

среди них реже встречается парентеральный путь инфицирования ВИЧ, они реже находились в местах лишения свободы, реже болеют туберкулезом и парентеральными вирусными гепатитами. Необходимо усиление превентивных мер по передаче ВИЧ-инфекции в группе молодых женщин, дальнейшее изучение и разработка комплексного подхода к мониторингу ВИЧ-инфицированных женщин с учетом медико-биологических и социально-психологических факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мелешко, Л.А. Эпидситуация по ВИЧ/СПИДу в Республике Беларусь / Л.А. Мелешко, С.В. Сергеенко // Медицинские знания. – 2006. – № 5. С. 6-8.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. 38 ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.

Кеда В.В., Угляница К.Н., Каравай А.В., Муринов А.В., Богатыревич И.Ч.

*Гродненская областная клиническая больница,
Гродненский государственный медицинский университет*

Актуальность. Оставление хирургом инородного тела (corpus alienum) в брюшной полости относится к категории тяжелых ятрогенных травм с возможными негативными последствиями для пациентов. Публикации об оставленных во время операции инородных телах немногочисленны и чаще всего единичны, что связано как с редкостью таких случаев, так и, по понятным мотивам, врачи неохотно сообщают о подобных происшествиях.

У прооперированных пациентов инородные тела чаще всего забывают в брюшной полости, что составляет 0,16% наблюдений [1]. Среди забытых во время операций инородных тел в брюшной полости преобладают марлевые салфетки и шарики (52%) и инструменты (43%) [2, 3, 4]. Забытые во время операции марлевые салфетки и шарики в зарубежной литературе описываются как госсипибома (gossypiboma), текстилома (tex-tiloma) или коттоноид (cottonoid), чаще используется термин «госсипибома» [5].

Сроки визуализации инородных тел варьирует в широком диапазоне. В зависимости от величины, формы, физико-химических свойств, расположения, инфицированности, инород-

ные тела могут вызывать воспалительную реакцию окружающих тканей вплоть до их некроза. Клинически инородные тела могут инициировать боль, кровотечения, прободение полых органов, но могут быть бессимптомными многие годы [1,2]. В тоже время летальность при инородных телах брюшной полости достигает 40% [2].

Традиционным способом лечения возможных последствий нахождения инородных тел в брюшной полости является хирургическое пособие в виде вскрытия, удаления содержимого и дренирования патологической полости, реже используется лапароскопические технологии [4].

Таким образом, инородные тела брюшной полости в хирургической практике остаются достаточно актуальной проблемой и в настоящее время.

Цель настоящей работы – демонстрация особенностей клинического течения при длительном носительстве инородного тела в брюшной полости.

Приводим собственное наблюдение.

Пациентка Р., 60 лет госпитализирована в онкологическую клинику УЗ «ГОКБ» в плановом порядке 19.03.2009 г. с жалобами на постоянные боли ноющего характера в эпигастрии, периодически тошноту, общую слабость. Болеет около 2 недель. Выполнена ФГДС, заподозрен рак желудка. Районным онкологом направлена в ООД. Из анамнеза установлено, что с 2001 г. страдает язвенной болезнью желудка, но до 2009 г. не обследовалась. Установлено также, что в 1971 г. производилось кесарево сечение по поводу доношенной беременности, послеоперационный период протекал без осложнений. Кроме того, страдает ишемической болезнью сердца, мочекаменной болезнью, хроническим пиелонефритом.

При поступлении состояние пациентки удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 74 в 1 мин удовлетворительных качеств. Язык влажный, умеренно обложен. В гипогастриальной области послеоперационный рубец после нижнесрединной лапаротомии. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный эпигастрии. Объемных образований и свободной жидкости в брюшной полости при пальпации не выявлено.

Пациентка обследована согласно республиканским клиническим протоколам диагностики и лечения злокачественных новообразований.

ФГДС: в н/3 тела желудка по большой кривизне имеется глубокая язва диаметром 2 см, покрыта фибрином, вокруг язвы выраженный воспалительный вал. Результаты гистологического исследования биопсийного материала из язвы: перстневидноклеточный рак, G3. Рентгеноскопия пищевода и желудка: в н/3 по большой кривизне определяются ниша диаметром до 2 см с неровными краями, не выступающая за контур желудка, с выраженным инфильтративным валом до 5-6 см, что характерно для рака.

УЗИ: печень не увеличена, без очаговых образований; просвет желчного пузыря свободен; внутripеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа: контуры ровные, структура однородная. Правая почка: ЧЛС – рубцы, склероз, не исключено наличие конкрементов. Левая почка: в проекции нижних чашечек конкремент 6 мм, в проекции средних чашечек микролиты 3 мм.

Рентгенография грудной клетки: органы грудной клетки в пределах возрастной нормы. ЭКГ – без патологии. Показатели общего анализа крови и мочи, основные параметры биохимического анализа крови в пределах возрастной нормы. Консультирована терапевтом, онкогинекологом и урологом, назначена соответствующая терапия.

После соответствующей предоперационной подготовки решением консилиума 25.03.2009 г. выполнено оперативное вмешательство.

После верхне-срединной лапаротомии выявлена резектабельная опухоль нижней трети желудка, отдаленных метастазов нет. В зоне илеоцекального угла пальпируется плотная бугристая опухоль диаметром 7-8 см, включающая стенку подвздошной кишки на расстоянии около 50 см от купола слепой кишки, а также верхнюю треть червеобразного отростка и противобрыжечный край стенки поперечно-ободочной кишки.

По поводу рака желудка выполнена стандартная дистальная субтотальная резекция желудка с формированием позадиободочного гастроэюноанастомоза на короткой петле. Опухолевидное образование в илеоцекальной зоне удалено. При этом произведена резекция участка подвздошной кишки и формирование анастомоза «конец в конец», ретроградная аппендэктомия, резекция

противобрыжеечного участка поперечно-ободочной кишки с анастомозом в три четверти по Мельникову. При срочном гистологическом исследовании удаленного препарата: хронический абсцесс с инородным телом внутри.

Послеоперационное гистологическое заключение №10477: блюдцеобразный рак большой кривизны желудка (недифференцированный рак, G4), прорастает мышечный слой стенки желудка, при негативных операционных краях. Метастазы рака обнаружены в 2 из группы лимфоузлов №6 (по классификации JRS GC Японского общества изучения рака желудка).

Гистологическое заключение №10313: удаленный отрезок тонкой кишки длиной 26 см. Снаружи его имеется фиксированное к стенке кишки плотное бугристое образование диаметром 6,5 см, не сообщающееся с ее просветом, к нему плотно фиксирована верхняя треть аппендикса и противобрыжеечный участок стенки поперечно-ободочной кишки. При вскрытии очага выявлена полость, заполненная полусгнившей марлевой салфеткой размерами 6x5x4 см. Вокруг образования имеется плотная фиброзная ткань с кальцинозом, макрофагами, хроническим воспалением и очагами некроза.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Выписана на 11 сутки под наблюдение районного онколога.

Обсуждение. У данной пациентки носительство инородного тела, судя по анамнезу, не сопровождалось клиническими проявлениями. Оно было выявлено при ревизии брюшной полости как случайная находка. Однако выявленные при гистологическом исследовании очаги некроза в удаленной фиброзной «капсуле» позволяют предположить о высокой вероятности формирования межорганных свищей, если бы инородное тело не было удалено.

Выводы. 1. Длительно существующие инородные тела в свободной брюшной полости могут протекать совершенно бессимптомно.

2. При обследовании пациентов необходимо учитывать данные анамнеза о выполненных ранее оперативных вмешательствах. При повторных оперативных вмешательствах у ранее оперированных пациентов необходимо проводить тщательную ревизию брюшной полости.

3. Единственным оптимальным способом лечения пациентов по поводу инородных тел брюшной полости является хирург-

гическое (открытое, лапароскопическое) удаление инородных тел.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батян, Н.П. Забытые инородные тела в брюшной полости / Н.П. Батян, И.Н. Гришин // *Здравоохранение Беларуси.* – 1977. – № 3. – С. 67-69.
2. Загайнов, В.Е. Инородное тело брюшной полости, вызвавшее пролежень стенки желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Е. Загайнов, Г.А. Евстигнеева, П.И. Рыхтик и др. *Хирургия.* – №9. – С. 78-80.
3. Татти, Я.Я. Ятрогенные corpora aliena // Я.Я. Татти, Т.А. Фролова / *Вестник хирургии.* – 2001. – №7. – С.67-69.
4. Черепанин, А.И. Лапароскопическое удаление инородного тела брюшной полости / А.И. Черепанин, А.М. Нечаенко, Е.И. Нечипоренко // *Хирургия.* – 2007. – №12. – С. 47-48.
5. Wig, J.D. Retained surgical sponge: an unusual cause of intestinal obstruction / J.D. Wig, M.K. Goenka, S. Suri et al. // *J. C. Gastroenterol.* – 1997. – № 24. – P. 57-58.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИСКУССТВЕННОМУ ПРЕРЫВАНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ В ПОЗДНИЕ СРОКИ

Кеда Л.Н., Гутикова Л.В.

*Гродненский областной клинический перинатальный центр,
Гродненский государственный медицинский университет*

Актуальность: В последние десятилетия в Республике Беларусь благодаря целенаправленной демографической политике, государственной системы охраны материнства и детства достигнуты значительные успехи в снижении перинатальной и младенческой смертности. Однако врожденные пороки развития считаются важнейшей медицинской и социальной проблемой, поскольку занимают ведущее место в структуре причин перинатальной, неонатальной и младенческой заболеваемости, инвалидности и смертности. Своевременная пренатальная диагностика врожденных пороков развития и хромосомных заболеваний с неблагоприятным прогнозом для жизни, решение вопроса об искусственном прерывании беременности является наиболее действенной мерой предупреждения рождения детей с врожденными