

УЩЕМЛЕНИЕ ВЫПАВШЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Климентов М.Н.¹, Луппов Д.С.², Махмутова Э.Р.³

¹Климентов Михаил Николаевич – кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра факультетской хирургии;

²Луппов Дмитрий Степанович – студент;

³Махмутова Элиана Руслановна – студент,
лечебный факультет,

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Аннотация: в работе представлено описание клинического наблюдения выпадения прямой кишки, осложнившееся ущемлением прямой кишки.

Ключевые слова: выпадение прямой кишки, промежностная резекция прямой кишки, сигмостома.

Выпадение прямой кишки — редкое заболевание. Среди всех колопроктологических больных выпадение прямой кишки встречается у 0,3 — 5,2%. Мужчины страдают почти в 2 раза чаще, чем женщины.

Различают несколько основных причин выпадения прямой кишки: слабость сфинтера заднего прохода и мышц промежности; слабость связочного аппарата прямой кишки; своеобразная грыжа дугласова пространства; инвагинация вышележащих отделов прямой кишки; наследственная неполноценность соединительной ткани (у больных с выпадением прямой кишки нередко выявляются признаки «слабости соединительной ткани» — грыжи, варикозное расширение вен, варикоцеле, плоскостопие и др.).

Существуют две основные теории механизма выпадения прямой кишки: грыжевая теория и теория хронической идиопатической инвагинации. По грыжевой теории петли тонкой кишки, смещающиеся при повышении внутрибрюшного давления в низкорасположенное пузырно(маточно)-прямокишечное углубление, на фоне слабости мышц тазового дна расширяют межлеваторные пространства и смещают вниз вначале переднюю, а потом и остальные стенки прямой кишки. Прямая кишка, выпадающая через заднепроходный канал, образует вместе с тазовой брюшиной своеобразный грыжевой мешок. Таким образом, выпадение прямой кишки представляет из себя, как бы промежностную грыжу: воротами является задний проход, а грыжевыми внутренностями — вывернутая, сложенная вдвое прямая кишка, а нередко и находящиеся между ее стенками петли тонкого кишечника. По инвагинационной теории повторяющееся смещение сигмовидной кишки в прямую приводит к ослаблению подвешивающего и поддерживающего аппарата прямой кишки, образующееся «внутреннее» выпадение со временем превращается в наружное. Иногда может инвагинироваться прямая кишка. Лишь после выхода прямой кишки наружу вдоль нее могут опускаться петли тонкой кишки. Выделяя в каждом конкретном случае ведущую причину, следует помнить, что ни одна из вышеприведенных причин и механизмов никогда не наблюдается в изолированном виде [1].

Следовательно - выпадение прямой кишки, является не только полиэтиологичным заболеванием, но и разным по механизму возникновения. Следует учесть возраст, сопутствующую патологию, стадию развития заболевания, степень инконтиненции, состояние компенсации функции мышц тазового дна и имеющихся осложнений.

К осложнениям выпадения прямой кишки относят: эрозивно-язвенный и гиперпластический проктит (преимущественно выпадающей части); прямокишечные кровотечения; малигнизацию вследствие повторных травм и хронического воспаления слизистой оболочки; разрыв выпавшей кишки (редкое осложнение); ущемление выпавшей прямой кишки которое может сопровождаться ущемлением выпадающих петель тонкой кишки и в крайнем варианте приводит к некрозу «промежностной грыжи», развитию перитонита.

Ущемление выпавшей прямой кишки возникает, как правило, на ранних стадиях, когда функция наружного сфинктера еще сохранена. Сдавление, выпавшей кишки, вызывает нарушение венозного, а затем и артериального кровообращения, приводит к некрозу выпавшей части, в далеко зашедших случаях развивается перитонит. Иногда при ущемлении выпавшей кишки развиваются симптомы инвагинационной непроходимости кишечника.

Только при учете всех факторов можно выбрать тактику лечения, выбрать объем и способ оперативного вмешательства.

Операция выбора при ущемлении выпавшей прямой кишки в ургентной хирургии является ее промежностная резекция. Операция резекции выпавшей прямой кишки впервые произведена Ricord (1833). Детально разработал и описал ее J. Mikulicz (1888). Она состоит в резекции, выпавшей через анус кишки с послойным циркулярным восстановлением ее стенки по всему периметру и последующим

вправлением. Эта операция не нашла широкого применения (смертность достигала 20%). Так же при ущемлении и некрозе выпавшей части кишки выполняется операция Альтмеера. Принцип операции Альтмеера при выпадении прямой кишки - промежностная полностенная резекция прямой кишки, включая лигирование сопутствующих сосудов остающихся дистальных отделов прямой кишки с формированием ректоанального анастомоза.

Приводим клиническое наблюдение выпадения прямой кишки, осложнившееся ущемлением и некрозом прямой кишки. Больной Н., 51 года, переведен из ЦРБ с диагнозом «Выпадение прямой кишки с ущемлением и некрозом слизистой». Развитие заболевания: пациент считает себя больным «давным-давно», конкретных сроков не помнит. Заболевание началось с выпадения прямой кишки после дефекации, при ручном пособии она легко вправлялась. При физической нагрузке, при натуживании прямая кишка не выпадала. Позднее стал отмечать выделение крови при дефекации, вначале прожилками, затем со сгустками, иногда при попытке дефекации выделялась только кровь, без кала. Объем отделяемой крови вместе с калом постепенно увеличивался. В феврале 2016 года, пациент после акта дефекации не смог вправить прямую кишку, обратился в ЦРБ, откуда был направлен в проктологическое отделение 1 РКБ. При поступлении обнаружена выпавшая прямая кишка длиной 15 см, темно-вишневого цвета, отечная, диаметром до 15 см. Симптомов непроходимости нет. Попытки вправления не удалось. По срочным показаниям пациенту выполнена промежностная резекция прямой кишки с формированием сигмо-ректального анастомоза, который был вправлен в прямую кишку. На 7 сутки после операции стал отмечать боли внизу живота и повышение температуры до 38⁰С. При исследовании прямой кишки обнаружена несостоятельность анастомоза, флегмона малого таза, в связи с чем выполнена лапаротомия, ревизии полости малого таза, в левой подвздошной области сформирована двухствольная сигмостома. После купирования воспалительного процесса, пациент выписан на амбулаторное лечение. При контрольном осмотре через 2 месяца обнаружена стриктура анастомоза на 7 см от анального канала не пропускающая кончик пальца. Проводилась противовоспалительная терапия – микроклизмы с ромашкой, гидрокортизоном.

Проктограмма - стриктура ректосигмоидного анастомоза.

Больному выполнена резекция зоны стриктуры анастомоза циркулярным сшивающим аппаратом диаметром 28 мм.

При контрольном осмотре через 2 месяца обнаружен рестеноз анастомоза.

Ректороманоскопия - ректоскоп введен на 8 см, на этом уровне сужение до 1 см в диаметре.

Под внутривенным наркозом выполнялось бужирование анастомоза расширителями Гегара с № 16 по № 24. Добившись стабильной проходимости анастомоза, выполнено внутрибрюшное закрытие сигмостомы. В послеоперационном периоде самостоятельный стул на 3-и сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Выводы:

1. Операцией выбора при ущемлении выпавшей прямой кишки в ургентной хирургии является промежностная резекция.
2. Для защиты анастомоза и профилактики послеоперационных осложнений необходимо наложение превентивной колостомы.
3. При рестенозе, после бужирования, возможно стентирование.

Список литературы

1. Савельева В.С. Хирургические болезни. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. Т. 1. 608 с.