

ШВЕЙНАЯ ИГЛА КАК ИНОРОДНОЕ ТЕЛО БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЙ КЕЙС СЛУЧАЙНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ НАХОДКИ

SEWING NEEDLE AS A FOREIGN BODY OF THE ABDOMINAL CAVITY: A CLINICAL CASE OF A RANDOM DIAGNOSTIC FINDING

■ ■ **Мяконький Роман Викторович**

■ **Каплунов Кирилл Олегович**
Кандидат медицинских наук

■ **Краюшкин Сергей Иванович**
Доктор медицинских наук

■ **Иванченко Сергей Владимирович**

■ **Макарова Анастасия Руслановна**

■ Волгоградская областная клиническая
больница №3

■ Волгоградский государственный
медицинский университет

■ ■ **Myakonky Roman Viktorovich**

■ **Kaplunov Kirill Olegovich**
Candidate of Medical Sciences

■ **Krayushkin Sergey Ivanovich**
Doctor of Medical Sciences

■ **Ivanchenko Sergey Vladimirovich**

■ **Makarova Anastasia Ruslanovna**

■ Volgograd Regional Clinical Hospital №. 3

■ Volgograd State Medical University

E-mail: kkaplunovtmss@yandex.ru

Резюме

В статье представлен клинический кейс случайной находки инородного тела брюшной полости у женщины 42 лет, которым оказалась швейная игла. Проникновение иглы стало результатом случайной производственной травмы, вследствие которой указанный предмет проколол переднюю брюшную стенку, мигрировал в брюшную полость, не повредив жизненно важные органы. Был фиксирован большим сальником с последующим нахождением в брюшной полости на протяжении 19 лет.

Анализ данных медицинской литературы и собственного опыта позволил заключить, что приводимый клинический случай относится к достаточно редкой urgentной патологии, относительно нетрудной для дооперационной диагностики, но крайне сложной для выбора лечебной оперативной тактики.

Ретроспективный анализ кейса и полученный лечебно-тактический опыт позволяют предложить своеобразный алгоритм построения диагностической и лечебной программы при выявлении инородного тела в брюшной полости.

Ключевые слова: инородное тело брюшной полости, urgentная абдоминальная хирургия.

The article presents a clinical case of the accidental discovery of a foreign body of the abdominal cavity in a 42-year-old woman who turned out to be a sewing needle. The penetration of the needle was the result of an accidental occupational injury, as a result of which, the specified object of punctures of the anterior abdominal wall migrated into the abdominal cavity without damaging vital organs, was fixed with a large omentum, followed by being in the abdominal cavity for 19 years. The analysis of medical literature data and our own experience allowed us to conclude that the cited clinical case refers to a rather rare urgent pathology, relatively easy for preoperative diagnosis, but extremely difficult for the choice of therapeutic operative tactics. A retrospective analysis of the case and the obtained therapeutic and tactical experience allow us to propose a kind of algorithm for constructing a diagnostic and therapeutic program for detecting a foreign body in the abdominal cavity.

Key words: foreign body of the abdominal cavity, urgent abdominal surgery.

Библиографическая ссылка на статью

Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Краюшкин С.И., Иванченко С.В., Макарова А.Р. Швейная игла как инородное тело брюшной полости: клинический кейс случайной диагностической находки// Innova. - 2023. -Т. 9 № 3. - С.67-73.

References to the article

Myakonky R.V., Kaplunov K.O., Krayushkin S.I., Ivanchenko S.V., Makarova A.R. Sewing needle as a foreign body of the abdominal cavity: a clinical case of a random diagnostic finding // Innova. - 2023. - V. 9 No. 2. - P.67-73.

Инородные тела брюшной полости относятся к ургентной хирургической патологии, при этом принципиальное значение имеет материал, из которого состоит инородное тело, а также форма предмета. Наибольшую опасность представляют объемные инородные тела, которые способны вызвать развитие кишечной непроходимости или острые предметы, несущие угрозы повреждения внутренних органов. Ведущим путем попадания инородных тел в организм является пероральный – случайное проглатывание различных предметов, нередкая ситуация в экстренной хирургической практике. Ежегодно множество инородных тел попадают в просвет желудочно-кишечного тракта, большинство из них, не претерпевая или претерпевая изменения, транзитом проходят через желудок и кишечник и, в составе каловой матрицы, способны элиминироваться естественным путем. Из-за относительной редкости рассматриваемой патологии не удастся привести достоверной статистики, касающейся распространенности инородных тел брюшной полости. Однако есть возможность выделить своеобразный рейтинг наиболее часто проглатываемых предметов у взрослых, среди них: иглы, гвозди, булавки, зубочистки, кости животных и рыб – их регистрируют в 70-90% случаев обращений за медицинской помощью [1, 2].

Для благополучного исхода определяющим является форма и размер инородного тела, позволяющие осуществить его транзит по пищеварительному тракту. В противном случае происходит фиксация инородного тела, что ставит перед врачом задачу по его извлечению, при этом в ряде случаев ее решение является непростой клинико-тактической задачей.

Группу перманентно опасных инородных тел составляют острые металлические предметы, не склонные к свободному перемещению, способные случайно вызывать повреждение внутренних органов, что сопровождается различного рода состояниями и осложнениями, вплоть до летального исхода.

Цель работы. На примере клинического кейса из личной практики продемонстрировать тактико-диагностические особенности ведения пациента с рассматриваемой ургентной

патологией, показать сложности, с которыми может столкнуться врач при планировании, как диагностической, так и лечебной программы. Авторами предпринята попытка предложить наиболее оптимальный алгоритм действий при оказании медицинской помощи пациентам с инородным телом брюшной полости.

Материалы и методы.

Проанализирована первичная медицинская документация пациентки с инородным телом брюшной полости, которым оказалась швейная игла, находившаяся в животе в течение девятнадцатилетнего периода, описаны примененные диагностические шаги и лечебная тактика, клинический случай закончился выздоровлением пациентки.

Результаты и обсуждение. Пациентка Р., 42 лет, по экстренным показаниям была доставлена каретой скорой медицинской помощи (КСМП) в приемное отделение ГБУЗ ВОКБ №3 с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение.

Физикальные данные на момент поступления: общее состояние средней степени тяжести за счет явления интоксикации. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована. Личную гигиену не соблюдает, указывает на систематическое употребление суррогатов алкоголя. Температура тела 36,6 С⁰. Кожа и видимые слизистые бледные. В легких дыхание слева везикулярное по всем легочным полям, справа жесткое в нижних отделах, хрипов нет. ЧД 18 в мин., сатурация 96%. АД 150/90 мм.рт.ст. Сердечные тоны ясные, ритмичные, умеренная тахикардия до 100-110 ударов в минуту, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Периферических отеков нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот симметричный, не вздут, равномерно участвует в дыхании, безболезненный во всех отделах, грыж не выявлено. Перистальтика активная, не усилена. Печень +2 см выступает ниже края правой реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Склонности к констипации не отмечено. Дефекация накануне, кал оформлен, коричневого цвета, без патологических примесей. Газы отходят. Мочеиспускание самостоятельное, дизурии нет.

При осмотре per rectum ампула прямой кишки пустая, на длину пальца патологических образований не выявлено, на перчатке следы кала коричневого цвета, данных за мелену нет.

С учетом направительного диагноза в условиях приемного отделения выполнена постановка назогастрального зонда, произведено отмывание желудка, геморрагического отделяемого в промывных водах не обнаружено. Выполнена ЭГДС: Пищевод свободно проходим, слизистая розовая, гладкая. Кардия смыкается на 41 см от резцов. В просвете желудка до 50 мл пенистого содержимого, слизистая очагово гиперемирована в антральном отделе, без дефектов. Привратник округлой формы, проходим свободно, рефлюкса желчи нет. Двенадцатиперстная кишка не деформирована, слизистая бледно-розовая. При осмотре

торцевым эндоскопом большой дуоденальный сосочек не визуализируется. Продольная складка не изменена. Заключение: Эндоскопические признаки поверхностного гастрита. Данных за желудочно-кишечное кровотечение не выявлено.

Согласно принятому в ГБУЗ ВОКБ №3 диагностическому алгоритму для пациентов хирургического профиля, поступающих по экстренным показаниям, проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование: рентгенография органов грудной клетки, обзорная рентгенография брюшной полости, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ЭКГ.

Результаты входного обследования представлены в таблице.

Таблица 1. Результаты входного обследования.

№ п/п	Название исследования	Полученный результат
1	ИФА АГ/АТ Н1V	отрицательно
2	Маркеры вирусных гепатитов В и С	отрицательно
3	СЭМ	отрицательно
4	Группа крови и резус фактор	О (I) положительная
5	Сахар крови	6,76 ммоль/л
6	ОАК	Эр. – $3,2 \times 10^{12/л}$, Hb - 112 г/л, гематокрит – 29,3%, ЦП — 0,92, Тр. – $58 \times 10^9/л$, Лейк. – $8,3 \times 10^9/л$, б-0%, э-0%, п-17%, с-64%, л-14%, м-5%, СОЭ — 37 мм/ч, токсическая зернистость нейтрофилов - 1
7	Коагулограмма	протромбиновое время – 15 с., протромбиновый индекс — 93%, МНО — 1,07, фибриноген – 5,04 г/л, АЧТВ – 31,4 с.
8	Печеночные пробы	общий билирубин — 17,0 мкмоль/л, АлАт — 22,3 Е/л, АсАт — 31,2 Е/л, ЩФ — 96,4 Е/л
9	а-амилаза	51,8 Е/л
10	Мочевина	10,5 ммоль/л
11	Креатинин	87,5 мкмоль/л
12	Общий белок	59,8 г/л
13	Альбумины	39,6 г/л
14	СРБ	311,7 мг/л
15	Прокальцитонин	2,1 нг/мл
16	Электролиты крови	калий — 3,01 ммоль/л, кальций — 2,11 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л
17	Общий холестерин	2,93 ммоль/л
18	ОАМ	солом., прозр., уд.вес — 1010, кисл., сахар — 0, белок — 0 г/л, кетоны — 0 ммоль/л, лейкоц. - 2-4 в п/зр., эритроц. - 0-2 в п/зр., эпителий.пл. - 2-5 в п/зр.
20	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости	Увеличение правой доли печени. Диффузные изменения в паренхиме печени. Диффузные изменения в паренхиме поджелудочной железы. Увеличение размеров желчного пузыря. Утолщение стенки желчного пузыря. Наличие густой фракции желчи.

21	Рентгенография органов грудной клетки	Правосторонняя среднедолевая сегментарная пневмония
22	Обзорная рентгенография брюшной полости	Выраженная пневматизация петель кишечника в левой половине брюшной полости, на фоне которых в нижнем отделе определяется металлическая тень (игла?) размерами 45x1 мм (вероятно, в тонкой кишке). Свободного газа в брюшной полости не выявлено
24	ЭКГ	Синусовая тахикардия, ЧСС 99-101 уд/мин. ЭОС нормальная. Диффузные изменения миокарда



Рисунок 1. Обзорная рентгенография брюшной полости

Результаты обследования позволили выявить наличие синдрома системной воспалительной реакции, признаки коагулопатии и алиментарной недостаточности, почечную дисфункцию. Интоксикационный синдром был связан с наличием внебольничной правосторонней пневмонии, белковые, электролитные и гемические нарушения могли иметь токсико-алиментарную природу (хроническая алкогольная интоксикация, употребление суррогатов алкоголя, неполноценное и нерегулярное питание).

Больная осмотрена терапевтом, выставлен диагноз: Внебольничная правосторонняя среднедолевая сегментарная пневмония. ДН 0. Гипертоническая болезнь II стадии, неконтролируемая артериальная гипертензия, риск 4 (очень высокий). Хронический бронхит, обострение.

Рекомендована антибиотикотерапия, гипотензивные препараты.

Несмотря на наличие сочетанной терапевтической патологии, показаниями к госпитализации в хирургическое отделение стала случайная находка – инородное тело в брюшной полости.

В экстренном порядке больная оперирована. Из протокола операции: «Под эндотрахеальным наркозом после обработки операционного поля штатным антисептиком выполнена нижнесрединная лапаротомия длиной 14 см, послойно вскрыта брюшная полость, выпота нет. Произведена визуальная и пальпаторная ревизия брюшной полости, тонкой и толстой кишки, большого сальника (сальник истончен, уменьшен в размерах – нутритивная недостаточность алиментарного характера). В результате проведенного осмотра и пальпации

указанных органов повреждений серозной оболочки и инородного тела не выявлено. С целью навигации и топографического поиска выполнена интраоперационная рентгенография живота, выявлено инородное тело прежней формы и размеров, сместившееся и располагающееся в проекции 4 поясничного позвонка. При повторной пальпаторной ревизии большого сальника на 3 см дистальнее противобрыжеечного края поперечно-ободочной кишки в центральной части выявлено поперечно

расположенное интимно «вросшее» в толщу сальника инородное тело — стержень металлической плотности с отсутствием перифокальных изменений. Сальник рассечен в бессосудистой зоне, инородное тело иссечено, удалено. Дефект в сальнике ушит узловыми швами. Контроль на гемостаз — сухо. Послойное ушивание раны. Макропрепарат — металлический стержень размерами 45х1 мм с признаками коррозии, интимно «укутанный» сальником».



Рисунок 2. Интраоперационная рентгенография живота



Рисунок 3. Интраоперационный вид после рентгенологической навигации



Рисунок 4. Макропрепарат - извлеченное ИТ (швейная игла)

В послеоперационном периоде пациентка смогла уточнить, что приблизительно в 2004 году, работая на швейной фабрике, могла получить производственную травмы (попадание иглы в брюшную стенку), которой не придавала должного значения. Таким образом, игла проникла в брюшную полость, попав в большой сальник. Учитывая продолжительное нахождение инородного тела в сальнике, который с учетом социально-бытового поведения больной (хронический алкоголизм, нутритивная недостаточность алиментарного характера) уменьшился в размере, там самым еще более плотно фиксировал инородное тело. Вероятно, швейная игла была изготовлена из относительно индифферентного металла, что не привело к выраженной воспалительной реакции. Нельзя отрицать, что ранее имевшие место воспалительные явления претерпели обратное развитие. На момент настоящего обращения клиничко-лабораторно подтвержденные воспалительные явления, имевшие место у больной, были связаны с воспалительным процессом в правом легком, а инородное тело протекало бессимптомно и стало случайной находкой. Учитывая расположение инородного тела в нижнем этаже брюшной полости, в качестве оперативного доступа была применена нижнесрединная лапаротомия.

В современной хирургической практике инородное тело брюшной полости чаще всего сопряжено с пищеварительным трактом, при этом в качестве ведущего пути проникновения преобладает алиментарный. Попадание инородных тел в желудочно-кишечный тракт может носить как случайный, так и умышленный характер, при этом наличие анамнестических указаний в отношении инородного тела значительно облегчает постановку диагноза. Для

определения лечебной тактики необходимо выяснить сырьевые характеристики и форму инородного тела, а также провести инструментальную визуализацию и топографический поиск инородного тела. Стандартные методики инструментальной диагностики (УЗИ, рентгенография) далеко не всегда позволяют выявить инородное тело, наиболее чувствительным методом следует признать мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), однако она не всегда доступна в ургентной хирургии по организационным причинам. Пациенты с заподозренным или выявленным инородным телом желудочно-кишечного тракта или брюшной полости подлежат госпитализации в хирургическое отделение с целью полноценного обследования, наблюдения, а при необходимости – оперативного лечения.

В нашем случае выполнение МСКТ не было возможным по техническим причинам (отсутствие доступа к исследованию в вечернее время). Примененное рентгенологическое исследование позволило выявить инородное тело и осуществить интраоперационную навигацию, однако оно не дало возможности определить орган, в котором находится инородное тело. В случае своевременного использования МСКТ с определением точной локализации инородного тела было бы возможно проведение лапароскопического вмешательства, что уменьшило бы операционную травму и сократило период «хирургического» выздоровления.

Заключение. Приведенный клинический кейс позволяет зафиксировать редкость описанной ургентной хирургической патологии, а также продемонстрировать объективные трудности дооперационной диагностики как на

догоспитальном, так и госпитальном этапах, отметить субъективные факторы, напрямую влияющие на своевременность, качество и безопасность оказания помощи, вероятность развития как общих, так и местных послеоперационных осложнений при лечении коморбидных пациентов. Данные факторы напрямую влияют на прогноз казуистических кейсов в хирургической практике и, безусловно, требуют дальнейшего изучения и фиксации их в специализированной литературе.

Диагностическая программа обследования пациентов в ургентной хирургии должна включать как рутинные клинико-лабораторные и инструментальные методы из арсенала конкретной клиники, так и высоко чувствительные, в числе которых ведущее место занимает МСКТ.

Литература.

1. Давидов М.И., Субботин В.М., Никонова О.Е. Симптоматология инородных тел желудочно-кишечного тракта // Пермский

медицинский журнал. 2018. Т. XXXV. № 4. С. 20-25. DOI 10.17816/pmj35420-25

2. Мяконький Р.В., Каплунов К.О., Краюшкин С.И., и др. Кейс тонкокишечной перфорации с формированием межпетлевого инфильтрата, вызванной костью рыбы // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2022. № 6. С. 95-106.

3. Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г., Демко А.Е., и др. Современные возможности ранней диагностики и малоинвазивного хирургического лечения перфораций кишки инородным телом // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2019. Т. 11. № 1. С. 61-64. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201911161-64>.

4. Халидов О.Х., Фомин В.С., Гудков А.Н. и др. Случай из практики: перфорация тонкой кишки инородным телом, имитирующая острый панкреатит // Московский хирургический журнал. 2018. № 1(59) С. 23-27.