

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

А. Т. Хубезов, В. А. Васин, Д. А. Хубезов, А. В. Подъяблонский

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Проанализирован опыт лечения 47 больных с повреждениями прямой кишки, на основании чего разработана тактика хирургического лечения ректальных ранений.

Механические повреждения прямой кишки относятся к числу тяжелых травм желудочно-кишечного тракта, нередко осложняющихся перитонитом, массивными кровотечениями, нагноительными процессами параректальной клетчатки, развитием анаэробной инфекции. По некоторым литературным источникам [1, 5] они встречаются в 1-5% всех повреждений органов брюшной полости.

Этиология повреждений прямой кишки разнообразна. Это огнестрельные и ножевые ранения, тупые травмы живота, повреждения инородными телами, повреждения при падении на острые предметы, медицинские манипуляции и др. [1, 2, 5, 6, 7, 8, 9]. В зависимости от этиопатогенетических механизмов повреждений и многочисленных осложнений, разнообразна и тактика хирургического пособия, так как при этом имеет значение локализация травмы, степень повреждения, сообщение с параректальной клетчаткой и степень распространенности воспалительного процесса.

Если при внутрибрюшинных повреждениях прямой кишки тактика хирурга, как правило, едина и заключается в ушивании раны прямой кишки, санации и дренировании брюшной полости зачастую с наложением колостомы выше повреждения [1, 3, 8], то при внебрюшинных повреждениях тактика хирурга разнообразна в зависимости от характера и, естественно, требует

индивидуального подхода в каждом конкретном случае [1, 4, 7, 8, 9]. Ряд авторов [5] рекомендует наложение противоестественного заднего прохода в качестве операции выбора и при внутрибрюшинном и при внебрюшинном ранении прямой кишки. В связи с тем, что при лечении больных данного профиля иногда допускаются тактические ошибки, мы решили поделиться опытом нашего подхода к лечению этой тяжелой патологии.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 47 человек с повреждениями прямой кишки. Из них с внутрибрюшинным повреждением – 15 и с внебрюшинным – 32.

По механизму травмы: у 10 больных отмечено падение на острые предметы, 2 – травма сжатым воздухом, у 2 – ножевые ранения, у 1 – ранение рогом коровы. Травма при изнасиловании получена 4 больными, травма прямой кишки при постановке клизмы самим пострадавшим у 1 больного (вместо кружки Эсмарха использовал водопроводный кран), повреждение проглоченными инородными телами у 5 больных, остроконечным предметом, введенным в кишку – у 3. У 6 больных повреждение нанесено огнестрельным оружием. Особого внимания заслуживают травмы, полученные при медицинских манипуляциях (ятрогенная патология). Таких пациентов было 13,

из них у 8 человек травма нанесена при постановке клизмы, у 1 во время ректороманоскопии. У 2 при фиброколоноскопии, у 1 — при электрокоагуляции полипов прямой кишки и у 1 больной при гинекологических манипуляциях.

Результаты и их обсуждение

Наиболее тяжелые повреждения имели место при падении на острые предметы. У 10 больных этой группы значительных изменений в области заднего прохода не отмечалось, однако, повреждающий предмет проходил через задний проход в прямую кишку, наносил тяжелые повреждения, проникая через ее стенку в брюшную полость или в забрюшинную клетчатку.

Хирургическое пособие в этих случаях заключалось в проведении лапаротомии, санации и дренировании брюшной полости, ушивании раны прямой кишки и наложении петлевой сигмостомы. У 6 больных этой группы выполнено широкое дренирование параректальной клетчатки через раны промежности с иссечением некротических тканей или же через дополнительные разрезы в перианальной области. У 3 больных этой группы отмечалось профузное кровотечение из параректальной или подбрюшинной клетчатки. Кровотечение было остановлено перевязкой внутренней подвздошной артерии на стороне повреждения.

Необходимо отметить, что тактика лечения больных с огнестрельными ранениями прямой кишки в принципе не отличалась от тактики лечения механических повреждений. При получении травмы прямой кишки во время изнасилования у 2 пациентов выполнялась обработка раны, ушивание поврежденного сфинктера и при необходимости дренирование раны без наложения колостомы. Больные выздоровели.

При повреждении прямой кишки сжатым воздухом у одного больного имело место ранение не только прямой, но и ободочной кишки. Пострадавший поступил спустя сутки после травмы в крайне тяжелом состоянии. Спасти его

не удалось из-за тяжелого разлитого перитонита. Второй больной с подобной патологией поступил через 6 часов после нанесения травмы. Ему выполнена лапаротомия, произведено ушивание раны кишки, санация и дренирование брюшной полости, наложение петлевой сигмостомы. В последующем сигмостома была закрыта и больной выздоровел.

Повреждения прямой кишки во время медицинских манипуляций является нередким осложнением, заслуживающим большого внимания. Данная патология относится к так называемым ятрогенным заболеваниям. Таких больных под нашим наблюдением было 13. У двух из них повреждение было нанесено во время фиброколоноскопии и диагностировано сразу же. Хирургическое вмешательство было выполнено через 20 минут. Рана ушита. Наступило выздоровление. У второго пациента, страдавшего неспецифическим язвенным колитом, во время операции рана была ушита, а выше повреждения наложена петлевая сигмостома. В последующем наступило выздоровление.

Отмечается увеличение частоты травм прямой кишки при постановке клизм медицинским персоналом. Таких больных было 8. Повреждения чаще наносилось при использовании стеклянных клизменных наконечников (6 чел.), несколько реже пластиковыми (2 пациента). При этом отмечалась характерная клиническая картина. Во время повреждения появлялись сильные боли в прямой кишке, которые вскоре стихали и нередко больной и медицинский работник не придавали этому значения. Но затем, примерно через 24-48 часов, в прямой кишке вновь появлялись боли, нередко слабые или же последние вовсе отсутствовали, но повышалась температура тела до 39-40 градусов, возникал озноб, и состояние больных постепенно ухудшалось. Развивалась клиническая картина флегмоны тазовой клетчатки. Нередко процесс протекал как неклостридиальная анаэробная инфекция. Своевременная диагностика этого повреждения запаз-

дывала. Операция в этих случаях заключалась в наложении петлевой сигмостомы, широких разрезах со стороны промежности и вскрытии тазово-прямокишечной клетчатки. Проводилась мощная антибактериальная терапия, некрэктомия. Эффективной оказалась гипербарическая оксигенация. Состояние больных постепенно улучшалось, и больные выздоравливали. Однако один больной из этой группы умер от тяжелых осложнений.

При повреждении прямой кишки проглоченными инородными телами (5 чел.), как правило, возникала картина ишиоректального парапроктита с развитием обширного гнойно-некротического процесса в клетчатке. Больные этой группы, помимо соответствующего лечения, получали гипербарическую оксигенацию. Летальных исходов в данной группе не было.

Таким образом, нами описана краткая клиническая характеристика различных повреждений прямой кишки у 47 пациентов. Повреждения носили разнообразный по этиологии и механизму характер.

Выводы

1. При повреждениях прямой кишки ниже тазовой диафрагмы необходимо выполнить хирургическую обработку раны, ушивание поврежденного анального жома и дренирование промежностной раны.
2. При повреждениях прямой кишки выше мышц тазового дна, при подбрюшинных повреждениях, целесообразно выполнить лапаротомию, выведение петлевой сигмостомы, хирургическую обработку промежностной раны, ушивание раны прямой кишки и дренирование раны промежности.
3. При внутрибрюшинных повреждениях прямой кишки хирургическое вмешательство включает в себя: лапаротомию, выведение петлевой сигмостомы, ушивание раны прямой кишки и дренирование брюшной полости.

4. При массивных кровотечениях из параректальной клетчатки в ряде случаев рекомендуется перевязка внутренней подвздошной артерии соответствующей стороны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буценко В.Н., Камеристый Г.А., Резниченко В.И. Тактика хирурга при повреждениях прямой и ободочной кишок // Клинич. хирургия. – 1985. – №4. – С. 51-53.
2. Воробьев Г.И., Проценко В.М., Саламов К.Н. Огнестрельное ранение крестца и прямой кишки // Хирургия. – 1994. – №9. – С. 50-51.
3. Гусейнов Т.М. Диагностические и тактические ошибки при внутрибрюшинных травматических повреждениях прямой кишки в мирное время // Клинич. хирургия. – 1980. – №2. – С. 37-38.
4. Канделис Б.А. // Неотложная проктология. – М.: Медицина, 1980. – 186 с.
5. Куликов Л.К., Зайчук И.П., Манн В.Л., Привалов Ю.А. Диагностические и тактические ошибки в хирургии повреждений прямой кишки // Вестн. хирургии им. Грекова. – 1993. – №5-6. – С. 97-101.
6. Ревской А.К., Войновский Е.А., Клипак В.М. Огнестрельные ранения прямой кишки // Хирургия. – 1997. – №9. – С. 4-7.
7. Фидрус Е.И. Диагностика и лечение закрытых повреждений внутрибрюшинной части прямой кишки // Хирургия. – 1968. – №9. – С. 35-37.
8. Яновой В.В., Орлов С.В., Назаров А.А. Внебрюшинные повреждения прямой кишки, тактика хирурга // Актуальные вопросы проктологии: Тез. докл. Всесоюз. конф. – Киев; М., 1989. – С. 138-139.
9. Thomas D.D., Levison M.A., Dykstra B.J. Management of rectal injuries, Dogma versus practice // Am. Surg. – 1990. – Vol. 56, №8. – P. 507-510.

SURGICAL POLICY IN RECTAL INJURIES

A.T. Khubezov, V.A. Vasin., D.A. Khubezov.,
A.V.Podyablonsky

The experience of management of 47 patients with rectal injuries is reviewed. The authors have developed a policy for surgical treatment of injuries of the rectum