

МИТРОШЕНКО А. Я.
(Витебск)

К ВОПРОСУ О РАНЕНИИ ТАЗА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Основной задачей хирурга является предупреждение тех многочисленных осложнений, которые представляют часто серьезную угрозу не только здоровью раненого, но и его жизни. Своевременно и правильно выполненное хирургическое вмешательство является важным фактором в профилактике осложнений, в лечении раненых, в уменьшении инвалидности и смертности. Об этом следует помнить при всех ранениях вообще и при ранениях таза — в частности.

Статистика ранений таза неточна, так как часть их относят к тазобедренному суставу, хотя в действительности имеется большее повреждение тазовых костей. Еще большей неточностью отличаются ранения таза с повреждением прямой кишки. Интраперитонеальные ранения прямой кишки относят к ранениям живота.

По данным Штейнфельда, основанным на материале первой мировой войны, ранения таза встречались в 4,34% случаев; такие же данные приводит Куприянов для санитарных учреждений войскового тыла. На долю ранений таза с повреждением прямой кишки, по данным Куприянова, приходится 0,1% случаев. Этот, казалось бы, малый процент повреждений прямой кишки всё же вынуждает изучить эти повреждения, так как, по словам профессора Гирголава, «при этих ранениях только у 20 — 25% можно рассчитывать на восстановление трудоспособности, восстановление же боеспособности кажется сомнительным».

Прямая кишка имеет длину от 13 до 15 см. Анатомически в ней различают два отдела: 1) тазовый отдел, 2) анальный отдел. Но с точки зрения хирургической патологии и тактики поведения в ней следовало бы различать три отдела: 1) анальный отдел, 2) тазовый отдел, непокрытый брюшной, и 3) тазовый отдел, покрытый брюшиной.

В отношении тазового отдела прямой кишки нужно отметить, что брюшинный покров не охватывает всей его окружности. Остается свободной от брюшинного покрова вся задняя поверхность, большая часть боковых поверхностей и почти половина передней поверхности. Некоторое значение в увеличении этого непокрытого брюшиной тазового отдела прямой кишки имеет увеличение предстательной железы и наполнение мочевого пузыря. При этих условиях высота дна пузырно-прямо-кишечного углубления увеличивается на 1—2 см, следовательно, увеличивается и тазовый отдел прямой кишки, не покрытый брюшиной. По Корнингу, наполненная прямая кишка может занимать больше половины малого таза.

Диагностика ранений таза с повреждением прямой кишки нетрудна. При слепых ранениях приходится обращать внимание на болезненные позывы к испражнению, боли при акте дефекации, кал в ране и кровь в кале; при сквозных же ранениях, кроме этого, приходится обращать внимание на ход раневого канала.

Очень важным в диагностике ранений прямой кишки является пальцевое ректальное исследование. При пальцевом исследовании удается почти всегда при повреждении прямой кишки определить судорожное сжатие сфинктера прямой кишки, резко болезненное его расширение и кровяное отделяемое. Кроме этого, при ректальном исследовании удается определить положение раны на стенке прямой кишки. В некоторых случаях пальцевое исследование настолько болезненно, что приводит к шоку, вследствие чего ему должно предшествовать подкожное или внутривенное введение морфинов.

Ранения таза с повреждением прямой кишки наблюдались нами довольно часто.

Какова же тактика поведения была в наблюдаемых нами случаях ранений прямой кишки? При ранениях анального отдела пользовались рассечением раневого канала с рассечением сфинктера прямой кишки кзади по направлению к копчику. При ранениях тазовой части прямой кишки пользовались, кроме рассечения раневого канала, наложением противореставционного заднего прохода на сигмовидную кишку. Чем раньше эти оперативные вмешательства производились, тем легче протекали тяжелые ранения. Ранения анального отдела прямой кишки наблюдались в 58% случаев, ранения тазового отдела прямой кишки, не покрытого брюшиной, в 42% случаев. Обе эти группы раненых в основном были обработаны в хирургическом отношении на предыдущих этапах, только в 24 случаях они подвергались оперативным вмешательствам на нашем этапе, а именно: в 14 случаях был наложен противореставционный задний проход на сигмовидную кишку, в 8 случаях было произведено рассечение сфинктера, в 2 слу-

чаях — закрытие противоестественного заднего прохода сигмовидной кишки путем резекции ее.

Больные с наложенными противоестественными задними проходами обыкновенно концентрировались в отдельных палатах, лежали без повязок под каркасами, сами выполняли необходимый туалет и мы не наблюдали ни у одного из них каких-либо раздражений кожи в области противоестественного заднего прохода.

Инфицирование раневого канала каловыми массами при рассечении сфинктера и некоторые сомнения в смысле восстановления функции сфинктера были причиной того, что в последнее время работы мы и при ранениях анального отдела прямой кишки стали прибегать к наложению противоестественного заднего прохода на сигмовидную кишку с обязательным рассечением раневого канала.

В пользу наложения противоестественного заднего прохода при ранениях таза с повреждением прямой кишки нас склоняли конечные исходы у наблюдаемых нами двух больных, которые нам удалось провести в условиях фронтового тыла. Приводим краткие выписки из историй болезни.

1 случай. З-в, 32 лет, ранен 21. 9-1943 г. осколком мины в правую ягодицу. 22. 9 в МСБ рана рассечена. Диагностировано ранение тазовой части прямой кишки, из раны выделяется кал и газы. На 4 день наложен противоестественный задний проход на сигмовидную кишку. Через 2 месяца — 23. XI — рана на ягодице зарубцевалась.

На 6 день после заживления раны — I.XII операция закрытия калового свища путём резекции сигмовидной кишки с наложением анастомоза конец в конец. Концы соединены одноэтажными узловатыми швами. Гладкое послеоперационное течение с первичным заживлением.

4. I-1944 г., через 101 день после ранения, выписан из госпиталя в хорошем состоянии с полным восстановлением акта дефекации.

2 случай. М-ка, 32 лет, ранен 16. I-1944 г. осколком артефакта в левую ягодичную область. 16. I в МСБ рассечено входное отверстие. В СЭГ поступил на 5 день — с диагнозом: слепое ранение осколком артефакта в левую ягодичную область с повреждением прямой кишки. При исследовании прямой кишки обнаружена на левой стенке ее на высоте 6 см несколько кзади рана, свободно пропускающая конец указательного пальца. На левой ягодице в нижнем квадрате рана 5 × 4 см. Из раны обильное выделение кала. В ране видны некротические ткани. В тот же день наложен противоестественный задний проход на сигмовидную кишку (Митрошенко).

25. I из раны ягодицы выделялись куски некротизирован-

шейся клетчатки, но в глубине раны еще видны некротические ткани.

30. I кровотечение из раны на ягодиче. Кровяные сгустки удалены, кровотечение остановилось, перелито 250,0 крови, внутривенно—хлористый кальций. Кровотечение в дальнейшем не повторилось. Гладкое течение с хорошей функцией противоестественного заднего прохода. Через 2 месяца после ранения — 19. III — рана в ягодичной области зарубцевалась. Через 1 месяц после заживления и через 3 месяца после ранения — 19. IV операция (Митрошенко) — резекция сигмовидной кишки вместе с каловым свищем, анастомоз конец в конец с наложением одноэтажных узловатых швов. Гладкое послеоперационное течение, заживление первичным натяжением.

21. V, на 124 день после ранения, больной выписан в хорошем состоянии.

Как в первом, так и во втором случаях срок пребывания в госпитале бесспорно мог быть сокращен, но его при таком тяжелом ранении следует считать небольшим.

В кратком описании операций было указано, что при резекции сигмовидной кишки были наложены одноярусные узловатые швы. Всем известна флора толстого кишечника и поэтому при оперативных вмешательствах на толстых кишках каждый хирург старается шить «прочнее», т. е. в два или три яруса, тем более, что просвет толстой кишки не дает оснований к образованию сужений при наложении многоярусных швов. Но стремление к прочности путем увеличения количества рядов швов затягивает операцию, травмирует кишечник на месте анастомоза и иногда не обеспечивает надлежащего склеивания стенки кишки вследствие нахождения между ними сгустков крови или крупинок кала.

Еще в мирное время приходилось наблюдать, что швы, наложенные при операциях на кишечник, при повторных операциях не обнаруживались. Очевидно, они прорезывались и проваливались в просвет кишки. Прорезыванию швов способствует инфекция. Отсюда вывод и задача, которая стоит перед оперирующими, — это облегчение процесса прорезывания в просвет кишечника наложенных при операции швов. Этого можно достигнуть путем завязывания швов со стороны слизистой, вследствие чего узлам не нужно будет прорезываться через все слои в просвет кишки.

Методика резекции калового свища сигмовидной кишки была следующая:

1) Опорожнение кишечника перед операцией путем назначения на протяжении двух дней голодной диеты и слабительных.

2) Непосредственно перед операцией уже на операцион-

ном столе проляблирующая слизистая сигмовидной кишки погружалась в просвет кишки и удерживалась тампоном.

3) После подготовки операционного поля делалось два овальных разреза кожи и подкожно-жировой клетчатки вокруг противоестественного заднего прохода. Кожные лоскуты отсепаровывались и сшивались непрерывным швом над анусом.

4) Брюшная полость вскрывалась у верхнего отдела ануса.

5) С помощью ножа анус вместе с покрывающими его двумя овальными кожными лоскутами отсекался, как опухоль, от брюшной стенки, и сигмовидная кишка выводилась в рану.

6) Наложение кишечного зажима на приводящий конец кишки на 3 см выше от линии предполагаемого рассечения кишки.

7) перевязка брыжейки сигмовидной кишки.

8) Рассечение сигмовидной кишки проксимальнее и дистальнее свища с последующим протиранием просветов в кишке влажными сулемовыми шариками и смазывание слизистой раствором подной настойки.

9) Накладывание узловатых швов через все слои с участка, где прикрепляется брыжейка, с завязыванием узлов со стороны слизистой (укол и выкол со стороны слизистой).

10) Накладывание узловатых швов идет поочередно — то на передней, то на задней поверхностях сигмовидной кишки.

11) Остающийся участок в полтора сантиметра должен находиться на стороне, противоположной прикреплению брыжейки, и закрывается он наложением 2—3 обычных серозно-мышечных швов.

12) Захватывать стенку кишки в узловатый шов нужно не менее, чем на 1 см от края.

13) Расстояние между узловатыми швами не более 0,5 см. На основании наблюдаемых нами ранений таза с повреждением прямой кишки и указанных выше двух случаев полного излечения последствий ранения прямой кишки, нельзя делать каких-либо заключений, но все-таки приходится отметить, что:

а) Наложение противоестественного заднего прохода на сигмовидную кишку при ранениях прямой кишки является спасительной операцией.

б) Рассечение сфинктера заднего прохода при ранениях прямой кишки есть операция, иногда дающая стойкую инвалидность (недержание кала).

в) При ранениях таза должно найти применение не рассечение входного и выходного отверстий, а по возможности рассечение раневого канала.

г) При ранениях таза должно найти широкое распространение пальцевое исследование прямой кишки.

д) С противоестественным задним проходом на сигмовидной кишке раненый должен подвергаться радикальному оперативному вмешательству.

е) Однорядный узловатый шов при резекции толстого кишечника обеспечивает достаточную прочность соустья, укорачивает время операции, менее травматичен и дает хороший исход.