

УДК 616.381-006.03-002

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**Томнюк Н.Д., Данилина Е.П., Здзитовецкий Д.Э., Кембель В.Р., Борисов Р.Н.***ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет**им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, e-mail: khb1@krasgma.ru*

Воспалительные опухоли – это патологические новообразования, причинами возникновения которых могут являться инородные тела ятрогенного или иного характера в брюшной полости, оперативные вмешательства в анамнезе, травмы и ушибы parenхиматозных органов, инфекционные поражения, в том числе грибковой этиологии. В статье проанализирована тактика ведения пациентов с воспалительной опухолью. Приведены клинические случаи возникновения воспалительных образований на фоне оперативных вмешательств у 17 больных, которые были распределены на группы соответственно возрасту: до 30 лет – 3 больных, 31–40 лет – 5, 41–50 лет – 4, старше 60 лет – 5 больных. Выделены и описаны характерные проявления таких опухолей, результаты клинико-лабораторных и инструментальных данных, а также результаты гистологического исследования. Особое внимание уделено трудностям диагностики, в том числе интраоперационной, так как воспалительные опухоли имеют различную неспецифичную симптоматику, а также необходимости удаления подобных образований, так как они не имеют склонности к обратному развитию и могут существенно утяжелять состояние пациента. При обследовании больных с клиникой острого живота в трудных дифференциально-диагностических случаях врачам хирургических специальностей необходимо помнить о подобных состояниях с целью их своевременной диагностики и выбора правильной тактики лечения пациентов. У наблюдаемых пациентов была установлена корреляция между возникновением воспалительного образования и перенесенными ранее операциями, а также связь с оставленными инородными телами в ходе медицинского вмешательства.

Ключевые слова: опухоль брюшной полости, инородное тело, текстилома, острый живот, перфорация стенки кишки

INFLAMMATORY TUMORS OF THE ABDOMINAL CAVITY**Tomnyuk N.D., Danilina E.P., Zdzitovetskiy D.E., Kembel V.R., Borisov R.N.***Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenskiy
of the Ministry of Health of Russia, Krasnoyarsk, e-mail: khb1@krasgma.ru*

Inflammatory tumors are pathological neoplasms, the causes of which may be foreign bodies of an iatrogenic or other nature in the abdominal cavity, surgical interventions in anamnesis, injuries and bruises of parenchymal organs, infectious lesions, including fungal etiology. The article analyzes the tactics of managing patients with an inflammatory tumor. Clinical cases of the occurrence of inflammatory formations on the background of surgical interventions in 17 patients are presented, which were divided into groups according to age: up to 30 years old - 3 patients, 31-40 years old - 5, 41-50 years old - 4, over 60 years old - 5 patients. The characteristic manifestations of such tumors, the results of clinical, laboratory and instrumental data, as well as the results of histological examination, are identified and described. Particular attention is paid to the difficulties of diagnosis, including intraoperative ones, since inflammatory tumors have various non-specific symptoms, as well as the need to remove such formations, because they do not have a tendency to reverse development and can significantly aggravate the patient's condition. When examining patients with an acute abdomen in difficult differential diagnostic cases, doctors of surgical specialties need to be aware of such conditions in order to diagnose them in a timely manner and choose the right tactics for treating patients. In the observed patients, a correlation was established between the occurrence of an inflammatory formation and previous operations, as well as a connection with foreign bodies left during medical intervention.

Keywords: tumor of the abdominal cavity, foreign body, textiloma, acute abdomen, perforation of the intestinal wall

Причиной возникновения воспалительных опухолей брюшной полости могут быть инфекции различной природы: дизентерия, туберкулез, актиномикоз, колиты, аппендицит. Описаны случаи проведения дифференциальной диагностики между гранулематозным воспалением при актиномикозе, который подтвердился результатами гистологического исследования в пользу абдоминального актиномикоза, и злокачественной опухоли [1, 2]. Кроме того, воспалительные опухоли могут образовываться при амёбиазе, так как помимо проявлений данного заболевания в виде типичной симптоматики (дизентерии с диареей и ректальным кровотечением) могут формироваться объемные

образования – абсцессы печени и гранулематозные массы толстой кишки, которые могут имитировать карциному [3].

Проблема инородных тел, оставшихся в организме после медицинских вмешательств, сохраняет свою актуальность в хирургической практике в настоящее время. Большинство авторов полагают, что чаще всего причиной возникновения воспалительных опухолей брюшной полости являются инородные тела, попавшие в брюшную полость при ранениях и операциях (лигатуры, марлевые шарики, салфетки) – так называемые «текстиломы» или «госипибомы». Другой путь проникновения инородных тел – из просвета кишечника

через его стенку в виде острых предметов (иглы, косточки, части сломанных зубных протезов и другие предметы). Существует несколько известных факторов, которые увеличивают вероятность удержания инородного тела, например, экстренные операции, повышающие риски оставления инородных предметов в полостях тела, высокий индекс массы тела, значительная потеря крови во время операции и пренебрежение при подсчете материала и хирургических инструментов [4]. По данным литературных источников частота инцидентов колеблется от 1 до 10 на 10 000 операций [5].

Клиническая картина воспалительных опухолей вариативна: некоторые случаи манифестируют по типу «острого живота», некоторые проявляются болями тянущего характера, диспепсическими расстройствами, в том числе метеоризмом, симптоматикой хронической кишечной непроходимости, лихорадкой; в ряде случаев симптомы стерты либо отсутствуют вовсе [6].

При диагностических исследованиях эти опухоли проявляются как ответная реакция организма в виде специфического и неспецифического продуктивного воспаления, характеризуются рядом таких событий, как адсорбция белка, адгезия моноцитов и макрофагов, образование гигантских клеток инородных тел с последующей инкапсуляцией [7].

Дифференциальный диагноз широк для каждого варианта, начиная от воспалительных процессов и заканчивая злокачественными опухолями. Визуализирующий подход к диагностике варьируется в зависимости от локализации образования. Так, для интраабдоминальных масс контрастно-усиленная КТ и ультразвуковое исследование продемонстрировали диагностическую точность. Тем не менее определение точного происхождения и характера такого рода опухолей представляет большие трудности даже во время операции [8]. Диагностика, основанная на визуализации, должна учитывать неспецифические жалобы, возникающие в результате возможного малосимптомного течения. Визуализация сохраненного инородного материала может наводить на мысль о саркоме ввиду выраженной воспалительной реакции и локального нарушения архитектоники ткани, приводящего к гетерогенным изменениям сигнала [9]. При этом истинный характер новообразования устанавливается только при гистологическом исследовании.

Клиническая оценка и анамнез важны для разработки дифференциального диагноза с учетом таких параметров, как размер образования, локализация в брюшной

полости, вероятность роста опухоли и рецидива в месте иссечения, особенно при подозрении на злокачественность образования.

Цель исследования – анализ тактики ведения пациентов с воспалительными опухолями брюшной полости, случаи которых имели место во врачебной практике.

Материалы и методы исследования

За 18 лет под наблюдением находилось 17 больных (11 женщин и 6 мужчин) с воспалительными опухолями и подозрением на опухоли брюшной полости.

Все пациенты были распределены по группам в зависимости от их возраста. Итого было сформировано четыре группы больных: до 30 лет – 3 пациента, 31–40 лет – 4, 41–50 лет – 4, старше 60 лет – 5 пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, исходя из данных анамнеза наблюдаемых больных, что причиной развития воспалительной опухоли у 11 пациентов были перенесенные операции: аппендэктомия – 3 больных; резекция желудка, холецистэктомия, ушивание разрыва матки, грыжесечение – по одному больному; удаление кист, тубовариальные опухоли яичников – 4 больных. В остальных 6 случаях причиной, вероятно, были перенесенные травмы с повреждением паренхиматозных органов (печени, поджелудочной железы, селезенки) и забрюшинные гематомы (у трех больных); еще двое больных с перенесенными переломами костей; у одного пациента – травма поясничного отдела позвоночника.

Многие из этих больных ранее были оперированы в других больницах г. Красноярска и Красноярского края. Большинство больных поступили в стационар в сроки от 2 до 4,5 месяцев после операции, одна женщина – спустя 1,2 года.

Диагностика воспалительных опухолей отличается полиморфизмом клинической картины, что может способствовать неверной тактике ведения пациентов. У некоторых пациентов на первый план выступали явления «острого» живота (прооперированы в экстренном порядке с диагнозом «перитонит»). Были обнаружены инородные тела, перфорирующие стенку кишки с образованием воспалительной опухоли в брюшной полости. Подобную картину мы наблюдали в двух случаях:

1. Больной 50 лет, поступил с диагнозом «Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки».

На операции была обнаружена воспалительная опухоль, окутанная большим сальни-

ком, в центре которой найдена рыба кость. Гнойник прорвался в свободную брюшную полость. Рентгенологически и клинически диагноз «Перфорация полого органа брюшной полости» не вызывал сомнений.

2. Больной 75 лет, оперирован по поводу перфорации сигмовидной кишки с образованием плотного инфильтрата между сигмовидной и прямой кишкой с вовлечением мочевого пузыря. Был выставлен диагноз «Злокачественное новообразование сигмовидной кишки», с которым пациент был прооперирован. При операции «опухоль» была вскрыта, в полости обнаружено инородное тело –металлический крючок от стоматологического зубного протеза. Кроме того, обнаружены пролежни с перфорацией стенки сигмовидной кишки диаметром 1,5 см. Операция закончена удалением воспалительной опухоли и наложением противоестественного ануса. После длительного восстановительного периода в условиях стационара пациент выписан на амбулаторное лечение с рекомендациями. Впоследствии выполнено плановое закрытие колостомы с восстановлением непрерывности толстой кишки.

У остальных больных клиническая картина заболевания протекала по типу хронической кишечной непроходимости. У части пациентов нельзя было исключить злокачественное новообразование, так как пальпаторно в брюшной полости определялись малоподвижные, умеренно болезненные опухолевидные образования размером с куриное яйцо. Лабораторные и инструментальные методы обследования были малоубедительными и не позволяли выставить окончательный диагноз.

Особый интерес представляют два случая опухоли брюшной полости у женщин (после ушивания разрыва матки и удаления кисты яичника). В обоих случаях в малом тазу были обнаружены малоподвижные, практически безболезненные образования значительных размеров, которые вызвали учащение мочеиспускания. Эти больные длительное время наблюдались у гинеколога и готовились к плановому оперативному лечению, так как не исключалась вероятность злокачественной опухоли. Одной пациентке была проведена предоперационная лучевая терапия. В последующем обе женщины были оперированы с диагнозом «Опухоль гениталий».

В первом случае интраоперационно был обнаружен конгломерат, состоящий из гранулирующей ткани (сальника) с вовлечением маточной трубы, петли тонкой кишки, мочевого пузыря. Опухоль размером 6х4х5 см была удалена без каких-либо повреждений. При вскрытии обнаружен «сигарообразный»

дренаж, который был оставлен при первой санации. Во втором случае было обнаружено образование между маткой, мочевым пузырем и прямой кишкой с образованием плотного тяжа, идущего к передней брюшной стенке. Опухолевидное образование было удалено; на разрезе макропрепарата были обнаружены белесоватые тяжи, геморрагическая масса и марлевая салфетка.

При гистологическом исследовании в первом случае диагностирована воспалительная опухоль без каких-либо подозрений на злокачественность, во втором была обнаружена веретенообразно-клеточная саркома, описаны полиморфизм клеточного состава, резко атипичные клетки, клетки с большим числом митозов, что указывает на развитие истинно злокачественной опухоли.

В литературе также имеются указания на возможность перерождения воспалительных опухолей в истинные при длительном непосредственном контакте с инородным телом. Инородное тело, сохраненное в течение длительного времени, может сопровождаться целлюлитом, инфекцией глубоких тканей или опухолевидными массами, так как хроническое воспаление повышает риски возникновения атипичных опухолевых клеток [10].

Из 17 наблюдаемых больных были прооперированы 13. Кроме описанных выше причин возникновения воспалительных опухолей, у троих пациентов были обнаружены осумкованные лигатуры после аппендэктомии, у одного – травма поджелудочной железы; один пациент в анамнезе имел ушивание ран селезенки; еще у одного больного – ушивание ран печени.

Клиническая картина заболевания у этих больных была стертой и неспецифичной для какого-то одного заболевания, что существенно затрудняло диагностику. У разных больных определялись дискомфорт в животе, явления метеоризма (вздутие, урчание живота), нарушение стула, общая слабость, повышенная утомляемость, субфебрильная температура, озноб. В клиническом анализе крови отмечались признаки воспаления: повышение СОЭ и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Все больные длительное время находились под наблюдением различных специалистов, однако лечение не давало должного эффекта. Во время операции были обнаружены петрификаты, выраженный спаечный процесс, увеличенные мезентериальные лимфоузлы, при этом другой патологии не было выявлено. У 4 больных после проведенного консервативного лечения улучшилось общее состояние и лабораторные показатели крови, и они были выписаны без операции.

Только тщательное гистологическое исследование при опухолях брюшной полости показывает их воспалительный характер, где преобладает картина хронического гнойного и продуктивного воспаления. Ткани инфильтрированы нейтрофилами, эозинофилами, лейкоцитами, лимфоцитами, часто обнаруживается отек, кровоизлияние, в отдельных участках – созревание эластических волокон, с переходом воспаления в склероз или возможным обострением воспалительного процесса с образованием микроабсцессов и гнойников. Воспаление не имеет четкой демаркационной линии по контуру видимого образования, оно распространяется на соседние органы и ткани, процесс протекает медленно.

Необходимо обратить внимание на то, что опухоль должна быть удалена, так как она не имеет склонности к обратному развитию. Хирург, удаляя воспалительную опухоль, должен знать, что в ряде случаев предполагаемая небольшая операция может стать сложной и опасной для больного.

Заключение

Таким образом, выдвинутая в начале исследования гипотеза, свидетельствующая о возникновении воспалительных опухолей брюшной полости из-за хирургических вмешательств по поводу воспалительных заболеваний, подтвердилась у 11 пациентов, которые перенесли следующие операции: аппендэктомия, резекцию желудка, холецистэктомия, гинекологические операции и др.

Помимо этого, имеются пациенты с воспалительной опухолью брюшной полости, возникшей в результате травм и ушибов. У части пациентов возникновение объемного образования сопряжено с попаданием инородных тел ятрогенного характера в брюшную полость, что подтверждается исследованием макропрепарата «опухоль» и гистологическим анализом, позволяющим дифференцировать воспалительный характер образования от злокачественной опухоли.

Более того, данная тема имеет и этический аспект, ведь весомую часть среди причин возникновения воспалительной опухоли занимают медицинские манипуляции. Инциденты, ставящие под угрозу безопасность пациентов, такие как непреднамеренное удержание инородных тел, рассматриваются как «никогда не происходящие события». Такие ситуации считаются неприемлемыми и в высшей степени предот-

вратимыми. Все организации здравоохранения должны принимать соответствующие меры для предотвращения возникновения ятрогенных осложнений путем последовательного применения стандартизированных процессов оказания медицинской помощи.

Недостаточная огласка проблемы дополнительно доказывает ее важность и значимость, обосновывает необходимость ее популяризации. Точная отчетность обо всех случаях возникновения воспалительной опухоли ятрогенного характера является важнейшим шагом в определении способов предотвращения возникновения таких событий.

Список литературы

1. Донская Е.В., Гаврилюк В.П., Костин С.В., Северинов Д.А., Закутаева Л.Ю. Нетипичная манифестация болезни Крона у девочки-подростка // Журнал имени Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2021. № 1 (10). URL: <https://www.jnmp.ru/jour/article/view/1088> (дата обращения: 19.05.2022).
2. Граудина В.Е., Дрожжина Н.П., Куцирь И.В. Сложный случай диагностики абдоминального актиномикоза // Вестник СурГУ. Медицина. 2020. № 1 (43). DOI: 10.34822/2304-9448-2020-1-45-48.
3. Taherian M., Samankan S., & Cagir B. Amebic Colitis. In StatPearls. StatPearls Publishing. 2022. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542237/> (дата обращения: 20.05.2022).
4. Kastiunig T., Sortino R., Vines L.C., & Benigno, L. Intra-abdominal foreign body as unexpected discovery mimicking suspicious malignancy. Journal of surgical case reports, 2021. No. 6. DOI: 10.1093/jscr/rjab248.
5. Szymocha M., Pacan M., Anufrowicz M., Jurek T., & Rorat M. Leaving a foreign object in the body of a patient during abdominal surgery: still a current problem. Polski przegląd chirurgiczny. 2019 № 6 (91). P. 35–40. DOI: 10.5604/01.3001.0013.2024.
6. Hameed A., Naeem A., Azhar M., & Fatimi S.H. Intrathoracic gossypiboma. BMJ case reports. 2014. DOI: 10.1136/bcr-2013-201814.
7. Майбородин И.В., Михеева Т.В., Ярин Г.Ю., Хоменик С.В., Агзаев М.К., Майбородина В.И., Шевела А.А., Вильгельми И.А., Шевела А.И. Некоторые морфологические особенности тканевых реакций на имплантацию металлических изделий // Новости хирургии. 2020. Vol. 28. № 1. URL: <http://surgery.by/details.php?&lang=ru&year=2020&issue=1&number=9> (дата обращения: 19.05.2022).
8. Fowler K.J., Garcia E.M., Kim D.H., Cash B.D., Chang K.J., Feig B.W., Gage K.L., Kambadakone A.R., Levy A.D., Liu P.S., Marin D., Moreno C., Peterson C. M., Pietryga J.A., Smith M.P. & Carucci L.R. ACR Appropriateness Criteria. Palpable Abdominal Mass-Suspected Neoplasm. Journal of the American College of Radiology. 2019. Vol. 16. No. 11S. P. 384–391. DOI: 10.1016/j.jacr.2019.05.014.
9. Puvanesarajah V., Fayad L.M., Rao S.S., McCarthy E.F. & Morris C.D. Extremity gossypiboma mimicking sarcoma: case report and review. Skeletal radiology. 2019. Vol. 48. No. 4. P. 629–635. DOI: 10.1007/s00256-018-3059-5.
10. Yhoshu E., Chaudhary G., & Gupta M.K. Retained wooden foreign body in groin in a child: A case report and review of literature. African journal of paediatric surgery. 2020. Vol. 17. No. 3&4. P. 127–130. DOI: 10.4103/ajps.AJPS_22_20.