

*Из кафедры общей и частной хирургии и офтальмологии
Зав. каф. проф. доктор И. Я. ДЕМИДЕНКО*

О ВНЕБРЮШНЫХ РАНЕНИЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ У ЛОШАДЕЙ

АССИСТ. Г. С. МАСТЫКЪ

Внебрюшные огнестрельные ранения прямой кишки у лошадей тесно связаны с ранением крупа и задне-бедренной группы мышц. Практически, почти всегда, ранению прямой кишки предшествует ранение крупа или задне-бедренной группы мышц и течение раневого процесса в этих тканях существенно влияет на патогенез ранения.

Наряду с тем, нарушение целостности стенки прямой кишки с её особенностями физиологических отправлений в еще большей степени влияет на течение регенеративных процессов окружающих тканей. Попадание каловых частиц в раневой канал служит причиной тяжелых осложнений гнойно-гнилостного характера с образованием глубоких затоков по межмышечной клетчатке крупа и бедра, абсцессов и флегмон в параректальном и ретроперитонеальном пространствах.

В патогенезе их следует усматривать: в одних случаях, когда имеется ранение окружающих тканей и прямой кишки, связанное одним раневым каналом и представляет единый раневой процесс; в других—когда нет прямой связи с раневым каналом, но ранение локализуется в окружающих и смежных тканях, и по продолжению захватывает параректальное пространство и прямую кишку. Во втором случае имеет значение еще одно явление, на которое я хочу обратить внимание. Обычно затечные абсцессы наблюдаются ниже места ранения. При ранении же в области задне-бедренной группы мышц и крестцовоседалищной связки может быть распространение затоков вниз и вверх. Это объясняется наличием в задне-бедренной группе мышц сильно развитой соединительно-тканной клетчатки, особенно по ходу двуглавого мускула бедра и полусухожильного мускула. При сокращении и расслаблении этих мускулов и ягодичной группы мышц получают щели с отрицательным давлением, которые способствуют засасы-

ванию и проталкиванию экссудата по рыхлой межмышечной клетчатке. Этому так же способствует и прямая кишка при акте дефекации.

Эти краткие предпосылки патогенеза позволяют сказать, что ранения прямой кишки относятся к числу сложных хирургических процессов, течение и исход которых зависит от многих моментов. Анатомическое положение этого органа затрудняет возможность прямого оперативного доступа и активного воздействия на рану. Следовательно стоит вопрос изучения других факторов, от которых в большей степени зависит патогенез ранения и успех лечения. В этом отношении большого внимания заслуживает физиологическое отправление прямой кишки и толстого отдела кишечника вообще. По сравнению с другими животными, каловые массы лошади отличаются плотностью и постоянством консистенции, что является положительным фактором в отношении ограничения волнового действия на ткани и попадания фекал в раневой канал, как в момент самого ранения, так и в развитии патологического процесса в дальнейшем. Следующий момент— это степень повреждения кишечной стенки и место положения раны, ранение дорзальной и латеральных стенок является более благоприятным, чем ранение вентральной стенки, особенно у индивидумов мужского пола. По моему личному наблюдению, при нормальном отпадении прямой кишки, содержимое её не всегда попадает в раневые каналы и заживление иногда протекает без осложнений, даже при наличии ранения двух стенок одновременно осколком снаряда на вылет. Для иллюстрации приведу несколько случаев ранений прямой кишки.

1. Кобыла „Лава“, серой масти, 10 лет. Поступила на лечение с диагнозом: касательная рана крестцоседалищной части правого крупа с нарушением стенки прямой кишки. Рана мышц крупа с большой зоной разрушения тканей и рана прямой кишки диаметром до 2 см. Кровотечение из раны отсутствовало. При этом был выраженный тканевой шок. Кишечная стенка в зоне ранения отечна. Общее состояние лошади хорошее. Лечение открытое:—орошение раны эмульсией Вишневого, рыхлая томпонада. Отправление прямой кишки нормальное, кал сформирован хорошо. При лечении выделения каловых частиц через рану кишечной стенки не наблюдалось. Лошадь выписана на 68 день, с благоприятным исходом.

2. Кобыла „Мушка“, гнедой масти, 6 лет, обозного сорта. Поступила на лечение с диагнозом: сквозное ранение крупа и прямой кишки. Входное отверстие с левой стороны крупа, диаметром до 1 см, выходное—с правой стороны, диаметром

до 3 см; обе раны на одном уровне. Общее состояние лошади: алиментарное истощение, $T=36,5^{\circ}$, $P=64$. Грануляции — выражены слабо, экссудат слизисто гнойного характера, грязно-бурого цвета. Содержимое прямой кишки жидкое. На пятые сутки лошадь пала. При вскрытии установлено наличие каловых частиц по ходу раневых каналов и параректальная флегмона.

3. Конь „Сокол“, вороной масти, 12 лет обозного сорта. Поступил на лечение с диагнозом: ранение с левой стороны крупа со сквозным ранением боковых стенок прямой кишки. Рана диаметром до 1,5 см, направление раневого канала кранио-каудальное. Состояние лошади тяжелое $T=38,8^{\circ}$, $P=64$. Отечность в зоне ранения. Движение на обе тазовые конечности — связанное. Акт дефекации болезненный, кал сформирован хорошо. При ректальном исследовании оказалось, что через рану правой кишечной стенки, можно провести указательный палец. Из прямой кишки наблюдалось незначительное выделение экссудата. Лечение: рассечение раны крупа и орошение эмульсией Вишневского. Раны прямой кишки орошались этой же эмульсией. Назначался покой и диета — луговое сено. В дальнейшем острые воспалительные явления и отечность уменьшались, движение стало свободное, дефекация безболезненная. Лошадь выписана на 35 день.

4. Кобыла „Роза“, гнедой масти, 10 лет, обозного сорта. Поступила на лечение с диагнозом: ранение прямой кишки и влагалища. Рана, расположена по вентральной стенке прямой кишки и сообщалась с влагалищем, диаметром до 8 см.

При дефекации наблюдалось выделение кала через влагалище. Общее состояние лошади удовлетворительное. Лечение: частичное ушивание раны со стороны влагалища и орошение эмульсией. Диета — луговое сено. Дальнейшее лечение состояло в орошении раны эмульсией Вишневского. Лошадь выписана на 28 день с благоприятным исходом.

В дополнение приведу ещё один характерный случай ранения большой ободочной кишки.

Конь „Тигр“, соловой масти, 9 лет. Поступил на лечение с диагнозом: полостное ранение с левой стороны брюшной стенки, по линии коленного сустава. Рана диаметром до 1 см, с поверхности покрыта сухой коркой, под коркой гнойный экссудат отсутствовал. Местная реакция не выражена, T — нормальная, пульс — нормальный. Общее состояние хорошее. Кормление — луговое сено. При таком состоянии лошади, после трёхдневной выдержки лошадь выпустили на пастбище. На третьи сутки последовало резкое ухудшение состояния животного: отказ от корма, высокая T° , частый пульс несмотря на принятые меры лечения, лошадь пала. При

вскрытии установлено: сквозное ранение левого дорзального положения ободочной кишки, достигающее левого вентрального положения; наличие жидких травянистых масс в брюшной полости. Надо полагать, что молодая трава резко изменила процесс пищеварения с образованием жидкого кала и газа, проникавших через раны ободочной кишки в брюшную полость, вследствие чего и развился острый перитонит. В данном случае диетическая погрешность явилась причиной летального исхода.

Все, вышеприведенные, примеры говорят о том, что лечебные мероприятия не только при ранениях прямой кишки, но и других отделов толстого кишечника должны быть направлены на поддержание анатомо-физиологической функции этих органов, путём правильного использования всех паллиативных и радикальных способов лечения, и, в первую очередь, не нарушать лечебными процедурами барьерную функцию кишечной стенки и своевременно создавать нормальные биологические условия для регенеративных процессов тканей. К этим мероприятиям относятся:

1. Исключение из практики, применение водных лекарственных растворов в виде клизм, с целью очищения прямой кишки, остановки кровотечения и антисептики. Лучше пользоваться, в случае необходимости, механическим удалением содержимого. Для обработки ран лучше пользоваться антисептическими эмульсиями.

2. Не применять голодных диет, резкой перемены корма и слабительных средств, как процедур, изменяющих процесс пищеварения. Животное следует кормить умеренно хорошим луговым сеном.

3. Предоставление животному покоя.

4. Обеспечение хороших стоков раневого экссудата из тканей, связанных одним раневым каналом с прямой кишкой, а также и для ран смежных областей, путём своевременного рассечения, создания контрапертур и удаления инородных тел.

При наличии осложнений—параректальных и ретроперитониальных абсцессов, флегмон, свищей оперативный доступ производится в двух местах: 1) по ходу позвоночной головки двуглавого мускула бедра с рассечением крестцово-седалищной связки (крестцово-седалищная контрапертура). 2) Параанальная контрапертура между наружной стенкой сфинктера ануса и головкой полуперепончатого мускула с рассечением хвостового мускула.

В тяжёлых случаях, при гнойных воспалительных процессах, а также для лучшего контроля за раной рекомендуют производить одновременно две контрапертуры.

По нашему наблюдению параанальная контрапертура за-

служивает большего внимания, как простая по техническому выполнению и обеспечивающая лучшие стоки для эксудата. Такая контрапература позволяет создать временную пристеночную томпонаду по месту ранения кишечной стенки. К этой операции приходится прибегать не только при ранении прямой кишки, но и при ранениях крестцовой кости, позвоночных головок задне-бедренной группы мышц, ягодичных мышц, т. е. во всех тех случаях, когда имеются нарушения крестцово-седалищной связки. Крестцово-седалищная контрапертура не вполне обеспечивает сток, а также иногда создаёт затoki по ходу двуглавого мускула бедра с вовлечением в процесс седалищно-нервного ствола.