

© CC BY Коллектив авторов, 2021
 УДК 617.581.5-001.4 : 616.351-001.41]-072.1
 DOI: 10.24884/0042-4625-2021-180-1-104-106

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ КЛИПИРОВАНИЕ КОЛОТО-РЕЗАНОЙ РАНЫ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РАНЕНИИ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ

А. Н. Тулупов, М. И. Сафоев, А. А. Есеноков, Л. И. Каримова, М. Ю. Боева,
 М. З. Ярмагомедов*

Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Поступила в редакцию 31.07.2020 г.; принята к печати 10.02.2021 г.

Ранение прямой кишки встречается от 1 до 5 % случаев среди повреждений органов брюшной полости. У пациента Б., 32 лет, через 3 суток после колото-резаного ранения левой ягодичной области и после перевязки внутренней подвздошной артерии внебрюшинным доступом с целью остановки продолжающегося кровотечения при ректороманоскопии и хромоульнероскопии обнаружено повреждение стенки прямой кишки размерами 1,2×0,7 см на высоте 15 см от ануса. Дефект стенки прямой кишки был закрыт с помощью эндоскопических клипс (6 шт.), раневой канал левой ягодичной области передренирован. При контрольном осмотре прямой кишки на 20-е сутки после ушивания дефекта эндоскопическими клипсами – стенка кишки герметична. Рана ягодичной области зажила вторичным натяжением. Пациент через 3 недели выписан из стационара. Данный способ эндоскопического клипирования раны прямой кишки с наружным дренированием раневого канала является современным малоинвазивным методом лечения и может использоваться как альтернатива сигмостомии. Явными преимуществами данного метода лечения являются повышение качества жизни пациента, отсутствие необходимости в дополнительных оперативных вмешательствах с целью восстановления непрерывности толстой кишки.

Ключевые слова: ранение прямой кишки, эндоскопическое клипирование раны прямой кишки, альтернативный способ сигмостомии, малоинвазивный способ лечения ранения прямой кишки, эндоскопическое ушивание дефекта стенки прямой кишки

Для цитирования: Тулупов А. Н., Сафоев М. И., Есеноков А. А., Каримова Л. И., Боева М. Ю., Ярмагомедов М. З. Эндоскопическое клипирование колото-резаной раны прямой кишки при ранении ягодичной области. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2021;180(1):104–106. DOI: 10.24884/0042-4625-2021-180-1-104-106.

* **Автор для связи:** Мурад Замирович Ярмагомедов, ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе», 192242, Россия, Санкт-Петербург, ул. Будапештская, д. 3, лит. А. E-mail: Murad.yr.yr@mail.ru.

ENDOSCOPIC CLIPPING OF A STAB WOUND OF THE RECTUM IN CASE OF INJURY TO THE GLUTEAL REGION

Alexander N. Tulupov, Musa I. Safiev, Aslan A. Esenokov, Lilia I. Karimova,
 Margarita Yu. Boeva, Murad Z. Yarmagomedov*

Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, Saint Petersburg, Russia

Received 31.07.2020; accepted 10.02.2021

Rectal wound occurs in 1 to 5 % of cases among wounds of the abdominal organs. In patient B., 32 years old, 3 days after a stab wound to the left gluteal region and after ligation of the internal iliac artery with an extraperitoneal approach to stop ongoing bleeding, rectoromanoscopy and chromovulneroscopy revealed damage to the rectal wall measuring 1.2×0.7 cm at a height of 15 cm from the anus. The defect in the rectal wall was closed using endoscopic clips (6 pcs.). The wound canal of the left gluteal region was overdrained. At the control examination of the rectum on the 20th day after suturing the defect with endoscopic clips, the intestinal wall was sealed. The wound in the gluteal region healed by secondary intention. The patient was discharged from the hospital after 3 weeks. This method of endoscopic clipping of a rectal wound with external drainage of the wound canal is a modern minimally invasive method of treatment and can be used as an alternative to sigmoidostomy. The obvious advantages of this method of treatment are: improving the patient's quality of life, the absence of the need for additional surgical interventions in order to restore the continuity of the colon.

Keywords: rectal wound, endoscopic clipping of a rectal wound, alternative method of sigmoidostomy, minimally invasive method of treating rectal wound, endoscopic suturing of the rectal wall defect

For citation: Tulupov A. N., Safiev M. I., Esenokov A. A., Karimova L. I., Boeva M. Yu., Yarmagomedov M. Z. Endoscopic clipping of a stab wound of the rectum in case of injury to the gluteal region. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2021;180(1):104–106. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2021-180-1-104-106.

* **Corresponding author:** Murad Z. Yarmagomedov, Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine, 3, lit. A, Budapeshtskaya str., Saint Petersburg, 192242, Russia. E-mail: Murad.yr.yr@mail.ru.

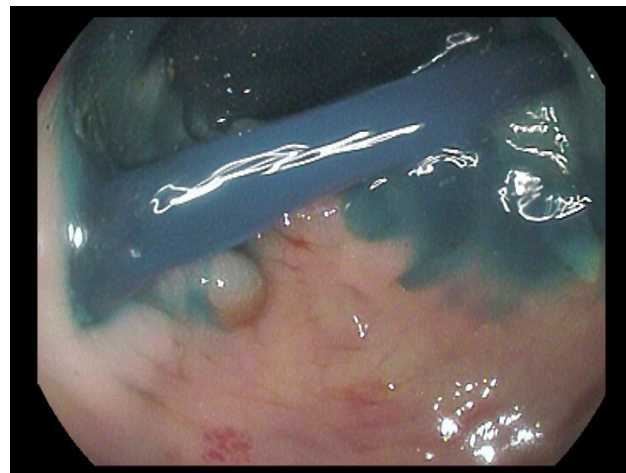
Введение. Среди всех повреждений органов брюшной полости на долю прямой кишки приходится от 1 до 5 % [1–4]. При ранениях же ягодичной области их частота достигает 19 % [5]. Представляемое наблюдение является успешной попыткой эндоскопической герметизации стенки внебрюшинного отдела прямой кишки путем эндоскопического клипирования в сочетании с дренированием параректальной клетчатки как малоинвазивным способом лечения.

Клиническое наблюдение. Пациент Б., 32 лет, 25.05.2020 г. через 1 ч 10 мин после инцидента доставлен в противошоковую операционную СПбНИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе с диагнозом колото-резаного ранения левой ягодичной области, большой наружной кровопотери и алкогольной интоксикации. При поступлении общее состояние тяжелое, частота пульса – 130 уд. в мин, артериальное давление (АД) – 105/65 мм рт. ст., количество эритроцитов периферической крови – $2,5 \cdot 10^{12}$ /л, уровень гемоглобина – 80 г/л, концентрация алкоголя в крови – 2,7‰; в моче – 4,2‰. Рана размерами 1,5×1,8 см располагалась в нижне-внутреннем квадранте левой ягодичной области на уровне середины

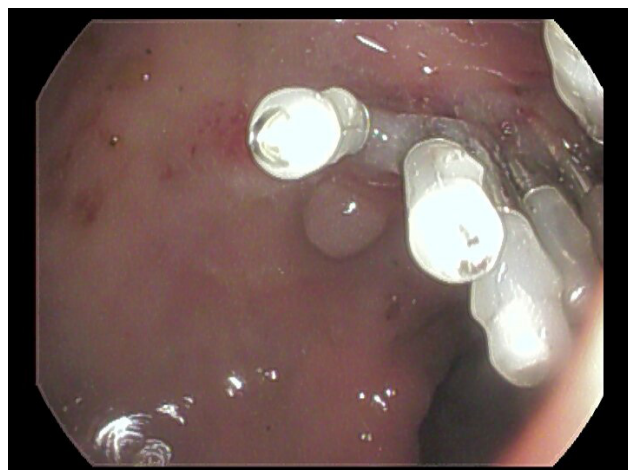
крестца, обильно кровоточила после снятия давящей повязки. При пальцевом ректальном исследовании патологии не обнаружено. В экстренном порядке под общим обезболиванием с интубацией трахеи выполнены перевязка внутренней подвздошной артерии внебрюшинным доступом (кровотечение из раны сразу прекратилось), туалет, ушивание и дренирование колото-резаной раны. Через 3 суток после этого появился субфебрилитет, пациент стал отмечать боли и припухлость в области ушитой колото-резаной раны левой ягодичной области. После снятия с нее швов отмечено отхождение небольшого количества газов и мутного зловонного отделяемого, из которого в последующем высеяна кишечная палочка. Срочная ректороманоскопия. Эндоскоп проведен до сигмовидной кишки. На осмотренных участках просвет кишки сохранен, тонус удовлетворительный. В средней трети прямой кишки на высоте 15 см от ануса определяется рана левой стенки кишки размером 1,2×0,7 см, края отечны, с фибрином. При введении 5мл раствора метиленового синего через рану ягодичной области краситель поступает в просвет кишки. Дефект стенки закрыт путем наложения 6 эндоклипс (рисунк). Раневой канал левой ягодичной области передренирован ПВХ-дренажом диаметром 1,0 см, который был удален через неделю. Пациент на 7 суток переводился на полное парентеральное питание,



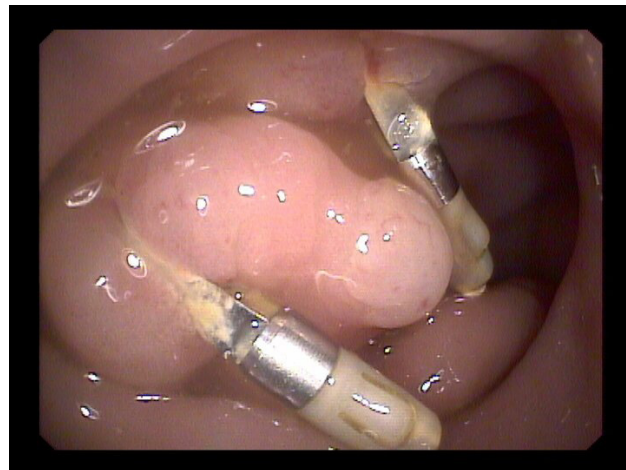
а



б



в



г

Эндофото при ректороманоскопии у пациента Б., 32 лет, с колото-резаным ранением левой ягодичной области и повреждением прямой кишки: а – дефект стенки прямой кишки; б – поступление введенного через рану ягодичной области раствора метиленового синего; в – наложенные эндоклипсы на рану прямой кишки; г – контрольная ректороманоскопия через 20 суток после клипирования

Endophoto at rectoromanoscopy in patient B., 32 years old, with a stab wound of the left gluteal region and damage to the rectum: а – defect of the rectal wall; б – intake of methylene blue solution injected through the wound of the gluteal region; в – endoclips applied to the rectal wound; г – control rectoromanoscopy 20 days after clipping

получал системную антибактериальную терапию Метрогилом (внутривенно по 1 г 3 раза в сутки) и Цефтриаксоном (внутримышечно по 1 г в сутки). Температура тела нормализовалась через 2 суток после клипирования. Дренаж удален через 10 суток. При контрольной ректороманоскопии через 20 суток после него рана стенки прямой кишки герметична, с 2 оставшимися клипсами. Остальные 4 отошли с калом. 19.06.2020 г., через 25 суток после ранения, пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара. При контрольном осмотре через месяц рана ягодичной области зажила вторичным натяжением, состояние реконвалесцента удовлетворительное, вернулся к труду.

Выводы. 1. Использованный нами способ эндоскопического клипирования раны прямой кишки малоинвазивен и может использоваться как альтернатива сигмостомии, которая приводит к снижению качества жизни, инвалидизации пациента и требует дополнительных оперативных вмешательств для восстановления непрерывности толстой кишки [2–5].

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демидов В. А., Кутепов С. М., Кузнецова Н. Л. Лечение повреждений прямой кишки. URL: <http://www.03-ektb.ru/feldsheru/stati/reanimaciya-toksikologiya/385-lechenie-povrezhdeniipryamoi-kishki> (дата обращения: 24.07.2020).
2. Ермолов А. С., Хубутия М. Ш., Абакумов М. М. Абдоминальная травма. М.: Видар-М, 2010. 504 с.
3. Савченко Ю. П., Безлукцкий П. Г., Щерба С. Н. Превентивная колоостома при внебрюшинных повреждениях прямой кишки. URL: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.php?id=1975&event_id=8 (дата обращения: 27.10.2012).
4. Kaiser A. M. McGraw-Hill manual: colorectal surgery. McGraw-Hill, 2009. P. 760.
5. Lunevicius R., Schulte K.-M. Analytical review of 664 cases of penetrating buttock trauma // World Journal of Emergency surgery. 2011. Vol. 33, № 6. P. 2–11.

REFERENCES

1. Demidov V. A., Kutepov S. M., Kuznecova N. L. Lechenie povrezhdenii priyamoi kishki. Available at: http://www.03_ektb.ru/feldsheru/stati/reanimaciya_toksikologiya/385_lechenie_povrezhdeniipryamoi_kishki (accessed: 24.07.2020).
2. Ermolov A. S., Hubutiya M. Sh., Abakumov M. M. Abdominalnaya travma. Moscow, Vidar M, 2010:504. (In Russ.).
3. Savchenko Yu. P., Bezluckii P. G., Scherba S. N. Preventivnaya kolostoma pri vnebryushinnih povrezhdeniyah priyamoi kishki. Available at: http://www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.phpid=1975&event_id=8 (accessed: 27.10.2012).
4. Kaiser A. M. McGraw-Hill manual: colorectal surgery. McGraw-Hill, 2009:760.
5. Lunevicius R., Schulte K.-M. Analytical review of 664 cases of penetrating buttock trauma // World Journal of Emergency surgery. 2011;(6):2–11.

Информация об авторах:

Тулупов Александр Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела сочетанной травмы, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-2696-4847; **Сафоев Муса Искандерович**, кандидат медицинских наук, зав. отделением эндоскопии, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-9358-875X; **Есеноков Аслан Арсенович**, врач-хирург отделения сочетанной травмы, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-4379-8879; **Каримова Лилия Ильгамовна**, врач-эндоскопист отделения эндоскопии, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-4688-6818; **Боева Маргарита Юрьевна**, врач-эндоскопист отделения эндоскопии, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-4948-3624; **Ярмагомедов Мурад Замирович**, клинический ординатор отделения эндоскопии, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-7647-2958.

Information about the authors:

Tulupov Alexander N., Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Polytrauma, Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-2696-4847; **Safiev Musa I.**, Cand. of Sci. (Med.), Head of the Endoscopic Department, Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-9358-875X; **Esenokov Aslan A.**, Surgeon of the Department of Polytrauma, Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-4379-8879; **Karimova Lilia I.**, Endoscopist of the Endoscopic Department, Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-4688-6818; **Bueva Margarita Yu.**, Endoscopist of the Endoscopic Department, Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-4948-3624; **Yarmagomedov Murad Z.**, Clinical Resident of the Endoscopic Department, Saint-Petersburg I. I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-7647-2958.