

На правах рукописи

**НУРМАТОВА
МАХБУБА АБДУЛМАДЖИТОВНА**

**ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ
ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПРЯМОЙ КИШКИ**

14.01.17 – хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе 2018

Работа выполнена на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии, на базе клинко-диагностического центра Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный руководитель: д.м.н, доцент - **Даминова Нигина Мадамоновна**

Официальные оппоненты: **Болквадзе Этери Энверовна**– д.м.н, заведующая проктологическим отделением Городской клинической больницы №15 им. О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы
Полвонов Шукрулло Бобоевич. - доцент, д.м.н, заведующий кафедрой хирургии Таджикского национального университета Министерства образования и науки Республики Таджикистан.

Ведущая организация: **Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Защита состоится «__»_____2018 г. в___ часов на заседании диссертационного совета Д737.005.01 при Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино (734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино и на официальном сайте <https://tajmedun.tj/tj/dissertation?id=72>

Автореферат разослан «_____»_____2018 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Назаров Шохин Кувватович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. В колопроктологии инородные тела прямой кишки (ИТПК) нередко представляют сложную проблему в плане диагностики и лечения [Бохан К.А., 2000]. На инородные тела приходится всего 10% причин травм прямой кишки, при этом больные с ИТПК, введенными через анус, составляют 0,16% от общего числа всех проктологических больных [Ан В.В., Рывкин А.В., 2003]. Несмотря на малочисленность наблюдений, кажущуюся простоту диагностики, до настоящего времени все еще не выработана рациональная хирургическая тактика, позволяющая объективизировать методы лечения ИТПК [Ким С.Д., и соавт, 2008]. Кроме этого, по - прежнему нет единой клинической классификации данной патологии. Поэтому ряд вопросов, касающихся диагностики и лечения больных с ИТПК, не решен [Овсейчик М.Ю., 2010]. Поздняя диагностика, отсутствие срочной эндоскопической и специализированной колопроктологической службы в ряде стационаров ставят перед практическим хирургом непростые вопросы выбора хирургической тактики. Разнообразие инородных тел, трудности диагностики, недоступность вышележащих отделов прямой кишки для исследования, сложность трансректального удаления создают в большинстве случаев нестандартные ситуации, что вызывает определенные затруднения в выборе оптимальной хирургической тактики, решение которой приходится принимать на фоне небольшого личного опыта лечения таких больных и немногочисленных рекомендаций, порой противоречивых друг другу [Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А., 2007]. В связи с особенностями анатомии прямой кишки и отсутствием специфической клинической картины, характера развившегося осложнения, диагностика и тактика лечения больных с ИТПК остается сложной даже во время их трансанального удаления и при хирургическом вмешательстве [Ермолов А.С., и соавт, 2010]. Особенности строения сфинктерного аппарата прямой кишки и тесное топографо-анатомическое соседство с органами полости малого таза, крупными сосудами, а также высокой вирулентной инфекции в ее просвете обуславливают крайне высокий уровень послеоперационных гнойных осложнений. Кроме того, на развитие осложнений и исхода лечения влияют ошибки, допускающиеся на различных этапах оказания медицинской помощи в 9,9% -19,0% клинических наблюдений, из-за отсутствия единых установок по узловым вопросам проблемы. Перечисленные вопросы диагностики и

хирургической тактики при ИТПК на сегодняшний день представляют собой актуальную и нерешенную проблему.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с инородными телами прямой кишки.

Задачи исследования

1. Изучить причины попадания инородных тел в прямую кишку, характер развития осложнений и на основании этого разработать их клиническую классификацию.

2. Определить оптимальный комплекс методов диагностики инородных тел прямой кишки и их осложнений.

3. Разработать и обосновать принципы индивидуально-активной хирургической тактики при инородных телах прямой кишки в зависимости от причин, локализации, величины, сроков попадания и характера развившегося осложнения.

4. Изучить непосредственные результаты лечения больных с инородными телами прямой кишки.

Научная новизна работы

На достаточном клиническом материале установлены причины попадания инородных тел в прямую кишку и их осложнения.

Разработана клиническая классификация инородных тел прямой кишки, которая позволяет оптимизировать алгоритм диагностики и лечения инородных тел прямой кишки. Установлено, что при ненасильственных введениях в прямую кишку инородных тел за счет имеющейся недостаточности анального жома тяжелых осложнений со стороны сфинктерного аппарата прямой кишки не наблюдаются. Разработаны объективные критерии выбора способов и методов удаления инородных тел прямой кишки. Доказана эффективность УЗ метода и эндоскопии в диагностике инородных тел прямой кишки.

Практическая значимость

Для клинической практики предложена индивидуально активная хирургическая тактика, позволяющая эффективно выявить инородные тела прямой кишки и оказать неотложную колопроктологическую помощь. Разработан алгоритм диагностики и лечения инородных тел прямой кишки, что существенно снижает частоту осложнений в послеоперационном периоде.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Причинами попадания инородных тел в прямую кишку являются насильственное их введение, мастурбация и ятрогенные попадания.

2. Наряду со специальными проктологическими методами исследования в диагностике ИТПК и их осложнений ведущее место отводится динамическому УЗИ и видеолапароскопии.

3. Наличие или появление осложнений, а также неэффективность ручного или эндоскопического удаления инородного тела из прямой кишки являются абсолютным показанием к срочному оперативному лечению.

4. Для диагностики послеоперационных внутрибрюшных и раневых осложнений инородных тел высокоинформативным методом является УЗИ.

Внедрение в практику

Результаты работы нашли применение в практической работе хирургических отделений ГКБ №5, ГКЦ г Душанбе, Лечебно-диагностического центра ТГМУ имени Абуали ибни Сино г. Душанбе. Материалы работы используются при обучении интернов, клинических ординаторов, аспирантов и курсантов на кафедрах оперативной хирургии и топографической анатомии хирургических болезней №1.

Апробация диссертации. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на научно-практической конференции, посвящённой 75-летию ТГМУ имени Абуали ибни Сино «Роль доказательной медицины в повышении качества медицинской помощи и медицинского образования» (Душанбе 2014); 9-ой годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им Абуали ибни Сино с международным участием («Достижения и перспективы медицинской науки», г.Душанбе-2014); 63-й годичной научно - практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием («Вклад медицинской науки в оздоровление семьи» Душанбе – 2015) и на заседании межкафедральной комиссии по хирургическим дисциплинам ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, протокол № 3 от 28 июня 2016 г.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 7 научных работ, из них 3 статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно выполнен аналитический обзор литературы по изучаемой проблеме, набор клинического материала и анализ медицинской документации. Самостоятельно проведено обследование, лечение большинства пациентов.

Объём и структура диссертации. Диссертация изложена на 111 страницах машинописного текста состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа иллюстрирована 24 рисунками, 8 таблицами. Список литературы содержит 173 источника, из них 95 отечественных, 78 иностранных источник.

Содержание работы

Общая характеристика клинического материала и методы исследования.

Исследование основано на анализе результатов обследования и хирургического лечения 54 больных с ИТПК, находившихся на стационарном лечении в Лечебно-диагностическом центре и ГКБ №5 им. Таджиева К.Т., кафедре хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино с 2010 по 2015 гг.

В анализируемой группе женщин было 20 (37,3%) человек, мужчин - 34 (62,9%). Возраст больных варьировал от 22 до 80 лет, средний возраст составил $45,7 \pm 1,26$ лет. Пациентов с ИТПК в наиболее трудоспособном возрасте было 22 (40,7%), остальные пациенты были зрелого (n=10) и пожилого возраста (n=26). При изучении сроков поступления больных в стационар установлены самые различные данные (табл. 1)

Таблица 1

Сроки поступления в стационар пациентов с инородным телом прямой кишки (n=54)

Время попадания инородного тела в прямую кишку	Количество больных	
	Абсолютное число	%
До 2 часов	13	24,1
От 2 до 12 часов	12	22,2
От 12 до 24 часов	8	14,8
До 2 суток	13	24,1
От 2 до 7 суток	8	14,8
Всего	54	100,0

В первые 2 часа после попадания инородных тел в прямую кишку за медицинской помощью обратились 13 (24,1%) больных. В сроки от 2

до 12 часов - 12 (22,2%) и от 12 до 24 часов - 8 (14,8%). Следует отметить, что ещё 13 (24,1%) пациентов с ИТПК вследствие стеснительности и других причин поступили поздно в сроки более 24 часов с момента попадания инородных тел в прямую кишку.

Для выбора рациональной хирургической тактики в клинике была разработана классификация ИТПК (табл. 2).

Таблица 2

Классификация ИТПК

Путь проникновения	Причины попадания	Локализация	Размер	Структура инородного тела	Физическая характеристика	Количество	Осложнения
Антеградный	Насильственное введение	Анальный канал	Маленькие	Стекло-вые	Гладкие	Одиночные	Кровотечения
Ретроградный	Психические расстройства	Ампулярный отдел	Средних размеров	Деревянные	Щероховатые	Множественные	Перфорация
Из соседних органов	Анальная мастурбация	Нижне- и среднеампулярный отдел	Крупных размеров	Металлические	Остроконечные		Перитонит
Образовавшийся в просвете прямой кишки	Ятрогенные	Верхнеампулярный отдел	Внутренних размеров	Пластмассовые	Тупоконечные		Непроходимость Вклинивания (неподвижные) в подост малого таза. Проксимальная миграция. Флегмона
		Сигмовидная кишка					Паропроктит Свищи
							Недостаточность анального жома

Согласно разработанной в клинике классификации антеградный путь попадания инородных тел в прямую кишку имел место лишь у 7 больных. В 31 наблюдении (57,4%) инородные тела в прямую кишку попадали ретроградным путем, в 10 (18,5%) случаях они образовались в просвете прямой кишки, и у 6 (11,1%) - попали из соседних органов.

Насильственное введение инородных тел в прямую кишку (хулиганство, криминальное) имело место в 14 наблюдениях, в 8 (14,8%) случаях причиной ИТПК являлась анальная мастурбация, в 6-ятрогенные (11,1%) наконечники клизм, марлевые тампоны, и в 7 (8,3%) - психогенные расстройства. По локализации ИТПК были самой различной величины (табл. 3)

Таблица 3

Локализация инородных тел прямой кишки (n=54)

Локализация	Количество больных	
	Абсолютное число	%
Анальный канал	10	18,5
Ампулярный отдел	13	24,1
Нижние- и среднеампулярный отдел	9	16,7
Верхнеампулярный отдел	12	22,2
Сигмовидная кишка	10	18,5
Всего	54	100

Существенное и важное значение для извлечения инородных тел из прямой кишки имеют локализация и уровень их нахождения, которые в свою очередь зависят от анатомических особенностей прямой кишки. Так, инородное тело анального канала имело место у 10 (18,5%) пациентов, ампулярной части прямой кишки - у 13 (24,1%), среднеампулярной части - у 9 (16,7%), верхнеампулярной части - у 12 (22,2%). Миграция инородного тела из сигмовидно-ободочной кишки отмечалась у 10 (18,5%) пациентов. Величина ИТПК была самой разнообразной: от нескольких миллиметров до внушительных размеров. У 21 пациента (25,0%) инородные тела были малых размеров - до 5 см, у 28 (33,3%) - средних размеров (до 17 см), у 20 (23,8%) - крупных (от 20 до 35 см) и у 15 (17,8%) - внушительных размеров (более 35 см). Следует отметить, что во всех 35 случаях при крупных и внушительных ИТПК причиной их попадания являлось насильственное (криминальное,

хулиганство) их введение и анальная мастурбация. В 32 (73,8%) случаях инородные тела были единичными, в 22 (26,2%)-множественными. Для построения лечебной тактики при ИТПК важное и определяющее значение имеет не только количество и величина инородных тел, но и его структура и физическая характеристика тела.

Неметаллические предметы были у 23 пациентов (42,5%). При этом у 10 (18,5%)-пластмассовые, у 6(11,1%) – деревянные, у 12 (22,2%) - стеклянные и у 3 (5,5%)- живые инородные тела (аскариды). Инородные металлические тела были извлечены из просвета прямой кишки у 15 (27,7%) пациентов, а твердо-эластические - у6(11,1%). Инородные тела с гладкой поверхностью наблюдали у 17 (31,1%) пациентов, со сложной конфигурацией- у 18 (33,4%), остроконечные – у10 (18,3%), шероховатые – у 8 и у 9(16,6%) - тупые.

Следует отметить, что ИТПК заслуживают внимания ввиду того, что они нередко сопровождаются различными осложнениями (табл. 4)

Таблица 4
Характер осложнений при инородных телах прямой кишки

Осложнения	Количество(n=18)	
	Абсолютное число	%
Непроходимость	4	22,2
Вклинение в полость малого таза	3	16,7
Кровотечение	2	11,1
Перитонит	2	11,1
Флегмона мошонки и промежности	2	11,1
Свищи	2	11,1
Парапроктит	3	16,7
Всего	18	100

Из таблицы 4 видно, что из 54 пациентов осложнения были отмечены в 18(33,4%) случаях, из числа которых преобладала недостаточность анального жома. Диагностика ИТПК основана на анамнестических показаниях больного и дополнительных методах исследований. При обследовании проводили наружный осмотр области заднего прохода, и, учитывая жалобы больного, обращали внимание на состояние наружного сфинктера и перианальной кожи. Осмотр пациентов проводили на гинекологическом столе. Большое значение придавали пальцевому обследованию прямой кишки, при этом инородные тела анального канала нижеампулярной, ампулярной части были несколько доступные для диагностики и извлечения. Аноскопия позволяла диагностировать не только наличие ИТПК, но и

сопутствующие осложнения (разрыв слизистой анального канала, кровотечение). Из инструментальных методов исследования по показаниям прибегали к выполнению ректороманоскопии. Ректороманоскопия проводилась на аппарате ОС 100 модель 878 ТУ 64-1-1153-78. Колоноскопию проводили совместно с врачом колоноскопистом на аппарате POWERSOKETEQUIPOTENTIAL 2FUSE фирмы SMOIF. Для диагностики и внутрибрюшных осложнений ИТПК прибегали к рентгенологическому и УЗ исследованию. Рентгенологическое исследование проводили в ГКБ №5 г. Душанбе. Ультразвуковое исследование выполняли на аппарате SIVICTS-415 PLUS. Лапароскопический метод проводился в Лечебно-диагностическом Центре ТГМУ имени Абуали ибни Сино на эндохирургической стойке фирмы AZIMUT. Диагностика ИТПК обычно не представляет особых затруднений, за исключением ряда случаев. Для установления наличия ИТПК важное значение имеет детальный и всесторонний сбор анамнеза заболевания и жалоб.

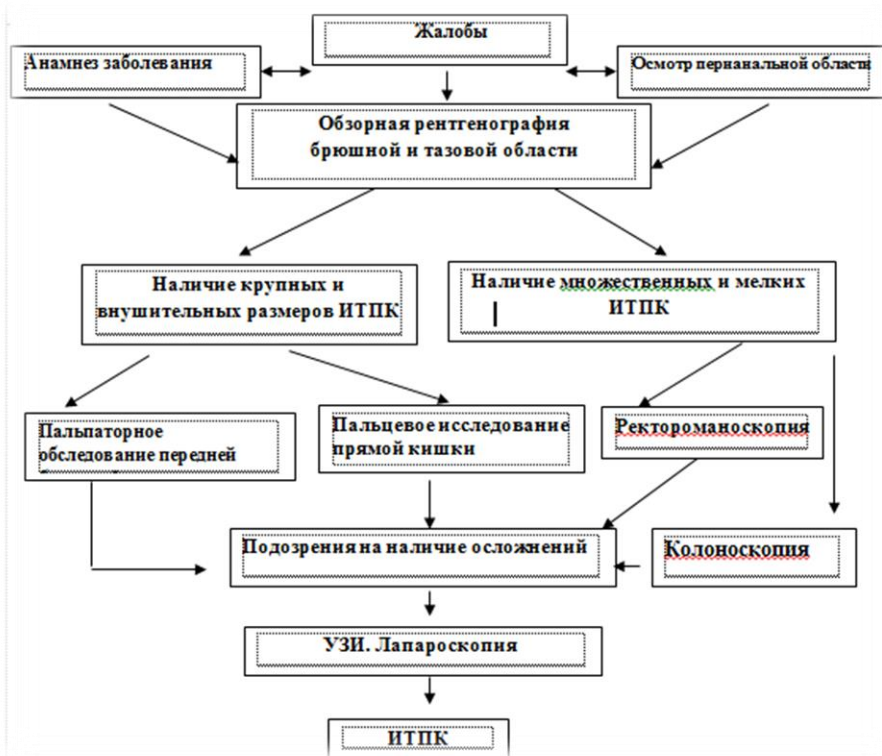


Рис №1. Алгоритм диагностики ИТПК

Особенности клинического проявления ИТПК

Клинические проявления ИТПК зависят прежде всего от причин их попадания, локализации, особенности физической характеристики инородного тела, а также характера развившегося осложнения. На основании данных литературы и собственного материала разработан алгоритм диагностики ИТПК (рис №1). Наиболее частой жалобой пациентов с ИТПК являлось наличие болевых ощущений в заднем проходе, наблюдавшиеся у 14 (25,9%) пациентов. При крупных и внушительных инородных телах, сопровождающихся надрывом перианальной зоны, пациенты с ИТПК ощущали боль не только в анальном канале, но и в промежности (n=39). У этих же больных и у пациентов с множественными ИТПК в 34 (40,5%) случаях наблюдали вздутие живота с отсутствием отхождения газов и стула. Клиника острой непроходимости толстой кишки была отмечена у 20 (37,3%) больных. Насильственное (криминал, хулиганство) введение ИТПК крупных и внушительных размеров из стекла, металла и дерева сопровождалось ректальным кровотечением в 11 (20,3%) наблюдениях и сильными болями по всей поверхности брюшной полости в 6 (11,1%) случаях. Важное значение для своевременной ранней диагностики ИТПК имеют объективные методы исследования.

Согласно разработанному алгоритму, после сбора жалоб, анамнеза и объективного обследования перианальной области, пациенты с ИТПК подвергаются рентгенологическому исследованию. Рентгенологическое исследование брюшной и тазовой полостей проводят с целью определения локализации, уточнения характеристики инородного тела в прямой кишке, а также для исключения или обнаружения возможного наличия множественных инородных предметов. От предварительных результатов рентгенологического исследования зависят дальнейшие действия хирурга. Так, при больших и внушительных размерах ИТПК обязательно проводили пальпаторное обследование передней брюшной стенки для выявления части инородных тел, находящихся выше прямой кишки, либо мигрировавших в проксимальные отделы толстой кишки. Пальцевое исследование анального канала и дистальной части прямой кишки проводили для обнаружения дистальных частей ИТПК. У пациентов с мелкими и множественными ИТПК, после обзорной рентгенографии, прибегают к выполнению ректороманоскопии, а при локализации инородных тел выше выполняли диагностическую колоноскопию. Малейшее подозрение на развитие трудных и тяжелых внутрибрюшных осложнений при ИТПК, являются показания к выполнению УЗИ и видеолапароскопии.

Последовательная реализации всех этапов разработанного алгоритма диагностики ИТПК позволяет в каждом конкретном случае

индивидуализировать хирургическую тактику и выбрать наиболее оптимальную методику извлечения инородных тел из прямой кишки. Выбор сроков и методов извлечения ИТПК зависит от многих факторов. Среди факторов, влияющих на тактику извлечения инородных тел из прямой кишки следует прежде всего отметить: количество и структуру инородных тел (стеклянные, деревянные, пластиковые, металлические и т.д.), размеры, толщину и их диаметр. Существенное значение для диагностики и выбора методов лечения имеют физические характеристики инородных тел (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 их извлечения.

Миниинвазивными методами являются пальцевой и эндоскопический. При крупных и внушительных размеров посторонних предметах в просвете кишечника, высокорасположенных, а также сопровождающихся осложнениями, целесообразно выполнение более сложных методик их извлечения. Разработанные объективные критерии выбора способов и срока извлечения ИТПК позволяют индивидуализировать хирургическую тактику, применить наиболее оптимальный метод. На основании данных обследования и лечения 54 пациентов с ИТПК, сроков выполнения оперативных вмешательств и других методик извлечения (бескровного) больные были разделены на 2 группы. В неотложном порядке инородные тела были извлечены у 38 (70,3%), в плановом порядке у 16 (29,6 %) пациентов. Неотложные вмешательства с целью удаления ИТПК выполняли при высокорасположенных инородных телах, сопровождающихся различными осложнениями. Плановые удаления ИТПК осуществляли у больных с мало симптомным или бессимптомным нахождением ИТПК. Для извлечения ИТПК использовали самые различные методики (табл. 5)

Таблица 5

Методы извлечения инородных тел из прямой кишки

Методы извлечения	Количество	в %
Миниинвазивные трансанальные методы	17	40,7
Эндоскопические методы	9	16,6
Трансанальные методы со сфинктеротомией	10	22,3
Хирургические методы удаления инородных тел	18	20,4
Всего	54	100

При наличии ИТПК в 18 (33,4%) наблюдениях сопровождались осложнениями, при этом для их извлечения и лечения выполняли неотложные оперативные вмешательства. Показаниями к операции являлись: перитонит (n=2); флегмона промежности и мошонки (n=2); наличие свища (n=2); острый парапроктит (n=3); внутрибрюшное кровотечение (n=2). Ещё в 7 наблюдениях отмечали такие осложнения, как вклинение инородного тела в полости малого таза (n=3) и кишечная непроходимость (n=4), которые традиционными методами не удалось извлечь в течение 30 минут, что дало основание выполнить оперативное вмешательство. Вскрытие и дренирование флегмоны промежности (n=2), острого парапроктита (n=3) выполнили 5 пациентам. Плановые оперативные вмешательства при осложнениях ИТПК выполняли ещё 2 больным при наличии кишечно-маточных свищей.

Таким образом, при ИТПК из 54 пациентов у 18 наблюдались осложнения, которые в 16 случаях требовали неотложных вмешательств. В остальных 36 наблюдениях ИТПК протекали без осложнений со стороны кишечника и промежности, и при их удалении эффективно были использованы трансанальные бескровные вмешательства (n=17), эндоскопические (n=9) и трансанальные вмешательства со сфинктеротомией (n=10). На материале изучаемых больных, неотложные вмешательства были выполнены у 52 пациентов, плановые - у 2.

Наиболее эффективным и часто выполняемым методом удаления инородных тел из просвета прямой кишки, является трансанальное их извлечение. При трансанальном удалении инородных тел придерживались, как и многие авторы, следующих правил:

- удаление инородных тел должно проводиться исключительно только в условиях стационара;
- для удаления ИТПК необходимо проведение пальцевого исследования на гинекологическом столе, а также в положении на корточках;
- необходимо обязательное опорожнение мочевого пузыря перед исследованием;
- недопустимо удаление инородных тел без обезболивания или с применением лишь местной анестезии, как правило, всегда должно быть общее обезболивание;
- извлечение инородных тел из просвета прямой кишки целесообразно только после дивульсии сфинктера заднего прохода.

Мелкие инородные тела анального канала целесообразно удалять пальцевым методом. При средних и больших размерах посторонних предметов прямой кишки в вышерасположенных ее отделах при их удалении захват и тракцию инородного тела осуществляют бимануально т.е. с осторожным давлением кисти руки через брюшную стенку на верхнюю часть предмета или зону сигмовидной кишки. Максимально бережное отношение к стенкам кишки, отказ от дробления стеклянных предметов, «пробуравливания» инородных тел и других травматических методик. При неэффективности 30-минутного удаления крупных ущемленных предметов показан переход к открытой операции. Недопустимо рассекать сфинктер прямой кишки при крупных несмещаемых ИТПК. Рациональным в этих ситуациях является переход к лапаротомии.

Показаниями к сфинктеротомии является наличие крупных объемных предметов (жестяная кружка, металлический стакан и т.д.), которые плотно фиксированы и неподвижно находятся в анальном канале и ампуле прямой кишки, а также в тех случаях, когда бимануальное исследование проводить не представляется возможным, а трансабдоминальное извлечение сопровождается возможными осложнениями.

После извлечения ИТПК и независимо от их размеров, количества и физических характеристик необходимо проведение УЗИ брюшной и тазовой полостей, а также ректороманоскопии. В своих исследованиях в клинике при ИТПК малых размеров и локализованных в ампулярной части прямой кишки и анальном канале трансанально удалось извлечь инородные тела у 17 пациентов. В 8 наблюдениях попытки пальцевого и инструментального удаления ИТПК не увенчались успехом и для их извлечения прибегли к задней дозированной сфинктеротомии. Характер миниинвазивных трансанальных методов удаления (т.е. инструментальное или пальцевое извлечение ИТПК без дозированной сфинктеротомии) ИТПК приведены в таблице 6.

Таблица 6
Методы миниинвазивного трансанального удаления ИТПК

Методы удаления ИТПК	Абс.	в %
Пальцевое извлечения ИТПК	6	11,1
Извлечение ИТПК через ректоскоп	4	7,4
Бимануальное удаление ИТПК	3	5,5
Инструментальное трансанальное удаление ИТПК	4	7,4
Всего	17	31,5

В наших наблюдениях показаниями к сфинктеротомии при ИТПК являлись следующие причины:

- наличие крупных и смещаемых инородных тел анального канала и ампулярной части прямой кишки (n=4);
- наличие стеклянных ИТПК крупных и внушительных размеров (n=2);
- инородные тела, низведенные в анальный канал (n=2);
- неэффективность 30-минутного миниинвазивного трансанального удаления ИТПК (n=2)

В своих исследованиях, независимо от способов и условий выполнения трансанального удаления инородных тел (с и без сфинктеротомии) всегда старались повторить направление и механизм попадания инородных тел через анус в кишку, но лишь в обратном порядке. Во всех случаях при выполнении сфинктеротомии предпочтение отдавали задней сфинктеротомии, которая является более безопасной и дает возможность эффективно без затруднений извлечь инородные тела из прямой кишки. Трансанальное удаление инородных тел прямой кишки со сфинктеротомией были осуществлены в 10 наблюдениях. После извлечения инородных тел сфинктеротомную рану ушивали рассасывающим шовным материалом.

Таким образом, основным методом удаления ИТПК являлось трансанальное их извлечение. По нашим наблюдениям в 40,7 % случаев для трансанального извлечения ИТПК необходимо выполнение дозированной задней сфинктеротомии. В последние годы эндоскопические методы широко и эффективно применяют для диагностики и лечения в неотложной колопроктологии. В своих исследованиях трансанальное эндоскопическое удаление ИТПК выполнили в 9 наблюдениях. Следует отметить, что показанием к эндоскопическому извлечению ИТПК в 3 случаях являлись высокорасположенные, фиксированные маленьких размеров инородные тела, а также твердо-эластические «живые» инородные тела (n=6). Так, при наличии клубочков аскарид, расположенных в верхнеампулярной части прямой кишки, и фитобezoаров во время выполнения эндоскопического исследования на первом этапе производили эндоскопическое дробление инородных тел с последующим их извлечением через ректороманоскоп. В 3 случаях во время колоноскопии из ректосигмоидного отдела и сигмовидно-ободочной

кишки были удалены пластмассовые инородные тела. Эндоскопические методы позволяют эффективно и точно диагностировать локализацию инородного тела, его размеры и структуру и возможно эффективно трансформировать диагностическую эффективность в лечебную. Кроме вышеуказанного, эндоскопия позволяет визуально оценить состояние слизистой кишечника (травмы, надрывы) и исключить возможность оставления других инородных тел и патологии. Данные литературы и наше исследование показывают, что методы извлечения инородных тел должны выполняться в неотложном порядке. Хирургические методы извлечения ИТПК в своих наблюдениях выполняли 18 больным и в основном эти вмешательства выполнялись при осложнениях ИТПК (табл.7).

Таблица 7
Показания к хирургическим методам удаления ИТПК (n=18)

Показания	Неотложные Операции	Плановые операции
Внутрибрюшное кровотечение	2	-
Непроходимость толстой кишки, в том числе при миграции ИТПК	4	-
Перитонит	2	-
Вклинивание инородного тела в полости малого таза	3	-
Флегмона мошонки и промежности	2	-
Острый парапроктит	3	-
Кишечно-влагалищный свищ		2
Всего	16	2

Неотложные оперативные вмешательства были выполнены в 16 наблюдениях, плановые оперативные вмешательства – в 2. Внутрибрюшные оперативные вмешательства для удаления ИТПК и его последствий произведены при осложнениях со стороны брюшной полости и гнойно-септических осложнениях промежности.

Характер выполненных оперативных вмешательств с целью извлечения ИТПК и коррекции осложнений приведен в таблице 8.

Так, при ИТПК крупных и внушительных размеров, осложненных кишечной непроходимостью (n=4) и вклиниванием (неподвижности) в полости малого таза (n=3) в 7 наблюдениях, прибегли к лапаротомии. Во время операции осторожными движениями через стенку толстой кишки инородное тело проталкивали в нижележащие отделы прямой

кишки. После этого его фиксировали. Далее операционные ассистенты со стороны промежности осторожными движениями, повторяющий ход прямой кишки, извлекали крупные и внушительные инородные тела прямой кишки.

Таблица 8

Характер оперативных вмешательств при инородных телах прямой кишки (n=16)

Характер оперативных вмешательств	Количество	в %
Лапаротомия, низведение инородного тела с трансанальным удалением	5	31,3
Лапаротомия, извлечение инородного тела через перфоративные отверстия из стенки кишки. Сигмостома. Санация и дренирования брюшной полости	2	12,5
Лапаротомия, колостома удаление инородного тела. Дренирование брюшной полости	4	25,0
Лапаротомия, иссечение свища. Надвлагалищная ампутация матки. Дренирование брюшной полости	2	12,5
Вскрытие и дренирование флегмоны мошонки. Удаление инородного тела	2	12,5
Вскрытие и дренирование парапроктита. Удаление инородных тел	3	18,7
Всего	16	100

При внутрибрюшном кровотечении (n=2) и перитоните (n=2), обусловленных разрывом стенок толстой кишки, в 6 наблюдениях после выполнения лапаротомии инородное тело было удалено через перфорационное отверстие. Операцию завершали санацией и дренированием брюшной полости, и формированием одноствольной сигмостомы. Лишь в 2 случаях для удаления ИТПК прибегли к лапаротомии, с дренированием брюшной полости. Ещё в 2 случаях при инородных телах матки у пациенток развился кишечно-маточный свищ с надвлагалищной ампутацией матки. В послеоперационном периоде осложнения наблюдали в 8 случаях с 2 летальными исходами. При

инородных телах прямой кишки, осложнившихся флегмоной промежности и мошонки (n=2) и острым парапроктитом (n=2) в 4 случаях прибегли к вскрытию и дренированию гнойных полостей и удалению инородных тел. При осложненном течении ИТПК возможно развитие тяжелых гнойно-септических осложнений, требующих неотложных оперативных вмешательств. При абдоминальных осложнениях ИТПК показана открытая операция удаления инородного тела, ушивание дефектов в стенке кишки, дренирование брюшной полости и параректальной области с обязательным наложением разгрузочной сигмостомы.

Для лечения больных с ИТПК в своих наблюдениях мы использовали 4 метода: трансанальные бескровные способы удаления (40,7%), трансанальное удаление со сфинктеротомией (24,7%), хирургические (22,2%) и эндоскопические методы (12,9%). Непосредственные результаты трансанальных миниинвазивных вмешательств у 22 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 13 пациентов показало, что в 12 наблюдениях в послеоперационном периоде пациенты жаловались на боли в заднем проходе, особенно при акте дефекации. В 4 наблюдениях пациенты жаловались на недержание газов. При проведении контрольной ректороманоскопии в 9 наблюдениях диагностировали проктит с наличием гиперемии и кровоподтеков в слизистой, а у 4 пациентов при пальцевом исследовании диагностировали недостаточность анального жома I-II степени. Нагноение сфинктеротомной раны отмечали лишь у 2 больных. Все пациенты в сроки от 4 до 7 дней были выписаны на амбулаторное лечение. Как уже было выше отмечено наибольшие трудности для лечения представляют ИТПК, сопровождающиеся осложнениями. После трансабдоминальных оперативных вмешательств в 2 наблюдениях отмечали такие осложнения, как продолжающейся перитонит и расхождение швов колостомной раны. Для диагностики этих осложнений высокоинформативным методом являлись УЗИ и видеолaparоскопия. Во всех этих случаях выполняли релапаротомию, санацию и дренирование брюшной полости. Послеоперационное течение протекало тяжело, умер 1 больной от полиорганной недостаточности. Различные по характеру раневые осложнения после

трансабдоминальных вмешательств отмечали у 4 больных. Для диагностики нагноений послеоперационных ран также эффективно применяли УЗИ в 3 случаях. Во всех случаях (n=4) были распущены швы, местное лечение гнойных ран позволило излечить пациентов. Летальный исход наблюдали в 1 случае у больного с флегмоной промежности. Причиной летального исхода являлся сепсис.

ВЫВОДЫ

1. Причиной попадания инородных тела в прямую кишку в 25,9% наблюдениях является насильственное ведение, в 14,8% анальная мастурбация, 11,1 % - ятрогенные причины и в 19,4% другие причины (психические нарушения 8,3% и миграция из соседних органов 11,1%). В 31 наблюдениях (57,4%) инородные тела в прямую кишку попадали ретроградным путем, в 10 (18,5%) случаях они образовались в просвете прямой кишки, у 6 (11,1%) попали из соседних органов и в 7 (13%) имело место антеградный путь попадания инородных тел.

2. Разработанная клиническая классификация инородных тел прямой кишки позволяет оптимизировать диагностический алгоритм и выбор рациональной хирургической тактики

3. Наряду с рентгенографией брюшной и тазовой полости, ультразвуковое исследование и эндоскопические методы является высокоинформативным методом диагностики инородных тел прямой кишки и ее осложнений.

4. Хирургическая тактика при инородных телах прямой кишки индивидуально-активная и зависит от их локализации, формы, размеров, структуры и характера развившегося осложнения. При наличии осложнений (кровотечение, перитонит, непроходимость) показано неотложное хирургическое вмешательство. При инородных телах малых размеров анального канала, ампулы прямой кишки и дистального отдела толстой кишки методом выбора удаления инородных тел является эндоскопические и миниинвазивные методы, а при неосложненных смещаемых инородных телах прямой кишки независимо от их локализации, величины и структуры эффективным методом извлечения инородных тел является бескровные трансанальные методы в сочетании со сфинктеротомией.

5. Комплексное ультразвуковое исследование является эффективным методом диагностики внутрибрюшных и раневых осложнений различных методик удаления инородных тел прямой кишки.

6. В послеоперационном периоде после извлечения инородных тел прямой кишки гнойно-воспалительные осложнения наблюдались в 2,6% с 1,6% летальным исходом.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Последовательная реализация разработанного алгоритма диагностики инородных тел прямой кишки позволяет за короткий промежуток времени диагностировать заболевание и его осложнения.

2. Для ранней диагностики внутрибрюшных осложнений инородных тел прямой кишки рекомендуется проведение ультразвукового исследования брюшной и тазовой полостей.

3. Для извлечения мелких, множественных и подвижных инородных тел, не сопровождающихся осложнением, целесообразно выполнение трансанальных методов их извлечения. Наоборот, при осложнении инородных тел (перфорация, миграция и т.д.) методом выбора является хирургический метод

4. После извлечения инородных тел из просвета прямой кишки независимо от размеров, локализации и осложнений рекомендуется выполнение контрольного УЗИ и колоноскопии.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Даминова Н.М. Оптимизация тактики диагностики и лечения больных с инородными телами прямой кишки / Н.М. Даминова, М.А. Нурматова // Научно-медицинский журнал «Вестник Авиценны» ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе. – 2014. - №4. -С. 60-64

2. Нурматова М.А. Диагностика и лечение травм и инородных тел прямой кишки/ М.А. Нурматова, Н.М. Даминова, М.Х. Юсупова // Научно-практический журнал Здравоохранение Таджикистана – 2015. - №1. -С. 50-52

3. Нурматова М.А. Хирургическое лечение инородных тел прямой кишки / М.А. Нурматова, Н.М. Даминова // Научно-практический журнал Здравоохранение Таджикистана. – 2015. - №2. -С. 37-41.

4. Нурматова М.А. Тактика лечения инородных тел прямой кишки / М.А. Нурматова, Н.М. Даминова. // Материалы 9- годичной научно – практической конференции молодых ученых и студентов

ТГМУ им Абуали ибни Сино с международным участием, «Достижения и перспективы медицинской науки», г.- Душанбе. – 2014. - С. 153-154.

5. Нурматова М.А. Психическое нарушение у больных с инородными телами прямой кишки / М.А. Нурматова, Ч.М. Курбонов, С.А. Холбоев, Х.Н. Мансуров. // Материалы 63-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи», г. Душанбе. – 2015. -С. 450- 451.

6. Нурматова М.А. Ятрогенные повреждения прямой кишки / М.А. Нурматова, Ч.М. Курбанов, Х.Н. Мансуров. // Материалы 63-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи», Душанбе. – 2015. - С.450-452.

7. Нурматова М.А. Повреждения прямой кишки инородными телами / М.А. Нурматова, Н.М. Даминова. // Материалы 64-й годичной научно – практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 25–летию Государственной независимости Республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины», г. Душанбе. – 2016. -С. 452.

Список сокращений

ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГКБ	Городская клиническая больница
СМП	Скорая медицинская помощь
ИТ	Инородное тело
ИТПК	Инородное тело прямой кишки

Сдано в печать 04.01.2018 г.
Подписано в печать 22.02.2018
Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии
Министерства образования и науки РТ
г. Душанбе, ул. Лахути 6, 1 проезд.