

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ХОНДРОМОЙ IX, X РЕБЕР СПРАВА

Забазнов К.Г.*, Ковалева Н.С.

ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет», Ростов-на-Дону

DOI: 10.25881/BPNMSC.2021.34.68.033

Резюме. В настоящей статье рассмотрены особенности течения хондромы ребер, которая дебютировала с болевого синдрома, расцененного как межреберная невралгия. Анализ приведенного клинического наблюдения позволил разработать рекомендации по курации пациентов с подобной симптоматикой. Максимально развернутый и тщательный сбор анамнеза жизни, проявление настороженности в отношении атипичного болевого синдрома, позволит обосновать правильный диагноз и выработать адекватную лечебную тактику.

Ключевые слова: хондрома ребра, полинейропатия.

Доброкачественные опухоли скелета составляют 1–2% от всех новообразований [1]. Хондромы являются четвертыми по встречаемости среди всех новообразований плоских костей (таза, лопатки, грудины и ребер), составляя от 10 до 27% среди доброкачественных опухолей костей и до 12% среди всех новообразований костной системы [2]. Характерной локализацией этого вида опухолей являются короткие трубчатые кости кистей и стоп (80%), значительно реже их можно встретить в ребрах и длинных трубчатых костях. Клинические проявления этого вида опухолей на начальном этапе являются минимальными. Могут отмечаться слабые периодические боли, усиливающиеся при нагрузках и проходящие в покое. Также эти проявления будут зависеть от направления роста новообразования и его взаимоотношений с окружающими органами и тканями, что может приводить к имитации клиники поражения других органов и систем. Основным методом лечения данных заболеваний остается хирургический.

В сложных случаях, при которых на первое место в клинической картине выступает нетипичная симптоматика, специалист на начальных этапах обследования может попасть в заблуждение, что, как следствие, приведет к увеличению промежутка «дебют — диагноз». Приводим клиническое наблюдение.

Больная Б., 53 лет обратилась на консультацию к неврологу в феврале 2019 г., с жалобами на дискомфорт в

SURGICAL TREATMENT OF A PATIENT WITH CHONDROMA IX, X RIBS ON THE RIGHT

Zabaznov K.G.*, Kovaleva N.S.

Rostov State Medical University, Rostov-on-don

Abstract. This article discusses the features of the course of rib chondroma, which debuted with a pain syndrome, regarded as intercostal neuralgia. The analysis of the above clinical observation allowed us to develop recommendations for treatment of patients with similar symptoms. The most detailed and thorough collection of anamnesis of life, the manifestation of alertness in relation to atypical pain syndrome, will allow you to justify the correct diagnosis and develop adequate treatment tactics.

Keywords: rib chondroma, polyneuropathy.

правой половине грудной клетки, боли при поворотах корпуса и при глубоком вдохе, распространяющиеся в проекции 8–9 ребра справа. Считает себя больной около года, когда стала периодически отмечать вышеописанные жалобы, лечилась самостоятельно, за медицинской помощью не обращалась, около месяца наблюдалась у невролога в поликлинике по месту жительства по поводу межреберной невралгии, получала терапию (НПВС, витамины группы В) без значимого эффекта. Из анамнеза было выяснено, что на фоне погрешности в диете появились боли приступообразного характера в правом подреберье. При детальном сборе анамнеза выяснилось, что примерно 15 лет назад пациентка получила травму в области правого подреберья. Со слов пациентки, травма была легкой, и боль прошла в течение двух дней, к врачу не обращалась. В связи с отсутствием в неврологическом статусе очаговой симптоматики, была направлена на дообследование: ультразвуковое исследование органов брюшной полости (19.02.2019), при котором обнаружено объемное образование (115×95мм) с кистозным компонентом в правой доле печени. Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (20.02.2019). Заключение: МРТ-признаки полисегментарного объемного образования в области правого подреберья, выходящего за пределы ребер, неоднородной структуры, размерами 9,5×11,6×11,5 см, более вероятно кистозное новообразование печени (Рис. 1, 2).

Выполнено иммунохимическое исследование крови (24.02.2019) для определения уровня альфа-фетопротеина 3,69 нг/мл и наличие IgG к *Echinococcus granulosus* 0,32 КП (отрицательный результат).

В связи с полученными результатами обследования, больная была направлена к хирургу для определения дальнейшей лечебной тактики. Данные объективного осмотра: область правого подреберья не выбухает, кожные покровы не изменены, живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень пальпируется у края реберной дуги. При аускультации и при перкуссии жидкости в плевральной полости не определяется. Учитывая клинико-анамнестические, рентгенологические и лабораторные данные был установлен диагноз: Истинная киста правой доли печени. Запланировано хирургическое лечение. Предполагаемый объем оперативного вмешательства: резекция двух и более сегментов печени. 13.03.2019 пациентка оперирована доступом по краю правой реберной дуги. Выявлено образование, исходящее из IX, X ребер справа. Образование плотностноэластической консистенции, размером 15×17×10 см, хрящевидной плотности, интимно прилежащее к диафрагмальной поверхности печени. Произведена мобилизация печени путем рассечения круглой связки печени коагулятором, правой и левой треугольных связок. Образование отсепаровано от паренхимы печени с использованием монополярной коагуляции. Выполнена расширенная би-

* e-mail: natrm@mail.ru

Забазнов К.Г., Ковалева Н.С.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ХОНДРОМОЙ IX, X РЕБЕР СПРАВА

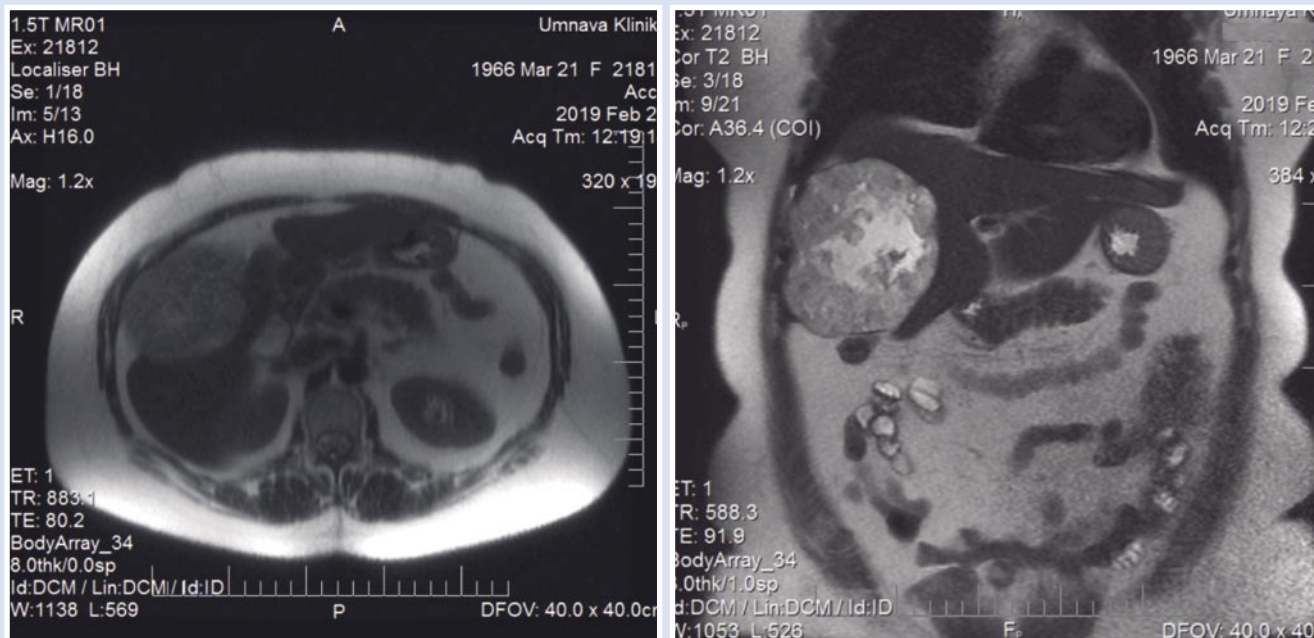


Рис. 1, 2. Пациентка Б., 53 лет. Полисегментарное объемное образование печени неоднородной структуры, размерами 9,5х11,6х11,5 см.

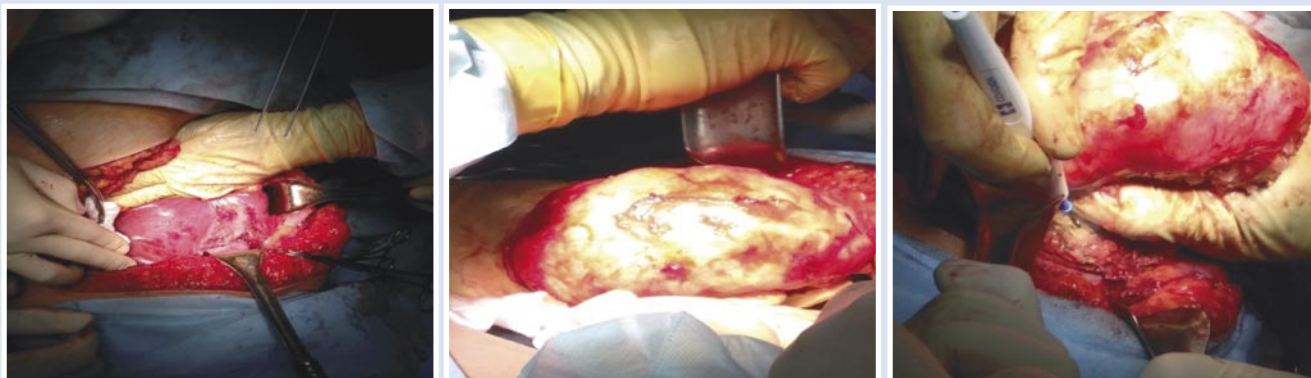


Рис. 3-5. Пациентка Б., 53 лет. Интраоперационные фотографии. Этапы выделения образования.

опсия образования с резекцией хрящевой части IX, X ребер с пластикой диафрагмы справа. Установлены дренажи в поддиафрагмальное пространство справа. Результат гистологического исследования №2320-24/19 от 22.03.2019: хондрома с выраженными дистрофическими изменениями хондроцитов, отеком стромы; участки гиалинового хряща с дистрофическими изменениями клеток с прослойками плотной соединительной ткани.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана 25.03.2019 г. в удовлетворительном состоянии.

Хондромы небольшого размера длительное время протекают бессимптомно, при их значительном росте воз-

никают клинические проявления. Больная социально вполне благополучная, несмотря на формирование стойкого болевого синдрома значительно ухудшавшего ее качество жизни, в течении года не обращалась за медицинской помощью, а лечилась самостоятельно. В тоже время обращение в поликлинику повлекло за собой постановку «дежурного диагноза» без дополнительного обследования и установления основного диагноза. Нельзя недооценивать значимость в диагностическом процессе данных анамнеза жизни, которые в этом клиническом наблюдении послужили одним из важных факторов в постановке диагноза. Клинические проявления хондром костей ребер, грудины и таза чаще всего дебютируют уже при до-

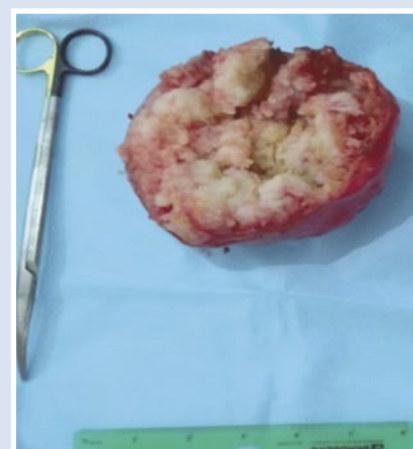


Рис. 6. Пациентка Б., 53 лет. Интраоперационные фотографии. Образование плотно-эластической консистенции, размером 15х17х10 см, хрящевидной плотности.

стижении опухолью крупных размеров, и практически всегда ассоциированы со сдавлением различных анатомических образований, симулируя другие нозологии, как, к примеру, в представленном клиническом наблюдении.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Нейштадт Э.Л. Опухоли и опухолеподобные заболевания костей: Руководство для врачей. — СПб: Фолиант, 2007. — 378 с. [Nejshadt E.L. Opuholi i opuholepodobnye zabolovaniya kostej: Rukovodstvo dlya vrachej. SPb: Foliant; 2007. 378 p. (In Russ).]
2. Арустамян Э.Э. Крихирургия и костная пластика при лечении хондром: Дис. ... канд. мед. наук. — Астрахань; 2008. — 160 с. [Arustamyan E.E. Kriohirurgiya i kostnaya plasti-ka pri lechenii hondrom. [dissertation] Astrahan'; 2008. 160 p. (In Russ).]
3. Белый С.И. Современные аспекты лечения энхондром кисти / 3-й международный конгресс «Современные технологии в травматологии и ортопедии»: В 2 ч. — М., 2006. — Ч. 2. — С. 307. [Belyj S.I. Sovremennye aspekty lecheniya en-hondrom kisti. 3-j mezhhdunarodnyj congress. Sovremennye tekhnologii v travmatologii i ortopedii. M.; 2006. P.2. p.307. (In Russ).]

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОСТРАВМАТИЧЕСКИМ РАЗРЫВОМ ПРАВОЙ ПОЧКИ

Ханалиев Б.В.*, Тевлин К.П., Косарев Е.И.,
Иванов А.В., Магомедов Ш.С.

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова»,
Москва

DOI: 10.25881/BPNMSC.2021.72.77.034

Резюме. Представлено клиническое наблюдение пациента с посттравматическим разрывом правой почки после падения. Особенность данного наблюдения в отсутствии явной клинической картины, характерной для посттравматического разрыва почки. После проведения дополнительных методов обследования, пациенту проведена экстренная операция. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Ключевые слова: травма почки, компьютерная томография, гематома, люмботомия, нефрэктомия.

TACTICS OF MANAGING THE PATIENT WITH POSTURUMATIC RUPTURE OF THE RIGHT KIDNEY

Hanaliev B.V.*, Tevlin K.P., Kosarev E.I., Ivanov A.V., Magomedov S.H.S.

Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. A clinical observation of a patient with post-traumatic rupture of the right kidney after a fall is presented. The peculiarity of this observation is in the absence of an obvious clinical picture characteristic of post-traumatic rupture of the kidney. After additional examination methods, the patient underwent emergency surgery. The postoperative period was uneventful.

Keywords: kidney injury, computed tomography, hematoma, lumbotomy, nephrectomy.

Введение

Травма почки по распространенности занимает от 1 до 5% случаев всех травм и порядка 65% в числе поврежденных всех органов мочеполовой системы [1]. Травмы почки классифицируются на закрытые и проникающие в зависимости от механизма действия. Наиболее распространены закрытые травмы, которые встречаются в 90–95% случаев [2]. На автомобильные аварии приходится до 61% закрытых повреждений почек, 11% на падения и 7% — на спортивные травмы [3; 4]. В результате травмы происходит прямое повреждение почек и / или прилежащих структур, реже приводит к отрыву сосудистых структуры ворот или лоханочно-мочеточникового сегмента.

Наиболее полная классификация травмы почки представлена в клинических рекомендациях Американской ассоциации хирургической травмы (AAST). В ней выделены несколько групп по степени тяжести:

- 1) субкапсулярная гематома;
- 2) паранефральная гематома с разрывом паренхимы глубиной не более 1 см;
- 3) паранефральная гематома с разрывом паренхимы глубиной более 1 см;
- 4) разрыв паренхимы, проникающий в ЧЛС и сочетающийся с разрывом или тромбозом сегментарной артерии или сегментарного почечного сосуда;
- 5) разможнение паренхимы, либо тотальный отрыв почечной ножки.

При тяжелой травме могут быть сочетанные повреждения — селезенки, печени, брыжейки кишечника (до 70%) [5].

Стоит отметить, что наличие травмы почки в ряде случаев бывает не столь очевидными.

Клиническое наблюдение

Пациент Д., 32 лет, 00:45 07.12.2020 г. в экстренном порядке поступил в НМХЦ им. Н.И. Пирогова с предварительным диагнозом: основной: ушиб правой почки. Осложнение основного: забрюшинная гематома справа.

Из обстоятельств получения травмы: 06.12.2020 г. около 13:00 в г. Алушта, во время поездки на велосипеде упал на спину. Обратился в районную больницу,

* e-mail: urology-andrology@yandex.ru