

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
Асоціація хірургів-гепатологів України
Асоціація кардіологів, судинних та серцевих хірургів м. Києва

ХІРУРГІЯ УКРАЇНИ

ХИРУРГИЯ УКРАИНЫ
SURGERY OF UKRAINE

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

3 (59) / 2016

Заснований у червні 2001 року

Виходить чотири рази на рік

Журнал внесено до Переліку наукових фахових видань України
Додаток 9 до наказу Міністерства освіти і науки України від 09.03.2016 р. № 241

Журнал зареєстровано в наукометричних системах
РІНЦ та Google Scholar

Журнал внесено до загальнодержавної бази даних «Україніка наукова»,
матеріали публікуються в УРЖ «Джерело»

Київ
ТОВ «ВІТ-А-ПОЛ»
2016

ЗМІСТ

CONTENTS

- 73** ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШКОВОЇ СТІНКИ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ НЕСПРОМОЖНОСТІ КИШКОВИХ ШВІВ
С. І. Рябий
- 78** НЕОПЛАЗІЇ, АСОЦІЙОВАНІ З ХВОРОБОЮ КРОНА: ЧАСТОТА, СПЕКТР, СТАТЕВО-ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ, СПОСОБИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ
Л. Ю. Лозинська
- 83** ПОРІВНЯННЯ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ТА ТРАДИЦІЙНОЇ ТАКТИКИ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЇ ПРИ СИНДРОМІ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ
В. Є. Івашенко, І. А. Калабуха
- 91** ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ ВИДІВ ПАРІЄТАЛЬНОЇ ПЛЕВРЕКТОМІЇ З ДЕКОРТИКАЦІЄЮ ЛЕГЕНІ ПРИ НЕСПЕЦИФІЧНОМУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗНОМУ УРАЖЕННІ
М. С. Опанасенко, С. М. Шалагай, Б. М. Конік, О. Е. Кшановський, В. Б. Бичковський, О. В. Терешкович
- 97** ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РАНЕВЫХ ПОЛИВИНИЛАЛКОГОЛЬНЫХ ПОВ'ЯЗОК ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
В. А. Бельний, Р. Н. Михайлуков, В. В. Негодуйко
- 103** ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ПЕНТОКСИФІЛІНОМ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕМІЖНОЇ КУЛЬГАВОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ
В. Г. Мішалов, Н. Ю. Літвінова, О. І. Кефелі-Яновська
- 110** ВПЛИВ ТРОМБОПРОФІЛАКТИКИ НИЗЬКОМОЛЕКУЛЯРНИМ ГЕПАРИНОМ — ЕНОКСАПАРИНОМ НАТРІЮ НА ГЕМОСТАЗ
О. С. Козіна, О. М. Клыгуненко
- ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ**
- 117** УСПІШНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТКИ З ІНТРАМУСКУЛЯРНОЮ МІКСОМОЮ СІДНИЧНОЇ ДІЛЯНКИ
Р. М. Козубович, О. І. Сопко, Р. В. Бондарєв, І. Л. Заря, М. О. Юр'єв, В. С. Панасюк, С. С. Крамаренко
- 121** ВИПАДОК ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТКИ З ПОСТІМПЛАНТАЦІЙНИМ ПОЛІАКРИЛАМІДНИМ СИНДРОМОМ
О. М. Петренко, С. В. Бадзюх, Б. Г. Безродний
- ОГЛЯДИ**
- 124** ГОССИПИБОМА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ
В. В. Крыжевский, Н. А. Мендель, Ю. В. Павлович
- ЮВІЛІЇ**
- 131** ЮРІЙ ВІЛЕНСЬКИЙ — ЛІТОПИСЕЦЬ УКРАЇНСЬКОЇ МЕДИЦИНИ
- ДО УВАГИ АВТОРІВ**
- 132** УМОВИ ПУБЛІКАЦІЇ В ЖУРНАЛІ «ХІРУРГІЯ УКРАЇНИ»
- INTESTINAL WALL MICROBIOCENOSIS CHANGES IN THE INTESTINAL SUTURES INCOMPETENCE CONDITIONS
S. I. Riabyi
- CROHN'S DISEASE-ASSOCIATED NEOPLASMS: FREQUENCY, SPECTRUM, GENDER AND AGE FEATURES OF OCCURRENCE, THE SURGICAL INTERVENTIONS TYPES
L. Yu. Lozynska
- COMPARE OF VIDEO-ASSISTED DIFFERENTIATED AND CONVENTIONAL THORACOSCOPIC TACTIC FOR PLEURAL EFFUSION SYNDROME
V. E. Ivashchenko, I. A. Kalabukha
- DIFFERENT PARIETAL PLEURECTOMY TYPES WITH THE LUNG DECORTICATION FOR NONSPECIFIC AND TUBERCULOSIS PATHOLOGY
M. S. Opanasenko, S. M. Shalagai, B. M. Konik, O. E. Kshanovskii, V. B. Bychkovskii, O. V. Tereshkovych
- EVALUATION OF MODERN POLYVINYL ALCOHOL BANDAGES FOR SOFT TISSUES GUNSHOT WOUNDS DRESSING
V. A. Belenky, R. M. Mikhaylusov, V. V. Negoduyko
- PENTOXIFYLLINE INFUSION THERAPY FOR INTERMITTENT CLAUDICATION TREATMENT IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2
V. G. Mishalov, N. Yu. Litvinova, O. I. Kefeli-Yanovska
- LOW-MOLECULAR-WEIGHT HEPARIN ENOXAPARIN SODIUM FOR THROMBOPROPHYLAXIS INFLUENCE ON HEMOSTASIS
O. S. Kozina, O. M. Klygunencko
- CASE FROM PRACTICE**
- SURGICAL TREATMENT OF THE GLUTEAL INTRAMUSCULAR MYXOMA
R. M. Kozubovich, O. I. Sopko, R. V. Bondarev, I. L. Zarya, M. O. Yuriev, V. S. Panasyuk, S. S. Kramarenko
- POST-IMPLANTATION POLYACRYLAMIDE SYNDROME: A CASE STUDY
O. M. Petrenko, S. V. Badzukh, B. G. Bezrodny
- REVIEWS**
- GOSSYPBOMA: MODERN VIEW ON THE PROBLEM
V. V. Kryzhevskii, M. A. Mendel, Yu. V. Pavlovich
- ANNIVERSARIES**
- YURI VILENSKY — CHRONICLER OF UKRAINIAN MEDICINE
- INFORMATION FOR AUTHORS**
- HOW TO SUBMIT AN ARTICLE IN THE JOURNAL SURGERY OF UKRAINE

УДК 617.55-089-06



В. В. Крыжевский, Н. А. Мендель, Ю. В. Павлович

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев

ГОССИПИБОМА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Проведен анализ литературных источников, посвященных госсипибоме (забытому в полостях или тканях хирургическому перевязочному марлевому материалу). Приведены данные о частоте встречаемости, патологических изменениях, факторах риска, клинических проявлениях, методах диагностики и лечения. Особое внимание уделено медико-правовым аспектам данного ятрогенного осложнения и организации его профилактики. Госсипибома должна всегда быть включена в дифференциальный диагностический алгоритм у пациентов, которые имели в анамнезе оперативные вмешательства и необъяснимую абдоминальную симптоматику. Случаи госсипибомы считаются классическим примером ятрогенных повреждений и свидетельствуют о нарушении стандартов оказания медицинской помощи.

■ **Ключевые слова:** госсипибома, забытое хирургическое инородное тело, осложнения.

Термин «госсипибома», производный от латинского слова «gossypium» (хлопок) и суахильского «boma» (место укрытия), обозначает забытый в полостях или тканях хирургический перевязочный марлевый материал (салфетки, шарики). Также в литературе можно встретить термин «текстилома», «муслинома». Впервые о госсипибоме упомянул Вилсон в 1884 г. [3, 7].

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Госсипибома — редкое осложнение, которое приводит к серьезным судебно-медицинским проблемам между пациентами и докторами и потому всегда должно учитываться в диагностическом поиске хирургом [37].

Хирургические марлевые предметы — наиболее часто забываемые инородные тела (2/3 от общей массы оставленных в полостях или тканях предметов). Их спектр — от маленьких тампонов до полотенца. Небольшого размера пропитанные кровью тампоны бывает тяжело отличить от тканей операционного поля, потому тампоны непреднамеренно могут быть оставлены в теле оперированного. Случаи госсипибомы встречаются в нейрохирургии, гинекологии, при выполнении ортопедических и сосудистых операций, при вмеша-

тельствах на шее, брюшной и грудной полости. Но лидирующие позиции занимает абдоминальная хирургия. Это обусловлено наличием большого пространства для потери тампонов в брюшной полости. Случаи госсипибомы встречаются также при лапароскопических интервенциях [18]. Частоту госсипибом оценивают от 0,15 до 0,2%. Большинство авторов приводят следующие данные: 1 случай на 100—3000 всех хирургических вмешательств и 1 случай на 1000—1500 интраабдоминальных операций [3, 8, 19, 20, 30]. Истинную частоту данного осложнения установить сложно, так как количество опубликованных или дошедших до суда случаев значительно меньше по причине скрытия их врачами, что отражается на достоверности статистических данных [16, 22, 26, 35]. Так, по данным М. И. Давидова [4], в отечественной литературе к 1995 г. опубликовано 817 случаев оставления инородных тел во время разных операций. Однако истинное количество подобных ошибок во много раз превышает число опубликованных в печати.

Частота госсипибомы в развитых странах ниже, чем в развивающихся, что обусловлено усовершенствованным операционным режимом и доступностью современных методов визуализа-

Мендель Микола Андрійович, к. мед. н., доцент кафедри загальної та невідкладної хірургії
E-mail: nickmendel@mail.ru

© В. В. Крыжевський, М. А. Мендель, Ю. В. Павлович, 2016

ции. Данное осложнение чаще встречается у женщин (63—63,7 % случаев), что может быть связано с высоким индексом массы тела, более глубоким тазом и с предыдущими гинекологическими операциями [36]. При этом 52 % случаев забытых марлевых предметов приходится на абдоминальную хирургию, 22 % — на гинекологические вмешательства, 10 % — на урологические и сосудистые операции, 6 % — на ортопедические/спинальные операции. Вопреки ожиданиям только 30 % случаев приходится на urgentную хирургию, а остальные — на плановые операции [37].

Учитывая то, что рассасывающиеся материалы (пена желатина (Gelfoam), окисленная целлюлоза (Surgicel, Oxycel), микрофибриллярный коллаген (Avitene) и др.) используются при кровотечениях в ране интраоперационно и оставляются умышленно с лечебной целью, к госсипибоме относят только те случаи, когда именно марлевые компоненты оставлены в полости [13].

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ГОССИПИБОМЕ

Хирургические тампоны сделаны из хлопка, который не стимулирует каких-либо биохимических реакций, исключая адгезию и формирование гранулем. Потому тампоны могут быть причиной асимптомного состояния на протяжении долгого времени [24]. Несмотря на то, что оставленный марлевый материал клинически может вести себя инертно, патологически он может приводить к двум типам реакции организма на инородное тело: 1) экссудативной реакции как ответу на бактериальную контаминацию, что вызывает формирование абсцессов, свищей и сепсиса и может проявляться в виде высокой или низкой кишечной непроходимости, свищей, эрозий, перфораций кишечных петель, спаечного процесса и даже гранулематозного перитонита [13], 2) асептической фиброзной реакции в виде спаек и инкапсуляции, что ведет к гранулемам или к псевдоопухолевым образованиям [32]. В последнем случае пациент остается бессимптомным в течение многих лет, пока не возникают жалобы на ухудшение самочувствия [31]. При этом госсипибоме может проявляться в виде псевдотуморозного, обструктивного или септического синдрома [33].

При гистопатологическом исследовании госсипибоме установлено, что их периферическая стенка покрыта заметным фибринозным налетом с гранулематозным воспалением с лимфоцитарной и гигантоклеточной инфильтрацией [24]. Госсипибомы, которые расплавляют висцеральный листок брюшины и проникают в просвет полого органа, могут проявляться признаками непроходимости, перфорации, образованием свищей в зависимости от места локализации инородного тела. Такая трансвисцеральная миграция обусловлена давлением на кишечную стенку фиброзных масс, что

ведет к ее некрозу с последующей инвазией в просвет кишки [27]. В ремоделирующей стадии в месте миграции образуется фиброзный рубец или свищ [32]. Это значительно отяжеляет состояние пациента и его последующее лечение. Такие случаи сопровождаются высокой летальностью.

КЛИНИКА

Поскольку симптомы госсипибомы обычно неспецифичны и могут проявляться через несколько лет после операции, имитируя добро- или злокачественные опухоли мягких тканей брюшной и тазовой полостей, установить диагноз часто бывает сложно. В анамнезе пациент указывает на наличие в прошлом оперативного вмешательства и предъявляет жалобы на неблагоприятное течение раннего послеоперационного периода (выделения из послеоперационной раны, отсроченное ее заживление) после первичного вмешательства, неопределенные периодические боли в животе, повышение температуры, снижение аппетита, анорексию, тошноту, рвоту [8, 32]. Физикальное обследование чаще всего неинформативно, однако в некоторых случаях можно выявить болезненность в конкретном участке, пальпируемое объемное образование.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Лабораторные данные чаще всего неспецифичны или могут быть в пределах нормы. При наличии воспалительного процесса выявляют умеренный лейкоцитоз [32].

Рентгенография является методом визуализации, который наиболее часто используют в послеоперационный период для выявления оставленных тампонов, салфеток, которые в большинстве случаев можно определить по наличию рентгеноконтрастных меток в их составе. В то же время в отечественной хирургической практике рентгеноконтрастные метки встречаются редко. Чувствительность метода при наличии меток превышает 90 %. Качество изображения рентгенограммы, полученной в операционной с помощью мобильного аппарата, технически ограничено, поэтому обработка полученных результатов может быть не всегда информативной. Находки при госсипибоме на обзорной рентгенографии могут быть разными. Чаще всего это рентгеноконтрастные неправильной формы линейные изображения с волнистыми краями, что связано с увеличением объема и плотности прилегающих тканей. В некоторых случаях наблюдаются аморфные рентгеноконтрастные изображения, что связано с наличием газа или вторичным присоединением газообразующих микроорганизмов [13].

Ультразвуковое исследование позволяет идентифицировать практически все виды госсипибомы, в том числе рентгенонегативные, но без информации об анатомических взаимоотношениях [5,

29]. Сонографические находки можно разделить на три типа: 1) линейная или дугообразная гиперэхогенная зона с четкими краями и интенсивной задней акустической тенью, затемняющей внутренние характеристики объекта; 2) четко определенная масса (кистозная/солидная), содержащая волнообразный внутренний эхосигнал с гипоэхогенным кольцом и интенсивной акустической тенью, вызываемой марлевым фрагментом и 3) неспецифическая структура с гипоэхогенными массами, которые бывает тяжело отличить от опухолей [33]. При доплеровском исследовании всегда отсутствует кровоток внутри массы [5, 31]. По мнению некоторых авторов, ультрасонография может быть отнесена к методу выбора для диагностики госсипибомы, так как она не сопряжена с радиологической нагрузкой, имеет высокую чувствительность (95—98 %) и может быть полезной в дифференциальной диагностике с другими послеоперационными осложнениями. Недостатками метода являются субъективизм, невозможность визуализировать инородные тела на большой глубине или в расположенных позади газосодержащих полых органах. Сонография может давать ложнопозитивные результаты в случае наличия рубца или кальцификации другой этиологии [15].

Компьютерная томография (КТ) — метод выбора для обнаружения госсипибомы и ее осложнений. Специфической находкой на КТ является неоднородная масса низкой плотности с внешней капсулой высокой плотности, которая еще больше подчеркивается при контрастном исследовании, а изображение имеет вид завихрения с пузырьками воздуха [32]. Тампоны выглядят как массы губчатого вида низкой плотности с вторично захваченными пузырьками газа из-за волокон салфетки. Застарелые образования могут проявляться кальцификацией стенок с усиленным окаймлением. Линейная плотность со специфическим «рисунком» может соответствовать оставленному полостенцу. Волнистые полосы с высокой плотностью зоны могут указывать на радиометки [18]. Также госсипибома может визуализироваться в виде кистозного образования с внутренней пористостью от теней пузырьков воздуха, с плотной капсулой и концентрическим расслоением [30]. Госсипибому не следует путать с жидкостным образованием, несмотря на возможность развития вторично абсцесса. Мультирезонансная КТ (МСКТ) позволяет преобразовывать изображения в разных плоскостях и создавать трехмерную реконструкцию, что облегчает диагностику [17].

При магнитно-резонансной томографии (МРТ) интенсивность сигнала может варьировать в зависимости от гистологической структуры, стадии, жидкостного компонента новообразования. Гипосигнал и гиперсигнал преобладают соответственно на T1-взвешенных и T2-взвешенных изображениях [13]. Забытые марлевые салфетки определяются

как гетерогенные массы в виде или полосатой/пятнистой структуры, или завитой внутри конфигурации с толстой четкой капсулой. Последняя представлена, как правило, слабоинтенсивным сигналом на всех доконтрастных снимках, и может давать усиление на снимках после введения контраста. Также выявляются: заполненная жидкостью центральная полость в четко очерченных массах как на T1-, так и на T2-взвешенных изображениях, при контрастном исследовании — умеренное усиление сигнала от толстой периферической стенки [24]. Завихренные полосы в центральной полости со слабоинтенсивным сигналом на T2-взвешенных изображениях часто четко видны и сходны с нитями салфетки. При контрастном усилении контур толстой капсулы выглядит зубчатым [24]. Таким образом, МРТ следует использовать только в тех случаях, когда другие более доступные методы визуализации не позволяют определить прямые или косвенные признаки, указывающие на госсипибому, или в тех случаях, когда эти методы оказались безрезультатными [13].

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз госсипибомы включает интраабдоминальные массы, такие как гематомы, абсцессы, опухолевые поражения и копролиты. Гематомы наблюдаются в ранний послеоперационный период и в целом подлежат прогрессивной резорбции на последующих стадиях. Абсцессы визуализируются как плотные массы с жидкостью с четкими контурами и усилением от капсульного компонента. В некоторых случаях в образованиях можно выявить газ с уровнем жидкости, что всегда характерно для абсцесса. Важно учитывать то, что развитие абсцесса может быть осложнением, связанным с наличием госсипибомы. Опухолевые поражения, имитирующие госсипибому, определяются как интраабдоминальная пальпируемая опухоль у бессимптомных пациентов или у пациентов с неспецифической абдоминальной симптоматикой, связанной с предыдущей абдоминальной операцией, и подтверждаются с помощью инструментальных методов и биопсии. Копролиты дают неровные, нечеткие контуры на КТ-, УЗД-изображениях, находятся внутри петли толстой кишки и не имеют капсулы. Также следует помнить о других состояниях, таких как послеоперационные спайки, инвагинация кишечника, мезентериальный панникулит и оставленный рассасывающийся гемостатический материал, которые могут быть сходны с госсипибомой [13, 25].

ЛЕЧЕНИЕ

Если госсипибома диагностирована, то она должна быть удалена. Операция является основным методом удаления, хотя некоторые авторы предлагают альтернативные методы, например, чрескожную экстракцию [32]. При асимптоматическом

течении госсипибомы или если ее выявление является случайной находкой, хирургическое удаление инородного тела проводят после информирования пациента о заболевании и его осложнениях. Удаление может быть выполнено с помощью лапароскопических или открытых методов, но чаще последние имеют преимущества, поскольку во многих ситуациях есть необходимость в широкой ревизии операционного поля и имеет место спасечный процесс после предыдущего вмешательства [2, 11, 18]. В случае миграции салфетки в полый орган, который находится в пределах досягаемости эндоскопа, например в желудок, применяют эндоскопический метод [8].

МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

Диагноз «госсипибомы» и вторая хирургическая операция по ее удалению чаще всего приводят к началу юридических взаимоотношений между пациентом и врачом, допустившим ошибку. Медико-правовые значения госсипибомы значительны: пациент может быть ошибочно информирован о наличии у него злокачественного новообразования и подвергнуться ненужным, в том числе инвазивным исследованиям, процедурам или операциям [19, 25], которые также приводят к финансовым расходам.

Оставление инородных тел после хирургических операций влечет за собой юридические и финансовые последствия, которые в разных системах юриспруденции и культуры оценивают с разной степенью серьезности. В большинстве судебных систем юридическая доктрина, применяемая к оставленной хирургической салфетке, — *res ipsa loquitur* (вещь, говорящая сама за себя). Факт, что хирургический инородный объект был оставлен в теле, сам по себе доказывает, что имела место ненадлежащая медицинская практика. В большинстве судебных систем срока давности для такой ошибки не существует, что означает, что врач может быть осужден даже спустя 20 лет после оставления инородного тела [16].

В США забытые хирургические предметы считаются 100 % ошибкой, требующей признания, извинения перед пациентом и оплаты госпиталем всех затрат, понесенных пациентом в результате нее. Последствия ошибки для членов хирургической команды включают судебные процессы по ненадлежащей медицинской практике, отчет по осложнениям в государственную лицензионную комиссию или National Practitioner Data Bank [23]. Обзор завершенных судебных решений в Массачусетсе за 7-летний период выявил около половины дел по забытым хирургическим предметам за этот период (у 40 пациентов, причем у 11 из них это были вагинальные салфетки, оставленные после родов, которые были удалены при осмотре без лапаротомии) [22]. Общие выплаты в 40 случаях составили 2 072 318 дол. США, из них 85 % были

выплачены хирургами, остальное — учреждениями здравоохранения. Лишь 5 случаев из 40 дошли до суда. Два пациента отказались от удаления тел, так как они были бессимптомными, но все равно подали в суд [22].

Согласно результатам анализа опубликованных данных, средний размер выплаты пациенту в США по поводу забытых хирургических салфеток составил 95 тыс. дол., из них стоимость повторной операции и лечения составила 14 701 дол., а оставшаяся сумма была компенсацией за моральный ущерб и упущенную выгоду [35]. Максимальный платеж составил 2,35 млн дол. США [35].

В нескольких случаях вердикт суда был вынесен против хирурга, несмотря на правильный подсчет салфеток. Хирург может нести ответственность за собственную ошибку в обследовании операционного поля. Обнаружение инородных тел не зависит от ответственности персонала за проведение точного подсчета. Обязанности являются параллельными, и одна ответственность не освобождает от другой [21].

Публикаций, посвященных правовым последствиям интраоперационного оставления инородных тел, в доступной отечественной литературе мало [1, 6, 12]. Это обусловлено тем, что медицинские работники боятся как юридической ответственности, так и потери рабочего места [7].

Вопрос о привлечении медицинских работников к уголовной и правовой ответственности трактуется неоднозначно. В. В. Бахчевников [1] считает, что правовая ответственность наступает только при причинении вреда здоровью, что определяется либо при наступлении опасного для жизни повреждения или патологического состояния, либо по реальному исходу в результате удаления инородного тела с помощью операции, либо по самостоятельному выделению из организма. Если при оценке вреда здоровью инородное тело остается в организме и его пребывание не сопровождается опасным для жизни повреждением или патологическим состоянием, то вред здоровью не определяется, поскольку не определен его исход.

В то же время большинство авторов считают, что непреднамеренное интраоперационное оставление инородных тел следует трактовать как проявление криминальной ятрогении, что подлежит правовой оценке [7, 9]. По мнению Н. А. Огнерубова [7], непреднамеренное оставление инородных тел следует относить к сфере преступлений медицинской деятельности. Оставление инородных тел после оперативных вмешательств является врачебной ошибкой лечебно-технического характера. В уголовном законодательстве России это рассматривают как невиновное причинение вреда, при летальном исходе — как причинение смерти по неосторожности. В большинстве своем подобные случаи рассматривают в гражданском процессе, когда поданы иски как к лечебным

учреждениям, так и непосредственно к врачам, проводившим операции.

Другие авторы считают, что основными причинами оставления инородных тел в брюшной полости при оказании экстренной хирургической помощи являются дефекты лечебно-технического характера, во многом обусловленные личностными поведенческими качествами хирурга в экстремальных ситуациях, и, следовательно, оставление инородных тел в брюшной полости относится к непреднамеренному причинению вреда [6, 10].

Немаловажным фактором в защите врача является ведение документации. В. М. Унгурян [10] отмечает, что практически во всех, за единичными исключениями, изученных им протоколах операций отсутствовала запись о приведенном контроле за гемостазом и отсутствием в ране инородных тел, что, по мнению автора, является грубым недостатком, поскольку в случае юридического рассмотрения такого рода ситуаций при отсутствии данной записи эти недостатки однозначно будут расценены как нарушение технологии проведения операции со всеми вытекающими последствиями для ответчика.

В отечественной литературе существует мнение, что оставление инородных тел после операции является врачебной ошибкой «лечебно-тактического» характера, которую следует рассматривать как невиновное причинение вреда. Все случаи оставления инородных тел в брюшной полости должны рассматриваться на клинично-анатомических конференциях, заседаниях хирургического общества, за каждый случай оставленного инородного тела оперировавший хирург должен нести моральную и административную ответственность. В отдельных случаях административную ответственность должны нести заведующий отделением и администрация больницы [2]. В Уголовном кодексе Украины случаи оставления инородных тел могут рассматриваться по статье 367 (служебная халатность).

Учитывая вышеизложенное, во врачебной среде часто скрывают случаи обнаружения инородных тел, что объясняют врачебной этикой. Однако это приводит к нарушению этики по отношению к пациенту, который подвергается повторным операциям и риску развития серьезных осложнений и несет материальные затраты. В исследовании, проведенном в Пакистане, 50,7 % опрошенных врачей ответили, что они сохраняют в тайне от пациента обнаруженное инородное тело [26]. В то же время, при современном уровне развития медицинских технологий наличие госсипибомы в теле пациента может быть легко доказано до операции, и пациент может подать в суд на хирурга [19]. В Турции недонесение о случае госсипибомы может привести к юридическим последствиям [19].

ПРОФИЛАКТИКА

Учитывая правовые последствия госсипибомы, важное значение имеет выявление и устранение

предрасполагающих факторов возникновения этого состояния и системные меры по профилактике. Предрасполагающими факторами госсипибомы являются повышенный индекс массы тела, женский пол, неопытность хирурга, ургентные вмешательства, объемная кровопотеря, технически сложные, долгие (более 4 ч) и симультанные операции, требующие возможной смены ассистентов или медсестринского персонала и изменения хода операции [3, 8, 35].

Профилактика — это лучший способ избежать тяжелых последствий, которые имеют не только моральное и медицинское, но и медико-правовое значение. Однако ни один из известных методов не может полностью исключить данное осложнение. Рекомендации по предотвращению случаев инородных тел публикуются многими организациями: Американской коллегией хирургов [34], Ассоциацией операционных медсестер (AORN) [14] и др. [28]. Большинство рекомендаций адаптированы к разным оперативным ситуациям. Главным является тщательный подсчет всех хирургических элементов (тампонов, салфеток, инструментов) до операции, что позволяет установить своеобразную «точку отсчета», и продолжение подсчета интраоперационно — перед закрытием полости, закрытием раны и зашиванием кожи. В случае несовпадения данных немедленно проводят повторный тщательный подсчет и осмотр хирургического поля с использованием интраоперационной рентгенографии при необходимости. Согласно рекомендациям, все салфетки, используемые во время операции, должны иметь рентгеноконтрастные индикаторы, что делает их выявляемыми при рентгеновском исследовании. Новые технологии, такие как салфетки с электронными штрих-кодами, специализированные радиочастотные системы, могут помочь предупредить это тяжелое осложнение [32]. Во многих больницах ведут протокол подсчета всех хирургических элементов, который должен включать подсчет до, во время и после операции. Подсчет должен повторяться дважды двумя медсестрами. Однако склонность человека ошибаться позволяет предполагать, что ручной подсчет тампонов, даже придерживаясь строгих протоколов, может быть неверным и приводить к оставлению их в полости, несмотря на совместную работу хирургической бригады. Рекомендации по предупреждению возникновения случаев госсипибомы предусматривают также тишину в операционной с минимальным отвлечением внимания хирурга и ассистента, что создает оптимальные условия для концентрации их внимания [18].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, госсипибома — это нечастая находка, которая неизбежно приводит к тяжелым осложнениям и значительно влияет на дальнейшее качество жизни пациента. Кроме того, эта

проблема имеет медико-правовые последствия, которые негативно влияют как на самого хирурга, так и на репутацию медицинского учреждения в целом. Госсипиома должна всегда быть включена в дифференциальный диагностический алгоритм у пациентов, которые имели в анамнезе оперативные вмешательства и необъяснимую абдоминальную симптоматику. В сомнительных случаях необходимо использовать дополнительные методы диагностики, такие как КТ и МРТ, и, зная отличительные признаки госсипиомы на полученных снимках, правильно интерпретировать результаты

и устанавливать верный диагноз. Случаи обнаружения инородных тел, таких как хирургический тампон, считаются классическим примером ятрогенных повреждений и свидетельствуют о нарушении стандартов оказания медицинской помощи. Потому важное значение имеет не столько лечение госсипиомы, сколько ее профилактика. Для этого существуют методы контроля — не только субъективный подсчет салфеток, но и использование хирургического материала с радиочувствительными метками, штрих-кодами и электронных компьютеризированных систем подсчета.

Конфликта интересов нет.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования — В. К., Н. М.; сбор и обработка материала — Ю. П.; написание текста — Н. М., Ю. П.; редактирование — В. К.

Литература

1. Бахчевников В. В. Последствия непреднамеренного интраоперационного оставления инородных тел и их судебно-медицинская оценка: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 04.00.15, 14.00.24 / Военно-мед. академия. — СПб.—2000. — 20 с.
2. Бенедикт В. В. Післяопераційні сторонні тіла черевної порожнини. причини, діагностика, лікування // Харків. хірургічна школа. — 2013. — Т. 62, № 5. — С. 94—98.
3. Герич І. Д., Вашук В. В., Барвінська А. С. та ін. Госсіпіома як нестандартне хірургічне ускладнення // Шпитальна хірургія. — 2013. — № 2. — С. 30—34.
4. Давидов М. И. Инородные тела желудочно-кишечного тракта и брюшной полости: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.27 — хирургия. — Пермь, 1996. — 25 с.
5. Демидов В. Н. Ультразвуковая диагностика инородных тел тазовой локализации и внутренних половых органов // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 8. — С. 69—73.
6. Казарян В. М. Послеоперационные инородные тела брюшной полости. Медико-правовые аспекты // Судебно-медицинская экспертиза. — 2008. — № 5. — С. 33—36.
7. Огнерубов Н. А. Непреднамеренное интраоперационное оставление инородных тел: юридические аспекты и профилактика // Вест. ТГУ. — 2015. — Т. 149, № 9. — С. 206—210.
8. Послеоперационные ятрогенные инородные тела (Corpus oleum): Ошибки, опасности и осложнения в хирургии. — Уфа: Б. и., 2000. — 206 с.
9. Тимербулатов В. М., Тимербулатов Ш. В. Обеспечение безопасной хирургии // Клини. и экспер. хирургия. — Электронный научно-практический журнал: 16.03.15. — <http://jecs.ru/view/450.html>
10. Унгурян В. М. Дефекты медицинской помощи манипуляционного характера в абдоминальной хирургии и их экспертная оценка: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.03.05 — судебная медицина, 14.01.17 — хирургия. — СПб, 2014. — 22 с.
11. Черепанин А. И., Нецаенко А. М., Нечипоренко Е. И. Лапароскопическое удаление инородного тела брюшной полости // Хирургия. — 2007. — № 12. — С. 47—48.
12. Ярема И. В., Казарян В. М., Нахаев В. И. и др. Послеоперационные ятрогенные инородные тела брюшной полости: преступление или непреднамеренное причинение вреда? // Хирург. — 2010. — № 2. — С. 63—67.
13. Agnolitto P. M., Mauad F. M., Barreto A. R. et al. Imaging findings of abdominal gossypibomas // Radiol. Bras. — 2012. — Vol. 45, N 1. — P. 53—58.
14. AORN Recommended Practices for Prevention of Retained Surgical Items, 2012. — <http://www1.ucirvinehealth.org/magnenursing/clienthtml/69/attachments-and-reference-documents/118/SE2EOa.pdf>.
15. Asuquo M. E., Ogbu N., Udosen J. et al. Acute abdomen from gossypiboma: A case series and review of literature // Nigerian J. Surg. Res. — 2006. — Vol. 8, N 3. — P. 174—176.
16. Biswas R. S., Ganguly S., Saha M. L. et al. Gossypiboma and surgeon — current medicolegal aspect: A review // Ind J. Surg. — 2012. — Vol. 74, N 4. — P. 318—322.
17. Cheon J. W., Kim E. Y., Park J. B. et al. A Case of gossypiboma masquerading as a gastrointestinal stromal tumor // Clin. Endosc. — 2011. — N 44. — P. 51—54.
18. Dan D., Ramraj P., Solomon V. et al. Gossypiboma presenting as an atypical intra-abdominal cyst: a case report // Health. — 2014. — N 6. — P. 2499—2504.
19. Garg M., Aggarwal A. D. A review of medicolegal consequences of gossypiboma // J. Ind Acad. Forensic Med. — 2010. — Vol. 32, N 4. — P. 358—361.
20. Haque A., Quraishi M. Beyond a gossypiboma // Corporation Case Reports in Surgery. — 2012. — P. 1—3.
21. Jackson J. Z. A primer on the unhappy defense of the surgeon in a retained sponge case // Med. Law Update. — 2003. — Vol. 3. — P. 10.
22. Kaiser C. W., Friedman S., Spurling K. P. et al. The retained surgical sponge // Ann. Surg. — 1996. — Vol. 224. — P. 79.
23. Karakaya M. A., Koç O., Ekiz F., Ağaçhan A. F. Approach of forensic medicine to gossypiboma // Ulus Cerrahi Derg. — 2015. — Vol. 31, N 2. — P. 78—80.
24. Kim Ch.K., Park B.K., Hongil H. Gossypiboma in abdomen and pelvis: MRI findings in four patients // AJR. — 2007. — N 189. — P. 814—817.
25. Kobayashi T., Miyakoshi N., Abe E., Abe T. et al. Gossypiboma 19 years after laminectomy mimicking a malignant spinal tumour: a case report // J. Med. Case Rep. — 2014. — Vol. 8. — P. 1—7.
26. Memon A. S., Khan N. A., Samo K. A. et al. Assigning responsibility for gossypiboma (abdominal retained surgical sponges) in operating room // Journal of the Dow University of Health Sciences Karachi. — 2012. — Vol. 6, N 3. — P. 106—109.
27. Patil K. K., Patil Sh.K., Gorad K. P. et al. Intraluminal migration of surgical sponge: gossypiboma // Saudi J. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 16, N 3. — P. 221—222.
28. Preventing unintended retained foreign objects // The Joint Commission Sentinel Event Alert. — 2013. — N 31. — http://www.jointcommission.org/assets/1/6/sea_51_urfos_10_17_13_final.pdf
29. Ramdass M., Maharaj D., Naraynsingh V. Gossypiboma: A diagnostic dilemma // Int. J. Radiol. — 2000. — Vol. 2, N 1. — P. 1—4.
30. Ray S., Das K. Gossypiboma presented as abdominal lump seven years after open cholecystectomy // J. Surg. Case Rep. — 2011. — Vol. 8, N 2. — P. 1—7.
31. Sankhe A., Joshi A. Gossypiboma: Cause Of Intestinal Adhesions // Int. J. Radiol. — 2006. — Vol. 6, N 2. — P. 1—4.
32. Singhal B. M., Kumar V., Kaval S., Singh C. P. Spontaneous intraluminal migration of gossypiboma with intestinal obstruction // OA Case Reports. — 2013. — Vol. 2, N 15. — P. 145.
33. Sistla S.Ch., Ramesh A., Karthikeyan V.S. et al. Gossypiboma presenting as coloduodenal fistula — Report of a rare case with review of literature // Int. Surg. — 2014. — N 99. — P. 126—131.
34. Statement on the prevention of retained foreign bodies after surgery // Bull. Am. Coll. Surg. — 2005. — Vol. 90, N 10. — P. 15—16.

35. Stawicki S. P., Evans D. C., Cipolla J. et al. Retained surgical foreign bodies: a comprehensive review of risks and preventive strategie // Scand. J. Surg. — 2009. — Vol. 98. — P. 8.
36. Topal F., Akbulut S., Dinçer N. et al. Intra-abdominal gossypiboma // Cumhuriyet Med. J. — 2011. — N 33. — P. 239—242.
37. Yagmur Y., Akbulut S., Gumus S. Post Cholecystectomy gossypiboma mimicking a liver hydatid cyst: Comprehensive literature review // Iran Red Crescent Med. J. — 2015. — Vol. 17, N 4. — P. 1—5.

В. В. Крижевський, М. А. Мендель, Ю. В. Павлович

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

ГОСИПІБОМА: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Проведено аналіз літературних джерел, присвячених госипібомі (забутому в порожнинах або тканинах хірургічному перев'язочному марлевому матеріалу). Наведено дані щодо частоти виявлення, патологічних змін, чинників ризику, клінічних виявів, методів діагностики та лікування. Особливу увагу приділено медико-правовим аспектам цього ятрогенного ускладнення та організації його профілактики. Госипібому необхідно завжди вносити в диференційний діагностичний алгоритм у хворих, які мали в анамнезі оперативні втручання та незвичайну абдомінальну симптоматику. Випадки госипібоми вважаються класичним прикладом ятрогенних пошкоджень і свідчать про порушення стандартів надання медичної допомоги.

Ключові слова: госипібома, забуте хірургічне чужорідне тіло, ускладнення.

V. V. Kryzhevskii, M. A. Mendel, Yu. V. Pavlovich

P. L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

GOSSYPIBOMA: MODERN VIEW ON THE PROBLEM

The analysis of modern literature on gossypiboma (retained in cavities or tissues surgical dressing gauze) has been successfully conducted. There were reviewed incidence, pathology, risk factors, clinical presentation, diagnosis and treatment of gossypiboma. A special attention was paid at medico-legal aspects of this iatrogenic complication and prophylaxis measures. Gossypiboma must always be included in differential diagnosis in patients with unusual abdominal symptoms after previous surgery. Cases of gossypiboma are classical examples of iatrogenic lesions and point on a deviation from standard medical care or malpractice.

Key words: gossypiboma, retained surgical foreign body, complications.