

Казуистический случай миграции металлофиксатора в левое легкое после остеосинтеза шейки правой бедренной кости

В.Ю. Ерёмкин, к.м.н. В.В. Гусев, К.И. Черешнев

МАУ «ЦГКБ № 23», Екатеринбург

РЕЗЮМЕ

Миграция металлического фиксатора не является типичным осложнением при операции остеосинтеза и ввиду этого может доставлять существенные диагностические проблемы (в связи с миграцией в смежные, а в редких случаях отдаленные анатомические области), а также создавать угрозу для жизни пациентов, повреждая жизненно важные органы и магистральные сосуды. В частности, металлоконструкции проксимальной части бедренной кости под воздействием мышечных сокращений и изменения положения тела могут мигрировать в ягодичную область, существуют публикации о миграции в малый таз и область промежности. Каждое из этих осложнений само по себе может протекать относительно типично, а может – по особому сценарию.

В статье описан казуистический клинический случай у пациента, поступившего в стационар с жалобами на кровохарканье, боль в левой подреберной области в течение 2-х дней. В результате обследования была выявлена миграция металлического фиксатора шейки правой бедренной кости в левое легкое, осложнившаяся легочным кровотечением. Пациенту было проведено хирургическое лечение.

Ключевые слова: миграция, остеосинтез, клинический случай, легочное кровотечение.

Для цитирования: Ерёмкин В.Ю., Гусев В.В., Черешнев К.И. Казуистический случай миграции металлофиксатора в левое легкое после остеосинтеза шейки правой бедренной кости // РМЖ. 2017. № 28. С. 2069–2071.

ABSTRACT

Casuistic migration of the metal fixator from the neck of the right femur to the left lung

Yeryomkin V.Yu., Gusev V.V., Chereshev K.I.

Central City Clinical Hospital No. 23, Ekaterinburg

Migration of the metal fixator is not a typical complication of osteosynthesis operations, and as a result, it can cause significant diagnostic problems (due to migration of the fixator to adjacent areas, and in rare cases, distant anatomical regions), as well as create a threat to the lives of patients, damaging vital organs and major vessels. In particular, the metal structures of the proximal femur under the influence of muscle contractions and changes in the position of the body can migrate to the gluteal region. There are publications describing their migration into the small pelvis and the perineal region. Each of these complications can have either a typical course, or its own special scenario.

The article describes a casuistic clinical case of a patient admitted to the hospital with complaints of hemoptysis, pain in the left hypochondrium region, within 2 days. As a result of the examination, a migration of the metal fixator of the right femur cervix into the left lung complicated by pulmonary hemorrhage was revealed. The patient underwent surgical treatment.

Key words: migration, osteosynthesis, clinical case, pulmonary hemorrhage.

For citation: Yeryomkin V.Yu., Gusev V.V., Chereshev K.I. Casuistic migration of the metal fixator from the neck of the right femur to the left lung // RMJ. 2017. № 28. P. 2069–2071.

Любая операция является риском для пациента, и лишний раз это подтверждается комплексом типичных осложнений, характерных для того или иного медицинского вмешательства [1].

Для операции остеосинтеза в повседневной клинической практике наиболее привычными осложнениями являются поломка фиксатора, нагноение раны, остеомиелит, некроз кожных краев раны, а также миграция фиксатора в мягкие ткани. Каждое из этих осложнений само по себе может протекать относительно типично, а может – по особому сценарию. Так, после поломки фиксатор удаляется с последующей заменой и «протекает без особенностей», в осложненных же случаях он может мигрировать в мягкие ткани с развитием перфораций и воспалительных осложнений по ходу его движения [2–4].

Клинический случай

В сентябре 2015 г. за помощью в центральную районную больницу по месту жительства обратился больной Б. с жалобами на кровохарканье, боль в левой подреберной области в течение 2-х дней. Указанные жалобы появились спонтанно после посещения бани. Проведена стабилизация состояния больного, обезболивание, а также рентгенография органов грудной клетки и правого бедра на протяжении.

Рентгенография органов грудной клетки: металлическое инородное тело, перфорирующее купол диафрагмы, признаки левосторонней локальной пневмонии; **рентгенография правого бедра:** переостит правой бедренной кости в средней трети диафиза, очаговая деструкция большого вертела, деструкция головки правого бедра. Лизис шейки правого бедра.

Травматических повреждений кожных покровов в области грудной клетки, спины, живота не обнаружено. По маршрутизации пациент направлен в ЦГКБ № 23 (Екатеринбург) для дальнейшего обследования и лечения.

Из анамнеза пациента: в 2014 г. произошел перелом шейки бедра с последующей операцией остеосинтеза металлоконструкцией. Операция осложнилась нагноением раны, металлоконструкция была удалена. В области перелома шейки правого бедра сформировался ложный сустав.

При поступлении общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, ЧД – 20 /мин, ЧСС – 100 уд/мин, АД – 120/80 мм рт.ст. Живот правильной формы, не вздут, болезненность при пальпации в эпигастрии и левом подреберье. Брюшная стенка мягкая, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

В приемном отделении проведена *КТ легких, органов брюшной полости, костей и суставов* (рис. 1–6): очаговая деструкция кортикального слоя в области большого вертела правой бедренной кости, шейка лизирована, деструкция головки правого бедра. Сквозная очаговая деструкция в теле подвздошной кости справа. Металлический стержень длиной 13 см и толщиной 7 мм в брюшной полости от середины селезенки перфорирует левый купол диафрагмы, заканчивается в левом легком. Осумкованный пневмоторакс слева. Левосторонняя полисегментарная пневмония. Выпот в плевральных полостях с двух сторон.

По результатам физикальных и инструментальных методов обследования пациент направлен на операцию торакотомии для удаления инородного тела. *В ходе операции* обнаружен выраженный спаечный процесс в плевральной полости, шварты разделены, выявлено металлическое инородное тело (металлофиксатор), лежащее в толще диафрагмы, в области реберно-диафрагмаль-

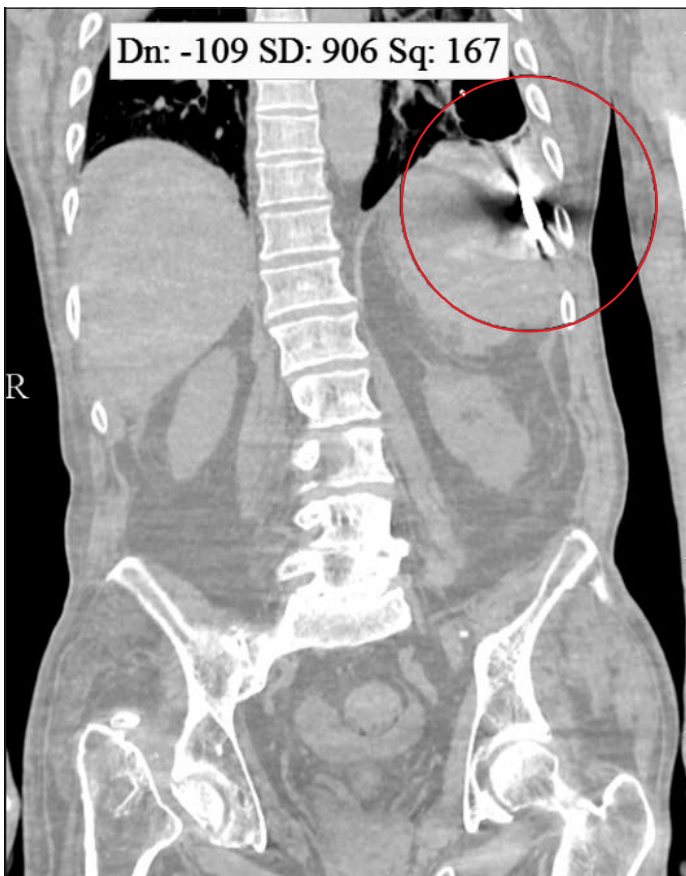


Рис. 1. КТ органов грудной клетки в легочном режиме: металлофиксатор входит в свободную плевральную полость (фронтальная плоскость)



Рис. 2. КТ органов грудной клетки в легочном режиме: металлофиксатор входит в свободную плевральную полость (сагиттальная плоскость)



Рис. 3. КТ органов грудной клетки в легочном режиме: металлофиксатор входит в свободную плевральную полость (горизонтальная плоскость)

рация лапаротомии. После разделения спаек при ревизии органов брюшной полости обнаружена гематома в области верхнего полюса левой почки, без повреждения органа. Полость салниковой сумки отсутствовала ввиду обширности спаечного процесса. Левая доля печени резко уменьшена в размерах, белесоватая, дряблая. Установлены дренажи, швы на рану послойно.

Послеоперационный период прошел без особенностей, швы сняты, больной выписан под наблюдение по месту жительства.

При последующем разборе данного случая было выяснено, что при удалении металлоконструкции в 2014 г.

часть фиксатора так и не была найдена в операционной ране, визуализация лучевыми методами не проводилась.

Предполагаем, что при миграции отломок во время движений бедра по задней группе мышц бедра через *foramen ishiadicum major* прошел в полость малого таза и далее в забрюшинном пространстве, повреждая листки брюшины, под воздействием мышц поясницы и изменения положения тела перфорировал диафрагму и повредил левое легкое пациента.

Литература

1. Масленников Е.Ю. Классификация ошибок при лечении переломов // Современные технологии в травматологии и ортопедии: ошибки и осложнения – профилактика, лечение: международный конгресс. 2004. Санкт-Петербург. 99 с. [Maslennikov E.Yu. Klassifikacija oshibok pri lechenii perelomov // Sovremennye tehnologii v travmatologii i ortopedii: oshibki i oslozhnenija – profilaktika, lechenie: mezhdunarodnyj kongress. 2004. Sankt-Peterburg. 99 s. (in Russian)].
2. Бушуев А.А., Осипов В.П., Коваленко В.Ф. Металлический стержень в полости перикарда после остеосинтеза грудино-ключичного сочленения // Ортопедия, травматология и протезирование. 1978. №11. С.70–71 [Bushuev A.A., Osipov V.P., Kovalenko V.F. Metallicheskiy sterzhen' v polosti perikarda posle osteosinteza grudino-kljuchichnogo sochlenenija // Ortopedija, travmatologija i protezirovanie. 1978. №11. S.70–71 (in Russian)].
3. Сиваконь С.В., Девин И.В., Кибиткин А.С. и др. Казуистический случай миграции ятрогенного инородного тела // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2012. №1(21). С.85–89 [Sivakon' S.V., Devin I.V., Kibitkin A.S. i dr. Kazuisticheskij sluchaj migracii jatrogenного inородного tela // Izvestija vysshih uchebnyh zavedenij. Povolzhskij region. Medicinskie nauki. 2012. №1(21). S.85–89 (in Russian)].
4. Tubbax H., Hendzol P., Sergeant P. Cardiac perforation after Kirschner wire migration // Acta Chir. Belg. 1989. Vol. 89. P.309–311.



Рис. 4. КТ органов грудной клетки, брюшной полости, таза в костном режиме: металлический стержень длиной 13 см от середины селезенки перфорирует левый купол диафрагмы, заканчивается в левом легком (сагиттальная плоскость)

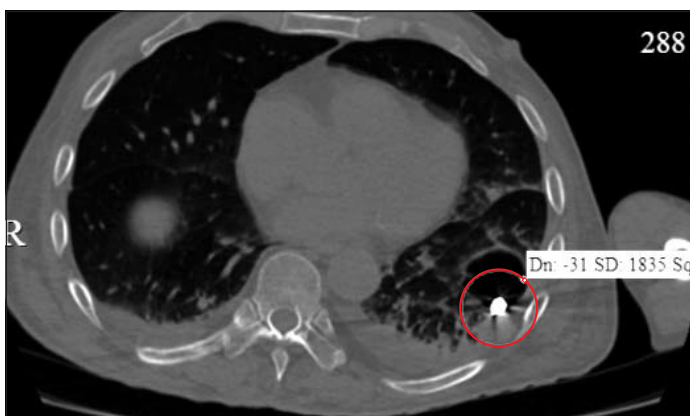


Рис. 5. КТ органов грудной клетки, брюшной полости, таза в костном режиме: металлический стержень длиной 13 см от середины селезенки перфорирует левый купол диафрагмы, заканчивается в левом легком (горизонтальная плоскость)

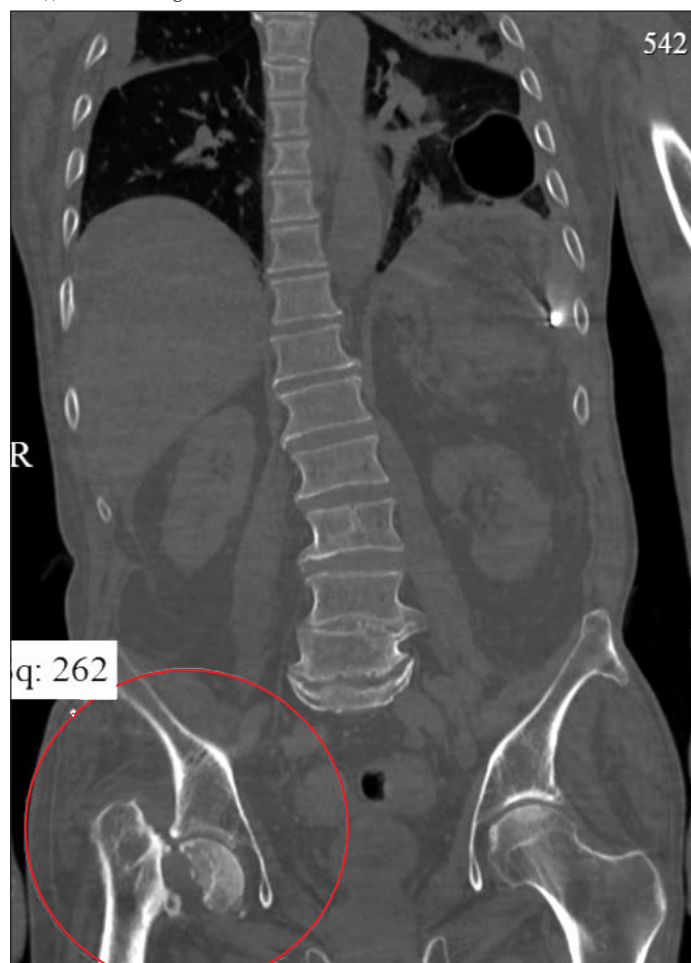


Рис. 6. КТ органов грудной клетки, брюшной полости, таза в костном режиме: деструкция кортикального слоя в области большого вертела правой бедренной кости, шейка лизирована, деструкция головки правого бедра (фронтальная плоскость)