

ГОССИПИБОМА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А. К. Графов², Н. Н. Шевердин¹, М. А. Халилов¹, А. С. Мошкин¹, А. Б. Бочкарев¹,
М. С. Новиков¹, Е. А. Лаврова³, Т. В. Смагина¹, А. С. Ступин¹,

¹Орловский государственный университет имени И.С.Тургенева,

адрес: Россия, г. Орёл, ул. Комсомольская, 95

²Краснозороенская Центральная районная больница,

адрес: Россия, Орловская область, посёлок Красная Заря, ул. Ленина, 5

³Поликлиника №1, адрес: Россия, Орёл, ул. Московская, 27

Аннотация. Введение. Инородные тела, непреднамеренно оставленные в брюшной

Поступила
в редакцию
04.05.2024

полости при проведении операций, представляют актуальную проблему в хирургии и как осложнение хирургических вмешательств являются относительно редким осложнением.

Описание клинического случая. В статье описано клиническое наблюдение

Поступила
после
рецензирования
18.06.2024

госсипибомы брюшной полости по материалам хирургического отделения Краснозороенской ЦРБ Орловской области. Больной М. 27 лет предъявлял жалобы на боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38 градусов. При осмотре в правой подвздошной области пальпируется плотный инфильтрат размером с кулак, малоподвижный. Другие отделы живота на момент осмотра были спокойные. При сборе анамнеза отмечено, что за один месяц до обращения он был оперирован в другом районе по поводу деструктивного аппендицита. Проведено обследование, назначена дезинтоксикационная, антибактериальная терапии. В результате оценки данных лабораторных исследований и клинической картины было принято решение о выполнении оперативного вмешательства. Произведен разрез в правой подвздошной области по аппендикулярному рубцу. В брюшной полости выявлено незначительное количество серозного выпота. В полости малого таза пальпировался плотный инфильтрат. При проведении его ревизии вскрылся гнойник, в полости которого был обнаружен край марлевой салфетки. Осушена полость тампоном и корнцангом вместе с введенной в полость салфеткой удален оставленный тампон в полости гнойника. Туалет полости, ревизия, данных за острую кишечную непроходимость нет, кишечник спокойный.

Принята
к публикации
20.07.2024

Заключение. Послеоперационный период протекал без осложнений. После извлечения дренажа, больной выписан из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии для амбулаторного наблюдения и лечения по месту жительства.

Ключевые слова: госсипибома, текстилома, брюшная полость, клиническое наблюдение, хирургические вмешательства, осложнения.



Для цит Графов А. К., Шевердин Н. Н., Халилов М. А., Мошкин А. С., Бочкарев А. Б., Новиков М. С., Лаврова Е. А., Смагина Т. В., Ступин А. С. Госсипибома брюшной полости // Инновации в медицине и фармации. 2024. Т. 1. №1. С. 19-25. EDN XTFSZQ

© Графов А. К., Шевердин Н. Н., Халилов М. А., Мошкин А. С., Бочкарев А. Б., Новиков М. С., Лаврова Е. А., Смагина Т. В., Ступин А. С. 2024

GOSSYPIBOMA OF THE ABDOMINAL CAVITY

A. K. Grafov², N. N. Sheverdin¹, M. A. Khalilov¹, A. S. Moshkin¹, A. B. Bochkarev¹, M. S. Novikov¹,
E. A. Lavrova¹, T. V. Smagina¹, A. S. Stupin¹

¹Orel State University named after I.S. Turgenev,
address: 95, Komsomolskaya, Orel, Russia.

²Krasnozorenskaya Central District Hospital,
address: 5 Lenina Street, Krasnaya Zarya Village, Oryol Region, Russia
³Polyclinic No. 1, address: 27 Moskovskaya Street, Oryol, Russia

Received
04.05.2024

Revised
18.06.2024

Accepted
20.07.2024

Annotation.Introduction. Foreign bodies inadvertently left in the abdominal cavity during surgery are a relevant problem in surgery and are relatively rare complications of surgical interventions.

Case description. The article describes the clinical observation of gossypiboma of the abdominal cavity based on the materials of the surgical department of the Krasnozorenskaya CRH of the Oryol region. Patient M., aged 27, complained of pain in the right iliac region, fever up to 38 degrees. Upon examination, a dense infiltrate the size of a fist, sedentary, is palpated in the right iliac region. Other parts of the abdomen were calm at the time of examination. When collecting the medical history, it was noted that one month before the treatment, he was operated on in another area for destructive appendicitis. An examination was conducted, detoxification and antibacterial therapy were prescribed. As a result of the evaluation of laboratory research data and the clinical picture, it was decided to perform surgery. An incision was made in the right iliac region along the appendicular scar. A small amount of serous effusion was detected in the abdominal cavity. A dense infiltration was palpated in the pelvic cavity. During its revision, an abscess was opened, in the cavity of which the edge of a gauze napkin was found. The cavity was drained with a swab and a root rod, along with a napkin inserted into the cavity, the left swab in the cavity of the abscess was removed. Toilet cavities, revision, there is no data for acute intestinal obstruction, the intestines are calm.

Conclusion. The abscess cavity was drained with a rubber strip and a PVC tube. The surgical wound was sutured in layers and an aseptic bandage was applied. The postoperative period was uneventful. After the drainage was removed, the patient was discharged from the surgical department in a satisfactory condition for outpatient observation and treatment at the place of residence.

Keywords: gossypiboma, textile, abdominal cavity, clinical observation, surgical interventions, complications.



For citations: Grafov A. K., Sheverdin N. N., Khalilov M. A., Moshkin A. S., Bochkarev A. B., Novikov M. S., Lavrova E. A., Smagina T. V., Stupin A. S. Gossypiboma of the abdominal cavity. Innovations in medicine and pharmacy. 2024; 1 (1):19-25. EDN XTFSZQ

© Grafov A. K., Sheverdin N. N., Khalilov M. A., Moshkin A. S., Bochkarev A. B., Novikov M. S.,
Lavrova E. A., Smagina T. V., Stupin A. S. 2024

Введение

Инородные тела, непреднамеренно оставленные в брюшной полости при проведении операций, представляют актуальную проблему в хирургии и как осложнения хирургических вмешательств являются относительно редким осложнением [1,2, 4, 6-8].

По имеющимся научным работам среди оставленных предметов чаще всего встречаются марлевые салфетки, так называемые госсипибомы - от 52 до 72,6%, реже - инструменты - 43%. Реальные величины выявления данной патологии не подлежат полноценному анализу по литературным источникам. В большинстве случаев инородные тела бывают обнаружены в полостях тела (45,0–65,9%). В брюшной полости описывают от 46,2% до 59,3% случаев. В плевральной полости инородные тела определяются до 6,2%, а в полости перикарда всего до 0,4%. В мягких тканях инородные тела определяются с частотой до 17,7%, а также встречается внутриорганный положение госсипибом в 16,3% [1-5, 10].

Госсипибома, или текстилома – включают в себя осложнение оперативных вмешательств в связи с наличием не извлеченных из тела предметов (салфетки, тупферы и прочие). Термин "Госсипибома" состоит из латинского слова *gossypium* (хлопок) и слова из языка суахили *boma* (место, где что-то спрятано), по другим данным - греческого "ома" - частицы, обозначающей опухоль. Данные осложнения весьма редки, но зачастую связаны с деонтологически сложными вопросами в отношениях между лечащим врачом и пациентом. Госсипибомы могут служить основанием для возбуждения судебно-медицинских процессов. При выполнении оперативных вмешательств у ранее оперированных пациентов – вопрос дифференциальной диагностики природы послеоперационных изменений с госсипибомами периодически оказывается крайне актуальным. Тканевые и марлевые объекты составляют до 2/3 инородных тел, извлеченных после оперативных вмешательств. Их размер, занимаемый объем, структура и консолидация с окружающими тканями подвержены значительной изменчивости. Такие предметы могут иметь как весьма скромный размер от фрагмента марли или тампона, до весьма массивных ветошей и полотенец. Безусловно, что во время оперативного вмешательства ни один из участников операционной бригады не желает оставления инородных предметов в теле пациента. Такие случаи могут возникать в результате усталости, беспечности, невнимательности персонала. Тканевые объекты, пропитанные кровью, весьма сложно бывает отличить от окружающих тканей, они могут скрываться от взора в полостях тела и слепых раневых каналах. Подобные случаи описаны в нейрохирургии, гинекологии, при выполнении ортопедических, сосудистых операций, при вмешательствах на шее, брюшной и грудной полостях. По объективным причинам именно абдоминальная хирургия преобладает при описании подобных осложнений. Связано это с объемами и разнообразием оперативных вмешательств, в сочетании со значительным объемом свободного пространства, множеством каналов и карманов, требующих внимательной ревизии. Кроме этого, описаны примеры госсипибом после выполнения лапароскопических операций. Следует отметить, что непреднамеренно оставленные при проведении хирургических манипуляций инородные тела негативно сказываются на здоровье пациента. Они могут стать причиной развития серьезных осложнений, таких как: тромбоз легочной артерии, тромбоз мезентериальных и подвздошных сосудов, сепсис, перитонит, абсцессы, кишечная непроходимость, приводящим часто к летальному исходу.

Диагностика. В 75–80% случаев диагностика госсипибом имеет определенные трудности. Это обусловлено тем, что симптомы ее неспецифичны и возможно их проявление спустя несколько месяцев и даже лет после успешно выполненного оперативного лечения. Дифференциальная диагностика госсипибом проводится с объемными образованиями в брюшной полости и области малого таза. Характерно в анамнезе упоминание оперативного лечения. Довольно часто при этом встречаются случаи сложного течения раннего послеоперационного периода с болезненностью раны, вялым заживлением, длительным периодом сохраняющихся выделений из раны, различного характера. Зачастую боли не имеют конкретной локализации, сопровождаются гипертермией, снижением аппетита (вплоть до анорексии), апатией, слабостью, тошнотой и рвотой. При проведении объективного осмотра пальпаторно может определяться болезненное образование в области оперативного вмешательства [3, 4, 7, 11].

Лечение. Госсипибому удаляют лапароскопическим или открытым способом. Причем последний в данном случае более целесообразен. Такая необходимость обусловлена

выраженным спаечным процессом связанным с предыдущим оперативным вмешательством. Лечение подобных пациентов возможно только при выполнении полноценной ревизии брюшной полости, что выполнимо только при открытой лапаратомии. Эндоскопические методы допустимы в случаях госсипиом, представленных салфетками, способными мигрировать в полостях тела. С учетом современных диагностических возможностей применение диагностической лапаратомии теряет свою актуальность и становится редким вмешательством при исключении инородного тела в организме пациента. Накоплены сведения, что инкапсулированные госсипиомы способны довольно длительное время присутствовать в организме человека, без развития клинически значимых осложнений. Ряд авторов указывают на случаи диагностики бессимптомных инородных тел, сформированных из фрагментов текстильных материалов. Чаще всего такие образования имеют сравнительно малые размеры. Такие образования могут быть случайно диагностированы при проведении оперативных вмешательств, связанных с сопутствующими заболеваниями. В любом случае хирургическое инородного тела должно выполняться после представления полной информации пациенту о причине предлагаемой операции и возможных осложнениях в случае ее проведения [2, 4, 5, 8].

Описание клинического случая

Больной М. 27 лет предъявлял жалобы на боли в правой подвздошной области, повышение температуры до 38 градусов. При осмотре в правой подвздошной области пальпируется плотный инфильтрат размером с кулак, малоподвижный. Другие отделы живота на момент осмотра были спокойные. При сборе анамнеза отмечено, что за один месяц до обращения он был оперирован в другом районе по поводу деструктивного аппендицита. Проведено обследование, назначена дезинтоксикационная, антибактериальная терапии. В результате оценки данных лабораторных исследований и клинической картины было принято решение о выполнении оперативного вмешательства. Произведен разрез в правой подвздошной области по аппендикулярному рубцу. В брюшной полости выявлено незначительное количество серозного выпота. В полости малого таза пальпировался плотный инфильтрат. При проведении его ревизии вскрылся гнойник, в полости которого был обнаружен край марлевой салфетки. Осушена полость тампоном и корнцангом вместе с введенной в полость салфеткой удален оставленный тампон в полости гнойника. Туалет полости, ревизия, данных за острую кишечную непроходимость нет, кишечник спокойный. Произведено дренирование полости гнойника резиновой полоской, полихлорвиниловой трубкой. Выполнено послойное ушивание операционной раны и наложение асептической повязки. Послеоперационный период протекал без осложнений. После извлечения дренажа, больной выписан из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного наблюдения и лечения по месту жительства.

Обсуждение

Хирургическое лечение данного больного обусловлено оставленной в брюшной полости салфеткой после аппендэктомии. Как уже указывалось ранее, возможны два способа удаления госсипиомы - лапароскопическим или открытым. Описанный нами случай демонстрирует результаты успешного использования открытого оперативного вмешательства, в связи с выраженностью спаечного процесса, связанного с предшествующей операцией., в результате врач не смог бы в полной мере обеспечить ревизию операционного поля.

Заключение

Представленное нами описание клинического случая демонстрирует своеобразную клиническую картину, ассоциированную с госсипиомой брюшной полости и то, что данное осложнение должно обязательно учитываться хирургами при проведении оперативных вмешательств.

Информированное согласие

От пациента получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию описания клинического случая (дата подписания 23.07.2018).

От пациента получено письменное добровольное информированное согласие на публикацию результатов его обследования и лечения (дата подписания 23.07.2018).

Список литературы

1. Гостищев В.К. Клиническая оперативная гнойная хирургия: Руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 448 с.
2. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. Абдоминальная хирургия: Национальное руководство. Краткое издание. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 912 с.
3. Рязанцев А.А., Юдин А.Л., Юматова Е.А. Визуализация текстильных ятрогенных инородных тел живота и таза при лучевой диагностике// Медицинская визуализация. 2019. №4. С.100-113.
4. Сергеев А.В., Катрич А.Н. Клинический случай диагностики текстильного инородного тела желудочно-кишечного тракта// Инновационная медицина Кубани. 2019. Т.4. №16. С. 62-65.
5. Ясногородский О.О., Пинчук Т.П., Качикин А.С. и др. Госсипибома брюшной полости// Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2016. № 5 С. 91-94.
6. Karakaya M.A., Koz O., Ekiz F., Ağazhan A.F. Approach of forensic medicine to gossypiboma// Ulus Cerrahi Derg. 2015. Vol. 31, no 2. P.78–80.
7. Kulsoom Fatima. Intraabdominal Gossypibomas with variable CT appearance: A case report// Journal of the Pakistan Medical Association. 2019. Vol. 69, no 1. P.123-126.
8. Lincourt A.E et al. Retained Foreign Bodies After Surgery// J Surg Res. 2007. Vol. 138 no 2. P.170-4.
9. Manzella A., Filho P.B., Albuquerque E., et al. Imaging of Gossypibomas: Pictorial Review// AJR. 2009. Vol. 193, no 6. P. 94–101.
10. Whang G., Mogel G.T., Tsai J. et al. Left Behind: Unintentionally Retained Surgically Placed Foreign Bodies and How to Reduce Their Incidence–Pictorial Review// AJR. 2009. Vol. 193, no 6. P.79–89.
11. Yang T.W., Yu Y.C., Lin Y.Y. et al. Diagnostic performance of conventional x-ray for detecting foreign bodies in the upper digestive tract: A systematic review and diagnostic meta-analysis// Diagnostics. 2021. Vol. 11, no 5. 790 p.

References:

1. Gostischev V.K. Clinical operative purulent surgery: Manual. M.: GEOTAR-Media; 2016. 448 p. (In Russ.).
2. Zatevakhin I.I., Kiriyenko A.I., Kubyshkin V.A. Abdominal surgery: National guidelines. Short edition. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. 912 p. (In Russ.).
3. Ryazantsev A.A., Yudin A.L., Yumatova E.A. Visualization of textile iatrogenic foreign bodies of the abdomen and pelvis during radiation diagnosis. Medical imaging. 2019; 100-113. (In Russ.).
4. Sergeev A.V., Katrich A.N. A clinical case of diagnosis of a textile foreign body of the gastrointestinal tract. Innovative medicine of Kuban. 2019; (4) : 62-65 (In Russ.).
5. Yasnogorodsky O.O., Pinchuk T.P., Kachikin A.S. and others. Gossypiboma of the abdominal cavity. Surgery. The magazine named after N.I. Pirogov. 2016; 5: 91-94 (In Russ.).
6. Karakaya M.A., Ko z O., Ekiz F., Ağa z han A.F. Approach of forensic medicine to gossypiboma. Ulus Cerrahi Derg. 2015; 31(2): 78-80.
7. Kulsoom Fatima. Intraabdominal Gossypibomas with variable CT appearance: A case report. J. Pak Med. Assoc. 2019; 69 (1):123-126.
8. Lincourt AE et al. Retained Foreign Bodies After Surgery. J Surg Res. 2007; 138 (2): 170-4.
9. Manzella A., Filho P.B., Albuquerque E., et al. Imaging of Gossypibomas: Pictorial Review. AJR. 2009; 193 (6): 94–101.
10. Whang G., Mogel G.T., Tsai J. et al. Left Behind: Unintentionally Retained Surgically Placed Foreign Bodies and How to Reduce Their Incidence–Pictorial Review. AJR. 2009; 193 (6): 79–89.
11. Yang T.W., Yu Y.C., Lin Y.Y. et al. Diagnostic performance of conventional x-ray for detecting foreign bodies in the upper digestive tract: A systematic review and diagnostic meta-analysis. Diagnostics. 2021; 11 (5): 790.

Сведения об авторах

Графов Александр Кимович, доктор медицинских наук, профессор, врач-хирург высшей квалификационной категории, Краснозороенская центральная районная больница, a.grafov@list.ru

Шевердин Николай Николаевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф, Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, nsheverdin81@mail.ru

Халилов Максуд Абдуразакович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф, Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

Мошкин Андрей Сергеевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф, Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

Бочкарев Алексей Борисович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф, Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

Новиков Максим Сергеевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф, Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

Лаврова Елена Александровна, заместитель главного врача по организационно-методической работе, врач-терапевт, Поликлиника №1 г. Орёл, le-85-le@mail.ru.

Смагина Татьяна Валентиновна, кандидат биологических наук, доцент кафедры анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф, Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

Ступин Алексей Сергеевич, старший преподаватель кафедры анатомии, оперативной хирургии и медицины катастроф, Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

About the authors:

Alexander Kimovich Grafov, MD, Professor, surgeon of the highest qualification category, Krasnozorenskaya Central District Hospital, a.grafov@list.ru

Nikolay Nikolaevich Sheverdin, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Anatomy, Operative Surgery and Disaster Medicine, I. S. Turgenev Orel State University, nsheverdin81@mail.ru

Khalilov Maksud Abdurazakovich, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Anatomy, Operative Surgery and Disaster Medicine, I. S. Turgenev Orel State University, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

Moshkin Andrey Sergeevich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Anatomy, Operative Surgery, and Disaster Medicine, Orel State University named after I. S. Turgenev, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

Bochkarev Alexey Borisovich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Anatomy, Operative Surgery, and Disaster Medicine, Orel State University named after I. S. Turgenev, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

Novikov Maxim Sergeevich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Anatomy, Operative Surgery, and Disaster Medicine, Orel State University named after I. S. Turgenev, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

Lavrova Elena Aleksandrovna, Deputy Chief Physician for Organizational and methodological work, General Practitioner, Polyclinic No. 1 The eagle, le-85-le@mail.ru .

Smagina Tatiana Valentinovna, Candidate of Biological Sciences, Associate Professor of the Department of Anatomy, Operative Surgery and Disaster Medicine, I. S. Turgenev Orel State University, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

Stupin Alexey Sergeevich, Senior Lecturer at the Department of Anatomy, Operative Surgery, and Disaster Medicine, Turgenev Orel State University, kafanatomiiMIOGU@yandex.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflict of interest.

Получено подписанное законным представителем пациента информированное согласие на использование его медицинских данных (результатов обследования, лечения и наблюдения) в

научных целях 15.08.2023.

Вклад авторов: все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и написание статьи, Все авторы – утвердили окончательный вариант статьи, несут ответственность за целостность всех частей статьи.

Authors' contribution: all authors made an equal contribution to the research and writing of the article. All authors - approval of the final version of the article, responsibility for the integrity of all parts of the article.

© Grafov A. K., Sheverdin N. N., Khalilov M. A., Moshkin A. S., Bochkarev A. B., Novikov M. S.,
Lavrova E. A., Smagina T. V., Stupin A. S. 2024



Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons NonCommercial license <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>