



В. П. Шевченко,
В. В. Шевченко,
М. М. Кобилицький,
С. М. Кобилицький,
Г. І. П'ятикоп,
О. В. Кравець,
В. О. Братушка,
В. В. Шимко,
І. А. Мисловський,
І. Я. Гресько

Сумський державний
університет

Сумська обласна клінічна
лікарня

© Колектив авторів

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА У ХВОРИХ ІЗ СТОРОННІМ ТІЛОМ ПРЯМОЇ КИШКИ

Резюме. Хворі зі стороннім тілом прямої кишки (СТПК) зустрічаються досить рідко в практиці ургентних хірургів. Для видалення СТПК запропоновані різні методики залежно від особливостей введеного об'єкту. Стандартизованого протоколу хірургічного лікування таких хворих до цього часу не існує.

Мета. Проаналізувати безпосередні та віддалені результати лікування хворих із СТПК. Впровадити у практику ургентних хірургів диференційовану лікувальну тактику залежно від особливостей стороннього тіла та наявності ускладнень.

Матеріали і методи досліджень. У хірургічному відділенні СОКЛ впродовж 2018-2019 років лікувалося троє хворих із СТПК. Середній вік їх склав ($38 \pm 3,6$) років. Об'єм обстеження складався із фізикального обстеження, пальцевого ректального огляду, рентгенологічного та лабораторного дослідження.

Результати та їх обговорення. У двох хворих причиною введення СТПК були сексуальні порушення, у третього насильницькі дії. Видалені об'єкти: фалоімітатор, металевий флакон для дезодоранту та скляний стакан. СТПК у всіх осіб було діагностовано при пальцевому ректальному дослідженні. У одного хворого СТПК видалено під місцевою анестезією, у двох використана загальна анестезія з міорелаксантами. В одному випадку із них спроба видалення СТПК була успішна, в іншому була необхідна лапаротомія, колотомія, накладення підвісної сигмостоми.

Висновки. У хворих із СТПК необхідна диференційована лікувальна тактика. У більшості хворих можливе його видалення консервативним шляхом перанально з використанням місцевої анестезії або ендотрахеального наркозу із міорелаксантами. При великих, щільно затиснутих об'єктах, які неможливо видалити консервативним шляхом, показана відкрита лапаротомія, колотомія.

Ключові слова: стороннє тіло прямої кишки, діагностика, диференційована лікувальна тактика, хірургічне лікування.

Вступ

Хворі зі стороннім тілом прямої кишки (СТПК) зустрічаються досить рідко в практиці ургентних хірургів [1]. Справжня їх кількість, швидше за все, набагато вища, тому що абсолютно невідомо, як часто СТПК видаляють пацієнти самостійно або інші люди до звернення в ургентну клініку. Більшість (до 70 %) зареєстрованих випадків СТПК пов'язані із сексуальними порушеннями. Іншими причинами введення стороннього тіла в пряму кишку, описаними в літературі, є спроби усунення закріпу нетрадиційними методами, травма, насильство, недбалі медичні маніпуляції, транспортування наркотиків, психічні захворювання [3]. Хоча перше повідомлення про видалення стороннього тіла із прямої кишки датовано ще шістнадцятим сторіччям, до цих пір не існує стандартизованого протоколу хірургічного лікування таких пацієнтів [4].

Мета досліджень

Проаналізувати безпосередні та віддалені результати лікування хворих із сторонніми тілами прямої кишки. Впровадити у практику ургентних хірургів диференційовану лікувальну тактику залежно від особливостей СТПК та наявності ускладнень.

Матеріали і методи досліджень

Ретроспективно проаналізовані історії хвороби трьох хворих із СТПК, які лікувалися в хірургічному відділенні СОКЛ впродовж 2018-2019 років. Це були чоловіки, середній вік їх склав ($38 \pm 3,6$) років. У двох хворих причиною введення СТПК було намагання отримати сексуальне задоволення, у третього насильство з метою покарання. Видалені об'єкти були різні: фалоімітатор, металевий флакон для дезодоранту та скляний стакан (гранчак). Об'єм обстеження складався із можливого виявлення

обставин введення СТПК, фізикального обстеження живота, пальцевого ректального огляду, рентгенологічного та лабораторного дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення

Головними скаргами у хворих при зверненні були біль у животі та в прямій кишці, відчуття розпирання у ній, хибні позиви до дефекації, виділення крові або слизу із прямої кишки. Характер та інтенсивність симптомів залежала від виду СТПК, терміну після його введення, наявності ускладнень. При проведенні пальцевого ректального дослідження у всіх пацієнтів діагностовано наявність СТПК. У хворих обов'язково виконувалася оглядова рентгенографія та сонографія черевної порожнини для з'ясування типу і місцезнаходження стороннього тіла та виключення можливих ускладнень (перфорації стінки кишки, внутрішньочеревної кровотечі і гострої кишкової непрохідності). Особлива клінічна картина спостерігалася у хворого, який був доставлений з ознаками гострої кишкової непрохідності. Він скаржився на сухість у роті, нудоту, здуття живота, переймоподібний біль у животі, затримку випорожнень і газів впродовж 2 діб.

Об'єктивно загальний стан середньої тяжкості. Язик підсушений, живіт здутий, при пальпації помірно болючий. Симптоми подразнення очеревини від'ємні. При перкусії — тимпанічний звук над всією поверхнею живота. При ректальному обстеженні на глибині 10 см кінчиком пальця досягався гладкий край великого скляного предмета, щільно затиснутого в просвіті кишки і повністю її обтуруючого. На оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини визначалися виражена пневматизація петель тонкого кишечника, чаші Клойбера і стороннє тіло в прямій кишці, що за формою і розмірами нагадувало гранчак.

У нашому дослідженні у одного пацієнта СТПК (фалоімітатор) видалено під місцевою анестезією після розтягнення сфінктера прямої кишки. У двох пацієнтів використана загальна анестезія з міорелаксантами. В одному випадку спроба видалення СТПК (металевого балончика) через анальний отвір була успішна, в іншому виявилася неефективною.

Відкрита операція з лапаротомією була необхідною для хворого, у якого був насильно введений в пряму кишку скляний стакан. При ректальному дослідженні у нього край стакану ледве досягався кінчиком пальця. Зрушити його з місця або захопити пальцями було неможливо. В умовах операційної під ендотрахеальним наркозом з використанням міорелаксантів була здійснена повторна спроба видалення стороннього тіла через анус, але й вона видалася неефективною. Виконана нижньо-серединна лапаротомія, при ревізії виявлені роздуті тонка та ободова кишки до ректосигмоїдного відділу, де пальпувалося дно стакану. За рахунок великих розмірів, конусоподібної форми стороннього тіла зрушити його дистально до анального отвору було неможливо. Враховуючи наявність гострої кишкової непрохідності попередньо до колотомії за зв'язку Трейтца заведено інтубаційний зонд і через нього видалено до 3-х літрів рідкого кишкового вмісту. Над дном стакану розсічена стінка кишки довжиною до 6 см у продольному напрямі, бімануально скляний стакан із труднощами видалено назовні. На рис. 1, 2 демонструється видалений скляний стакан.

Рана кишки зашита двохранними вузловими швами. З метою попередження неспроможності швів після колотомії проксимальніше в лівій здухвинній ділянці накладена підвісна сигмостома. Порожнина малої миски промита розчином декасану, висушена, дренована гумовотрубчатими дренажами через контрапертури в



Рис. 1. Стороннє тіло в прямій кишці



Рис. 2. Видалений скляний стакан



обох здухвинних ділянках. Лапаротомна рана поширено зашита.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Хворий отримував інфузійну, антибактеріальну терапію. Сигмостома почала функціонувати на другий день після операції, після чого хворий переведений на ентеральне харчування. Він був виписаний із відділення на 8 добу із функціонуючою сигмостомою. Пацієнту рекомендовано з'явитися через місяць для закриття сигмостоми. Два пацієнти, яким СТПК видалено через анус, виписані із стаціонару на наступну добу у задовільному стані. Хворий із сигмостомою госпіталізований через місяць повторно. Був прооперований, відновлено фізіологічний пасаж кишкового вмісту. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, виписаний додому з одужанням. На контрольному огляді через 2 місяці, жодних скарг не мав.

В останні роки відмічається збільшення числа хворих із сторонніми тілами прямої кишки [1, 5]. При цьому переважна кількість таких пацієнтів — чоловіки. За літературними даними більше 70 % причиною введення в пряму кишку різних об'єктів є сексуальні порушення [1, 2]. Арсенал ректальних сторонніх тіл величезний. В опублікованих спостереженнях повідомляється про

різноманітні предмети [4]. В літературі описані багато різних методик видалення СТПК [2, 3]. Вибір способу залежить від типу предмета, його розмірів, локалізації, наявності ускладнень, часу від введення до лікування. Найважливіше — уникати травм прямої та товстої кишки, що може призвести до необхідності виконання екстреної лапаротомії внаслідок перфорації. За літературними даними у більшості випадків можливе не оперативне лікування цієї патології, перанальне видалення СТПК із анестезією або без неї [4]. Пропонуються різні алгоритми лікувальної тактики у таких хворих, визначаються предиктори для хірургічного лікування [2, 5].

Висновки

У більшості хворих можливе видалення стороннього тіла прямої кишки консервативним шляхом перанально з використанням місцевої анестезії або ендотрахеального наркозу із міорелаксантами.

При великих, щільно затиснутих об'єктах, які неможливо видалити консервативним шляхом, показана відкрита лапаротомія, колотомія.

Для профілактики неспроможності швів після колотомії доцільне накладення превентивної сигмостоми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Coskun, A., Erkan, N., Yakan, S., Yildirim, M., Cengiz, F. (2013). Management of rectal foreign bodies. *World Journal of Emergency Surgery*, 8, 11. doi:10.1186/1749-7922-8-11.
2. Lake, J. P., Essani, R., Petrone, P., Kaiser, A. M., Asensio, J., Beart, R. W. (2004). Management of retained colorectal foreign bodies: Predictors of operative intervention. *Diseases of the Colon & Rectum*, 47, 1694-1698.
3. Kasotakis, G., Roediger, L., Mittal, S. (2012). Rectal foreign bodies: A case report and review of the literature. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2, 111-115.
4. Mikami H.^a · Ishimura N.^a · Oka A.^a · Moriyama I.^b · Yuki T.^{a,d} · Kawashima K.^a · Sato S.^c · Ishihara S.^a · Kinoshita Y.^a Successful Transanal Removal of a Rectal Foreign Body by Abdominal Compression under Endoscopic and X-Ray Fluoroscopic Observation: A Case Report// *Case Rep Gastroenterol* 2016;10:646–652. <https://doi.org/10.1159/000452210>
5. Pia Kokemohr, Lars Haeder, / Fabian Joachim Fruhmeling. Surgical management of rectal foreign bodies: a 10-year single-center experience//*The Rapid Journal of the German Society of Surgery* 2017.—5.-201-208 | DOI: <https://doi.org/10.1515/iss-2017-0021>.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

*В. П. Шевченко,
В. В. Шевченко,
Н. М. Кобылецкий,
С. Н. Кобылецкий,
Г. И. Пятикоп,
А. В. Кравец,
В. А. Братушка,
В. В. Шимко,
И. А. Мысловский,
И. Я. Гресько*

Резюме. Больные с инородным телом прямой кишки (ИТПК) встречаются довольно редко в практике urgentных хирургов. Для удаления ИТПК предложены различные методики в зависимости от особенностей введенного объекта. Стандартизированного протокола хирургического лечения таких больных до сих пор не существует.

Цель. Проанализировать непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с ИТПК. Внедрить в практику urgentных хирургов дифференцированную лечебную тактику в зависимости от особенностей инородного тела и наличия осложнений.

Материалы и методы исследований. В хирургическом отделении СОКБ в течение 2018-2019 года лечилось трое больных с ИТПК. Средний возраст их составил ($38 \pm 3,6$) лет. Объем обследования состоял из физикального обследования, пальцевого ректального осмотра, рентгенологического и лабораторного исследования.

Результаты и их обсуждение. У двух больных причиной введения ИТПК были сексуальные нарушения, у третьего насильственные действия. Удаленные объекты: фалоимитатор, металлический флакон для дезодоранта и стеклянный стакан. ИТПК было диагностировано при пальцевом ректальном исследовании. У одного больного ИТПК удалено под местной анестезией, у двух использована общая анестезия с миорелаксантами. В одном случае из них попытка удаления ИТПК была успешной, в другом была необходима лапаротомия, колотомия, наложение подвешной сигмостомы.

Выводы. У больных с ИТПК необходима дифференцированная лечебная тактика. У большинства из них возможно его удаление консервативным путем перанально с использованием местной анестезии или эндотрахеального наркоза с миорелаксантами. При больших, плотно зажатых объектах, которые невозможно удалить консервативным путем, показана открытая лапаротомия, колотомия.

Ключевые слова: инородное тело прямой кишки, диагностика, дифференцированная лечебная тактика, хирургическое лечение.



DIFFERENTIATED TREATMENT TACTICS IN PATIENTS WITH RECTAL FOREIGN BODIES

*V. P. Shevchenko,
V. V. Shevchenko,
M. M. Kobiletsky,
S. M. Kobiletsky,
H. I. Pyatikop, O. V. Kravets,
V. O. Bratushka, V. V. Shymko,
I. A. Myslovsky, I. J. Gresko*

Summary. Patients with rectal foreign body (RFB) are quite rare in the practice of emergency surgeons. There are different techniques for deleting RFB depending on the features of the object being entered. There is still no standardized protocol for the surgical treatment of such patients.

Aim. To analyze the immediate and long-term results of treatment of patients with RFB. Introduce differentiated therapeutic tactics into the practice of urgent surgeons depending on the characteristics of the foreign body and the presence of complications.

Materials and research methods. Three patients with RFB were treated in the surgical department of SRCH during 2018-2019. Their average age was (38 ± 3.6) years. The algorithm of the examination consisted of a physical examination, a rectal finger examination, a radiological and a laboratory examination.

Results and discussion. In two of the patients, the cause of RFB was sexual abuse, and in the third, violent acts. Removed objects: dildo, metal deodorant bottle and glass beaker. RFB in all individuals was diagnosed with a finger rectal examination. In one patient with RFB was removed under local anesthesia, and in two patients used general anesthesia with muscle relaxants. In one case, an attempt to remove RFB was successful, in the other, a laparotomy, colotomy, and preventive sigmoidostomy were required.

Conclusions. Patients with RFB need differentiated therapeutic tactics. In most patients, it is possible to remove it in a conservative way, perianally, using local anesthesia or endotracheal narcosis with muscle relaxants. For large, tightly clamped objects that cannot be removed conservatively indicated open laparotomy, colotomy.

Key words: *rectal foreign body, diagnostic, differentiated treatment tactics, surgical treatment.*