



УДК 616.351

doi.org/10.5922/2223-2427-2024-9-3-7

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

А. Я. Ильканич^{1,2}, Д. Р. Маркарьян³, Т. Н. Гарманова³✉

В. К. Корженевский⁴, Ш. Д. Асутаев⁵, О. Н. Боцула⁶, В. В. Сурин⁷

¹ Сургутская окружная клиническая больница, 628412, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Сургут, просп. Ленина, 1

² Сургутский государственный университет, 628408, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Сургут, ул. Энергетиков, 24, корп. 2

³ Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, 119991, Россия, Москва, ул. Ленинские Горы, 1

⁴ Сургутская клиническая травматологическая больница, 628418, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Сургут, Нефтеюганское шоссе, 20

⁵ Сургутская городская клиническая больница, 628415, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Сургут, ул. Губкина, 1

⁶ Нижневартовская окружная клиническая больница, 628606, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра Нижневартовск, ул. Ленина, 18

⁷ Лянторская городская больница, 648449, Россия, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Лянтор, ул. Салавата Юлаева, 7

Поступила в редакцию: 02.07.2024 г.

Принята в печать: 21.07.2024 г.

Для цитирования: Ильканич А. Я., Маркарьян Д. Р., Гарманова Т. Н., Корженевский В. К., Асутаев Ш. Д., Боцула О. Н., Сурин В. В. Инородные тела прямой кишки: клинический опыт. *Хирургическая практика*. 2024;9(3):78–91. <https://doi.org/10.5922/2223-2427-2024-9-3-7>

Актуальность. Инородные тела прямой кишки являются одним из наиболее редко встречающихся состояний в неотложной хирургии и имеют различную этиологию.

Цель. Изучить характер травмы, диагностику, варианты хирургических вмешательств и результаты, связанные с инородными телами прямой кишки.

Методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 47 больных с инородными телами прямой кишки, получивших помощь в нескольких хирургических стационарах Ханты-Мансийского автономного округа – Югры за период 2019–2023 гг. Изучены половой и возрастной составы, этиология, длительность периода обращения, особенности диагностики и вида медицинского пособия. Выполнена оценка результатов лечения и длительности пребывания в стационаре. Криминальный анамнез отмечен лишь у 1 (2,1%) человека. На введение

инородного тела в прямую кишку для удовлетворения сексуальных потребностей указали 42 (89,4 %) пациента. Действия несексуального характера стали причиной описываемого состояния у 4 (8,5 %) человек.

Результаты. В анализируемой группе лиц молодого возраста — 29 (61,7%), среднего — 9 (19,1%), пожилого — 8 (17,0%), старшей возрастной группы — 1 (2,2%). Средний возраст пациентов составил 42 ± 13 лет. Мужчин было 33 (70,2%), женщин — 14 (29,8%). В первые 3 часа за медицинской помощью обратились 10 (21,3%) человек, спустя 1–3 суток — 34 (72,3%) пациента, позже 4 суток — 3 (6,4%) пациента. В большинстве наблюдений удаление инородного тела произведено трансанально — у 42 (89,3%) пациентов. При невозможности трансанального удаления прибегли к лапаротомии у 5 (10,6%) больных.

Заключение. Сексуальное удовлетворение было наиболее распространенной причиной введения инородного тела в прямую кишку. Своевременная диагностика и индивидуальный подход в лечении данного состояния позволяют произвести удаления инородного тела минимально инвазивными методами.

Ключевые слова: инородное тело, прямая кишка, операция, извлечение, минимальноинвазивные технологии

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

UDK 616.351

doi.org/10.5922/2223-2427-2024-9-3-7

FOREIGN BODIES IN THE RECTUM: CLINICAL EXPERIENCE

A. Ya. Ilkanich^{1,2}, D. R. Markaryan³, T. N. Garmanova³ ✉

V. K. Korzhenevsky⁴, Sh. D. Asutaev⁵, O. N. Botsula⁶, V. V. Surin⁷

¹ Surgut District Clinical Hospital,

1, Lenina District, Khanty-Mansi Autonomous Area — Yugra, Surgut, 628412, Russia

² Surgut State University,

24/2, Energetikov St., Khanty-Mansi Autonomous Area — Yugra, Surgut, 62808, Russia

³ M. V. Lomonosov Moscow State University, 1, Leninskie Gory St., Moscow, 119991, Russia

⁴ Surgut Clinical Trauma Hospital, 20, Nefteyuganskoe Shosse, Khanty-Mansi

Autonomous Area — Yugra, Surgut, 628418, Russia

⁵ Surgut City Clinical Hospital,

1, Gubkina St., Khanty-Mansi Autonomous Area — Yugra, Surgut, 628415, Russia

⁶ Nizhnevartovsk District Clinical Hospital,

18, Lenina St., Khanty-Mansi Autonomous Area — Yugra, Nizhnevartovsk, 628606, Russia

⁷ Lyantor City Hospital, 7, Salavata Yulaeva St., Khanty-Mansi Autonomous Area — Yugra,

Lyantor, 648449, Russia

Received 02 July 2024

Accepted 21 July 2024

To cite this article: Ilkanich AYa, Markaryan DR, Garmanova TN, Korzhenevsky VK, Asutaev ShD, Botsula ON, Surin VV. Foreign bodies in the rectum: clinical experience. *Surgical practice (Russia)*. 2024;9(3):78–91. <https://doi.org/10.5922/2223-2427-2024-9-3-7>

Background: Foreign bodies in the rectum are among the rarest conditions encountered in emergency surgery and can have various etiologies.

Aim: To examine the patterns of injury, diagnostic methods, surgical options, and outcomes associated with foreign bodies of the rectum.

Materials and methods. A retrospective analysis was conducted on the treatment outcomes of 47 patients with rectal foreign bodies who received care at various surgical hospitals in the Khanty-Mansiysk Autonomous Okrug – Ugra from 2019 to 2023. The study examined factors such as sex and age distribution, etiology, duration of the treatment period, diagnostic features, and types of medical interventions. The results of treatment and length of hospital stay were also assessed. A criminal history was noted in only one patient (2.1%). The insertion of a foreign body into the rectum for sexual pleasure was reported by 42 patients (89.4%). Non-sexual causes were responsible for the condition in 4 patients (8.5%).

Results. In the analysed group there were 29 (61.7%) young people, 9 (19.1%) middle-aged people, 8 (17.0%) elderly people, and one (2.2%) in the senior age group. The average age of the patients was 42 ± 13 years. There were 33 men (70.2%) and 14 women (29.8%). In the first 3 hours, 10 (21.3%) people sought medical treatment, after 1–3 days – 34 (72.3%) patients, and after 4 days – 3 (6.4%) patients. In most cases, in 42 (89.3%) patients, the foreign body was removed transanally. If transanal removal was impossible, laparotomy was performed in 5 (10.6%) patients.

Conclusion. Sexual gratification was the most common reason for the insertion of a foreign body into the rectum. To prevent perforation and improve the prognosis of this pathological condition, timely diagnosis and treatment are necessary.

Keywords: foreign body, rectum, surgery, extraction, minimally invasive approach

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Введение

Начиная с последней декады XX и начала XXI в. отмечается рост числа пациентов с инородными телами прямой кишки. Необходимо отметить, что первое упоминание о таком типе патологического состояния относится к XVI в. и описано как единичное клиническое наблюдение. Но уже с середины XIX в. число публикаций, посвященных теме инородных тел прямой кишки, увеличивается и приводятся сведения обо все большем числе случаев лечения этой категории больных. Так, в 1910 г. А. В. Вакар из 1868 обратившихся по поводу инородных тел желудочно-кишечного тракта инородные тела прямой кишки отметил только у двух пациентов, а анализируя публикации с 1910 по 1940 г., А. М. Рыжих описал уже 10 таких случаев [1]. В последующие годы увеличение числа лиц с инородными телами прямой кишки растет буквально в геометрической прогрессии. В 1965 г. А. М. Аминев опубликовал сведения о 63 аналогичных больных и предложил классификацию инородных тел прямой кишки, а В. С. Нуждов в 1993 г. привел данные, отраженные в отечественной статистике, о лечении 605 пациентов [2; 3]. В публикациях последних двух десятилетий отражена динамика роста пациентов с инородными телами прямой кишки [4–7].

Можно отметить, что эта тенденция отмечается в большинстве стран и на всех континентах. За десятилетний период наблюдения отмечен рост случаев инородных тел прямой кишки в Швеции [8]. Частота обращений за медицинской помощью по поводу инородных тел прямой кишки в Соединенных Штатах Америки за аналогичный по продолжительности наблюдения период составила 0,0013%, а в странах Карибского бассейна – 0,13 на 100 000 населения [9; 10].

В клинической практике каждый хирург / колопроктолог, работающий как в стационаре, так и в амбулаторном подразделении, сталкивается с необходимостью оказания помощи пациентам с инородными телами прямой кишки. Описанные алгоритмы действий

и тактические приемы схожи и должны применяться в клинической практике [11; 12]. При этом разнообразие возможных инородных тел, способов их введения и цели, отсутствие унифицированных общепринятых действий являются поводом для обсуждения.

Цель данной работы — изучение характера травмы, особенностей диагностики, вариантов хирургических вмешательств и результатов, связанных с инородными телами прямой кишки.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 47 больных с инородными телами прямой кишки, получивших помощь в нескольких хирургических стационарах Ханты-Мансийского автономного округа — Югры: Сургутской городской клинической больницы, Сургутском клиническом травматологическом центре, Нижневартовской окружной клинической больницы, Лянторской городской клинической больницы за период 2019–2023 гг.

В анализируемой группе лиц молодого возраста — 29 (61,7%), среднего — 9 (19,1%), пожилого — 8 (17,0%), старшей возрастной группы — 1 (2,2%). Средний возраст пациентов составил 42 ± 13 лет. Мужчин было 33 (70,2%), женщин 14 (29,8%). В первые 3 часа за медицинской помощью обратились 10 (21,3%) человек, спустя 1–3 суток — 34 (72,3%), позже 4 суток — 3 (6,4%).

Криминальный анамнез отмечен лишь у 1 (2,1%) человека. На введение инородного тела в прямую кишку для удовлетворения сексуальных потребностей указали 42 (89,4%) пациента. Действия несексуального характера стали причиной описываемого состояния у 4 (8,5%) человек (потеря наконечника при постановке клизмы, колпачка от мази и пр.).

Медицинская помощь оказана в условиях приемного покоя хирургического стационара или травматологического пункта 28 (59,6%) больным. В условиях круглосуточного стационара пролечено 19 (40,4%) пациентов.

Объем обследования включал сбор жалоб и анамнеза заболевания, физикальное исследование и ректальный осмотр. При потребности в общем обезболивании выполнялись лабораторные исследования. Инструментальное исследование включало обзорную рентгенографию органов брюшной полости, УЗИ малого таза. Компьютерная томография, водорастворимая контрастная клизма, эндоскопические методы исследования выполнялись по показаниям.

Характер инородных тел разнообразен: секс-игрушки, фаллоимитатор, вибратор, анальная пробка, овощи (морковь, огурец), предметы посуды (стаканы, бутылки, банки), металлические баллончики (дезодорант, пена для бритья), колпачки (от освежителя воздуха, от мази), наконечники клизм, свертки с неизвестным веществом, утеплитель «Пеноплэкс» в виде конуса, деревянная палочка, обрезки труб, пластиковый мяч, триммер для бритья, флакон мыльных пузырей и т. д.

В большинстве наблюдений удаление инородного тела произведено трансанально — у 42 (89,3%) пациентов. Местная инфильтрационная анестезия выполнена 2 (4,3%) больным, внутривенное обезбоживание — 3 (6,4%), спинномозговая анестезия — 7 (14,9%), эндотрахеальный наркоз — 4 (8,5%) пациентам. У 31 (65,9%) больного инородное тело извлечено после постановки обезболивающего препарата внутримышечно. Для облегчения эвакуации инородного тела в прямую кишку вводили вазелиновое масло. Выбор инструмента для извлечения зависел от характера инородного тела и риска нарушения его целостности. Почти во всех наблюдениях использовали зажимы Люэра, Кохера, анальное зеркало и крючки Фарабефа, реже гинекологические ретракторы и пластинчатые ранорасширители.

При невозможности трансанального удаления прибегли к лапаротомии — у 5 (10,6%) больных. Низведение инородного тела и извлечение его через заднепроходное отверстие без

вскрытия просвета кишки удалось в 3 (6,4%) наблюдениях. Извлечение через колотомическое отверстие выполнено у 2 (4,3%) больным. В одном случае после восстановления целостности кишечной стенки выведена временная колостома проксимальнее колотомической раны.

Сроки стационарного лечения составили 1–3 суток — у 13 (68,4%) больных, 5–9 суток — у 5 (26,3%) и 58 суток — у 1 (5,3%) пациента. Летальных исходов в анализируемой группе не отмечено.

Результаты

Тактика лечения пациентов с инородными телами прямой кишки зависит от многих факторов: характера инородного тела, повода для его введения, длительности нахождения, анатомических особенностей и пр. Поэтому выбор инструментов для извлечения инородного тела, мануальных приемов и последовательность диагностических и лечебных процедур зависят в большинстве случаев от личного опыта врача и его осведомленности об этой проблеме.

Ниже представлены несколько клинических наблюдений, вызывающих интерес с точки зрения выбранной тактики лечения.

Клиническое наблюдение 1

Больной Х., 61 года, доставлен в приемное отделение 22.11.2023 г. с жалобами на распирающие боли в животе, вздутие живота, тошноту, отсутствие самостоятельной дефекации в течение 3 суток. Из анамнеза сообщил, что после злоупотребления алкоголем, 3 суток назад, обнаружил исчезновение стакана. Обстоятельств пропажи стакана не помнит. При общем осмотре живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перистальтика усиленная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При ректальном осмотре перианальная область со следами кала и крови, при ректальном осмотре в ампуле прямой кишки патологических новообразований не обнаружено, на перчатке следы кала коричневого цвета с прожилками крови. Выполнена обзорная рентгенография, в проекции малого таза определяется инородное тело с четкими контурами, примерным размером 73 × 93 мм (рис. 1).

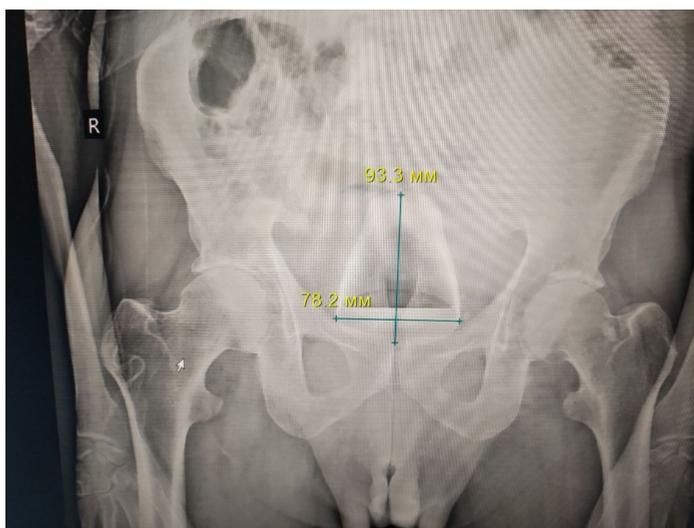


Рис. 1. Инородное тело (стакан) прямой кишки

Fig. 1. Foreign body (a glass) in the rectum

Принято решение об экстренном оперативном вмешательстве. Под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия, попытка удаления инородного тела ампулы прямой кишки. Ввиду того что стакан был плотно зафиксирован в ампуле прямой кишки, дежурной бригаде не удалось его ни удалить, ни развернуть. Было решено наложить разгрузочную сигмостому и после снятия отека совершить повторную попытку удаления инородного тела. Через сутки была выполнена релапаротомия, перемещение инородного тела в дистальный отдел сигмовидной кишки, продольная колотомия, удаление инородного тела (рис. 2, 3). Наложена двустольная сигмостома.



Рис. 2. Извлечение инородного тела через колотомическое отверстие

Fig. 2. Foreign body extraction via the colotomy



Рис. 3. Инородное тело – стакан

Fig. 3. A glass as the foreign body involved

Послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационной раны и полной подкожной эквентрацией, что потребовало проведения пяти программируемых санационных релапаротомий, а также дерматензии для закрытия раны передней брюшной стенки. Через 58 суток пациент был выписан в удовлетворительном состоянии.

Клиническое наблюдение 2

Пациент 37 лет, мужчина, обратился за медицинской помощью через 3 часа после введения инородного тела в прямую кишку. Со слов пациента, жена ввела «какой-то предмет» в прямую кишку для сексуальной стимуляции и не сумела его удержать. Выполнено общеклиническое исследование. При ректальном осмотре обнаружено инородное тело с гладкой поверхностью, шарообразной формы, легко перемещается по окружности, но в силу больших размеров трансанальная экстракция невозможна. Выполнена компьютерная томография (рис. 4).

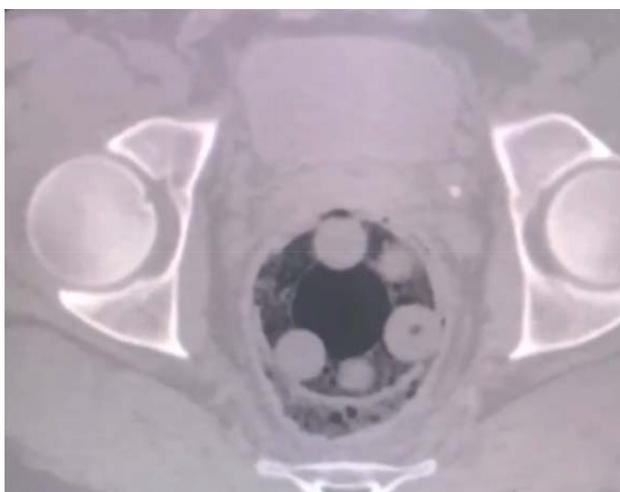


Рис. 4. Инородное тело — мяч для собак

Fig. 4. The foreign body is a dog treat ball

Из-за размеров предмета и невозможности его удаления было принято решение о проведении лапаротомии. Через небольшой разрез передней брюшной стенки выполнено его перемещение в дистальном направлении и удаление через задний проход. Инородным телом оказался мяч для собак диаметром 14,5 см. Течение послеоперационного периода прошло без осложнений. Пациент настоял на выписке на 7-е сутки после операции. Клинический пример демонстрирует возможность удаления инородных тел больших размеров без необходимости вскрытия просвета толстой кишки. В значительной степени на это повлиял короткий период от эксцесса до обращения за медицинской помощью и верно выбранная тактика ведения.

Клиническое наблюдение 3

Мужчина 47 лет обратился за медицинской помощью 16.08.2021 г. с жалобами на инородное тело в прямой кишке. Из анамнеза заболевания известно, что 14.08.2021 г. во время сексуальных игр с супругой в прямую кишку было введено инородное тело конусовидной формы. Пытался самостоятельно извлечь, но безуспешно. Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости. Пальцевое иссле-

дование прямой кишки: на кончике указательного пальца пальпируется инородное тело, неподвижное. После неудачной попытки эндоскопического извлечения принято решение выполнить оперативное лечение, согласие на операцию получено. Выполнена нижнесрединная лапаротомия. В прямой и сигмовидной кишке пальпируется инородное тело. Сигмовидная кишка рассечена продольно, инородное тело удалено (продольный предмет из пенополистирола длиной 25 см) (рис. 5). Кишка ушита двухрядным узловым швом. Послеоперационное наблюдение без особенностей, выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендациями на 7-е сутки.

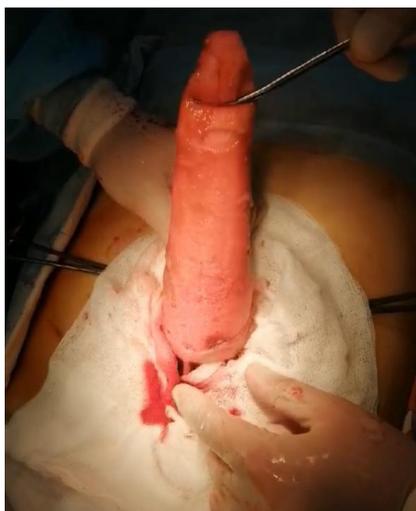


Рис. 5. Инородное тело — этап извлечения из сигмовидной кишки

Fig. 5. A foreign body — extraction from the sigmoid colon

Обсуждение

Большая часть пациентов с инородными телами прямой кишки — лица молодого возраста и мужского пола, что отражено в периодической печати. Так, в систематическом обзорном исследовании в 2010 г. было получено соотношение 37 : 1 между мужчинами и женщинами, с показателем среднего возраста 44,1 года при стандартном отклонении в 16,6 лет [13]. В нашем исследовании 70,2% пациентов — мужчины. Чаще всего этиологическим фактором инородных тел прямой кишки является сексуальная стимуляция, которая среди наших пациентов отмечена у 42 (89,4%) больных. Прочие причины, по данным литературы, в совокупности достигают чуть меньше половины наблюдений: насильственные действия, психические расстройства, лечение запоров, травмы [14]. Особое внимание стоит обратить на пациентов старших возрастных групп, в нашем исследовании у 3 (6,4%) больных лечение запора привело к потере тюбика слабительного препарата или наконечника клизмы в прямой кишке. Таким пациентам должны быть оказаны определенные услуги для профилактики подобного осложнения. В последние годы отмечается рост числа лиц, участвующих в транспортировке наркотиков, в том числе использующих прямую кишку в качестве контейнера для перевозки [15]. Среди анализируемой группы у 1 (2,1%) пациента был извлечен контейнер с наркотическими препаратами.

При организации медицинской помощи может быть учтен тот факт, что в большинстве наблюдений возможно оказание помощи в амбулаторных условиях — у 28 (59,6%) пациен-

тов. Конечно, в первую очередь это связано с размерами инородного тела и возможностью его безопасного извлечения. Остальным 19 (40,4%) для проведения местной, проводниковой или общей анестезии потребовалась госпитализация.

Первым этапом обследования пациентов с инородными телами является сбор жалоб и анамнеза заболевания. Для этого необходимо проявлять деликатность и сочувствие, что позволяет в короткие сроки установить причину болезненного состояния и выбрать оптимальный способ лечения. На необходимость подобного подхода указывают авторы отдельных публикаций [9]. Длительность периода обращения после введения инородного тела в прямую кишку обусловлена множеством факторов: этиологией и отношением к этому самого пациента, многократными безуспешными попытками самостоятельного удаления инородного тела, присоединением осложнений, связанных с обструктивным синдромом и пр. Тем не менее подавляющее число пациентов обращается за помощью к медикам в достаточно короткие сроки. Среди наших пациентов число таковых составило 44 (93,6%) человека.

Второй этап обследования — общеклиническое исследование. Наиболее информативным методом можно считать пальцевой ректальный осмотр. Однако стоит учитывать отдельные рекомендации, предлагающие проведение такового лишь после рентгенологического обследования с целью исключения ранения пальца исследователя острым предметом. В связи с этим после сбора жалоб, анамнеза заболевания и рутинного обследования пациента стоит провести обзорную рентгенографию брюшной полости и малого таза в двух проекциях с последующим ректальным осмотром [12]. Рентгенологическое исследование позволяет идентифицировать рентгенконтрастное инородное тело, выявить свободный газ в брюшной полости при перфорации или признаки острой кишечной непроходимости. Пальпация живота позволяет установить признаки миграции инородного тела в ободочную кишку или перитонита. При этом попытка перемещения инородного тела без инструментального обследования чревата вторичным повреждением органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства.

В отдельных случаях может быть применена компьютерная томография для уточнения расположения и вида инородного тела, оценки перспективы трансанальной экстракции без риска ранения окружающих органов и тканей. При миграции инородного тела в ободочную кишку эффективным может быть эндоскопическая экстракция [9].

Удаление инородного тела может выполняться в положении больного на спине, на боку, сидя на корточках или же в гинекологическом кресле. Трансанальное удаление — простая и эффективная процедура, успех которой достигает от 16 до 75% [16]. В нашем исследовании удалить инородное тело трансанально удалось у 42 (89,3%) пациентов.

Для удаления инородных тел предложено много способов, и ни один из них не может быть признан единственно эффективным. Какой интервенционный подход для пациентов с инородным телом прямой кишки является наиболее подходящим: ручное извлечение, эндоскопия или хирургическое вмешательство? На основании имеющейся литературы нельзя дать рекомендаций относительно превосходства одного метода трансанальной экстракции над другими в случае сохранения инородного тела в аноректальной области [12]. Тактика должна быть логичной и последовательной. В качестве терапии первой линии следует осуществить попытку удаления инородного тела при первичном ректальном осмотре. При неудаче может быть выполнена блокада спинного нерва, спинномозговая анестезия, внутривенная седация или общая анестезия для повышения шансов на трансанальное извлечение. При высоком расположении инородных тел (выше ректосигмоидного соединения) оптимально предпринять попытку эндоскопической экстракции. Важно помнить, что при гемодинамической нестабильности или перфорации не рекомендуется проводить трансанальную экстракцию.

Важным является знакомство специалистов с имеющимися алгоритмами, рекомендациями, тактическими решениями и приемами, описанными в отечественной и зарубежной литературе [9; 17]. Для трансанальной экстракции инородного тела может быть использованы различные зажимы, подручные предметы (ложка, магнит, плоскогубцы) [18; 19]. Описаны случаи извлечения инородных тел с использованием петель для полипэктомии, щипцов, надувных катетеров Фолея, акушерских щипцов, вакуумов и баллонных расширителей [13]. Создаются устройства для извлечения инородных тел прямой кишки, разработанные в отдельных лечебных учреждениях [20; 21]. Применяются различные приемы, направленные на изменение положения инородного тела для возможности безопасного перемещения инородного тела по прямой кишке [22]. В последнее время появляются публикации об использовании трансанальной минимально инвазивной хирургии (TAMIS) для извлечения инородных тел из прямой кишки [23]. И все же стоит упомянуть тот факт, что в имеющейся литературе не сделано никаких рекомендаций относительно превосходства одного инструмента / техники над другими [12].

Использование постэкстракционной проктосигмоидоскопии необходимо, несмотря на нехватку качественных литературных данных и относительную безопасность диагностической процедуры [24].

Пациентам с инородным телом прямой кишки без признаков перфорации предлагается хирургический подход в случае неудачи трансанальной экстракции или при наличии признаков перитонита [18].

Лапароскопия должна быть первым этапом хирургического лечения. Она позволяет оценить распространенность перитонита, и при отсутствии перфорации может быть выполнено лапароскопическое пособие, направленное на «выдаивание» инородного тела, для обеспечения трансанальной экстракции [25].

Колотомия должна быть зарезервирована для тех случаев, когда все вышеупомянутые процедуры терпят неудачу. Все эти маневры могут быть выполнены с помощью минилапаротомии. Небольшая, свежая перфорация с ограниченным перитонеальным загрязнением может рассматриваться как ятрогенная и подвергнуться первичному восстановлению после извлечения постороннего объекта. Операция Гартмана должна быть признана предпочтительной процедурой у пациентов с генерализованным перитонитом. Она особенно полезна у тяжелобольных пациентов и у пациентов с множественными сопутствующими заболеваниями. Тем не менее восстановление непрерывности кишечника после операции Гартмана связано со значительными рисками и использованием значительных ресурсов, и многие из этих пациентов остаются с постоянной стомой [26].

Заключение

1. Большая часть больных с инородными телами прямой кишки – молодые мужчины, доля которых достигает 70,2%. Удовлетворение сексуальных потребностей является мотивом у 89,4% пациентов.

2. Наиболее информативными методами исследования при наличии инородных тел прямой кишки являются обзорная рентгенография органов брюшной полости в двух проекциях и пальцевое ректальное обследование.

3. Выбор тактики лечения пациентов с инородными телами прямой кишки зависит от ряда факторов: вида инородного тела, его размеров, консистенции, осложнений.

Трансанальное извлечение инородного тела возможно в большинстве случаев у 89,3% пациентов.

Список литературы/References

1. Вакар А. В. К статистике инородных тел. *Хирургия*. 1910;28:255.
[Vakar AV. To the statistics of foreign bodies. *Khirurgia*. 1910;28:255 (in Russ.).]
2. Аминев А. М. Многотомное руководство по проктологии. Куйбышев, 1965.
[Aminev AM. Multi-volume guide to proctology. Kuuybishev, 1965 (in Russ.).]
3. Нуждов В. С. Инородное тело прямой кишки. *Клин. Хирургия*. 1993;4:69.
[Nuzgdov VS. Foreign body of rectum. *Klin. Khirurg*. 1993;4:69 (in Russ.).]
4. Ким С. Д., Коплатадзе А. М., Шмаков В. А. Неотложная помощь при инородных телах прямой кишки. *Колопроктология*. 2008;1(23):23–26.
[Kim SD, Koplatadze AM, Shmakov VA. Emergency aid in rectal foreign bodies. *Coloproctology*. 2008;1(23):23–26 (in Russ.).]
5. Стяжкина С. Н., Климентов М. Н., Мухаметзянов Р. Р., Минниyarова А. И. Инородные тела прямой кишки. *Colloquium-Journal*. 2020;13-2(65):1–53.
[Styazhkina SN, Klimentov MN, Muhametzyanov RR, Minniyarova AI. Foreign bodies of rectum. *Colloquium-Journal*. 2020;13-2(65):1–53 (in Russ.).]
6. Тренин С. О. Инородные тела прямой кишки. *Хирургия*. 2005;11:58–63.
[Trenin S. O. Foreign bodies of rectum. *Khirurgia*. 2005;11:58–63 (in Russ.).]
7. Хубезов Д. А., Трушин С. Н., Пучков К. В. Тактика лечения пациентов с инородными телами прямой кишки. *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова*. 2016;9:57–63.
[Khubezov DA, Trushin SN, Puchkov KV, Puchkov DK, Ogorel'tsev AYU. Treatment of rectal foreign bodies. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2016;(9):57–63 (in Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia2016957-63>]
8. Dahlberg M, Nordberg M, Pieniowski E, Boström L, Sandblom G, Hallqvist-Everhov Å. Retained sex toys: an increasing and possibly preventable medical condition. *Int J Colorectal Dis*. 2019;34:181–183. <https://doi.org/10.1007/s00384-018-3125-4>
9. Cawich SO, Thomas DA, Mohammed F, Bobb NJ, Williams D, Naraynsingh V. A Management Algorithm for Retained Rectal Foreign Bodies. *Am J Mens Health*. 2017 May;11(3):684–692. <https://doi.org/10.1177/1557988316680929>
10. Sheets NW, Waldrop I, Carpenter WC, Dubina E, Kondal B, Schultz H, Plurad D. Rectal Foreign Bodies: A 10-Year Review of the National Electronic Injury Surveillance System. *Cureus*. 2023 Jul 6;15(7). <https://doi.org/10.7759/cureus.41471>
11. Давидов М. И. Классификация, клиника и диагностика инородных тел прямой кишки. *Дневник казанской медицинской школы*. 2018;1(19):6–11.
[Davydov MI. Classification, clinical picture and diagnosis of foreign bodies of the rectum. *Diary of the Kazan medical school*. 2018;1(19):6–11 (in Russ.).]
12. Tarasconi A, Perrone G, Davies J, Coimbra R, Moore E, Azzaroli F, Abongwa H, De Simone B, Gallo G, Rossi G, Abu-Zidan F, Agnoletti V, de'Angelis G, de'Angelis N, Ansaloni L, Baiocchi GL, Carcoforo P, Ceresoli M, Chichom-Mefire A, Di Saverio S, Gaiani F, Giuffrida M, Hecker A, Inaba K, Kelly M, Kirkpatrick A, Kluger Y, Lepänemi A, Litvin A, Ordoñez C, Pattonieri V, Peitzman A, Pikoulis M, Sakakushev B, Sartelli M, Shelat V, Tan E, Testini M, Velmahos G, Wani I, Weber D, Biffi W, Coccolini F, Catena F. Anorectal emergencies: WSES-AAST guidelines. *World J Emerg Surg*. 2021 Sep 16;16(1):48. <https://doi.org/10.1186/s13017-021-00384-x>
13. Kurer MA, Davey C, Khan S, Chintapatla S. Colorectal foreign bodies: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2010 Sep;12(9):851–61. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2009.02109.x>
14. Ploner M, Gardetto A, Ploner F, Scharl M, Shoap S, Bäcker HC. Foreign rectal body – Systematic review and meta-analysis. *Acta Gastroenterol Belg*. 2020 Jan-Mar;83(1):61–65.
15. Malhotra R, Singh A. Imaging of drug mules. *Emerg Radiol*. 2021 Aug;28(4):809–814. <https://doi.org/10.1007/s10140-021-01924-3>
16. Clarke DL, Buccimazza I, Anderson FA, Thomson SR. Colorectal foreign bodies. *Colorectal Dis*. 2005;7:98–103. <https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2004.00699.x>

17. Fritz S, Killguss H, Schaudt A, Sommer CM, Richter GM, Belle S, Reissfelder C, Loff S, Königer J. Proposal of an algorithm for the management of rectally inserted foreign bodies: a surgical single-center experience with review of the literature. *Langenbecks Arch Surg*. 2022 Sep;407(6):2499–2508. <https://doi.org/10.1007/s00423-022-02571-z>
18. Kumar P, Rehman S, Rana AK. Approach to rectal foreign body: an unusual presentation. *BMJ Case Rep*. 2018 May 26;2018:bcr2018224253. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-224253>
19. Tofigh AM, Salimi S, Nematihonar B, Bagherpour JZ, Negin F, Qaderi P. Foreign bodies in the rectum: Three case reports of sexual violence. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 Apr 29;78:103695. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103695>
20. Feigelson S, Maun D, Silverberg D, Menes T. Removal of a large spherical foreign object from the rectum using an obstetric vacuum device: a case report. *Am Surg*. 2007;73:304–306.
21. Савченко Ю. П., Безлуцкий П. Г., Волков А. В. Устройство для извлечения инородных тел из прямой кишки Патент на полезную модель RU70448 U1, 27.01.2008. Заявка № 2007137252/22 от 08.10.2007.
[Savchenko YuP, Bezlutsky PG, Volkov AV. Device for removing foreign bodies from the rectum Patent for utility model. RU70448 U1, 27.01.2008. Application № 2007137252/22 от 08.10.2007(in Russ..)]
22. Коплатадзе А. М., Ким С. Д. Способ удаления инородного тела прямой кишки. Патент на изобретение RU 2120238 C1, 20.10.1998. Заявка № 94040101/14 от 27.10.1994.
[Koplatadze AM, Kim SD. Method for removing a foreign body from the rectum. Patent for invention. Application № 94040101/14 от 27.10.1994 (in Russ..)]
23. Zhao B, Roper MT, Tomassi MJ, Wenger SJ, Klaristenfeld D. Techniques for the extraction of high rectal foreign bodies by transanal minimally invasive surgery. *Tech Coloproctol*. 2021 Mar;25(3):339–342. <https://doi.org/10.1007/s10151-020-02396-2>
24. Ayantunde AA. Approach to the diagnosis and management of retained rectal foreign bodies: clinical update. *Tech Coloproctol*. 2013 Feb;17(1):13–20. <https://doi.org/10.1007/s10151-012-0899-1>
25. Berghoff KR, Franklin ME Jr. Laparoscopic-assisted rectal foreign body removal: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 2005 Oct;48(10):1975–1977. <https://doi.org/10.1007/s10350-005-0117-6>
26. WSES guidelines for the management of iatrogenic colonoscopy perforation. *World J Emerg Surg*. 2018 Jan 24;13:5. <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0162-9>

Об авторах

Андрей Яношевич Ильканич, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней, Сургутский государственный университет, Россия; заведующий центром колопроктологии, Сургутская окружная клиническая больница, Россия.

E-mail: ailkanich@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0003-2293-136X>

Татьяна Николаевна Гарманова, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии, Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Россия.

E-mail: tatianagarmanova@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0003-2330-4229>

Даниил Рафаэлевич Маркарьян, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела хирургии, медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, Россия.

E-mail: dmarkaryan@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0003-2711-2400>

Владимир Карлович Корженевский, кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением, Сургутская клиническая травматологическая больница, Россия.

E-mail: tatianapupkova@yandex.ru

<https://orcid.org/0009-0000-5861-3545>

Шариф Джамалович Асутаев, кандидат медицинских наук, врач-хирург хирургического отделения № 2, Сургутская городская клиническая больница, Россия.

E-mail: asutaev@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-8827-8327>

Олег Николаевич Боцула, врач-колопроктолог, Нижневартовская окружная клиническая больница, Россия.

E-mail: botsulaon@yandex.ru

<https://orcid.org/0009-0008-1737-3395>

Владимир Викторович Сурин, заведующий хирургическим отделением, Лянторская городская больница, Россия.

E-mail: v.garmanov@sch-int.ru

<https://orcid.org/0009-0007-9527-3069>

Для корреспонденции:

Татьяна Николаевна Гарманова, Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова, Россия, 119991, Москва, ул. Ленинские Горы, 1.

E-mail: tatianagarmanova@gmail.com

The authors

Prof. Andrey Ya. Ilkanich, Professor of the Department of Surgical Diseases, Surgut State University, Russia; Head of the Coloproctology Centre, Surgut District Clinical Hospital, Russia.

E-mail: aikanich@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0003-2293-136X>

Tatyana N. Garmanova, Associate Professor of the Department of Surgery, M. V. Lomonosov Moscow State University, Russia.

E-mail: tatiana-garmanova@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0003-2330-4229>

Daniil R. Markarian, Senior Researcher of the Department of Surgery, Medical Research and Education Centre of M. V. Lomonosov Moscow State University, Russia.

E-mail: dmarkaryan@gmail.com

<http://orcid.org/0000-0003-2711-2400>

Vladimir K. Korzhenevsky, Head of the Department of Surgery, Surgut Clinical Trauma Hospital, Russia.

E-mail: tatianapupkova@yandex.ru

<https://orcid.org/0009-0000-5861-3545>

Sharif D. Asutaev, Surgeon of the Department of Surgery №2, Surgut City Clinical Hospital, Russia.

E-mail: asutaev@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-8827-8327>

Oleg N. Botsula, Coloproctologist, Nizhnevartovsk District Clinical Hospital, Russia.

E-mail: botsulaon@yandex.ru

<https://orcid.org/0009-0008-1737-3395>

Vladimir V. Surin, Head of the Department of Surgery, Lyantorskaya City Hospital, Russia.

E-mail: v.garmanov@sch-int.ru

<https://orcid.org/0009-0007-9527-3069>

For correspondence:

Tatyana N. Garmanova, Lomonosov Moscow State University, Leninskie Gory St., 1, Moscow, 119991, Russia.

E-mail: tatiana-garmanova@gmail.com

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: Д. Р. Маркарян, А. Я. Ильканич

Сбор и обработка материалов: В. К. Корженевский, Ш. Д. Асутаев, О. Н. Боцула, В. В. Сурин

Написание текста: Т. Н. Гарманова, А. Я. Ильканич

Редактирование: Д. Р. Маркарян, Т. Н. Гарманова

Authors contribution:

Concept and design of the study: Daniil R. Markaryan

Collection and processing of the material: Vladimir K. Korzhenevsky, Sharif D. Asutaev, Oleg N. Botsula, Vladimir V. Surin

Writing of the text: Tatiana N. Garmanova, Andrey Ya. Ilkanich

Editing: Daniil R. Markaryan, Tatiana N. Garmanova

