

DOI: 10.29296/25877305-2018-03-20

## СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕБРЮШИННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПРЯМОЙ КИШКИ

**К. Покровский**, доктор медицинских наук,  
**А. Черепанин**, доктор медицинских наук, профессор,  
**Д. Веселов**,  
**А. Додица**, кандидат медицинских наук  
Городская клиническая больница №67 им Л.А. Ворохобова  
**E-mail:** dim-veselov@yandex.ru

*Проведен анализ результатов хирургического лечения пациентов с внебрюшинными повреждениями прямой кишки.*

**Ключевые слова:** хирургия, ранение прямой кишки, хирургическое лечение, вакуумная система аспирации.

**Для цитирования:** Покровский К., Черепанин А., Веселов Д. и др. Способы лечения больных с внебрюшинными повреждениями прямой кишки // Врач. – 2018; 29 (3): 79–81. DOI: 10.29296/25877305-2018-03-20

По данным отечественной и зарубежной литературы, за последние десятилетие вследствие технического прогресса, увеличения числа локальных военных конфликтов, ухудшения криминогенной обстановки отмечается тенденция к росту травматизма, что приводит к увеличению общего числа больных с политравмой, в том числе – с повреждением ободочной и прямой кишки, которое ранее наблюдалось у 3% пациентов, а в настоящее время составляет до 7% всех абдоминальных травм. В зависимости от высоты повреждения стенки прямой кишки различают ранения внебрюшинные (56%), внутрибрюшинные (38%) и комбинированные (6%). Единый подход к способам диагностики, тактике ведения, мерам профилактики гнойно-воспалительных осложнений отсутствует. Не определены и показания к способам хирургического лечения таких больных.

Нашей целью было провести анализ результатов хирургического лечения пациентов с внебрюшинными повреждениями прямой кишки.

В связи с целью работы авторы поставили перед собой следующие задачи:

- определить этиопатогенетические, клинические и топографоанатомические характеристики внебрюшинных ранений прямой кишки, а также показания к разным видам хирургического лечения;
- сравнить результаты лечения пациентов в зависимости от способа хирургического вмешательства.

За период с января 2010 г. по сентябрь 2016 г. в Городской клинической больнице №67 им Л.А. Ворохобова пролечены 43 пациента с внебрюшинными ранениями прямой кишки, составивших 2 группы. С января 2010 г. по декабрь 2013 г. 23 пациентам (1-я группа) с внебрюшинными ранениями прямой кишки выполняли первичную хирургическую обработку (ПХО) раны с широким дренированием раневого канала; с января 2014 г. по сентябрь 2016 г. 20 пациентам (2-я группа) проводилась ПХО раны, дополненная применением вакуумной системы аспирации.

Все пациенты, вошедшие в исследование, получили изолированную травму внебрюшинного отдела прямой кишки.

У пациентов с тяжелой сочетанной травмой, с повреждением  $\geq \frac{2}{3}$  окружности прямой кишки, перитонитом формировали колостому.

Подавляющее большинство больных были мужского пола. Возраст пациентов – от 19 лет до 81 года (в среднем –  $38,5 \pm 12,8$  года).

Этиология (механизм) повреждения:

- колото-резаные ранения – у 34 пациентов (ранения инородным телом, ятрогенные повреждения);
- тупая травма прямой кишки – у 8;
- огнестрельные ранения – у 1.

По высоте (высоту измеряли по отсечкам на жестком ректоскопе) повреждения распределились так:

- нижеампулярный отдел прямой кишки и анальный канал – у 27 пациентов;
- среднеампулярный и верхнеампулярный отделы прямой кишки – у 16.

Сроки поступления пациентов в стационар после получения травмы:

- до 3 ч – 31 пациент;
- до 6 ч – 6;

- в первые 24 ч – 3;
- >24 ч – 3.

Локализация раны по отношению к анальному каналу:

- с повреждением запирающего аппарата – 17 пациентов;
- без повреждения запирающего аппарата – 26.

Программа предоперационного обследования включала в себя:

- опрос пациента со сбором анамнеза заболевания и жизни;
- общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, гемокоагулограмму;
- ЭКГ;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки, брюшной полости;
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза;
- компьютерную томографию органов брюшной полости по показаниям;
- ректороманоскопию (колоноскопию);
- введение противостолбнячного анатоксина.

Объем оперативного вмешательства в 1-й группе заключался в ПХО раны и широком дренировании раневого канала.

ПХО раны выполняли стандартными хирургическими инструментами. При промежностно-прямокишечных ранениях рассекали поврежденную кожу, подкожную жировую клетчатку, мышцы ягодичной области и промежности до достижения дна раневого канала таким образом, чтобы можно было визуально определить состояние окружающих тканей, локализацию раневого канала по отношению к полым органам, уретре и костям копчика. При выявлении дополнительных гнойно-воспалительных полостей выполняли их широкое вскрытие и дренирование. Иссечение достоверно нежизнеспособных тканей, свободно лежащих фрагментов тканей производили с выполнением гемостаза с помощью электрокоагулятора и лигатурным способом. При трансанальном повреждении прямой кишки ПХО заключалась в рассечении кожи промежности и широком дренировании раневого канала до его верхнего края. При обнаружении дефекта кишки последнюю ушивали полиглактиновой нитью на круглой игле сечением  $\frac{2}{3}$ . При повреждении запирающего аппарата прямой кишки производили сфинктеропластику, если пациент поступил в срок до 12 ч с момента травмы. После достижения гемостаза раневой канал тампонируют стандартными хирургическими салфетками. Рану закрывали асептической салфеткой.

С января 2014 г. по сентябрь 2016 г. у 20 пациентов (2-я группа) нами производилась ПХО раны, дополненная вакуумной системой аспирации с помощью медицинского портативного отсасывателя «В-40А дренажный Висма-Планар» (см. рисунок).



Отсасыватель медицинский портативный «В-40А дренажный Висма-Планар»

В остальном ПХО производили по описанной выше методике. После иссечения нежизнеспособных тканей и гемостаза в дно раны устанавливали полихлорвиниловый дренаж из стандартного набора. Рану ушивали редкими швами послойно с расположением в подкожной жировой клетчатке стандартной абсорбирующей губки; кожу тоже ушивали редкими швами с шагом 3 см. Рану закрывали стандартной полупроницаемой пленкой с фиксированным портом для подключения вакуумной системы аспирации.

### ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Все больные в ближайший послеоперационный период с целью обезболивания получали кетопрофен (кетонал) – 100 мг по 2,0 мл внутримышечно. У больных, у которых операция была закончена тампонирующей раны, перевязки выполняли ежедневно с йодопероном, с 3-х суток после операции – с применением мази левомеколь. Далее оценивали местные (гиперемия, отек, наличие и характер отделяемого, боль) и общие изменения (температура тела, лабораторные показатели).

Во 2-й группе (с применением вакуумной системы аспирации) 1-ю перевязку выполняли не менее чем через 72 ч после операции. Далее после снятия мембраны, удаления абсорбирующей губки оценивали состояние раны. При отсутствии некрозов, раневого экссудата, воспалительных инфильтратов под внутривенным потенцированием ушивали кожный дефект. В противном случае продлевали срок дренирования еще на 72 ч. Использовали вакуумную систему аспирации минимум в течение 3 сут, максимум – до 9 сут.

Из 20 больных, пролеченных с использованием вакуумной системы аспирации, у 12 дефект кишки и глубина выполнения ПХО не превышали 5 см от ануса; у них потребовалось одноэтапное применение вакуумной аспирации; у 6 пациентов, у которых дефект кишки располагался выше 5 см, применялась двухэтапная вакуумная аспирация с интервалом в 3 дня; 2 пациентам потребовалось не более 3 сеансов вакуум-терапии.

Средние сроки госпитализации составили в 1-й группе 14 дней, во 2-й – 9. В 1-й группе заживление раны вторичным натяжением наступило на 20–22-е сутки послеоперационного периода, во 2-й группе – на 12–14-е сутки.

Эффективность применения вакуумной системы аспирации состояла в уменьшении площади раны, появлении грануляций в зоне операции; эти изменения доказаны исследованием биологического материала из самой глубокой точки в зоне ПХО.

Во 2-й группе ни одному пациенту не потребовалось повторной хирургической обработки раны. В 1-й группе 3 больных нуждались в повторной хирургической обработке раны с широким дренированием параректальной клетчатки. Показанием к повторной хи-

рургической обработке послужило прогрессирование гнойно-воспалительных явлений с формированием парапроктита.

Эффективность вакуумной аспирации обусловлена созданием условий для адекватного дренирования полости раны из более глубоких слоев промежности, что снижает частоту осложнений и повторных операций. Частота повторной хирургической обработки ран при этом уменьшается на 12%.

Анализ показал, что:

- чаще всего повреждения прямой кишки возникают у лиц мужского пола наиболее трудоспособного возраста;
- у подавляющего большинства больных ранения прямой кишки возникли вследствие колото-резаного повреждения стенки прямой кишки;
- сроки обращения за специализированной медицинской помощью у большинства больных составили до 24 ч с момента получения травмы;
- чаще (у 28 больных) наблюдались ранения прямой кишки в нижеампулярном и среднеампулярном отделах;
- у подавляющего большинства больных повреждения прямой кишки были промежностно-кишечными;
- применение вакуумной системы аспирации позволило избежать развития гнойно-воспалительных осложнений в ране во всех наблюдениях, что значительно снизило сроки стационарного лечения.

\*\*\*

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

### Рекомендуемая литература

Демидов В.А. Хирургическая тактика при изолированной и сочетанной травме толстой кишки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2007; 26 с.

Зайчук И.П., Цыбиков С.Г., Усольцев Ю.К. Хирургическая тактика при повреждениях прямой кишки // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. – 2007; 4: 81.

Алиев С.А., Салахов З.А. Огнестрельные ранения толстой кишки // Хирургия. – 2009; 14 (1): 14–9.

Коплатадзе А.М., Ким С.Д. Травматические повреждения прямой кишки при медицинских процедурах и манипуляциях. Мат. 2-го съезда колопроктологов России. Уфа, 2007; с. 54–5.

Михайлов А.П., Данилов А.М., Рыбакова Е.В. и др. Ранения ягодичной области // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2006; 165 (1): 101–6.

### TREATMENT METHODS FOR PATIENTS WITH EXTRAPERITONEAL RECTAL INJURIES

*K. Pokrovsky, MD; Professor A. Cherepanin, MD; Professor D. Veselov; A. Doditsa, Candidate of Medical Sciences  
L.A. Vorokhobov City Clinical Hospital Sixty-Seven*

*The authors analyze the results of surgical treatment in patients with extraperitoneal rectal injuries.*

*Key words: surgery, rectal wound, surgical treatment, vacuum aspiration system.  
For citation: Pokrovsky K., Cherepanin A., Veselov D. et al. Treatment methods for patients with extraperitoneal rectal injuries // Vrach. – 2018; 29 (3): 79–81. DOI: 10.29296/25877305-2018-03-20*