



В. В. Бенедикт

ДВНЗ «Тернопільський
державний медичний
університет
імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»

© Бенедикт В. В.

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ СТОРОННІ ТІЛА ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ. ПРИЧИНИ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

Резюме. Післяопераційні сторонні тіла в черевній порожнині це проблема, яка виникла від моменту виникнення хірургії і залишається актуальною до теперішнього часу. В роботі представлено аналіз 12 хворих, у яких були залишені сторонні тіла в черевній порожнині. Автором наводяться клінічні випадки, які допомагають встановити можливі причини виникнення таких ускладнень після абдомінальних операцій. Для виявлення стороннього тіла в черевній порожнині пропонується використання рентгенологічних та сонографічних методів дослідження черевної порожнини і в сумнівних випадках – комп'ютерної томографії. Видалення стороннього тіла з черевної порожнини повинно бути за допомогою лапаротомного розрізу. Наголошується, що залишення сторонніх тіл після операції є лікарською помилкою «лікувально-тактичного» характеру, яке повинне розглядатися як невинне заподіяння шкоди і розглядатися на клініко-анатомічних конференціях.

Ключові слова: черевна порожнина, післяопераційні сторонні тіла, причини, діагностика, лікування.

Вступ

Принципи невідкладної хірургії стрімко еволюціонують. В теперішній час можна швидко уточнити діагноз, використовувати мініінвазивні методи лікування. В той же час, діяльність будь-якого абдомінального хірурга, який оперує, завжди пов'язана з проблемою стороннього тіла в черевній порожнині. Питання діагностики, хірургічної тактики та профілактики післяопераційних сторонніх тіл є актуальними і в теперішній час. Практично всі предмети, що мають безпосереднє відношення до виконання операції, може досягнути сумна доля «забутого стороннього тіла». Особливо це стосується ургентної хірургії. Отримати об'єктивну інформацію про долю хворих з такими ускладненнями після різних операцій на органах черевної порожнини вкрай складно, що пояснюється страхом, небажанням розповсюдження такої інформації як серед колег по роботі, так і серед родичів хворого і самого пацієнта і таке інше. Слушною думкою є вислів Т. Більрота: «Тільки слабкі духом ... бояться відкрито висловитися про вчинені ними помилки. Хто відчуває в собі силу зробити краще, той не відчуває страху перед свідомістю своєї помилки» [5]. У вирішенні цього питання зацікавлені хірурги, судові медики, і в останні роки, і юристи, оскільки пацієнту заподіюється шкода здоров'ю різного ступеня тяжкості [2].

Післяопераційні сторонні тіла в черевній порожнині можуть не мати характерних клінічних ознак і про їх наявність можна тільки здогадуватися. Виділяють три клінічні фор-

ми перебігу процесу, асоційованого з чужорідним тілом: гостру, ремітуючу і хронічну [1, 6]. У випадку перших двох форм необхідність видалення стороннього тіла буває викликана симптомами інфільтрату, перитоніту або гострою непрохідністю кишки.

Мета дослідження

Не підраховування кількості таких ускладнень після абдомінальних втручань, як сторонні тіла залишені під час хірургічних операцій, а визначення можливих причин виникнення цих ситуацій. Крім цього, враховуючи що клінічні симптоми наявності сторонніх тіл у черевній порожнині після оперативних втручань досить різноманітні, що ускладнює діагностику і часто призводить до пізнього хірургічного лікування та несприятливого результату, запропонувати діагностичний алгоритм у виявленні таких післяопераційних внутрішньо-черевних ускладнень.

Матеріали та методи досліджень

Нами проведено ретроспективне дослідження 12 хворих після хірургічного лікування органів черевної порожнини, у яких з різних причин були залишені сторонні тіла в черевній порожнині. Раніше були виконані операції з приводу абдомінальної хірургічної патології 10 пацієнтам, 2 – акушерські операції. В комплекс обстеження, крім загальноприйнятих методів дослідження, включали рентгенологічні методи обстеження черевної порожнини, сонографічне дослідження.



Результати досліджень та їх обговорення

Перед обговоренням результатів наводимо клінічні випадки, які, на нашу думку, допоможуть встановити можливі причини виникнення таких ускладнень після абдомінальних операцій.

Випадок 1. Хворий Т., 43 роки. Звернувся зі скаргами на біль в правій половині живота, підвищення температури тіла до $37,5^{\circ}\text{C}$, загальну слабкість. Пацієнту 4 місяці назад виконана операція вшивання перфоративної виразки дванадцятипалої кишки. У подальшому тривалий час лікувався з приводу рани в правому підребер'ї, де були дренажні трубки. Загальний стан хворого – задовільний. У правій здухвинній ділянці визначається утвір $70,0 \times 60,0$ мм, незначно болючий, малорухомий, вище якого дренажі, з яких виділяється у невеликій кількості гнійно-серозні виділення. Загальний аналіз крові: еритроцитів – $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 133 г/л, лейкоцитів – $4,5 \times 10^9/\text{л}$, еозинофілів – 1 %, паличкоядерних – 1 %, сегментоядерних – 57 %, лімфоцитів – 39 %, моноцитів – 2 %, ШОЕ – 4 мм/год. Порушень пасажу по травному тракту немає. При введенні контрасту через дренажну трубку з послідуною оглядовою рентгенографією черевної порожнини (рис. 1) отримана нерівномірно заповнена контрастною масою порожнина – тінь з нерівними, нечіткими контурами. При сонографічному дослідженні вище правої клубової ділянки біля нижнього полюсу нирки глибше петель тонкої кишки візуалізується округлої форми утвір (1) розміром $74,0 \times 47,0$ мм значної щільності, який дає дорзальне затемнення ультразвуку і до якого підходить дренажна трубка (2) (рис. 2). Вільної рідини в черевній порожнині не виявлено. У хворого стверджено наявність стороннього тіла черевної порожнини. Операція – лапаротомія з параректального доступу, видалення лапаротомної серветки ретроцекальної локалізації, дренивання порожнини. На 9 добу після операції хворого виписано в задовільному стані з загоєнням рани первинним натягом.

При проведенні ретроспективного аналізу випадку було встановлено, що серветка могла бути загубленою під час санації черевної порожнини і її висушуванні або коли замість однієї серветки було введено в черевну порожнину дві. В першому випадку серветка, що прикривалася широким дзеркалом, могла зміститися, піти в глибину черевної порожнини і опинитися в числі «забутих». Однак причиною такої ситуації було недотримання наступних правил: марлева серветка не була фіксована інструментом і не проведено їх підрахування перед зашиванням лапаротомної рани.

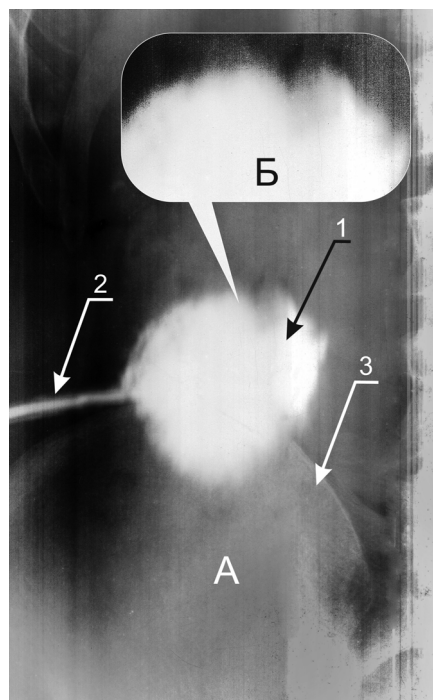


Рис. 1. А – оглядова рентгенографія черевної порожнини у хворого Т. після введення контрасту через дренажну трубку: 1 – стороннє тіло; 2 – дренажна трубка; 3 – тазова кістка. Б – фрагмент контуру

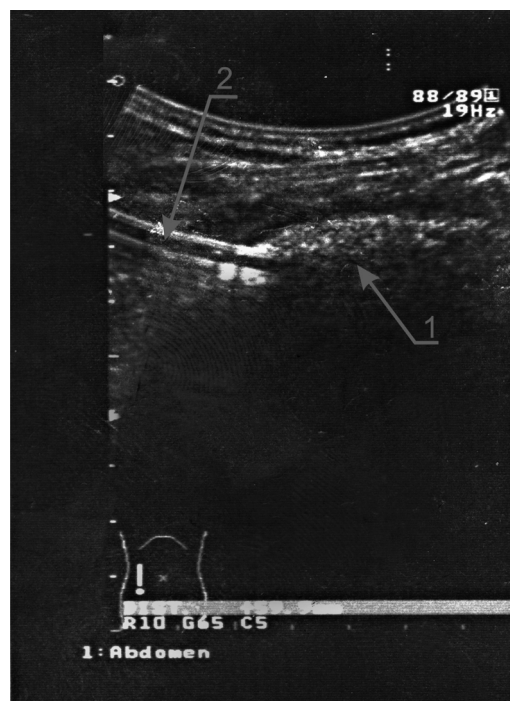


Рис. 2. Сонографічне дослідження у хворого Т: 1 – утвір черевної порожнини, 2 – дренажна трубка

Випадок 2. Хвора Л., 59 років оперована в плановому порядку з приводу післяопераційної вправимої вентральної багатокамерної грижі великих розмірів, яка виникла після холецистектомії на фоні гормонозалежної бронхіальної астми тяжкого перебігу. Операція – лапаротомія, герніотомія, роз'єднання спайок, пластика, дренивання черевної порожнини.

Після операції – перебіг звичайний. На 15 добу у хворой з'явилася клініка гострої непрохідності тонкої кишки. Оглядова рентгенографія черевної порожнини – стороннє тіло черевної порожнини, рентгенологічні ознаки кишкової непрохідності. Операція – релапаротомія, роз'єднання спайок, видалення стороннього тіла, резекція некротичної ділянки тонкої кишки з анастомозом «бік в бік», назогастроінтестинальна інтубація, дренажування черевної порожнини. Схематичне зображення механізму защемлення наведено на рис. 3. Перебіг післяопераційного періоду тяжкий, супроводжувався нагноєнням лапаротомної рани. Через 1,5 місяця виписана в задовільному стані.

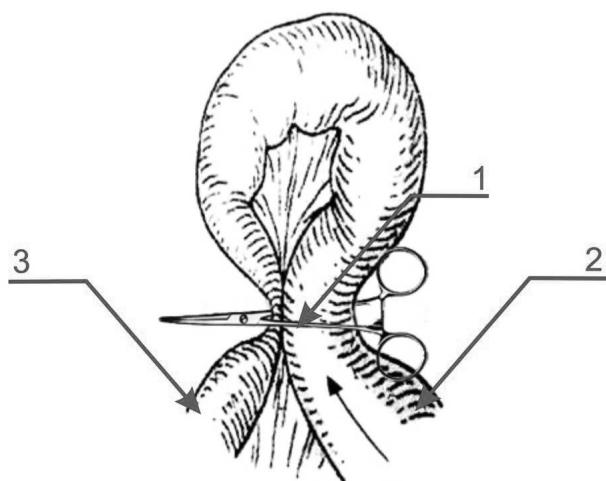


Рис. 3. Схематичне зображення механізму защемлення у хворой Л.

При визначенні причин виникнення даної ситуації було встановлено, що під час першої операції в операційній виникла стресова ситуація, що призвела до виникнення знервованої психологічної обстановки серед членів бригади, яка й сприяла до «загублення» хірургічного інструмента в черевній порожнині. Слід наголосити, що операцію виконували досвідчені хірурги. Крім цього, в кінці операції не було проведено перерахування кількості хірургічних інструментів.

До сторонніх тіл, що потрапляють у черевну порожнину після операції, можуть бути дренажі, що введені в ході операції без належних запобіжних заходів фіксації. Наводимо клінічний випадок 3.

Хвора З., 66 років поступила планово з діагнозом хронічний обтураційний калькульозний холецистит. Операція – холецистектомія, дренажування черевної порожнини трьома ПХВ дренажами. Перебіг післяопераційного періоду звичайний. На 4-5 добу видалено по одній ПХВ трубки. На 6 добу після операції діагностовано зникнення останньої дренажної трубки.

Ревізія рани у місці знаходження дренажів – безрезультатна. Проведена релапаротомія. Видалення ПХВ трубки з лівої здухвинної ділянки черевної порожнини. В подальшому післяопераційний період – без ускладнень. При проведенні аналізу даного випадку було встановлено, що попереднє зняття фіксуючих лігатур проведено з порушення черговості й остання дренажна трубка була недостатньо міцно зафіксована, що й призвело до її втягнення у вільну черевну порожнину.

Випадок 4. Хвора К., 27 років. Два місяці тому її виконано кесарів розтин. Післяопераційний період – перебіг звичайний. На протязі цього часу турбували болі тупого характеру в правій половині живота, інтенсивність яких з часом зроста. Пасаж по травному каналу не порушений. Періодично спостерігалось підвищення температури тіла до субфібрильних значень. Жінка звернулася до лікаря-гінеколога. Крім загальноприйнятого обстеження, було призначено сонографічне дослідження органів черевної порожнини, під час якого, було стверджено у хворой наявність стороннього тіла в правій половині живота. Операція: видалення стороннього тіла – марлевої лапаротомної серветки, яка знаходилася по правому боковому каналу черевної порожнини. Перебіг післяопераційного періоду звичайний. Одуження. Під час проведення аналізу даної ситуації було встановлено наступне: під час першої операції використовувалися серветки без фіксації за тискачем зовнішніх їх кінців і в кінці операції не було проведено перерахування їх кількості.

Випадок 5. Хвора М., 64 роки, оперована в ургентному порядку з приводу гострого деструктивного калькульозного холециститу з явищами місцевого перитоніту. Операція проведена в ранковий час доби. Під час втручання для більш кращого доступу до жовчного міхура і елементів гепатодуоденальної зв'язки за і під печінку поставлено рушник. Ранком у зв'язку з виробничою необхідністю замість двох асистентів хірурга до операційного столу на допомогу встало двоє нових колег, які про введення в черевну порожнину полотенця не мали інформації. Операцію закінчено. Через 4 години хірург, який оперував згадав про залишене полотенце. Хвору взято в операційну. Релапаротомія. Видалення полотенця. Одуження. Виходячи з аналізу протоколу операції можна відзначити наступні умови, що сприяли «загубленню» полотенця: зміна членів хірургічної бригади, відсутність підрахунку хірургічного матеріалу перед зашиванням лапаротомної рани і «людський фактор» – операція виконувалася в ранковий час доби.

На нашу думку, для виявлення стороннього тіла в черевній порожнині достатньо є ви-



користання рентгенологічних та сонографічних методів дослідження черевної порожнини. На ефективність ультразвукового обстеження в діагностиці сторонніх тіл текстильного характеру наголошували і інші автори [4]. В той же час, на помилкове трактування наявності стороннього тіла в черевній порожнині тільки за результатами УЗД вказує наступний приклад.

Випадок 6. Хвора К., 26 років поступила в гінекологічне відділення зі скаргами на болі в животі, загальну слабкість, підвищення температури тіла до $37,2^{\circ}\text{C}$. Хворіє на протязі 10 діб. Місяць назад проведена операція – кесарів розтин у зв'язку із сідничним передлежанням двох плодів. Операція та післяопераційний період протікали без ускладнень і пацієнтка виписана на 6 добу. На оглядовій рентгенограмі черевної порожнини – роздуті петлі кишки з утворенням арок в мезогастральній ділянці. При сонографічному дослідженні черевної порожнини зміни зі сторони гінекологічних органів відповідають 29 добі післяпологового періоду; по флангах в порожнині тазу і в міжпетльовому просторі близько 500 мл рідини. В ділянці післяопераційного шва на рівні апоневрозу навколо лігатур зона зниженої ехогенності, набряку, оточеного інфільтратом, який поширюється на парієтальну очеревину, на великий сальник; інфільтрація брижі тонкої кишки. В лівих відділах і частково в нижніх відділах петлі тонкої кишки розширенні, з рідинним вмістом, рухи якого «маятниковоподібні». У хворій стверджено наявність інфільтрату післяопераційного шва, оментит, динамічна непрохідність кишки. Призначено антибактеріальна, антибіотикотерапія, препарати для покращення реологічних властивостей крові, нестероїдні протизапальні препарати. Загальний стан хворої поступово покращувався. В той же час, звертала на себе невідповідність сонографічної картини в динаміці і об'єктивного покращення стану пацієнтки. Збереження інфільтрації сальника, його гідрофільність дало припущення думати про наявність стороннього тіла в черевній порожнині. Хворій проведена комп'ютерна томографія органів черевної порожнини, під час якої, було виявлено перитоніт, оментит, інфільтрат великого сальника, асцит. Хворій проведена релапаротомія. Діагноз після операції: туберкульоз очеревини, туберкульозний перитоніт, оментит. Одуjuanня.

Таким чином, в сумнівних випадках наявності стороннього тіла в черевній порожнині після операції доцільним є використання комп'ютерної томографії.

Видалення стороннього тіла з черевної порожнини, на нашу думку, і враховуючи труд-

нощі, які зустрічаються і можуть зустрітися під час їх видалення повинно бути за допомогою лапаротомного розрізу. В той же час, в сучасних умовах розвитку малоінвазивних технологій, можливе видалення стороннього тіла лапароскопічним методом [6].

Слід наголосити, що залишення сторонніх тіл після операції є лікарською помилкою «лікувально-тактичного» характеру, яке повинне розглядатися як невинне заподіяння шкоди.

Чухриєнко Д. П. (1977) [1] наголошував, що всі випадки залишення сторонніх тіл в черевній порожнині повинні розглядатися на клініко-анатомічних конференціях, засіданнях хірургічного товариства. За кожен випадок залишення чужорідного тіла хірург, що оперував, повинен нести моральну й адміністративну відповідальність. В окремих випадках адміністративну відповідальність повинні нести завідувач відділенням і адміністрація лікарні.

Враховуючи на тяжкість для хірурга, який оперує, даної ситуації і вище викладену інформацію ми підтримуємо думку Моше Шайна (2003) про необхідність проведення розборів при виникненні таких ускладнень (morbidity and mortality meeting) (МММ) між хірургами, що дозволить об'єктивно аналізувати і ретроспективно обговорювати такі випадки. – «Одні хірурги вчать на своїх власних помилках, інші – на чужих, а деякі не навчаються ніколи і нічому». Метою МММ є вилучення з хірургічної діяльності останніх [3].

Висновки

1. Дефекти організації медичної допомоги є основною причиною «забутого стороннього тіла» в черевній порожнині під час операції.
2. Доброзичлива психоемоційна обстановка в операційній є запорука попередження такого ускладнення, як не навмисне залишення стороннього тіла в черевній порожнині.
3. Маркіровка та фіксування марлевих тампонів хірургічними затискачами є невід'ємною необхідністю в абдомінальній хірургії.
4. Обов'язкова фіксація дренажних трубок до шкіри шляхом їх підв'язування з визначенням черговості їх видалення після операції.
5. В алгоритм обстеження хворих на стороннє тіло черевної порожнини повинні бути обов'язково включенні рентгенологічні та сонографічні методи обстеження і в сумнівних випадках, необхідно використовувати комп'ютерну томографію.
6. Видалення стороннього тіла з черевної порожнини повинно бути за допомогою лапаротомного розрізу, що не виключає застосування малоінвазивних технологій.



ЛІТЕРАТУРА

1. Гатауллин Н. Г. Послеоперационные инородные тела брюшной полости / Н. Г. Гатауллин, А. Ф. Власов // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1977. – № 9. – С. 118-123.
2. Казарян В. М. Послеоперационные инородные тела брюшной полости. Медико-правовые аспекты / В. М. Казарян // Судебно-медицинская экспертиза. – 2008. – №5. – С. 33-36.
3. Моше Шайн Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии / пер. с англ. под ред. Б. Д. Савчука. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 272 с.
4. Преображенская О. Б. Ультразвуковая диагностика текстильных инородных тел / О. Б. Преображенская, А. Л. Рослов, Т. Б. Легкостаева // Хирургия. – 1992. – № 2. – С. 89-94.
5. Радзиховский А. П. Релапаротомия. / А. П. Радзиховский, О. Е. Бобров, А. А. Ткаченко. – К. : Феникс, 2001. – 360 с.
6. Черепанин А. И. Лапароскопическое удаление инородного тела брюшной полости / А. И. Черепанин, А. М. Нечаенко, Е. И. Нечипоренко // Хирургия. – 2007. – № 12. – С. 47-48.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.
ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА
И ЛЕЧЕНИЕ

V. V. Benedikt

Резюме. Послеоперационные инородные тела в брюшной полости проблема, появившаяся с момента возникновения хирургии и остается актуальной до настоящего времени. В работе представлен анализ 12 больных, у которых были оставлены инородные тела в брюшной полости. Автором приводятся клинические случаи, которые помогают установить возможные причины возникновения таких осложнений после абдоминальных операций. Для выявления инородного тела в брюшной полости предлагается использование рентгенологических и сонографических методов исследования брюшной полости и в сомнительных случаях – компьютерной томографии. Удаление инородного тела из брюшной полости должно быть с помощью лапаротомного доступа. Отмечается, что забывание инородных тел после операции является врачебной ошибкой «лечебно-тактического» характера, которое должно рассматриваться как невинное причинение вреда и осуждаться на клинико-анатомических конференциях.

Ключевые слова: *брюшная полость, послеоперационные инородные тела, причины, диагностика, лечение.*

POSTOPERATIVE FOREIGN
BODIES ABDOMINAL
CAVITY. CAUSES, DIAGNOSIS
AND TREATMENT

V. V. Benedikt

Summary. Postoperative foreign bodies in the abdominal problem that arose from the moment of surgery and remains relevant to the present. This paper presents an analysis of 12 patients who were submitted by foreign bodies in the abdominal cavity. The author presents clinical cases that help to establish possible causes of complications after abdominal operations. To detect a foreign body in the abdomen suggested the use of radiographic and sonographic methods abdomen and in doubtful cases - computered tomography. Removal of foreign body from peritoneal cavity should be using laparotomy. It is noted that leaving foreign bodies after surgery is a medical error “medical-tactical” nature, which should be regarded as innocent of harm and considered for clinical and anatomic conferences.

Key words: *abdomen, postoperative foreign bodies, causes, diagnosis, treatment.*