточников в кишечнике происходит атрофия мышечных волокон мочеточника и кишечной стенки в области соприкосновения этих органов и замещение их соединительной тканью. Исследовалась функция пересаженных мочеточников на живой собаке

в остром опыте. В перерезанный у места пересадки мочеточник вставлена и укреплена канюля, соединенная с манометром. При изучении полученных кривых, приложенных в конце монографии вместе с микрофотограммами пересаженных мочеточников, найдено, что сокращения мочеточников носят однообразный характер, они разделены равномерными паузами. Паузы между сокращениями у различных животных колебались от 3 до 5 с, а сила сокращения — от 5 до 50 мм рт. ст. Подъем и падение кривых в одних наблюдениях были крутыми, в других носили волнообразный характер и, наконец, иногда образовывали на высоте сокращения плато продолжительностью 2—2,5 с. Все эти типы деятельности пересаженного мочеточника автор считал нормальными.

В клинике П. И. Тихова, из которой вышла работа Н. И. Березнеговского, подмечен был интересный факт. В послеоперационном периоде у больных с пересадкой мочеточников в прямую кишку появлялся неудержимый позыв на кислое. «На простой квас, соленые огурцы и особенно на бруснику больные смотрят прямо как на лакомство». Эта пища хорошо переносилась больными и как будто даже способствовала прекращению расстройства в деятельности кишечника. Автор пытался это явление объяснить раздражением кишечной стенки аммиачными соединениями мочи. Составные части указанных пищевых продуктов, с его точки зрения, нейтрализуют аммиачные соединения, и поэтому у больных имеется интенсивный позыв на кислое. В клинике П. И. Тихова была разработана послеоперационная диета для этих больных с преобладанием кислых продуктов. Эта точка зрения разделялась хирургами того времени, и многие назначали больным после операции пересадки мочеточников в кишку диету Н. И. Березнеговского. В настоящее время хирурги придерживаются противоположной точки зрения. В послеоперационном периоде стараются назначать не раздражающую, а щадящую почки молочную диету (И. К. Ивинская, 1952, и др.).

В заключении монографии среди других выводов Н. И. Березнеговский совершенно правильно определял показания для применения различных способов пересадки мочеточников в прямую кишку.

«...2) Для каждого показания имеется определенный способ оперирования, дающий лучшие результаты: при эктопии мочевого пузыря у мужчин — операция Майдля; при том же пороке развития у женщин — раздельная пересадка мочеточников с двумя пузырными лоскутами (по Петерсу—Эйзельсбергу); при пузырно-влагалищных свищах — способ проф. П. И. Тихова». Основные положения этого вывода (при эктопии мочевого пузыря — операция Майдля, при пузырно-влагалищных свищах — пересадка мочеточников на протяжении) в последующем разделялись многими видными хирургами (С. Р. Миротворцев, С. П. Федоров, А. Г. Смиттен, Г. М. Мухадзе, Н. В. Марков и др.). На основании литературных данных и собственного опыта мы соглашаемся с этой точкой зрения (см. заключение этого раздела).

Следующим этапом в учении о пересадке мочеточников в прямую кишку были две работы тогда совсем еще молодого врача, ассистента пропедевтической хирургической клиники (зав. проф. В. А. Оппель) Военно-медицинской академии, незадолго до этого участвовавшего в русско-японской войне и осаде Порт-Артура, уже тогда кавалера многих орденов, позднее профессора и действительного члена Академии медицинских наук СССР, С. Р. Миротворцева. В 1909 г. вышла его докторская диссертация «Экспериментальные данные к вопросу о пересадке мочеточников в кишечник», а в 1910 г. — монография «Методы отведения мочи в кишечник и их отдаленные результаты».

В диссертации приводятся многочисленные литературные справки об экспериментальных работах других авторов по этому вопросу. Всего в литературе автор нашел описание 352 пересадок мочеточников в кишечник у животных в эксперименте с 294 смертельными исходами (83,5%). Пересадка двух мочеточников была сделана 274 раза с 90,1% (247 животных погибли) летальности. Причем пересадка с лоскутом пузыря дала 81,5% (88 на 108), а пересадка мочеточников на протяжении — 94,5% смертельных исходов (157 на 166).

Сам автор произвел эксперименты на 65 животных (54 собаки и 11 кошек). Часть опытов он выбросил из счета ввиду их несовершенства и представил отчет о 44 операциях, при которых получено 34 смерти (77%). У 17 животных пересажено одновременно два мочеточника. Все они погибли. Один мочеточник пересажен у 27 животных, 17 из них умерло в ближайшее время (62%). Десять животных, перенесших операцию, убиты в разные сроки с целью исследования.

Автор констатирует полную невозможность одновременно пересаживать оба мочеточника в кишечник у животных, так как летальность при этом, по литературным данным, равна 94,5%, а в его собственных опытах — 100%. Пересадка одного мочеточника на протяжении у животных дает от 60 до 62% смертельных исходов. При этом в мочеточнике и почке на стороне пересадки у всех животных обнаружены явления восходящей инфекции. Организм продолжал жить за счет здоровой почки, в которой, однако, также имелись явления гематогенной инфекции. Основной причиной восходящей инфекции мочевых путей автор считал физиологическую атонию мочеточника. Он полагал, что все эти данные относятся только к животным. К тому времени уже были известны многочисленные и значительно более благоприятные данные относительно пересадки мочеточников в кишку у человека.

Кроме упомянутых результатов экспериментальных данных, в диссертации С. Р. Миротворцева основной интерес представляет разработанный им новый метод пересадки мочеточников в прямую кишку. Он в основном напоминает метод Тихова, но в деталях отличается от него. С. Р. Миротворцев следующим образом описывает свою операцию: «После вскрытия живота мочеточник той или другой стороны перевязывается двойной лигатурой у самого места вхождения его в пузырь и между двумя лигатурами перерезается. Ренальный конец изолируется на протяжении 3—4 см и укладывается на боковой стенке прямой кишки сейчас же над наружным жомом так, что он принимает косо направление: сверху снаружи — вниз и внутрь. Над уложенным таким образом мочеточником сшиваются складки серозной оболочки кишки, причем в шов захватывается адвентиция мочеточника, но не слизистая его (рис. 164). Таких швов приходится наложить 5—6. Они после затягивания образуют канал из серозной оболочки кишки вокруг мочеточника и служат для его фиксации. В каудальном конце, где остается свободной треть укрепленного на поверхности кишки мочеточника, он косо обрезается и расщепляется в продольном направлении так, что его отверстие имеет вид косо стоящего овала. Затем проводится разрез кишки длиной 1 см, проходящий через серозную и мышечную оболочки. Край разреза раздвигаются, подлежащая слизистая оболочка захватывается маленьким пинцетом, сильно оттягивается, у основания получившегося конуса отрезается кривыми ножницами так, что получается совершенно круглое отверстие, по величине соответствующее отверстию овально срезанного мочеточника. При этом обыкновенно слизистая оболочка кишки выпячивается в виде гриба и закрывает просвет кишки, в силу чего выхождения кишечного содержимого не наблюдается. Овально срезанный мочеточник

покрывает как бы «шапочкой» отверстие в слизистой оболочке кишки и укрепляется 4 швами, проходящими через его слизистую оболочку. Затем края разреза мышечной и серозной оболочек закрываются ляпберовскими швами, и анастомоз готов. Шов брюшной стенки».

Эту операцию автор применил на 6 собаках. Он пересади́л им по одному мочеточнику и получил наилучший результат — из 6 собак погибла одна. В последующем этот метод широко вошел в практику русских хирургов.

На IX съезде российских хирургов в 1909 г. С. Р. Миротворцев выступил с изложением своих данных о пересадке мочеточников в прямую кишку. Он показал проекционным фонарем все существовавшие к тому времени способы пересадки мочеточников, остановился на критике их, доложил о разработанном им методе и сообщил, что в клинике проф. В. А. Опеля, из которой выступил докладчик, операция Миротворцева на людях была выполнена 4 раза.

С докладом по этому вопросу на том же съезде выступил В. А. Красинцев из Калуги и сообщил, что он пересади́л мочеточников сделал 6 раз с применением у 5 больных операции Берглюнд-Борелиуса, то есть вшивал мочеточники в петлю сигмы, между коленами которой предварительно накладывался анастомоз. Эту модификацию он считал наиболее удачной. Из 6 больных В. А. Красинцев потерял вследствие операции 3.

В прениях по этим докладам выступило 6 ораторов. Н. Н. Петров сообщил, что при гистологическом исследовании слизистой оболочки эктопированных пузырей он всегда находил строение, приближающееся к типу кишечного эпителия с трубчатыми железами и слизистыми бокалами. Эта слизистая оболочка вырабатывает слизь. «Если такой пузырь пластически закрыть, то слизь будет в нем застаиваться, а слизь в смеси с мочой роковым образом дает камень». Поэтому Н. Н. Петров рекомендует не делать пластическую операцию закрытия пузыря при эктопии, а убирать его и пересаживать мочеточники.

С. И. Спасокукоцкий сообщил о больной, которой 9 лет назад пересажены мочеточники в кишку в Смоленске С. А. Александровым. Больная была жива, несмотря на сильное злоупотребление спиртными напитками. Т. П. Краснобаев передал об одной удачной операции по Майдлю у мальчика 3 лет. Эту операцию при эктопии пузыря он считал наилучшей. С. Ф. Дерюжинский доложил о трех удачно закончившихся операциях Майдля, у одного больного с восьмилетним сроком наблюдения. Б. Н. Хольцов высказался за операцию Майдля, хотя у второго своего больного, оперированного по этому методу, он получил мочекаловый свищ. Двое больных, оперированных по Тихову Б. Н. Хольцовым, умерли на 2—3-й день от острого гнойного пиелонефрита.

Таким образом, большинство из выступивших участников съезда высказалось за операцию Майдля. В заключительном слове докладчик С. Р. Миротворцев сказал, что он также является поклонником операции Майдля, хотя она в клинических условиях дает 27—30% летальности, а при экспериментальной проверке у всех животных дает пиелонефрит.

В 1910 г. С. Р. Миротворцев в своей монографии подытожил литературные данные по клиническому использованию операции пересадки мочеточников в прямую кишку и добавил собственные наблюдения на больных. Подробный анализ по группам операций показал, что летальность при всех способах остается высокой. «Признавая выдающееся значение операции Майдля для лечения эктопии мочевого пузыря главным образом в детском возрасте (до 5 лет)», автор у всех остальных больных рекомендует применять «наиболее безопасную и простую операцию» отдельной пересадки мочеточников на протяжении. К тому времени имелись сведения о 101 больном после этой операции.

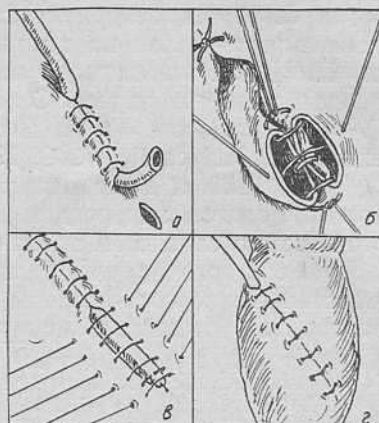


Рис. 164. Метод С. Р. Миротворцева:

a — мочеточник вшит между складками стенки прямой кишки, выступающий конец мочеточника срезан косо; *b* — четырьмя кетгутовыми швами конец мочеточника подшит к слизистой оболочке краев разреза стенки прямой кишки; *c, d* — этот анастомоз прикрывается еще одним или двумя рядами швов.

Рисунок из книги Н. В. Маркова.

Метод С. Р. Миротворцева как одна из модификаций операции пересадки мочеточников на протяжении в прямую кишку, наряду с методом П. И. Тихова, широко вошел в практику отечественных хирургов. В последующем, кроме С. Р. Миротворцева, другие отечественные (Г. М. Абалмасов, М. А. Подгорбунский, 1966, 1968), а также зарубежные (R. M. Nesbit, 1949, 1960; W. F. Leadbetter, 1951, 1956; N. S. Maluf, 1955, 1958, и др.) авторы предлагали и применяли различные варианты методов непосредственного сшивания слизистой оболочки мочеточника со слизистой оболочкой прямой кишки.

Кроме многочисленных журнальных статей, выполнены диссертации, специально посвященные углубленному изучению метода С. Р. Миротворцева в клинике и эксперименте.

В 1937 г. в Астрахани напечатана типографским путем кандидатская диссертация А. В. Беличенко. На 45 животных автор пересаживал один или оба мочеточника с предварительной вакцинацией собак аутоколивакционной или без нее. Проводились клинические наблюдения и изучение препаратов на секции под микроскопом. Основные выводы этой работы сводятся к тому, что односторонняя пересадка мочеточника в прямую кишку по Миротворцеву дает у собак 72% летальности, двухсторонняя — 100%. Пересадка одного мочеточника в 64% не дает никаких изменений в почках. Предварительная вакцинация опытных животных не оказывает никакого влияния на исход операции. Происходит слияние мышечного слоя интрамуральной части мочеточника с мышечным слоем кишки. Благодаря циркулярному расположению этих мышечных волокон образуется жом у устья мочеточников, обеспечивающий замыкание просвета мочеточника. Позднее этот жом, по-видимому, приобретает и свою иннервацию. Отсутствие изменений со стороны почек в 44% и наблюдавшееся ритмическое выбрасывание мочи у больных после пересадки обоих мочеточников дало автору основание высказать предположение, что с атоническим состоянием мочеточник в дальнейшем справляется и становится вновь способным выполнять свою функцию. Эта тщательно выполненная экспериментальная работа дала возможность еще раз с положительной стороны оценить метод пересадки мочеточников в прямую кишку по С. Р. Миротворцеву.

В 1951 г. в г. Саратове в факультетской хирургической клинике имени проф. С. Р. Миротворцева была защищена кандидатская диссертация И. К. Ивинской на тему «Пересадка мочеточников в кишку по Миротворцеву». В работе подытожен 30-летний опыт клиники, основанный на 58 операциях пересадки мочеточников в кишечник по С. Р. Миротворцеву. Наиболее частыми показаниями к операции были врожденные пороки мочевыводящей системы — 29 человек, на втором месте большие с мочеполювыми свищами — 16 человек, с новообразованиями мочевого пузыря — 12 человек и с туберкулезным циститом — 1 больная.

По вопросу о сроках оперативного вмешательства у больных с эктопией мочевого пузыря установлено, что детям до года нецелесообразно производить операцию, так как они часто погибают после нее от шока. Поэтому лучше всего оперировать таких больных на втором году жизни. Автор рекомендует, кроме подробного общего обследования больных, исследовать до операции функциональную способность почек, установить, нет ли удвоения мочеточников, тщательно готовить больных к операции. Подготовка должна состоять в соответствующей диете, в применении дезинфицирующих клизм и клизм из мочи больного для выработки у прямой кишки способности воспринимать и удерживать не свойственный ей экскрет-мочу.

В послеоперационном периоде рекомендуется применять в течение 5—6 суток резиновую трубку, которая вводится в прямую кишку на несколько часов; обильное питье как профилактическое мероприятие против восходящей инфекции; ежедневные промывания прямой кишки теплым физиологическим раствором без значительного давления; молочно-растительная диета 5—6 суток; пенициллинотерапия. Непосредственно после операции умерло 15 из 58, что составляет 26,2%. Из этого числа в 1/3 причиной смерти был перитонит, а пиелонефрит только у одного больного ребенка. У подавляющего числа больных послеоперационный период протекал без осложнений со стороны почек.

Отдаленные результаты были выяснены у 37 больных, из них 17 умерли в сроки от 5 месяцев до 20 лет. Из 17 больных только 4 умерли от заболевания почек. Тринадцать человек умерли от причин, не связанных с операцией. Двадцать человек были практически здоровы от 5 месяцев до 21 года, хорошо удерживали мочу, отчетливо различали позывы к дефекации и мочеиспусканию, мочились произвольно 5—6 раз днем и 1—2 раза ночью. Одна из бывших больных не только благополучно прожила 14 лет 8 месяцев после операции, но имела за это время 3 беременности, закончившиеся нормальными родами.

В заключение работы автор писал, что изучение отдаленных результатов после

операции пересадки мочеточников в кишку по Миротворцеву дает основание считать эту операцию вполне целесообразной, обеспечивающей длительное существование лиц, ее перенесших, как людей практически здоровых и трудоспособных. «Пересадка мочеточников в кишку при соответствующих показаниях является благодетельной операцией; следовательно, эта операция должна иметь все права гражданства в хирургии».

В 1910 г. Д. Д. Попов опубликовал одно наблюдение, относящееся к пересадке мочеточников в прямую кишку по видоизмененному им методу с благоприятным исходом. Модификации Д. Д. Попова заключаются в том, что после подшивания мочеточника к стенке прямой кишки фиксирующими швами и после вскрытия просвета кишки он подшивает погружаемую часть мочеточника к слизистой оболочке прямой кишки со стороны ее просвета. Делается это по описанию автора следующим образом: «Отступя на 1 см от свободного конца центрального отрезка мочеточника, стенка его прошивается тонкой кетгутовой лигатурой, снабженной на обоих концах иглами. Концы эти проводятся через слизистую оболочку изнутри кнаружи, отступя на 0,5 см от края образованного в нижнем углу раны отверстия, при помощи их свободный конец мочеточника втянут в просвет кишки и укреплен здесь путем завязывания лигатур над серозной оболочкой».

А. П. Залого в прениях по докладу С. Р. Миротворцева на VIII съезде российских хирургов в 1908 г. для снижения смертности от перитонита после операции пересадки мочеточников в прямую кишку рекомендовал подкреплять шов на кишке путем подшивания свободного кусочка салъника. На XV съезде российских хирургов А. Г. Смиттен сообщил, что А. В. Мартынов предложил рассекать серозную и мышечную стенки прямой кишки и укладывать мочеточник на слизистую оболочку. При этом наложение серо-серозно-мышечных швов не приведет к сдавлению просвета мочеточника, что может иметь место при сшивании стенки кишки во всю толщину над уложенным на серозную поверхность мочеточников.

К. В. Волков (1927) предложил предварительно сшивать концы обоих мочеточников на протяжении 3—4 см наподобие двустволки и погружать эту двустволку через один разрез на передней поверхности прямой кишки. Этот прием, по словам автора, очень упрощает и ускоряет операцию. У 6 больных он пересадил мочеточники в прямую кишку, в том числе два раза по методу двустволки. У всех больных получен хороший эффект.

Модификация М. Г. Брейтмана заключается в том, что мочеточники пересаживаются по методу Тихова, но с лоскутами покрывающей их брюшины, которая обшивается вокруг мочеточника в виде манжетки. По мысли автора, при этом меньше травмируется моче-

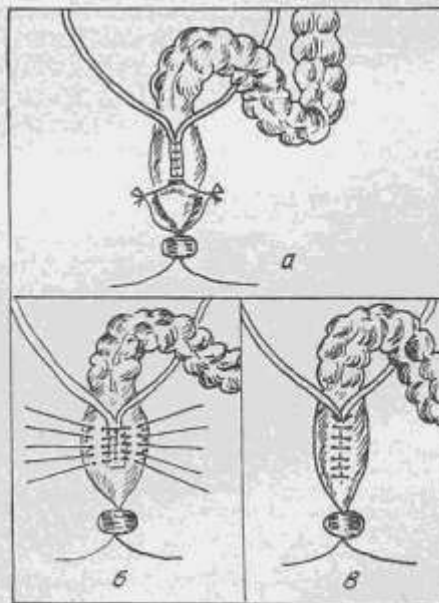


Рис. 165. Метод К. В. Волкова:

а — мочеточники рассечены, их дистальные концы перевязаны, проксимальные сшиты над прямой кишкой; б — мочеточники подшиваются к стенке прямой кишки с погружением в ее толщину и с захватыванием их клетчатой оболочки, под выступающими концами мочеточника сделан поперечный разрез, проникающий в просвет кишки; в — в этот разрез погружены концы мочеточников, рана зашита, наложен дополнительный ряд швов.

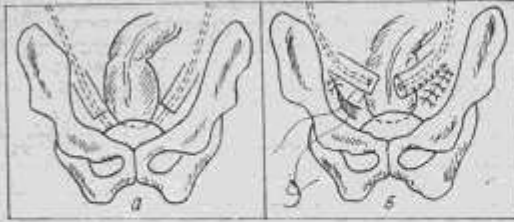


Рис. 166. Модификация М. Г. Брейтмана; а — над мочеточниками выкроены доскуты тазовой брюшины на ножке; б — низко пересечены мочеточники, проксимальные их культы отпрепарованы с покрывающей брюшиной, конец левого мочеточника окутан доскутом брюшины, подготовлен к пересадке, дефекты тазовой брюшины зашиты.

пересадку мочеточников с покрывающей их брюшиной, чтобы повысить герметизм анастомоза. Кишку он прокалывал изнутри кнаружи тонким корнцангом, захватывал конец мочеточника, втягивал его в просвет кишки и ушивал место кишечно-мочеточникового анастомоза. Проверка на животных показала, что просвет анастомоза непроходим для воды, при введении ее в просвет кишки она ретроградно в мочеточник не поступает.

В. Д. Бондаренко предложил внебрюшинную модификацию метода А. В. Мартынова. При лапаротомии делается разрез тазовой брюшины над мочеточником. Последний выпрепаровывается, перевязывается у дна мочевого пузыря и внебрюшинно подводится к боковой стенке прямой кишки, где и вшивается в нее по методу А. В. Мартынова. У 4 больных автор получил успех.

Л. П. Шишко в диссертации (1913) изложил вопрос о пересадке мочеточников в кожу. В экспериментах он установил, что у 58% животных развивается воспалительный процесс в почках. Л. П. Шишко полагал, что инфекция в почки проникает по лимфатическим путям мочеточников. Это же мнение позднее поддерживал А. Г. Смиттен.

И. К. Ивинская (1952) писала, что за последние 40 лет предложено разными авторами свыше 30 модификаций, добавлений к основным способам пересадки мочеточников в кишку по С. Р. Миротворцеву и П. И. Тихову. К такого рода модификациям, а по существу, совершенно новым методам, нужно отнести 3 способа R. C. Coffey, предложенные им в 1927, 1928 и 1930 гг. Первый вариант его операции совпадает с методом, разработанным Мейо, и поэтому он называется Кофи—Мейо (Кофи-1).

При этой модификации: 1) мочеточники подшиваются в косом направлении; 2) левый вшивается в сигму на 8—10 см выше перехода ее в прямую кишку, правый — в месте перехода сигмы в прямую кишку;

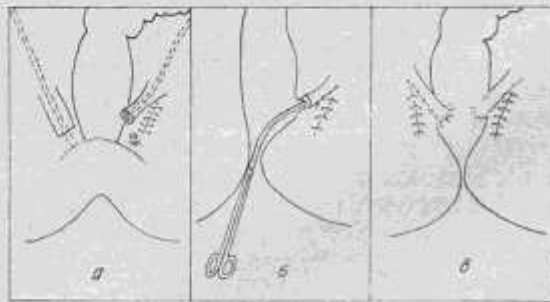


Рис. 167. Метод В. В. Сиземского:

а — справа над мочеточником выкроен доскут тазовой брюшины, слева — мочеточник выпрепарован, рассечен, пузырьный конец его перевязан, проксимальный конец окутан и обшит листком брюшины, дефект тазовой брюшины зашит; б — корнцангом, введенным через задний проход, перфорирована стенка кишки и захвачен конец левого мочеточника с брюшиной для втяжения в просвет прямой кишки; в — концы мочеточников с покрывающей их брюшиной втянуты в просвет прямой кишки и подшиты к краям отверстия в кишке.

3) мочеточники укладываются между слизистой и мышечной стенками кишки;

4) каждый мочеточник фиксируется ко всей толще стенки кишки ниже анастомоза.

Операция состоит из следующих основных моментов. Срединная нижняя лапаротомия. Рассекается брюшина малого таза по ходу мочеточника, он выделяется. Двойная перевязка возможно ближе к пузырю с расстоянием между лигатурами в 1 см. Рассечение мочеточника между лигатурами. Отсекается лигатура с дистального конца, и рана в тазовой брюшине ушивается. На боковой поверхности кишки по ходу пересаживаемого мочеточника делается небольшой разрез серозной и мышечной оболочек. Тупым инструментом из этого разреза проделывается ход-тоннель в кишке между слизистой и мышечной оболочками длиной 3—4 см. В конце тоннеля снова вскрываются серозная и мышечная оболочки. Через тоннель проводится перевязанный мочеточник. Выше перевязки в стенке мочеточника проделывается отверстие для оттока мочи. На оба конца лигатуры, перевязывающей мочеточник, надевается по игле. В нижней части второго разреза серозно-мышечной стенки делается отверстие в слизистой оболочке. Через него упомянутыми иглами изнутри кнаружи прошивается вся толща стенки кишки ниже отверстия. При завязывании лигатуры над стенкой кишки конец мочеточника втягивается в просвет и фиксируется к стенке кишки. Сверху накладываются серо-серозные швы с погружением под них и узла лигатуры, фиксирующий мочеточник.

По второму варианту этого метода на протяжении 3—4 см рассекают серозную и мышечную стенки кишки. На слизистую оболочку укладывают мочеточник и над ним сшивают расположенные выше слои. В нижней части разреза делается отверстие в слизистой оболочке. В остальном операция идет, как и в предыдущем варианте. Второй вариант Кофи в первой части операции совершенно совпадает со значительно ранее предложенным методом А. В. Мартынова, а втягивание конца пересаженного мочеточника в кишку лигатурами и подшивание его к стенке кишки взято из операции Д. Д. Попова.

Кофи-II (1926) заключается в том, что в прямую кишку и нижнюю часть сигмы через ректоскоп закладываются марлевые тампоны. У мочеточника перевязывается только его периферический конец, остающийся у мочевого пузыря. В просвет центрального отрезка мочеточника вводится мочеточниковый катетер, над которым конец мочеточника прочно привязывается лигатурой. Тоннель в кишке или разрез серозной и мышечной оболочек ее, вскрытие слизистой оболочки в нижнем углу раны делается, как и при первом или втором варианте первого метода. Через рану в слизистой оболочке свободный конец мочеточникового катетера привязывается к тампону, находящемуся в прямой кишке. Ушивается рана кишки. То же делается с другой стороны. При потягивании за тампон катетеры выводятся за пределы заднепроходного отверстия. Вначале отток мочи происходит через катетеры, а через несколько дней концы перевязанных мочеточников омертвевают, отторгаются, а вместе с ними отходят и катетеры. За это время мочеточники срастаются со стенками прямой кишки.

Кофи-III. Первые моменты операции проделываются, как в методах I и II этого автора. Но далее катетер не вводится, проксимальный конец мочеточника перевязывается. Этой лигатурой в нижнем углу прошиваются мышечная и серозная оболочки прямой кишки изнутри наружу в двух точках. Концы лигатуры завязываются. Культи мочеточника фиксируются в глубине раны. Просвет кишки не вскрывается. В нижнем углу разреза прошивается задняя стенка мочеточника и

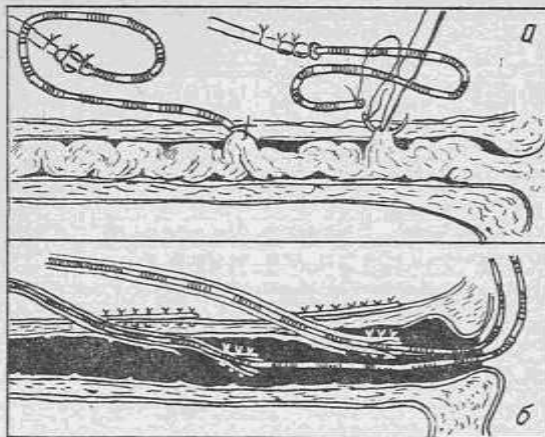


Рис. 168. Основные моменты операции Кофи-II:

а — прямая кишка заполнена тампоном, в просвете каждого мочеточника введен мочеточниковый катетер и укреплен лигатурой, свободные концы катетеров через отдельные разрезы стенки кишки подшиты к марлевому тампону, находящемуся в просвете кишки; б — при извлечении тампона извлекаются и катетеры, раны на стенке кишки зашиваются.

Рисунки из книги Н. В. Маркова.

слизистая оболочка кишки прочной лигатурой, которая крепко завязывается. Через 28—72 часа происходит прорезание стенки кишки и мочеточника лигатурой, восстанавливается отток мочи и образуется соустье. Операция продельвается в два этапа и на каждом мочеточнике отдельно, иначе может наступить смерть от анурии.

Для теоретического обоснования своих методов Кофи приводил сложные рассуждения из физики, анатомии, физиологии, биологии. Он говорил, что всюду в организме животных жидкость из одного органа в другой переливается при наличии клапанного аппарата. Особенно это необходимо, если жид-

кость переливается из полости с низким давлением в полость с более высоким давлением. Такое соотношение имеется между мочеточником и прямой кишкой. В последней давление временами достигает очень высоких цифр при наполнении ее калом, газами и особенно при дефекации. Основную роль в своих методах автор отводит клапану, якобы образуемому из слизистой оболочки, непосредственно под которой лежит мочеточник. При повышении давления в прямой кишке просвет мочеточника сдавливается в той части, где он проходит между слизистой и мышечной оболочками. Это будто бы препятствует проникновению инфекции в мочевые пути.

Применяя мочеточниковые катетеры во втором методе, Кофи старался предохранить мочеточники, особенно в первые дни, от проникновения в них инфекции и обеспечить прочное срастание мочеточника со стенкой прямой кишки. В третьем варианте прошивание и крепкая перетяжка лигатурой мочеточника и слизистой оболочки кишки без вскрытия ее просвета направлены к тому, чтобы операция и ближайший послеоперационный период протекали в наиболее асептических условиях.

За границей методы Кофи после их опубликования получили широкое распространение. Пользовались ими и некоторые отечественные хирурги. Однако многочисленные клинические и экспериментальные наблюдения как за рубежом, так и в нашей стране показали, что методы Кофи никаких преимуществ перед ранее предложенными способами пересадки мочеточников не имеют. Так, к 1938 г. собран из литературы результат 200 операций по этой методике с 25% летальности, причем в руках Кофи операция дала только 16% неблагоприятных исходов. Следовательно, летальность у других хирургов значительно превышала 25%. Такой же, примерно, средний процент летальности давали и другие операции (П. И. Тихова, С. Р. Миротворцева).

Образование каких-либо клапанов многими авторами совершенно отрицается, в том числе клапанов, предположительно образующихся

при операции Мартынова—Кофи. Восходящая инфекция и при этих методах имеет место. После удаления мочеточникового катетера при операции Кофи-II в просвете мочеточника также не остается никакого препятствия для проникновения инфекции. Наоборот, мочеточник, травмированный на протяжении нескольких дней находившимся в нем катетером, легче воспримет инфекцию. Кроме того, просвет узкого мочеточникового катетера легко и быстро закрывается оседающими в нем солями. Прав Н. В. Марков (1941), когда в качестве возражения ссылался на быструю закупорку мочевыми солями обычных уретральных катетеров, просвет которых во много раз шире.

Г. Джибути (1929) сообщил о 12 больных, у которых были пересажены мочеточники в прямую кишку. У 8 больных поводом для операции Тихова послужили мочепузырно-влагалищные свищи, появившиеся после осложненных родов, у 4 операция Майдля произведена по поводу экстрофии мочевого пузыря. Благополучные результаты получены у 7 больных.

Студент П. Дегтярев (1930) в статье «Редкое осложнение после пересадки мочеточников» описал больную, у которой после операции, произведенной по поводу обширного «неоперируемого» мочепузырно-влагалищного свища, развились явления проктита, выпадения слизистой оболочки прямой кишки, слабость сфинктера, недержание мочи, постоянное ее вытекание из заднего прохода. Это осложнение было ликвидировано операцией Тирша—Пайра — созданием в подкожной клетчатке вокруг заднего прохода кольца из широкой фасции бедра.

А. Г. Радзиевский (1931) писал о плохой работе мочеточниковых катетеров при операции Кофи-II. Освободить длинный и узкий просвет мочеточникового катетера от осевших в нем солей не представляется возможным, а преждевременное удаление прочно укрепленного в мочеточнике катетера также весьма затруднительно и небезопасно. Известен случай отрыва мочеточника от лоханки при попытке досрочно удалить катетер. Кофи сообщал о преждевременной закупорке мочеточниковых катетеров, о необходимости их прочищать или преждевременно удалять. У некоторых его больных еще при наличии катетеров в мочеточниках в первые же дни отмечались явления восходящей инфекции в почках.

Не представляет особых преимуществ и так называемый «асептический» метод пересадки мочеточников — Кофи-III. Достаточно сказать, что П. Д. Соловов (1932, 1934, 1935), проделав эту операцию у 8 больных на 11 мочеточниках, у 4 совсем не получил соустья. Из 8 оперированных умерли 5, из них у 4 имелись явления восходящей инфекции почек и у 1 больного — перитонит вследствие несостоятельности шва. П. Д. Соловов в трех своих работах дает резко отрицательную оценку операции Кофи-III, так как этот метод а) не дает гарантии образования соустья, б) не гарантирует от развития перитонита, в) дает ряд воспалительных осложнений со стороны верхних мочевых путей, г) эта операция не должна применяться на людях.

Н. И. Еланский и И. Д. Житнюк (1933) проводили опыты на собаках и пришли к выводу, что операция Кофи-III дает 100% смертности при одномоментной пересадке мочеточников. Но и при раздельной пересадке имели место перитонит, восходящая инфекция, хотя авторы, вопреки таким результатам своих опытов, допускают иногда применение третьей модификации Кофи. И. Д. Житнюк на основании этих экспериментов писал (1933) о третьей модификации: «Способ Кофи пересадки мочеточников в подслизистую ткань кишки без вскрытия ее просвета дает прекрасно функционирующее соустье без нарушения

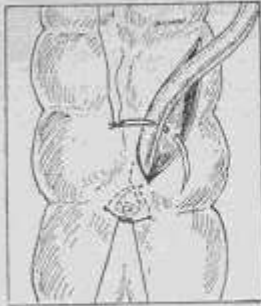


Рис. 169. Деталь метода Кофи-III: после рассечения серозной и мышечной стенок кишки конец мочеточника укладывается на подслизистую оболочку; концами лигатуры, которой перевязана культя мочеточника, в двух точках внутри киаружи прошивается мышечная и серозная стенки кишки ниже угла раны; лигатура завязывается, второй прочной лигатурой прошивается слизистая оболочка кишки и прилежащая к ней стенка мочеточника для образования спонтанного анастомоза; рана кишки зашивается.

функции почек... почти устраняет перитонит, но пиелонефрит возможен и при этой операции».

Кофи писал, что он с 1910 г. разрабатывал вопрос о пересадке мочеточников в кишку. Фактически же лишь в начале второй четверти текущего столетия своими публикациями он поднял в иностранной литературе интерес к пересадке мочеточников в прямую кишку. Кофи и другие англо-американские хирурги стали ставить опыты на животных и набирать клинические наблюдения. То есть они с запозданием на 20 лет переживали тот же период увлечения этой проблемой, что и русские хирурги в начале столетия. В результате появилось три метода Кофи, которые он и его сторонники старались представить как нечто совершенно оригинальное и непревзойденное.

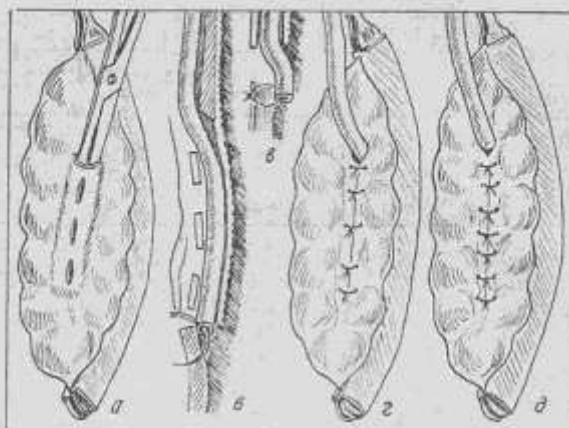
Объективное изучение этого вопроса показывает, что во всех методах Кофи нет ничего самостоятельного, оригинального. Косое расположение мочеточников в кишке предложено еще П. И. Тиховым и С. Р. Миротворцевым, помещение мочеточников между слизистой и мышечной оболочками рекомендовал А. В. Мартынов, подшивание конца мочеточника в кишку также имеется в способах С. Р. Миротворцева и Д. Д. Попова. Погружение мочеточников в просвет кишки с введенными в них катетерами еще в 1899 г. описал Петерс. Прошивание не вскрытой слизистой оболочки и завязывание ее с мочеточником также не является самостоятельным этапом в хирургии. Vardenheuer в 1888 г. и Подрез в 1898 г. предложили накладывать анастомоз между желудком и кишкой

путем затягивания сквозных прорезывающихся шелковых швов. Этот метод был в свое время решительно осужден (цит. по П. Д. Соловову, 1935) и никем из хирургов более не применяется. Неудачно он возрожден Кофи в его третьей модификации. Мы считаем, что второй и третий методы Кофи вообще не выдерживают критики. Таким образом, большой шум, поднятый заграничной медицинской печатью по поводу трех методов Кофи, дал очень скромные результаты.

Ch. H. Mayo (1933) вначале проводит мочеточник между мышечной и слизистой оболочками и лишь потом конец его погружает в просвет кишки. В деталях операция выполняется следующим образом. На свободной стенке толстой кишки делается четыре продольных разреза через серозную и мышечную стенки без слизистой оболочки. Из верхнего разреза в нижний тупым инструментом проделывается тоннель между мышечной и слизистой оболочками на всем намеченном расстоянии. По этому тоннелю проводится мочеточник. В нижнем углу нижнего разреза вскрывается кишка. Конец мочеточника прошивается лигатурой, на оба конца которой надеты иглы. Этими иглами со стороны просвета прошивается толщина стенки кишки. Лигатура завязывается на серозной поверхности кишки. При этом конец мочеточника втягивается в просвет кишки и фиксируется к слизистой оболочке. На разрезе серозно-мышечной части стенки кишки накладываются узловые швы с захватыванием поверхностной части стенки

мочеточника. Затем вся эта область погружается под второй ряд узловых швов. По описанной методике к 1933 г. в клинике Мауо было сделано 76 операций. «Смертность от этой операции низка. Эти больные из отверженных членов общества превращаются в полезных граждан».

Метод Ч. Н. Мауо несколько сложнее обычной пересадки мочеточников в кишку на протяжении. Но зато при этом методе достигается надежный герметизм и хорошая фиксация мочеточника. В 1948 г. G. Shinagel описал примерно аналогичную тоннельную технику пересадки мочеточников в кишку. Ра-



Р и с. 170. Операция Ч. Мею:

а — участок кишки, в которой производится пересадка, отжимается кишечным зажимом, делается небольшой поперечный разрез серозного и мышечного слоев и 3—4 продольных разреза через эти же слои; через поперечный разрез проводится канальчик между мышечным слоем и слизистой оболочкой на глубину 5—8 см, в конце тоннеля перфорируется слизистая оболочка; б — в тоннель вводится мочеточник, конец его вместе со стенкой кишки прошивается лигатурой; в — лигатура завязана; г — защиты насечки на стенке кишки с захватыванием поверхностного слоя мочеточника; д — наложен второй ряд швов.

зобрав в своей диссертации различные способы уретероцистостомии, В. П. Довгий (1967) туннельный метод считает также наиболее целесообразным, так как он дает наилучший функциональный и морфологический исход, вызывает незначительные изменения в верхних мочевых путях.

Вопрос о пересадке мочеточников в кишку поднимался на I, II, VIII, XV, XVI съездах российских хирургов. На XV съезде хирург из Рязани А. Г. Смиттен в своем докладе о пересадке мочеточников в прямую кишку предложил проверить изучение этого вопроса по широкой анкете. Многие выступившие в прениях поддержали предложение Смиттена. В этом же смысле высказался и председатель съезда Ф. А. Райн. Решением съезда А. Г. Смиттену было поручено выработать анкету, разослать и собранные данные обработать. На следующем, XVI съезде А. Г. Смиттен сделал доклад на основании литературных изысканий и результатов всероссийской анкеты. Свои данные он изложил также в докладе на III съезде хирургов Одесской губернии, в журнальных статьях.

В выводах доклада на XVI съезде русских хирургов А. Г. Смиттен говорил, что техника операции пересадки мочеточников в прямую кишку изучена и разработана с достаточной полнотой. Операция является благодетельным вмешательством, к которому при соответствующих показаниях следует прибегать, не тратя времени. Осложнения при операции зависят не от техники операции, а от патологических процессов, развивающихся в прямой кишке и почках. Операция Майделя не сохраняет функцию мочеточниковых отверстий и поэтому должна уступить место более простой операции — пересадке мочеточников на протяжении.

В 1927 г. работа по изучению этого вопроса была автором закончена, и он начал свою рукопись, но успел написать только несколько глав, заболел и умер 18/IV 1928 г. Окончание работы, издание рукописи взял на себя проф. А. В. Мартынов с сотрудниками. Выпущенная в 1931 г. монография «Вопросы отведения мочи в кишечник» комиссией, избранной XX съездом российских хирургов, удостоена премии С. П. Федорова. Приведем только итоговые данные из этой работы (табл. 56).

В заключение автор пришел к выводу, что больные, перенесшие операцию пересадки мочеточников в кишку, страдают сепсисом, длящимся то короткое время, то годами. Источником сепсиса он считал воспалительный и язвенный процессы на месте анастомоза и в прямой кишке. Автор полагает, что проникновение инфекции в почки происходит не восходящим путем, а гематогенным. Эта точка зрения противоречит взглядам большинства исследователей.

Несмотря на то, что известны наблюдения с благополучным течением и разрешением беременности у женщины после пересадки мочеточников в прямую кишку,

Сводные данные о пересадке мочеточников до 1928 г. на основании анкет отечественных хирургов

Метод	Род заболеваний	Выздоровление		Смерть		Всего	Примечания
		Общее число	%	Общее число	%		
Отведение мочи в кишечник	Мочеполовые свищи	163	77,2	49	22,8	214	У 6 исходы не указаны
	Врожденные уродства	255	72,4	88	27,6	345	
	Новообразования	78	43,4	102	56,6	181	
	Воспалительные процессы	6	46,7	8	53,3	15	
Итого		502		247	33,6	755	
Отведение мочи наружу	Врожденные уродства	2		1			У 1 больного исход не указан
	Новообразования	25		13			
	Воспалительные процессы	27		—			
	Род заболевания не указан	13		4			
Итого		67	79,1	18	20,9	86	
Всего		569	67,6	265	32,4	841	

А. Г. Смиттен рекомендовал одновременно с этой операцией производить у женщин стерилизацию, чтобы не отягощать состояние больных. Летальность, по данным А. Г. Смиттена, после операции Майдля на 4% выше, чем от пересадки мочеточников на протяжении, и потому он отдавал предпочтение последней операции. Отведение мочи в кишечник при неустраимых пузырно-влагалищных свищах и при эктрофиях пузыря дает лучшие результаты, чем при злокачественных опухолях мочевого пузыря.

Мысль о необходимости подвергать стерилизации женщин, которым производится операция пересадки мочеточников в прямую кишку по поводу неустраимых пузырно-влагалищных свищей, неоднократно, но не очень настойчиво высказывалась преимущественно гинекологами. Известны многочисленные примеры из литературы благополучно протекавших даже повторных родов у женщин, перенесших пересадку мочеточников в прямую кишку. Поэтому нет никакой необходимости лишать женщин, особенно молодых, не имеющих детей, радости материнства. Рубцовые изменения родовых путей иногда являются препятствием к родоразрешению естественным путем. Но, зная об этом, женщины, желающие иметь детей, охотно соглашаются на кесарское сечение. При современной постановке медицинской помощи эта операция не представляет никакой опасности. Таким образом, пересадка мочеточника при неустраимых обычным путем пузырно-влагалищных свищах не только возвращает женщин в общество, в семью, на производство, но дает им возможность выполнять свою функцию воспроизводства рода.

В литературе опубликовано много разнообразных вариантов деталей методов пересадки, предложенных Майдлем, П. И. Тиховым, С. Р. Миротворцевым (С. Д. Терновский, 1957; С. Т. Чекан, 1965, и др.).

Параллельно с развитием и широким распространением методов внутрибрюшной пересадки мочеточников применялись и до самого последнего времени применяются операции внебрюшной пересадки.

На заре развития учения об отведении мочи в кишечник симпатии хирургов были на стороне внебрюшинных методов. Симон впервые произвел с временным успехом внебрюшинную пересадку мочеточников 13-летнему мальчику, страдавшему эктопией мочевого пузыря. В середине и в конце прошлого столетия многие авторы пытались на животных производить внебрюшинную пересадку мочеточников в кишечник. Недостаточное владение асептикой и антисептикой естественным образом указывало хирургам того времени внебрюшинный путь этой операции.

В 1895 г. Bergnheim в норвежском журнале описал примененную им в 1894 г. у 35-летнего мужчины с эктопией мочевого пузыря операцию раздельной внебрюшинной пересадки каждого мочеточника с его устьем в прямую кишку. Наступило выздоровление. В 1897 г. Pozzi, в 1898 г. Peters, Capello, в 1899 г. Siselberg, Graubner и в 1900 г. Л. А. Малиновский с некоторыми видоизменениями пересадили мочеточники, также раздельно, внебрюшинно в прямую кишку или сигму. Поправились больные, которых оперировали Pozzi, Capello, Graubner.

Быстрое развитие учения об асептике и антисептике и широкое распространение методов Майдля, Тихова, Миротворцева и их модификаций повело к тому, что внебрюшинные методы пересадки мочеточников в кишку почти совершенно не применялись. В СССР эту операцию впервые с полным успехом произвел Ю. Ю. Джанелидзе у 22-летнего мужчины по поводу эктопии мочевого пузыря. Д. А. Лемберг (1923) сообщила об этом на II Всероссийском съезде урологов и в журнале «Вестник хирургии». В литературе она нашла сообщение о 12 операциях внебрюшинной пересадки мочеточников без смертельных исходов. В прениях по докладу Д. А. Лемберг о внебрюшинной пересадке мочеточников выступили Каплан, А. Г. Смиттен, Ф. Н. Тавилдаров, Г. М. Мухадзе, Ю. Ю. Джанелидзе, С. Н. Лисовская и председательствовавший Р. М. Фронштейн. Все они, хотя и не имели собственных клинических данных, но на основании теоретических рассуждений с полным одобрением отзывались об этом методе и считали, что он должен применяться предпочтительно перед внутрибрюшинной пересадкой мочеточников. Только А. Г. Смиттен предупреждал о возможности образования наружного моче-калового свища. Однако для всех ясно, что моче-каловый свищ при несостоятельности швов во много раз менее опасное осложнение, чем каловый перитонит.

По данным А. Г. Смиттена, среди 41 больного, оперированного методом внебрюшинной пересадки мочеточников, умерло 8 человек. И. Н. Шапиро с успехом применил эту операцию у мальчика 10 лет. А. Я. Духанов у мальчика 3½ лет, страдавшего эктопией мочевого пузыря, пересадила мочеточники внебрюшинно в сигму слева и в место перехода сигмы в прямую кишку — справа. Операцию он произвел в два этапа с полуторамесячным перерывом. Слева парietальная брюшина была вскрыта на небольшом протяжении и пересадка была сделана в сигму. В последующем рана брюшины была ушита. Наступило гладкое выздоровление.

Многие авторы сообщали о благоприятных отдаленных результатах операции Майдля и раздельной пересадки мочеточников в прямую кишку. А. Г. Радзиевский (1931) наблюдал в хорошем работоспособном состоянии больного через 23 года после операции Майдля. В. А. Оппель (1931) описал трех бывших больных, которые через 15, 19 и 20 лет после пересадки были совершенно здоровы, работали. О функции держания у одного из этих пациентов он пишет следующее: «Здоровые люди владеют сфинктером, дифференцируют газы от испражнений; здоровые люди могут опорожнить газы, задерживая стул. Ока-

зывается, наш бывший больной может выпускать газы отдельно от мочи только в лежачем положении. В стоячем положении он этого сделать не может и понятно почему. В стоячем положении газ всплывает в прямой кишке над мочой. Когда у больного собираются газы в прямой кишке, а он по причине вертикального положения их выпускать не может, то ощущает, как газы поднимаются по мочеточникам и уходят в область почек». Думается, что тут и пациент, и В. А. Оппель неправы. Конечно, не по мочеточникам уходят нередко большие газовые пузыри, а по просвету толстой кишки. Невозможно себе представить, чтобы при наличии широкой и длинной полости кишки газы пошли против тока мочи и против перистальтики сокращающихся мочеточников, имеющих очень узкий просвет.

В. А. Оппель утверждал, что обе операции (Майдля и отдельная пересадка) одинаково хороши: «и после той и после другой операции больные могут жить долгий срок». Он вступил в дискуссию с Н. Н. Бурденко, который писал (1931), что «простая пересадка мочеточников в прямую кишку дает плачевные результаты».

Проф. С. Н. Лисовская опубликовала (1933) предложенный ею внутрибрюшинно-внебрюшинный способ пересадки мочеточников. Лапаротомия производится параректальным разрезом с той стороны, на которой нужно отслоить мочеточник. Наносится вертикальный разрез задней брюшины. Отслаивается восходящая или нисходящая кишка, и в заднюю стенку вшивается мочеточник. После этого экстраперитонизируется анастомоз, ушивается лапаротомная рана. Эта операция проделана у 5 больных, причем у одной больной в нисходящую кишку была ошибочно вместо мочеточника пересажена запустевшая вена. Больная на 10-е сутки умерла «от основного страдания». У остальных 4 больных было пересажено 6 мочеточников — у 2 больных произведена двусторонняя пересадка. У одной добавочный мочеточник справа был пересажен в нисходящую кишку. Одна больная с пересадкой двух мочеточников эту операцию перенесла, но позднее умерла от основного страдания. Еще одна больная с пересадкой двух мочеточников погибла на 3-й день после операции, по заключению патологоанатома — от метастатического перитонита. Больная, у которой была сделана пересадка только одного добавочного мочеточника справа в восходящую кишку, не мочилась через задний проход. Из этого автор делает вывод, что моча всасывалась в кишке на протяжении. Поэтому С. Н. Лисовская предостерегает от пересадки мочеточников в слепую и восходящую кишки.

Из описания внутри-внебрюшинной пересадки мочеточников трансперитонеальным путем получается впечатление, что эта операция технически сложна, создает дополнительные трудности и едва ли она войдет в практику. Даже в руках автора метода из 5 наблюдений были такие осложнения, как нагноение брюшной раны, мочеточниковый свищ, ошибочная пересадка в кишку вены вместо мочеточника.

В 1935 г. С. П. Шиловцев опубликовал данные Саратовской клиники С. Р. Миротворцева. Из 26 больных 23 были оперированы по Миротворцеву, один по Кофи и двум больным произведена пластика мочевого пузыря по Спасокукоцкому. Умерло 9 человек — 37%.

Б. Н. Хольцов (1937) наблюдал в хорошем состоянии бывшего больного, которому 20 лет назад была сделана пересадка мочеточников в прямую кишку. Автор считает операцию Кофи хорошим методом, препятствующим обратному току мочи, но операция Майдля заслуживает предпочтения, так как сохраняется иннервация устьев. Считает, что хирурги не должны скрывать неудачи, а, наоборот, чаще писать о них.

А. М. Дыхно (1940) при внебрюшинной пересадке мочеточников также вскрывал брюшину на небольшом протяжении. Он экстраперитонизировал путем вшивания в окно брюшины слева стенки сигмы, а справа — участка восходящей кишки. В эти участки и были пересажены раздельно мочеточники с промежутком более чем в два месяца. Наступило выздоровление.

Некоторые авторы (А. М. Дыхно, 1940 и др.) считают необходимым, особенно при операции внебрюшинным доступом, разделять вмешательство на 2 и даже на 3 (Ch. H. Mayo, 1933) этапа: 1) пересаживается мочеточник с одной стороны, 2) пересаживается мочеточник со второй стороны, 3) удаляется оставшаяся слизистая оболочка экстротрофированного мочевого пузыря. Промежутки между этапами — в среднем около двух недель. В пользу такого разделения приводятся следующие выводы. Операция эта является сложной, нередко трудно переносимой, особенно для детей раннего возраста, имеющих экстротрофию мочевого пузыря. Поэтому большинством авторов операция в возрасте до года не производится. Но и в возрасте от 1 до 3 лет летальность еще высока. А при разделении на 2 или 3 этапа каждое вмешательство становится незначительным, сравнительно легко переносимым. Силы больного в промежутках между этапами восстанавливаются, и лечение завершается благополучно.

С другой стороны, пересадка двух мочеточников может вызвать почечный шок, анурию с неблагоприятными исходами. Анурия, по данным разных авторов, может продолжаться 1 сутки (М. А. Подгорбунский, Г. М. Абалмасов, 1968), 2 (Н. И. Березнеговский, 1908, 1909; А. М. Дыхно, 1940), 4 (В. А. Красинцев, 1915, 1917) и даже 5—6 суток (Ch. H. Mayo, 1933). Если же пересадка мочеточников производится раздельно, то даже при временном нарушении функции одной почки на стороне операции вторая почка на здоровой стороне работает нормально. То же может происходить во второй этап после операции на второй стороне.

В-третьих, когда пересаживаются одновременно оба мочеточника, то вся моча сразу поступает в дистальную часть толстой кишки. Этот орган не приспособлен к восприятию, скоплению, задерживанию мочи. В слизистой оболочке кишки начинаются явления раздражения, воспаления, выделяется избыточное количество слизи. Все это может способствовать появлению восходящей инфекции в верхних мочевых пузырях. При пересадке одного мочеточника, тем более при явлениях временной чипо — или анурии на стороне пересадки, моча в кишечник вначале поступает в незначительном количестве и стенки толстой кишки успевают приспособиться к новой функции.

В 1941 г. в Смоленске, а в 1947 г. повторно в издании Медгиза вышла монография проф. Н. В. Маркова «Пересадка мочеточников в толстую кишку у женщин». Автор проанализировал все предложенные к тому времени методы и применяемую им модификацию способа Кофи—Мейо. Дополнения, которые делает к этому способу Н. В. Марков, заключаются в следующем:

- 1) после выделения мочеточника из клетчатки таза он тремя-четырьмя швами, не проникающими в просвет мочеточника, предварительно подшивает последний к прямой кишке;

- 2) центральный конец перерезанного мочеточника по нижней поверхности рассекает глазными ножницами на длину 1—1,5 см, чтобы увеличить отверстие и уменьшить последующее его сужение;

- 3) после ушивания стенки кишки над каждым пересаженным мочеточником Н. В. Марков сшивает между собой наружно-верхние края тех разрезов брюшины, которые были произведены над мочеточника-

ми. В эти швы захватывается и передняя стенка прямой кишки. Тазовая брюшина, как шатром, покрывает место пересадки мочеточников, и соустья оказываются внебрюшинно.

Н. В. Марков приводит в своей монографии результат выполненных им 42 операций пересадки мочеточников в толстую кишку у женщин, преимущественно по поводу пузырно-влагалищных свищей. В первой серии на 12 операций по П. И. Тихову и в модификации Н. В. Маркова он потерял 5 больных, что составляет 38,4%. Во второй серии на 29 операций по Кофи—Мейо—Маркову умерло только 3 человека — 10,3%. Это улучшение результатов автор готов полностью отнести за счет качества метода Кофи—Мейо в его модификации. Едва ли можно с этим согласиться. Первая серия, период освоения методики, всегда дает худшие результаты. Не столь в методе дело, сколь в освоении техники. Совершенно правильно пишет Н. В. Марков в конце своей книги: «Пересадка мочеточников представляет собой очень деликатную операцию, в которой каждая мелочь требует для своего выполнения большой хирургической тренировки». Это же мнение высказали С. П. Федоров, П. И. Тихов, Н. И. Березнеговский, С. Р. Миrotворцев, А. В. Соловьев и многие, многие другие. Грозные осложнения после операции — пиелонефрит и особенно перитонит — зависят, главным образом, от недостаточно тщательного выполнения всех деталей технического вмешательства.

Операции пересадки мочеточников на протяжении, а также по Майдлю и его видоизменениям вначале давали около 50% летальности, потом этот процент снизился до 25—30. В последних сериях у Н. В. Маркова он равен 10,3, у Кофи — 6. П. И. Тихов из последних своих 20 больных не потерял от перитонита ни одного. Методы остаются те же, а результаты улучшаются благодаря освоению техники операции хирургами. Особенно большое значение в смысле профилактики послеоперационных септических осложнений имеет широко вошедший в последние годы в практику метод лечения антибиотиками.

Сводные данные о пересадке мочеточников в прямую кишку приведены в кандидатских диссертациях Д. М. Городинского (Киев, 1949) и И. К. Ивинской (Саратов, 1951). Как и в каждой крупной работе, в этих диссертациях повторяются литературно-исторические сведения по вопросу о пересадке мочеточников в кишечник. Приводятся анатомо-физиологические данные о мочеточниках и прямой кишке. Разбираются показания и противопоказания к пересадке. Описываются различные оперативные методы пересадки мочеточников, анализируются послеоперационные осложнения, их исходы и описываются отдаленные результаты операций. Краткие данные из работы И. К. Ивинской приведены выше.

Собственные наблюдения Д. М. Городинского (1942) очень немногочисленны. В диссертации приводятся 8 больных, которым произведена пересадка мочеточников в кишечник — 7 раз в сигму и один раз в слепую кишку по методу Маккаса с видоизменением автора. Д. М. Городинский выработал методику пересадки мочеточника с лоскутом покрывающей его брюшины. Этот метод значительно раньше был разработан на животных В. В. Сиземским и обнародован на VIII съезде российских хирургов в 1908 г.

Из 7 приведенных в работе Д. М. Городинского больных, прооперированных с применением модификации автора, умер 1. На 8-й день после пересадки мочеточников этот больной был вторично оперирован по поводу странгуляционной непроходимости кишечника. Резекция 10 см кишечника. Краевой неркоз кишки в области шва. Перитонит. Смерть на 6-й день после второй операции. Остальные больные попра-

вились и наблюдались автором от 1 года до 22 лет. Бывший больной Д. М. Городинского рассмотрен нами в разделе «О создании искусственного мочевого пузыря из прямой кишки».

Своеобразной модификацией метода Д. М. Городинского пользовался Н. В. Марков. М. Г. Брейтман опубликовал в 1937 г. метод пересадки мочеточников с покрывающим их лоскутом брюшины. Все эти работы были в первое время неизвестны Д. М. Городинскому, как он об этом говорит в своей работе. Таким образом, в разное время 4 отечественным авторам совершенно самостоятельно пришла мысль пересаживать мочеточники с лоскутом покрывающей их брюшины для улучшения пластических процессов в области шва и повышения герметизма анастомоза.

Многими авторами опубликованы модификации метода Майдля. Сюда можно отнести предложения И. Г. Кадырова (1943), А. И. Михельсона, С. Д. Терновского (1958) и др. А. И. Михельсон предложил производить пересадку всего мочевого пузыря в сигму при экстрофии и эписпадии. Отрицательной стороной операции Майдля он считает то обстоятельство, что овал дна мочевого пузыря с устьями мочеточников выпрепаровывается из окружающих тканей и переносится в прямую кишку на отдаленное расстояние. Иннервация стенки пузыря и сфинктеров устьев мочеточников нарушается. Герметизм отсутствует. Становится возможен прямокишечно-мочеточниковый рефлюкс, обратное поступление мочи и восходящая инфекция почек. При выделении всего мочевого пузыря сохраняется иннервация его стенки, не нарушается герметизм пузырных сфинктеров мочеточников.

А. И. Михельсон в своей работе подробно описывает и на животных показывает все детали операции. Разрез делается на границе слизистой оболочки эктопированного мочевого пузыря и кожи. Мочевой пузырь отпрепаровывается от окружающих тканей, чтобы он возвышался над уровнем окружающих тканей на 8—10 см. В верхней части раны вскрывают небольшим разрезом брюшину, к операционной ране подтягивают сигму, вскрывают ее по *tenia libera*. Двухэтажным швом вшивают в этот просвет мобилизованный мочевой пузырь, постепенно поворачивая его вокруг горизонтальной оси и погружая в брюшную полость образующийся анастомоз. Ушивается рана в брюшине. Производится пластика передней брюшной стенки для закрытия дефекта, образовавшегося на месте бывшего мочевого пузыря. По указанной методике автор прооперировал 28 больных в возрасте от одного года до 22 лет, из них по поводу экстрофии мочевого пузыря — 23 человека, по поводу полной эписпадии — 5. Смертельных исходов от перитонита и восходящей инфекции не было.

Операцию А. И. Михельсона применяли многие отечественные авторы и преимущественно положительно отзывались о ней. По сводным данным А. И. Михельсона (1956), А. П. Биезиня, А. В. Габая, по способу Майдля-Михельсона оперирован 91 больной. Умерло 9 (10%).

А. И. Михельсон на основании собственных данных в 1970 г. опубликовал статью «Итоги и пути дальнейшего лечения больных с экстрофией мочевого пузыря». Оперирован 121 больной, непосредственно после операции умерло 7—5,8%. В поздние сроки — от 1 до 18 лет — умерло еще 6 человек. Операцию Свенсона и другие виды реконструктивных вмешательств, направляемых на восстановление мочевого пузыря и закрытие его на брюшной стенке, А. И. Михельсон считает нецелесообразными, «не оправдавшими себя в функциональном отношении».

Отдельные хирурги вносили в операцию А. И. Михельсона те или иные изменения. Упрощение и усовершенствование операции Майдля, а вместе с тем и метода А. И. Михельсона, предложенное в 1958 г. С. Д. Терновским, заключается в том, что пересаживается в сигмовидную кишку часть мочевого пузыря вместе с льетодиевым треугольником размером 2×3 см. При этом мочеточники выделяют обязательно с сохранением вокруг них клетчатки, сосудов и нервов с таким расчетом, чтобы они свободно, без напряжения могли быть вшиты в кишку. Основным техническим дополнением, которое внес С. Д. Терновский в операцию Майдля, является внебрюшинное выделение стенки мочевого пузыря и мочеточников. Сам Майдль первоначально предложил при мобилизации пузыря вскрывать брюшину.

V. Zvara (1956) писал, что не всегда признаются заслуги чешского хирурга Майдля в разработке уретроэнтероанастомоза и не всегда правильно применяется эта операция. Майдль предлагал выкраивать эллипс слизистой оболочки мочевого пузыря вместе с обоими мочеточниками, длинную ось эллипса перемещать и вшивать по длинной, а не по поперечной оси прямой кишки, как это делают некоторые хирурги. Это нарушение техники автор считает главной причиной высокой летальности при операции Майдля в руках некоторых авторов. Нам кажется, что хирурги, применяющие операцию Майдля, знают, что овальный лоскут слизистой оболочки мочевого пузыря нужно вшивать продольно, а не поперечно в стенку кишки. Не в этом основная суть осложнений, а в трудности, особенно у малых детей, выполнять детали этой операции в узком пространстве в глубине малого таза. Поэтому мы уже давно производим у детей пересадку лоскута слизистой оболочки по Майдлю не в прямую кишку, а в сигму. Операция выполняема легко и быстро на уровне операционной раны брюшной стенки.

В клинических условиях на больных и на подопытных животных V. Zvara производил некоторые биохимические исследования крови. Он отметил, что после пересадки мочеточников в кишку появляется хронический ацидоз, признаками которого являются повышенный уровень хлоридов плазмы и понижение уровня резервной щелочности. Автор приводит две точки зрения по поводу происхождения ацидоза: первая — повышение всасывания хлора кишечной стенкой, вторая — нарушается функция почек, снижается выделение хлора вследствие пересадки мочеточников в кишку. На основании собственных исследований автор приходит к выводу, что так как почки у большинства пациентов после операции не были поражены, то нужно считать, что основное значение в повышении уровня хлоридов играет усиленная резорбция их кишечной стенкой.

А. А. Айдаров и Р. Г. Альбекова (1963) также изучали биохимические показатели крови после пересадки мочеточников в прямую кишку у 14 больных. Они «оценивали результаты как хорошие, когда у больных в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения (от 2 до 5 лет) не отмечалось восходящей инфекции, гиперхлорэмического ацидоза, они хорошо удерживали мочу, а мочились не более 5—6 раз в сутки, не было кишечных расстройств».

Е. М. Вгискер (1956) предложил пересаживать мочеточники в изолированную на мезентериальной ножке петлю тонкой кишки. Один просвет этой петли зашивается наглухо, а второй подшивается к мочеиспускательному каналу после удаления, например, пораженного раком мочевого пузыря. Эту операцию в двух вариантах на животных, а также на 15 больных, из них 10 оперированных по поводу ра-

ка мочевого пузыря, проделал J. W. Draper с соавт. (1971) в общем со сравнительно благоприятными результатами.

С. Н. Кахнани в 1954 г. описал разработанную им на 35 трупах технику внебрюшинного удаления мочевого пузыря, преимущественно при злокачественных новообразованиях его, и пересадки мочеточников в прямую кишку у женщин.

Подобную же работу проделал и в 1970 г. защитил на эту тему кандидатскую диссертацию Г. В. Цискаришвили. Он на 71 трупе (37 мужских и 34 женских) проверил надлобковый внебрюшинный доступ для одномоментного удаления мочевого пузыря в комплексе с окружающими его органами и пересадки мочеточников в прямую кишку. Проанализированы 62 сделанные в клинике пересадки мочеточников в прямую кишку. Автор пришел к выводу, что смертельные исходы после операции не были связаны ни с характером, ни с техникой операции. У всех умерших на аутопсии анастомоз оказался герметичным. Изменений со стороны брюшины и верхних мочевых путей не было.

Г. Н. Лукьяновым (цит. по М. П. Хейфицу, 1961) предложена следующая модификация операции А. И. Михельсона. После введения катетеров в мочеточники брюшная полость вскрывается разрезом длиной 7—8 см. В рану при помощи заранее введенного в прямую кишку зонда подается передняя стенка сигмовидной кишки, которая изолируется от брюшной полости в виде овальной площадки размером 6×3 см подшиванием ее отдельными швами к парietальной брюшине передней брюшной стенки. С этим экстраперитонизированным участком сигмы и производится анастомоз мочевого пузыря.

Т. В. Журавлева (1962) сообщила о результатах лечения экстропии мочевого пузыря по методу Майдля-Терновского. Из 68 детей, оперированных этим методом, не умер ни один, и отдаленные результаты изучены у 23. «Все дети умственно и физически развиваются нормально, не отстают от своих сверстников». Из 23 позднее умерло двое, один через 7 лет после операции от двухсторонней пневмонии, второй через 5½ лет от уросепсиса. А. И. Агамеев (1963) опубликовал незначительное упрощение метода Тихова, которое он с успехом применил у одного больного.

Higgins (1962) на основании литературных данных привел сводную статистику. Из 132 больных, оперированных при экстропии мочевого пузыря по методу Кофи, у 7 (5%) была уремия, у 37% — ацидоз, гиперхлоремия и другие нарушения водно-солевого обмена. Из оперированных тем же методом по поводу рака мочевого пузыря летальность достигла 71%.

В. Engfeldt и др. (1962) проанализировали на основании 23 аутопсий после операции по Кофи разнообразные причины смертельных исходов. У некоторых больных пересаженные мочеточники были в полном порядке, у других — дилатированы. По сводной статистике Е. М. Bricker (1956), среди 307 оперированных методом пересадки мочеточников в кишечник непосредственная послеоперационная летальность была 12,4%, более отдаленная летальность — еще у 3,6% (всего 16%). Ближайшие и отдаленные осложнения констатированы у 32,5%, в том числе пиелонефроз — 25%, пиелонефрит — 14%, камни мочевых путей — 3,5%.

Канадский центр (цит. по Th. Carbit, 1965) сообщил, что при 87 операциях пересадки мочеточников, в том числе при 9 доброкачественных и 78 злокачественных (из них 70% паллиативных операций) заболеваниях общая летальность составила 14%. Недержание мочи

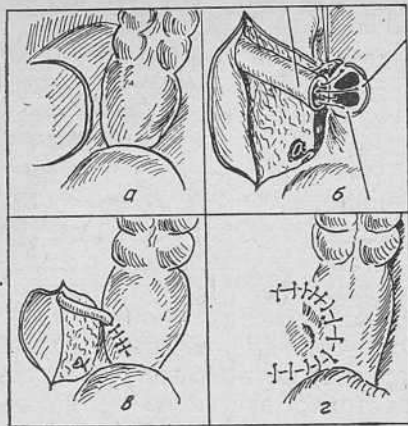


Рис. 171. Метод Г. М. Абалмасова и М. А. Подгорбунского:

а — полуовальный разрез брюшины малого таза справа от прямой кишки, открытый вправо; *б* — лоскут брюшины откинут вправо, мочеточник низко рассечен, пузырная культя его перевязана, проксимальная культя прошита четырьмя швами снаружи внутрь, а затем каждой лигатурой через отверстие в прямой кишке прошивается слизистая оболочка кишки; *в* — четыре лигатуры перевязаны, культя мочеточника фиксирована в просвете кишки, отверстие в кишке зашито; *г* — лоскутом брюшины прикрыт анастомоз мочеточника с кишкой.

наблюдалось у 25% из числа оперированных по поводу злокачественных новообразований.

Представляет интерес сообщение Л. А. Антоновой (1966). Она наблюдала больную, которой в 15-летнем возрасте произвели пересадку мочеточников в прямую кишку по методу Тихова. Через 7 лет после операции девушка вышла замуж. Вскоре забеременела. На седьмой неделе произошел самопроизвольный выкидыш. При следующей беременности на 30-й неделе путем кесарева сечения получен живой плод. Еще две беременности были прерваны абортми по медицинским показаниям. При пятой беременности на 34-й неделе повторное кесарево сечение. Живой плод. Стерилизация. На протяжении всего времени — мочеиспускание 3—4 раза в сутки через прямую кишку, стул 1 раз. Позывы на мочеиспускание и дефекацию дифференцированы. Женщина работает. Дети хорошо развиваются. Подобные же благоприятные исходы однократной или повторной беременности у женщины

после пересадки мочеточников в прямую кишку описывали некоторые другие авторы.

В 1966—1968 гг. Г. М. Абалмасов и М. А. Подгорбунский опубликовали незначительные, но, по-видимому, рациональные варианты отдельных деталей метода П. И. Тихова пересадки мочеточников в прямую кишку. Обнажение мочеточника производится из полуовального, открытого снаружи разреза тазовой брюшины. После перевязки у дна таза и рассечения мочеточника он 2—3 швами фиксируется к боковой стенке кишки так, чтобы осталось 1,5—2 см его свободного конца. На этот конец со стороны слизистой оболочки накладываются 4 узловых кетгутовых шва, которые пока не затягиваются. Иглы остаются на лигатурах. У основания свободного конца мочеточника вскрывается поперечным разрезом кишка. Отверстие в ее мышечном слое должно быть в $1\frac{1}{2}$ раза больше диаметра мочеточника. Швами, наложенными ранее на мочеточник, конец его подшивается к слизистой оболочке кишки. Вкол иглой делается со стороны просвета кишки. При затягивании лигатур конец мочеточника втягивается, а узлы оказываются в просвете кишки. Первым затягивается узел, наложенный на заднюю стенку мочеточника, потом боковые узлы и последним — передний узел. Вторым рядом швов анастомоз слегка инвагинируется в просвет кишки. Ранее выкроенный полуовальный лоскут брюшины подшивается к кишке. Он прикрывает область анастомоза и экстраперитонизирует ее. Из оперированных этим методом 70 больных умерло 12, от уросепсиса и пневмонии — по 4, от перитонита и сердечно-сосудистой недостаточности — по 2 больных. Послеоперационная анурия длительностью от 12 до 27 часов наблюдалась только у 3 больных.

Одной из причин сужения мочеточника на месте пересадки его в кишку с последующими явлениями расширения вышележащих отделов,

застоя и восходящей инфекции, как утверждают М. А. Подгорбунский и Г. М. Абалмасов (1968), может быть «тщательное укутывание мочеточника и анастомоза в подслизистом слое кишки», как это выполняют E. W. Riches (1949), J. J. Cordonnier (1949, 1961), H. C. Ridlon (1963) и др.

Cendron (1954) у 25 больных в сроки до 10 лет наблюдал 43 анастомоза после пересадки мочеточников в кишечник по поводу экстрофии мочевого пузыря. До операции 36 мочеточников были нормальны, 6 дилатированы, причем 1 значительно. Нормальной секреция мочи была в 40 из 43 анастомозов (93%). Морфологически было только 29 нормальных анастомозов (67%).

О. А. Василевич (1965—1969) разработал, провел сравнительное изучение в эксперименте на 69 собаках, а затем применил на 14 больных новый метод пересадки мочеточников — «слизистая к слизистой с муфтообразным клапаном в искусственный мочевой пузырь, созданный из сегмента толстой кишки». Метод заключается в том что из терминального отдела толстой кишки на сосудистой ножке изолируется сегмент длиной 10—15 см. Непрерывность толстой кишки восстанавливается анастомозом конец в конец. Мочевой пузырь, пораженный раковым новообразованием у человека, здоровый — у животных отсекается от мочеиспускательного канала, мочеточники пересекаются у места впадения в пузырь, который удаляется. Проксимальный конец изолированного на сосудистой ножке отрезка толстой кишки зашивается наглухо, дистальный конец сшивается с мочеиспускательным каналом. В созданный таким образом из толстой кишки искусственный мочевой пузырь пересаживаются мочеточники. Конец каждого мочеточника предварительно рассекается продольно на 0,5 см. Слизистая оболочка мочеточника сшивается со слизистой оболочкой «кишечного пузыря» тонкими узловыми кетгутовыми швами. При этом в последующем создается, как показали экспериментальные исследования автора, муфта из слизистой оболочки, препятствующая затеканию инфицированной мочи в мочеточник и лоханку. Автор рекомендует эту методику для широкого клинического применения. Правда, нужно отметить, что эта методика сравнительно сложна, как, впрочем, сложны и все методы пересадки мочеточников, особенно у пожилых людей, у которых при поражении раковой опухолью необходимо вначале удалить мочевой пузырь, а затем пересадить мочеточники.

Классификации методов пересадки мочеточников в кишечник.

Предложено несколько классификаций оперативных методов пересадки мочеточников в кишечник. Так, С. Р. Миротворцев в 1910 г. предложил их разделить на 2 группы с выделением 5 типов в первой группе и 2 — во второй. Кроме того, он особо отметил, что не внес в классификацию вышедшие из употребления и имеющие лишь исторический интерес методы внебрюшинного (Симон, Смит) или внутрибрюшинного (Рейн) бокового анастомоза между мочеточником и кишкой. В способах первой группы С. Р. Миротворцев выделяет следующие пять типов операций:

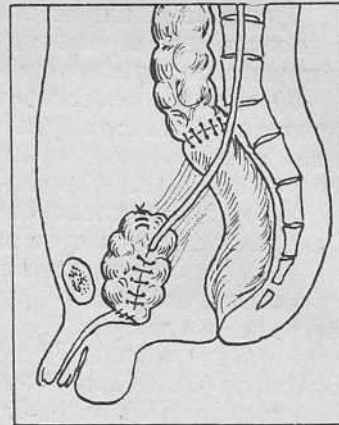


Рис. 172. Метод О. А. Василевича:

после удаления мочевого пузыря отрезок сигмы на сосудистой ножке проксимально зашит и дистально шит с внутренним отверстием мочеиспускательного канала, в этот отрезок сигмы пересажены мочеточники.

1) мочеточники вставляются в разрез кишки, и кишечная рана зашивается серо-серозными швами — способы М. С. Калабина и др.; мочеточник не фиксируется к стенке кишки и к ее слизистой оболочке;

2) тип витцелевской гастростомии; из мышц прямой кишки образуют как бы интрамуральную часть мочеточника, существующую нормально в мочевом пузыре, — способы П. И. Тихова, С. Р. Миротворцева, В. В. Сиземского и др.;

3) создание клапанов (бесплезное мероприятие, так как их атрофия неизбежно следует за операцией. — А. А.);

4) образование нового мочеточника с одно- или двухсторонним выключением кишки — способ Модлинского, Спасокукоцкого, Мыша, Алексея и др.;

5) искусственные приспособления по типу пуговицы Мерфи, пуговицы Боари, трубки Шало, Моклера и др.

Во вторую группу С. Р. Миротворцев включает: 1) методы пересадки мочеточников с общим лоскутом мочевого пузыря по принципу операции Майдля;

2) отдельную пересадку мочеточников, каждого с его пузырным устьем и с лоскутом окружающей части мочевого пузыря.

Каким способом воспользоваться — зависит от показаний, говорит автор.

Альбарран делил методы пересадки на а) операции с прямым расположением мочеточников в кишке, б) операции с косым ходом мочеточников и в) операции с клапаном на устьях мочеточников со стороны кишки.

В статье «К вопросу о создании искусственного мочевого пузыря» А. В. Мельников перечислил все существовавшие к тому времени (1924) методы отведения мочи в кишечник или создания искусственного пузыря и свел их в 3 группы.

I. Закрытие дефекта мочевого пузыря.

II. Выключение пузыря и вшивание мочеточников:

- 1) в кожу,
- 2) в уретру,
- 3) один мочеточник в другой,
- 4) в прямую кишку или сигму:
 - а) боковой анастомоз,
 - б) анастомоз на протяжении,
 - в) пересадка мочеточников с частью мочевого пузыря.

III. Выключение мочевого пузыря созданием искусственного резервуара для мочи:

- 1) анастомоз между приводящим и отводящим коленом кишки,
- 2) одностороннее выключение кишки,
- 3) полное выключение кишки.

В 1937 г. Гонзалез, Пастов и Риосеко предложили более подробную и детальную классификацию, в которой выделены 2 основные группы методов.

I. Образование искусственного мочевого пузыря.

II. Без образования искусственного мочевого пузыря.

По принципам, положенным в основу операций, они вторую группу делят на 10 подгрупп:

- 1) образование соустья между мочеточником и кишкой путем наложения сдавливающих лигатур;
- 2) прямой анастомоз между мочеточником и кишкой;
- 3) образование для мочеточника косо-серозно-мышечного канала по типу витцелевской гастростомии;

4) пересадка с частью слизистой оболочки мочевого пузыря;

5) временное отведение мочи для дренирования мочевых путей;

6) «механизированный анастомоз» — применение пуговок, трубочек и т. д.;

7) пересадка мочеточников (в эксперименте) в желудочно-кишечный тракт, в желчный пузырь;

8) образование клапанов со стороны просвета кишки;

9) пересадки с колостомией для предварительного освобождения кишки от фекальных масс и дезинфекция ее;

10) пересадка мочеточников без вскрытия их в два приема:

а) фиксация мочеточника в кишке;

б) вскрытие его тем или иным способом.

Эта классификация приведена в работах Н. В. Маркова (1947).

В книге об урологических заместительных операциях, вышедшей в 1965 г., R. A. Janknegt

кратко перечисляет даты и фамилии авторов,

предложивших различные варианты операций,

главным образом для

восстановления или замещения частично или полностью утраченного

мочевого пузыря. Пересадка мочеточников является основой всех этих

операций. В цитируемой книге приводится классификация операций с

одновременным, преимущественно в хронологическом порядке, перечис-

лением авторов, предложивших те или иные операции. Приведем не-

сколько сокращенное изложение этой части книги R. A. Janknegt, в ко-

торой кратко отражается история и классификация операций, пред-

ложенных для восстановления или замещения мочевого пузыря. По-

местим несколько переработанные и исправленные нами рисунки,

разъясняющие основные моменты описываемых операций. Автор делит

эти операции на 3 группы: 1) пересадка мочеточников в полно-

стью изолированную часть органа; 2) пере-

садка в орган, изолированный частично, с

одной стороны; 3) пересадка в неповрежден-

ный интактный желудочно-кишечный тракт.

Большинство из этих операций имеет отно-

шение к прямой кишке, следовательно, почти

все их можно считать пластическими опе-

рациями в проктологии. Для сравнения и

полноты картины интересно познакомиться

с ними в хронологическом порядке в каждой

группе.

Из первой группы наиболее ранним (1888)

является предложение, которое описали Tiz-

zoni, Foggi, пересаживать мочеточники в мо-

чеиспускательный канал после удаления по-

раженного мочевого пузыря.

Maucclair (1894) предложил пересекать

сигму в дистальной ее части, каудальный ее

конец зашивать наглухо и в него пересаживать

мочеточники, а оральный конец

выводить на брюшную стенку в виде



Рис. 173. Метод Тизони и Фогги:

после удаления мочевого пузыря мочеточники пересаживаются в мочеиспускательный канал.

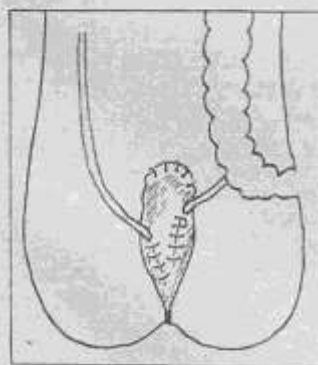


Рис. 174. Метод Моклера: пересадка мочеточников в изолированную прямую кишку, конец сигмы выведен как одноствольный противестественный задний проход в левой подвздошной области.

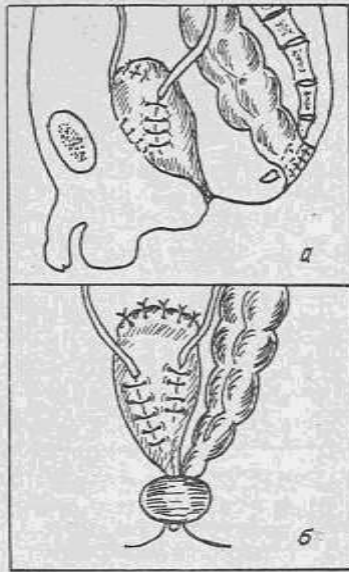


Рис. 175. Метод П. И. Модлинского (а) и метод Герсуньи (б):

а — мочеточники пересежены в изолированную прямую кишку, сигма выведена как одностольный противоестественный задний проход рядом с крестцом; б — мочеточники пересежены в изолированную прямую кишку, сигма выведена рядом с естественным задним проходом через анальное кольцо.

противоестественного заднего прохода.

В 1893 г. отечественный автор П. И. Модлинский предложил изолированную прямую кишку использовать в качестве мочевого пузыря. Конец сигмы он проводил через промежность рядом с прямой кишкой и создавал около крестца противоестественный задний проход. Эту методику он разработал в эксперименте на собаках. В 1898 г. F. Gersuny повторил это предложение, но с более рациональным завершением. Он у своей больной свободный конец сигмы поместил рядом с прямой кишкой под слизистой оболочкой анального канала, вывел на промежность, где и сшил слизистую оболочку сигмы с краями дополнительно нанесенного кожного разреза. Таким образом, сфинктер заднего прохода при этом методе замыкает одновременно мочевой пузырь, созданный из прямой кишки, и здесь же созданный из сигмы новый анальный отдел кишки. Позднее эту методику в чистом виде или в некоторых модификациях описывали и выполняли у отдельных больных некоторые отечественные (А. В. Мельников, 1924, 1929; Л. М. Цапкин, 1927; М. Д. Иссерсон, 1927; А. В. Каплан, 1929; И. Л. Ферсман, 1929; Н. Ф. Микулин, 1930; Г. Д. Шутников, З. С. Белоусов, 1961; З. М. Портнов, 1966 и др.), зарубежные (M. Heitz—Boer, Novla-

gue, 1912; B. Duhamel, 1957; W. Modelsky, 1958; F. Sorrentino, 1959; E. Truc, R. Henreit, S. Wilkins, 1959; W. Bracci, 1962—1968; A. Carnei be Moura, 1963; M. Salwat, J. Cukier, 1969; H. Hisazumi, 1969; Nettiay, 1970 и др.) авторы.

R. A. Janknegt и многие другие хирурги обоснованно считают F. Gersuny автором — основоположником метода одновременного использования сфинктера заднего прохода как замыкательного аппарата, регулирующего дефекацию и мочеотделение.

В 1899 г. Lotheissen предложил создавать мочевой пузырь из изолированной стенки прямой кишки. Рисунок этой операции не приведен.

По данным R. A. Janknegt, в 1908 г. Werhoogen предложил в качестве искусственного мочевого пузыря использовать слепую кишку, а червеобразный отросток с отсеченной верхушкой подшивать к коже. Ту же методику независимо от этого автора в 1910 г. опубликовал Makkas.

Операцию в 1950 г. видоизменили Merriens и Gilchwist. Они предложили выводить на кожу в качестве моченспускательного канала конец тонкой кишки. При этом баугиниевая заслонка становится сфинктером ретроградного действия, выше которого в слепой кишке скапливается моча.

Тонкая кишка использовалась для создания мочевого пузыря в нескольких видах. Изолированный участок кишки проводился через толщу брюшной стенки, и один открытый ее конец подшивали к коже.

В образованный таким образом резервуар пересаживались мочеточники (Shoemaker, Zaayer, 1910). Значительно более целесообразно предложение Сипео (1911). Он нижний конец изолированной петли тонкой кишки проводил через сфинктер заднего прохода, под слизистой оболочкой анального канала конец кишки подшивался к краям кожного разреза в параанальной области. Сфинктер заднего прохода становился запирательным аппаратом для вновь созданного из тонкой кишки мочевого пузыря. При этом прямая кишка не нарушалась, не исключалась из присущей ей функции. Bisgard (1943) предложил после удаления мочевого пузыря, пораженного злокачественным новообразованием, к оставшемуся мочепускающему каналу подшивать изолированную петлю сигмы, а в нее пересаживать мочеточники. Несколько иначе эту идею провел в жизнь Е. М. Bricker (1956). Если Bisgard предлагал подшивать кишку по принципу бок в конец мочепускающего канала, то Bricker сшивал кишку с мочепускающим каналом конец в конец.

Sinaiko (1956) высказал предложение пересаживать мочеточники в изолированную часть желудка, один конец которой выводится на брюшную стенку.

Во вторую группу — пересадка мочеточников в частично изолированную петлю кишки — R. A. Jankegt относит 15 предложений, описанных 18 авторами. При этом для разъяснения дается только 4 рисунка. В той же последовательности приведем авторов и поместим несколько модифицированные рисунки.



Рис. 177. Метод Меррinsa и Гильхвиста: мочевой пузырь создается из слепой кишки, мочепускающий канал — из тонкой.

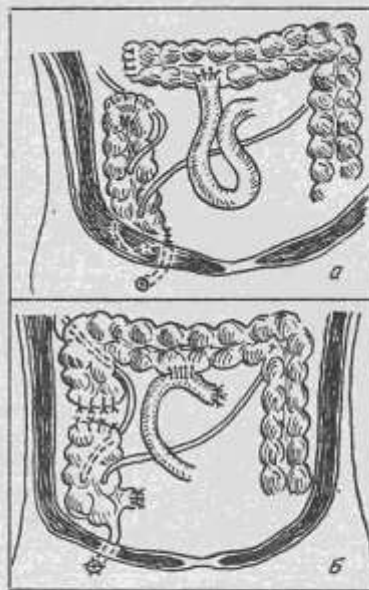


Рис. 176. Операции Верхугена (а) и Маккаса (б):

а — мочеточники пересажены в слепую и восходящую кишки, из которых создан мочевой пузырь, а из червеобразного отростка — мочепускающий канал; б — вариант предыдущий.

2. Пересадка мочеточников в частично изолированные отделы кишечника: а) изолированная тонкая кишка впадает в тонкую (Nagano, 1901); слепую (Goldberg, 1904); поперечную ободочную (Moskowitz, 1909); сигму (Berg, 1907, рис. 181); б) изолированная сигма впадает в сигму (Borelius-Berglund, 1903, рис. 182); прямую кишку (Muscatello, 1904); частично изолированный ректосигмоид (Descamps, 1909, рис. 183).

3. Имплантация мочеточников в интактные отделы пищеварительного тракта:

- а) в 12-перстную кишку (Hinman et Belt, 1922);
- б) » тонкую (Steinke, 1909);
- в) » слепую (Boyd, 1951);
- г) » сигму (Simon, 1851);

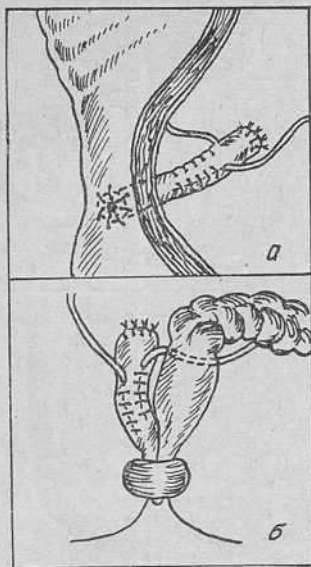


Рис. 178. Метод Шемакера и Цайера (а) и метод Кюнео (б):

а — мочеточники пересекаются в петлю тонкой кишки, один конец которой выведен через брюшную стенку; б — мочеточники пересекаются в петлю тонкой кишки, один открытый конец которой проведен через сфинктер и выведен на перианальной коже.

носторонний рефлекс без расширения мочеточника и без симптомов цистопиелита.

Нам кажется, что в перечисленных классификациях смешиваются различные стороны дела, поэтому в одни и те же группы вносятся методы, построенные на различных принципах. В операции пересадки мочеточников в кишечник участвуют две основные группы органов — мочевыводящие пути (мочеточники) и кишечник. Кроме того, к операции различное отношение может иметь брюшина.

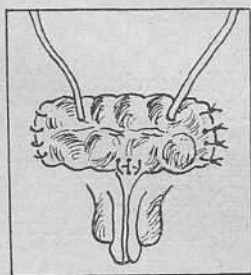


Рис. 179. Метод Бисгарда:

мочевой пузырь создан из изолированной петли сигмы, подшитой к мочепускательному каналу, в нее пересажены мочеточники.

д) в прямую (Bergenheim, 1896).

В некоторой степени аналогичная, но более краткая классификация методов только первой группы, с лучше выполненными рисунками приведена в работе W. Ingiulla, F. Dosparge (1966). Эти авторы привели следующие данные за 1958—1963 гг. учреждения, где они работали: произведено 57 операций с хирургической пластикой мочевого пузыря. Поводом для вмешательства у всех больных были злокачественные поражения тела и шейки матки, влагалища, мочепускательного канала с распространением процесса на мочевой пузырь. Выполнено 33 операции с созданием мочевого пузыря из отключенной прямой кишки с выведением сигмы на брюшную стенку как одноствольного противоестественного заднего прохода. У 24 больных мочевой пузырь создан также из отключенной прямой кишки, а свободный конец сигмы проведен под слизистой оболочкой анального канала внутри сфинктера, который обеспечивал замыкание мочевого пузыря и сигмы. Умерло 14 человек — 24,5%. У 6 больных в последующем развился свищ, через который моча оттекала полностью. Самостоятельного мочеиспускания не было. У остальных больных держание было достаточное. Емкость вновь созданного пузыря была 250—400 мл. Остаточной мочи не было. При рентгеноцистографии у 2 больных отмечен односторонний рефлекс без расширения мочеточника и без симптомов цистопиелита.

Из комбинации этих трех составных частей и вариаций их участия состоит все разнообразие предложенных операций. Поэтому и классификация их должна быть разделена на три основные группы, в зависимости от участия в операции: а) брюшины, б) мочеточников, в) воспринимающего органа. Исходя из этого принципа, мы предлагаем следующую классификацию операций пересадки мочеточников.

1. Участие брюшины

- 1) внебрюшинные,
- 2) внутрибрюшинные,
- 3) внебрюшинные с временным и частичным вскрытием брюшины.

II. Участие мочеточников

1. Пересадка на протяжении:
 - А) мочеточник рассекается:
 - а) поперечно,
 - б) косо;
 - Б) пересаживается в воспринимающий орган:
 - а) раздельно, косо,
 - б) вместе, параллельно,
 - в) одномоментно,
 - г) двухмоментно,
 - д) односторонняя пересадка,
 - е) без брюшины,
 - ж) с покрывающей брюшиной;
 - В) участие воспринимающего органа — мочеточник пересаживается:
 - а) в канал серозной,
 - б) в канал мышечной,
 - в) в канал подслизистой оболочки,
 - г) с лоскутами дна мочевого пузыря,
 - д) с образованием клапанов.

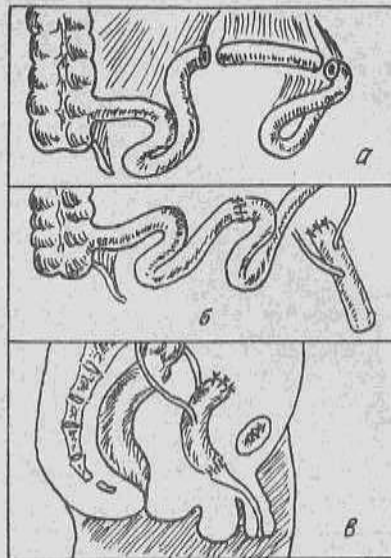


Рис. 180. Метод Брикера:

а — из тонкой кишки выкраивается сегмент на мезентериальной питающей ножке; *б* — непрерывность тонкой кишки восстановлена сшиванием конец в конец, один конец изолированной петли зашивается наглухо, в стенку этой петли пересажены мочеточники; *в* — открытый конец изолированной петли кишки подшит к концу к мочеспускательному каналу.

III. В какой орган пересаживается мочеточник

- 1) в прямую кишку, 2) в сигму, 3) в нисходящую кишку, 4) в восходящую кишку, 5) в слепую кишку, 6) в межтканевую полость таза, 7) в тонкую кишку, 8) в уретру.

IV. Воспринимающий орган опорожняет мочу:

через уретру, через задний проход — непосредственное, рядом через сфинктер, на промежности вне жома, на передней брюшной стенке без жома, через червеобразный отросток.

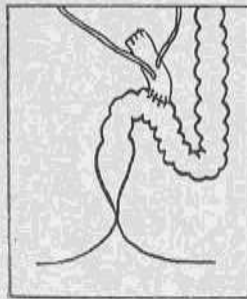
Примечания.

1. В эту классификацию не включены следующие, совершенно не применяемые в настоящее время операции пересадки мочеточников: боковой анастомоз, в желчный пузырь, в односторонне выключенную тонкую кишку, мочеточник в мочеточник, в мочеспускательный канал, с пуговкой Боари, с трубкой Шало.

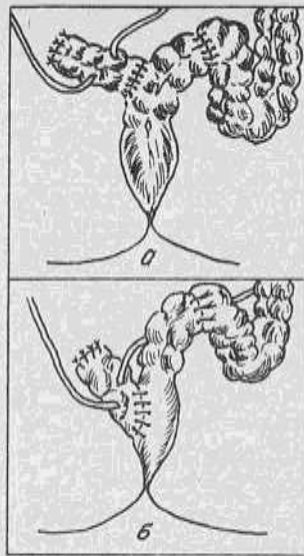
2. В классификации не отражены следующие детали техники:

- а) делается или не делается предварительная фиксация мочеточников швами к серозной поверхности кишки;
- б) подшиваются или не подшиваются края просвета мочеточников к краям разреза слизистой оболочки кишки;
- в) фиксируются или не фиксируются концы мочеточников подшиванием их к стенке кишки со стороны просвета ее ниже анастомоза и пр.

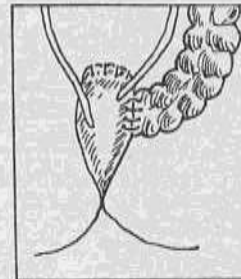
3. Не выделены операции: пересадка одного мочеточника, двухэтапная пересадка мочеточников с промежутком во времени, так как техника этих операций может быть отнесена в одну из перечисленных групп.



Р и с. 181. Метод Берга:
в изолированную петлю тонкой кишки пересажены мочеточники, один конец этой петли пересажен в сигму.



Р и с. 182. Метод Берг-лунда—Бореллуса (а) и метод Мускателло (б):
а — изолированный участок сигмы, в который пересажены мочеточники, шит в сигму конец в бок ниже межкишечного анастомоза; б — изолированная петля сигмы, в которую пересажены мочеточники, шита в прямую кишку конец в бок.



Р и с. 183. Метод Дескампа:
мочеточники и сигма пересажены в частично изолированную прямую кишку.

4. В каждой операции так или иначе принимают участие три элемента, на которых построена классификация, — брюшина, мочеточники и воспринимающий орган. Поэтому, теоретически рассуждая, все операции можно отнести одновременно к тем или иным графам трех основных групп. Например, способы П. И. Тихова и С. Р. Миротворцева могут быть одновременно включены в пункты I 2, II IAa, III IA, но во внимание принимается основной ведущий момент операции, и потому взятые в нашем примере способы Тихова и Миротворцева должны быть включены в пункт II 1 а и т. д.

5. Классификация кажется громоздкой, но она чрезвычайно упрощается, если взять только пункты, отмеченные римскими и арабскими цифрами (рабочая классификация).

I. Участие брюшины

- 1) внебрюшинные;
- 2) внутрибрюшинные;
- 3) внебрюшинные с частичным вскрытием брюшины.

II. Участие мочеточников

- 1) пересадка на протяжении;
- 2) пересадка с частью дна мочевого пузыря — с одним лоскутом или раздельно.

III. Участие воспринимающего органа

- 1) пересадка в естественные органы;
- 2) пересадка в выключенный орган — одностороннее выключение, двустороннее (полное) выключение.

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Наша клиника располагает сравнительно небольшим опытом пересадки мочеточников в прямую кишку (13 наблюдений). Показаниями к операции были пузырно-влагалищные свищи после осложненных родов у 7 больных, экстрофия мочевого пузыря — 6 больных. Возраст больных до 1 года — 4, от 1 года до 2 лет — 1, от 21 до 30 лет — 4, от 31 до 40 лет — 2, от 41 до 50 лет — 2.

У 2 больных пересадка сделана по П. И. Тихову с той и другой стороны. У 6 больных пересадка сделана с одной стороны по П. И. Тихову, с другой стороны по С. Р. Миротворцеву. Комбинированная методика применяется только из педагогических соображений. В клинике на операциях, в особенности на таких сравнительно редких, как пересадка мочеточников в прямую кишку, всегда присутствует много студентов и молодых врачей. С целью демонстрации основных методов, разработанных отечественными авторами, и производится пересадка одного мочеточника по П. И. Тихову, другого — по С. Р. Миротворцеву.

К операции больные готовятся 2 суток — высококалорийная бесшлаковая диета, клизмы с антисептиками утром и вечером, антибиотики внутрь в дозах соответственно возрасту.

Четырем больным пересадка сделана по видоизмененному нами способу Майдля. Эту модификацию впервые мы применили 15/V 1950 г. Она несколько напоминает методику, описанную в 1951 г. А. И. Михельсоном, но в то же время в деталях значительно отличается от нее. Наша методика намного проще, и поэтому мы приводим ее описание. Напомним, что Михельсон рекомендует выпрепаровывать весь эктопированный мочевой пузырь, выше него вскрывать брюшную полость, подтягивать сигму и в ее разрез вшивать двухэтажным швом повернутый слизистой оболочкой внутрь мочевого пузыря. Поверх этого анастомоза стягиваются края дефекта брюшной стенки.

Самостоятельно выработанная нами методика для оперативного лечения эктопии мочевого пузыря заключается в следующем. Вокруг устьев мочеточников эктопированного мочевого пузыря производится разрез по типу вытянутого овала с длинной горизонтальной осью.

Рассекаются слизистая и мышечная оболочки до окружающей рыхлой клетчатки так, чтобы весь этот лоскут приподнимался сантиметра на 2 и в то же время не терял связи с подлежащими тканями. В верхней полудуге разреза вскрывается брюшина, отыскивается сигма и подтягивается к уровню операционной раны. Накладывается первый ряд узловых шелковых швов. В него захватываются серозная оболочка сигмы тотчас ниже свободной ленты-тени при горизонтальном положении отрезка сигмы, нижний край разреза брюшины и верхний край мышечной стенки мобилизованного лоскута. Длина этого ряда швов равна длине мобилизованного лоскута. Крайние швы оставляются временно в виде держалок. Излишние нити остальных швов отсекаются. Вскрывается просвет сигмы по длине свободной тени. Линия разреза должна с каждой стороны не доходить до концов первой линии швов на 0,5—1 см. Накладывается второй ряд глубоких швов. Это непрерывный кетгутовый шов, которым захватывается слизистая, мышечная и серозная оболочки сигмы, слизистая и мышечная мобилизованного лоскута мочевого пузыря. Шов делается обвивным по всей окружности разреза сигмы. При этом нижний край лоскута пузыря подшивается к верхнему краю разреза сигмы. Весь лоскут поворачивается вокруг горизонтальной оси на 180° и закрывает отвер-

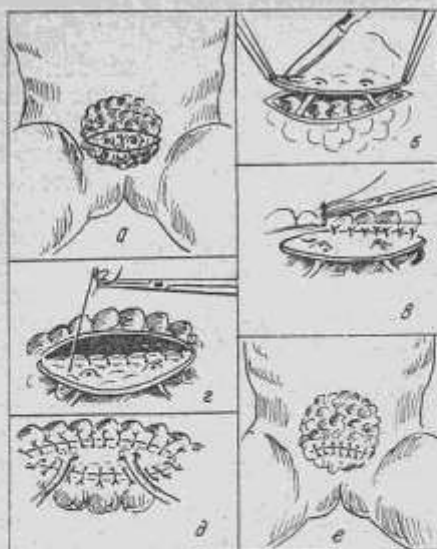


Рис. 184. Метод А. М. Аминева:

а — горизонтально-овальный разрез в дне мочевого пузыря; б — выкроенный участок дна мочевого пузыря выпрепаровывается из окружающих тканей; в — перенесенный лоскут пузыря подшит первым рядом швов к свободной тени сигмы; г — сигма вскрыта, и вторым рядом швов к ее стенке подшит перемещенный лоскут; д — двумя рядами швов лоскут подшит к верхнему краю разреза сигмы; е — зашита рана мочевого пузыря.

етие в сигме. Теперь задняя полуокружность анастомоза имеет два ряда швов, передняя полуокружность — один ряд швов. Накладывается второй ряд узловых шелковых швов на переднюю полуокружность анастомоза. Швы захватывают серозную оболочку сигмы и мышечную стенку мочевого пузыря. Анастомоз этим рядом швов несколько погружается в глубину раны. Непрерывным кетгуттовым швом брюшина подшивается к верхней поверхности сигмы над анастомозом. Этот последний ряд швов закрывает брюшную полость, укрепляет и экстраперитонизирует анастомоз. На дефект стенок мочевого пузыря на месте удаленного лоскута с устьями мочеточников накладывается 2—3 наводящих шелковых шва, суживающих рану, и погружается анастомоз. В углы раны вводятся на 1—2 дня резиновые полоски. В случае несостоятельности швов пузырно-кишечного анастомоза моча начинает просачиваться между редко наложенными поверхностными швами.

По этой методике нами выполнено четыре операции. У одного больного была частичная несостоятельность швов. Моча в течение 7 дней в небольшом количестве вытекала через рану. Наступило выздоровление.

Больной К. Н. И., 26 лет. Экстрофия мочевого пузыря. В остальном физически и психически развит нормально (см. рис. 152, б с 490) 15/IX 1959 г. больному произведена операция пересадки мочеточников в сигму по описанной выше методике в нашей модификации. Первичное заживление. Через 15 дней слизистая оболочка оставшейся части мочевого пузыря иссечена и замещена перфорированным лоскутом. Еще через 3 недели больной выписан домой. Чрезвычайно доволен своим новым положением. Раньше был негоден, жил на окраине села в отдельном доме. Совершенно не показывался в обществе. После операции женился и уехал работать на Дальний Восток.

Еще три раза наша операция применена у детей в возрасте 3, 4 месяца и 1 год 6 месяцев. Трехмесячный ребенок погиб на третьи сутки после операции при наличии судорог и эпилептиформных припадков.

Преимущества нашей операции перед операцией А. И. Михельсона мы видим в том, что в сигму пересаживается не весь промоздкий эктопированный пузырь, а только сравнительно узкая полоска стенки его. Позднее оставшаяся слизистая оболочка мочевого пузыря удаляется и замещается перфорированным свободным лоскутом или перемещением на ножке двух соседних лоскутов здоровой кожи.

У трех больных вслед за окончанием пересадки мочеточников мы тут же удалили слизистую оболочку оставшейся части мочевого пузыря. Получившийся дефект, кроме области созданного анастомоза, был закрыт встречными лоскутами на ножке из окружающей кожи. Такое небольшое добавление к обычной пересадке избавляет больного от неприятных ощущений в виде постоянной влажности, мокнутия, причиняемых сохранившейся в нижней части брюшной стенки слизистой оболочкой мочевого пузыря. Для устранения этих неприятностей

позднее приходится предпринимать дополнительное вмешательство — удалять слизистую оболочку мочевого пузыря и производить пластику для закрытия дефекта.

Этот вопрос обсуждался на заседании Ленинградского хирургического общества имени А. И. Пирогова в октябре 1933 г. М. А. Мухаринский (1934) продемонстрировал больного, которому 20 лет назад В. А. Оппель произвел пересадку мочеточников в прямую кишку. Пациент чувствовал себя хорошо. Явлений восходящей инфекции мочевых путей у него не было. Его беспокоило лишь наличие неудаленной слизистой оболочки мочевого пузыря. М. А. Мухаринский и В. А. Шаак высказались в пользу вторичного вмешательства для удаления слизистой оболочки пузыря.

Единичные хирурги и лишь в последние годы высказываются за одномоментное при пересадке мочеточников удаление слизистой оболочки мочевого пузыря. Мы считаем, что это совмещение необходимо производить систематически.

Из 13 прооперированных в нашей клинике больных умерло 2. Один — упомянутый уже ребенок 3 месяцев — умер на третий день от судорог непонятного происхождения. Второй, в том же возрасте, умер через 30 минут после окончания операции от эфирной интоксикации и послеоперационного шока. Таким образом, из 4 детей, прооперированных в возрасте до 1 года, умерло 2, а из 9 больных, имевших возраст более 20 лет, не умер ни один. На основании этого следует еще раз подтвердить мнение И. К. Ивинской и других, которое гласит, что детей до года не следует оперировать по поводу экстрофии мочевого пузыря. В этом возрасте слишком велика послеоперационная летальность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги всему сказанному о пересадке мочеточников в прямую кишку, нам кажется, можно сделать несколько обоснованных выводов.

В развитии учения о пересадке мочеточников в кишечник русская хирургия занимает значительное место в мировой науке. Наибольшее количество солидных монографий по этому поводу появилось на русском языке. Особенно широко экспериментально и клинически изучался отечественными учеными вопрос о пересадке мочеточников на заре развития этого учения, в конце прошлого и в начале настоящего столетия. Уже тогда эта проблема была достаточно хорошо изучена русскими хирургами. Было предложено и внедрено в практику много оригинальных методов операций, собрано большое количество клинических наблюдений. Например, в клинике одного только проф. П. И. Тихова оперировано более 100 больных. Разработка методов пересадки мочеточников в кишку на протяжении в значительной степени принадлежит русским ученым.

За границей, начиная с Майдля, широкое развитие получили методы пересадки мочеточников с частью дна мочевого пузыря, то есть с пузырьными устьями и их жомами. Давний спор — какой из этих методов лучше — не может быть решен механически. Клинические наблюдения, собранные в большие статистики, показывают, что способ Майдля и его модификации дают несколько (на 3—5%) больший процент летальности по сравнению с пересадкой мочеточников на протяжении. Зависит это прежде всего от большой сложности вшивания лоскута слизистой оболочки в стенку кишки. Послеоперационный

перитонит в значительно большем проценте осложняет операцию Майдля.

Не оправдались возлагавшиеся на операцию Майдля надежды о возможности предупредить поступление инфекции в верхние мочевые пути благодаря сохранению пузырных жомов мочеточников. Последующие микроскопические исследования препаратов, полученных в опытах на животных, а также на людях при секции показали, что пересаженный в кишку лоскут слизистой оболочки мочевого пузыря поражается резким дистрофическим, а потом атрофическим процессом. Атрофируются также мышечные волокна сфинктеров устьей мочеточников. Лишенные иннервации при пересадке, они почти перестают играть свою роль активных замыкающих аппаратов, предупреждающих проникновение инфекции восходящим путем. Тем больше будет нарушена иннервация устьей мочеточников, чем меньший лоскут слизистой оболочки берется и чем тщательнее он отделяется от подлежащего ложа. При этих способах, когда мобилизация минимальна, когда лоскут фактически остается на месте, а по краям отпрепаровывается лишь надсеченная слизистая оболочка экстрозированного мочевого пузыря и к пузырю подшивается подтянутая сюда сигма (А. И. Михельсон, А. М. Аминев), можно надеяться на полное сохранение иннервации и функции пузырных жомов устьей мочеточников.

Наши наблюдения показывают, что можно минимально мобилизовать стенку экстрозированного мочевого пузыря, подтянуть к ней сигму, произвести сшивание их и экстраперитонизировать область анастомоза. При этом совершенно исключается такое тяжелое послеоперационное осложнение, как перитонит, удастся сохранить иннервацию пузырных устьей мочеточников и потому можно надеяться на их полноценное функционирование. Восходящая инфекция мочевых путей этой методикой исключается с большой долей вероятности.

При раздельной пересадке мочеточников с их устьями (методы Эйзельсберга, Петерса) надежда сохранить иннервацию пузырных жомов совершенно эфемерна. Периодическое выбрасывание мочи при этой операции является вполне понятным. Моча порционно выбрасывается и при пересадке мочеточников на протяжении. Раздельная пересадка мочеточников с их пузырными устьями, операция более сложная технически, с функциональной точки зрения и в смысле предупреждения восходящей инфекции, не имеет преимуществ перед обычной пересадкой мочеточников на протяжении. Оправданно некоторое усложнение техники при изолированной пересадке мочеточников с их пузырными устьями по Петерсу. Операция при этом производится внебрюшинно. Обнажение передней стенки прямой кишки производится через промежностный разрез. Мочеточники проводятся сзади после отслаивания вверх экстрозированного мочевого пузыря и погружаются с мочеточниковыми катетерами в просвет кишки через небольшие разрезы на передней ее стенке. Катетеры выводят за пределы заднего прохода. Перитонит как послеоперационное осложнение не может сопровождать эту операцию, так как брюшина нигде не вскрывается. Но технически это вмешательство, несомненно, сложнее обычной пересадки мочеточников на протяжении. Испытание этой операции в клинической практике даст возможность оценить ее целесообразность.

Неправы были те, кто высказывал неуместные восторги по поводу операции Майдля, неправы и те, кто готов ее полностью сдать в архив. Операция Майдля, несомненно, при некоторых формах патологии мочевого пузыря должна применяться предпочтительно перед другими операциями. Такого мнения в свое время держался даже создатель классического метода пересадки мочеточников на протяжении С. Р.

Миротворцев. У некоторых больных, например, при рубцовом изменении дна полости малого таза с большими дефектами после родовой травмы, операция Майдля технически невыполнима и не может быть рекомендована. Она вообще нецелесообразна у женщин с нормально развитыми женскими половыми органами. Об операции Майдля не может быть и речи при опухолях и воспалениях пузыря и при мочеточниково-влагалищных свищах после гинекологических операций.

В согласии со многими авторами, отрешаясь от шаблона, можно рекомендовать определенные методы пересадки мочеточников в кишку при тех или иных формах патологии.

Экстрофия мочевого пузыря у мужчин — операция Майдля в нашей модификации.

Экстрофия мочевого пузыря у женщин — пересадка мочеточников на протяжении или с их пузырными устьями, но только внутрибрюшинно.

Пузырно-влагалищные свищи — пересадка мочеточников на протяжении.

Мочеточниково-влагалищные свищи после гинекологических операций — пересадка поврежденного мочеточника в пузырь или в прямую кишку на протяжении.

Новообразования мочевого пузыря, экстирпация пузыря — пересадка мочеточников на протяжении.

Неизлечимые обычными методами воспаления мочевого пузыря — пересадка мочеточников на протяжении.

Из этого перечисления видно, что только при экстрофиях мочевого пузыря у мужчин следует считать целесообразной операцию Майдля, но среди других показаний к пересадке мочеточников в кишечник эта группа является значительной. Так, по сводной статистике на 735 операций пересадок мочеточников, сделанных к 1927 г. русскими и иностранными авторами, врожденные уродства (преимущественно экстрофия мочевого пузыря) были причиной вмешательства у 345 больных, то есть почти у половины (45,7%).

Какой метод пересадки мочеточников на протяжении нужно считать наилучшим? Прежде всего, еще раз отметим, что мы, в согласии с мнением многих авторитетов в этом вопросе (С. Р. Миротворцев, С. П. Федоров и др.), считаем, что все и простые, и хитроумные клапаные приспособления, создаваемые оперативным путем, никакого функционального и профилактического значения не имеют. А из широко распространенных оригинальных методов — П. И. Тихова, С. Р. Миротворцева, включая сюда и компилятивные методы Кофи, — трудно отдать предпочтение технике какого-либо из них. Простейшей из всех является операция П. И. Тихова. Ее и должны предпочтительно применять молодые хирурги в период освоения техники этих вмешательств.

Мы решительно высказываемся против применения метода Кофи-III. При этом вмешательстве во время пересадки мочеточника не вскрывается слизистая оболочка прямой кишки.

Летальность после операции пересадки мочеточников в прямую кишку вызывается двумя основными послеоперационными осложнениями — перитонитом и восходящей инфекцией мочевых путей. Проф. Н. В. Марков по этому поводу говорит так: «Моим глубоким убеждением является, что успешный результат пересадки мочеточников зависит от техники и способа операции, а восходящая инфекция и перитонит представляют собой в огромном числе случаев тяжелое последствие тех или иных погрешностей». С этим можно согласиться, но лишь внося один небольшой корректив. Летальность зависит не так

от способа, как от техники операции, при которой не должно быть допущено никаких погрешностей.

Летальность от перитонита может быть снижена, прежде всего, тщательным выполнением всех деталей техники операций пересадки мочеточников в прямую кишку. Антибиотики в этом деле играют также важную, но, несомненно, второстепенную роль. Несостоятельность швов анастомоза при плохо технически выполненной операции почти фатальным образом ведет к смерти от перитонита, несмотря на самое активное лечение антибиотиками. Слишком вирулентна моче-каловая инфекция, проникающая в брюшную полость из прямой кишки через разошедшийся шов анастомоза. Одну больную с этим осложнением нам удалось спасти только благодаря тому, что при наличии у нее большого числа спаек в брюшной полости после предшествующих операций перитонит протекал на ограниченном пространстве в правой нижней части живота. Лапаротомная рана была своевременно распущена. Активно применялись антибиотики. Вытекание мочи из раны быстро прекратилось. Внутренний прямокишечно-мочеточниковый свищ закрылся, и больная быстро поправилась.

Для предупреждения второго грозного осложнения — восходящей инфекции мочевых путей — решающее значение имеет профилактическое, до операции и не менее 2—4 недель в послеоперационном периоде, применение антибиотиков. В настоящее время при наличии антибиотиков может быть выдвинут лозунг: не должно быть смерти от восходящей инфекции мочевых путей после операции пересадки мочеточников в кишечник.

Следовательно, минимальный процент летальности, полученный за последнее время некоторыми авторами (0% — А. И. Михельсон, 6% — Кофи, 10% — Н. В. Марков) после пересадки мочеточников в прямую кишку, нужно признать прекрасным по сравнению с прежними цифрами (35—50%). Однако 6 и 10% отнюдь не являются пределом. Дальнейшее освоение и улучшение техники операции пересадки мочеточников в прямую кишку при наличии такого могучего средства борьбы с инфекцией, как антибиотики, должно повести к тому, что почти безусловно смертельные септические процессы, в большом проценте осложнявшие эту операцию в прежние годы, совершенно не будут иметь места. Летальность от этой операции должна быть сведена в руках всех хирургов к нулю, и тогда совершенно отпадут споры и рассуждения об опасности, нефизиологичности, неэстетичности этой «темной», «жестокой» и «противоестественной» операции.

С. Р. Миротворцев, который является творцом одного из методов пересадки мочеточников в прямую кишку, наблюдал прекрасные ближайшие, а также и отдаленные результаты операции. Но и он под впечатлением высокой летальности от пересадки мочеточников в клинике, и особенно в эксперименте, в заключение своей второй монографии приводит с оттенком пессимизма слова, напечатанные жирным шрифтом: «В пересадке мочеточников в кишку я не вижу идеального решения вопроса отведения мочи, но, анализируя все предложения, направленные к этой цели, я должен сказать, что этот метод должен быть единственным. К нему надо прибегать, как к последнему средству из резерва наших оперативных мероприятий». В дальнейших своих работах С. Р. Миротворцев этот скептицизм сменил на весьма положительную оценку операции.

Ближайшие и отдаленные макро- и микроскопические наблюдения показывают, что вокруг кишечных устьев пересаженных мочеточников образуются своеобразные сфинктеры, вследствие чего наблюдается периодическое выбрасывание мочи в кишечник.

Больные, перенесшие операцию пересадки мочеточников в кишечник, живут многие годы и десятилетия, будучи работоспособными и вполне здоровыми. Явления временной анурии, переходящей иногда в полиурию, поносы и другие явления раздражения мочевого аппарата и нижнего отдела толстого кишечника обычно быстро проходят. Устанавливается хорошая функция прямой кишки. Больные дифференцируют позыв на мочеиспускание и дефекацию. Только утром после ночной задержки эти акты сливаются. Известны описания родов, даже многократных, у женщин, перенесших эту операцию (В. А. Красинцев, А. М. Никольский, И. М. Новицкий, П. И. Тихов, 1909; Кедрова, Ваклуленко, Павлов, И. К. Ивинская, 1952; И. А. Мойко, 1935 и др.). Такая физиологическая проба с большой нагрузкой показывает абсолютную устойчивость и полноценность организма этих лиц.

К. В. Волков в 1914 г. оперировал мальчика 8 лет методом Майдла по поводу экстрофии мочевого пузыря. Через 12 лет бывший больной, тогда уже юноша, был обследован. «По таблице Кетле констатируем недорост 20 см (15%), недовес 23 кг (36%), недомер обхвата грудной клетки 17,5 см (23%)... В этом, конечно, нет ничего удивительного, так как экстрофия мочевого пузыря сама по себе уже есть стигмат общей порочности генотипа... но он остается полезным членом в крестьянском хозяйстве, дает чувство полного удовлетворения и хирургу, и больному, и его семье».

Операция пересадки мочеточников в кишечник завоевала себе право гражданства в значительной степени благодаря работам наших отечественных ученых. Эта операция является общепринятым методом вмешательства при определенных формах патологии мочевого пузыря, и не как к последнему, а как к первому нормальному средству при соответствующих показаниях прибегаем мы к ней. Дальнейшим освещением и усовершенствованием техники и улучшением ведения послеоперационного периода опасная и редкая в свое время операция должна стать совершенно безопасным вмешательством не только в крупных лечебных учреждениях, но и в руках рядовых хирургов.

Литература

- Абалмасов Г. М. Пересадка мочеточников в кишечник и цистэктомия при раке мочевого пузыря. Матер. 5 Всесоюз. конф. урологов. М., 1967, 59—60; Пересадка мочеточников в кишечник по модифицированному методу П. И. Тихова. Дис. канд. Новосибирск, 1969.
- Агамеев А. И. Случай пересадки мочеточников в прямую и сигмовидную кишку с некоторыми особенностями в технике операции. — Азербайдж. мед. журн. 1963, 6, 78—80.
- Айдаров А. А., Альбекова Р. Г. Опыт пересадки мочеточников в кишечник. — Каз. мед. журн., 1963, 4, 24—25.
- Александров С. А. Операция вшивания мочеточников в прямую кишку. — Журн. акуш. и жен. болезней, 1900, XIV, 12, 1447.
- Алксне Я. О. Операция на пояснично-тазовой части мочеточников и их функциональные результаты. Дис. Рига, 1909.
- Андреевский Б. Ю. К казуистике осложнений после пересадки мочеточников в кишку. Нов. хир. арх., 1929, 19, 73—76, 566—572.
- Антонова Л. А. Повторная доношенная беременность после операции пересадки мочеточников в прямую кишку по поводу экстрофии мочевого пузыря. — Урология и нефрология, 1966, 2, 44—45.
- Атабеков Д. Н. Недержание мочи у женщин. М., 1906.
- Баиров Г. А., Остропольская Е. А., Баблюян А. С. Отдаленные результаты реконструктивно-пластических операций при экстрофии мочевого пузыря. — Вестн. хир., 1977, 2, 88—93.
- Баккал И. С. По вопросу о пересадке мочеточников в кишку. XVI съезд рос. хир., 1925, 655.
- Белавенед Н. Случай пересадки мочеточников в кишку. Операция Тихова. — Русский врач, 1909, 52.
- Беличенко А. В. Пересадка мочеточников в прямую кишку по Миротворцеву.

Березнеговский Н. И. О пересадке мочеточников в клиннике. Дис., Томск, 1908; Изв. Томск. ун-та, 1909, XXXII, 1—264; Гистологическая картина приживления мочеточника, пересаженного в кишечник, и пиелонефрит. Томск, 1911.

Влезинь А. П. Хирургическое лечение больных эктопией мочевого пузыря. — Хирургия, 1957, 6, 101—104.

Боголепов. Случай пересадки мочеточника в прямую кишку. — Моск. мед. журн., 1925, 5, 2, 110—113.

Богораз Н. А. К вопросу о пересадке мочеточника в прямую кишку. — Журн. акуш. и жен. болезней, 1909, 1001.

Бондаренко В. Д. Субперитонеальная пересадка мочеточников на протяжении в прямую кишку. — Врач. дело, 1936, 16, 169—170.

Бондарь Г. В. Особенности послеоперационного периода при операции создания мочевого пузыря из прямой кишки в эксперименте. Докл. 3 межобл. конф. хир. Донец. и Луган. обл. Донецк, 1964, 162—163; Матер. 11 итоговой науч. конф. Донец. мед. ин-та. Донецк, 1964, 74—75; 120—121; Матер. 4 науч.-практ. конф. врачей Донец. жел. дор. Донецк, 1965, 125—126; Матер. итоговой науч. конф. Донец. мед. ин-та. Донецк, 1965, 109—110; Матер. темат. конф. хир. апат. и восстап. хир. орг. пищев. тракта. Донецк, 1965, 205—207; 207—210; Создание искусственного мочевого пузыря из прямой кишки. Дис. канд. Конек, 1966; 3 науч. конф. кафедры фак. хир., педиатр. и сан. гиг., фак. и клин. хир. дет. возраста. Донецк, 1967, 23—25; Матер. 11 респ. темат. конф. Киев, изд-во «Здоров'я», 1968, 192—194; Матер. 11 Всесоюз. науч. конф. дет. хир. Л., 1969, 222—223; 1 респ. конф. дет. хир. Грузии. Батуми, 1971, 45; Клин. хир., 1972, 7, 45—49; Урология. Киев, 1972, 6, 50—52; Использование прямой кишки в восстановительной хирургии мочевого пузыря. Дис. докт. Донецк, 1973.

Брейтман М. Г. К технике пересадки мочеточников в кишку. Каз. мед. журн., 1937, 3.

Бургель Т., Гонца И., Суцеску П. Кальциевая дистрофия с тяжелой остеопатией после уретросигмостомии. — Румын. мед. обозр., 1965, 2, 61—69.

Бурденко Н. Н. Заключительное слово. — Врач. газета, 1931, 6, 475—476.

Василевич О. А. О некоторых итогах пересадки мочеточников в искусственный мочевой резервуар. Матер. 23 науч. конф. Смол. мед. ин-та, 1965, 22—23; То же, 24 науч. конф., 1966, 62; 63; 239; То же, 25 науч. конф., 1967, 64—65; 219—220; 313—314; 315—316; Урология и нефрология, 1967, 4; Матер. 27 науч. конф. Смол. мед. ин-та, 1968, 198—200; Матер. по пересадке мочеточников в искусственный мочевой пузырь из сегмента толстой кишки. Дис. канд. Смоленск, 1969.

Виккер Л. К технике пересадки мочеточников в прямую кишку. — Сиб. врач. газета, 1911, 47; 1912, 34, 419.

Волков К. В. К вопросу о рациональности методов отведения мочи в кишечник. Нов. хир. арх., 1922, 52; 1927, 13, 4, 571—578.

Воскресенский Г. Д. К хирургии мочеточников Случай образования соустья между мочеточником и толстой кишкой по способу Майлля. — Хирургия, 1901, IX, 53.

Габай А. В. К хирургическому лечению эктопий мочевого пузыря у детей. — В кн.: Сб. науч. работ по хирургии. Харьков, 1958, 132—136.

Георгиевская Е. И. Операция Гармсеена при экстрофии мочевого пузыря и непроходимых стриктурах уретры. Тр. 2 Всесоюз. конф. урологов. М., 1954.

Гзиришвили А. З. Пересадка мочеточников в экстраперитонизированную прямую кишку. Тез. и рефер. докл. 5 науч. конф. по пробл. биол. и мед. Сигнаги, 1967, 29—32.

Гогохия А. Ф. Вариант создания искусственного мочевого пузыря из кишки. Вопр. клин. и экспер. урологии. Тбилиси, 1972, 8, 53—58.

Гораш В. А. Демонстрация больного после пересадки мочеточника по поводу рака. Рус. хир. о-во Пирогова, 25/XI 1913; Хир. арх. Вельяминова, 1914, XXX, 3, 531; 1, 164.

Горизонтов К. И. О пересадке мочеточников в прямую кишку при неоперабельных свищах женского полового аппарата. — Каз. мед. журн., 1935, 8—9, 1081.

Городинский Д. М. Показания к пересадке мочеточников в кишку и выбор оперативного метода. Дис. канд. Киев, 1949.

Гусев П. Ф. Случай операции Майлля при эктопии мочевого пузыря. — Хирургия, 1910, XXVIII, 166, 464.

Гуткин Х. Г. Модификация операции А. И. Михельсона при экстрофии мочевого пузыря. — В кн.: Сб. тр. врачей Южно-Урал. ж. д. Челябинск, 1965, 200—200.

Дворжен. Пересадка мочеточников в кишку при неоперабельных пузырно-влагалищных свищах. — Акуш. и гин., 1937, 6, 105—110.

Дегтярев П. Редкие осложнения после пересадки мочеточников. — Сиб. мед. журн., 1930, 7—8, 162—164.

Дерюжинский С. Ф. Три случая экстрофии пузыря, излеченные операцией Майлля. — Хирургия, 1909, XXVI, 152, 198.

Джибути Г. Пересадка мочеточников в кишечник и ее последствия. Вести. Наркомздрава Грузии. Центр. рефер. журн., 1930, V, 404.

- Дмитриев И. П. Сообщение о трех случаях пересадки мочеточников в кишку. XVI съезд рос. хир. Л., 1925, 656.
- Дубинкин Г. Г., Лоскутов М. И. Пересадка мочеточников в искусственный мочевой пузырь с управляемым мочеиспусканием. Тр. 4 пленума правл. Всерос. о-ва хир. Краснодар, 1968, 234—240.
- Дубровина К. М. Случай родов после пересадки мочеточников в прямую кишку. — Гин. и акуш., 1929, 4, 550—553.
- Дыхно А. М. К тактике и технике имплантации мочеточников в кишечник. Нов. хир. арх., 1940, 47, 3, 166—172.
- Дьяконов П. И. Два случая пересадки мочеточников на протяжении при пузырно-вагинальных свищах. Госп. хир. клин. Моск. ун-та, 6-й обзор науч. деят., т. XIV работ госп. хир. клиники Дьяконова, с. 30.
- Житнюк И. Д. Пересадка мочеточников в кишечник. — Сов. хир., 1933, V, 1—3, 378—386.
- Журавлева Т. В. Отдаленные результаты лечения экстрофий мочевого пузыря по методу Майдля—Терновского. — Хирургия, 1962, 6, 96—99; В кн.: Совр. вопр. хир. дет. возраста. М., 1965, 29—34; Хирургическое лечение экстрофий мочевого пузыря у детей. Дис. канд. М., 1963.
- Завадовская Н. В., Потанов А. М. К вопросу об операции уретроплекосигмостомии. — В кн.: Современные вопросы урологии. Л., 1967, 288—291.
- Заиграев и Эстрин. К вопросу об отдаленных результатах пересадки мочеточников. — Сов. хир., 1933, 4.
- Залого А. П. VIII съезд рос. хир. М., 1909, 194, прения.
- Захаров Н. И., Андрейчикова З. А. Отдаленные результаты хирургического лечения экстрофий мочевого пузыря. Вопр. экспер. и клин. медицины. Красноярск, 1972, 1, 146—148.
- Звара В., Фактит А. К экспериментальному изучению операции Майдля при экстрофии мочевого пузыря. — Урология, 1962, 2, 36—39.
- Здановский С. Н. К казуистике пересадки мочеточников в прямую кишку. — Врач. газета, 1924, 6, 133.
- Змойро И. Д. Случай операции везико-сигмоанастомоза по А. И. Михельсону при экстрофии мочевого пузыря. — Мед. журн. Узбекистана, 1960, 1, 67—68.
- Ивинская И. К. Пересадка мочеточников в кишку по Миротворцеву. Дис. канд. Саратов, 1952; Тр. Саратов. мед. ин-та, 1968, 57, 51—55.
- Игнатова В. А. Эктопия мочевого пузыря, оперированная по методу Михельсона. — Здравоохр. Таджикистана, 1960, 3, 50—51.
- Ильин А. И. К вопросу о восходящей инфекции почек и борьбе с ней при пересадке мочеточников в кишку. Дис. СПб, 1913; Zbl. f. Chir., 1912, 39, 1209.
- Кадыров И. Г. К вопросу о пересадке мочеточников при эктопии мочевого пузыря. Тр. Башк. мед. ин-та. Уфа, 1943, 5, 161; Хирургия, 1952, XII, 82, письмо в редакцию.
- Калабин М. С. О пересадке мочеточников. М., 1899; Тр. акуш.-гин. о-ва в Москве, 1899; Врач, 1899, 43, 1258.
- Караффа-Корбут К. В. Значение мочеточников в этиологии почечных заболеваний. Дис. 1908; Журн. акуш. и жен. болезней, 1908, 9—10; 1152; Врач. газета, 1908, 17—18.
- Кахиани С. Н. К технике внебрюшинного удаления мочевого пузыря и пересадки мочеточников в прямую кишку у женщин. — Хирургия, 1954, 9, 10—13.
- Кедрова Н. И. К вопросу о пересадке мочеточников в кишечный тракт при неоперируемых свищах женского полового аппарата. — Журн. акуш. и жен. болезней, 1926, XXXVII, 3, 365.
- Корецькова З. Я. Материалы к пересадке мочеточников в толстую кишку. Дис. канд. Львов, 1961; Нов. хир. арх., 1961, 9, 27—31; В кн.: Новые методы хир. подготовки животных для хронич. опытов. Львов, 1962, 79—84.
- Краснищев В. А. Демонстрация ребенка после операции Майдля при эктопии пузыря. Тр. о-ва рус. хир. в Москве, XX, 1917, 5.
- Краснобаев Т. П. Об операции Майдля, прения. Тр. о-ва рус. хир. в Москве, XX, 1917, с. 7; Врач. газета, 1915, 46, 861.
- Кузнецкий Д. П. Операция Майдля при экстрофии мочевого пузыря. Изв. Воен.-мед. академии, 1914, 28, 3, 527.
- Левит В. С. К вопросу о пересадке мочеточников. — В кн.: Сб. работ по акуш. и гин. Петроград, 1917, 1923, 689—714; Иркут. мед. журн., 1923, 1—2, 111.
- Левченко А. Ф. Выбор метода и сроки оперативного вмешательства при экстрофии мочевого пузыря. Тр. Ленингр. педиатр. мед. ин-та, 1967, 47, 2, 439—442; Матер. 3 респ. конф. дет. хир. Украины. Киев—Днепропетровск, 1967, 71—72; Вопр. реконстр. восстан. хир. у детей. Л., 1969, 221—222; Хирургическое лечение экстрофии мочевого пузыря у детей. Дис. канд. Л., 1968.
- Лейбчик Ю. А. О пересадке мочеточников в прямую кишку по способу Коффея—Мэйо. — Каз. мед. журн., 1935, 8—9, 1080; Тр. Каз. мед. ин-та, 1936, 5—6, 91—100.

Лейтес А. Л. О значении сосудов и нервов мочевого пузыря при везико-сигмоанастомозе в эксперименте. — В кн.: Сб. науч. тр. Рязан. мед. ин-та, 1962, 13, 266—268.

Лисовская С. Н. К технике пересадки мочеточников в ободочную кишку. XV съезд рос. хир., прения. Петроград, 1923, 343; Сов. хир., 1933, V, 1—3.

Лойко И. А. Отдаленные результаты внебрюшинной пересадки мочеточников по способу Бергенхема. — Вестн. хир., 1935, 41, 114—116, 292—292.

Лопаткин Н. А. Одновременная пересадка обоих мочеточников в единый срединный лоскут мочевого пузыря. — Урология и нефрология, 1966, 4, 61—63.

Лоскутов М. И. Пересадка мочеточников в искусственный мочевой пузырь по методу автора. Тр. 22 науч. конф. Смол. мед. ин-та, 1964, 1, 444—446.

Мажбиц А. М. 28-летняя давность операции пересадки мочеточников в кишку по поводу инопереабельного послеродового свища. — Акуш. и гин., 1963, 5, 149—150; В кн.: Акт. вопр. клин. мед. Кемерово, 1966, 2, 377—380.

Марков Н. В. О пересадке мочеточников в кишку... Гин. и акуш., 1925, 3, 209; Врач. газета, 1926, 14, 691—695; Журн. акуш. и жен. болезней, 1927, XXXVIII, 4, 451; Хирургия, 1939, 7; Пересадка мочеточников в толстую кишку у женщин. Смоленск, 1941; то же, М., 1947.

Мартынов А. В. К вопросу о пересадке мочеточников в прямую кишку. XV съезд рос. хир. Петроград, 1923, 341; III съезд хир. Одес. губ. Екатеринослав, 1926, 232.

Матусов М. Б. К вопросу о восходящей инфекции почек при пересадке мочеточников в кишечник. — Совр. хир., 1925, 1; XVI съезд рос. хир. Л., 1925, 649.

Мелник-Багдасаров Г. М., Алиев М. А. Непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения врожденных экстрофий мочевого пузыря по методу А. И. Михельсона. Тез. докл. I респ. конф. урологов БССР. Минск, 1964, 18—19.

Милевушкин А. И. Пять случаев пересадки мочеточников в сигмовидную кишку. — Хирургия, 1910, XXVII, 159, 285.

Миша В. М. Сообщение о трех случаях пересадки мочеточников в кишку, прения. Хир. о-во Москвы, 3/XII, 1913; Врач. газета, 1914, 1, 28.

Миротворцев С. Р. Экспериментальные данные о пересадке мочеточников в прямую кишку. Дис., СПб, 1909; Методы отведения мочи в кишечник и их отдаленные результаты. СПб, 1910; Zbl. f. Chir., 1910, 37, 839; Zbl. f. Urol., 1910, 4, 493; VIII съезд рос. хир. М., 1909, 188; XV съезд, Л., 1922, 343.

Михайлов А. А. VI съезд рос. хир., прения по докл. Федорова, М., 1912, 170.

Михельсон А. И. Наша методика пузырно-кишечного соустья при врожденных расщелинах мочевого пузыря. — Хирургия, 1951, 8, 40—47; 1953, IX, 92, письмо в редакцию; Хирургическое лечение врожденных расщелин мочевого пузыря. Дис. докт. Минск, 1955; Оперативное лечение недержания мочи на почве врожденных аномалий мочевой системы. Минск, 1957; Тез. докл. I респ. конф. урологов БССР. Минск, 1964, 3—4; Урология и нефрология, 1970, 2, 46—52.

Модлинский П. И. К хирургии мочеточников. Мед. обзор., 1892; Хирургия новообразований мочевого пузыря. Дис. Хирургия, 1899.

Морозова А. М. О пересадке мочеточников в кишку. Хир. арх. Вельяминова, 1915, II, 230.

Мухадзе Г. М. К вопросу о пересадке мочеточников в кишечник. — Нов. хир., 1929, 8, 4, 339—351; Вестн. хир., 1937, 50, 133—134.

Мухаринский М. А. Отдаленные результаты пересадки мочеточников в прямую кишку, оперированных 20 лет назад Оппелем. — Вестн. хир., 1934, 36, 173.

Мыш В. М. Случай пересадки мочеточников по видоизмененному способу Бергунда—Бореллуса. — Хирургия, 1907, XXI, 125, 464.

Назарян А. А. Пересадка мочеточников в толстую кишку при мочеполювых свищах у женщин. Учен. записки Азербайдж. мед. ин-та, 1966, 20, 47—56.

Никитин Б. А., Комаров В. С. Нарушение водно-электролитного равновесия у больных после пересадки мочеточников в кишечник. Матер. I пленума правления Всерос. о-ва урологов. Л., 1967, 67—69; В кн.: Современные вопросы урологии. Л., 1967, 235—241.

Никольский А. М. Отдаленные результаты пересадки мочеточников в кишечник. Нов. хир. арх., 1922, II, 4, 649.

Оппель В. А., Миротворцев С. Р. К показаниям и способам выключения мочевого пузыря. Хир. арх. Вельяминова, 1910, 4; 1914, 30, 3, 531; Работы преподав. хир. клин. ВМА, 1912, IV, 3; Вест. хир. и погр. обл., 1925, 13, 173; 1929, 52, 7; 1930, 62—63, 223; 1931, 68—69.

Орлов Л. В. Оперативное лечение эктопии мочевого пузыря, пересадка мочеточников по Майдлю в частности. — Хирургия, 1901, X, 59, 473.

Парин В. Н. К вопросу о ближайших и отдаленных последствиях пересадки мочеточников по способу Майдля при эктопии пузыря. Хир. арх. Вельяминова, 1915, II, 137.

Перлис В. С. К хирургии мочеточников. М., 1901.

- Петров Н. Н. IX съезд рос. хир. М., 1909, 207, прения; Вестн. хир. и погр. обл., 1927, 26—27, 349.
- Подгорбунский М. А., Абалмасов Г. М. О пересадке мочеточников в кишку. — Урология и нефрология, 1968, 5, 40—44.
- Поляниченко М. Ф. Отдаленные результаты везико-сигмоанастомоза, произведенного в первый год жизни. Матер. 3 респ. конф. дет. хир. Украины. Киев—Днепропетровск, 1967, 72—72.
- Пономарев А. Ф. Пересадка мочеточников при пузырно-влагалищных свищах. XVI съезд рос. хир. Л., 1925, 649.
- Попов Д. Д. О пересадке мочеточников в прямую кишку. СПб, 1910; Русский врач, 1911, 13; Zbl. f. Chir, 1911, 38, 881; Вестн. хир. 1932, 82—84; Центр. рефер. журн., 1933, XII.
- Прокин. Пересадка мочеточников. Обзор за 15 лет госпит. хир. клиники I МГУ, 1910—1925, М., 1, 185.
- Радавичус А. Одновременная пересадка трех мочеточников в срединный лоскут мочевого пузыря. Дарбай, Каунас, 1968, 3, 131—134.
- Радзиевский А. Г. Через 23 года после операции Майдлю. — Вестн. хир. и погр. обл., 1931, 65—66, 129.
- Рейн Г. Е. К казуистике полного удаления мочевого пузыря по поводу рака. Хир. арх. Вельяминова, 1914, 30, 6, 744; Врач. газета, 1924, 1, 28.
- Рихтер Д. А. Местное обезболивание при пересадке мочеточников. — Хирургия, 1949, V, 41.
- Рождественский И. Демонстрация больной после пересадки мочеточников по Майдлю. — Вестн. хир., 1950, 70, 5, 75.
- Роман Л. И. Непосредственные и отдаленные результаты операции пересадки мочеточников в толстую кишку. Тр. Ростов-на-Дону мед. ин-та, 1960, 13, 143—147; Тез. науч. конф. изобр. и рацион. мед. и науч.-исслед. ин-та Мин. здравоохр. УССР. Киев, 1968, 56—57.
- Руднев Н. М. Два случая пересадки мочеточников в кишку на протяжении по Тихову. — Вестн. хир., 1926, 19, 150.
- Русakov В. И. Восстановление нормального мочеиспускания через 10 лет после пересадки мочеточников в кишку. — Хирургия, 1967, 4, 98—102.
- Самборский В. С. К удалению пораженного раком мочевого пузыря и пересадке удвоенного мочеточника. — Русский врач, 1913, 17, 538.
- Самсонов Н. А. Дальнейшие наблюдения над пересадкой мочеточников в кишку. Тр. III Поволж. съезда врачей. Астрахань, 1931, 126—127.
- Сарычев У. Д. О пересадке мочеточников в кишку, прения. — Врач. газета, 1914, 1, 28.
- Скиба К. С. Образование искусственного влагалища из мочевого пузыря с пересадкой мочеточников в кишку при обширном уретро-пузырно-влагалищном свище. — Вестн. хир., 1936, 47, 127, 86—87.
- Смиттен А. Г. О пересадке мочеточников в прямую кишку. XV съезд рос. хир. Петроград, 1923, 340; Нов. хир. арх., 1924, VI, 1, 84; III съезд хир. Одес. губ. Екатеринослав, 1926, 231; Русская клиника, 1927, VIII, 36, 635; Вопросы отведения мочи в кишечник. М., 1931.
- Соболев Л. Н. Пересадка мочеточников в кишечник и ее результаты. — Акуш. и гин., 1938, 5, 92—96.
- Соловов П. Д. Опыт пересадки мочеточников в кишку. — В кн.: Сб. Розанова, 1934; Сов. хир., 1935, 4, 139—147; Врач. газета, 1926, 1, 55; Ztschr. f. Urol. Chir, 1932, 34, 1—2.
- Сычева-Цветкова Л. М. К вопросу об отдаленных результатах пересадки мочеточников в прямую кишку. Хир. арх. Вельяминова, 1916, 32, 3—4, 250.
- Тавилдаров Ф. Н. К вопросу о пересадке мочеточников... Русский врач, 1904, 44—45, 1472—1475; Нов. хир. арх., 1921, 1, 1—2; XV съезд рос. хир. Петроград, 1923, 343.
- Тарасов А. И. Пересадка мочеточников по Майдлю при иноперабельном пузырно-влагалищном свище. — Здравоохр. Туркменистана, 1967, 2, 28—30.
- Терновский С. Д. Опыт пересадки мочеточников в кишечник при эктопии мочевого пузыря у детей. — Вестн. хир., 1957, 12, 56—61.
- Тихов П. И. Пересадка мочеточников в прямую кишку. — Хирургия, 1907, XXII, 127, 32—43; Хирургия, 1911, XXIX, 171, 306; Врач. газета, 1912, 3, 127; Zbl. f. Chir, 1908, 35, 109.
- Тихонович А. В. К отдаленным результатам отведения мочи в кишечник при эктопии мочевого пузыря. — Хирургия, 1952, IX, 9.
- Томашевич В. В. К вопросу о камнеобразовании при пересадке мочеточников в кишку. — В кн.: Сб. тр. респ. клин. больницы Мин. здравоохр. Кирг. ССР, 1967, 2, 199—203.
- Гроицкий В. М. О пересадке мочеточников в кишку, прения. XVI съезд рос. хир. Л., 1925, 655.

- Трофимова З. А. Отдаленные результаты операции везико-сигмоанастомоза по А. И. Михельсону. Тез. докл. I респ. конф. урологов БССР. Минск, 1964, 16—17.
- Федоров С. П. К хирургии мочеточников. Рус. хир. арх., 1906, 3; Тр. госп. хир. клин. С. П. Федорова. 1906, 1, 180; XI съезд рос. хир. М., 1912, 169; Русский врач, 1917, XVI, 14, 314; III съезд хир. Одес. обл. Екатеринослав, 1926, 233; Вестн. хир., 1927, 26—27, 28.
- Фирфаров Д. Г. К вопросу о пересадке мочеточников в кишечник... — Вестн. хир., 1924, 10—11, 188; XVI съезд рос. хир. Л., 1925, 656.
- Фрадкин С. З. Результаты цистометрии при тонкокишечной и толстокишечной пластике мочевого пузыря. — Урология, 1962, 6, 27—33; Изв. Сиб. отд. АН СССР, 1962, 8, 103—109.
- Фрумкин А. П. Некоторые вопросы восстановительной хирургии в урологии. — Урология, 1957, 3, 3—17.
- Хапова С. А. Аутовенотрансплантация мочеточников. Сообщ. АН Груз. ССР, 1968, 51, 2, 471—475.
- Хейфиц М. П. К вопросу о технике оперативного лечения при эктопии мочевого пузыря по методу Михельсона с модификацией Г. Н. Лукьянова. Акт. вопр. урологии. М., 1962, 262—298.
- Хечинов. В вопросу о пересадке мочеточников. — Вест. хир., 1935, 41, 114—116.
- Хожаннов И. М. Значение противоестественного заднепроходного отверстия при пересадке мочеточников в прямую кишку. — В кн.: Сб. науч. работ каф. фак. хир. и пропед. внутр. болезней Ставроп. мед. ин-та, 1962, 98—105.
- Хольцов Б. Н. XI съезд рос. хир., прения. М., 1912, 172; Вестн. хир., 1937, 52, 138, 8, 241—241.
- Цискартишвили Г. В. К анатомическому обоснованию внебрюшинного удаления мочевого пузыря, предстательной железы, семенных пузырьков и пересадки мочеточников в кишку. Сообщ. Акад. наук. Груз. ССР, 1968, 51, 1, 231—236; 1968, 51, 2, 455—460; Журн. Сабчота медицина. Тбилиси, 1968, 37—38; В кн.: Акт. вопр. хир. Тбилиси, 1969, 444—450; Операция внебрюшинного одномоментного удаления мочевого пузыря в комплексе с окружающими его органами с пересадкой мочеточников в прямую кишку. Дис. канд. Тбилиси, 1970.
- Цитронблат А. Я. Демонстрация больных после пересадки мочеточников. — Врач. газета, 1914, 1, 28.
- Чекан С. Т. Улучшение операции К. Майдля—А. И. Михельсона при врожденных расщелинах мочевого пузыря. — В кн.: Сб. работ по рационализации в медицине. Иркутск, 1965, 108—110.
- Чиков З. В., Абалмасов Г. М. Пересадка мочеточников в прямую кишку. Тез. докл. 5 науч. конф. Кемеров. мед. ин-та, 1963, 157—158.
- Шамарин К. С. К вопросу о пересадке мочеточников при эктопии мочевого пузыря. — Урология, 1932, IX, 1.
- Шапиро И. Н. Пересадка мочеточников. — Вестн. хир., 1937, 52, 138, 8, 240.
- Шиловцев С. П. Пересадка мочеточников на протяжении по способу С. Р. Миротворцева. Нов. хир. арх., 1935, 33, 129, 1, 60—75; 1939, 237, 412.
- Шишко Л. П. Материалы к вопросу о пересадке мочеточников в кожу. Дис. 1913; Врач. газета, 1913, 45, 1604.
- Школьник М. И. К методике пересадки мочеточников в сигмовидную кишку. — В кн.: Злокачественные новообразования. Харьков, 1969, 91—93.
- Шушков Г. Д., Белоусова З. С. Операция образования резервуара прямой кишки. Тез. докл. 4 Всесоюз. конф. урологов. М., 1961, 51—51.
- Юдин С. С. Прения. — Врач. газета, 1925, 1, 55.
- Янвас А. Е. Случай операции Михельсона по поводу экстрофии мочевого пузыря. Вопр. хир. и ортопед. пороков развития у детей. Рига, 1966, 277—279.
- Яхонтов А. П. К вопросу о пересадке мочеточников в прямую кишку. — Журн. акуш. и жен. болезней, 1900, XIV, 10; То же, дис. СПб, 1901.
- Aitounyan. Modified Coffey's operation for transplanting the ureters. Lancet, 1937, 4.
- Amar A. D. Reimplantation of complete duplicated ureters. J. Urol. (Baltimore), 1972, 107, 2, 230—232.
- Andryevski B. I. Zur Kasuistic der Komplikationen nach ureterimplantationen in der Darm. Zbl. f. Chir., 1952, 57, 1945.
- Annis D., Alexander M. K. Differential absorption of electrolytes from the large bowel in relation to ureterosigmoidal anastomosis. Lancet, 1952, 24, 603.
- Ansell J. S. a. oth. Estimation of total body potassium in patients with ureterosigmoidostomies. Surg., Gyn., Obst., 1961, 112, 322.
- Arezzi B. Zur radicalen Behandlung der Extrophia Vesicae mittels Ureterimplantation ins Sigmoid... Zbl. f. Chir., 1940, 67, 1563.
- Bacer R., Miller G. A. The phistology of the uretero-intestinal anastomosis. J. Urol., 1952, 67, 638; 1953, 70, 58.

- Bangerter. Die Empflanzung der Ureteren in den Dickdarm. *J. Urol.*, 1933, oct. 30.
- Bardenheuer. Ueber Blasenektomie und deren operative Behandlung. *Beitr. kl. Chir.*, 1891, 28.
- Berg J. On the treatment of ectopia vesicae. *Surg., Gyn., Obst.*, 1907, 5, 461.
- Berglin Th., Mathisen W. Electrolyte imbalance following uretero-intestinal anastomosis. *Acta Chir. Scand.*, 1953, 104, 130.
- Berglund—Borellus (see Borellus).
- Bhat H. S. Ileal replacement of ureters. *Indian J. Surg.*, 1971, 33, 9, 329—339.
- Boari A. Sul trapianto degli ureteri nell'intestino, per mezzo dell'bottono. *Acc. delle Scienze Med. e Nat. di Ferrara*, 1955; *Ann. malad. org. genito-urin.*, 1896, janv.; 1899, XIV; *Studio clinico e sperimentale, Estratto dal Policlinico, Roma*, 1899, VI, C.
- Bohne A. W. Present status of surgical procedure of uretero-enteric anastomosis. *J. Urol.*, 1953, 70, 4, 581; *Surg. Gyn., Obst.*, 1953, 96, 541.
- Bollman J. L., Mann F. C. Nitrogenous constituents of blood following transplantation of ureters into different levels of intestine. *Proc. Soc. for Exper. Biology & Medicine*, 1926—27, XXIV, 923.
- Borellus. Eine modification der Maydl'scher Operationsmethode. *Zbl. f. Chir.*, 1903, 29.
- Bourque I. P. 20 ans d'experience de l'urétéro-sigmoidostomie. *Brit. J. Urol.*, 1957, 29, Sept., N 3, 298.
- Boyce W. H., West S. A. The role of ammonia reabsorption in acid-base imbalance following ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1952, 67, 169; 503; *Am. J. Dis. Childr.*, 1931, 42, 366.
- Breitmann. Zur Technik der Implantation des Harnleitung den Darm. *Ztschr. f. urol. Chir.*, 1933, 37.
- Bricker E. M. Substitution for the urinary bladder by the use of isolated ileal segments. *Surg. Cl. N. Amer.*, 1956, 36, 1117.
- Brody G. S., McCarriston J. R. Experimental transplantation of small bowel mucosa to the rectum. *Plast. Reconstr. Surg. Transpl. Bull.*, 1961, 28, 1, 12—15.
- Brunschwig A., Pierce V. K. Method for ureteroplastic anastomosis. *Arch. Surg.*, 1951, 62, 125.
- Buchanan S. Remote results of implantation of the ureters into the bowel for exstrophy. *Zbl. f. Chir.*, 1969, 36, 1325.
- Carbit Ph. Neovessie rectale dans le traitement de l'exstrophie vesicale. *Ann. Chir. Infantile*, 1962, 3, 3; *Ann. Surg.*, 1962, 156, Oct.; *La Coffey a-t-il vecu*, Paris, 1965.
- Care A. D. a. o. h. Changes in the reabsorption of sodium and chloride ions after utero-colic anastomosis. *Clin. Science*, 1951, 16, 1, 95.
- Candron. Sur 26 cas d'exstrophie vesicale traités par excrèse de la plaque vesicale et implantation urétérointestinale. 50 congrès français d'urologie, Paris, 1956, Oct.
- Champion W. L. a. o. h. Experimental vesicosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1951, 65, 814.
- Chauvin H. F. Ce qu'il faut penser des troubles des électrolytes après les anastomoses urétéro-intestinales. *J. Urologie*, 1958, 64, 7—8; 1960, 66, 12; 1962, 68, 4—5.
- Clarke B. G., Leabdetter W. F. Uretersigmoidostomy. Collective review of results in 2897 reported cases. *J. Urol.*, 1955, 73, 6.
- Coffey R. C. Physiologic implantation of the several ureter or common bile-duct into the intestine. *J.A.M.A.*, 1911, 56, 1225; *Surg. Gyn., Obst.*, 1921, 5, 383; 1928, 46, 569; 1928, 47, 593; *J.A.M.A.*, 1929, 93, 1529; *Ann. Surg.*, 1930, June; *West. J. Surg.*, 1930, 38, 567; *Ann. Surg.*, 1930, 91, June, 908; *Northwest Med.*, 1930, 11, 29; *J.A.M.A.*, 1930, 1748; 1932, 99, 1320; *Советская хирургия*, 1933V, 1—3, 323—332.
- Congrès Société Internationale d'Urologie. Rapport XII congrès de Rio de Janeiro, Brésil, 24—29 juillet, 1961.
- Connel. Exstrophy of the bladder. *J.A.M.A.*, 1901, 40.
- Cordonnier J. J. Uretersigmoid anastomosis. *Surg., Gyn., Obst.*, 1949, 88, 441; *J. Urol.*, 1950, 63, 276; 1957, 78, 3, 242; *J. Urol., Nephrol.*, 1961, 67, 441.
- Creevy C. D., Reiser M. P. Observations upon the absorption of urinary constituents after ureterosigmoidostomy. *Surg., Gyn., Obst.*, 1952, 95, 5, 589; *J. Urol.*, 1953, 70, 1969; *J.A.M.A.*, 1955, 155, 120.
- Daniel O., Shackman R. The blood supply of the human ureter in relation to reterocolic anastomosis. *Brit. J. Urol.*, 1952, 24, 334.
- Dardel den nouveau procede de greffe des ureters, uretero-cholecysto-neostomie. *Archives urologies*, 1921, 111.
- Davalos A. A new technique of uretero-intestinal anastomosis. *Surg., Gyn., Obst.*, 1947, 85, 271.
- Dawson. Anastomosis uretero-Intestinalis. *J. Chir.*, 1932, 40.
- Dean A. L. The upper urinary tract following uretero-intestinal anastomosis for bladder tumors. *J. Urol.*, 1950, 63, 858.

- De la Pena. Einfache Technik der Ureterosigmoidostomie. *J. Urol.*, Sonderheft 1952, 168.
- Dobrzanecki. Existe-il un disposit. valv. dans l'opération de R. C. Coffey pour, l'extrophie vesicale. *J. d'urologic*, 1938, Juin.
- Doroshov H. S. Electrolyte imbalance bilateral ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1951, 65, 831.
- Draper J. W. a. oht. Uretero-ileal conduit: modifications of the surgical technique. *J. Urol.* (Baltimore), 1971, 106, 5, 664-667.
- Engfeldt B., Franksson C., Romanus R. Anastomose urétéro-intestinale suivant la méthode de Coffey. *Acta Chir. Scand.*, 1962, 123, 5-6.
- Farrel, Lyman. Asept. ureter-intestin. anastomosis. *Surg., Gyn., Obst.*, 1938, March.
- Ferris D., Odel A. M. Electrolyte pattern of the blood after bilateral ureterosigmoidostomy. *J.A.M.A.* 1950, 142, 634.
- Fevre et Barcat. Traitement de l'exstrophie vésicale en particulier par l'opération de Coffey. *Mémoires Acad. de Chir.*, 1947, 73, 22-24.
- Fort C. A., Harlin H. C. Ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1951, 65, 1006.
- Fowler G. R. Implantation of the ureters into the rectum in extrophy of the bladder with a description of the method of operation. *A. J. Med. Sci.*, 1898, 115, 270.
- Franche, Ngujen, Trong-Hiep. Rech. experiment. zur l'implantation de l'uretere dans le rectum. *J. d'urolog.*, 1938, oct.
- Franches. Recher. experiment. au sujet de l'implantation ureterale. *J. chir.*, 1937, 49.
- Frastacky S. Modifikacia uretero-sigmo-anastomósy podľa Coffeya. *Sbornik prác.* VII. sjazdu Cs. chir. spol. SAV, Bratislava, 1951.
- Frauboos R. Klinischer Beitrag zur Frage der Acidose als Spaetfolge der Harnbeiter-darmanastomose. *Z. Urol.*, 1952, 45, 23.
- Garreth R. A., Metz J. A. O. Follow-up studies of bladder extrophy with ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1954, 71, 299.
- Garske G. L. a. oht. Urinary diversion. Ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1960, 84, 322.
- Gentil F. Bilateral uretero-ileal anastomosis with ileorectosigmoidostomy... *J. Urol.*, 1958, 80, 20.
- Gersuny F. Ein Fall von Blasenektomie und spaltecken. *Wien. kl. Wschr.*, 1899, 43, 990; *Zeitschr. Heilkunde*, 1899, I aug., 245.
- Gibson. Cystectomy et diversion urinaire. *J. Urol.*, 1961, 86, Nov.
- Gironcoli F. Zur Implantation der Harnleitern in einen voellig ausgehalteten Darmabschnitt. *Zbl. f. Chir.*, 1938, 65, 1687.
- Gluck, Zeller. Zur Frage der Nachbehandlung der Ureteren nach extirpation vesical. *Berl. kl. Wschr.*, 1881, 44.
- Goldenberg. Ueber die Totalexstirpation der Harnblase und die Versorgung der Ureteren. *Beitr. z. kl. Chir.*, 1904, XI, IV.
- Goldschmidt S., Dayton A. B. Studies in the mechanism of absorption from the intestine. *The Colon. Am. J. Physiol.*, 1919, 48, 419; 433; 440; 450; 459, 465.
- Gonsales Pastor, Rioseco G. Les anastom. ureter-intestin. dans les fistul. vesic.-vagin. incurabl. *J. d'urolog.*, 1939, fevr.
- Goodwin W. E. a. oht. Open, transcolonic uretero intestin. anastomosis. *Surg., Gyn., Obst.*, 1953, 97, 295.
- Gouverneur R. Technique et resultats eloignes des transplantations de l'uretère. VII. *Congr. intern. society urol.* N.-Y., 1939; *J. chir* (Paris), 1940, 55, 481.
- Grate. Heilung einer puerperalen Blasenscheidenfisteln durch Einpflanzung der Ureteren in den Darm. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1926, 72.
- Graves R. C., Buddington W. J. Uretero-intestinal anastomosis. *J. Urol.*, 1950, 63, 261; 821.
- Gregoir W. L'implantation trigono-rectale. Operation de Maydl. *Urol. int.*, 1968, 23-1-2, 41-48.
- Gross R. E., Cresson S. L. Exstrophy of the bladder, observations from eithy cases. *J.A.M.A.*, 1952, 149, 1640.
- Guerin Le. Coffey chez les exstrophies vesicales. *These Paris*, 1950.
- Gukier. Comment terminer une cystectomie totale après tumeur de vessie. *Thèse Paris*, 1962, N 910.
- Harper G. M. I. Observations of the use of the coecum as a substitute urinary bladder. *J. Urol.*, 1954, 71, 600.
- Harvard B. M., Thompson G. J. Exstrophy of the bladder. *J. Urol.*, 1933, 70, 419.
- Hellstroen J. Zur Kenntnis ureterenimplatationen in dem Darm nach Coffey bei Ectopia vesicae. *Ztschr. urol. Chir.*, 1936, 41; *Acta chir. Scand.*, 1946, 93, 439.
- Hickey B. B. Simultaneous bilateral ureterocolic anastomosis. *Brit. J. Urol.*, 1949, 21, 64.

- Higgins C. C. Asept. ureter-intest. anastomos. Surg., Gyn., Obst., 1933, Sept.; J. Urol., 1950, 63, 852; Illinois Med. J., 1966, 120, sept.
- Hinman Jr. Leakage and reflux in uretero-intestinal anastomosis. J. Urol., 1933, 70, 419; Surg., Gyn., Obst., 1937, 64, 313; 1942, 74, 129; J. Urol., 1950, 64, 567.
- Hopewell J. The hazards of uretero-intestinal anastomosis. Ann. Royal Coll. Surg. Eng., 1959, 24, 159.
- Hortolomé, Dimitrin. Erg. der Operation nach Coffey. Urolog, 1938, 5; Ref. Zbl. Gyn., 1939.
- Houtappel H. C. E. M. Expeince with uretero ileosigmoidostomy. Brit. J. Urol., 1963, 35, 277.
- Howard H. H. Observations in transplantation of the ureter. J. Urol. 1949, 61, 735.
- Hudson P. B., Fox H. Uretero-ileosigmoidostomy. Am. J. Obst. Gyn., 1957, 74, 368.
- Jacobs A. Transplantation into the bowel of duplicated ureters... Brit. J. Urol., 1946, 18, 4; J. Urol. (Baltimore), 1949, 61, 517; Brit. J. Urol., 1952, 24, 259; Brit. Med. J., 1954, 32, 1340.
- Jelinek J. Exstrophia vesicae urinariae. Cas. Lék. ces., 1908, 47, 873; 885; 937; 971; 1011.
- Jewett H. J. Uretero-intestinal implantation. J. Urol., 1940, 44, 223; 1944, 52, 536.
- Jirasek A. Karel Maydl. Cas. Lék. ces., 1953, 92, 283.
- Irwine W. I. e. a. Recherche expérimentale... à propos des déséquilibres ioniques dans les urétéro-colostomies. Brit. J. Urol., 1961, 33, 1, Mars; J. Pediatr., 1963, 62, 4; J. Urol., 1964, 92, 6.
- Kafka V. Demontrace 2 prípadu ektopie vesical urinariae, operovanych metodou Maydelvou. Cas. Lék. ces., 1908, 47, 347; 1953, 92, 1196.
- Katz. Verlauf und Ausgang eines Falls von Einplatz der Harnleit in dem Darmweg. Zbl. f. Gyn., 1932, 56.
- Kenealy J. C. Experimental evaluation of vesicorectostomy and colostomy. J. Urol., 1959, 82, 584.
- Kocaoglu H. Plaie de la technique de Leadbetter parmi les opérations d'urétéro-sigmo-stomie. Presse médicale, 1958, 66, 62, Sept.
- Koreuberg M. The electrolyte disturbance in ureterocolostomy. J. Urol., 1951, 66, 686.
- Kretschmer A. L. Late sequelae following transplatation of the ureter into the bowel. J. Urol., 1950, 63, 863.
- Krynski L. Zur Technik der Ureterimplantationen in den Mastdarm. Zbl. f. Chir., 1896, 23, 4, 73.
- Kuester. Arch. f. kl. Chir., 1891; Zbl. f. Chir., 1896, 4.
- Kuss R., Legrain M., Bitker M., Perrin C. Etude de retentissement sur la fonction renale des plasties intestinales de la voie excrétrice urinaire (a propos de 42 observations). J. Urol., 1958, 64, 4-5; 1970, 76, 12 bis, 335-343.
- Lahey F. M. Transplantation of ureters into rectum, with report of 5 cases. New Engl. J. Med., 1932, 27, 875.
- Lange, Boissinot. A propos des derivations urétéro-intestinales. Resultats de 86 observations. J. Urol., 1962, 68, 10-11; Minerva Med., 1961, 52, 3 Oct.
- Lapides J. Mechanism of electrolyte imbalance following ureterosigmoid transplantation. Surg., Gyn., Obst., 1951, 93, 691.
- Laskowicki. 5 cas d'abouchem. des ureteres dans le gros intestin. J. chir., 1937, 39.
- Leadbetter W. F. Consideration of problems incident to performance of uretero-enterostomy. J. Urol., 1951, 65, 818; 1955, 73, 67; 1956, 75, 470.
- Lemberg D. Die extraperitoneale Harnleiterpflanzung in den Mastdarm nach Bergenheim. Zbl. f. Chir., 1929, 56, 350.
- Lotheissen. W. m. Wehschr., 1899, 36.
- Lowsley O. S., Johnson T. H. A new operation for creation of an artificial bladder with voluntary control of urine and feces. J. Urol., 1955, 73, 83.
- Malcolm D. C. Experience with ureterointestinal anastomosis. J. Urol., 1957, 77, 2, 173.
- Maluf N. S. Evaluation of three methods of ureterocolostomy. Surg., Gyn., Obst., 1955, 100(1), Jan., 59-68.
- Martin's Cases of implantation ureters into intestine. J. Am. Gyn., Obst., 1899.
- Mathisen W. A new method for uretero-intestinal anastomosis. Surg., Gyn., Obst., 1953, 96, 255; J. Urol., 1957, 77, 27.
- Maydl K. Ueber die Radikaltherapie der Ectopia vesicae urinariae. W. m. Wehschr., 1894, 44, 25-29, 1113, 1169; 1209; 1256; 1297; Gas. Lek., ces., 1894, 33, 315; 337; W. m. Wehschr., 1896, 46, 28, 1241; 30, 1333; 31, 1373; 1899, 49, 6, 249; 7, 304; 8, 360.
- Mayo Ch. H. Extrophy of the bladder and its treatment. J.A.M.A., 1917, 69, 2079; Советская хирургия, 1933, V, 1-3, 308-313.

- Mellik W. F. A new method of ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1949, 62, 454; 1955, 74, 47.
- Mergert R. Ueber einen modifizierten Coffey II. *Z. Urol.*, Sonderheft 1952, 162.
- Merz P. G. La bi-uretero-ileo-rectoplastie, modification du procede de Coffey dans la cure de certaines fistules vesico-vaginales insuturables. *J. d'uro.*, 1958, 64, 7-8, 448-454.
- Michalowski E. Consideration sur la valeur de l'implantation de ureters selon la method de Coffey... *J. Chir.*, 1936; *Urol. Internat.*, 1957, 4, 9; 1961, 11, 1-2.
- Michon L., Chatain Y. Implantation ureterocolique par voie extraperitoneale *J. urol. med. chir.*, 1949, 55, 242.
- Mitchell A. D., Walk W. L. Hyperchloremic acidosis of uretero-sigmoidostomies. *J. Urol.*, 1953, 69, 82.
- Moore J. G. Vesicorectomy through its first years. *J. Urol.*, 1954, 72, 840; *Surg., Gyn., Obst.*, 1956, 103, 87.
- Morris J. M., Keggi K. J. Clinical and cineradiografic evaluation of the Mathisen ureterosigmoidostomy. *Surg., Gyn., Obst.*, 1961, 113, 481.
- Muller H., Frederikse E. Hyperchloremic acidosis following ureterosigmoidostomy. *Arch. Chir. Neerland.*, 1956, VIII, 15.
- Muscattello G. Zur Radikalbehandlung der Blasenectopie. *Arch. kl. Chir.* 1905, 76, 1057.
- Nedeloc. 4 cas d'implantation urétéro-intestinale chez l'enfant. *Memoire acad. chir.*, 1935, 74, 21-22.
- Nesbitt R. M. Ureterosigmoid anastomosis by direct elliptical connection. *J. Urol.*, 1949, 61, 728; *Ann. Surg.*, 1949, 130, 796; *J. Urol.*, 1960, 84, 6, Dec.
- Neuwirt K. Kotazce cystectomie a transplantace ureteru. *Rozhl. Chir.*, 1932, 11, 71; *Cas. Lek. ces.*, 1943, 82, 1418; *Bratislavske lekars. Listy*, 1947, 27, 602; *Rozhl. Chir.*, 1953, 32, 108.
- Nichols W. K. a oth. Urinary fistulas after ureteral diversions. *Am. J. Surg.*, 1972, 124, 3, 311-316.
- Niederle B. Pamatce profesora Karla Maydia... *Rozhl. Chir.*, 1953, 32, 385.
- Novacki F. Uvagi krytyzne w sprawie wszczepiania moczowodow spisobem Davalosa. *Urologia polska*, 1951, I, 124.
- Nurnberger. Erfahr. mit der Implant. der Urteren in das Rectum nach Coffey-Mayo. *Zbl. f. Gyn.*, 1938, 5.
- Odel H. M., Ferris D. O., Priestley I. T. Observation of electrolyte pattern of blood after ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1951, 65, 1018.
- Orlow R. Traitement operatoire de l'exstrophie de la vessie. *Rev. franc. gynec.*, 1903, 7, 795.
- Ostrowski, Dohrzański. Consideration zur la valeur de l'implantation des ureter selon method de Coffey... *J. chir.*, 1936, 47.
- Parassiadis. Traitement exstrophie vesicale. *J. Chirurgie*, 1961, 81, 1.
- Passaro Jr., Pace W. G. The uro-epithelialized rectal pouch as a bladder substitute. *J. Urol.*, 1962, 87, 125.
- Paule D. P., Hodges C. V. The rectosigmoid colon as a bladder substitute. *J. Urol.*, 1955, 74, 360.
- Pearlman C. K. Reimplantation of ureters into bowel. *J. Urol.*, 1953, 70, 415.
- Pearsons F. M. a oth. Chemical imbalance following ureterocolic anastomosis. *Lancet*, 1952, 27, Sept., 599; *Brit. J. Urol.*, 1952, 24, 317.
- Pec J. L. Ureterostomia... *Bratislav. lekars. Listy*, 1950, 30, 826.
- Pena A., Valdes R. Vesicorectostomie. *J. d'Urologie*, 1959, 65, 497.
- Peng B. a oth. Comparative studies on ureterorectal sigmoidostomy... *J. Urol.*, 1959, 82, 462.
- Perry F. A. a oth. Evaluation of plasma electrolytes... *Surg. Forum* 1956, VI, 599.
- Pers N. Reabsorption from urine in colon. *Scand. J. Clin.*, 1954, 6, 189.
- Peters A. G. Transplantation of the ureters into the rectum by an extraperitoneal method for exstrophy of the bladder. *Brit. Med. J.*, 1901, I, 1538.
- Petković S. Beitrage fur Techik der Harnleiterdarmanastomose *Z. Urol.*, 1952, 45, 257; 269.
- Peterson R. Ueber Ureter — Darmanastomosen. *Zbl. f. Chir.*, 1900, 47.
- Pisani L. Ueber die Technik der Verbindung der Ureters mit dem Sigma. *Z. Urol.*, Sonderheft 1952, 158.
- Pool T. L., Cook E. N. Urographic study... ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1950, 63, 228.
- Poth J. E. An aseptic ureteroenteroanastomosis. *Surg., Gyn., Obst.*, 1935, 60; 1942, 74, 221.
- Prentis R. S., Mullenix R. B., Feeney M. J. Implantation ureterate, experience cliniques. *J. Urol.*, 1957, 77, 4.

- Pressat. La cystoenterostomie en particulier dans le traitement de l'extrophie de la vessie. These, Paris, 1898.
- Quackels R., Ledent I. L'urétéroenterostomie. *J. belge Urol.*, 1954, 22, 107.
- Rapant V. K technice implantace močovodu Hinmanovou metodou «sedmi stehu». *Rozhl. Chir.*, 1940, 19, 404.
- Reimers. Versuch. zur Verbesserung der Operationserfolge bei Verpflanzung der Harnleiter in dem Darm. *Ztschr. urol. Chir.*, 1935, 41.
- Rein. Ueber radikale Heilung von Ectopien der Blase. *W. m. Wschr.*, 1894, 44, 2197.
- Riba L. W. Ureteral transplantation. *J. Urol.*, 1939, 42, 27; 1952, 67, 284; 1953, 70, 426.
- Riches E. W. Technique and results of ureterocolic anastomosis by extraperitoneal route. *Brit. J. Urol.*, 1949, 21, March, 51—63; *Brit. J. Radiol.* 1949, 22, Yuly, 398—402.
- Ridlon H. C. Ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1963, 89, 2, 167.
- Robbins J. J. Vesicorectostomy. *J. Urol.*, 1957, 77, 34.
- Rosenberg M. L. The physiology of hyperchloremic acidosis following ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1953, 70, 569; 434.
- Rushe C. F., Cook W. C. A study of the hydrodynamics of the upper urinary tract following ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1953, 70, 447.
- Rutkowski J. W sprawie techniki wszczepiania moczowodow do przewadu pokarmowego. *Urologia polska*, 1951, 1, 137.
- Sataline L. R., Simonelli J. M. Potassium paresis following ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1961, 85, 559.
- Sauderund A. Exstrophy of the bladder. *Acta chir. Scand.*, 1953, 106, 116.
- Scheinmann L. J. Apparation d'une tumeur sur une uretero-sigmoidostomie 9 ans apres intervantion. *J. Urol.*, 1961, 85, 6.
- Schnittman M. Improved pyelographic results in ureterointestinal anastomosis. *J. Urol.*, 1948, 60, 421.
- Schweigl. Die Ureterenimplantation nach Coffey-Mayo bei inoperabl Uretherkarzinom. *Zbl. f. Gyn.*, 1933, 4.
- Serjeant J. C. B. Survie prolongée après transplantation ureterocolique. *Brit. J. Urol.*, 1956, 28, 3 Sept.
- Sherman M. S. Bone changes following bilateral ureterosigmoidostomy. *Surg., Gyn., Obst.*, 1953, 97, 159.
- Shinagel G. A tunnel technic of ureterointestinal anastomosis. *J. Urolog.*, 1948, 59, 1101.
- Shoemaker W. C. Reserved seromuscular grafts in urinary tract reconstruction. *J. Urol.*, 1955, 74, 453; *Surg. Forum*, 1956, VI, 619.
- Simon M. Extrophia vesicae. Operation for directing the orifices of the ureters into the rectum. Death. Autopsy. *Lancet*, 1852, 2, 568.
- Skanse B., Widen T. Potassium deficiency syndrome following bilateral uretero-sigmoidostomy. *J. Urol.*, 1955, 73, 62.
- Smith B. A. Hydronephrosis of pregnancy following ureterosigmoidostomy. *J. Urol.*, 1954, 71, 159.
- Smitten A. G. Implantation des Ureters in den Darm. *Zbl. f. Chir.*, 1925, 52, 2596.
- Staehler W. Die kuenstliche Duenn darmblase. *J. Urol.*, Sonderheft, 1952.
- Stakemann G. Uretero-intestinal anastomosis. *Acta Chir. Scand.*, 1956, 112, 374.
- Stamey T. A. The pathogenesis and implacation of the electrolyte imbalance in ureterosigmoidostomy. *Surg., Gyn., Obst.*, 1956, 103, 736; 1957, 104, 11.
- Stewens A. R. Longevity following uretero-intestinal anastomosis. *J. Urol.*, 1941, 46, 57.
- Strömberg J. D. Results of uretero-intestinal anastomosis... *Acta Chir. Scand.*, 1954, 107, 178.
- Sugg W. L. Tumeur maligne au niveau d'une urétérosigmoidostomie. Rapport d'un cas et revue de la litterature. *Am. Surg.*, 1962, 155, 4.
- Sweetser Th. Strangulated internal hernia as a complication of ur uretero-intestinal anastomosis. *J. Urol.*, 1951, 66, 571.
- Szizemsky W. W. Zur Technik der Ureterimplantationen in den Darm. *Zbl. f. Chir.* 1909, 36, 881.
- Tizzoni, Paggi. Die Widestellung der Harnblase. *Zbl. f. Chir.*, 1888, 50.
- True E., Laval P., Carabalona I. Implantation ureterointestinale. *J. Urol. med. chir.*, 1950, 56, 205.
- Van Capellen D. Technic and end results of the transplantation of ureters. VII congr. int. Soc. Urol., N. J., 1939.
- Wallace D. M. Maydl's operation. *Proc. Poyal. Soc. Med.*, 1961, 64, 383.
- Walters. Implantation of ureters in the colon. *Surg.*, 1937, Yuly.
- Watenberg C. A., Beare J. B. Ureterointestinal anastomosis and cystectomy. *J. Urol.*, 1950, 64, 304.

- Weyrauch H. M., Young W. B. Evaluation of common methods of uretero-intestinal anastomosis. *J. Urol.*, 1952, 67, 881.
- Whisenand J. M., Moore V. Hydrodynamic of upper urinary tract after mucosal uretero-sigmoidostomy. *J. Urol.*, 1951, 65, 564.
- Wildbolz. Ueber Harnleiterverspflanzung. *Schweiz. med. Wschr.*, 1938, Jan., 1.
- Winter C. C., Goodwin W. E. Results of sigmoidocystoplasty. *J. Urol.*, 1958, 80, 467.
- Woodard J. R., Keats C. Ureteral Reimplantation: Paquin's after 12 years. *J. Urol.*, 1943, 109, 5, 891—894.
- Woodruff L. M. a. oth. Ureteroenterostomy. *J. Urol.*, 1952, 67, 873.
- Young H. H. Exstrophy of the bladder. *Surg., Gyn., Obst.*, 1942, 74, 729.
- Zeit. The pathology and bacteriology of uretero-intestinal anastomosis. *N.-Y. Med. J.*, 1901, Oct. 18.
- Zollinger. Uretero-intestinal anastomose. *Surg., Gyn., Obst.*, 1934, Nov.
- Zvara V. O implantácii mocovadov do hrubého creva a niektorých jej následkoch. (S osobitným zreteľom na Maydlovu operáciu). Bratislava, 1956.

Глава XXVIII
ПНЕВМАТОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ
PNEUMOTASIS COLI

К истории вопроса

Пневматоз кишечника впервые наблюдал при вскрытии трупа человека и описал в 1730 г. во Франции Du Vernoi. На основании дальнейших медицинских и ветеринарных литературных источников известно, что пневматоз кишечника в XIX столетии первым описал Мауер (1825). Он обнаружил его у свиней. Позднее это заболевание наблюдали и описывали Иофе, Вальдман, Cloquet, Roth, Krumpacher, Matz, Schmutzer, Heydemann, Kitt, Ostertoge, Jaeger и др. (цит. по И. П. Васильеву, 1909; по М. В. Алферову, 1935; по А. И. Абрикосову, 1921). Часто пневматоз наблюдался у совершенно здоровых свиней и поражал только тонкую кишку и ее брыжейку. Редко пневматоз обнаруживался у овец.

Второе, более чем через 100 лет после Du Vernoi, наблюдение, также при вскрытии трупа человека, и описание пневматоза произвел Ванке (1876). Третье сообщение сделал Eisenlohr (1888) — о больной с одновременной «интерстициальной эмфиземой влагалища и кишок». Он считал это заболевание инфекционным, вызванным газообразующими микробами, которых Ванке выделил у второго больного, страдавшего пневматозом мочевого пузыря.

Samargo (1891) считал причиной болезни микробы. Он у 60-летнего больного, умершего от туберкулеза легких, на секции видел в стенках слепого и восходящего отделов толстой кишки многочисленные пузырьки газа. В стенках кист и внутри их он обнаружил микробов, аналогичных тем, которых находил Eisenlohr у трупов с явлениями пневматоза.

Впервые газовые кисты кишечника у живого человека наблюдал и описал E. Hahn (1899). Он оперировал больного по поводу язвы желудка и при этом обнаружил газовые пузыри в стенках желудка и тонкой кишки.

В отечественной литературе А. И. Кусков (1891) был первым, кто некоторое время наблюдал в Мариинской больнице СПб больного 57 лет, у которого после смерти на секции найдена злокачественная опухоль и пневматоз тонкой кишки. А. И. Кусков считал, что это заболевание вероятнее всего эмбрионального происхождения: «истинная новообразованная газовая киста, развившаяся из фиксированных клеток соединительной ткани» (сложная и не очень ясная формулировка.— А. А.).

Наблюдение А. А. Кадына (1902) относится к женщине 31 года, у которой до операции диагноз колебался между туберкулезным перитонитом и хроническим стенозом кишечника неясной этиологии. Во время операции был подтвержден диагноз туберкулезного перитонита, осложненного образованием газовых кист в кишках.

Самое раннее сообщение о пневматозе в американской литературе сделал в 1908 г. Tinney (цит. по В. J. Shapiro, 1964).

Уже первые наблюдения, произведенные на трупе или у человека во время операции, показали, что пневматоз кишечника обычно мало беспокоит больных или совсем не дает самостоятельных клинических проявлений. Дальнейшие наблюдения подтвердили это положение. В то же время стало понятным, что как в прошлом, так и в настоящем столетии симптом пневматоза кишечника чаще всего обнаруживается только на секции или, как неожиданная находка, при лапаротомии по поводу какого-либо другого заболевания. В то же время выяснено, что пневматоз нередко сопровождает, по-видимому, как осложнение язву желудка, злокачественное новообразование и другие заболевания желудочно-кишечного тракта.

Пневматоз желудочно-кишечного тракта встречается сравнительно очень редко. И. П. Васильев к 1909 г. «в общедоступной литературе нашел описание только 19 таких случаев» и добавил одно свое наблюдение. В 1922 г. R. Wapach подытожил 76 наблюдений, относящихся к пневматозу желудочно-кишечного тракта. Из этого числа у 52 человек пневматоз был обнаружен во время операции, произведенной по другому поводу, и 24 наблюдения относятся к секционным данным. Следовательно, правильный предоперационный или прижизненный диагноз отсутствовал в 100% наблюдений. Ту же мысль М. В. Алферов (1927) выразил следующими словами: «Прижизненно правильный диагноз никем не был еще поставлен ввиду отсутствия определенных клинических симптомов». Но это написано в тот период, когда заболевание было мало изучено, а рентгенологическая диагностика не достигла тех успехов, которые имеются в настоящее время. В 1924 г. Kopelowitz сообщил о 78 описанных наблюдениях пневматоза. J. Nae-slund к 1925 г. собрал статистику о 96; несколько позднее (1928) М. И. Каган — о 80 наблюдениях, из которых 11 относятся к эмфиземе мочевого пузыря. О 12-м таком наблюдении сообщил в своей заметке М. И. Каган. В 1940 г. J. A. Jackson суммировал статистику всех опубликованных к тому времени наблюдений, относившихся к пневматозу, добавил свое. Общее число было 172. Наиболее тщательную статистику из 255 наблюдений, описание и анализ заболевания сделал в 1952 г. L. G. Koss. Такие же примерно суммарные цифры повторяют последующие авторы: В. Л. Кисилевский (1965), М. А. Топчибашев (1967) и др.

Д. Б. Векслер и Н. М. Торсунова (1967) сообщили, что к 1965 г. описано 30 наблюдений пневматоза кишечника у детей в зарубежной и 20 — в отечественной литературе. И. Н. Мирончик к 1967 г. суммировал из мировой литературы и представил в таблице 90 наблюдений, относящихся к пневматозу кишечника у детей грудного возраста. Таким образом, это заболевание встречается и в детском возрасте, в том числе у новорожденных (И. Л. Золотавина, В. А. Кармилова, 1958; А. В. Жуковец, 1959; Л. О. Вишневецкая, 1960; Н. Н. Грицман, 1960; Т. Г. Софиенко, 1960; Л. Т. Жалыбина, А. И. Абакумов, 1963; Н. М. Погуляйко, 1963; Л. Б. Разинтский, 1963; П. С. Гуревич, 1964; А. Е. Амбросова, Б. Ф. Фролов, 1965; Б. А. Бердинских, 1965; Р. Микельсоар, М. Арро, 1966; В. М. Ступина, Г. И. Вацура, 1966; Д. Б. Векслер, Н. М. Торсунова, 1967; И. Н. Мирончик, 1967;

Е. Г. Гачкина с соавт., 1969; В. Г. Лопуховский, 1969; T. W. Botsford, 1938; D. J. Judge a. oth, 1949; O. A. Steinnon, 1951; L. Paris, 1955; M. Bilger, 1965; R. Domini, 1963—1964 и др.).

L. G. Koss (1952) на основании литературных данных и одного собственного наблюдения приводит таблицу, в которой отражены пол и возраст больных (табл. 57).

Таблица 57

Пол и возраст больных пневматозом толстой кишки

Пол	Возраст, лет								Всего
	2—10	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	Более 60	Неизвестно	
Мужчины	3	5	30	40	41	16	8	4	147
Женщины	0	5	8	7	8	10	5	2	45
Неизвестно				1				20	21
Всего	3	10	38	48	49	26	13	26	213

Из цифр, приведенных в табл. 57, следует, что у мужчин заболевание встречается в 3 раза чаще, чем у женщин, и что среди болевших пневматозом с установленным возрастом было только 7% детей и юношей до 20 лет. И. П. Васильев соотношение мужчин и женщин среди болевших пневматозом исчисляет как 13 : 7.

Пневматоз толстой кишки — мало изученное заболевание, которое чаще всего протекает параллельно с таким же поражением других отделов желудочно-кишечного тракта. Этиология, патогенез, патологическая анатомия и в значительной степени клиническая картина пневматоза желудка, тонкой и толстой кишок, порознь или параллельно протекающего поражения являются общими, аналогичными. Поэтому правильнее будет здесь рассматривать пневматоз всего желудочно-кишечного тракта, с обращением особого внимания на пневматоз толстой кишки.

Сущность заболевания и теории его происхождения

Сущность заболевания заключается в том, что пузырьки газа расслаивают ткани стенки желудка или кишки и располагаются между слизистой и мышечной, междумышечной и серозной оболочками, инфильтрируют толщу этих тканей, а также прилежащую брыжейку или сальник там, где они имеются. Как попадает газ в толщу стенок полых органов желудочно-кишечного тракта? Существует несколько теорий.

В. L. F. Vanque в 1870 г. выдвинул теорию, согласно которой газовые кисты появляются в результате жизнедеятельности клеток новообразования, выделяющих газ. Эта неопластическая теория совершенно не нашла поддержки в литературе и не оправдалась на практике.

Согласно инфекционной теории (Eisenlohr, 1888), газообразующие бактерии в результате своей жизнедеятельности выделяют газ в просвет кишки, из которой он всасывается тем же путем, что и питательные вещества из кишечника. Однако наличие газов в кишечнике является нормой, а они в нормальных условиях не всасываются через толщу кишечных стенок. Нужны различные патологические изменения кишечных стенок — энтерит, колит, энтероколит, язвы, травма, новообразования, — чтобы имеющиеся в кишечнике газы стали проникать в толщу кишечной стенки (А. В. Жуковец, 1959; П. С. Гуревич, Н. И. Середина, 1964; В. П. Аражаков, Б. Ф. Фролов, 1965 и др.).

Второй вариант инфекционной теории заключается в том, что газообразующие микробы проникают через толщу стенок желудка или кишки и в тканях в результате своей жизнедеятельности образуют газ (А. И. Абрикосов, 1921; Klebs, Ostertag, Dueprat, Jaeger, цит. по В. В. Алякрицкому, 1926). Виновниками пневматоза считались бактерии, кокки, грибки. J. Naeslund (1925) выделил особый подвид кишечной палочки, назвал ее *bacterium pneumatosis* и считал, что она является причиной образования газовых кист. Пытались искусственно у животных вызвать картину кишечного пневматоза, но безрезультатно. Не подтвержденная практикой и экспериментальными исследованиями, инфекционная теория почти никем не признается основанием для объяснения патогенеза пневматоза.

Мало убедительны авитаминозная и химическая (Turnig, цит. по Korelowitz, 1924; — газ образуется в результате разложения пищевых веществ под влиянием кишечных ферментов) теории, с помощью которых пытались объяснить пневматоз как результат местного ацидоза.

P. Masson, Steidel (1925) образование газов в лимфатических сосудах кишечной стенки связывали с облитерацией лимфатических путей и с лимфостазом.

Механическая теория заключается в том, что через существующий дефект слизистой оболочки — язва, свищ — или через дефект, нанесенный при острой макро- или микротравме, газ, имеющийся в желудке, а также в содержимом тонкой и толстой кишок, механически продавливается в подслизистое пространство и в другие слои полых органов желудочно-кишечного тракта. С точки зрения некоторых авторов, в пользу механической теории свидетельствует тот факт, что пневматозом чаще всего страдают люди физического труда. При тяжелой работе, а также при запорах, как полагают Krummacher (цит. по В. В. Алякрицкому) и Plenge (1921), напрягается брюшная стенка, повышается внутрибрюшное давление и газ из желудка или кишечника под влиянием этого повышенного давления продавливается через дефект в межтканевые щели.

В. Н. Smith и L. H. Welter (1967) приводят наглядную фотокопию микроскопической картины, на которой отчетливо видны подрывные края пептической язвы желудка. Узкая щель, имеющаяся под одним краем, соединяется с далее распо-



Рис. 185. Наблюдение Смита и Вельтера: язва желудка, пневматоз, видны газовые пузырьки в окружающих дно язвы тканях.

ложенными в подслизистом слое желудка газовыми пузырями.

Повышение внутрикишечного давления происходит также при непроходимости кишечника, и это заболевание осложняется иногда пневматозом (Miake, 1911; Kuder, цит. по М. В. Алферову). Все приведенные условия являются обоснованием механической теории происхождения пневматоза.

В подтверждение того обстоятельства, что через дефект слизистой оболочки газ проникает в окружающую кишку клетчатку, можно привести сообщение J. S. Kelly, Ch. E. Pore (1963) об эмфизематозе, исходившем из параректальных свищей. Авторы наблюдали двух такого рода пациентов. У обоих имелись воздушные пузыри в глубоких подкожных карманах, крепитация тканей, вызванная подкожной эмфиземой, спазм сфинктера при большом количестве первичных внутренних свищевых отверстий. Боль была от заметной до отсутствия ее. Другие патологические изменения были также одинаковы у обоих больных. Имелся плотный наружный свищевой ход, в стенках которого при последующих микроскопических исследованиях обнаружены гигантские клетки как реакция на инородные тела. Наполненные газом карманы расширялись и удлиняли свищевые ходы. Описаний подобных наблюдений в литературе авторы не нашли.

Для объяснения появления пневматоза в раннем детском возрасте, у новорожденных, а тем более во внутриутробном периоде не могут быть применены инфекционная, механическая и другие приведенные выше теории. Поэтому возникло предположение, что пороки развития кровеносных и лимфатических сосудов кишечной стенки, а также иногда печени и других соседних органов могут способствовать раннему появлению пневматоза.

Патологическая анатомия

В зависимости от первичной причины образования пузырьков газа в толще стенки желудка или кишечника, или механического проникновения их из просвета этих органов в толщу стенок через какой-либо дефект количество образовавшегося или проникшего в стенки газа может быть самое разнообразное — от небольшого количества незначительных по размеру пузырьков до огромного количества разнообразных, в том числе больших размеров пузырей, равномерно или неравномерно распространяющихся от пищевода почти до анального отверстия. Диаметр пузырей может быть от 1 до 20—30 мм. А. И. Кусков видел воздушные кисты диаметром 60 мм. Некоторые авторы пишут — от булавочной головки или просыаного зерна до грецкого ореха. Приводятся и другие сравнения.

Колли (1895) при вскрытии трупа женщины обнаружил рубцующую язву привратника, «расширение желудка и эмфизему стенок тонких кишок. Со стороны серозы вся 12-перстная кишка и начало тонкой на протяжении около метра оказались покрытыми множеством полупрозрачных пузырей размером от булавочной головки до грецкого ореха. Со стороны слизистой оболочки в этих отделах тоже замечались пузыри, но в значительно меньшем количестве...»

Наличие больших пузырей, напоминающих воздушные кисты, дает основание отдельным отечественным и зарубежным авторам называть это заболевание эмфиземой или кистозным пневматозом кишечника, а также писать о воздухоносных или воздушных кистах кишок.

Наибольшее количество газовых пузырей обычно отмечается под серозным слоем и в толще брыжейки или сальника. В мышечной стенке и в подслизистом слое их значительно меньше, а иногда вообще нет, при наличии их только в подбрюшинном слое. Исключением является секционное наблюдение В. В. Алякрицкого — значительно

больше газовых пузырей было в подслизистом слое, чем под серозной оболочкой и в других слоях стенки тонкой кишки.

При надавливании на пузыри, расположенные в подбрюшинном слое, их содержимое — газ можно перемещать в разные стороны. Или же наружная стенка пузыря лопается, газ выходит, брюшина прилегает к подлежащим тканям, пузырь исчезает.

Пневматоз встречается редко. Картина его столь своеобразна и мало известна рядовым врачам-хирургам, что во время исследования больных и даже во время операции допускаются диагностические ошибки, ставятся диагнозы: туберкулез, эхинококкоз, злокачественное новообразование или, как описал М. А. Топчибашев, больному мужчине был поставлен диагноз: пузырьный занос.

Состав газа в пузырьках при пневматозе, по данным некоторых авторов, приближается к составу атмосферного воздуха (М. В. Алферов, 1935; В. Л. Кисилевский, 1956 и др.), иногда с незначительными видоизменениями: 90% азота, 10% кислорода с небольшой примесью углекислоты и водорода (Д. Б. Векслер, Н. М. Торсунова, 1967). Иные цифры дают другие авторы: Groendahe (1908) — 19,5% кислорода, 79,6% азота, 0,9% прочих газов; Urban (1910) и Arzt (1911) — 15,4% кислорода, 80,6% азота и водорода, 4% углекислоты; газ горел.

Наиболее подробные данные о составе газа пузырей при пневматозе приведены в статье D. T. D. Hughes с соавт. (1966); азота — 72,5%, водорода — 10%, кислорода — 7%, углекислого газа — 1,7%, бутана — 0,3%, изобутана — 0,15%, пропана — 0,075%, метана — 0,038%, этана — 0,01%, аргона — 1,4%. Исследования производились методами спектрометрии и газовой хроматографии.

Обычно содержимое этих воздушных полостей является стерильным. Но там, где из просвета желудка или кишки может в толщу тканей проникнуть газ, не менее вероятно по тому же пути распространение и инфекции, развитие нагноительного процесса флегмоны в толще стенки желудка или кишечной стенки. Возможна перфорация стенки органа или хотя бы разрыв нагноившихся газовых пузырьков, выход инфекции в свободную брюшную полость, развитие перитонита.

Расслаивание газовыми пузырьками тканей полых органов может привести к сдавлению сосудов и нарушению питания тех или иных слоев стенки желудка или кишки. Явления некроза и перфорация кишки описывались отдельными авторами, сообщившими о пневматозе желудочно-кишечного тракта (Д. Б. Векслер, Н. М. Торсунова, 1967 и др.). С другой стороны, большое скопление газовых пузырей на ограниченном участке кишки, длительное их в этом месте пребывание могут повести к сдавлению просвета кишки пузырями или же образующейся вокруг них соединительной тканью, индуративными процессами в стенке кишки (И. П. Васильев, 1909; В. В. Алякрицкий, 1926; М. Я. Чхеидзе, 1952; Ф. С. Марьенко, 1953 и др.).

При микроскопическом исследовании стенок воздушных полостей нередко можно обнаружить эндотелиальный покров, который является внутренней выстилкой сформировавшейся кисты.

Проф. Петров, исследовавший газовые кисты, которые были удалены при втором чревосечении у больной, описанной А. А. Кадьяном (1902), нашел, что они состояли из соединительнотканной стенки, покрытой изнутри одним или несколькими рядами больших круглых клеток эндотелиального типа. Подобную же картину описали И. П. Васильев (1909), Д. Б. Векслер, Н. М. Торсунова (1967), J. G. Koss (1952) и многие другие авторы.

С другой стороны, если представить себе, что газ механически продвигается по лимфатическим сосудам, по межтканевым пространствам, то внутренняя поверхность этих пространств естественным образом становится покрытой эндотелием. О внутренних оболочках и вообще о газовых пузырях Н. И. Веселов, Б. М. Бабаев (1967) так и писали: «Под микроскопом они имеют вид полостей — кист, которые представляют собой растянутые лимфатические сосуды. Вокруг полостей встречаются эпителиоидные и гигантские клетки, которые появляются в поздней стадии заболевания и рассматриваются как реакция на инородное тело».

Более подробное и точное описание связей воздушных кист с лимфатическими сосудами дает И. П. Васильев (1909): «...Мы натолкнулись на ряд кист, имевших сообщение с лимфатическими сосудами. Обычно картина была такова: к одному концу чаще всего вытянутой кисты подходил лимфатический сосуд, который, слабо расширяясь, впадал в полость, причем стенки его сливались со стенками кисты, а пролиферирующий эндотелий сосуда без перерыва переходил в клетки, окаймлявшие кисты. Таким образом устанавливалось прямое сообщение между полостью сосуда и кистами. Были найдены такие кисты, которые сообщались с двумя лимфатическими сосудами, впадавшими в полость на двух ее противоположных полюсах... Изменения мышечной оболочки стенки кишки сводились к тому, что наружные пласты продольного слоя иногда были атрофированы под влиянием давления соприкасавшихся с ним кист серозной оболочки... Каких-либо бактерий при различных способах окраски и в тканях пневматоза не было найдено...».

Подобные устойчивые патологоанатомические изменения при пневматозе (сформированные воздушные кисты, сообщающиеся с просветом лимфатических сосудов, частичная атрофия мышечной оболочки под влиянием давления со стороны воздушных кист) свидетельствуют о длительном существовании этих кист. Это еще раз наводит на размышление о происхождении и дальнейшем течении воздушных кист. На основании преобладающей в литературе механической теории образования воздушных кист трактуется как результат проникновения газа через дефект эпителия. При этом большинство исследователей считает, что газ в тканях скоро рассасывается без реакции и без следа.

Miake (1911) и Ciechanowski (1911) в опытах на кроликах вдували в стенку кишки воздух и получали эмфизему, аналогичную пневматозу. Но искусственно введенный в стенку кишки воздух быстро рассасывается. Быстро — это в пределах двух недель. Почему же он при пневматозе не рассасывается месяц, два, еще больше?! У больного, которого наблюдал и описал А. А. Кадьян (1902), за 4,5 месяца было произведено три лапаротомии. Каждый раз отмечался распространенный пневматоз кишечника. Этот процесс, несомненно, имелся длительно до и после этих операций. При таком продолжительном пневматозе кисты превращаются в устойчивые, не рассасывающиеся, с фиброзной оболочкой и эндотелиальным покровом образования. От чего это зависит? Потому ли, что через склерозированную, эндотелизированную оболочку кисты перестает всасываться газ; или потому, что через тот же первичный дефект эпителия в стенке желудка или кишки, через который проникла в ткани первая порция газа, в том же виде постоянно проникают дополнительные порции газа и форма кист (объем, напряжение в них газа) поддерживается на одном уровне; или этому способствуют еще какие-то условия, например, как думают сторонники инфекционной теории, газ постоянно образуется на месте в результате жизнедеятельности газообразующих микробов? На эти невыясненные вопросы предстоит ответить будущим исследователям. По этому поводу Plenge (1921) писал: «Причину стойкости эмфиземы при пневматозе можно видеть в повторности процесса. Газ нагнетается через повреждения слизистой оболочки в лимфатические сосуды повторно, вызывает вокруг своих пузырьков развитие собственных стенок из фиброзной ткани и всасывается уже труднее».

В зависимости от времени, прошедшего с момента появления воздушных кист, или от каких-либо других условий не всегда они бывают выстланы с внутренней поверхности эндотелием. Так, Mogi (1907) при микроскопическом исследовании установил, что «стенки пузырьков состояли из многослойной плотной соединительной ткани. Внутренняя поверхность кист была лишена эндотелия, не была гладкой, а пред-

ставляла фибриллярное разволокнение. В просвете кист, кроме газа, другого содержимого не имелось, и только в некоторых находилось немного волоконцев фибрина. В некоторых препаратах были видны бактерии и эозинофильные клетки». В наблюдении Groendahl (1908) «кисты располагались в субмукозе и резко утолщенной серозе, были выстланы эндотелием, в мелких полостях — многослойным. Можно было констатировать переход полостей в лимфатические сосуды. Некоторые полости были сплошь выполнены лимфоцитами и большими гигантскими многоядерными клетками. В некоторых кистах были небольшие, по большей части уже организовавшиеся кровозлияния».

В. В. Алякрицкий (1926) писал, что в его наблюдении эндотелий почти отсутствовал, лишь в немногих местах имелась выстилка из скопленных клеток эндотелия размером до конопляного зерна. Таковую же картину — «стенки кист, содержащие газ, лишь кое-где были выстланы очень плоскими клетками, в большинстве же клеточной обкладки не имели...» — видел В. Г. Гаршин в одном из своих наблюдений (устное сообщение М. Ф. Алферову, 1935, с. 119).

Г. И. Волков (1960) у больной, 57 лет, резецировал по поводу язвы часть желудка — огромного, растянутого ввиду декомпенсированного стеноза. Одновременно было обнаружено на протяжении метра проксимальной части тонкой кишки большое количество субсерозных воздушных пузырей, «которые лопались при надавливании». Часть стенки тонкой кишки взята для гистологического исследования. Обнаружены «кистозные полости различных размеров. Часть полостей сплюснута, другие, неправильной округлой формы, заложены среди фиброзной и гладкомышечной ткани. Внутренняя выстилка кист представляет тонкие пластинчатые клетки типа эндотелия. Послеоперационное течение гладкое. Через год и 8 месяцев больная прибавила в весе 16 кг». В этом наблюдении газ проник явно через дефект эпителия — язву, располагавшуюся в привратнике, а газовые пузыри распространились на верхний отдел тонкой кишки.

По описанию В. Л. Киселевского (1956), «внутренней выстилкой полостей служат клетки эндотелиального типа, лежащие в 1—2 ряда. Кое-где слой этих клеток прерывается скоплениями гигантских многоядерных клеток с беспорядочным расположением округлых ядер, число которых иногда достигает нескольких сотен. Они соответствуют известным гигантским клеткам инородных тел. Наличие их при пневматозе не обязательно. Наряду с клетками эндотелиального типа выстилкой полостей служили одноядерные клетки полибластического характера. Наружный слой стенок кист обычно образован фиброзной тканью. Встречаются мелкие полости, не содержащие гигантских клеток, фиброзного слоя, клеточной выстилки. Помимо округлых и шаровидных полостей, можно иногда видеть узкие ходы, напоминающие лимфатические сосуды. В межклеточной ткани изредка встречаются незначительные скопления лимфоцитов и плазматических, иногда гигантских клеток. Признаки острого воспаления обычно отсутствуют».

Несколько сокращенно мы привели эти описания, из которых явствует разнообразие строения газовых пузырей, их размеров, фиброзных стенок, эндотелиальной выстилки, клеточных включений.

Клиническая картина и диагностика заболевания

При отсутствии жалоб у лиц, имеющих пневматоз кишечника, трудно определить и даже хотя бы заподозрить наличие этого заболевания. М. В. Алферов (1935) писал: «Определенных симптомов, присущих пневматозу, почти не встречается, а если и встречается, то очень редко». Большинство авторов, писавших по этому поводу, считает, что, кроме признаков какого-то предшествующего, первичного заболевания, иногда можно обнаружить косвенные или даже прямые признаки пневматоза. К косвенным признакам относятся: периодические, разной степени субъективные болевые ощущения в брюшной полости, локальная болезненность при пальпации, наличие инфильтрата в брюшной полости при опухолевидной форме заболевания. Но при этом, как правило, ставится диагноз воспалительного инфильтрата или злокачественного новообразования брюшной полости. По этому поводу по показаниям и предпринимается хирургическое вмешательство. Во время операции выясняется истинная природа страдания и пневматоз как его осложнение.

К прямым признакам заболевания можно отнести легкое потрес-

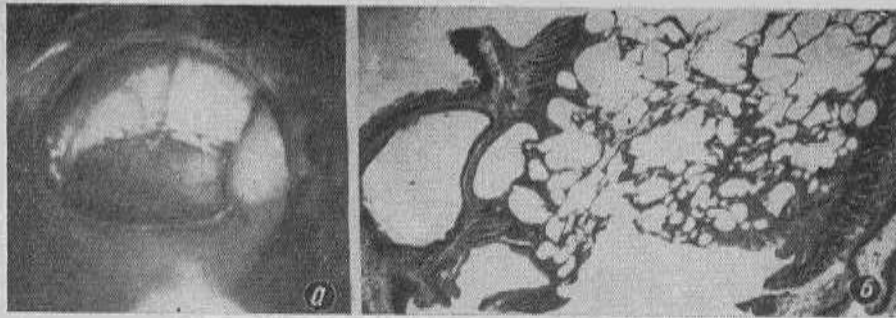


Рис. 186. Наблюдение Майтхеда и Эванса:

a — вид подслизистых газовых пузырей через ректороманоскоп; *b* — газовые пузыри в брызжейке кишки.

кивание лопающихся или перемещающихся пузырьков газа при пальпации брюшной полости. Этот признак впервые наблюдал и описал Hasker (1935), но не дал ему правильного толкования.

Z. Mujahed a. J. A. Evans у последнего из 7 наблюдавшихся ими больных видели подслизистые газовые пузыри при проктоскопии, фотографически зафиксировали эту картину и привели ее в рис. 7 своей статьи. Убедительный фотографический снимок множественных подслизистых газовых пузырей, отчасти напоминающих распространенный полипоз, приводит в своей с соавторами статье В. Н. Smith (1967).

Газовые пузыри в стенках полых органов желудочно-кишечного тракта могут быть обнаружены на рентгенографических снимках в виде мраморности рисунка или различных дефектов наполнения (Varjon, цит. по М. В. Алферову, 1935). Moreau (цит. по В. Л. Кисилевскому, 1956) описал своеобразный рентгенологический признак пневматоза. При рентгеноскопии в вертикальном положении можно заметить между печенью и диафрагмой светлую полукруглую полосу, которая исчезает при помещении больного в горизонтальное положение. Rewerdin (1925) и Santos Ascarza (1928) на основании такой находки ставили предположительно диагноз пневматоза. К. А. Грачев (1967) наблюдал до операции у больного это явление, но не придал ему должного значения.

R. H. Marshak с соавт. (1956), Z. Mujahed, I. A. Evans (1958), B. J. Shapiro с соавт. (1964), В. Н. Smith с соавт. (1967), R. R. Babb, H. C. Vox (1970) и другие приводят в своих статьях фотокопии колорентгенограмм, на которых отчетливо видны дефекты наполнения, характерные для газовых пузырей в стенках кишок.

Клиническая картина и диагностика пневматоза различна в зависимости от локализации, распространенности его и других местных и общих условий. При малом количестве газовых пузырей, а у взрос-

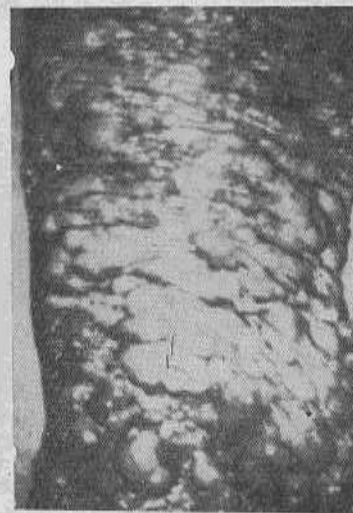
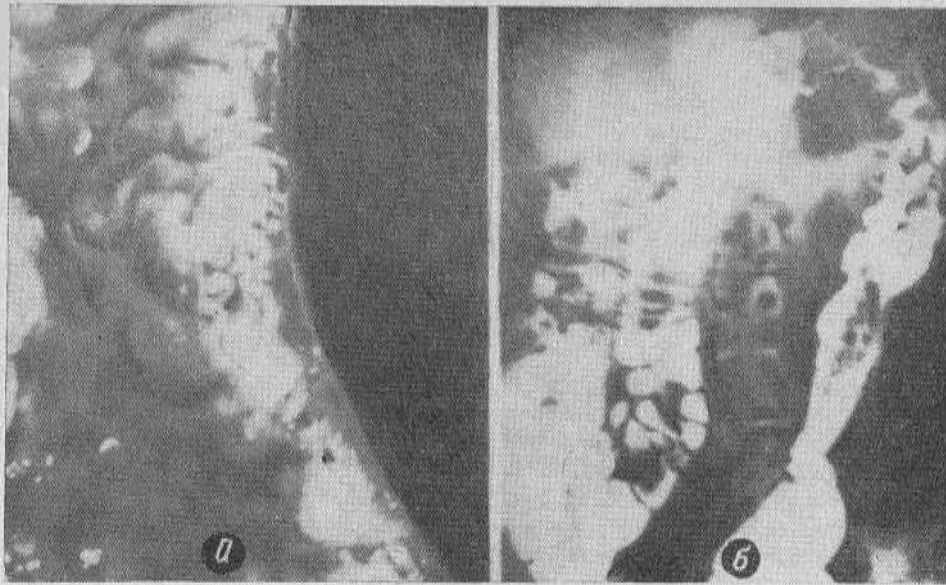


Рис. 187. Наблюдение Смита с соавт.:

пневматоз кишечника, «множественные полипообразные возвышения под слизистой оболочкой, наполненные газом, спались при пункции».



Р и с. 188. Наблюдение Шапиро с соавт.:

а — множественные газовые полости под серозной оболочкой сигмы почти полностью сдавливают ее просвет; *б* — газовые пузыри в стенках кишок.

лых и при значительном распространении, пневматоз может совершенно не давать клинических проявлений. Распространенный пневматоз, особенно у детей, дает иногда тяжелое течение с разнообразными, опасными для жизни и нередко смертельными осложнениями.

М. В. Гольц (1963) пишет, что Вейль выделил по течению 3 формы пневматоза: 1) илеусоподобную — сужение просвета кишки газовыми пузырями; 2) псевдоаппендикулярную — поражение области аппендикулярного отростка и клинические симптомы аппендицита; 3) перитональную — обширное поражение брюшины.

М. В. Гольц оперировал 2 больных с нераспознанным пневматозом. У одного была псевдоаппендикулярная форма. При типичных клинических явлениях острого аппендицита у больного, кроме флегмонозного изменения червеобразного отростка слепой кишки, оказался пневматоз червеобразного отростка и его брыжейки. Аппендэктомия. Выздоровление.

У второго больного имелись жалобы на боли в эпигастральной области, где, а также в правой половине живота, определялось колбасовидной формы, умеренно плотной консистенции болезненное образование.

При рентгеноскопии и рентгенографии — чаша Клойбера с барием в ней. Барий принят 10 дней назад. Предоперационный диагноз: опухоль толстой кишки. Операция. Толстая кишка от илеоцекальной области до селезеночного угла «резко увеличена в размерах за счет вздутия и утолщения стенки. Серозный покров не изменен. Резекция измененных отделов кишки. Послеоперационное течение гладкое. Гистологическое исследование. Хроническое воспаление толстой кишки. Множественные лимфоидные инфильтраты, плазматические и гигантские клетки, которые располагаются вокруг полостей различной формы. Разрастание интимы отдельных сосудов в районе воспаления». Это наблюдение и подобные у других авторов можно и нужно выделить в четвертую группу пневматозов кишечника — опухолеподобную, или псевдоопухолевую.

Аналогичное первому больному М. В. Гольца наблюдение пневматоза слепой и восходящей кишок опубликовал Ш. Абдурахманов (1968). У 19-летнего больного имелась типичная клиническая картина острого аппендицита четырехдневной давности. Больному была произведена аппендэктомия под местной анестезией. При этом было обнаружено большое число расположенных субсерозно пузырьков газа по ходу слепого и восходящего отделов кишки. Аппендэктомия. Выздоровление. Оба эти наблюдения могут быть по классификации Вейля отнесены к псевдоаппендикулярной форме пневматоза толстой кишки.

Самым частым заболеванием, осложняющимся пневматозом, по литературным данным, является язва желудка или 12-перстной кишки, преимущественно со стенозом привратника, расширением полости желудка, с повышением давления в нем, с увеличением размеров газового пузыря желудка. А если к этому еще значительно повышается внутрибрюшное давление, то часть газового пузыря желудка через дефект эпителия (язва) проникает в ткани.

В противоположность мнению огромного большинства исследователей о непосредственной связи язвенной болезни гастродуоденального тракта и пневматоза некоторые патологоанатомы в отдельных высказываниях такую связь отрицают (А. И. Абрикосов, 1921; В. Г. Гаршин, 1917, 1923).

Для характеристики заболеваний, предшествовавших пневматозу и в значительном большинстве послуживших его причиной, приведем цифровые данные из работ J. Naeslund (1925) и G. G. Koss (1953).

Первый автор, изучив 96 наблюдений пневматоза, нашел, что заболевания желудка и кишечника были у 63, из них у 33 отчетливо была язва желудка, еще у 17 — частичные симптомы язвы с более или менее выраженными явлениями стеноза привратника; рак желудка — 3; аппендицит — 3; у 18 больных при жизни были различные другие заболевания. В 13 наблюдениях пневматоз был единственной причиной желудочно-кишечных жалоб, из них у 7 — длительные разнообразные диспепсические явления и у 6 — сужения кишечного просвета и тяжелые симптомы непроходимости кишечника.

Таблица 58

Заболевания, предшествовавшие и сопутствовавшие пневматозу, по статистике Коса

Заболевание	Число	%
Заболевания зоны привратника		
Язва желудка и 12-перстной кишки, главным образом со стенозом	117	55
Рак желудка	7	3,3
Другие заболевания		
Туберкулез кишечника	7	3,3
Острый и хронический аппендицит	4	2
Различные заболевания	24	11,2
Нет заболеваний (первичный)	33	15,4
Неизвестно	21	9,8
Всего	213	100

Из табл. 58 видно, что заболевания зоны привратника, прежде всего язва желудка и 12-перстной кишки, являются самыми частыми (58%) причинами появления пневматоза. Аналогичные цифры — около 50% лиц болевших язвой желудка или 12-перстной кишки среди умерших, у которых обнаружен пневматоз, — на основании секционных данных приводят Faltin (1914) — 55%, Hay (1920) — 62,5%, Korelowitz (1924), Weil (цит. по В. В. Алякрицкому, 1926) — 59% и др.

Обратим еще внимание на цифру 13 в первой статистике и в таблице Коса на цифру 33 (15,4%). Эти цифры — число лиц, у которых

отсутствовали предшествовавшие и сопутствовавшие заболевания, — первичный пневматоз. Трудно себе представить, что тот или иной газ может проникнуть через неповрежденную слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта и вызвать такие скопления в тканях, что ставится диагноз «пневматоз». Нужно полагать, что у этих больных во время лапаротомии или даже после смерти, на секции, не был распознан тот первичный очаг заболевания, дефект слизистой оболочки, через который проник в ткани газ.

С другой стороны, следует считаться и с противоположным мнением отдельных авторов, это преимущественно патологоанатомы, которые особенно хорошо могут на секции установить причину смерти. Не найдя другой причины, они ставят диагноз: «первичный пневматоз» и считают его причиной смерти. Faltin (1914) пишет о двух такого рода наблюдениях. По статистике Kopelowitz (1924), из 78 секционных наблюдений, где был обнаружен пневматоз желудочно-кишечного тракта, в 7 наблюдениях он был единственным заболеванием.

Мы лично не признаем неопластическую, инфекционную, химическую, физическую, аллергическую, врожденную теорию, а считаем правильной механическую теорию, наиболее понятно и реально обосновывающую происхождение пневматоза желудочно-кишечного тракта как осложнения некоторых его заболеваний.

По собранной из литературных источников статистике G. G. Koss (1952) приводит следующие данные о локализации пневматоза (табл. 59).

Таблица 59

Локализация пневматоза, по данным Коса

Локализация пневматоза	Сопутствующие заболевания		Всего
	Заболевание зоны привратника	Другие заболевания	
Тонкая кишка, за исключением 12-перстной	66	27	93
Тонкая и толстая кишки	6	0	6
Тонкая кишка и другие местоположения	25	7	32
Тонкая, толстая кишка и другие места	1	2	3
Всего в тонкой кишке и смешанные	98	36	134
Толстая кишка	2	7	9
Слепая кишка и окружающие области	5	29	34
Толстая кишка и другие области	0	4	4
Всего в толстой кишке и смешанные	7	40	47
Различные локализации	14	4	18
Локализация неизвестна	5	9	14
Всего	124	89	213

На основании анализа цифр табл. 59 можно отметить, что заболевания зоны привратника сопутствуют пневматозу в 58,2% наблюдений; пневматоз тонкой кишки в сочетании с другими областями имел

место у 134 больных из 181 (74%) с уточненной локализацией, а пневматоз толстой кишки — у 53 из 181 (30%).

В. Л. Кисилевский (1956) суммировал данные о кишечном пневматозе из отечественной литературы за 1891—1954 гг. За это время 23 авторами описано 26 наблюдений, из них у 20 больных пневматоз обнаружен во время операций, в остальных — на секциях. Мужчин было 18, женщин — 8, отношение 9:4. Язвенная болезнь желудка имела у 17. Возраст больных — от 25 до 74 лет. У 15 человек было монолокальное поражение — только тонкой кишки, у 11 — полилокальное. При суммированном рассмотрении локализации пневматоза, оказалось, что желудок поражен 1 раз, тонкая кишка — 26, толстая кишка — 3, брыжейка — 6, парietальная брюшины — 2.

При поражении пневматозом толстой кишки (А. А. Кадьян, 1902; Б. А. Цайг, 1953; Шермет и Н. С. Ефимшин, 1953 и др.) газ раздувает и стенки червеобразного отростка. Б. А. Цайг наблюдал образование многокамерных пузырей на ножке вследствие проникновения газа в жировые подвески толстой кишки.

Описаны также редкие локализации газовых кист, как в печеночно-двенадцатиперстной связке, в забрюшинных лимфатических узлах (В. А. Гаршин, 1917, 1923; Schnyder — цит. по В. В. Алякрицкому, 1926 и др.). Бывают и другие виды почти казуистического распространения газа через сомнительный дефект эпителия — язву желудка, особенно если она стенозирует привратник. Негмапп (1908, цит. по И. П. Васильеву, 1909) наложил желудочно-кишечное соустье больному по поводу стенозирующей язвы привратника. За время операции он обнаружил пневматоз печеночного угла толстой кишки. Следовательно, газ в этом наблюдении проник по забрюшинному пространству и через брыжейку поперечной ободочной кишки изолированно в печеночный угол. А возможно, это проникновение произошло и через желудочно-ободочную связку. Но что самое интересное — не было пневматоза желудка, 12-перстной кишки, начала толстой кишки, где чаще всего и локализуются пузыри при проникновении газа в ткани через язву желудка. Plenge (1921) наблюдал распространенный пневматоз желудка, тонкой и толстой кишок.

Следует отметить одно странное и не совсем понятное явление. Язва желудка или 12-перстной кишки является самой частой причиной, широкими и открытыми воротами для проникновения газа в ткани органов желудочно-кишечного тракта. В то же время пневматоз желудка наблюдается крайне редко как своеобразная казуистика. В таблице, где G. G. Koss (1952) приводит локализацию пневматоза в 213 суммированных им наблюдениях, даже нет графы «пневматоз желудка». В таблице В. Л. Кисилевского, в которой суммированы 26 наблюдений из отечественной литературы, пневматоз желудка видел один автор (В. Г. Гаршин, 1923). Сюда же можно отнести наблюдения Plenge (1921), В. А. Талантова (1961), И. Н. Шубенко-Гарбузова (1968) и др. Это явление правильнее всего следует объяснить следующим образом. Первичное вдавливание газа в ткани через дефект эпителия (язву желудка, 12-перстной кишки) происходит под влиянием повышенного давления в желудке при стенозе привратника или повышения давления во всей брюшной полости. Дальнейшее продвижение газа в тканях идет не за счет толчка сзади (*vis a tergo*), а, по-видимому, преимущественно в результате перистальтики, следовательно, только в дистальном направлении. Антиперистальтически, в стенку желудка, газ поэтому почти никогда не проникает, правильнее сказать, проникает очень редко. Это высказанное нами предположение о роли перистальтики в продвижении газовых пузырей в дистальном направ-

лении по ходу кишечника подходит для большинства наблюдающихся локализацией пневматоза. А большинство, как показывают цифры, связано с язвой желудка или 12-перстной кишки и локализация пневматоза при этом чаще всего — 12-перстная кишка, окружающие ее ткани, проксимальный отдел тонкой кишки. Это как бы правило, но из правила всегда бывают исключения. Вот и здесь роль перистальтики трудно проследить, или это объяснение совсем не подходит для тех наблюдений, когда при язве желудка газ, минуя 12-перстную и тонкую кишки, распространяется на дистальный отдел тонкой кишки или на различные отделы толстой — слепую, восходящую, поперечную, левую половину с изолированным или распространенным поражением нескольких отделов толстой кишки. Для этих форм распространения пневматоза необходимо искать другие объяснения. Видимо, у каждого больного могут быть индивидуальные условия для распространения газа в виде рыхлости отдельных участков забрюшинной или внутрибрыжеечной, околотолстокишечной клетчатки. При этом толчок сзади остается основной силой для продвижения газа по наиболее рыхлым участкам клетчаточных пространств.

Пневматоз желудочно-кишечного тракта описывается во многих статьях как самостоятельное заболевание. Но это не болезнь *suí generis*, а симптом, осложнение различных заболеваний, при которых газ проникает в слои органов и тканей желудочно-кишечного тракта. Также при язве желудка или 12-перстной кишки прободение язвы нельзя считать самостоятельным заболеванием.

Пневматоз, протекающий без осложнений, чаще всего не вызывает субъективных расстройств, жалоб у больного и является случайной находкой при обследовании больного, а чаще всего при лапаротомии по другому поводу. Если диагноз «пневматоз» будет поставлен, а клиническая картина не внушает опасений, субъективные жалобы незначительны или отсутствуют, то нет никаких оснований активно вмешиваться, то есть производить операцию по поводу одного только пневматоза.

R. Reyna, R. T. Soper, R. E. Condon (1973) наблюдали кишечный пневматоз у 12 человек, из них у 5 — посмертно. Заболевание у них протекало бессимптомно. Трое с пневматозом кишечника умерли от гангрены кишечника и сепсиса. Поражается как тонкий, так и толстый кишечник. Разрыв воздушной кисты можно изредка привести к пневмоперитонеуму, при этом у хирурга создается впечатление прободной язвы.

J. Kristensen (1974) описал больного 64 лет, который был госпитализирован по поводу крови в стуле. При ректороманоскопии было обнаружено много наполненных газом кист в слизистой оболочке. Биопсия — кистозный пневматоз. Рентгенологическим методом кисты обнаружены не только в сигме, но и в нисходящей и в поперечной ободочной кишках.

Приведена таблица, в которой имеются данные о кистозном пневматозе еще двух датских авторов, наблюдавших 6 больных — 1 мужчину и 5 женщин, которым ставили разные диагнозы: опухоль, полипы, колит. Пять больных оперированы, шестого лечили консервативно.

Известно, что различные газы, проникающие в те или иные области и ткани человеческого организма, с разной скоростью, в частности, в зависимости и от количества проникшего газа, в среднем довольно быстро — за 3—5—7—10 суток рассасываются. Реакции организма, местные и общие, при этом бывают самые разнообразные в зависимости от полостей и тканей, в которых поступает газ, и от его количества. Так, несколько миллилитров газа, поступившего через венозную сис-

тому в сердце, могут вызвать мгновенную смерть больного. Введение нескольких десятков миллилитров воздуха в спинномозговую жидкость, обычно в поясничном отделе с диагностической или лечебной целью, и проникновение его в полость желудочков головного мозга вызывает шокоподобную реакцию с падением кровяного давления, учащением пульса, побледнением больного, появлением рвоты, сильной головной боли. Все эти явления снижаются, до полного исчезновения, пока идет рассасывание воздуха. В плевральную и брюшную полость случайно попадает или с лечебной целью вводится (лечебный пневмоторакс, лечебный пневмоперитонеум) до 1—3 и более литров воздуха. При этом реакция бывает очень незначительная — чувство давления и разной степени, обычно умеренные боли в грудной клетке или в брюшной полости, кратковременное, 2—3 суток, повышение температуры тела до 37,3—37,5—37,8°, такое же кратковременное повышение лейкоцитов крови до 10—112,000, РОЭ — до 20—25.

По сравнению со всеми приведенными процессами проникновение газов в толщу органов желудочно-кишечного тракта дает минимальную реакцию, которую при отсутствии субъективных жалоб даже трудно бывает определить. Это тем более трудно сделать, что пневматоз обычно является симптомом, осложнением какого-то предсуществующего процесса, например, язвы желудка, в адрес которого и могут быть отнесены имеющиеся дополнительные микросимптомы, вызванные пневматозом.

Подытоживая краткое рассмотрение вопроса о пневматозе желудочно-кишечного тракта и, в частности о пневматозе толстой кишки, следует сказать, что это — редко встречающееся, неопасное, чаще всего диагностируемое лишь во время операции или на секции осложнение некоторых заболеваний, протекающих с нарушением эпителиального покрова желудка или кишечника.

ЛЕЧЕНИЕ

По поводу пневматоза, даже если этот диагноз поставлен при тщательном обследовании больного, нет необходимости проводить какие-либо специальные лечебные меры. Газ обычно рассасывается в ближайшие дни без особых местных и общих реакций.

Однако иногда пневматоз является основным заболеванием, по поводу которого производится операция (М. Я. Чхеидзе, 1952; Н. А. Шеремет и Н. С. Ефимишин, 1953 и др.). Правда, это чаще всего выясняется не до вмешательства, а лишь во время операции. Очень редко наблюдается нагноение газовых кист (Winands, 1895 г. и др), даже перфорация их в свободную брюшную полость с развитием разлитого или ограниченного перитонита. Это осложнение подлежит лечению по правилам борьбы с явлениями местного или общего перитонита. J. Naeslund (1925) среди 96 наблюдений с явлениями пневматоза 5 раз отметил осложнение этого процесса экссудативным перитонитом. М. В. Алферов (1927) наблюдал самое тяжелое осложнение пневматоза — перфорацию кишечника с последующим развитием перитонита.

Иногда пневматоз, протекающий как осложнение заболевания какого-либо органа брюшной полости, может давать самостоятельные клинические проявления. Устранение пневматоза приводит к ликвидации вызывавшейся им клинической картины заболевания. В качестве подобного примера можно привести краткие данные из наблюдения, описанного И. П. Васильевым (1909).

Больной К. перенес аппендэктомно по поводу острого воспаления червеобразного отростка. Через полгода снова поступил в ту же больницу с жалобами на боли в области слепой кишки и на задержку отправления кишечника. По поводу предполагавшегося спаечного процесса в брюшной полости оперирован вторично... «спаек не оказалось, но часть тонких кишок, длиною около $\frac{1}{4}$ аршина, была занята какою-то опухолью, почти сплошь состоящей из воздушных пузырьков со стенками из очень тонкой брыжины. Жидкости в пузырьках не было совершенно; при надавливании пузырьки исчезали. Типичная резекция тонкой кишки с этой опухолью удалась хорошо и больной поправился». По классификации Вейля это наблюдение можно отнести к псевдоаппендикулярной, точнее — к постаппендикулярной, еще точнее — к постаппендиктомической форме пневматоза. С другой стороны, это же наблюдение может быть отнесено и в опухолеподобную группу. Длина пораженного пневматозом участка кишки равнялась всего 7 см.

В. В. Алякрицкий (1926) также пишет, что иногда при пневматозе «вполне уместна операция лапаротомия с выпусканьем газа, дающая иногда полный успех». По-видимому, имеются в виду те наблюдения, при которых большое число крупных газовых пузырей может вызвать явления частичной или полной непроходимости кишечника. Прокол кист, выпускание газа снижает давление в тканях, ведет к восстановлению проходимости кишечника.

Устранение пневматоза может быть достигнуто не прямым вмешательством на этом участке кишки, удалением его, а путем ликвидации в слизистой оболочке дефекта — язвы, через которую поступает в ткани газ, то есть резекцией той части желудка, где расположена язва.

Г. И. Волков (1960) во время резекции желудка по поводу стенозирующей язвы привратника обнаружил в 60 см от связки Трейтца ограниченный на протяжении 60 см пневматоз тонкой кишки.

Больные, которых оперировали Негтманн, Г. И. Волков, К. А. Грачев (1967), гладко поправились. Были устранены причины пневматоза — язва, стеноз привратника. Газовые пузыри рассосались, пневматоз исчез. Также и в наблюдении Б. А. Цайга — пневматоз исчез через 4 дня после лапаротомии. Исчез пневматоз после лапаротомии, не сопровождавшийся вмешательством на пораженной кишке, у больного, которого описали В. И. Пшеничников и В. И. Журавлева (1932).

Р. Веан с соавт. (1970) сообщили о наблюдавшихся ими 7 больных, страдавших пневматозом толстой кишки, у 2 было диффузное поражение, у 5 — локальное ректо-сигмоидной области. Это поражение авторы считают первичным, характеризующимся с анатомической точки зрения поражением подслизистого и мышечного слоев, но никогда — подсерозного пространства. В отличие от этого поражение пневматозом тонкой кишки, которое чаще всего наступает в результате проникновения газа в ткани через дефект эпителия в виде язвы желудка или 12-перстной кишки, авторы считают вторичным процессом. Диагностика базировалась на ректороманоскопии, рентгеновском исследовании и биопсии. Течение процесса у всех было доброкачественное, и при отсутствии осложнений показания для оперативного вмешательства отсутствовали.

М. Verthon с соавт. (1970) описала 2 женщины в возрасте 55 и 65 лет с одинаковыми симптомами кистозного пневматоза толстой кишки. Больные в течение многих месяцев жаловались на боли в брюшной полости, диарею, ложные позывы на стул. Имелись симптомы частичной кишечной непроходимости. Кистоз диагностирован при рентгеновском исследовании. Выздоровление наступило после резекции у больных пораженных отделов толстых кишок.

Р. Voisin с соавт. (1970) пишет, что пневматоз толстой кишки наблюдается редко и обычно исчезает самостоятельно, без какого-либо лечения. Но бывает и наоборот — после операции появляется рецидив. Из кратко приведенной в статье истории заболевания явствует, что у мужчины 58 лет имелся пневматоз сигмы, который сопровождал

ся кровотечениями и выделением слизи из прямой кишки. Была произведена резекция сигмы. Больной обследован через 5 лет после операции. У него был обнаружен рецидив пневматоза толстой кишки. При ректороманоскопии было видно несколько газовых кист. При биопсии был шум лопания пузырьков. Это единственное в своем роде описание рецидива пневматоза толстой кишки через длительный срок после радикальной операции.

Двух больных кистозным пневматозом толстой кишки наблюдал R. C. Touzard (1971). Одному из них по этому поводу была произведена резекция сигмы, а ввиду сопутствующего калькулезного холецистита — холецистэктомия. У второго выздоровление наступило при консервативном лечении.

Пневматоз органов желудочно-кишечного тракта, по нашему глубокому убеждению, соответствующему мнению многих, даже большинства авторов, писавших по этому вопросу, является не самостоятельным, первичным заболеванием, а вторичным, осложнением какого-либо первичного заболевания этих органов. Тем более это относится к пневматозу толстой кишки — он почти всегда вторичен. Описано небольшое число наблюдений изолированного пневматоза толстой кишки, причина которого была в самой толстой кишке (второе наблюдение М. В. Гольца, 1963; В. В. Тимофеев, 1967 и др.). Газ в различные отделы толстой кишки распространяется из отдаленного дефекта эпителия, например, через стенозирующую язву привратника. И всего одно специальное сообщение нашли мы в литературе по вопросу о пневматозе прямой и толстой кишок — P. Bean et R. Chabanon «Rectum et pneumatose colique», (1972). Автором суммировано 33 наблюдения. Локализация пневматоза была в прямой кишке в 8 наблюдениях (24,2%), в сигме — 30 (90,9%), в левом отделе толстой кишки — 21 (63,6%), в поперечной — 12 (36,3%), в правой половине — 3 (9,1%).

Приведя выше краткие основные сведения о пневматозе желудочно-кишечного тракта, мы ограничимся этим описанием. Литература по вопросу о пневматозе желудочно-кишечного тракта, особенно иностранная, очень обширна. Только в статье G. G. Koss (1952) приведено 275 зарубежных источников. В последующие 25 лет число опубликованных статей более чем удвоилось. Включение в перечень и анализ всей обширной литературы должно было бы вылиться в самостоятельное, большое монографическое исследование. Но пневматоз встречается не часто, тем более толстой кишки, является не самостоятельным заболеванием, а редким осложнением, поэтому для общего знакомства достаточно того, что приведено выше.

Литература

- Абдурахманов Ш. Пневматоз толстого кишечника в сочетании с острым аппендицитом. — Мед. журн. Узбекистана, 1968, 11, 69—69.
- Абрикосов А. И. Кистозный пневматоз кишок, или эмфизема кишечника. — Мед. журн., 1921, 8—9, 489—492; Рефер. мед. журн., 1922, 8—9.
- Адомникэй Г., Онодзей Т., Йоан М. и др. Патогистологические и гистохимические исследования при кистозном пневматозе кишечника. — Румын. мед. обзор., 1967, 4, 26—29.
- Алферов М. В. Воздушные кисты кишечника. Нов. хир. арх., 1927, 13, 50, 2, 261—265; Вест. хир., 1935, 39, 110—111; 115—120.
- Алякрицкий В. В. Случай пневматозного кистоза кишок. — Врач. дело, 1926, 15—16, 1309—1310.
- Вальтман. Три года хирургической работы в деревне. — Практ. врач. 1909, 2—5; Zbl. f. Chir., 1909, 17.
- Васильев И. П. Случай воздушной кисты. — Каз. мед. журн., 1909, 9, 383—418.

- Векслер Д. Б., Торсунова Н. М. О пневматозе желудочно-кишечного тракта в раннем детском возрасте. Тр. Перм. мед. ин-та, 1967, 66, 2, 137—142.
- Веселов Н. И., Бабаев Б. М. К вопросу о пневматозе кишечника. Рефер. докл. науч. конф. Краснояр. мед. ин-та, 1967, 8, 53—55.
- Вишневецкая Л. О. К морфогенезу некоторых форм поражения кишечника у детей раннего детского возраста. Тез. и докл. сесс. ин-та педиатр. совм. с периф. ин-тами и каф. педиатр. М., 1960, 9—10; Совр. пробл. педиатр. и дет. хирургии. М., 1970, 2, 224—235.
- Волков Г. И. Кистовидный пневматоз тонкого кишечника. — Хирургия, 1960, 2, 112—113.
- Гаршин В. Г. Гистологическое исследование нескольких случаев искусственных опухолей у человека. — Харьков. мед. журн., 1917, январь; Вестн. хир., 1923, 3, 7, 91—104.
- Гачкина Е. Г., Полюковский Т. С., Приблюда Б. А. О пневматозе кишечника у детей грудного возраста. Тез. докл. 6 респ. науч.-практ. конф. пат.-анат. и суд. эксп. Карел. АССР. Петрозаводск, 1969, 25—26.
- Гольц М. В. О кистовидном пневматозе кишечника. Тр. по акт. вопр. хир. Егорьевск, 1963, 136—138.
- Грачев К. А. О пневматозе брюшных органов человека. — Хирургия, 1967, 4, 136—139.
- Грицман Н. Н. О пневматозе желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Арх. пат., 1960, 2, 1, 64—70.
- Гуревич П. С., Середина Н. И. О пневматозе кишечника у детей при колэнтерите. — Вопр. охраны мат. и дет., 1964, 9, 8, 20—22.
- Давитая И. П. Механизм образования пневматоза органов брюшной полости. Тез. и рефер. докл. 2 объедин. науч. конф. по пробл. биол. и мед. Кутаиси, 1965, 159—160.
- Дагджи З. М. Воздушные кисты толстого кишечника. — Азербайдж. мед. журн., 1957, 5, 88—89; Хирургия, 1958, 9, 116—118.
- Жалыбина Л. Т., Абакумова А. И. К вопросу о пневматозе кишечника у детей грудного возраста. Тр. Воронеж. мед. ин-та, 1963, 5, 2, 139—142.
- Жуковец А. В. Пневматоз кишечника у детей. Арх. пат., 1959, 21, 2, 66—70.
- Золотавина И. Л., Кармилова В. А. Воздушные кисты тонкой и толстой кишки у детей грудного возраста. — Педиатрия, 1958, 5, 58—61.
- Каган М. И. Эмфизематозные кисты у человека. — Журн. совр. хир., 1928, 3, 2 (14), 313—320.
- Кадьян А. А. Воздушные кисты кишечника. Рус. хир. арх., 1902, 2, 6, 1183—1191.
- Кисилевский В. Л. О кистовидном пневматозе кишечника. — Вест. хир., 1956, 77, 5, 55—62.
- Ковриженко Н. М. К вопросу о пневматозе кишечника у человека. Арх. пат., 1953, 13, 6, 83—86.
- Козлов А. С. Пневматоз толстого кишечника. — В кн.: Сб. науч.-практ. работ Кемеров. обл. клин. больницы, 1967, 2, 61—63.
- Колли. Эмфизема стенки тонких кишок. — Врач. записки, 1895, 4, сент.; Врач, 1895, 41.
- Кристан И. Я. Пневматоз кишечника. — Сов. мед., 1954, 12, 36—37.
- Кусков А. И. О газовой кисте кишок. — Больничная газета Боткина, 1891, 40, 997—1000; 41, 1029—1037.
- Кутубидзе А. И. Воздушные кисты кишечника. — Хирургия, 1949, 8, 78—80.
- Лебедев А. П. О кистовидном пневматозе кишечника. — Сов. мед., 1954, 4, 41—42.
- Лопуховский В. Г. К казуистике пневматоза кишечника у новорожденных. Орган. здравоохран. и клин. мед. на Вольни. Львов, 1969, 98—99.
- Марков А. П. Случай пневматоза тонкой и толстой кишки. Матер. к юб. науч.-практ. конф. Алтайск. краев. комит. о-ва Красного Креста. Барнаул, 1967, 33—34.
- Марковичус Ш., Тамошайтис П. Пневматоз кишечника. Вопр. гастроэнтерологии. Вильнюс, 1968, 216—218.
- Марьяненко Ф. С. Случай воздушной кисты кишечника. — Врач. дело, 1953, 4, 353—356.
- Мелик-Истаелян С. С. Случай воздушной кисты кишечника. Тр. Ереван. мед. ин-та, 1956, 8, 303—306.
- Микельсоар Р., Арро М. Пневматоз кишечника у детей. Nõukoode Eesti Tervishoid, 1966, 2, 121—123.
- Мирончик И. Н. Пневматоз кишечника у новорожденных. — Здравоохран. Белоруссии, 1967, 9, 50—53; Педиатрия, обзор литературы, 1967, 5, 71—77.
- Мишустин С. П. Пневматоз кишечника. Вопр. гастроэнтерологии. Ставрополь, 1966, 488—489.
- Мясников В. К. Случай пневматозного кистоза кишечника. — Сиб. врач. газета, 1913, 8, 86—90.

- Нечаева О. Н. Заворот тонкого кишечника при кистозном пневматозе кишок. — В кн.: Сб. науч. тр. Иванов. мед. ин-та, 1964, 29, 208—212.
- Панков В. И., Коновалова Э. Г. Случай кистозного пневматоза сигмовидной кишки. Науч. тр. Рязан. мед. ин-та, 1967, 32, 211—212.
- Погоуляйко Н. М., Вайсман И. М. Случай кистозного пневматоза кишечника у ребенка двух лет и восьми месяцев. — Клини. хир., 1963, 6, 61—62; Вестн. хир., 1964, 92, 5, 88—90.
- Покотилова К. Е. Воздушная кистозная опухоль тонкой кишки. — Сов. хир., 1963, 7, 106—112.
- Прокопчук В. С. Кистозный пневматоз тонкой кишки. — Клини. мед., 1966, 4, 10, 120—123.
- Пшеничников В. И., Журавлева В. И. Кистозный пневматоз кишок человека. — В кн.: Сб. хир. клин. Казан. мед. ин-та, 1932, 1, 178—182.
- Разинтский Л. Б., Бичковский В. Н., Хазанова Д. Ю. Про пневматоз кишечника у детей. — Педиатрия, акуш. и гин., 1963, 1, 23—25.
- Симбирцева Л. П. и др. К рентгенодиагностике кистозного кишечного пневматоза. — Вестн. рентгенол. и радиол., 1966, 4, 90—92.
- Синельников К. И. Вестн. хир., 1929, 47, 147.
- Софиевко Т. Г. Пневматоз кишечника при колиэнтерите у детей раннего возраста. — В кн.: Сб. тр. Укр. ин-та, охр. мат. и дет. Харьков, 1961, 13, 131—137.
- Спиров В. Е. К вопросу о пневматозном кистозе кишок. Юбилейный сборник В. М. Мыш. Томск, 1925, 182—191; Zorg. Chir., 1927, 38.
- Ступина В. М., Вацуро Г. И. Клинико-морфологическая характеристика пневматоза кишечника у детей раннего возраста. Матер. науч. практ. конф. дет. врачей Молд. СССР. Кишинев, 1966, 78—79.
- Талантов В. А. Кистозный пневматоз желудка. Арх. пат., 1961, 23, 12, 80—82.
- Тимофеев В. В. Пневматоз толстой кишки как причина обтурационной кишечной непроходимости. Матер. 3 науч.-практ. конф. ин-та на базе 32 больницы. Харьков, 1967, 157—158.
- Товмосян А. О. Воздушная киста кишечника. — В кн.: Сб. тр. Ереван. НИИ орт., травм. и восстан. хир. Ереван, 1954, 3—4, 329—332.
- Толчибашев М. А. Воздушная киста кишечника. — Хирургия, 1951, 9, 77—80; Матер. VII съезда хир. Закавказья, Баку, 1967, 7.
- Тулешкин В. И., Хазов П. Д., Журавская З. А. О кистовидном пневматозе кишечника. — Клини. мед., 1967, 45, 1, 128—131.
- Удалова А. И. Пневматоз тонкой кишки. — Вест. хир., 1963, 90, 3, 108—109.
- Фирсов В. Д. Кистовидный пневматоз тонкой кишки. — Клини. мед. 1965, 43, 11, 130—131.
- Форкальфф К. К. Случай пневматоза кишечника. — Вест. хир., 1950, 4, 48—51.
- Хван Ю. Н. Случай кистозного пневматоза тонкой кишки. Тр. 6 науч. сесс. Актюб. мед. ин-та. Алма-Ата, 1967, 334—335.
- Хрисанопуло М. П. Случай пневматоза тонкого кишечника. — В кн.: Медицинская наука — практике. Орел, 1965, 158—164.
- Цайг Б. А. О воздушной кисте кишечника. — Клини. мед., 1953, 31, 8, 85—88.
- Чхеддзе М. Я. Пневматоз кишечника и заворот сигмовидной кишки у больного, страдающего язвенным заболеванием. — Хирургия, 1952, 4, 68—69.
- Шапиро Г. Д. Два случая острого кишечного пневматоза. — В кн.: Сб. науч. тр. врачей обл. больницы и каф. госп. хир. Новосибирск, 1958, 323—325.
- Шеремет Н. А., Ефиминин Н. С. О пневматозе слепой кишки. — Врач. дело, 1953, 1, 67—68.
- Шубенко-Гарбузова И. Н. Пневматоз желудка и 12-перстной кишки. Матер. науч. конф. клин. больницы № 3 и конф. Азерб. ин-та усов. врач. Баку, 1968, 138—139.
- Яковлев А. Я., Беркутова В. Н., Ланский С. М. О пневматозе тонкой кишки. Матер. науч.-практ. конф. врач. Куйбышев. обл., 1967, 122—124.
- Янев (Janev St.). Пневматоз кишечника. — Радиология — диагностика, 1966, 7, 1, 54—59.
- Alford J. E. a. oth. Pneumatosis cystoides intestinalis. Am. J. Surg., 1956, 92, 648—656.
- Alva J., Schuster M. M. Pneumatosis cystoides coli. Gastrointest. Endoscop., 1966, 12, 19—24.
- Anton J. I. a. oth. Pneumatose kystique de l'intestin. J. Intern. Coll. Surg., 1955, 24, 661—668.
- Arzt. Zur Kenntnis der Pneumatosis cystoides des Menschen. Verchangel, Deutsch. Ges. Jahrg., 1910; Frankfurt, Zschr., 1911, VI.
- Babb R. R., Sox H. C. Pneumatosis cystoides intestinalis. Am. J. Gastroenter., 1970, 54, 609—612.

- Banque B. L. F. Luitholdige Kyster i vaeggen of ileum og i hydannet Bindevaez pa samme serosa. Nord. Med. Ark., 1876, 8, 18, 1—15; Schmidts Jahrb. ges. Med. 1877, 174, 4, 151—152.
- Beau P., Demole M. A propos de l'evolution des pneumatoses kystiques sigmoïdiennes. Gastroenterologia (Basel), 1965, 103, 224—232; Arch. Fr. mal. app. dig., 1970, 59, 539—564; 1972, 61, 4—5, 385—390.
- Benson R. E., Ratti G. R. Pneumatosis cystoides intestinalis. Ann. Surg. 1956, 144, 907—912.
- Berti P. Pneumatosis cistica del sygma. Arc. de Vecchi Anat. Patol., 1961, 36, 1043—1055.
- Bettoni J. Contributo allo studio della pneumatosi intestinale cistica. Zorg. Chir., 1927, XH; Osp. maggiore, 1927, 15, June, 155—165.
- Bilger M. Pneumatosis cystoides intestinalis in children. J. Pediatr., 1956, 49, 445—449.
- Botsford T. W., Krakower C. Pneumatosis of the intestine in infancy. J. Pediatr., 1938, 13, 185—194.
- Burhaneddin A. Ein Fall von Pneumatosis intestinalis. Zbl. f. Chir., 1930, 57, March, 647—649; Zorg. Chir., 1930, 50.
- Burn J. I., Jones B. S. Pneumatosis cystoides intestinalis. Brit. Med. J., 1961, 2, 747—749.
- Burt C. A. V. Emphysematous acute abdomen and subcutaneous emphysema from intrarectal operation. Ann. Surg., 1949, 130, 277—280.
- Busson, Bard, Davezac. Pneumatose kystique de l'angle colique gauche. Arch. med. app. dig., 1964, 53, 1327—1329.
- Cenny a. oth. Pneumatosis cystoides. Arch. Surg., 1959, 79, 571—572.
- Ciechanowski. Ueber Darmemphysem. Virchows Arch., 1911, 203, 2.
- Colquhoun J. Intramural gas in hollow viscera. Clin. Radiol., 1965, 16, 71—86.
- Creese P. G. Emphysema of the colon. Gastroenterology, 1951, 19, 75—87.
- Creevey K., Cohen J. L., Riley G. J. Pneumatosis of descending colon. New Engl. J. Med., 1958, 259, Nov., 912—915.
- Crespin. Contribution a l'etude de la pneumatose kystique colique. These Lyon. 1964.
- Culver. Pneumatose intestinales with associated retroperitoneal air. J. A. M. A., 1963, 186, 160—162.
- Dale W. A., Pearse H. E. Gas cysts of the intestines. Surg., Gyn., Obst., 1950, 90, 215—220.
- Davis R. M. Interstitial abdominal emphysema. Calif. Med., 1968, 108, 56—60.
- Demmer. Zur Kenntnis der Pneumatosis cystoides intestini hominis. Arch. kl. Chir., 1914, 104, 2.
- Demole M., Beau P., Herzog A., Nospikel Ph. La pneumatose kystique rectosigmoïdienne de l'adulte. Arch. Fr. mal. app. dig., 1959, 48, 1045—1059.
- Dietz H. Pneumatosis intestinalis. Diss. Bonn, 1965.
- Dohrmann. Pneumatose kystique du grele. Congr. Soc. Intern. Chir., Vienne, 1967.
- Domini R., Motolesse-Lazzoroo, Descovitch P. Il quadro anatomico-clinico delle pneumatosi cistica del grasso nell'eta adulta e infantile. Arch. Ital. Anat. Istol. Pat., 1963, 37, 429—452; Arch. Ital. Mal. App. Dig., 1964, 31, 285—290.
- Doub H. P., Shea J. J. Pneumatosis cystoides intestinalis. J. A. M. A., 1960, 172, 1238—1241.
- Du Vernoy J. G. Aer intestinorum tam sub extima quam intima tunica inclusis. Acad. Scientiarum Imperialis Petropolitane, 1730, 5, 213—218.
- Eisenlohr. Das. interstielle Vaginal-, Derm- und Blasenemphysem cystoides intestinalis. Amer. J. Roentgen., 1963, 89, 720—729.
- Elliot G. B., Elliot K. A. The roentgenologic pathology of so-called pneumatosis cystoides intestinalis. Amer. J. Roentgen., 1963, 89, 720—729.
- Fabris U. La patologia chirurgica pneumatosi cistica mesenterale ed intestinale. Gazz. internaz. med. chir., 1926, 31, 476, 496—536; Ugo-Zorg. Chir., 1927.
- Faltin. Zur Kenntnis der Pneumatosis cystoides intestini. D. Zschr. Chir., 1914, 131, 1—2.
- Finney J. M. T. Gas cysts of the intestine. J. A. M. A., 1908, 51, 1291—1298.
- Fraenkel. Ueber die Aetiologie und Genese der Gasphegmonen... Ergebn. d. all. Path. u. path. Anat., 1902, s. 457.
- Francesconi et Zorzi. Fattori malformativi nella genesi della pneumatosi cistica intestinale. Folia hereditaria et pathologica, 1961, 10, 45—49.
- Gitard M., Bertrand P., Chabanon R. La pneumatose kystique colique. Arch. Fr. mal. app. dig., 1964, 53, 596—601.
- Glidden S. A., Stauffer H. M. Pneumatosis cystoides intestinalis in adult. Radiology, 1953, 60, June, 822—824.

- Griffiths G. J. Pneumatosis cystoides intestinales. *Lancet*, 1955, 2, 905—906; *Brit. Med. J.*, 1955, 1602—1604.
- Groendahl. Ein Fall von Darmemphysem. *D. med. Woch.*, 1908, 21.
- Dronhard. Stenose pylorique par compression extrinseque due a une pneumatose kystique du grell. *Bull. mem. Acad. chir.*, 1960, 86, 425.
- Hahn E. Ueber Pneumatosis Cystoides Intestinorum Hominis und ein Laparotomie behandelten Fall. *D. m. Wschr.*, 1899, 25, 657—660; 40.
- Hardmejer. Pneumatosis cystoides coli und argentafin system. *Gastroenterology*, 1963, 68, 15—18.
- Hay. Ueber Pneumatosis cystoides intestini hominis. *D. Zschr. Chir.*, 1920, 154, 1—4; Ref.: *Zorg. ges. Chir. u. ihre Grenzg.*, 1920, IX, I.
- Holstein. Les cystes gazeux de l' intestin chez l' homme. *Semaine medic.*, 1899, 53.
- Hughes D. T., Gordon K. C. D., Swann J. C., Bolt G. L. Pneumatosis cystoides intestinalis. *Gut*, 1966, 7, 553—557.
- Jackson J. A. Gas cysts of the intestine. *Surg., Gyn., Obst.*, 1940, 71, 675—678.
- Jaeger. Das vaginal und Intestinal Emphysem. *Verhandl. deutsch. pathol. Gesellsch.*, 1906, s. 251; *Arch. f. Wissensch. u. prakt. Tierheilkunde*, 1906, 324; 5.
- Jones J. D. T. Gas cysts of the intestine. *Brit. J. Surg.*, 1948, 36, 49—50.
- Judge D. J., Cassidy J. E., Rice E. C. Intestinal emphysema in infants. *Arch. Path.*, 1949, 48, 206—211.
- Kedrowsky. Pathologisch anatomische Untersuchung eines Falls von Cystitis emphysematosa. *Zbl. f. allg. Path. Anat.*, 1898, 20.
- Kelly J. S., Pope Ch. E. Emphysematous anorectal fistulas. *Dis. Colon, Rectum*, 1963, 6, 5/361—363.
- Kennedy J. G. Pneumatosis intestinalis. *Clin. Radiol.*, 1963, 14, 70—76.
- Keyting W. S., McCarver R. R., Konarik J. L., Daymitt A. L. Pneumatosis intestinalis a new concept. *Radiology*, 1961, 76, 733—741.
- Kohler H., Wurm H. Pneumatosis cystoides rectalis. *Zbl. f. Chirurgie*, 1955, 80, 925—934.
- Kopelowitz. *Virch. Arch.*, 1924, 248, 3.
- Koss G. G. Abdominal gas cysts (pneumatosis cystoides intestinalis). *Arch. Path.*, 1952, 53, 523—549, *Bibl.*
- Kreeger N., Littman L. Pneumatosis cystoides intestinorum. *New Engl. J. Med.*, 1954, 251, 779—781; *Lahey, Cl. Bull.*, 1954, 8, 238—243.
- Kristensen J. K. Pneumatosis cystoides intestinalis. *Acta chir. Scand.*, 1974, 140, 6, 501—504.
- Kushlan S. D. Pneumatosis cystoides intestinalis. *J. A. M. A.*, 1962, 179, 699—702.
- Lamont D. Cystic pneumatosis of bowel. *Glasgow M. J.*, 1929, 111, May, 216—220; *Zorg. Chir.*, 1929, 47.
- Lecoeur. Pneumatose kystique intestinale et sa pathogenie. *These Paris*, 1924.
- Leo C. La pneumocistosi sottoperitoneale. *Arch. ital., chir.*, 1926, 15, 373—412; *Zorg. Chir.*, 1927, 37.
- Lerner H. H., Gazin A. I. Pneumatosis intestinalis. *Am. J. Roent.*, 1946, 56, 464—469.
- Machanszky L. Pneumatosis cystoides intestinalis. *Orvosi hetil.*, 1929, 73, Aug. 31, 878—880; *Zorg. Chir.*, 1930, 4.
- MacGregor, MacKinson. Pneumatosis cystoides intestinalis. *Gastroenterology*, 1958, 35, 201—206.
- MacKay E. R. Pneumatosis cystoides intestinalis. *J. Intern. Coll. Surg.*, 1955, 28, 469—475.
- Mackenzie E. P. Pneumatosis intestinalis. *Pediatrics*, 1951, 7, 537—549.
- Macklin C. C. Transport of air along sheaths mediastinum. *Arch. Int. Med.*, 1939, 64, 915—926.
- Marshak R. H., Lipsay J. J., Friedman A. I. Pneumatosis of the colon. *J. A. M. A.*, 1952, 148, 1416—1417; 1956, 161, 1626—1628.
- Masson P. La Lymphopneumatose kystique. *Ann. anat., path. med. — chir.*, 1965, 2, 541—562.
- Matthews F. J. C. Enteric pneumatosis. *Brit. Med. J.*, 1954, 1, 851—852.
- Mazzoni G., Terano A. Pneumatose kystique. *Int. J. Policlínico Chir.*, 1967, 64, 236—252.
- Mlake. Ueber Pneumatosis cystoides intestini. *Arch. kl. Chir.*, 1911, 95, 2.
- Monod. Broka et coll. Lymphopneumatose kystique du coecum avec invagination intestinale. *Arch. mal. app. dig.*, 1961, 50, 918—926.
- Moore H. D. Diagnosis and natural history of gas cysts of the colon. *Brit. Med. J.*, 1968, 2, 536—537.
- Moore R. A. Intestinale pneumatosis. *Am. J. Dis. Child.*, 1929, 38, 818—823.

- Mori. Ein fall von Pneumatosis cystoides intestini. D. Zschr. Chir., 1907, 88, 4—5—6.
- Mouchet, Gorse. A propos d'un cas pneumatose kystique du colon haute, par colectomie totale. Arch. mal. app. dig., 1959, 48, 69—74.
- Mujahed Z., Evans J. A. Gas cysts of the intestine (pneumatosis intestinalis). Surg., Gyn. Obst., 1958, 107, 151—160.
- Murakami. Ueber Pneumatosis cystoides intestini. Zbl. Chir., 1914., 5, 7; Ref.: Zbl. f. d. ges. Chir. und ihr Grenzgeb., 1914, Y, 7.
- Naeslund J. Zur Kenntnis der Pneumatosis cystoides intestinorum. Thesis, Upsala, I. Mareus, Stockholm, 1924; Zorg. Chir., 1925, 31.
- Neugebauer. Pneumatosis intestini. Bruns Beitr., 1914, 91, 3; Ref.: Zbl. f. allg. Path. u. path. Anat., 1914, 25, 14.
- Novak J., Kudrman I. J. Cystic pneumatosis of the rectosigmoid. Amer. J. Proct., 1967, 18, 382—387.
- Nowicki. Ueber chronische entstehendes Gasemphysem. Lwowski Tygodnik lekarki, 1908, N 41, 42, 43; Virch. Arch., 1909, 198, 1; 1914, 215, 1; 1924, 253.
- Orlandi. Su di un caso di pneumatose intestinale. Gazz. med. di Torino, 1896, p. 781.
- Paris L. Pneumatosis cystoides intestinalis in infancy. J. Pediatr., 1955, 46, 1.
- Pemberton H. W., Smith W. G., Holman C. B. Pneumatosis cystoides intestinalis diagnosed sigmoidoscopically. Am. J. Surg., 1957, 94, 472—477.
- Plachta A., Speer F. D. Mechanism of nonbacterial gastric emphysema. Gastroenterology, 1961, 40, 248—252.
- Pienge. Virchow Archiv, 1921, 231.
- Rachet J. et coll. La pneumatose kystique intestinale. Arch. mal. app. dig., 1949, 38, 318—330.
- Ramos A. J., Powers W. E. Pneumatosis cystoides intestinalis. Amer. J. Roent., 1957, 77, 678.
- Rewerdin. Maladie kistique de l'intestin. Zog. f. ges. Chir., 1925, 29, 455.
- Reyna R., Soper R. T., Condon R. E. Pneumatosis intestinalis. Amer. J. Surg., 1973, 125, 6, 667—671.
- Riester H. E., Eveleth D. F., Iamashiro I. Intestinal emphysema in swine. J. A. Vet. Med. Ass., 1936, 41, 714.
- Romeo J. A. A review pneumatosis cystoides intestinalis. Am. J. Gastroent., 1967, 47, 142—147.
- Rusthauser E., Forouhard B. Axillare and Inguinale Lymphdruesen bei Morbus Whipple und Pneumatosis intestinalis. Schweiz. Z. Path. Bakt., 1957, 20, 98—102.
- Santos Ascarza. Zwei Fälle von Pneumatosis cystica des Darmes. Zog. f. ges. Chir., 1928, 43, 315—316.
- Sauses—Hall P. Pneumatosis cystoides intestini. Gastroenterologia (Basel), 1940, 65, 193—213, 313—340.
- Schorr S. Small intestinal intramural air. Radiology, 1963, 81, 285—287.
- Seror J. Trois cas de pneumatose kystique du grele. Afr. Franc. Chirurgie, 1956, 14, 252—255; 1958, 10, 83—85; Arch. Fr. mal. app. dig., 1970, 59, 6, 335—352.
- Shapiro B. J., Track A. A., Hyers E. Pneumatosis cystoides intestinalis involving the left side of the colon. Canad. Med. Ass. J., 1964, 91, 219—224.
- Snoesmith, Crone W. P. Pneumatose kystique. Brit. II. Surg., 1959, 46, 601—602.
- Smith B. H., Weiter L. H. Pneumatosis intestinalis. Amer. J. Clin. Path., 1967, 48, 455—465.
- Smith W. G., Anderson M. J., Pemberton H. W. Pneumatosis cystoides intestinalis involving left portion of colon Gastroenterology, 1958, 35, 528—533.
- Steinon O. A. Pneumatosis intestinalis the newborn. Am. J. Dis. Child, 1951, 81, May, 651—663.
- Stoll et coll. Pneumatose kystique intestinale. J. Chir., 1962, 83, 235—242.
- Swerdlow H. Pneumatose cystoides intestinalis. Dis. Colon., Rectum, 1964, 7, 306—308.
- Tazi. La pneumatose kystique de l'intestin. These Paris, 1956.
- Thorpe G. J. Pneumatosis cystoides intestinalis associated with abdominal carcinomatosis. Postgrad. Med. J., 1965, 41, 41—42.
- Touzard R. C. Pneumatose kystique du colon. Chirurgie, 1971, 97, 411—418.
- Urban H. Anatomische und roentgenologische Befunde bei der Pneumatosis cystoides intestini. Fortschr., Roentgenstrahl., 1957, 55, 231—241.
- Urban K. Ueber Pneumatosis cystoides intestinirum. Wien. Med. Wschr., 1910, 60, 1750—1755; Zbl. Chir., 1910, 49.
- Wanach R. Arch. Kl. Chir., 1922, 119, 2, 309—320; Ref.: Zog. Chir., 1921, XI, 2.

- Welch C. E., Jones C. M. Emphysematous gastritis. *N. Engl. J. M.*, 1947, 237, 983—985.
- Whittle J. P. Pneumatosis cystoides intestinalis. *Ann. Intern. Med.*, 1960, 53, 395—403.
- Williams M. J., Sutherland D. H., Clark C. G. Lymphosarcoma of the small intestine with a malabsorption syndrome and pneumatosis intestinalis. *Gastroenterology*, 1963, 45, 550—557.
- Winands. Ueber einen Fall von Gascysten in der Darmwand und in peritonitischen Pseudomembranen. *Zieglers Beitrage*, 1895, 17; *Beitr. path. Anat.*, 1898, 17, 38.
- Witkowsky L. A. a. oth. Gas cysts of the intestine. *Surgery*, 1955, 37, 959—962.
- Wright A. W. The local effect of the injection of gases into the subcutaneous tissues. *Am. J. Path.*, 1930, 6, 87—124.
- Yunich A. M., Fradkin N. F. Fatal sprue (malabsorption) syndrome intestinalis cystoides secondary to extensive. *Gastroenterology*, 1958, 35, 212—217.
- Zuhair Muhaje, Evans J. A. Pneumatose kystique intestinale. *Surg., Gyn. Obst.* 1958, 107, 151—160.

ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора	3
Глава XXI. Трещины заднего прохода	4
К истории вопроса	4
Общие данные	11
Этиология и патогенез	11
Патологическая анатомия	17
Клиника и диагностика	18
Лечение	26
Консервативные методы	27
Тепловые водные процедуры — 27. Физиотерапевтические процедуры — 27. Прижигания — 28. Обезболивающие и противоспазматические средства — 29. Присыпки — 29. Мази — 29. Свечи — 29. Клизмы — 30. Диета — 32	
Активные неоперативные методы	33
Насильственное расширение сфинктера заднего прохода — 33. Инъекции масляных и анестезирующих веществ — 36. Инъекции хинин-мочевины — 38. Новокаиново-спиртовая блокада — 39	
Оперативное лечение	47
Иссечение трещины и зашивание образовавшейся раны — 48. Рассечение трещины и сфинктера — сфинктеротомия — 49. Операция Габриэля — 57. Другие, в том числе комбинированные методы — 59.	
Еще некоторые собственные данные	63
Литература	68

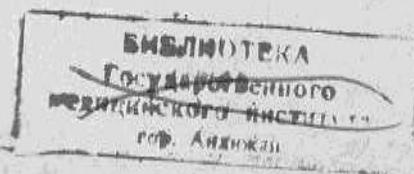
Глава XXII. Прокталгия. Невралгия прямой кишки	77
К истории вопроса	77
Этиология и патогенез	79
Нейровегетология	82
Патологоморфологические исследования	87
Клиника и диагностика	89
Лечение	96
Заключение	105
Литература	106
Глава XXIII. Копчиковая боль. Кокцигодия	117
Этиология и патогенез	118
Патологическая анатомия	129
Классификация	130
Клиника и диагностика	132
Лечение	143
Собственный опыт в изучении и лечении кокцигодии	153
Литература	174
Глава XXIV. Зуд заднего прохода	183
Этиология	184
Патогенез	189
Патологическая анатомия	191
Состояние нервного аппарата перианальной кожи при зуде	192
Обследование больных и течение заболевания	196
Состояние кожи, окружающей задний проход	200
Лечение	204
Лечение основного заболевания — 205. Гигиенические мероприятия — 205. Рациональная диета — 206. Местно медикаментозные средства — 207. Присыпки — 208. Примочки — 208. Медикаментозные средства общего действия — 209. Физиотерапевтические средства — 212. Рентгенотерапия и физические методы — 212. Воздействие на нервную систему — 213. Курортное лечение — 213. Инъекционные методы — 214. Техника блокады, разработанная В. Л. Головачевым — 218. Комбинированные методы — 226.	
Заключение	229
Литература	230
Глава XXV. Функциональные нарушения деятельности прямой кишки	240
Недержание кишечного содержимого — энкопрез	241
Лечение функциональных видов недержания кишечного содержимого	246

Устранение первичного страдания — 246. Медикаментозное лечение — 246. Физioterапeвтические методы — 246. Механическая обтурация — 247. Гидротерапия — 247. Электротерапия — 247. Грязелечение — 250. Тренировка сфинктера по Духанову — 250. Суггестивотерапия — 250.

Собственные данные	251
Литература	252
Запоры с точки зрения хирурга	253
Болезнь Гиршпрунга	254
Истоки и история развития учения о болезни Гиршпрунга	254
Этиология и патогенез	255
Теория аганглиоза	257
Клиническая картина и диагноз	259
Лечение	271
Консервативные методы — 271. Хирургическое лечение — 275. Показания и противопоказания — 280. Подготовка больных к операции — 281. Операция Свенсона — 284. Абдоминальный этап операции — 287. Промежностный этап операции — 288. Оценка методов радикального оперативного лечения — 290.	
Наблюдения нашей клиники	299
Телескопический метод В. И. Веретенкова — 302. Техника третьей модификации эвагинационного метода операции по Веретенкову — 308. Отдаленные результаты оперативного лечения — 316.	
Литература	318
Хронические «хирургические» запоры у взрослых. Мегаколон	335
Классификация хирургических запоров	337
Болезнь Гиршпрунга у взрослых	339
Парезы и параличи желудочно-кишечного тракта	339
Скрытый мегаколон	342
Вторичный мегаколон	347
Лечение	352
Консервативное лечение — 352. Насильственное растяжение сфинктера — 353. Хирургическое лечение — 354. Фиксация различных отделов толстой кишки — 359	
Наблюдения нашей клиники	363
Литература	373
Глава XXVI. Дисторфофобия в проктологии	384
Литература	387

Глава XXVII. Пластические операции в проктологии	388
Классификация пластических операций	392
Восстановление или создание управляемого сфинктера прямой кишки путем использования соседних мышц	395
Пластика сфинктера с использованием больших ягодичных мышц	397
Мышечно-фасциальная пластика с использованием больших ягодичных мышц	409
Пластика сфинктера с использованием нежных мышц бедра	415
Пластика сфинктера с использованием мышц, поднимающих задний проход	423
Пластика сфинктера с использованием длинных приводящих мышц бедра	428
Пластика сфинктера с использованием прямой мышцы бедра	431
Пластика сфинктера с использованием луковично-пещеристых мышц	432
Восстановительные операции при травматических деформациях и нарушениях функции прямой кишки	433
Восстановление сфинктера при линейных его повреждениях	435
Литература	454
Замещение прямой кишки	460
Восстановление дефектов прямой кишки	464
Литература	467
Образование искусственного влагалища из прямой кишки	468
Литература	475
Образование искусственного мочевого пузыря из прямой кишки	476
Литература	487
Пересадка мочеточников в прямую кишку	489
Развитие учения о пересадке мочеточников в прямую кишку и роль отечественных ученых в этом вопросе — 489. Классификация методов пересадки мочеточников в кишечник — 519	
Собственные наблюдения	527
Заключение	529
Литература	533
Глава XXVIII. Пневматоз толстой кишки	545
К истории вопроса	545
Сущность заболевания и теории его происхождения	547
Патологическая анатомия	549
Клиническая картина и диагностика заболевания	552
Лечение	559
Литература	561

158442



ИБ № 273

Аминев Александр Михайлович

РУКОВОДСТВО ПО ПРОКТОЛОГИИ

ТОМ 4

Редакторы Н. Е. Петропольская,

Л. Е. Гольдштейн

Художественный редактор Е. В. Альбокринов

Технический редактор Э. К. Яшина

Корректор Э. И. Щербакова

Сдано в набор 28.II.1978 г. Подписано в печать
12.VI.1979 г. Б001223. Формат 70×108^{1/8}₆
Бум. № 2. тип. Литературная гарнитура. Печать
высокая. Печ. л. 36. Усл. п. л. 50,4. Уч.-изд. л.
58,35. Тираж 5000 экз. Цена 6 р. 40 к. Заказ 1570.

Куйбышевское книжное издательство,
г. Куйбышев, ул. Спортивная, 5/27.

Тип. изд-ва «Волжская коммуна»,
г. Куйбышев, пр. Карла Маркса, 201.