

ЗАБРЮШИННЫЕ ЖИДКОСТНЫЕ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ: ГЕМАТОМА, УРОГЕМАТОМА, УРИНОМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Аллазов С.А.¹, Шодмонова З.Р.², Шукуров А.А.³, Муминов С.Р.⁴

¹Аллазов Салах Аллазович – профессор;

²Шодмонова Зебунисо Рахимовна – доцент;

³Шукуров Алишер Аслиддинович – студент магистратуры;

⁴Муминов Сухроб Ропижонович - студент магистратуры, кафедра хирургических болезней № 2 и урологии,

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: в обзоре приводится критическая оценка современных взглядов на происхождение, клиническую картину, особенности течения часто встречающихся осложнений при травмах органов брюшного пространства – брюшных жидкостных объемных образований - гематом, урогематом, урином. Акцентируется, что брюшные жидкостные объемные образования могут возникать в результате прямой травмы без или с повреждением костей и внутренних органов, а также быть ятрогенными в мирное время, в условиях военных конфликтов. Указывается на важность разработки экспериментальной модели брюшной гематомы для понимания механизма ее возникновения и патогенеза, что облегчает определение тактики медицинской помощи. Увеличение количества уличных транспортных средства, а также учащение ранений военного характера в наше время требует пристального внимания к этой дискуссионной проблеме.

Ключевые слова: брюшное пространство, повреждение, гематома, урогематома, уринома.

За последние годы у «компьютерных томографистов» сложилось такое обобщенное представление, как «кистозные новообразования». Последние в почках по Bosniak M.A. (1986) [4] включают: 1. простую кисту - тонкостенную без перегородок и кальцификатов; 2. доброкачественную кисту, содержащих несколько перегородок и кальцификатов; 3. кисты, которые содержат множество перегородок; 4. сомнительные кистозные образования, утолщёнными стенками и перегородками, доброкачественного или злокачественного характера; 5. явно злокачественные образования, включающиеся кистозный рак. К этой же категории объемных образований можно отнести брюшную гематому (ЗГ) - кровоизлияние с образованием скопления крови в клетчатке брюшного пространства. (ЗГ) часто сопровождают закрытые и открытые повреждения живота, в том числе и ранения поясничной области. Её разнообразием является брюшная урогематома (ЗУГ), возникающая при разрыве всех слоев почечной паренхимы с повреждением стенки чашечек и лоханки [3].

При операциях по поводу травмы живота и таза, часто сталкиваются с интраоперационной картиной брюшного кровоизлияния (ЗК). В такой ситуации, у хирурга всегда возникает множество вопросов об источнике брюшного кровотечения, требуется ли ревизия (ЗГ) и так далее [3,6]. Несмотря на это, публикаций на данную тему крайне мало как в зарубежной, так и в отечественной печати, что заставило нас сделать попытку составления обзора литературы, посвященной этой теме. Многие говоря о кровоизлиянии в брюшное пространство того или иного генеза, употребляют термин «брюшная гематома», хотя более чем в 80% случаев кровоизлияние в брюшное пространство протекает по типу пропитывания и лишь у остальной части пострадавших – с образованием сгустков крови, гематомы [11]. Поэтому, правильнее говорить не «брюшная гематома», а «брюшное кровоизлияние» [6]. ЗК чаще возникает при переломах костей таза, переломах позвоночника, повреждениях почек, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, желудка, аорты, нижней полой вены, почечных сосудов, гемофилии [16]. По локализации брюшные гематомы Земляной В. П. и соавт., (2016) [8] разделили на три типа: I тип - центральные, II тип - боковые, III тип - тазовые (рис-1).

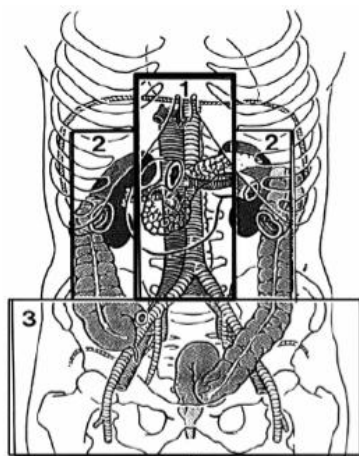


Рис. 1. Типы забрюшинных гематом: 1 - центральные (I-тип), 2 - боковые (II-тип), 3 - тазовые (III-тип)

К центральному типу относятся гематомы, располагающиеся в центральной части забрюшинного пространства и обусловлены они, как правило, повреждением аорты, нижней полой или воротной вен, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы. Боковые гематомы (II тип) располагаются в забрюшинном пространстве, от латеральной части диафрагмы до гребня подвздошной кости. Причиной их возникновения чаще всего служит повреждение почки. Тазовые гематомы (III тип) располагаются в ретроперитонеальном пространстве полости таза и связаны с повреждением подвздошных сосудов. В отдельную группу выделяют комбинированные (обширные) гематомы, захватывающие несколько областей забрюшинного пространства. Очень характерна проба «легкого надавливания на урогематому» в стороне от раны. При этом из раневого канала рывками поступает кровянистая моча. Больному перед пробой лучше ввести спазмолитические средства внутримышечно. Подобная забрюшинная урогематома так и называется – дренированной [11].

Уринома (urіnoma: лат. Urіna-моча + oma-опухоль, синонимы: параренальная мочевого псевдокиста, перипельвикальная мочевого гранулема, «мочевого псевдокиста») скопление мочи в околопочечной или забрюшинной клетчатке, окруженное фиброзной капсулой, чаще всего обусловлено повреждением органов мочевого системы с выделением мочи в забрюшинное пространство [17]. Небольшое количество мочи при нормальном лимфатическом оттоке из забрюшинного пространства может полностью резервироваться. В других случаях, даже если поступление мочи прекращается, ее скопление инкапсулируется (плотная соединительнотканная капсула образуется через 3-6 нед.) [15].

До сих пор не ясна роль околопочечной гематомы в происхождении посттравматических осложнений. Неопределенность критериев для оценки степени повреждения почечной ткани не позволяет у пострадавших своевременно выбрать рациональный метод лечения. Не разработаны также критерии для объема операции. Клиническая картина забрюшинных гематом зависит прежде всего от характера повреждения костей, органов ЗП, живота, а также от величины кровоизлияния, которая может достигать до 2 л крови и более. Геморрагический синдром при небольших гематомах не выражен. Однако при значительных кровоизлияниях отмечается анемизация с падением артериального давления вплоть до коллапса [14].

Диагностика ЗГ основывается прежде всего на анамнезе (характер травмы, геморрагии в прошлом при гемофилии) и местные проявления – припухлость, болезненность в поясничной области или в тех или иных отделах брюшной полости, быстро развивающееся метеоризм. Большое значение имеют симптомы нарушения функции мочевыводящей системы, при этом характерный симптом – вынужденное положение больного с приведенным к животу бедром на стороне гематомы. Ю.А. Пытелем, И.И. Золатарёвым (1985) описан примечательный симптом, который наблюдается у мужчин при наличии гематомы (урогематомы) в ЗП: половой член вне эрекции приподнят и располагается на передней брюшной стенке в направлении той стороны, где возникла забрюшинная гематома («член-указка», «половой член-указка забрюшинной гематомы»).

«Острый живот» при ЗГ проявляется чрезвычайно разнообразно: постоянные тупые боли в животе, локальное мышечное напряжение, ограниченные участки притупления при перкуссии живота, не меняющие своих границ при перемене положения тела больного (симптом Джойса), ранний парез кишечника в первые 6 часов. Симптом Джойса выявляется на стороне ЗК. Лечебно-диагностическая тактика, по данным литературы, варьирует от неинвазивной инструментальной диагностики и динамического наблюдения до лапаротомии с ревизией забрюшинного пространства [4], в зависимости от локализации гематомы, тяжести состояния пациента и др. СКТ и МРТ обладают высокой чувствительностью и в 85–98% случаев оказываются эффективными для обнаружения забрюшинных гематом [2], а также для установления источника кровотечения.

Литературные данные, характеризующие чувствительность ультразвукового метода для обнаружения забрюшинных гематом, варьируют в широких пределах, составляя от 14,3% до 52,0% [14]. В исследовании А. Н. Смоляра и соавт. (2009) [14] чувствительность УЗИ в выявлении забрюшинных гематом составила 14,3%. Следует отметить, что во всех случаях при проведении УЗИ были обнаружены паранефральные гематомы, тогда как обнаружить паравазальные гематомы не представлялось возможным. Э. Я. Дубров и соавт. (1978) также указывают на зависимость информативности УЗИ от локализации ЗГ: гематомы таза удавалось обнаружить, только когда они распространялись выше крыла подвздошной кости. Также авторы отмечают трудности диагностики при сочетании забрюшинных гематом с повреждениями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В исследовании Е. Ю. Трофимовой и соавт. (2012) [16] выявлена зависимость частоты обнаружения ЗГ при УЗИ от времени, прошедшего с момента травмы: в течение первых трех часов ЗГ были обнаружены у 39,7% пациентов, у оставшихся пациентов ЗГ удавалось выявить в течение первых суток. Аналогичные данные представлены М. М. Абакумовым и соавт. (2013) [1] точность УЗИ при проведении повторных исследований возрастает до 68,4%. В отдельных случаях производят лапароцентез и, как крайнюю меру, при невозможности исключить повреждение внутренних органов - лапаротомию. Информативность диагностической лапароскопии высоко оценивается большинством авторов. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность лапароскопии для уточнения необходимости лапаротомии при травмах составляет 75–100% [10]. Травмы органов мочеполовой системы занимают одно из ведущих мест в возникновении ЗГ [10]. От их своевременной и правильной диагностики во многом зависит выбор метода лечения пациентов и дальнейшая их судьба.

Особенно сложную группу составляют пострадавшие сочетанной травмой живота и органов забрюшинного пространства, прежде всего мочевого пузыря и почек [12]. В настоящее время ведущее место среди повреждений органов мочеполовой системы занимают закрытые травмы почек с образованием ЗГ в ЗП [12, 17]. Закрытая (подкожная) травма почки характерна в основном для мирного времени [16]. Впрочем с неё начинались первые описания травматических повреждений почек. Так, фундаментальные исследования на эту тему выполнены Галеном в III веке до нашей эры, А. Парэ в XVI веке, Ф.А. Рейном в России в 1894 г. Последний внес вклад в теорию патогенеза подкожных разрывов почек, показал роль повышения гидростатического давления в почке при нанесении удара (теорема Кюстера). Для глубокого понимания патогенеза и механизма ЗГ и оптимизации оказания медицинской помощи определенное значение имеет моделирование ЗГ, и на его основании апробировать способы диагностики и лечения.

Известен способ моделирования ЗГ, предусматривающий использование так называемого ударного устройства. Животного, например крысу, находящуюся под общим наркозом, укладывают на спину и фиксируют к столу. Для нанесения удара по почке нажимают на спусковой курок, возникающая при этом травма почки сопровождается разрывом кровеносных сосудов с последующим кровотечением и формированием забрюшинной гематомы. Известен также способ моделирования забрюшинных гематом, при котором в качестве объекта исследования используют трупы скоропостижно скончавшихся людей.

Существует также возможность ятрогенных травм (повреждение, вызванное врачебной манипуляцией), которые могут возникать при прохождении катетера через мочеточник (повреждение почечной лоханки) при выполнении биопсии почки, а также при наличии инфекции чашечно-лоханочной системы деструктивного характера. Описан случай сквозного повреждения стенки чашечки мочеточниковым катетером и затека паранефрия контрастным веществом во время ретроградной уретеропиелографии (рис. 2) [3].

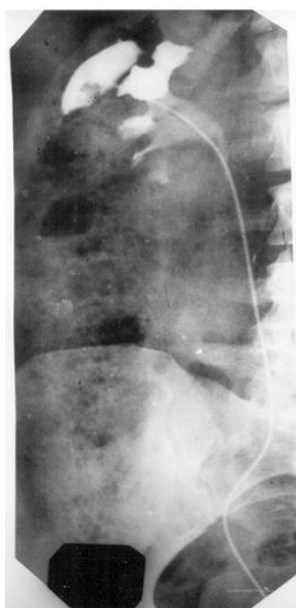


Рис. 2. Сквозное повреждение чашечки катетером. Затека контрастного вещества в паранефральную ткань

Диагностика ЗГ довольно сложна, особенно при сочетанной травме с повреждением внутренних органов. При обзорной рентгенографии можно выявить нечеткость контура подвздошно-поясничной мышцы, смещение тени почки или ободочной кишки. Диагноз уточняют с помощью компьютерной томографии и ультразвукового исследования.

При обнаружении верхних (или центральных) забрюшинных гематом, они подлежат ревизии в качестве завершающего этапа диагностической лапаротомии, которая исключила бы внутрибрюшинный характер кровотечений. Источником такой гематомы могут быть все повреждения забрюшинно расположенных органов [12]. В крайне редких случаях через тот или иной срок после травмы указанная гематома может распространяться до мошонки или под кожу бедра, даже в копчиковую область, нагнаившаяся симулировать копчиковый свищ [2]. Возникающая в редких случаях при закрытой травме почек сильное кровотечение в околопочечное пространство обычно не имеет тенденции к прекращению. Оно может иметь место при таких тяжелых повреждениях, как множественные глубокие разрывы почки, размоложение ее, разрыв сосудов почечной ножки. В подобных случаях наблюдается так называемое молниеносное течение повреждения почки, при котором за короткий срок, если своевременно не произведено экстренное оперативное вмешательство, наступает смерть от острой кровопотери.

Касаясь вопроса об опасности для жизни первичных кровотечений из поврежденной почки или сосудов ее ножки в околопочечное пространство, важно уточнить, возникает ли угрожающая кровопотеря [7]. Между тем решить этот вопрос чрезвычайно трудно, так как собрать и измерить объем крови, излившейся в околопочечное пространство, наподобие того, как это часто делают при кровоизлияниях в брюшную полость, практически невозможно по той причине, что эта кровь в короткий срок пропитывает околопочечную, а при обильном кровотечении и всю забрюшинную жировую клетчатку с соответствующей стороны.

Обычно величину кровоизлияния в околопочечное пространство оценивают условно как небольшое, умеренное или значительное в зависимости от создавшегося у врача общего впечатления. Если существование околопочечной гематомы обнаруживают при лапароскопии, когда указанная гематома при целостности заднего листка париетальной брюшины «выбухает» в брюшную полость, то в случаях образования в области соответствующей почки небольшой «подушки» ее рассматривают как небольшую. Если выступающая околопочечная гематома имеет величину с кулак, её считают умеренной, а если эта гематома величиной с голову новорожденного или больше, то значительных размеров [7].

Кровопотеря в 500 мл действительно не представляет непосредственной опасности для жизни больного. Повреждение сосудов почечной ножки, когда за короткий срок кровопотеря составит такое количество, может вызвать смерть пациента, в тоже время при тяжелом повреждении почки кровопотеря может составить 500 мл, но протекать благоприятно, когда оперативное вмешательство производилось своевременно после травмы и большее количество крови не успело излиться.

Выявление у больных с закрытой травмой почки околопочечной гематомы и наблюдение за ее обратным развитием имеет большое практическое значение, так как часто величина этой гематомы в известной мере может указывать на тяжесть почечной травмы и, кроме того, является хорошим косвенным показателем течения последней.

Особого значения заслуживает течение закрытых и открытых повреждений почки в случаях, когда вследствие нарушения целостности ее чашечно-лоханочной системы в связи с травмой в околопочечное пространство поступает моча. В момент травмы в указанных случаях в околопочечное пространство может изливаться лишь то незначительное количество мочи, которое к этому времени находилось в лоханке соответствующей почки, что практического значения не имеет. Лишь впоследствии по мере восстановления функции поврежденной почки и поступления мочи в параренальное пространство постепенно развивается мочевиная инфильтрация околопочечной, а затем и забрюшинной клетчатки.

Учащение уличных, транспортных травм, а также ранений локального военного характера, в наше время требует еще более пристального внимания к этой острой и дискуссионной проблеме.

Список литературы

1. Аллазов С. Особенности острых инфекционно-воспалительных заболеваний почки при воздействии пестицидов // Урология и нефрология, 1994. № 2. С. 14-16.
2. Аллазов С.А., Гиегов Ш.И., Насыров Ф.Р. Современные взгляды на травматические повреждения мочевыделительной системы // Вестник экстренной медицины, 2011. № 3.
3. Аллазов С.А., Турсунов Х.Б. Редкий случай в урологии и хирургии. Вестник врача 2011; 2: 37-38.
4. Аллазов С.А. Повреждения почек и мочевыводящих путей. Урология 2012; 6: 110-112.
5. Ахмедова М.М., Шарипов Р.Х., Расулова Н.А. Дизметаболическая нефропатия. Учебно-методическая рекомендация. Самарканд, 2015. С. 26.
6. Ахмедов Ю.М. и др. Рентгенопланметрические методы диагностики обструктивных уропатий у детей // Саратовский научно-медицинский журнал, 2007. Т. 3. № 2.
7. Мавлянов Ф.Ш. и др. Способы уретероцистоанастомоза у детей с врожденным мегауретером // В сборнике представлены современные результаты клинических и научных исследований в области

- детской хирургии. Предназначен для врачей всех специальностей, врачей общей практики, студентов медицинских университетов. С. 130.
8. *Давлатов С.С. и др.* Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография / С.С. Давлатов, Ш.С. Касымов, З.Б. Курбаниязов. Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2018. 160 с.
 9. *Махмудов Ф.Ч. Мустафакулов И.Б.* Современные подходы к хирургическому лечению повреждений мочевыводительных органов при сочетанной травме живота (обзор литературы). Вестник врача 2013; 1:89-93.
 10. *Ситдыкова М.Э., Аллазов С.А., Саянова Д.Р.* Влияние хлороорганических пестицидов на некоторые урологические заболевания // Казанский медицинский журнал, 2010. Т. 91. № 3.
 11. *Шамсиев А.М. и др.* Эффективность эндохирургического лечения обструктивных уропатий у детей // Детская хирургия, 2012. № 4.
 12. *Шамсиев А.М., Алиев Б.П., Николаев С.Н.* Ранняя эндоскопическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей с синдромом спинального дизрафизма // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 2015. Т. 5. № 4.
 13. *Шодмонова З.Р., Хамроев Г.А., Тухтаев Ф.М.* Метод ультразвуковой абляции (HIFU) в лечении локализованного рака простаты // Проблемы современных интеграционных процессов и пути, 2019. С. 195.
 14. *Шодмонова З.Р.* Ургентная помощь больным с почечной коликой, обусловленной уретеролитиазом // Здоровье мужчины, 2015. № 2. С. 177-178.
 15. *Юсупов Ш.А. и др.* Хирургическая тактика при обструктивном калькулезном пиелонефрите у детей // Саратовский научно-медицинский журнал, 2007. Т. 3. № 2.
 16. *Allazov S.* Pesticides: factors affecting course of urological diseases //Scientific Enquiry In The Contemporary World: Theoretical Basics And Innovative Approach, 2015. С. 10.
 17. *Shamsiyev A.M., Khusinova S.A.* The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.