

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 POSTTRAUMATIC 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) размождение 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

рекомендована госпитализация в профильное учреждение. 06.12.2020 г. около 19:50 вылетел в Москву, по прилету в аэропорт Домодедово, проведена инъекция транексамовой кислоты 1000 мг, вызвали СМП. В экстренном порядке госпитализирован в НМХЦ им. Н.И. Пирогова для обследования и лечения.

07.12.2020 г. 00:50 — на момент осмотра в приемном отделении пациент предъявлял жалобы на боли в правой половине живота, общую слабость.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,8 °С. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые. Грудная клетка без патологии, в акте дыхания участвует равномерно. ЧДД 18 в 1 мин. Область сердца внешне без особенностей. Гемодинамические показатели стабильные: тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный, ЧСС — 65 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в правой половине живота. Печень и селезенка не пальпируются, не увеличены. Перитонеальных симптомов нет. Область почек внешне не изменена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания слабо положительный справа. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание самостоятельное, свободное, отмечается гематурия.

При дообследовании: по данным лабораторных методов исследования, клинический анализ крови (гемоглобин — 120 г/л) был в пределах референтных значений; в биохимическом анализе крови отмечался повышение уровня креатинина (196 мкмоль/л); по данным общего анализа мочи — эритроцитурия (до 500 в поле зрения).

По данным УЗИ органов брюшной полости, почек: печень, селезенка, поджелудочная железа, желчный пузырь без УЗ-изменений. Под правой долей печени определяется скопление жидкости толщиной 10 мм, в малом тазу около 15 мл свободной жидкости геморрагического характера. Гематома (24×30×64 мм (объемом около 25 см³)) с признаками организации в правой подвздошной области; диффузных изменений ткани печени и ткани поджелудочной железы.

Правая почка определяется в типичном месте. Размеры в пределах нормы: 90×40 мм (120×50×60 мм). Контуры четкие, ровные. Паренхима равномерная по толщине, 20 мм. Кортико-медуллярная дифференцировка сохранена. Синус 22 мм, умеренно повышенной эхоген-

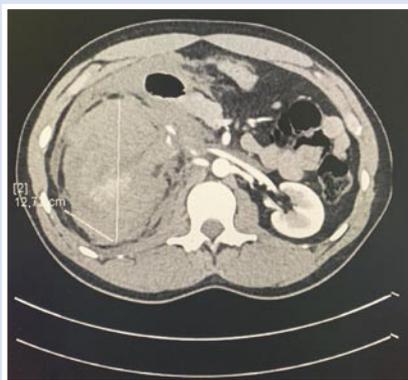


Рис. 1. КТ. Поперечный срез. Паранефральная гематома правой почки.

ности. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкременты с акустической тенью не определяются. Вокруг правой почки, в основном, у верхнего полюса определяется гематома с признаками организации объемом около 600 см³. Левая почка без особенностей.

Ввиду компенсированного состояния пациента и стабильных гемодинамических показателей, операционной бригадой решался вопрос об оперативном вмешательстве в объеме пункции и дренировании гематомы; проводилась консультация эндоваскулярным хирургом, для возможной дальнейшей эмболизации артерий правой почки в области возможного поверхностного разрыва.

Тактика ведения пациента менялась после проведения экстренной компьютерной томографии (07.12.2020 г. 03:35) брюшной полости и забрюшинного пространства, при которой выявлены КТ признаки размозжения правой почки, в виде двух крупных сегментов, структура которых также с многочисленными дефектами; расположена в гематоме с наличием свёртков крови общими размерами до 20×12×11 см (Рис. 1, 2), общий объем до 1300 мл; организующаяся гематома правых отделов живота и малого таза (имбибиция жировой клетчатки кровью), геморрагическое содержимое полости малого таза в небольшом количестве (120–150 мл).

В связи с ограниченным (без повреждения других органов) повреждением почки и наличием забрюшинной гематомы, операционной бригадой принято решение о проведении люмботомии с нефрэктомией справа. В дальнейшем при необходимости коррекция доступа до лапаротомии. Пациент о тактике лечения предупрежден, согласие получено.

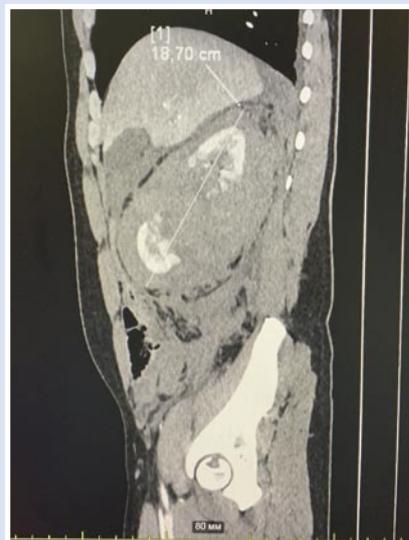


Рис. 2. КТ. Сагиттальный срез. Паранефральная гематома справа.

07.12.2020 г. 03:45 пациенту проведена экстренная операция: люмботомия справа. Ревизия забрюшинного пространства справа, ревизия брюшной полости. Нефрэктомия справа.

Интраоперационно: паранефральная клетчатка пропитана кровью. После вскрытия фасции Герота, эвакуировано около 500 мл измененной крови и свёртков. Тупым и острым путем, выделена передняя и задняя поверхности правой почки, определено, что почка разделена на две части поперечным разрывом. Почечная ножка взята на зажим, пересечена, наложены две лигатуры с прошиванием. После вскрыта париетальная брюшина и выполнена ревизия брюшной полости, при которой эвакуировано около 100 мл геморрагического экссудата. Определено, что брыжейка тонкой кишки на протяжении 10 см имбибирована кровью. Признаков внутрибрюшного кровотечения, повреждения органов брюшной полости не выявлено. Объем кровопотери — 1500 мл.

Гистологическое исследование (протокол № 9109) от 14.12.2020 г. — многочисленные участки некроза и геморрагического пропитывания почечной паренхимы и лоханки, вторичные воспалительные и дистрофические изменения почечной паренхимы (Рис. 3).

Во время операции было отмечено ухудшение гемодинамических показателей — были скорректированы анестезиологами.

В послеоперационном периоде пациент находился в отделении реанима-

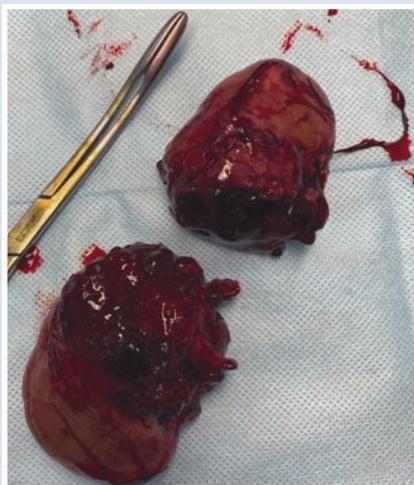


Рис. 3. Макроскопический препарат. Фрагменты правой почки.

ции под наблюдением врачей анестезиологов-реаниматологов, где проводилась комплексная симптоматическая терапия (в том числе проведена гемотрансфузия 2 доз эритроцитарной взвеси). Проводилась антибактериальная профилактика, противовоспалительная, гемостатическая и симптоматическая терапия.

По данным контрольных лабораторных показателей (в динамике) и УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства от 17.12.2020 г. признаки системного воспаления отсутствуют и отмечена положительная динамика проводимого лечения. 18.12.2020 г. послеоперационные швы удалены, рубец без признаков воспаления. В удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение урологом, хирургом и нефрологом по месту жительства.

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

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Meng MV, et al. Renal trauma: indications and techniques for surgical exploration. *World J Urol.* 1999; 17: 71.
2. Santucci RA, Wessells H, Bartsch G, et al. Evaluation and management of renal injuries: consensus statement of the renal trauma subcommittee. *BJU Int.* 2004; 93(7): 937–954.
3. Santucci RA, et al. Evaluation and management of renal injuries: consensus statement of the renal trauma subcommittee. *BJU Int.* 2004; 93: 937.
4. Shoobridge JJ, Bultitude MF, Corcoran N. A 9-year experience of renal injury at an Australian level 1 trauma centre. *BJU Int.* 2013; 112(2): 53–60.
5. Moore EE, et al. Organ injury scaling: spleen, liver, and kidney. *J Trauma.* 1989; 29: 1664.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКОГО РЕТРОЦЕРВИКАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Политова А.К., Кира Е.Ф.*,
Вершинина Ю.А., Александрова А.Д.
ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова»,
Москва

DOI: 10.25881/BPNMSC.2021.36.16.035

Резюме. Представлено клиническое наблюдение хирургического лечения инфильтративной формы эндометриоза с вовлечением мочеточников, прямой кишки, с прорастанием стенки влагалища с использованием лапароскопического доступа. Показаны сложности диагностики данной патологии, возможности эндовидеоскопии в радикальном лечении эндометриозного инфильтрата при наличии оснащенной операционной и подготовленной хирургической бригады.

Ключевые слова: ретроцервикальный эндометриоз, лапароскопия.

Глубокий инфильтрирующий эндометриоз — самая тяжелая форма данного заболевания, отличающаяся сложностью хирургического вмешательства, ухудшающая качество жизни и фертильность женщин [10].

Глубокий эндометриоз часто бывает мультифокальным и поражает следующие структуры: маточно-крестцовые связки, задний свод влагалища, мочевой пузырь, мочеточники, толстую и тонкую

SURGICAL TREATMENT OF DEEP RETROCERVICAL ENDOMETRIOSIS

Politova A.K., Kira E.F.*, Verшинina YU.A, Aleksandrova A.D.
Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. A clinical case of surgical treatment of an infiltrative form of endometriosis involving the ureters, rectum, and vaginal wall germination using laparoscopic access is presented. The difficulties of diagnosing this pathology, the possibilities of endovideosurgery in the radical treatment of endometrioid infiltrate in the presence of an equipped operating room and a trained surgical team are shown.

Keywords: retrocervical endometriosis, laparoscopy.

кишечника [3]. Приблизительно 3,8–37% пациенток с эндометриозом имеют поражение кишечника [16]. Основными локализациями кишечного эндометриоза являются прямая кишка и ректо-сигмовидный отдел толстой кишки (65,7%), сигмовидная кишка (17,4%), аппендикс (6,4%), тонкая кишка (4,7%), слепая кишка и илеоцекальное соединение (4,1%), сальник (1,7%) [7]. Эндометриоз мочевыводящих путей встречается пример-

но у 1–5,5% женщин с эндометриозом. В 70–85% случаев поражается мочевой пузырь, а в 9–23% случаев — мочеточник [6]. Вовлечение мочеточника часто имеет место при эндометриозе боковой стенки таза или маточно-крестцовых связок.

Основу клинической диагностики эндометриоза у женщин составляет циклический характер разнообразных проявлений, среди которых ведущее место занимает болевой синдром [1]. Боль мо-

* e-mail: profkira33@gmail.com