

УДК 616.351-001.4-089

**ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВНЕБРЮШИННЫХ  
ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

*Д.И. Веселов*

Рассмотрена важная проблема неотложной колопроктологии с демонстрацией актуального способа лечения пациента с внебрюшинным повреждением прямой кишки.

*Ключевые слова:* ранение прямой кишки; хирургическое лечение.

---

**MEDICAL AND DIAGNOSTIC TACTICS IN EXTRA PERITONEAL INJURIES  
OF THE RECTUM (CLINICAL REPORT)**

*D.I. Veselov*

The article is devoted to the important issue of urgent coloproctology with a demonstration of the current method of treatment of the patient with extra peritoneal rectal injury.

*Keyword:* rectal injury; surgical treatment.

Степень распространения повреждений ободочной и прямой кишок (ПК) составляет от 10 до 27 % в структуре огнестрельных ранений живота и таза в мирное время [1], а в военных конфликтах значения этих показателей – от 33 до 61 %, при этом в последнее время отмечается увеличение частоты повреждений толстого кишечника [2]. Ранения прямой кишки встречаются довольно редко, они связаны с высоким риском развития осложнений и смерти [3]. Внутривнутрибрюшинные повреждения ПК отмечаются в 37–44,5 % случаях, внебрюшинные – у 55,5–57,5 % пострадавших, сочетание повреждений отмечается с частотой 5,5–6 % [4].

Ранения прямой кишки и промежности представляют собой сложную проблему неотложной абдоминальной хирургии, что объясняется их механогенезом, сложностью ведения таких ран и последствий травмы. До настоящего времени отсутствует единая тактика, определяющая выбор адекватного объема операции и рационального способа вмешательства [5].

От 46,3 до 75 % выполняемых при этом операций завершаются формированием колостомы, что приводит к отсроченному восстановлению естественной проходимости кишечника [6]. Технические сложности закрытия колостомы у данной категории пострадавших обуславливают высокую частоту гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде – от 24 до 30 %, при этом

частота несостоятельности швов анастомоза составляет до 13 %.

До настоящего времени ввиду отсутствия единой тактики лечения повреждения прямой кишки идет активная дискуссия по поводу наложения колостомы на отключение у пациентов с внебрюшинным повреждением прямой кишки.

*Пациент Д., 55 лет, история болезни № 18950-2016, находился на стационарном лечении в ГКБ № 67 им Л.А. Ворохобова с 24.03.2016 г. по 02.04.2016 г. Пациент поступал по каналу “самотек” с жалобами на боли в области заднего прохода и нижних отделах живота. Выделение крови из ануса. Со слов пациента 22.03.2016 г. около 17:00 упал на острый край ножки стула. Самостоятельно удалил инородный предмет, после стал отмечать выделение крови из ануса. На следующий день появилась боль в области ануса и нижних отделов живота. 24.03.16 г. был осмотрен врачом-проктологом и после обратился в приемное отделение. Состояние при поступлении средней степени тяжести, повышенного питания, кожные покровы нормальной окраски, гемодинамика стабильная АД 190/90 мм рт. ст. температура тела 37,6 °С. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки. Не вздут. При пальпации мягкий, чувствительный при пальпации в нижних отделах живота. Перитонеальных симптомов нет. Дизурии нет.*

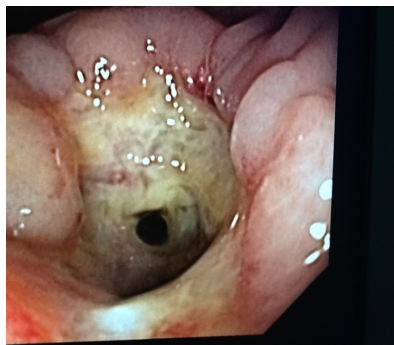


Рисунок 1 – По передней стенке прямой кишки округлый дефект стенки до 1 см диаметром (при поступлении)



Рисунок 2 – Ректоскопия при выписке



Рисунок 3 – Через 7 дней после выписки

**Местно:** перианальная область без патологии.  
**Ректально:** пальцевое исследование болезненное. Тонус сфинктера нормальный. По передней стенке на высоте около 8–9 см определяется округлой формы дефект стенки прямой кишки до 1 см в диаметре. Раневой канал проходит через все стенки прямой кишки и направлен проксимальнее и параллельно кишке. На перчатке следы крови.

После осмотра и дообследования в условиях приемного отделения, включавших в себя ОАК, ОАМ, ЭКГ, рентген органов грудной клетки и брюшной полости, определение группы крови и резус-фактора, АС, ПСС, УЗИ органов брюшной полости, консультацию хирурга, уролога, терапевта, пациент был госпитализирован в отделение колопроктологии.

Выполнена ректороманоскопия, при которой на высоте около 9 см по передней стенке прямой кишки выявлен округлый дефект стенки до 1 см диаметром (рисунок 1).

**Установлен диагноз:** Внебрюшинное повреждение прямой кишки.

**Сопутствующие заболевания:** гипертоническая болезнь 2 ст., ожирение 2 ст.

24.03.2016 г. под в/в наркозом выполнена ревизия прямой кишки. ПХО раны. Дренажирование параректальной клетчатки. Продолжительность операции составила 30 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений. С 25.03.2016 г. после удаления тампонов из п/о раны установлена система вакуумной аспирации (Висма Планар В-40А) сроком на 72 часа. Проводилась антибактериальная, симптоматическая терапия. За

время госпитализации признаков нагноения параректальной клетчатки не выявлено и повторных оперативных вмешательств не потребовалось. Продолжительность госпитализации составила 9 койко-дней. При выписке выполнена контрольная ректоскопия (рисунок 2). Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. После выписки спустя 7 и 14 дней пациент приходил на повторный осмотр и выполнение ректороманоскопии (рисунок 3). Осложнений выявлено не было.

#### Литература

1. Шугаев А.И. Травма прямой кишки в мирное время / А.И. Шугаев, А.М. Ерастов, Д.В. Дворянkin // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11: Медицина. 2013. № 1. С. 127–133.
2. Алиев С.А. Огнестрельные ранения толстой кишки / С.А. Алиев, З.А. Салахов // Хирургия. 2009. Т. 14. № 1. С. 14–19.
3. Cleary R.K., Pomerantz R.A., Lampman R.M. Colon and rectal injuries // Dis. Colon Rectum. 2006. Vol. 49. P. 1203–1222.
4. Jean-Claude R.G., Mortensen N., Rouche B. Anorectal and Colonic Diseases. Springer, 2010. 818 p.
5. Гуманенко Е.К. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: руководство для врачей / Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 672 с.
6. Петров В.П. Колостомы при огнестрельных ранениях толстой кишки / В.П. Петров, Н.А. Ефименко, Е.В. Михайлова // ВМЖ. 2001. Т. 322. № 7. С. 19–30.