

# Клинический случай удаления инородного тела брюшной полости

А.О.Суховерхов, Ф.П.Капсаргин, П.Т.Жиго,  
Д.В.Коршун, Е.В.Серова  
Красноярский государственный медицинский  
университет  
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого  
Министерства здравоохранения РФ,  
Красноярск

Оставленные инородные тела после оперативных вмешательств – это врачебная ошибка «лечебно-технического» характера. Под нашим наблюдением находился больной пожилого возраста, у которого в течение длительного времени в брюшной полости находилось инородное тело больших размеров после выполнения лапаротомии. При обследовании и лечении urgentных больных с клинической картиной острой урологической и хирургической патологии в трудных дифференциально-диагностических случаях, врачам хирургических специальностей необходимо помнить о возможных редких состояниях, с целью их ранней диагностики комплексно оценивать симптомы и синдромы при динамическом наблюдении и применять полный перечень доступных диагностических мероприятий.

**Ключевые слова:** инородное тело брюшной полости после лапаротомии, холецистэктомии, пролежень тощей кишки, перфорация толстой кишки, удаление инородного тела.

## A Clinical Case of the Removal of a Foreign Body from the Abdominal Cavity

A.O.Sukhoverkhov, F.P.Kapsargin, P.T.Zhigo,  
D.V.Korshun, E.V.Serova  
Krasnoyarsk State Medical University named  
after Prof. V.F.Voyno-Yasenetsky, Ministry  
of Health of the Russian Federation

The remains of foreign bodies after surgical operations is a medical error of the «treatment-technical» genesis. We have observed an elderly patient, who for 14 years had a large foreign body in the abdominal cavity after laparotomy. The examination and treatment of urgent patients with a clinical picture of acute urological and surgical pathology – in difficult differential-diagnostic cases, doctors of surgical specialties should be aware of the possible rare conditions, they should comprehensively assess the symptoms and the syndromes in the follow up and apply the full list of available diagnostic measures for the purpose of early diagnosis. When performing operations both in an emergency and in a planned manner, surgeons need to be extremely attentive, inter alia, in order to prevent abandonment of iatrogenic foreign bodies in the abdominal cav-

ity, which can probably be attributed to defective organization of health help, personal qualities of the surgeon and the psycho-emotional environment during the operation, especially performed on emergency indications.

**Keywords:** foreign body in the abdominal cavity after laparotomy, cholecystectomy, decubitus jejunum, colon perforation, removal of the foreign body.

Инородные тела (*Corpora aliena*) – чужеродные для организма предметы, внедрившиеся в его ткани, органы или полости через поврежденные покровы или через естественные отверстия. Инородными телами являются также введенные в организм с лечебной целью протезы суставов, клапанов сердца, скрепляющие костные отломки спицы, пластины, различные дренажи, тампоны, шовный материал и др. Оставленные в брюшной полости марлевые тампоны и салфетки, особенно в зарубежной литературе, описываются как госсипибома (*gossypiboma*), текстилома (*textiloma*) или коттоноид (*cottonoid*). Наиболее часто используемый термин «госсипибома». Наличие инородного тела в организме вызывает изменения, зависящие от его величины, формы, физических и химических свойств, наличия бактериальной флоры и расположения. Химически активные инородные тела могут вызывать воспалительную реакцию окружающих тканей вплоть до их омертвления. Инфицированные инородные тела влекут за собой нагноение. И на сегодняшний день инородные тела брюшной полости в общехирургической практике остаются актуальной проблемой [1, 2].

В общей хирургии инородные тела чаще обнаруживают в брюшной полости – 0,16% всех наблюдений. Летальность при инородных телах брюшной полости достигает 40%. Среди инородных тел, забытых во время операции, чаще встречаются марлевые салфетки и шарики – 52%, реже – инструменты – 43% наблюдений. Длительность пребывания инородного тела в брюшной полости и характер возникающих осложнений зависят от его локализации, размеров и инфицированности [1, 2].

Инородные тела могут причинять боль в связи с давлением на нервные образования, приводить к кровотечению (пролежень сосуда), перфорации полых органов, но могут бессимптомно многие годы оставаться в организме, что усложняет процесс диагностики и часто приводит к позднему лечению и неблагоприятным исходам, а также к уголовным и гражданским процессам. Оставление инородных тел после оперативных вмешательств является врачебной ошибкой «лечебно-технического» характера [2, 3].

*Под нашим наблюдением находился больной пожилого возраста*, у которого в течение длительного времени (9 лет) в брюшной полости находилось инородное тело больших размеров после выполнения лапаротомии.

Пациент Х., 61 год, поступил в урологическое отделение КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи им. Н.С.Карповича» 15.12.2015 г. с жалобами на затрудненное мочеиспускание, ноющие боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 39°C, кашель. Вышеуказанные жалобы беспокоили в течение 6 сут, пациент принимал жаропонижающие препараты – без эффекта. В связи с нарастанием выраженности описанных симптомов больной был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в

Рис. 1. Рентгенограмма грудной клетки, свидетельствующая об отсутствии у пациента органической патологии



Рис. 2. Рентгенограмма брюшной полости. Инородное тело (зажим) в правой половине брюшной полости



Рис. 3. Серия экскреторных урограмм, свидетельствующая об отсутствии у пациента нарушений функций почек

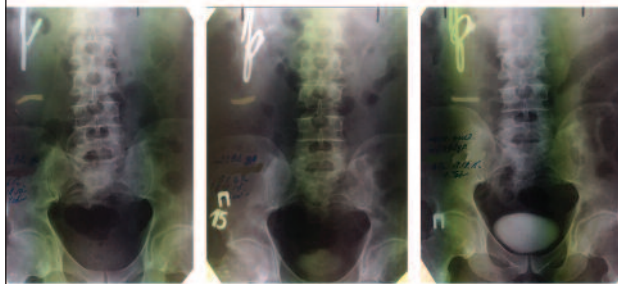
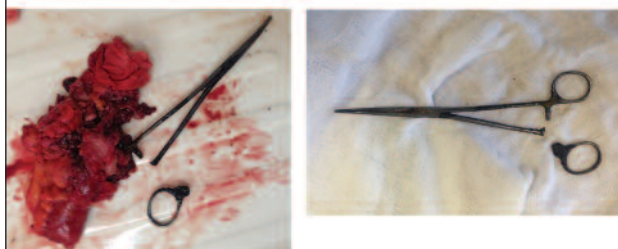


Рис. 4. Макропрепарат. Инородное тело (зажим) с участком тощей кишки



приемно-диагностическое отделение с диагнозом: Острый пиелонефрит справа.

Из анамнеза известно, что в 2006 г. пациент перенес лапаротомию, холецистэктомию (оперирован в Таджикистане). Аппендэктомия в юности. Хронические заболевания отрицает.

При физикальном осмотре: температура тела – 37,6°C. Язык – влажный, чистый. Живот – симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не вздут, безболезненный во всех отделах. Почки не пальпируются, безболезненные. Симптом XII ребра – отрицательный с обеих сторон. При пальцевом ректальном осмотре отмечается умеренное увеличение простаты за счет правой доли, при пальпации – умеренная болезненность.

Ультрасонография почек: почки нормальных размеров, толщина паренхимы – 17–18 мм, дыхательная экскурсия сохранена, расширения чашечно-лоханочной системы нет, конкрементов, дополнительных образований не визуализируется. На момент исследования эхо-патологии почек не выявлено.

В развернутом анализе крови: лейкоцитоз  $15,7 \times 10^9 / \text{л}$  со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерных нейтрофилов 12%). Биохимический анализ крови: аспаратаминотрансфераза – 30 ЕД/л, аланинаминотрансфераза – 62,6 ЕД/л. Общий анализ мочи: без особенностей. Остальные лабораторные показатели в пределах нормы.

Был выставлен диагноз при поступлении: Острый простатит. Острый пиелонефрит справа.

На рентгенограмме грудной клетки очаговых и инфильтративных теней выявлено не было. Легкие расправлены. Синусы свободные. Со стороны легких и сердца возрастные изменения (рис. 1).

На обзорной рентгенограмме брюшной полости в правой половине было обнаружено инородное тело – зажим (рис. 2).

Была выполнена экскреторная урография (рис. 3). Функция почек не нарушена.

Ультрасонография брюшной полости: гепатомегалия. Объемное образование правой доли печени (вероятнее абсцесс). Диффузные изменения поджелудочной железы.

В экстренном порядке по жизненным показаниям под наркозом больной был оперирован. Выполнена лапаротомия, рассечение спаек, резекция тонкой кишки, наложение энтеро-энтероанастомоза «бок-в-бок», удаление инородного тела брюшной полости, ушивание толстой кишки, санация, дренирование брюшной полости.

Выполнена средне-срединная лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца. В брюшной полости выраженный спаечный процесс. В правой половине брюшной полости определяется конгломерат из кишечника и сальника, не исключается связь с забрюшинным пространством справа. С техническими трудностями после разделения множественных спаек тупым и острым путями между петлями тонкой кишки обнаружен хирургический зажим Бильрота, с кольцами для пальцев и рукояткой, расположенными в просвете тощей кишки, а браншами – в просвете толстой кишки в области печеночного угла. Тощая кишка мобилизована, с дистальной стороны на 15 см, с проксимальной – на 25 см, пересечена между зажимами, удалена единым блоком с инородным телом (рис. 4).

При удалении браншей зажима в толстой кишке обнаружен дефект диаметром до 1 см. Последний ушит двухрядным швом викрилом 3-0 на атравматичной игле. Наложен энтеро-энтероанастомоз «бок-в-бок» двухрядным швом викрилом 3-0 на атравматичной игле. При ревизии надпеченочного и подпеченочного пространств признаков наличия абсцесса не обнаружено. При дальнейшей ревизии другой органической патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства не обнаружено. Контроль на гемостаз и инородные тела. Брюшная полость санирована, дренирована дрена-

жами из перчаточной резины и дренажом Редона по правому боковому каналу и в малый таз. Операционная рана послойно ушита. Асептические повязки.

В послеоперационном периоде больной получал инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную, противоязвенную, стресс-протекторную, симптоматическую терапию, профилактику тромбоэмболических осложнений. Течение послеоперационного периода гладкое. Дренажи удалены на 5–7-е сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 9-е сутки. Температура тела нормализовалась. Функция желудочно-кишечного тракта восстановлена. Больной выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга в поликлинике по месту жительства.

Таким образом, представленный клинический случай, и проведенный анализ литературы позволили сделать следующие выводы. При обследовании и лечении urgentных больных с клинической картиной острой урологической и хирургической патологии в трудных дифференциально-диагностических случаях врачам хирургических специальностей необходимо помнить о возможных редких состояниях, с целью их ранней диагностики комплексно оценивать симптомы и синдромы при динамическом наблюдении и применять полный перечень доступных диагностических мероприятий. Врачам ультразвуковой диагностики необходимо помнить о подобных возможных редких состояниях, отмечать и дифференцировать ультрасонографические признаки

различных urgentных заболеваний. При выполнении операций как в экстренном, так и в плановом порядке, врачам-хирургам необходимо быть чрезвычайно внимательными, в том числе, для того, чтобы не допустить оставления ятрогенных инородных тел в брюшной полости, что вероятнее, может быть связано с дефектами организации медицинской помощи, личными качествами хирурга и психоэмоциональной обстановкой во время операции, особенно выполняемой по экстренным показаниям.

### Список литературы

1. Баринов Е. Х., Ромодановский П.О., Черкалина Е.Н. Случай оставления операционного материала в брюшной полости. Медицинское право. 2014; 6: 51–53. / Barinov E. N., Romodanovskij P.O., Cherkalina E.N. Sluchai ostavlenija operacionnogo materiala v brjushnoj polosti. Medicinskoe pravo. 2014; 6: 51–53. [in Russian]
2. Загайнов В.Е., Евстигнеева Г.А., Рытик П.И., Зелди Л.Л., Горохов Г.Г. Инородное тело брюшной полости, вызвавшее пролежень стенки желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2011; 9: 78–80. / Zagajnov V.E., Evstigneeva G.A., Ryhtik P.I., Zeldi L.L., Gorohov G.G. Inorodnoe telo brjushnoj polosti, vyzvavshee prolezhen' stenki zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki. Hirurgija. Zhurnal im. N. I. Pirogova. 2011; 9: 78–80. [in Russian]
3. Казарян В. М. Послеоперационные инородные тела брюшной полости. Медико-правовые аспекты. Судебно-медицинская экспертиза. 2008; 5: 33–36. / Kazarjan V. M. Posleoperacionnyje inorodnye tela brjushnoj polosti. Mediko-pravovye aspekty. Sudbno-medicinskaja jekspertiza. 2008; 5: 33–36. [in Russian]

#### Сведения об авторах:

**Суховерхов Андрей Олегович** – к.м.н., доцент кафедры урологии, андрологии и сексологии ИПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск

**Капсаргин Федор Петрович** – д.м.н., заведующий кафедрой урологии, андрологии и сексологии ИПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск

**Жиго Павел Тодеушевич** – ассистент кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. Ю. М. Лубенского Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, врач-хирург хирургического отделения № 2 КМКБСМП им. Н.С.Карповича, Красноярск

**Коршун Дмитрий Викторович** – клинический ординатор кафедры урологии, андрологии и сексологии ИПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск

**Серова Екатерина Валерьевна** – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии им. проф. М.И.Гульмана Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск