



# Оптимизация тактики диагностики и лечения больных с инородными телами прямой кишки

Н.М. Даминова\*, М.А. Нурматова

\*Кафедра общей хирургии №1; оперативной хирургии и топографической анатомии  
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье представлены результаты комплексной диагностики и лечения 54 больных с инородными телами прямой кишки (ИТПК) и повреждениями её стенки.

ИТ в анальном канале имели место у 21 (26,2%) больного, в ампулярной части прямой кишки – у 14 (33,2%), в среднеампулярной части – у 6 (14,1%), в верхнеампулярной части – у 10 (19,1%) и у 5 (7,4%) – ИТПК мигрировали в сигмовидноободочную кишку.

Размеры ИТ были самыми разнообразными, от нескольких миллиметров до больших размеров (от 5 см до 35 см и более).

У 26 (48,1%) из 54 пациентов с ИТПК отметили осложнения, при этом в 10 (38,4%) случаях для извлечения ИТ выполняли оперативные вмешательства. В остальных 28 (51,8%) наблюдениях ИТПК протекали без осложнений со стороны кишечника и промежности, и при их удалении эффективно были использованы: трансанальное бескровное вмешательство – в 16 (57,1%) случаях, эндоскопическое – в 5 (17,8%) и трансанальное вмешательство со сфинктеротомией – в 7 (25%).

Согласно разработанным нами объективным критериям выбора методов извлечения ИТПК удалось значительно улучшить результаты лечения, при этом послеоперационные осложнения снизились до 7,5% и летальность – до 2%.

**Ключевые слова:** инородные тела, прямая кишка, трансанальное удаление

**Введение.** Инородные тела прямой кишки (ИТПК) представляют сложную проблему в плане диагностики и лечения [1,2]. Около 8-10% причин травм прямой кишки является наличие ИТПК, введенных через анус [3,4]. Несмотря на малочисленность наблюдений, кажущуюся простоту диагностики, до настоящего времени всё ещё не выработана рациональная хирургическая тактика, позволяющая объективизировать методы лечения ИТПК [5-7]. До настоящего времени нет единой клинической классификации ИТПК, поэтому ряд вопросов, касающихся диагностики и лечения больных с ИТПК, остаются нерешёнными. Поздняя диагностика, отсутствие срочной эндоскопической и специализированной колопроктологической службы в ряде стационаров, по-прежнему, ставит перед практическим хирургом непростые вопросы выбора хирургической тактики. Разнообразие инородных тел, недоступность выше лежащих отделов прямой кишки для исследования создают трудности в диагностике ИТПК. Сложности трансректального удаления создают в большинстве случаев нестандартные ситуации, что вызывает определённые затруднения в выборе оптимальной

хирургической тактики, решение о которой приходится принимать на фоне небольшого личного опыта лечения таких больных и немногочисленных рекомендаций, порой противоречивых друг другу [8].

**Целью исследования** является оптимизация тактики диагностики и обобщение опыта хирургического лечения больных с ИТПК.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 54 пациента с ИТПК, находящихся на лечении в ГКБ №5 г. Душанбе, а также в хирургическом стационаре специализированных колоний РТ за период с 2000 по 2013 гг.. Среди наблюдавшихся больных 36 (73,8%) были мужчины, 18 (26,2%) – женщины. Возраст пациентов с ИТПК составил от 17 до 73 лет.

Среди больных с ИТПК в наиболее трудоспособном возрасте были 40 (57,1%), остальные больные были зрелого и пожилого возрастов (n=16). Пациенты поступали в различные сроки от момента попадания ИТ в прямую кишку.



В первые 2 часа после попадания инородных тел в прямую кишку за медицинской помощью обратились 20 (23,9%) больных. В сроки от 2 до 12 часов – 12 (28,5%) и от 12 до 24 часов – 10 (19,1%) пациентов. Следует отметить, что ещё 12 (28,5%) пациентов с ИТПК по различным причинам поступили поздно, в сроки более 24 часов с момента попадания инородных тел.

Локализация ИТ была также различной. ИТ анального канала имели место у 21 (26,2%) больного, ампулярной части прямой кишки – у 14 (33,2%), среднеампулярной части – у 6 (14,1%), верхнеампулярной части – у 10 (19,1%) и у 5 (7,4%) – ИТПК мигрировали в сигмовидноободочную кишку.

Размеры ИТ были самими разнообразными, от нескольких миллиметров до больших размеров. У 10 (23,8%) пациентов ИТ были малых размеров – до 5 см, у 12 (33,3%) – средних размеров (до 18 см), у 9 (21,4%) – крупных (от 20 до 35 см), ещё у 9 (21,4%) – внушительных размеров (более 35 см). Следует отметить, что во всех 14 случаях при крупных и внушительных ИТПК причиной их попадания являлось насильственное их введение и анальная мастурбация. Всем больным были проведены пальцевое исследование прямой кишки, anosкопия, ректороманоскопия, рентгенологическое и ультразвуковое исследование, видеолaparоскопия по показаниям.

**Результаты и их обсуждение.** Для построения лечебной тактики при ИТПК важное и определяющее значение имеет не только количество и величина инородных тел, но и их структура, и физическая характеристика тела, а также развившиеся осложнения.

Среди осложнений в 7 случаях наблюдали явления острой кишечной непроходимости, в 2 – вклинение инородного тела в полость малого таза, кровотечение, вследствие разрыва стенок прямой кишки, имело место лишь у 3 больных. Миграция ИТПК в проксимальные отделы отмечалась у 3 больных, в 2 наблюдениях у пациентов с ИТ развился перитонит при перфорации верхнеампулярного отдела прямой кишки, флегмона промежности и острый парапроктит имели место – у 2 пациентов, недостаточность анального жома – у 3, и у 2 больных наблюдалось кишечно-маточные свищи.

Наиболее частой жалобой пациентов с ИТПК являлось наличие болевых ощущений в заднем проходе, наблюдавшееся у 92% пациентов. При крупных и внушительных ИТ, сопровождающихся надрывом прианальной зоны, пациенты с ИТПК ощущали боль не только в анальном канале, но и в промежности (n=18). У этих же больных и у пациентов с множественными ИТПК в 18 (42,9%) случаях наблюдали вздутие живота с отсутствием отхождения газов и стула.

Наряду с зиянием и пролабированием части инородного тела, в 18 случаях во время осмотра диа-

гностировали кровоподтёки и надрывы слизистой. Пальцевое исследование прямой кишки является ведущим методом диагностики ИТПК. Пальцевое исследование позволило в 31 случае диагностировать ИТПК, т.е. доступные для пальцевого исследования. ИТ, находившиеся в анальном канале и ампулярной части прямой кишки, были легко доступны для диагностики этим методом.

Насильственное (криминальное) введение ИТ крупных и внушительных размеров из стекла, металла и дерева сопровождалось ректальным кровотечением в 14 (33,3%) наблюдениях и сильными болями по всей поверхности брюшной полости в 11 (26,1%) случаях.

Выбор сроков и методов извлечения ИТПК зависит от многих факторов. Среди факторов, влияющих на тактику лечения ИТ, следует прежде всего отметить: количество и структуру инородных тел (стеклянные, деревянные, пластиковые, металлические и т.д.), их размеры. Существенное значение для диагностики и выбора методов лечения имеют физиологические характеристики ИТ (гладкие, шероховатые, остроконечные и т.д.), а также наличие осложнений.

На основании комплексного обследования и лечения 54 пациентов с ИТПК и данных литературы нами в клинике разработаны объективные критерии выбора методов извлечения ИТПК (табл. 1).

Как видно из представленных в таблице данных, при низком расположении ИТПК и малых его размерах, эффективным методом их удаления являются пальцевое извлечение и эндоскопические методы. При крупных и внушительных размерах ИТПК, высокорасположенных, а также сопровождающихся осложнениями, целесообразно выполнение более сложных методик извлечения инородных тел.

Таким образом, разработанные объективные критерии показаний выбора способов и сроков извлечения ИТПК позволяют индивидуализировать хирургическую тактику и выбрать наиболее оптимальный метод удаления ИТ.

На основании данных обследования и лечения 54 больных с ИТ прямой кишки по срокам выполнения оперативных вмешательств и других методик извлечения (бескровного) были разделены на 2 группы. В неотложном порядке – инородные тела были извлечены у 34 (80,9%) пациентов и в плановом порядке у 8 (19,1%). Неотложные вмешательства, с целью удаления ИТ прямой кишки, выполняли при высокорасположенных ИТ, сопровождающихся различными осложнениями. Плановые удаления ИТ прямой кишки осуществляли у больных с малосимптомным или бессимптомным нахождением ИТ в прямой кишке. Для извлечения ИТ прямой кишки использовали самые различные методики (табл. 2).



**ТАБЛИЦА 1. КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДОВ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПРЯМОЙ КИШКИ**

Критерии	Пальцевое извлечение ИТ прямой кишки	Эндоскопическое удаление ИТ	Инструментальное удаление ИТ	Лапаротомия низведения ИТ	Транс-анальное удаление ИТ со сфинктеротомией	Лапаротомия с удалением ИТ
По количеству:						
одиночные	+	+	+	+	+	+
множественные	+	+				
По величине:						
маленькие	+	+				
средних размеров	+	+	+			
крупных размеров			+	+	+	+
внушительных размеров			+	+	+	+
По структуре инородных тел:						
стеклянные			+	+	+	+
металлические			+	+	+	+
деревянные		+	+	+	+	+
пластмассовые						
По физической характеристике:						
гладкие				+	+	+
шероховатые				+	+	+
остроконечные				+	+	+
тупоконечные				+	+	+
По локализации:						
анальный канал	+	+	+			
нижне- и средне-ампулярный отделы	+	+	+	+	+	+
верхнеампулярный отдел				+	+	+
сигмовидная кишка				+	+	+
Осложнение:						
перфорация						+
кровотечение						+
миграция и вклинение					+	+
в полость малого таза					+	+

**ТАБЛИЦА 2. МЕТОДЫ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПРЯМОЙ КИШКИ**

Методы извлечения	Кол-во	%
Бескровное трансанальное	26	48,1
Эндоскопическое	5	11,9
Трансанальное со сфинктеротомией	11	26,2
Хирургическое	12	22,3



При ИТ прямой кишки у 26 (48,1%) из 54 пациентов отметили осложнения, при этом в 10 (38,4%) случаях для их извлечения выполняли оперативные вмешательства. Показанием к операции является: перитонит (n=1;10%), флегмона промежности (n=1;10%), острый парапроктит (n=4;40%), внутрибрюшное кровотечение (n=4;40%). Также отмечали такие осложнения, как вклинение инородного тела в полость малого таза – 7 (77,8%), кишечная непроходимость – 2 (22,2%), которые традиционными методами не удалось извлечь в течение 30 минут, что дало основание выполнить оперативные вмешательства. Плановые оперативные вмешательства при осложнениях ИТПК выполняли ещё 6 (23,7 %) больным при наличии кишечно-маточных свищей.

В остальных 28 (51,8%) наблюдениях ИТПК протекали без осложнений со стороны кишечника и промежности, и при их удалении эффективно были использованы трансанальное бескровное вмешательство – 16 (57,1%), эндоскопическое – 5 (17,8) и трансанальное вмешательство со сфинктеротомией – 7 (25%).

Непосредственные результаты трансанальных бескровных вмешательств у 16 пациентов показали, что в раннем послеоперационном периоде каких-либо осложнений со стороны прямой кишки и органов полости малого таза не наблюдалось. Изучение непосредственных результатов трансанального удаления инородных тел в сочетании с задней сфинктеротомией у 11 пациентов показало, что в 5 наблюдениях в послеоперационном периоде пациенты жаловались на боли в заднем проходе, особенно при акте дефекации. В 4 наблюдениях пациенты жаловались на недержание газов. Нагноение сфинктеротомной раны отмечали лишь у 2 больных. Все пациенты в сроки от 4 до 7 дней были выписаны на амбулаторное лечение. После трансабдоминальных оперативных вмешательств в 2 наблюдениях отмечали осложнения, в виде продолжающегося перитонита и расхождения швов колостомной раны. Во всех этих случаях выполняли релапаротомию, санацию и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде умер 1 больной, от полиорганной недостаточности.

Таким образом, после извлечения ИТ прямой кишки различными способами в послеоперационном периоде гнойно-септические осложнения наблюдались у 4 (7,5%) больных с 1 (2%) летальным исходом. Хирургическая тактика при инородных телах прямой кишки должна быть индивидуально-активной и

определяться их локализацией, формой, размерами, структурой и характером развития осложнений. При неосложнённых смещаемых инородных телах прямой кишки, независимо от локализации, величины и структуры, эффективным методом их извлечения является бескровное трансанальное и в сочетании со сфинктеротомией. При инородных телах прямой кишки, сопровождающихся осложнениями, оптимальными являются хирургические методы извлечения инородных тел.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ким С.Д. Неотложная помощь при инородных телах прямой кишки / С.Д.Ким, А.М.Коптадзе, В.А.Шмаков // Колопроктология. - 2008. - №1. - С.25-26.
2. Малашенко А.А. Трансанальное удаление инородного тела прямой кишки /А.А. Малашенко, О.А.Краснов, С.И.Минин // Сборник тезисов VII научно-практической конференции. - Кемерово. - 2011. - С.121-122.
3. Немчинов Ю.М. Тактика обследования и хирургического лечения больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.М.Немчинов. - Уфа. - 2010. - 22с.
4. Овсейчик М.Ю. Дифференцированный подход в лечении инородных тел желудочно-кишечного тракта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Ю.Овсейчик. - Волгоград. - 2010. - 26с.
5. Попова И.С. Инородные тела и вызванные ими травмы прямой кишки в экстренной колопроктологии / И.С.Попова, А.И.Старовченко // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2007. - №5. - С.57.
6. Субботин В.М. Инородные тела прямой кишки / М.И.Давыдов, А.В.Файнштейн // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2000. - №1. - С. 91-95
7. Clair St.W.S. Lead intoxication from ingestion of fishing sinkers: a case study and review of the literature /W.S. St.Clair, J.Benjamin // Clin. Pediatr. - 2008. -Vol. 47, N 1. - P.66-70.
8. Zinc toxicity from massive and prolonged coin ingestion in an adult / S.Pawa, A.J.Khalifa, M.N.Ehrinpreis [et al.] // Amer. J. Med. Sei. - 2008. - Vol. 336, N5. - P. 430-433.



# Summary

## Optimization of diagnostic tactics and treatment patients with foreign bodies of the rectum

N.M. Daminova\*, M.A. Nurmatova

\*Chair of General Surgery №1; operative surgery and topographic anatomy Avicenna TSMU

The article presents the results of a comprehensive diagnosis and treatment of 54 patients with foreign bodies of the rectum (FBR) and damage its wall.

FB in the anal canal were in 21 (26,2%) patients, at ampullar part – in 14 (33,2%), at middle part – in 6 (14,1%), in upper ampullar part – in 10 (19,1%) and 5 (7,4%) – FB migrated to sigmoid intestine.

FB sizes varied from a few millimeters to a large size (from 5 cm to 35 cm and more).

Complications was noted in 26 (48,1%) of 54 patients with FB and in 10 (38,4%) cases for FB removing surgery was performed. In the remaining 28 (51,8%) cases were no complications from the intestine and perineum, and when removed FB were effectively used: transanal bloodless intervention – in 16 (57,1%) cases, endoscopic – 5 (17,8%) and transanal intervention sphincterotomy – 7 (25%).

According to our objective selection criteria FB extraction methods managed to significantly improve the results of treatment, and the postoperative complications decreased to 7,5% and mortality – up to 2%.

**Key words:** foreign body, rectum, transanal excision

### АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

**Нурматова Махбуба Абдулмаджидовна** –  
аспирант кафедры оперативной хирургии  
и топографической анатомии ТГМУ;  
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139  
E-mail: nurmatova.makhbuba@mail.ru