



Я.С. Березницький,
В.В. Гапонов, В.П. Сулима,
С.Л. Маліновський,
І.В. Ющенко

ТРАВМИ ПРЯМОЇ КИШКИ ТА ПРОМЕЖИНИ, КЛАСИФІКАЦІЯ, ДОСВІД ЛІКУВАННЯ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

© Колектив авторів

Резюме. У роботі наведена розроблена в клініці клініко-статистична класифікація травм прямої кишки та промежини, яка відображає всі складові елементи травматичного пошкодження. Згідно класифікації проведено розподіл хворих та аналіз лікування 35 пацієнтів. Прийнята тактика дозволила досягти задовільних результатів лікування пошкоджень прямої кишки.

Ключові слова: пряма кишка, пошкодження, класифікація, лікування.

Вступ

Незважаючи на сучасний розвиток медицини пошкодження прямої кишки залишаються досить складною проблемою як в проктології, так і в загальній хірургії. Загальна летальність травмованих с пошкодженням черева при політравмі досягає 60 %, при посттравматичній перфорації товстої кишки летальність досягає 30 % [1, 3, 4]. Пошкодження прямої кишки є складною проблемою по декільком причинам. По-перше, у зв'язку з можливістю розвитку гнійно-запальних процесів у порожнині малого тазу та перитоніту; по-друге, із-за пошкодження анального сфінктера з подальшим розвитком порушень його функції; по-третє, із-за досить частих сполучених пошкоджень прямої кишки та оточуючих органів (сечостатевої системи, кісток тазу) [5, 6]. В післяопераційному періоді у таких хворих важливою проблемою також є відновлення природнього пасажу кишкового вмісту після накладення колостом та відновлення утримуючої функції анального сфінктера.

Матеріали і методи досліджень

У 2006-2012 рр. в обласному проктологічному відділенні КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня Д.О.Р.», яке є базою кафедри хірургії № 1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», знаходилось на стаціонарному лікуванні 35 хворих з травмами прямої кишки. Чоловіків було – 22, жінок – 13, вік хворих коливався від 19 до 47 років. Для діагностики характеру пошкоджень крім фізикальних методів застосовували дослідження прямої кишки ректальним дзеркалом та ректороманоскопію.

При формулюванні клінічного діагнозу на кафедрі хірургії №1 ДМА МОЗ України розробили та використовували в роботі наступну клініко-статистичну класифікацію травм прямої кишки та промежини [2].

S36.6 Травма прямої кишки

Макет клінічного діагнозу: $\{B_x\}$ травма прямої кишки, $\{E_x\}$, $\{R_x\}$, ускладнена $\{O_x\}$

Вид травми:

B_1 – відкрита непроникаюча $\{L_x\}$;

B_2 – відкрита проникаюча $\{L_x\}$;

L_1 – колото-різана;

L_2 – рвана;

L_3 – забита;

L_4 – вогнепальна;

B_3 – закрита $\{L_x\}$

L_1 – баротравма;

L_2 – стороннє тіло.

Етіологія:

E_1 – при пораненні промежини;

E_2 – при пораненні сідничної ділянки;

E_3 – при пораненні черевної стінки;

E_4 – при медичних маніпуляціях;

E_5 – при переломах кісток тазу;

E_6 – при впливі стисненим повітрям;

E_7 – при статевих стосунках;

E_8 – під час пологів;

E_9 – при вилученні стороннього тіла.

Поширенність травми:

R_1 – з проникненням у черевну порожнину;

R_2 – позаочеревинні ушкодження стінки кишки;

R_3 – з $\{Q_x\}$ ушкодженням сфінктера;

Q_1 – повним;

Q_2 – неповним.

Ускладнення:

O_1 – перитоніт;

O_2 – заочеревинна флегмона;

O_3 – флегмона навколопрямокишкової клітковини.

Результати досліджень та їх обговорення

Відповідно до розробленої класифікації:

– Відкритих непроникаючих колото-різаних травм прямої кишки без проникнення у черевну порожнину при пораненні промежини було 3, з них у одного хворого було повне ушкодження сфінктера. Цим хворим була виконана первинна хірургічна обробка рани з ушиванням місця поранення серозної оболонки, у випадку з ушкодженням сфінктера



провели зашивання дефекту сфінктера. У післяопераційному періоді рани у цих хворих лікувались відкритим способом.

— Відкритих проникаючих колото-різаних травм прямої кишки без проникнення у черевну порожнину при пораненні сідничної ділянки було 4. Таким хворим була проведена первинна хірургічна обробка ран з ушиванням дефекту кишки та виведенням сигмостоми. Рани промежини лікували відкритим методом.

— Відкритих проникаючих колото-різаних травм прямої кишки при пораненні черевної стінки було 2. Хворим виконували ушивання дефекту кишки з виведенням сигмостоми.

— Закритих травм прямої кишки стороннім тілом з пошкодженням слизової оболонки було 15. Після зупинки кровотечі таких хворих вели за допомогою мазевих ректальних тампонів.

— Закритих травм прямої кишки стороннім тілом з пошкодженням слизово-підслизового шару було 3. У них проводили зашивання дефекту слизово-підслизового шару, в післяопераційному періоді призначали мазеві ректальні тампони.

— Закритих рваних травм прямої кишки стороннім тілом з пошкодженням ректовагінальної перегородки було 3. Цим пацієнтам була виведена сигмостома та виконана первинна хірургічна обробка ран піхви та прямої кишки з пластикою ректовагінальної перегородки.

— Закрита травма прямої кишки стороннім тілом з позаочеревинним ушкодженням стінки кишки та сечового міхура була 1. Хворому накладена сигмостома та епіцистостома, проведено широке дронування параректальної клітковини.

— Закритих травм прямої кишки стороннім тілом з позаочеревинним ушкодженням стінки кишки було 2. Пацієнтам була накладена сигмостома та проведено дронування параректальної клітковини з боку пошкодження кишки.

— Закритих травм прямої кишки стороннім тілом з проникненням у черевну порожнину та розвитком тазового серозно-гнійного перитоніту було 2. Цим хворим була проведена лапаротомія, ушивання ушкодження та формування сигмостоми, санація та дронування черевної порожнини.

Більшість хворих з травмами прямої кишки без проникнення у черевну порожнину надходили в стаціонар у перші години після травмування, що давало змогу виконати при проведенні первинної хірургічної обробки ра-

ни ушивання дефекту кишки, якщо він був. Обов'язково після ушивання дефекту кишки накладали колостому. Рани промежини при всіх видах травмування велись як при гострих парапроктитах, відкритим шляхом. У 18 хворих при закритих травмах прямої кишки стороннім тілом з пошкодженням слизової оболонки або слизової оболонки з підслизовим шаром сторонні тіла знаходились у порожнині кишки. Вилучення стороннього тіла з прямої кишки проведено під місцевою анестезією у 10 хворих, у 8 хворих для його вилучення знадобилась внутрішньовенна анестезія, у одного з цих хворих для видалення стороннього тіла виконана лапаротомія. Двоє хворих надійшло у лікарню з клінікою гострого перитоніту. Цим хворим після передопераційної підготовки виконана лапаротомія. Після розкриття черевної порожнини при ревізії встановлений дефект внутрішньочеревного відділу прямої кишки ушивали, виводили сигмостому, виконували санацію та дронування черевної порожнини.

Хворі з травмами прямої кишки та промежини в післяопераційному періоді отримували антибактеріальну та протизапальну терапію, знеболюючі засоби, перев'язки. При наявності колостом пацієнти з перших днів після виведення стоми користувались калоприймачами. По стиханню запальних процесів призначали комплекс вправ для відновлення утримуючої функції анального сфінктера. Після загоєння ран на промежині пацієнтам з колостомами оперативним шляхом відновлювали природній пасаж кишкового вмісту. При лікуванні травм прямої кишки летальних випадків не спостерігалось, у всіх хворих результати лікування задовільні.

Висновки

1. Запропонована клініко-статистична класифікація травм прямої кишки та промежини практична у використанні і дає змогу відобразити всі складові елементи травматичного пошкодження.

2. Успіх лікування травм прямої кишки залежить від адекватно вибраної лікувальної тактики та об'єму втручання.

3. Наявність проникаючих травм прямої кишки є показанням для накладення колостом та адекватного дронування параректальної клітковини.

4. Застосована тактика лікування травм прямої кишки та промежини дозволяє досягати задовільних результатів лікування.



ЛІТЕРАТУРА

1. Бисенков Л.Н. Неотложная хирургия груди и живота / Л.Н. Бисенков. – СПб, 2006. – 560 с.
2. Мішалов В.Г. Лекції з госпітальної хірургії / В.Г. Мішалов. – К. : Видавничий дім «Асканія», 2008. – Т.3.– 494 с.
3. Романенко А.Е. Закрытые повреждения живота / А.Е. Романенко. – К. : Здоров'я, 1977. – 336 с.
4. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з хірургічною патологією органів живота та грудної клітки (відомча інструкція) / упорядник проф. Я.С. Березницький. – Київ, Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2008. – 308 с.
5. Хірургія (базовий підручник). Том 3 (книга 2) / за ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2011. – 784 с.
6. Шапошников Ю.Г. Повреждения живота / Ю.Г. Шапошников, Е.А. Решетников, Т.А. Михопулос. – М. : Медицина, 1986. – 256 с.

ТРАВМЫ ПРЯМОЙ КИШКИ И ПРОМЕЖНОСТИ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

**Я.С. Березницький,
В.В. Гапонов, В.П. Сулима,
С.Л. Малиновский,
И.В. Ющенко**

Резюме. В работе приведена разработанная в клинике клинко-статистическая классификация травм прямой кишки и промежности, которая отображает все составные элементы травматического повреждения. Согласно классификации проведено распределение больных и анализ лечения 35 пациентов. Принятая тактика позволила достичь удовлетворительных результатов лечения повреждений прямой кишки.

Ключевые слова: *прямая кишки, повреждения, классификация, лечение.*

TRAUMAS OF A RECTUM AND A PERINEUM, CLASSIFICATION, TREATMENT

**Ya.S. Bereznytsk`yy,
V.V. Gaponov, V.P. Sulyma,
S.L. Malinovskij, I.V. Yushenko**

Summary. In work the clinic and statistic classification of traumas of a rectum and a perineum developed in department of surgery 1 which displays all components of traumatic damage is resulted. According to classification distribution of patients and the analysis of treatment of 35 patients is spent. Accepted tactics has allowed reaching satisfactory results of treatment of damages of a rectum.

Key words: *traumas of a rectum and a perineum, clinic and statistic classification, treatment.*