

Болезни заднего прохода и прямой КИШКИ

Группа: 719-2

Орындаған: Ибрахимова М.И.

Тексерген: Капарова К.М.

Категории МКБ: Трещина заднего прохода неуточненная (K60.2)

Анальная трещина (трещина заднего прохода) - продольный дефект кожи заднепроходной области с резкой болезненностью во время и после дефекации и эпизодически скудными примесями крови в кале.

- **Классификация**

- По характеру клинического течения заболевания выделяют **острую** и **хроническую** (трещина не заживает более 2 мес.).

- **Факторы и группы риска**

- - частые запоры;
 - частое опорожнение кишечника при диарее;
 - сниженное потребление пищевых волокон.

- **Диагностика**

- **Критерии диагностики:**
 - дефект стенки анального канала линейной или треугольной формы длиной 1-2 см, расположенный вблизи переходной складки несколько выше линии Хилтона и достигающий до прямокишечно-заднепроходной линии или распространяющийся выше нее;
 - затруднение акта дефекации;
 - спазм анального сфинктера;
 - кровотечение.
- Если трещина локализуется не по срединной линии, следует заподозрить болезнь Крона.

- **Перечень основных диагностических мероприятий:**
- 1. Общий анализ крови (гематокрит, гемоглобин, СОЭ).
- 2. Анализ крови на сифилис и ВИЧ.
- 3. Исследование кала на скрытую кровь.
- 4. Ректоскопия.
- 5. Ректороманоскопия.
- 6. Толстокишечная эндоскопия.
- 7. Двойное контрастирование прямой и ободочной кишок.
- 8. Рентгенография нижней части брюшной полости.
- 9. Ирригоскопия.
- 10. Рентгеноконтрастное исследование толстой кишки.
- Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет

- **Лечение**

Комплексная терапия анальной трещины должна состоять из нескольких составляющих:

- 1. Нормализация деятельности пищеварительного тракта.
- 2. Снятие болевого синдрома и спазма внутреннего сфинктера.
- 3. Усиление регенерации поврежденных тканей.
- 4. Нормализация деятельности пищеварительного тракта.

Эффективность доказана при трещинах заднего прохода:

- инъекции ботулотоксина А-гемагглютинаина;
- инъекции ботулотоксина А-гемагглютинаина с местным применением изосорбида динитрата;
- рассечение внутреннего сфинктера заднего прохода.

Эффективность предполагается при местном применении нитроглицерина, пластике трещин заднего прохода перемещенным лоскутом.

- Преимущества и недостатки сопоставимы: растяжение заднего прохода.

Консервативное лечение включает диету, преимущественно кисломолочно-растительного характера с исключением острых, соленых, горьких блюд, а также алкогольных напитков. Теплые сидячие ванночки со слабыми антисептическими растворами (ромашка, шалфей, перманганат калия, свечи с метилурацилом, проктоседилы, микроклизмы с облепиховым маслом).

В стадии абсцедирования – вскрытие абсцесса и дренирование.

- При ангиодисплазии – коагуляция при колоноскопии.

- **Перечень основных медикаментов:**

- 1. Ботулотоксин А-гемагглютинаина порошок для инъекций 500 ЕД, фл.
- 2. Изосорбида динитрат 5 мг, 10 мг, 20 мг, 40 мг, 60 мг табл.; раствор для инъекций 0,1% 10 мл; аэрозоль

Перечень дополнительных медикаментов: нет

Критерии перевода на следующий этап

- Хроническое течение, когда трещина превращается в незаживающую, окруженную рубцом язву со сторожевым бугорком и пектенозом, сопровождающуюся выраженным спазмом сфинктера.

* – препараты, входящие в список основных (жизненно важных) лекарственных средств

К62.3 – Выпадение прямой кишки

Выпадение прямой кишки – выпячивание или выход всех слоёв прямой кишки через заднепроходное отверстие.

Стадии выпадения прямой кишки:

1 стадия	прямая кишка выпадает только при акте дефекации
2 стадия	прямая кишка выпадает при дефекации и физической нагрузке
3 стадия	прямая кишка выпадает при ходьбе

Фазы компенсации функции мышц тазового дна:

фаза компенсации – выпавшая кишка вправляется за счёт сокращения мышц тазового дна; фаза декомпенсации – вправление кишки осуществляется только при помощи руки.

Степени недостаточности анального сфинктера:

1 степень	недержание газов
2 степень	недержание клизменных вод и жидкого кала
3 степень	недержание всех компонентов кишечного содержимого [23]

Дифференциальный диагноз

№п/п	нозология	СИМПТОМ
1	выпадение геморроидального узла	выпадение изолированного геморроидального узла
2	выпадение прямой кишки	выпадение всех слоев стенки прямой кишки виде цилиндра

Жалобы:

- на наличие выпадения кишки;
- выворачивания прямой кишки через задний проход, вправляемого самостоятельно или требующего ручного пособия;
- затруднение опорожнения прямой кишки;
- ощущение неполного опорожнения, недержанием кала;
- недержание мочи;
- выделение крови при дефекации (при наличии повреждения слизистой прямой кишки или солитарной язвы)

Анамнез

Выявляется длительность заболевания, нарушение стула (длительные запоры, поносы), сопутствующие гинекологические заболевания (многократные роды), неврологические заболевания, урологические заболевания.

Физикальное обследование:

- При пальцевом исследовании прямой кишки штриховым методом определяется перианальный кожный рефлекс, а также тонус и волевое усилие анального сфинктера (что определяет функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки).
- При ректороманоскопии выявляют воспалительный процесс в слизистой оболочке прямой кишки.

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне (при экстренной госпитализации проводятся диагностические обследования, не проведённые на амбулаторном уровне):

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза).

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ректороманоскопия;
- ЭКГ (для исключения сердечной патологии);
- обзорная рентгенография органов грудной клетки.

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

Хирургическое вмешательство в стационарных условиях.

Хирургический метод является основным для лечения выпадения прямой кишки. Методики, применяемые при ректальном пролапсе в зависимости от доступа подразделяются на:

- **промежностные;**
- **трансабдоминальные.**

Выбор вмешательства зависит от возраста пациента, наличия тяжёлых сопутствующих заболеваний, состояния моторно-эвакуаторной функции кишечника, предпочтений хирурга и его опыта [5].

1. Трансабдоминальные операции (применяется у молодых пациентов и у больных, не имеющих тяжёлых сопутствующих заболеваний):

- Шовная ректопексия операция Зеренина-Кюммеля (при наружном или внутреннем выпадение прямой кишки)
- Ректо- (кольпо-) сакропексия (при наружном или внутреннем пролапсе, сочетание выпадения кишки с ректоцеле и сигмоцеле)
- Заднепетлевая ректопексия (операция Уэллса) (при наружном или внутреннем выпадение прямой кишки)
- Ректопексия с резекцией толстой кишки (при наружном или внутреннем выпадении прямой кишки в сочетании с хроническим толстокишечным стазом)
- Передняя резекция прямой кишки (внутреннем выпадении прямой кишки, осложнённое солитарной язвой с рубцовой деформацией стенки кишки, нарушающей кишечную проходимость)
- Лапароскопическая ректопексия.

2. Промежностные операции (производятся у пожилых пациентов или у больных с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями):

- Операция Делорма (при наружном выпадение прямой кишки у пожилых пациентов с наличием тяжёлых сопутствующих заболеваний, повышающих риск трансабдоминальных вмешательств)
 - Промежностная ректосигмоидэктомия (операция Альтмеера) (при наружном выпадении прямой кишки у пациентов, страдающих тяжёлыми заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем)
- Трансанальная проктопластика по Лонго (при внутреннее выпадение прямой кишки, не осложнённое солитарной язвой).

- **Геморрой** - острое или хроническое заболевание, характеризующееся узловатым (варикозным) расширением вен (кавернозных телец) нижней части прямой кишки [1]. Геморрой одинаково часто встречается у мужчин и женщин среднего и пожилого возраста. Распространенность геморроя составляет приблизительно 120 случаев на 1000 взрослого населения, что позволяет его считать наиболее частым заболеванием. Среди проктологических заболеваний на долю геморроя приходится от 34 до 41% [2]. За рубежом геморроем болеет 75% населения. Средний возраст пациентов составляет 45-65 лет [3,4]. В Великобритании геморроем страдает от 4,4% до 24,5% населения. К заболеванию предрасполагают такие факторы, как малоподвижный образ жизни, беременность и роды, длительный запор, тяжелая физическая работа, связанная с поднятием тяжестей, привычка к употреблению острой и пряной пищи, заболевания органов малого таза, обуславливающие сдавление отводящих вен, а также отсутствие клапанов у отводящих вен прямокишечного сплетения
- **Клиническая классификация: По этиологии:**
 1. Врожденный (наследственный)
 2. Приобретенный: первичный
 3. Вторичный (симптоматический)

По локализации:

1. Внутренний
2. Наружный
3. Комбинированный

По клиническому течению (Thomson W 1975):

- Хронический геморрой (4 стадии)

I. стадия- проявляется кровотечениями, геморроидальные узлы не выпадают

II. стадия- геморроидальные узлы выпадают при натуживании и вправляются самостоятельно (с кровотечением или без него)

III. стадия- геморроидальные узлы выпадают и вправляются только ручным пособием (с кровотечением или без него)

IV. стадия- геморроидальные узлы выпадают в покое и не вправляются или снова выпадают сразу после вправления (с кровотечением или без него)

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

Основные диагностические мероприятия:

1. Консультация проктолога (сбор жалоб, анамнеза, осмотр, ректальное исследование)
2. Аноскопия
3. Ректороманоскопия
4. Колоноскопия
5. Ирригоскопия

Дополнительные мероприятия:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови
4. ИФА на паразитоз
5. Кал на я/г
6. Сахар крови
7. Коагулограмма

Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез:

Кровотечение и выпадение геморроидальных узлов. Анальный зуд, чувство дискомфорта в анальном канале, выделение слизи.

Физикальное обследование

геморроидальные узлы определяются в виде выбухания в просвет анального канала, темно-вишневого цвета, мягко-эластичной консистенции, покрыты слизистой оболочкой. Выпадающие внутренние узлы отчетливо пролабируют из заднего прохода при натуживании. Наружные геморроидальные узлы видны при наружном осмотре. При пальцевом исследовании определяют болезненность стенок анального канала, их патологическую подвижность. Исследуют функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки

Лабораторные исследования:

Общий анализ крови

Реакция Грегерсена

при хроническом геморрое с частыми кровотечениями возможны признаки хронической анемии, снижение показателей (норма мужчин Hb- 140-160 г/л, женщин Hb- 120-130 г/л, муж Эр-4,1-5,1x10¹², жен Эр- 3,7-4,7x10¹²)

при остром геморрое возможны признаки воспаления, повышение уровня лейкоцитов в крови, СОЭ (норма L-4-9x10⁹, СОЭ муж 1-10, жен 2-15 мм/ч)

Инструментальные исследования:

Аноскопия

Ректороманоскопия

Фиброколоноскопия

Ирригоскопия

Показания для консультации специалистов

Консультация онколога на предмет выявления новообразований дистального отдела толстого кишечника

Консультация дерматолога на предмет исключения дерматологических заболеваний перианальной области

Немедикаментозное лечение

Острый геморрой

Режим постельный или полупостельный 7-14 дней

Диета бесшлаковая: белковый омлет, мясной говяжий бульон, отварное мясо, провернутое через мясорубку, слизистую рисовую или протертую кашу (на воде с небольшим кусочком масла), белые сухари (3—4 сухаря в день) и обильное питье (4—6 стаканов едва подслащенного чая).

Хронический геморрой

Диета бесшлаковая

Регулирование функции кишечника, диета, изменение образа жизни, применение слабительных.

Медикаментозное лечение

Острый тромбоз геморроидальных вен

Амбулаторный этап:

1. Ректальные свечи с антикоагулянтами местного действия: Гепарин натрия + преднизолона ацетат+лауромакрогол (гепатромбин В), Гепарин натрия+Бензокаин (нигепан)

2. Мази с антикоагулянтами: Троксерутин (троксевазин), Гепарин натрия.

3. Водорастворимые мази, обладающие противовоспалительным свойством:

Хлорамфеникол+Метилурацил (левомеколь),

левомицетин+сульфадиметоксин+метилурацил+тримекаин (левосин)

4. Устранение болевого синдрома: НПВС, спазмолитики

5. Слабительные

- на основе лактулозы

- на основе пищевых волокон: оболочка семян подорожника овального +вспомогательные вещества (мукофальк)

Хронический

I-II ст. хронического геморроя лечится консервативными методами

1. Применение флеботоников (детралекс, флебодиа 600), ректальных свечей (ультрапрокт, нигепан, натальсид, релиф, проктозан, анузол)

2. Препараты железа

3. Ангиопротекторы

II- III ст- склеротерапия, лигирование латексными кольцами, проксимальное лигирование, инфракрасная фотокоагуляция, радиочастотная коагуляция

Хирургическое вмешательство

I-IV ст. хронического геморроя – оперативное лечение при неэффективности консервативной терапии: операция Миллигана-Моргана, Фергюсона

Профилактика

- профилактика развития хронической анемии
- профилактика развития анальной инконтиненции

Дальнейшее ведение: наблюдение у проктолога или хирурга по месту жительства

Другие уточненные болезни заднего прохода и прямой кишки (K62.8)

- **Проктит** - острое или хроническое воспаление слизистой оболочки прямой кишки, распространяющееся не более, чем на 15 см (6 дюймов) от зубчатой линии. Выделяют острый и хронический проктит.
При остром проктите наиболее частым местным признаком считаются мучительные безрезультатные позывы на дефекацию, больных также беспокоят жжение и (или) боль в прямой кишке, отмечается выделение слизи из прямой кишки.
- Хронический проктит проявляется умеренными ощущениями зуда или жжения в прямой кишке, отмечаются слизистые или гнойные (в зависимости от особенностей поражения слизистой) выделения из заднепроходного отверстия.
- Проктит, воспаление прямой кишки, разделяют в первую очередь на острый и хронический (по длительности заболевания и морфологическим изменениям слизистой).

Острый проктит по характеру изменений слизистой оболочки прямой кишки разделяют на:

- катарально-геморрагический (слизистая отечная, с кровоизлияниями);
- катарально-гнойный (слизистая покрыта гнойным налетом);
- полипозный (характеризуется разрастанием слизистой оболочки по типу множественных полипов);
- эрозивный (на слизистой обнаруживают язвочки разных размеров).

Хронический проктит по состоянию слизистой разделяют на:

- атрофический (характеризуется сглаживанием и истончением складок слизистой оболочки);
- гипертрофический (характеризуется утолщением складок слизистой оболочки, при этом они приобретают рыхлый вид).

Приведенная классификация влияет на дифференциальную диагностику проктита и выбор тактики лечения.

- **Этиология:**

- идиопатическое заболевание;
- химические или термические ожоги;
- механическое раздражение (при пальцевом массаже предстательной железы, частых очистительных клизмах и прочем);
- болезнь Крона;
- васкулит;
- неспецифические инфекции, передающиеся половым путем;
- сифилис (обычно вторичный);
- простой герпес;
- хламидиоз;
- амебиаз;
- венерическая лимфогранулёма;
- лучевая терапия опухолей малого таза;
- ишемия прямой кишки;
- воспаление в отключенной кишке;
- целиакия.

Патофизиология

Острый проктит (ОП) характеризуется гибелью клеток слизистой оболочки, острым воспалением с увеличением количества лимфоцитов в базальной мембране, формированием лимфоидных фолликулов на слизистой оболочке, абсцессами слизистой, отеком эндотелия мелких артериол.

ОП может купироваться самостоятельно или под влиянием терапии, а может перейти в хронический проктит (ХП) с последующим формированием фиброза, эндартериита мелких артериол, в результате чего возникает ишемия тканей прямой кишки, которая, в свою очередь, приводит к рыхлости слизистой, кровотечениям, язвам, стриктурам, парапроктитам и свищам.

Воспалительные изменения слизистой оболочки прямой кишки могут вызвать изменение заднепроходных пазух (искривление, укорочение). Слизистая прямой кишки при ХП может как атрофироваться, так и гипертрофироваться. Хронический проктит может возникать как следствие острого проктита или как изначально самостоятельное заболевание.

Клинические критерии диагностики

- боль в области прямой кишки; диарея малыми порциями; тенезмы; гематокезия; слизь в стуле; боль при дефекации; спазмы при дефекации; запор
- Симптомы, течение

Анамнез

Тщательный сбор анамнеза позволяет отличить инфекционные проктиты от неинфекционных. Подозрения на заболевания, передающиеся половым путем, позволяют сэкономить время и назначить эмпирическую терапию (см. раздел "Лечение"). Прочие причины проктита обычно требуют эндоскопического подтверждения (см. раздел "Диагностика").

Сбор анамнеза должен выявить общие симптомы проктита, включающие диарею, императивные позывы на дефекацию, ректальные кровотечения или выделения, боли в нижней части живота, спазмы, тенезмы и болезненную дефекацию. Системные симптомы, такие как лихорадка, недомогание, потеря веса и рвота, могут указывать на более диффузный патологический процесс. Диарея не является обязательным условием, так как некоторые пациенты с проктитом имеют запор.

Факторы и группы риска

- иммунодефицит;
- анальный секс;
- травмы (термические, механические, химические) прямой кишки;
- прием НПВС (орально и ректально);
- операции на толстом кишечнике, органах малого таза, брюшной аорте.

- **Острый проктит**

Начинается обычно бурно. Характерные проявления:

1. Наиболее частым местным признаком считаются тенезмы (мучительные безрезультатные позывы на дефекацию). Этот симптом связан с раздражением нервных окончаний внутреннего и внешнего сфинктера при воспалительном процессе.
2. Больных беспокоят жжение и (или) боль в прямой кишке. Боль редко бывает слишком сильной, но усиливается при дефекации.
3. При остром проктите больной может предъявлять жалобы как на запоры, так и на диарею. Последняя встречается чаще. Стул частый, небольшими порциями.
4. Если слизистая прямой кишки поражена по типу эрозивного проктита, больной отмечает появление кровянистых выделений во время дефекации.
5. Выделение слизи из прямой кишки.

-

Хронический проктит

Манифестирует обычно постепенно, не бурно. Характерные проявления:

- зуд или жжение в прямой кишке (как правило, не слишком выраженные);
- слизистые или гнойные (в зависимости от особенностей поражения слизистой) выделения из заднепроходного отверстия;
- достаточно редко отмечается боль в прямой кишке;
- температура тела не повышается или повышается до субфебрильных цифр;
- общее состояние больного при хроническом проктите практически не нарушается.

Хронический проктит, особенно при наличии неблагоприятных факторов, может обостряться. В таком случае клиническая картина болезни напоминает острый проктит.

Диагностика

• 1. Эндоскопия

Аноскопия или ректороманоскопия являются окончательным тестом для диагностики проктита. Сопутствующая биопсия слизистой оболочки прямой кишки является полезным тестом для дифференциации острого проктита от хронического.

Ректороманоскопия показывает обычно следующие изменения:

- бледность или эритема;
- ишемия слизистой оболочки;
- телеангиэктазии;
- рыхлость слизистой;
- кровотечение;
- изъязвления;
- отек;
- перемежающиеся участки рубцевания слизистой и/или стриктуры;
- везикулы / пустулы.

•

2. **Колоноскопия** проводится по показаниям, для исследования более дистальных участков толстого кишечника (как правило, при подозрении на ишемический колит или болезнь Крона).

3. **Компьютерная томография** органов брюшной полости с контрастированием показана пациентам с подозрением на ишемический проктит или болезнь Крона. Также может рассматриваться в качестве метода неотложной диагностики, если у пациента имеется значительная боль в животе, симптомы раздражения брюшины, напряжение брюшных мышц или лихорадка.

4. **Ирригоскопия** проводится при подозрениях на свищи или обструкцию прямой кишки.

5. **Магнитно-резонансная томография.**

Лабораторная диагностика

- **1. Общий анализ крови.** Возможны лейкоцитоз (как маркер инфекции и/или септических осложнений) или тяжелая анемия в результате кровопотери.
- **2. Биохимия.** Для оценки водно-электролитного дисбаланса или почечной недостаточности, до начала медикаментозной терапии стандартно выполняется биохимическое исследование по семи показателям (так называемая "базовая метаболическая панель" (BMP, химическая панель SMA-7). Панель включает в себя определение в крови натрия, калия, хлоридов, бикарбоната, азота мочевины, креатинина, глюкозы. Это особенно показано пожилым, лихорадящим и истощенным пациентам.
- Повышение С-реактивного белка возможно у пациентов с обширными колитами, но у пациентов с проктитами показатель почти всегда в норме.
Выявление специфических маркеров болезни Крона возможно при соответствующей этиологии проктита (см. рубрику "Болезнь Крона"- K50).
Показано проведение тестов на целиакию.
- **3. Анализ кала:**
 - определение клостридиального токсина (при положительно клостридиальной инфекции);
 - определение уровня кальпротектина (как правило повышен);
 - обнаружение эритроцитов в кале (как правило, тест положителен при любой этиологии);
 - исследование на паразитозы (для исключения лямблиоза).
- **4. Выделение культур из мазков, соскобов** показано при подозрении на соответствующую инфекцию или при ВИЧ-положительном статусе.
- **5. Серологические методы** диагностики показаны при подозрении на соответствующую инфекцию (в том числе - определение методом ИФА IgA, anti-tTG, AGA и другие тесты у молодых пациентов с подозрением на целиакию).
- **6. ПЦР** - при подозрении на соответствующую инфекцию.
- **7. Тесты на ВИЧ-инфекцию** проводятся в обязательном порядке, особенно если ВИЧ-статус неизвестен.
- **8. Микроскопия** с окраской мазков из прямой кишки и перианальной области по Грамму (при подозрении на некоторые инфекции или при ВИЧ-положительном статусе) или в темном поле (при подозрении на сифилис).
- **9. Биопсия.** Используются различные методы исследования биоптата. Одним из показаний является ВИЧ-положительный статус пациента. Биопсия также позволяет различить острый и хронический проктиты.

Лечение

- После исключения опасных для жизни ситуаций лечение проктита проводится в зависимости от выявленной (предполагаемой) этиологии.

Основные положения терапии

1. Сидячие ванны, спазмолитические препараты, смягчители стула, диета для уменьшения частоты и объема стула при продлении времени кишечного транзита (син. высокоусвояемая диета).
 2. Топическое применение стероидов (суппозитории или ректальная пена) при язвенном проктите.
 3. Цефтриаксон и доксициклин для лечения гонорейного проктита.
 4. Ацикловир для лечения герпетического проктита.
 5. Тетрациклин или доксициклин для лечения хламидийного проктита.
 6. Проктит, вызванный микроорганизмами рода *Shigella*, может потребовать, при определенных обстоятельствах, длительного (2-4 недели) лечения антибиотиками (ампициллин, тетрациклин, цiproфлоксацин или триметоприм и сульфаметоксазол (ТМП-СМЗ)).
- 7. Проктит, вызванный микроорганизмами рода *Yersinia*, при наличии bacteriemia требует лечения внутривенными антибиотиками (тетрациклин, цефтриаксон).
 - 8. Проктит, вызванный *Campylobacter*, является самокупирующимся заболеванием и лечение должно быть направлено на облегчение симптомов.
 - 9. При амёбиазе показан метронидазол или йодокинол.
 - 10. При псевдомембранозном проктите показан метронидазол или оральная ванкомицин.
 - 11. Лечение радиационного проктита может включать: сукральфат отдельно или вместе с ректальным введением преднизолона, короткоцепочечные жирные кислоты в клизмах или пентозанполисульфат (элмирон). Кроме того, применение гипербарической оксигенации теоретически подавляет рост бактерий, предохраняет ткани от ишемии и ингибирует токсины.
 - 12. Склеротерапия формальдегидом, эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция и биполярная электрокоагуляция (VISCAR) могут быть использованы для лечения упорных кровотечений, возникающих при геморрагическом проктите.
 - 13. При упорных проктитах следует рассмотреть возможность наложения колостомы.