

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.3-003.6-07-089

В.А. Лазаренко, Н.Н. Григорьев, Е.А. Бобровская, Л.Л. Куралесина, К.В. Кононенко

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ТОНКОЙ КИШКИ

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. В.А.Лазаренко) факультета последипломного образования Курского государственного медицинского университета, отделение ран и раневой инфекции Областной клинической больницы (главврач — канд. мед. наук М.А.Кожухов), г. Курск

Ключевые слова: тонкая кишка, инородные тела, врачебные ошибки.

Инородные тела брюшной полости после различных хирургических операций продолжают оставаться актуальной проблемой и периодически обсуждаются на страницах медицинской печати. Анализ литературы показал, что преимущественно забывают тканевые материалы (салфетки, шарики, тампоны, полотенца и др.). Летальность при этом составляет от 28,6 до 56,4% [1]. Мы в своей работе встретились с редким случаем обнаружения инородного тела (шитой салфетки) в просвете тонкой кишки.

Пациентка П., 44 лет, поступила в отделение ран и раневой инфекции Областной клинической больницы г. Курска 04.04.2005 г. с жалобами на умеренные боли в области послеоперационной раны после оперативного лечения вентральной грыжи, выделения серозно-гнойного характера из свища в области раны. Больная была оперирована в одной из районных больниц Курской области в 1998 г. по поводу внематочной беременности, в 2002 г. и 2004 г. — по поводу вентральной грыжи. После последней операции (грыжесечение с аллопластикой) неоднократно производилось удаление лигатур по месту жительства.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожный покров сухой, естественной окраски. АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 86 уд/мин, ритмичный, полный, напряженный. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий. Симптомов раздражения брюшины нет. Шумы кишечной перистальтики выслушиваются. На передней брюшной стенке по средней линии грубый послеоперационный рубец, в центральной части которого имеется лигатурный свищ со скудным (до 3–4 мл/сут) серозно-гнойным отделяемым. Общие анализы крови и мочи без патологии. Температура тела 37–37,4 °С. УЗИ: в зоне аллотрансплантата отмечаются выраженные инфильтративно-воспалительные изменения тканей передней брюшной стенки. Аллотрансплантат сгофрирован. Диагноз: лигатурный свищ передней брюшной стенки после аллопластики по поводу рецидивной вентральной грыжи.

14.04.2005 г. произведена операция. Окаймляющим разрезом продольно иссечен старый послеоперацион-

ный рубец со свищевыми ходами, лавсановой сеткой, лигатурами и частью апоневроза, частично вскрыты влагалища прямых мышц живота. В брюшной полости умеренно выраженный спаечный процесс. При этом в мезогастррии слева обнаружен плотный инфильтрат, состоящий из расширенных петель тонкой кишки, содержащих в просвете образование мягко-эластической консистенции на расстоянии 20–25 см от дуоденального изгиба и на протяжении до 40–50 см. При разделении инфильтрата образовался дефект стенки, в который пролабирует шитая марлевая салфетка. Измененный воспалительным процессом участок тонкой кишки резецирован с анастомозом «бок в бок». Брюшная полость санирована, дренирована через контрапертуру. Выполнена пластика передней брюшной стенки по типу «полупальто» местными тканями.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки после операции. Осмотрена через год. Жалоб не предъявляет, послеоперационный рубец в удовлетворительном состоянии.

Приведенное наблюдение подтверждает данные о миграции инородных тел из свободной брюшной полости в просвет кишечника [2]. Интересно, что объемное инородное тело не вызвало кишечную непроходимость, не привело к развитию перитонита, абсцесса. Извлечение текстильного хирургического материала при плановых оперативных вмешательствах встречается достаточно редко. Имеющий место дефект хирургического лечения диктует необходимость соблюдения профилактических мероприятий, включающих хорошую организацию работы в операционной, внимательность, дисциплинированность операционной бригады.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Исаков В.Д., Кочетков А.В., Бахчевников В.В. Интраоперационное оставление инородных тел как дефект хирургического лечения // Воен.-мед. журн.—2000.—№ 4.—С. 23–27.
2. Субботин В.М., Давидов М.И., Файнштейн А.В., Штапова В.В. Множественные ятрогенные инородные тела тонкой кишки // Вестн. хир.—2005.—№ 3.—С. 95–97.

Поступила в редакцию 14.06.2006 г.