

<https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-4-124-131>



Инородные тела прямой кишки. Диагностическая программа и неотложная помощь

Егоркин М.А.^{1,2}, Болквадзе Э.Э.¹, Обухов В.К.³, Горбунов И.Н.¹, Евлоев М.Я.³

¹ГБУЗ ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗМ (ул. Вешняковская, д. 23, г. Москва, 111539, Россия)

²ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России (ул. Саяма Адила, д. 2, г. Москва, 123423, Россия)

³ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1, г. Москва, 125993, Россия)

РЕЗЮМЕ

ЦЕЛЬ: на основе опыта клинических наблюдений оптимизировать диагностическую и лечебную тактику у пациентов с инородными телами прямой кишки (ИТ ПК).

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ: представлен опыт диагностики и лечения 47 пациентов, обратившихся за медицинской помощью с подозрением на наличие инородных тел в прямой кишке, за период с января 2022 г. по январь 2024 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ: из 47 пациентов, обратившихся за медицинской помощью, у 46 (97,9%) удалось извлечь инородное тело трансанально ручным пособием. Одному (2,1%) пациенту потребовалось выполнение лапаротомии, в связи с высоким риском травмы прямой кишки и ретроградной миграцией ИТ в проксимальные отделы кишки. В одном из клинических наблюдений из прямой кишки удален фаллоимитатор длиной 80 см и диаметром 7 см у основания. При анализе отечественной и зарубежной литературы нами не выявлено упоминаний об успешном трансанальном удалении инородного тела таких размеров [1–5]. Учитывая разнообразие инородных тел прямой кишки по размеру, форме и материалу, требуется индивидуальный структурированный подход к диагностике и лечению каждого пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: приведен анализ собственного опыта диагностики и лечения 47 пациентов с подозрением на наличие инородных тел в прямой кишке. Приведено два клинических примера. Разработан алгоритм действия врача при обращении за помощью пациента с подозрением на наличие инородного тела прямой кишки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инородные тела прямой кишки, толстая кишка, извлечение инородных тел прямой кишки, диагностика, лечение

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э., Обухов В.К., Горбунов И.Н., Евлоев М.Я. Инородные тела прямой кишки. Диагностическая программа и неотложная помощь. *Колопроктология*. 2024; т. 23, № 4, с. 124–131. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-4-124-131>

Rectal foreign bodies. Diagnostic program and emergency care

Mikhail A. Egorkin^{1,2}, Eteree E. Bolkvadze¹, Viktor K. Obukhov³, Ilya N. Gorbunov¹, Magomed Ya. Evloeev³

¹O.M. Filatov City Clinical Hospital No 15 (Veshnyakovskaya st., 23, Moscow, 111539, Russia)

²Ryzhikh National Medical Research Center of Coloproctology (Salyama Adilya st., 2, Moscow, 123423, Russia)

³Russian Medical Academy of Continuous Professional Education (Barrikadnaya st., 2/1-1, Moscow, 125993, Russia)

ABSTRACT

AIM: to estimate clinical approaches to rectal foreign bodies (RFBs).

PATIENTS AND METHODS: the retrospective cohort study included 47 patients (2022–2024) with suspected RFBs. Two clinical cases are presented. Case No. 1. Patient N., a 41-year-old male, was presented with RFB (a glass tumbler), introduced into the rectum without his consent. Because of RFB migration to the upper parts of the colon and risk of the intestinal perforation a laparotomy with removal of the intact foreign body was done. Case No. 2. Patient A., a 26-year-old male, was presented with RFB (a 80.0 × 7.0 cm dildo) that was transanally removed in the emergency room without anesthesia. No post-op complications developed. No any literature data of successful transanal removal of a larger RFB was found [1–5].

RESULTS: out of 47 patients, the manual transanal removal of RFBs was successful in 46 (97.9%) cases. One (2.1%) patient required laparotomy due to the high risk of rectal injury and retrograde migration of RFB to the proximal

colon. A variety of RFBs (size, shape, and material), an individual, structured approach to the diagnosis and treatment is required.

CONCLUSION: clinical approach to RFBs depends on risk of intestinal perforation.

KEYWORDS: rectal foreign bodies, colon, rectal foreign body removal, diagnostics, treatment

CONFLICT OF INTEREST: the authors declare no conflict of interest

FOR CITATION: Egorkin M.A., Bolkvadze E.E., Obukhov V.K., Gorbunov I.N., Evloeev M.Ya. Rectal foreign bodies. Diagnostic program and emergency care. *Koloproktologia*. 2024;23(4):124–131. (in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2024-23-4-124-131>

АДРЕС ДЛЯ ПЕРЕПИСКИ: Горбунов И.Н., ГБУЗГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗМ, ул. Вешняковская, д. 23, Москва, 111539, Россия; e-mail: igrbny@yandex.ru

ADDRESS FOR CORRESPONDENCE: Gorbunov I.N., O.M. Filatov City Clinical Hospital No 15, Veshnyakovskaya st., 23, Moscow, 111539, Russia; e-mail: igrbny@yandex.ru

Дата поступления — 03.06.2024

Received — 03.06.2024

После доработки — 09.09.2024

Revised — 09.09.2024

Принято к публикации — 01.11.2024

Accepted for publication — 01.11.2024

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы отмечается увеличение количества случаев обращения за медицинской помощью пациентов с инородными телами прямой кишки, особенно среди населения городского типа [6–8].

В большинстве случаев инородные тела попадают в прямую кишку через задний проход, реже — нисходящим путем вследствие проглатывания. В литературе встречаются описания случаев проникновения предметов из соседних органов и тканей, такие, как миграция внутриматочной спирали в просвет прямой кишки [9,10].

Каждый пациент с подозрением на наличие инородного тела в прямой кишке требует индивидуального и систематизированного подхода к выбору тактики обследования и лечения. Больные с ИТ прямой кишки зачастую обращаются за медицинской помощью спустя длительное время, после неэффективных попыток самостоятельного извлечения инородного тела. Необходимо отметить, что неквалифицированные попытки извлечения инородного тела могут приводить к тяжелым осложнениям: перфорации стенок кишки, кишечному кровотечению, перитониту, кишечной непроходимости. При сборе анамнеза часто возникают сложности, связанные с алкогольным опьянением, хронической ишемией головного мозга, языковым барьером, а также из-за стеснения и страха пациентов. В научных публикациях описываются отдельные клинические случаи, встречающиеся в практике врача-колопроктолога, а также систематический обзор и метаанализ [11–19]. В 2008 г. Ким С.Д., Коплатадзе А.М. и соавт., представили данные за 25 лет о 128 пациентах, пролеченных на базе Городской клинической больницы №15 им. О.М. Филатова г. Москва [1]. Однако в связи с отсутствием конкретной концепции по диагностике и тактике лечения этих больных, новый анализ клинических наблюдений пациентов

нашего колопроктологического отделения представляется актуальным.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Проведено одноцентровое ретроспективное исследование с января 2022 г. по январь 2024 г. Пролечено 47 пациентов с инородными телами прямой кишки.

Мужчин было 31 (66%), женщин — 16 (34%). Медиана возраста 37 (24; 51) лет. Из 47 пациентов 21 (44,7%) человеку оказана помощь в условиях приемного отделения. В 26 (55,3%) случаях потребовалась госпитализация в стационар. В 55,3% случаев пациенты, госпитализированные в отделение, были выписаны в связи с отказом от дальнейшего лечения на 1 сутки, в 44,7% случаев потребовалась более длительная госпитализация — от 2 до 3 суток.

В нашем наблюдении трансанальный путь введения встречался у 45 (95,7%) пациентов. Значительно реже инородные тела были проглочены и проникали в прямую кишку через верхние отделы желудочно-кишечного тракта, у 2 (4,26%) пациентов.

Пациенты обращались в приемное отделение больницы самостоятельно, направлялись из других медицинских организаций или доставлялись бригадой СМП с жалобами на дискомфорт и болезненность в области прямой кишки, боли в животе (околопупочной, левой подвздошной, надлобковой областях), усиление болевого синдром при глубоком вдохе и в положении сидя, тяжесть при ходьбе.

При обращении пациентов в приемное отделение у всех пациентов проводился тщательный сбор анамнеза, физикальный осмотр, ректальное пальцевое исследование прямой кишки, лабораторные методы исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови. Выполнялись инструментальные методы обследования: рентгенография и ультразвуковое

исследование органов брюшной полости и малого таза, колоноскопия.

Статистический расчет проводился с использованием программы Statistica 13.3 (TIBCO, США). Проверка на нормальное распределение осуществлялась тестом Шапиро–Уилка. В связи с отсутствием Гауссова распределения все количественные величины представлены медианой и квартилями (Me (Q1; Q3)).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проанализирован опыт лечения 47 пациентов, обратившихся за медицинской помощью с подозрением на наличие инородных тел в прямой кишке за период с января 2022 г. по январь 2024 г.

Сбор анамнеза в 4 (8,5%) случаях был затруднен из-за алкогольного опьянения, дисциркуляторной энцефалопатии, скованности пациента в связи с боязнью или стеснением.

Чаще всего инородные тела вводились в прямую кишку в сексуальных целях для самоудовлетворения — 41 (87,2%). Часть пациентов — 5 (10,6%) вводили инородные тела в медицинских целях (очистительные клизмы, массаж предстательной железы), в 1 (2,1%) случае инородное тело было введено в прямую кишку против воли, насильственно.

Рентгенография органов брюшной полости и малого таза выполнялась 46 (97,9%) пациентам, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза выполнялась 46 (97,9%) пациентам. У 1 пациента рентгенография органов брюшной полости и малого таза и УЗИ органов брюшной полости и малого таза не выполнялась из-за отказа пациента. Отказ был оформлен документально.

По результатам рентгенографии инородные тела определялись у 45 (95,7%) пациентов, у 2 (4,3%) пациентов нерентгенконтрастные инородные тела определялись при пальцевом исследовании прямой кишки. У всех пациентов признаков свободного газа в брюшной полости, непроходимости или перфорации стенок кишки выявлено не было.

При УЗИ у всех обследованных пациентов признаки наличия свободной жидкости в брюшной полости не определялись, имелись ультразвуковые признаки пневматизации петель кишечника с гетерогенным содержимым. Достоверные данные о наличии инородного тела прямой кишки получены у 42 (89,4%) пациентов. У 5 (10,6%) пациентов из-за мелких размеров инородных тел или большого количества кишечного содержимого УЗИ признаки инородного тела не определялись.

Одному (2,1%) пациенту, госпитализированному в стационар, выполнялось эндоскопическое

исследование толстой кишки для исключения кишечного кровотечения. При эндоскопическом исследовании у этого пациента выявлены осаднения слизистой оболочки стенок прямой кишки, возникшие в результате множественных безрезультатных попыток самостоятельно извлечь ИТ.

Из 47 пациентов у 46 (97,9%) удалось извлечь инородное тело трансанальным доступом. Одному пациенту (2,1%) потребовалось выполнение лапаротомии, в связи с высоким риском травмы прямой кишки и ретроградной миграцией ИТ в проксимальные отделы кишки. Амбулаторно, в условиях приемного отделения нами были удалены инородные тела у 22 (46,8%) пациентов. В случаях, когда попытки извлечения инородного тела трансанально ручным пособием были безуспешны, 25 (53,2%) пациентам проводилось хирургическое вмешательство в условиях операционной под анестезией. В большинстве случаев, 24 (96%) пациентам удаление инородного тела прямой кишки проводилось трансанально, после дивульсии сфинктера. Одному пациенту потребовалось выполнение лапаротомии в связи с миграцией ИТ в проксимальные отделы прямой кишки и высоким риском её перфорации. Этому пациенту была выполнена лапаротомия, с последующим низведением и эвакуацией ИТ через задний проход.

В качестве иллюстрации приводим два клинических наблюдения.

Клинический случай № 1

После длительного употребления спиртных напитков с незнакомыми людьми пациент Н., мужчина 41 года, доставлен бригадой скорой помощи в отделение неотложной помощи Городской клинической больницы № 15 им. О.М. Филатова с жалобами на боли в левой подвздошной области, в области заднего прохода, затруднение мочеиспускания, ощущение инородного тела в заднем проходе. В связи с алкогольным опьянением пациента сбор анамнеза затруднен, детали произошедшего вспомнить затрудняется. В условиях приемного отделения пациент осмотрен врачом-колопроктологом. При осмотре состояние пациента удовлетворительное. Мужчина нормостенического телосложения, ростом 185 см, масса тела 73 кг. Сознание пациента ясное. Походка пациента изменена: ходит, согнувшись, придерживая правой рукой живот. Артериальное давление 130/70 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 72 уд. в мин., температура тела 36,7°C. При аускультации сердца патологические шумы не выслушиваются. Аускультативно — дыхание везикулярное. Не может глубоко вдохнуть, так как усиливается болезненность в левой подреберной области. Живот симметричный во всех отделах, активно участвует в акте дыхания.

Перитонеальные симптомы отрицательны. При пальпации живот мягкий, вздут в левой подвздошной области, безболезненный при пальпации во всех отделах. В лабораторных исследованиях (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи) отклонений от нормальных показателей выявлено не было. При ЭКГ — патологий нет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа и уровней жидкости не определялось. В проекции входа в малый таз, на уровне дистальной части крестца и лобкового симфиза определяется неоднородная тень инородного предмета продолговатой формы, идущая в косо каудальном направлении. Наивысшая точка тени определяется приблизительно на уровне S3 позвонка. Дистальный конец тени определяется на уровне нижней ветви лобковой кости. При осмотре перианальной области визуализируются мацерации и незначительные кровоподтеки, при пальцевом ректальном исследовании прямой кишки нижний полюс инородного тела не пальпируется.

Попытка извлечь инородное тело трансанально ручным пособием в условиях приемного отделения безуспешна в связи с его миграцией в верхние отделы толстой кишки и риском перфорации стенок кишки отломками.

Под эндотрахеальным наркозом, на гинекологическом кресле выполнена дивульсия сфинктера заднего прохода по Пайру. Попытки извлечь инородное тело из прямой кишки через задний проход не увенчались успехом. В связи с этим, принято решение о выполнении нижней срединной лапаротомии. При ревизии органов брюшной полости толстая кишка не раздута, розового цвета, тонкая кишка перистальтирует, не расширена, розового цвета. В толстой кишке плотные каловые массы. В верхнеампулярном отделе прямой кишки пальпируется верхний край подвижного инородного тела. Другой патологии не выявлено. Бимануальными тракциями со стороны брюшной полости инородное тело низведено в нижеампулярный отдел прямой кишки с последующим его удалением через задний проход. Послеоперационная рана ушита послойно, в прямую кишку введена марлевая турунда с противомикробной мазью на водорастворимой основе и газоотводная трубка. Послеоперационный период протекал без осложнений со стороны послеоперационной раны. На 4-е сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание в поликлинику по месту жительства.

Клинический случай № 2

Пациент А., мужчина 26 лет, с инородным телом прямой кишки самостоятельно обратился в отделение неотложной помощи Городской клинической больницы № 15 им. О.М. Филатова с жалобами на боли

распирающего характера в животе (левом подреберье, левой подвздошной, околопупочной, надлобковой областях), в области заднего прохода. Инородное тело (фаллоимитатор) было введено половым партнером по обоюдному согласию во время полового акта. Из-за невозможности самостоятельного удаления инородного тела пациент обратился к колопроктологу амбулаторно. В связи с безуспешными попытками извлечения ИТ из прямой кишки мужчина был направлен в стационар.

В приемном отделении осмотрен врачом-колопроктологом. Мужчина, нормостенического телосложения, ростом 178 см, массой тела 69 кг. Пациент эмоционально возбужден. Походка пациента изменена: ходит медленно, широко расставив ноги, согнувшись. В смотровой на кушетке располагается на правом боку. В ровном сидячем положении усиливается болевой синдром в левой подвздошной области. Общее состояние удовлетворительное.

Аускультативно — дыхание без патологий. Глубокое дыхание затруднено из-за усиления болей в области живота. Частота дыхательных движений — 19 вдохов в минуту, артериальное давление — 127/74 мм рт. ст., пульс — 79 уд. в мин. При осмотре: живот незначительно подвздут, ограничено участвует в акте дыхания. Перитонеальные симптомы отрицательные. Живот при пальпации болезненный в надлобковой, левой подвздошной, околопупочной областях и левом подреберье. По ходу толстой кишки пальпаторно определяется протяженное инородное тело, идущее от надлобковой области до левого подреберья. Предмет плотный, цилиндрический, диаметром около 7 см, мобильный. При пальпации отмечается усиление болевого синдрома по ходу сигмовидной кишки. При осмотре промежности: перианальная кожа не изменена, мягкие ткани при пальпации не уплотнены, безболезненны. При пальцевом исследовании прямой на расстоянии 2–3 см от края ануса определяется нижний край цилиндрического инородного тела, продолговатой формы, мягкой консистенции, с неровной поверхностью.

Результаты лабораторных исследований: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи — отклонений от нормальных показателей нет. При ЭКГ — патологий нет. Рентгенография органов брюшной полости: по ходу позвоночного столба и в проекции левой подреберной области определяется тень инородного предмета продолговатой формы, идущая в краниальном направлении, с дальнейшим дугообразным искривлением и переходом в левую подвздошную область. Наивысшая точка тени (в области дугообразного искривления) определяется на уровне Th12-L1 позвонков. Дистальный

Таблица 1. Структура и частота встречаемости инородных тел прямой кишки с указанием минимальных и максимальных размеров ИТ для каждой категории

Table 1. Structure and frequency of occurrence of foreign bodies of the rectum, indicating the minimum and maximum RFBs sizes for each category

Категории ИТ	Количество	Размеры
Предметы домашнего обихода (металлические и пластиковые упаковки средств личной гигиены, продукты питания)	15 (31,9%)	Длина от 7 см до 10 см Диаметр от 2 см до 3 см
Изделия, относящиеся к сексуальным игрушкам (фаллоимитаторы, вибраторы, анальные пробки и т.д.)	24 (51,1%)	Длина от 10 см до 80 см Диаметр от 3 см до 7 см
Посуда (стакан, рюмка, пластиковая бутылка)	3 (6,4%)	Длина от 5 см до 15 см Ширина от 2 см до 4 см
Составные части медицинских изделий (пружина, скоба от брекетов, наконечники очистительных клизм)	5 (10,6%)	Длина от 1 см до 3 см Диаметр от 0,5 см до 1 см

конец тени определяется на уровне входа в малый таз в левой подвздошной области (Рис. 1).
В условиях приемного отделения решено произвести трансанальное удаление инородного тела в положении пациента на смотровом кресле лежа на спине с приведенными к животу коленями. После обработки периаанальной кожи и анального канала растворами антисептиков, выполнена пальцевая дивульсия анального сфинктера. Надавливающими движениями рук ассистента через брюшную стенку предмет был максимально смещен книзу. Постепенно растягивая сфинктер пальцем, введенным в анальный канал, вращательным движением, с одновременным расправлением складок слизистой прямой кишки, инородное тело было беспрепятственно удалено. Осложнений не было. Извлеченное инородное тело: фаллоимитатор из мягкого эластичного полимерного материала, прозрачного цвета, с неровной поверхностью, длиной 80 см, диаметром 7 см у основания (Рис. 2). Пациент был выписан из приемного отделения в связи

с отказом от госпитализации. Это самое большое инородное тело, описанное в отечественной литературе, извлеченное трансанальным доступом без анестезии и осложнений [5].
Извлеченные из прямой кишки инородные тела представляли собой объекты различных форм, размеров, материалов (Табл. 1).
После удаления ИТ осложнений не было зафиксировано ни в одном случае. Все пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

ОБСУЖДЕНИЕ

По литературным данным, наиболее часто пациентами с инородными телами прямой кишки являются мужчины [16–19], что также соответствует нашим наблюдениям: мужчин было 31 (66%), медиана возраста — 37 (24; 51) лет.

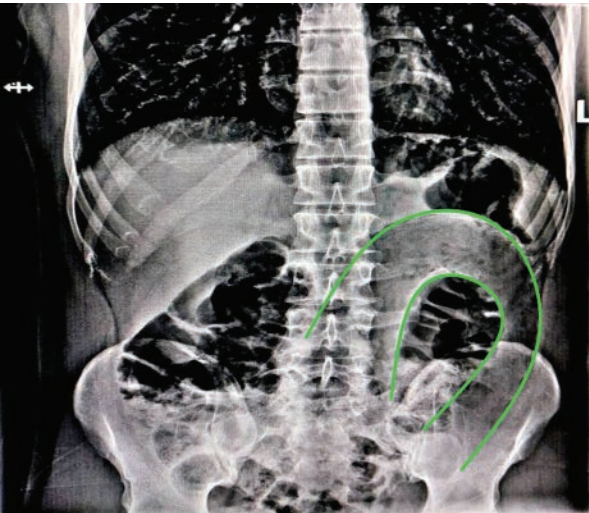


Рисунок 1. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости и малого таза больного
Figure 1. Overview X-ray of the abdominal cavity and pelvic organs of the patient



Рисунок 2. Извлеченное инородное тело (фаллоимитатор)
Figure 2. Extracted foreign body (dildo)

При поступлении пациента с подозрением на наличие инородного тела прямой кишки важную роль для определения дальнейшей лечебно-диагностической тактики играет тщательно собранный анамнез с целью определения структуры и количества инородных тел в прямой кишке, а также позволяет выявить путь проникновения и срок нахождения ИТ в кишке, материал, форму и размеры предметов.

Физикальное обследование больного врачом-колопроктологом применяется для оценки общего состояния пациента и клинических симптомов возможных осложнений: перфорации и наличия перитонеальных симптомов, миграции инородного тела в проксимальном направлении. Осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки используются с целью определения состояния запирательного аппарата прямой кишки, локализации и формы инородного тела, наличия повреждений стенок прямой кишки и оценки возможности трансанального удаления.

Следующим этапом необходимо выполнить рентгенологическое исследование органов брюшной полости [20], которое позволяет не только уточнить локализацию, но и идентифицировать рентгеноконтрастный предмет (количество, форму, структуру), а также определить признаки свободного газа брюшной полости и кишечной непроходимости.

При необходимости рентгенологическое исследование может быть дополнено ультразвуковой диагностикой или компьютерной томографией органов брюшной полости для визуализации инородного тела и исключения свободной жидкости в брюшной полости, а также выявления сопутствующих заболеваний внутренних органов. Эндоскопическое исследование (ректо-/колоноскопия) может быть применено для исключения повреждений стенки кишки, кишечного кровотечения и удаления инородных тел маленьких размеров [20].

Наиболее важным является определение методики оказания помощи этой категории пациентов. В литературе встречаются единичные материалы об использовании вспомогательных средств и инструментов для извлечения инородных тел прямой кишки.

Так, Feigelson S. et al. в 2007 году описывают случай применения акушерского вакуум-экстрактора, который был введен через ректороманоскоп, и использован для захвата инородного тела с последующей тракцией его книзу. Koornstra J.J., Weersma R.K. в своей статье 2008 года представили свой опыт применения катетера Фолея, который заводится под визуальным контролем через ректоскоп и раздувается за инородным телом, после чего осуществляется его низведение к заднему проходу. Результаты того и другого случая применения новых методов — положительные,

инородные тела были извлечены без осложнений [2,11,12,21].

Есть сведения об успешном применении SILS-порта (Single-incision laparoscopic surgery), который представляет собой гибкий лапароскопический порт, выполненный из губчатого материала, позволяющий одновременно использовать до трех инструментов через один разрез. После ручной дивульсии заднего прохода в анальный канал вводится порт SILS, и прямая кишка расширяется путем непрерывной инфляции CO₂ с созданием давления до 10 мм рт. ст. Затем вводится лапароскоп необходимого размера, и под прямым наблюдением инородное тело удаляется двумя лапароскопическими зажимами из прямой кишки [6,22]. Согласно нашему опыту, применение вспомогательных средств и оборудования не требовалось в исследуемой группе пациентов.

Ким С.Д., Коплатадзе А.М. и соавт. в статье 2008 года указывают на возможность проведения сфинктеротомии (рассечение внутреннего сфинктера под контролем пальца, введенного в прямую кишку) при извлечении крупных объемных предметов (жестяная кружка, металлический стакан, крупные деревянные предметы) [1].

Лапаротомия показана при повреждениях или высоком риске травмы стенок кишки и проводится у 2,8–10% пациентов [8,13,23,24]. При ревизии брюшной полости проводится оценка целостности стенки кишки, и при её сохранности и мобильности инородного тела предпринимается попытка низведения инородного тела со стороны вышележащих отделов кишки по направлению к заднему проходу, в то время как второй врач проводит тракцию его через задний проход. В нашей группе пациентов проведение такого оперативного вмешательства потребовалось в 1 (2,1%) случае. Если при лапаротомии выявляется повреждение стенок кишки, наличие признаков перитонита, а также при безуспешных попытках трансанального извлечения ИТ проводится колотомия с последующим извлечением инородного тела и формированием временной колостомы. В исследуемой нами группе пациентов проведение подобных операций не требовалось ни у одного пациента.

Однако даже проведение лапаротомии не всегда позволяет осуществить извлечение инородного тела. Так, Kasotakis G. et al. в 2012 году описывают опыт выполнения симфизотомии в лечении пациента с инородным телом прямой кишки больших размеров. Нижний край инородного тела обнаруживался в прямой кишке при ректальном пальцевом исследовании, но из-за его формы, большого размера и гладкой поверхности попытки извлечь его трансанально были безуспешны. Под анестезией, в условиях операционной, было принято решение выполнить лапаротомию.

При интраоперационной ревизии инородное тело было выявлено ниже тазового края, плотно вклинившееся в таз. Попытки низвести инородное тело в прямую кишку или протолкнуть его вверх из прямой кишки в брюшную полость, также не увенчались успехом. В связи с чем была выполнена лобковая симфизотомия, которая помогла расширить входное отверстие в малом тазу и сделать возможным трансанальное извлечение инородного тела. Авторы описывают данный метод как альтернативный метод, который может быть использован в случаях, когда крупные предметы плотно зажаты в малом тазу [6]. Описываемый случай вклинения ИТ прямой кишки в малый таз является крайне редким и не встречался в нашей группе пациентов.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проанализировав работу колопроктологического отделения, нам представляется оптимальным следующий алгоритм действия врача при обращении за помощью пациента с подозрением на наличие инородного тела прямой кишки:

1. Выявление инородного тела в результате осмотра и инструментальных исследований (рентгенографии и УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ректосигмоскопия). Определение локализации, формы, материала, наличия отделяемых частей инородного тела.
2. Исключение повреждений стенки кишки, развитие сопутствующих осложнений (кровотечение, перфорация, кишечная непроходимость) посредством физикального осмотра и инструментальных методов исследования.
3. При локализации инородного тела в нижнеампулярном отделе прямой кишки и отсутствии признаков повреждения стенок кишки проводится экстракция инородного тела через задний проход.
4. При высоких рисках травмы или перфорации стенок, миграции ИТ в проксимальные отделы толстой кишки, рекомендовано выполнение лапаротомии.
5. При сохранении мобильности инородного тела и отсутствии перфорации стенок кишки, целесообразно произвести низведение инородного тела в дистальные отделы с последующим удалением его через задний проход.
6. При повреждении стенок кишки или невозможности трансанального удаления ИТ проводится колостомия, с последующим извлечением инородного тела и формированием временной колостомы.

8. Выполнение диагностического эндоскопического исследования толстой кишки на следующий день после удаления инородного тела для оценки целостности прямой кишки.

УЧАСТИЕ АВТОРОВ

Концепция и дизайн исследования: *Егоркин М.А., Евлоев М.Я.*

Сбор и обработка материалов: *Евлоев М.Я., Горбунов И.Н.*

Статистическая обработка: *Егоркин М.А., Болквадзе Э.Э.*

Написание текста: *Евлоев М.Я., Горбунов И.Н.*

Редактирование: *Обухов В.К., Болквадзе Э.Э.*

AUTHORS CONTRIBUTION

Concept and design of the study: *Mikhail A. Egorkin, Magomed Ya. Evloeev*

Collection and processing of the material: *Magomed Ya. Evloeev, Ilya N. Gorbunov*

Statistical processing: *Mikhail A. Egorkin, Eteree E. Bolkvadze*

Writing of the text: *Magomed Ya. Evloeev, Ilya N. Gorbunov*

Editing: *Viktor K. Obukhov, Eteree E. Bolkvadze*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ (ORCID)

Егоркин Михаил Александрович — д.м.н., старший научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России; ORCID 0000-0002-1387-9363

Болквадзе Этери Энверовна — д.м.н., заведующая колопроктологическим отделением ГБУЗ ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗМ

Обухов Виктор Константинович — к.м.н., доцент, заведующий учебной частью кафедры колопроктологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Горбунов Илья Николаевич — врач-колопроктолог ГБУЗ ГКБ №15 им. О.М. Филатова ДЗМ; ORCID 0000-0001-7877-5963

Евлоев Магомед Яхьяевич — ординатор ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России по специальности «колопроктология»

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS (ORCID)

Mikhail A. Egorkin — 0000-0002-1387-9363

Eteree E. Bolkvadze

Viktor K. Obukhov

Ilya N. Gorbunov — 0000-0001-7877-5963

Magomed Ya. Evloeev

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ким С.Д., Коплатадзе А.М., Шмаков В.А. Неотложная помощь при инородных телах прямой кишки. *Колонпроктология*. 2008;1(23):23–26. / Kim S.D., Koplatadze A.M., Shmakov V.A. Emergency care for foreign bodies of the rectum. *Kolopoktologia*. 2008;1(23):23–26. (in Russ.).
2. Abdurrahim Sayılır, Ibrahim Nadir Düzgün, Bülent Güvendi. Treatment of unusual rectal foreign body using a Foley catheter. *Endoscopy*. 2014;1:89–125.
3. Давидов М.И. Инородное тело толстой кишки (клинический случай). *Колонпроктология*. 2023;22(4):99–103. / Davidov M.I. Foreign body of the colon (case report). *Kolopoktologia*. 2023;22(4):99–103. (in Russ.). doi: [10.33878/2073-7556-2023-22-4-99-103](https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-4-99-103)
4. Ploner M, Gardetto A, Ploner F, et al. Foreign rectal body — Systematic review and meta-analysis. *Acta gastro-enterologica Belgica*. 2020;83:61–65.
5. Goldberg JE, Scott R. Rectal foreign bodies. *Surgical Clinics of North America*. 2010;1:173–184.
6. Kasotakis G, Roediger L, Mittal S. Rectal foreign bodies: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2012;3(3):111–115. doi: [10.1016/j.ijscr.2011.11.007](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2011.11.007)
7. Goldberg JE, Steele SR. Rectal foreign bodies. *Surg Clin North Am*. 2010;90:173–184. doi: [10.1016/j.suc.2009.10.004](https://doi.org/10.1016/j.suc.2009.10.004)
8. Lake JP, Essani R, Petrone P, et al. Management of retained colorectal foreign bodies: predictors of operative intervention. *Dis Colon Rectum*. 2004;47(10):1694–1698. doi: [10.1007/s10350-004-0676-4](https://doi.org/10.1007/s10350-004-0676-4)
9. Ye H, Huang S, Zhou, et al. Migration of a foreign body to the rectum. *Medicine*. 2018;97(28):112–115. doi: [10.1097/md.00000000000011512](https://doi.org/10.1097/md.00000000000011512)
10. Хубезов Д.А., и соавт. Тактика лечения больных с инородными телами прямой кишки. *Хирургия. Научный журнал Н.И. Пирогова*. 2016;9:57–63. / Khubezov D.A., et al. Tactics of treatment of patients with rectal foreign bodies. *Surgery. Journal of NI Pirogov*. 2016;9:57–63. (in Russ.).
11. Feigelson S, Maun D, Silverberg D, et al. Removal of a large spherical foreign object from the rectum using an obstetric vacuum device: a case report. *Am Surg*. 2007;73(3):304–306.
12. Koornstra JJ, Weersma RK. Management of rectal foreign bodies: Description of a new technique and clinical practice guidelines. *World J Gastroenterol*. 2008;14(27):4403–4406. doi: [10.3748/wjg.14.4403](https://doi.org/10.3748/wjg.14.4403)
13. Ryoo SB, Oh HK, Ha HK, et al. Operative Treatment with a Laparotomy for Anorectal Problems Arising from a Self-Inserted Foreign Body. *J Korean Soc Coloproctol*. 2012;28(1):56–60. doi: [10.3393/jksc.2012.28.1.56](https://doi.org/10.3393/jksc.2012.28.1.56)
14. Waraich NG, Hudson JS, Iftikhar SY. Vibrator-induced fatal rectal perforation. *NZ Med J*. 2007;120:1260
15. Shaban Yu, Elkbuli A, Ovakimyan V, et al. A foreign body in the rectum causing perforation: a clinical case and a literature review. *Surgeon Ann Honey (London)*. November 2019;47:66–69
16. Волков О.В., Бирюков Ю.В., Ан В.К., и соавт. Лечение пациентов с инородными телами прямой кишки. *Хирургия*. 2000;7:41–43. / Volkov O.V., Biryukov Y.V., An V.K., et al. Treatment of patients with foreign bodies of the rectum. *Surgery*. 2000;7:41–43. (in Russ.).
17. Давыдов М.И., Субботин В.М., Рылов Ю.Л., и соавт. Инородные тела прямой кишки. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2000;1:91–95. / Davidov M.I., Subbotin V.M., Rylov Y.L., et al. Foreign bodies of the rectum. *Bulletin of Surgery named after I.I. Grekov*. 2000;1:91–95. (in Russ.).
18. Kurer MA, Davey C, Khan S, et al. Colorectal foreign bodies: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2010;12(9):851–861. doi: [10.1111/j.1463-1318.2009.02109.x](https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2009.02109.x)
19. Khan S, Khan S, Chalgari T, Akhtar R, et al. An uncommon problem: Overcoming the challenges of rectal foreign bodies. *A case series and literature review*. 2023;12:1–6.
20. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, et al. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis*. 2005;7:98–103. doi: [10.1111/j.1463-1318.2004.00699.x](https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2004.00699.x)
21. Nivatvongs S, Metcalf DR, Sawyer MD. A simple technique to remove a large object from the rectum. *J Am Coll Surg*. 2006;203(1):132–133. doi: [10.1016/j.jamcollsurg.2006.03.012](https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.03.012)
22. Elias B, Debs T, Hage S, et al. Single incision laparoscopic surgery technique for transanal removal of rectal foreign body. *J Surg Case Rep*. 2014;3:22. doi: [10.1093/jscr/rju022](https://doi.org/10.1093/jscr/rju022)
23. Тренин С.О., Гельфенбейн Л.С., Цацанашвили С.Г., и соавт. Инородные тела прямой кишки. *Хирургия*. 2005;11:58–63. / Trenin S.O., Gelfenbein L.S., Tsatsanashvili S.G., et al. Foreign bodies of the rectum. *Surgery*. 2005;11:58–63. (in Russ.).
24. Konishi T, Watanabe T, Nagawa H. Impaction of a rectal foreign body: what is the final approach before surgery? *Dis Colon Rectum*. 2007;50(2):262–263. doi: [10.1007/s10350-006-0788-7](https://doi.org/10.1007/s10350-006-0788-7)
25. Bjorklund K. Minimally invasive surgery for obstructed labour: a review of symphysiotomy during the twentieth century (including 5000 cases). *British journal of obstetrics and gynaecology*. 2002;109:236–248. doi: [10.1111/j.1471-0528.2002.01214.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2002.01214.x)
26. Slaiki S, Bouhaddouti H, Mouaqit Q, et al. Voluminous colorectal foreign bodies inserted voluntarily: about a case. *PAMJ*. 2019;34:142.