

© ВОЛКОВ Ю.М., ВОЛОШЕНКО Е.В.

## **ИНОРОДНОЕ ТЕЛО (МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ СТЕРЖЕНЬ) ЛЕВОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ**

Ю.М. Волков, Е.В. Волошенко

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.

Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н.,

проф. И.П. Артюхов; кафедра общей хирургии, зав. – д.м.н., проф. Ю.С.

Винник; кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО, зав. – д.м.н., проф.

А.И. Грицан, первое хирургическое отделение Дорожной клинической

больницы на ст. Красноярск, гл. врач – В.В. Саклакова.

***Резюме.** Представлено клиническое наблюдение: удаление металлического стержня через торакоскопический доступ.*

***Ключевые слов:** миграция стержня, торакоскопия.*

Волков Юрий Михайлович – д.м.н., проф. каф. общей хирургии КрасГМУ; тел. 8 (391) 2201909.

Волошенко Евгений Викторович – д.м.н., доцент каф. анестезиологии и реаниматологии ИПО КрасГМУ; тел. 8(391)2482420.

В настоящее время приоритетным в хирургической практике является применение высокотехнологичных и малоинвазивных методов лечения [1]. Видеоскопическая хирургия грудной клетки охватывает большой спектр различных патологических состояний органов дыхания, в том числе и связанных с травмой [2,3].

Все больше информации появляется о применении, наряду с традиционными открытыми методами лечения, методов торакоскопических [4,5,6,]. При этом, используя малотравматичный доступ, хирург выполняет

тот же самый объем операции, что и при торакотомическом [7,8]. Это позволяет сократить сроки пребывания больного в стационаре и повысить качество жизни.

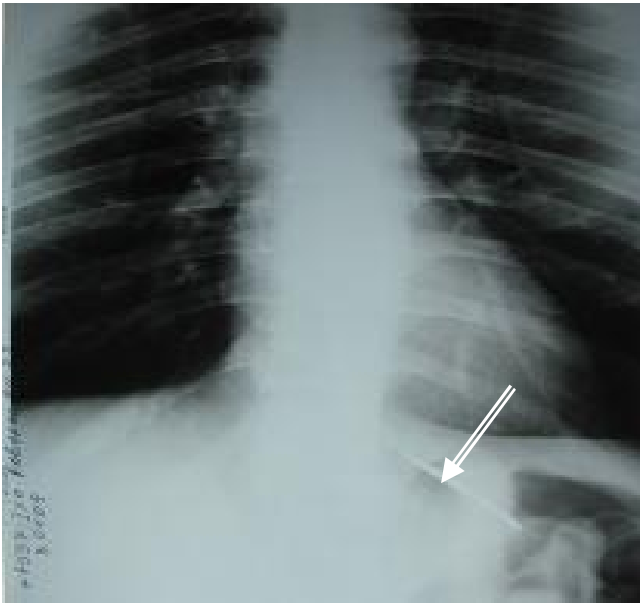
Пациент Р., 53 лет, поступил 5.04.09г. в травматологическое отделение Дорожной больницы на ст. Красноярск для удаления металлоконструкции из левого ключично-акромиального сочленения. В 1993 году оперирован по поводу вывиха акромиального конца левой ключицы. Проведено открытое вправление вывиха с фиксацией металлическим стержнем, который рекомендовали удалить через 5-6 месяцев.

Поступил в отделение с жалобами на периодически возникающие боли в эпигастральной области.

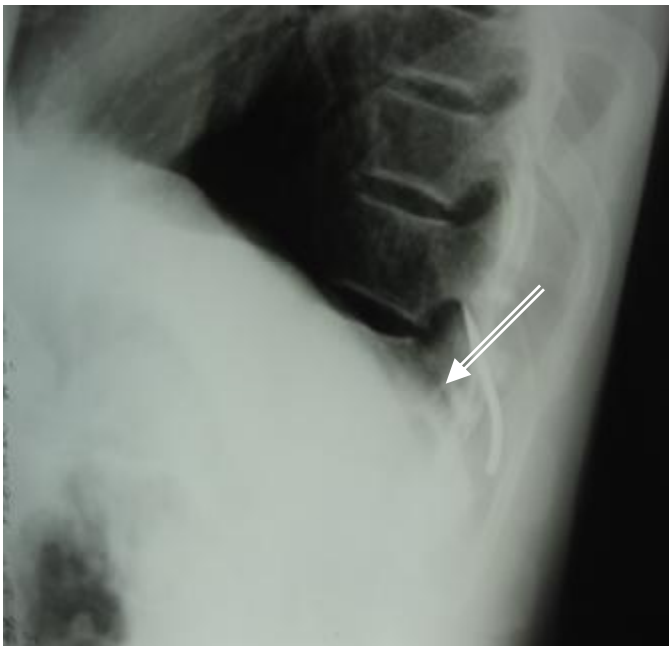
При осмотре: состояние удовлетворительное, пониженного питания, грудная клетка без видимых деформаций, дыхание везикулярное. Сердечные тоны приглушенные, ритмичные. АД – 130/80 мм. рт. ст., пульс – ударов минуту. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Симптом 12-го ребра отрицательный. Стул и диурез в норме.

В проекции левого ключично-акромиального сочленения имеется послеоперационный рубец длиной 10 см, без признаков воспаления. Объем движений в плечевом суставе полный.

Рентгенологически в левой плевральной полости на уровне заднего реберно-диафрагмального синуса определяется металлическое инородное тело (рис.1, 2).



*Рис.1. Инородное тело левой плевральной полости (прямая проекция).*



*Рис. 2. Инородное тело левой плевральной полости (боковая проекция).*

По данным компьютерной томографии, в реберно-диафрагмальном синусе левой плевральной полости имеется инородное тело металлической плотности (рис.3 и рис.4).



*Рис. 3. КТ грудной клетки (инородное тело в реберно-диафрагмальном синусе левой плевральной полости).*



*Рис.4. КТ грудной клетки (поперечный срез).*

Общий анализ крови: гемоглобин – 144 г/л; эритроциты –  $5,8 \cdot 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $5,8 \cdot 10^9$ /л; эозинофилы – 3%; палочкоядерные нейтрофилы – 1%; сегментоядерные нейтрофилы – 37%; лимфоциты – 55%; моноциты –

4%; тромбоциты –  $327 \cdot 10^9/\text{л}$ ; СОЭ – 13 мм/час. Начало времени свертывания крови – 4 мин., конец – 5 мин. Клинический анализ мочи без патологических изменений.

Биохимические анализы крови: общий белок – 73 г/л; мочевины – 5,4 ммоль/л; общий билирубин – 8,6 мкмоль/л; глюкоза – 4,5 ммоль/л; холестерин 3,6 ммоль/л; фибриноген – 2400 мг/л; ПТИ – 80 %.

После предоперационной подготовки 10.04.09г. больной оперирован. Под общим обезболиванием произведена оротрахеальная интубация. Интубационная трубка - Мерфи (ф. Portex, № 7) проведена в правый бронх, герметизм обеспечен за счет раздувания манжеты. Аускультативно дыхательные шумы выслушивались по всем полям правого легкого. ИВЛ осуществлялась аппаратом Tizian в режиме контролируемом по объему (VC) со следующими параметрами:  $V_t$  – 500 мл; F – 14 в/мин; I:E = 1:2;  $FiO_2$  = 3л/мин; P вд. – 18см;  $H_2O$ , P выд. – 0 см  $H_2O$ .

Операция. В левую плевральную полость в типичных точках введено три торакопорта. При ревизии обнаружен металлический стержень в заднем реберно-диафрагмальном синусе длиной 5,5см, диаметром 0,5см с острым концом, ориентированным в сторону пищевода (рис.5). Инородное тело захвачено зажимом и извлечено из плевральной полости через рабочий торакопорт (рис.6). Плевральная полость дренирована трубчатым дренажом в 8-ом межреберье по задне-подмышечной линии.



*Рис.5. Металлический стержень в заднем реберно-диафрагмальном синусе левой плевральной полости (торакоскопическая картина).*



*Рис.6. Извлеченная металлоконструкция.*

В течении операции гемодинамика оставалась стабильной (АД – 140-120/80 мм.рт.ст., PS – 90-80 ударов в минуту, SpO<sub>2</sub> – 98%). После ушивания и дренирования левой плевральной полости интубационная трубка с манжетой перемещены в трахею, восстановлен герметизм. Левое легкое расправлено за счет временного увеличения дыхательного объема.

Аускультативно дыхание равномерно проводилось по всем легочным полям. После перевода в реанимационное отделение больной экстубирован, гемодинамика стабильная, SpO<sub>2</sub> – 98% (при дыхании атмосферным воздухом).

Послеоперационный период протекал гладко. Дренаж из плевральной полости удален на третьи сутки. На контрольной рентгенограмме грудной клетки – легкое расправлено (рис.7).



*Рис.7. Контрольная рентгенография грудной клетки (на 4-х сутки после операции).*

На 8-х сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через один месяц, жалоб не предъявляет.

## FOREIGN BODY (METALLIC ROD) IN LEFT PLEURAL CAVITY

J.M. Volkov, E.V. Voloshenko

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. Voino-Yasenetsky

**Abstract.** The paper presents clinical observation of metallic rod remove through toracotypic access.

**Key words:** rod migration, toracoscopy.

### Литература

1. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феденко В.В. Эндоскопическая хирургия: status praesens и перспективы // Эндоскопическая хирургия. – 2004. – №1. – С.9-14.
2. Котлобовский В.И., Дронов А.Ф. Эндоскопия в лечении травм грудной и брюшной полости //Эндохирургия в лечении неотложных заболеваний и травм грудной и брюшной полости: Тез. Российской конф. – Казань, 1995. – С. 84-85.
3. Плечев В.В., Фатихов Р.Г. Грудная хирургия: проблемы, решения. – Уфа: Башбиомед, 2003. – С. 12-16.
4. Порханов В.А.Торакоскопическая и видеоконтролируемая хирургия плевры и средостения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М.,1996. – 22с.
5. Mack M.L. et al. Presents role of thoracoscopy in the diagnosis and treatment of the chest // Ann. Thorac. Surg. – 1992. – Vol. 54. – P. 403.
6. Lemis R.J. Video assisted thoracic surgery // Surg. Clin. North Am. 1993. – Vol. 3. – P.2.
7. McKneally M.F. et al. Statement of the AATS/STS Joint Committee on thoracoscopy and video assisted thoracic surgery // Ann. Thorac. Surg. – 1992. – Vol.54. – P.144.
8. Sung S.W., J.S.Kim. Toracoscopic procedures for intrathorads and pulmonary diseases // Respirology. – 1999. – Vol.4, № 1. – P. 19-29.



