

DOI: 10.35401/2500-0268-2019-16-4-62-65

А.В. Сергеев*, А.Н. Катрич**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ТЕКСТИЛЬНОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им.проф. С. В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодар, Россия

✉ *А.В. Сергеев, ГБУЗ НИИ – ККБ №1, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167, e-mail: sergeev-arkadiyy@rambler.ru

В описанном случае представлены особенности клинической картины, трудности диагностики текстиломы, оставленной в организме пациента 3 года назад после оперативного вмешательства. Это привело к развитию острой кишечной непроходимости. Продемонстрирована высокая диагностическая ценность ультразвукового метода в диагностике инородных тел.

Ключевые слова:**Цитировать:****ORCID ID**

инородные тела, текстилома, кишечная непроходимость, ультразвуковая диагностика.

Сергеев А.В., Катрич А.Н. Клинический случай диагностики текстильного инородного тела желудочно-кишечного тракта. Инновационная медицина Кубани. 2019;16(4):62-65. DOI: 10.35401/2500-0268-2019-16-4-62-65

А.В. Сергеев, <https://0000-0003-4424-8836>А.Н. Катрич, <https://0000-0002-5195-5945>**A.V. Sergeev*, A.N. Katrich****CLINICAL CASE FOR DIAGNOSIS OF TEXTILOMA IN GASTROINTESTINAL TRACT**

Scientific Research Institute – Ochapovsky Regional Clinical Hospital #1, Krasnodar, Russia

✉ *A.V. Sergeev, Scientific Research Institute – Ochapovsky Regional Clinical Hospital #1, 350086, Krasnodar, 1st May street, 167, e-mail: sergeev-arkadiyy@rambler.ru

In the described clinical case we presented features of a clinical presentation, difficulties of textiloma diagnosis which resulted in acute intestinal obstruction in several years after surgery. The high diagnostic value of an ultrasonic method in diagnostics of foreign bodies was shown.

Keywords:**Cite this article as:****ORCID ID**

foreign bodies, textiloma, intestinal obstruction, ultrasonic diagnosis.

Sergeev A.V., Katrich A.N. Clinical case for diagnosis of textiloma in gastrointestinal tract. Innovative Medicine of Kuban. 2019;16(4):62-65. DOI: 10.35401/2500-0268-2019-16-4-62-65

A.V. Sergeev, <https://0000-0003-4424-8836>A.N. Katrich, <https://0000-0002-5195-5945>

Врачебные ошибки, к сожалению, – неотъемлемая часть медицины, с которой приходится сталкиваться любому практикующему врачу.

До недавнего времени проблеме классификации и анализу ятрогений в русскоязычной литературе были посвящены единичные работы, касающиеся частных разделов хирургии [1, 2]. По данным ряда авторов, частота оставления инородных тел колеблется в пределах 0,15-0,2% [3]. В большинстве случаев выявляются оставленные текстильные изделия (до 70-80%), реже – дренажи [6] и, как казуистика – «забытые» инструменты.

Инородные тела (*corpora aliena*) могут располагаться не только в брюшной полости, но и в желудочно-кишечном тракте (проглоченные инородные предметы, введенные восходящим путем, попавшие травматическим путем преднамеренно или случайно, образовавшиеся в организме – копролиты, безоары, живые инородные тела-паразиты [7]). Сроки нахождения инородных тел в брюшной полости варьируют в широких пределах – от 6 часов до 38 и более лет [4, 5]. Длительному бессимптомному течению спо-

собствует асептическая фиброзная реакция местных тканей в виде спаек и инкапсуляции [8]. Однако в ряде случаев из-за давления фиброзных масс на кишечную стенку может развиваться ее некроз с последующей миграцией инородных тел в просвет кишки [9,10]. Случаи «забытых» во время оперативного вмешательства хирургических текстильных изделий (синонимы-текстиломы, госсипибомы) встречаются не только в открытой хирургии, но и при малоинвазивных вмешательствах. Поскольку симптомы текстилом неспецифичны, установление верного диагноза может вызывать определенные сложности. Физикальное обследование и лабораторные тесты чаще всего малоинформативны. На первое место выходят методы лучевой диагностики.

Рентгенография является методом выбора с высокой чувствительностью при выявлении оставленных инструментов, салфеток и тампонов с рентгеноконтрастными метками в их составе, однако в отечественной хирургической практике маркированные текстильные изделия все еще встречаются достаточно редко.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет идентифицировать практически все виды инородных тел.

Компьютерная томография (КТ) – метод выбора для обнаружения текстилом и их осложнений [9]. Дифференциально-диагностический ряд включает: гематомы, абсцессы, опухолевые поражения, копролиты и др. [10, 11].

Клинический случай

Пациентка К, 39 лет, 04.09.2018 г. обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на вздутие, ноющие боли в верхних отделах живота без четкой локализации, тошноту. Из поликлиники доставлена машиной скорой медицинской помощи в приемное отделение (ПО) НИИ – Краевой клинической больницы №1.

Из анамнеза: впервые описанные жалобы стала отмечать с августа 2018 г. В 2015 г. получила сочетанную травму (падение с высоты 3 этажа, была прооперирована в объеме транспедикулярной фиксации с установкой винтовой системы 12 грудного, 1, 4, 5 поясничных позвонков). В 2016 г. перенесла оперативное вмешательство по поводу проникающего ножевого ранения брюшной полости (выписки из истории болезни предоставлены не были). При осмотре: живот несколько вздут, при пальпации умеренно болезнен в эпигастральной области, симптомы раздражения брюшины – отрицательные. В общем анализе крови от 04.09.18 г. – незначительный лейкоцитоз до $10 \times 10^9/\text{л}$, признаки анемии легкой степени.

04.09.18 г. в условиях ПО выполнено УЗИ органов брюшной полости (ОБП): выявлена свободная жидкость межпечельно, в левом гипогастрии обнаружена локально расширенная до 38 мм петля кишки (предположительно, сигмовидная). В просвете кишки определялась гиперэхогенная структура размерами ~ 110x35 мм, дающая эффект «акустической тени» (рис. 1). УЗ-картина была интерпретирована, как кишечная непроходимость, копростаз, гидроперитонеум. В ходе УЗИ возникли сомнения в идентификации и точной локализации выявленной находки и было рекомендовано выполнение УЗИ в динамике.

Для констатации факта и определения уровня непроходимости 04.09.2018 г. женщине выполнена обзорная рентгенография брюшной полости в положении стоя – диагностированы признаки кишечной непроходимости (больше данных за толстокишечную). Для верификации данных, полученных при УЗИ и R-графии ОБП, и уточнения причин острой кишечной непроходимости, была выполнена КТ ОБП с двойным (пероральным и внутривенным) контрастированием.

В результате проведенного исследования во всех отделах брюшной полости выявлены расширенные до 35 мм петли тонкой кишки, которые были заполнены жидкостным содержимым и газом. Межпечельно

и в полости таза определялась жидкость до 51 мм по толщине. КТ-картина была расценена, как частичная тонкокишечная непроходимость.

На основании анамнеза, клинической картины, данных лабораторных и инструментальных методов исследования был выставлен клинический диагноз: Частичная спаечная кишечная непроходимость.

Пациентка была госпитализирована в хирургическое отделение (ХО), где получала консервативную терапию. 10.09.18 г. выписана из стационара с улучшением самочувствия. 13.09.18 г. после погрешности в диете жалобы возобновились, в 16 ч 30 мин пациентка самостоятельно обратилась в ПО НИИ – Краевой клинической больницы №1.

В условиях ПО выполнено УЗИ ОБП, при котором удалось более точно определить локализацию ранее выявленной гиперэхогенной структуры и высказать предположение о наличии инородного тела в просвете тонкой кишки, которое вызывало частичную кишечную непроходимость. Учитывая данные анамнеза, УЗ-картина описанного образования могла соответствовать текстиломе.

В 19 ч 14 мин выполнена повторная КТ, которая подтвердила наличие признаков частичной кишечной непроходимости и не выявила отрицательной динамики в сравнении с данными от 04.09.18 г. По КТ-картине не исключался безоар тонкого кишечника (рис. 2).

На основании полученных данных выставлен диагноз: Острая спаечно-обтурационная кишечная непроходимость. Пациентка была госпитализирована в ХО. В тот же день в 21 ч 30 мин было выполнено оперативное вмешательство в объеме адгезолизиса для устранения непроходимости с резекцией тонкой кишки. В ходе операции в левой мезо-гипогастральной области выявлен спаечно-рубцовый конгломерат, состоящий из тканей большого сальника и петель тонкой кишки. При ревизии брюшной полости в просвете



Рис 1. УЗ-сканирование по ходу кишечника. Текстильное инородное тело (длинная стрелка) в просвете кишки (стенки кишки отмечены короткими стрелками)

Fig. 1. US examination along the intestinal canal. Textile foreignbody (long arrow) in the bowel lumen (bowel walls are pointed by short arrows)



Рис. 2. КТ ОБП. Инородное тело в просвете подвздошной кишки. Текстилома (длинная стрелка), стенки подвздошной кишки (короткие стрелки)

Fig. 2. CT of abdominal cavity organs. Foreign body in the ileum lumen. Textiloma (long arrow), walls of the ileum (pointed by arrows)

подвздошной кишки (30 см от илеоцекального угла) на протяжении до 8 см обнаружен участок плотно-эластичной консистенции. В проекции зоны обтурации выполнена энтеротомия с извлечением текстильного инородного тела (рис. 3). В связи с выраженной инфильтрацией стенок в зоне обтурации проведена резекция пораженного сегмента длиной 20 см в пределах менее измененных тканей. Учитывая инфильтративные изменения стенки кишки, от наложения первичного межкишечного анастомоза было решено воздержаться, концы петель тонкой кишки были заглушены и погружены в брюшную полость. Повторная лапаротомия (second look) была запланирована через 48 часов. 17.09.18 г. выполнена релапаротомия с наложением энтеро-энтероанастомоза бок в бок. При патогистологическом исследовании изменения, выявленные в стенке резецированного сегмента тонкой кишки, расценены как некроз стенки с перфорацией.

Послеоперационный период протекал спокойно. Пациентка в удовлетворительном состоянии была выписана из стационара на 12-е сутки.



Рис. 3. Извлечение текстиломы во время операции
Fig. 3. Intraoperativetextilomaremoval

Оставление инородного тела в брюшной полости может привести к грозным осложнениям (формирование абсцессов, инфильтратов, свищей), сопровождающихся высокой летальностью. Поэтому своевременная и точная диагностика инородных тел остается актуальным вопросом. Приведенный клинический случай демонстрирует трудности диагностики текстилом в отдаленном послеоперационном периоде и высокую диагностическую ценность УЗ-метода.

Диагностика свободно лежащих текстильных объектов обычно не представляет значительных сложностей, так как для них характерно наличие специфических УЗ-признаков. Диагностика текстиломы с пролежнем в просвет кишки, на фоне возникшей при этом обтурационной кишечной непроходимости, сопровождалась определенными сложностями и потребовала проведения дифференциального диагноза с спаечной непроходимостью, копростазом и безоаром кишечника.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что при обследовании послеоперационных пациентов следует проявлять клиническую настороженность в отношении инородных тел брюшной полости и помнить о возможности их миграции в просвет желудочно-кишечного тракта.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Седов В.М. Ятрогения. Человек. 2010. 296 с. [Sedov VM. Yatrogeniya. Chelovek. 2010. 296 p. (In Russ.)].
2. Шемякин И.С., Ежов В.М., Курицын А.Н. Классификация послеоперационных осложненных абдоминальных ранений. Военно-медицинский журнал. 1986;(6):28-31. [Shemyakin I.S., Ezhov V.M., Kuricyn A.N. Klassifikaciya posleoperacionnyh oslozhnenni jabdominal'nyh ranenij. Voyenno-meditsinskiy zhurnal. 1986;(6):28-31. (In Russ.)].
3. Ray S, Das K. Gossypiboma presented as abdominal lump seven years after open cholecystectomy. JSurgCaseRep. 2011;2011(8):2-2. doi:10.1093/jscr/2011.8.2
4. Кеда В.В., Угляница К.Н., Каравай А.В., Муринов А.В., Богатырев И.Ч. Инородное тело брюшной полости. 38 лет после операции. Актуальные проблемы медицины. Сборник трудов конференции, Гродненский государственный медицинский университет. 2017. С. 375-379. [Keda V.V., Uglyanica K.N., Karavaj A.V., Murinov A.V., Bogatyrevich I. Ch. Inorodnoe telo bryushnoj polosti. 38 let posle operacii. Aktual'nye problemy mediciny. Sbornik trudov konferencii, Grodnenskiy gosudarstvennyj medicinskiy universitet, 2017. pp. 375-379. (In Russ.)].
5. Субботин В.М., Федосеев В.В., Давидов М.И. Случай 44-летнего пребывания инородного тела в брюшной полости. Анналы хирургии. 2001;(6):69. [Subbotin V.M., Fedoseev V.V., Davidov M.I. Sluchaj 44-letnego prebyvaniya inorodnogo tela v bryushnoj polosti. Annalyhirurgii. 2001;(6):69. (In Russ.)].
6. Рязанцев А.А., Гончарова Т.П. Диагностика ятрогенных инородных тел в раннем и позднем послеоперационном периоде. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2013;(1):15-26. [Ryazancev A.A., Goncharova T.P. Diagnostika yatrogennyh inorodnyh tel v rannem i pozdnem

posleoperacionnom periode. Ul'trazvukovaya i funkcional'naya diagnostika. 2013;(1):15-26. (In Russ.).

7. Давидов М.И. Инородные тела желудочно-кишечного тракта и брюшной полости: автореферат дис. канд. мед. наук. Пермь, 1996. 23 с. [Davidov M.I. Inorodnye tela zheludochno-kishechnogot rakta i bryushnoj polosti: avtoref. diss. kand. nauk. 1996. 23 p. (In Russ.).]

8. Кузнецов Н.А., Зинякова М.В., Харитонов С.В., Игнатенко С.Н., Титкова И.М. Ультразвуковая диагностика инородных тел брюшной полости. Хирургия. 2001;(10):21-23. [Kuznesov N.A., Zinyakova M.V., Haritonov S.V., Ignatenko S.N., Titkova I.M. Ul'trazvukovaya diagnostika inorodnyh tel bryushnoj polosti. Hirurgiya. 2001;(10):21-23.(In Russ.).]

9. Singhal B.M., Kumar V., Kaval S., Singh C.P. Spontaneous intraluminal migration of gossypiboma with intestinal obstruction. OA Case Reports. 2013;15(2):145.

10. Patil K., Patil S., Gorad K., Panchal A., Arora S., Gautam R. Intraluminal migration of surgical sponge: Gossypiboma. Saudi Journal of Gastroenterology. 2010;16(3):221. doi:10.4103/1319-3767.65195.

11. Cheon J., Kim E., Kim K., et al. A Case of Gossypiboma Masquerading as a Gastrointestinal Stromal Tumor. Clin Endosc. 2011;44(1):51. doi:10.5946/ce.2011.44.1.51.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Сергеев Аркадий Владимирович, врач ультразвуковой диагностики, НИИ – ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского (Краснодар, Россия). E-mail: sergeev-arkadiyy@rambler.ru.

Катрич Алексей Николаевич, к.м.н., заведующий отделением ультразвуковой диагностики, НИИ – ККБ №1 им. проф. С.В. Очаповского (Краснодар, Россия). E-mail: katrich-a1@yandex.ru.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 24.06.2019 г.

AUTHORS CREDENTIALS

Arkady V. Sergeev, Ultrasonic Medical Investigation Specialist, Ultrasonic Investigation Department, Scientific Research Institute – Ochapovsky Regional Clinical Hospital #1 (Krasnodar, Russia). E-mail: sergeev-arkadiyy@rambler.ru.

Aleksey N. Katrich, CMS, Head of Ultrasonic Investigation Department, Scientific Research Institute – Ochapovsky Regional Clinical Hospital #1 (Krasnodar, Russia). E-mail: katrich-a1@yandex.ru.

Conflict of interest: none declared.

Accepted 24.06.2019