

- 1) тромбоз почечной вены – выраженная венозная гипертензия – разрыв опухоли почки (20%);
- 2) кровоизлияние внутри опухоли – разрыв опухоли почки (10%);
- 3) измененная сосудистая ткань внутри опухоли (результат ангио-неогенеза) – минимальная травма – разрыв опухоли (70%);
- 4) варикозное расширение вен псевдокапсулы опухоли.

Отдаленные результаты прослежены у всех 4 пациентов с ангио-миолипомой почки и у 4 из 6 больных с почечно-клеточным раком. У пациентов с АМЛ отмечались нормальные геморенальные показатели при наблюдении от 10 до 68 месяцев. Признаков прогрессирования заболевания не отмечено. Период наблюдения за пациентами с разрывами при почечно-клеточном раке составлял от 12 до 98 месяцев (в среднем – 48 месяцев). Ни у одного из больных не было зафиксировано локального рецидива заболевания и отдаленных метастазов.

Таким образом, можно выделить следующие клинические тенденции у пациентов с самопроизвольным разрывом опухолей почек:

- фактически у всех пациентов отсутствует макрогематурия;
- подавляющее большинство опухолей было расположено слева;
- 90% новообразований располагалось в среднем сегменте почки;
- определяющим симптомом самопроизвольного разрыва опухоли почки были острые боли в поясничной области;
- потеря сознания отмечалась лишь при гематомах объемом более 500 мл;
- клиническая картина не зависела от размера первичной опухоли.

## ТРАВМА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

*А.А. Поляков, В.В. Базаев, М.Л. Королев, А.О. Гаврилов, Р.У. Ромашкина*  
*Подольская городская клиническая больница, г. Подольск, Россия*  
*МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия*

Повреждения и ранения органов мочеполовой системы и оказание медицинской помощи пострадавшим до сих пор является одной из наиболее актуальных проблем военно-полевой хирургии и урологии [1, 3, 4].

В мирное время разрывы мочевого пузыря носят преимущественно закрытый характер и встречаются очень редко: в 0,4-15% от общего числа различных повреждений [5, 6]. В 48% наблюдений закрытые повреждения мочевого пузыря имеют изолированный характер, а в сочетании с травмами других органов они встречаются в следующих пропорциях: в 40-42% случаев – с переломом таза, в 4-10% – с разрывом кишечника, в 12-36% – с множественными переломами и повреждениями паренхиматозных органов [2].

Причиной закрытых повреждений мочевого пузыря в большинстве случаев является транспортная травма, реже – сдавление или падение пострадавшего, удар в живот и др. [2]. Сочетанная травма мочевого пузыря характеризуется тяжелым общим состоянием пострадавших, многоочаговыми кровотечениями и обильной кровопотерей, болевым синдромом, шоком различной степени тяжести, инфильтрацией мочой окружающих тканей, расстройством функций жизненно важных органов, развитием как ранних, так и поздних осложнений.

В последнее время индустриализация, увеличение техногенных катастроф, рост автомобильного парка и его износ, общее старение населения, сопровождающееся наличием сопутствующих заболеваний и, кроме того, тенденция к укрупнению стационаров и изменениям в системе здравоохранения страны, заставляют исследователей пересматривать методику оказания помощи больным с различными травматическими повреждениями мочевого пузыря.

За 10 лет (1994–2003 гг.) в Подольской городской клинической больнице получали лечение 74 пациента с изолированными и сочетанными повреждениями мочевого пузыря. У 58,1% из них были изолированные повреждения мочевого пузыря, у 14,9% – сочетанная травма с повреждением только костей таза, у 27% – полиорганные повреждения.

Клиника повреждений мочевого пузыря сочеталась с шоком в 20,3% наблюдений, с клиникой выраженного кровотечения и кровопотери – в 13,5%, мочевого перитонит выявлен в 28,3%, в 8,1% отмечался уросепсис.

Распределение больных в зависимости от сроков оказания оперативного лечения было следующим: в первые часы от момента госпитализации оперировано около 40% пострадавших (в течение первого часа с момента поступления взято в операционную 14,86% больных, в течение второго – 21,6%, в течение третьего часа – 18,9%).

После установления и верификации диагноза 70 больным (94,6%) выполнено необходимое оперативное пособие – лапаротомия с ушиванием мочевого пузыря и различными модификациями дренирования околопузырного пространства и брюшной полости.

Все больные с тяжелыми повреждениями получали комплекс необходимой интенсивной, инфузионной и детоксикационной терапии, антибактериальные препараты широкого спектра действия и хирургическое лечение. Общая летальность составила 10,8%.

У 30% больных с сочетанными повреждениями мочевого пузыря на фоне кровопотери и развивающегося пиелонефрита имелись выраженные признаки гиперкоагуляции и подавления фибринолитической активности по типу диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Это служило показанием к применению экстракорпоральных методов детоксикации.

Учитывая большой процент больных, получивших квалифицированную медицинскую помощь позднее, чем через 2 часа после трав-

мы, и имевших послеоперационные осложнения, нами был разработан алгоритм действий врача в условиях экстренного приема, позволяющий оптимизировать диагностический процесс и максимально сократить время от момента поступления пострадавшего в стационар до оперативного лечения.

При этом мы опирались на следующие концепции:

- на этапе пребывания больного в приемном отделении необходимо проведение полного спектра общеклинических исследований;
- время от момента поступления пострадавшего в приемное отделение до оперативного лечения должно быть минимальным;
- для установления диагноза инструментальные исследования следует проводить в оптимальном и достаточном объеме;
- если нельзя исключить повреждение мочевого пузыря, лечебно-диагностическая тактика должна включать эксплоративную лапаротомию.

Ниже приводится алгоритм ведения больного с травматическим повреждением мочевого пузыря.

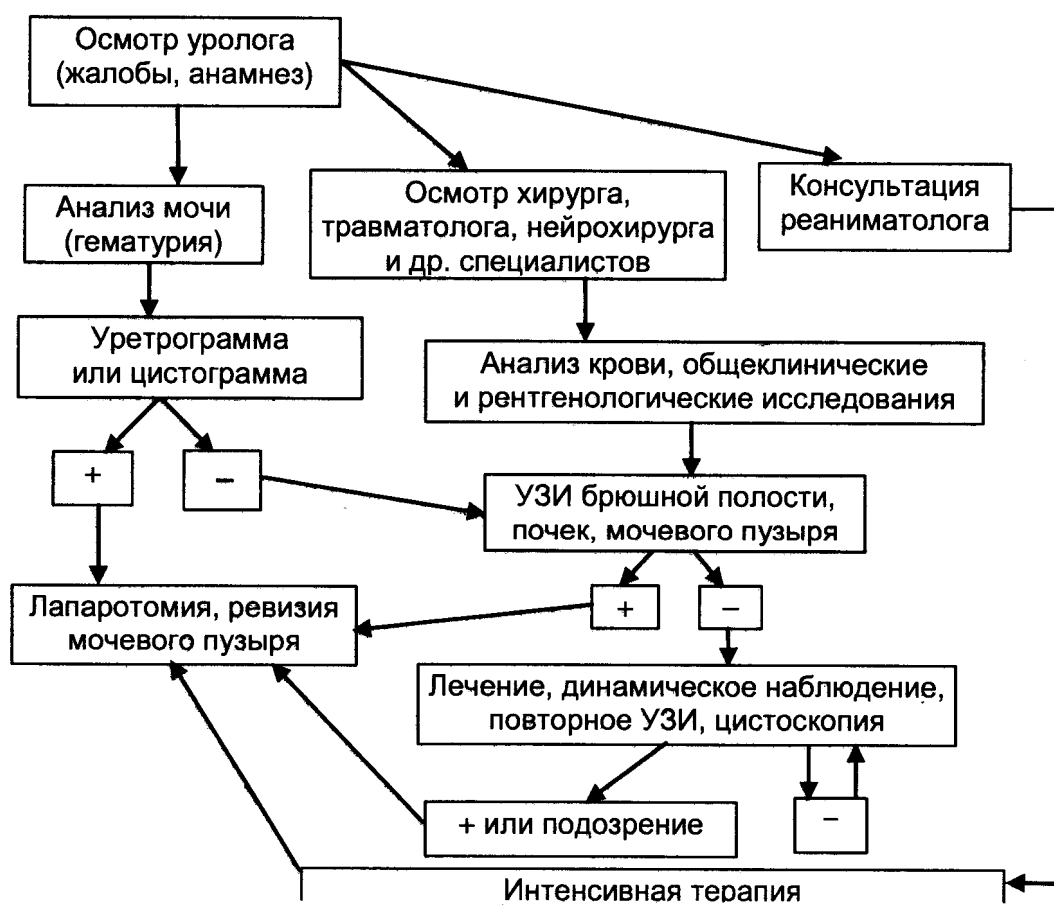


Рис. Алгоритм ведения больного с травмой мочевого пузыря.

Коррекция нарушений, связанных с общим тяжелым состоянием пострадавших, многоочаговыми кровотечениями, обильной кровопотерей, болевым синдромом, шоком и расстройством функций жизненно важных органов, может быть начата уже на операционном столе и в минимальные сроки после начала лечения в реанимации.

За 2004 г. в Подольской ГКБ применение предложенного алгоритма позволило дежурному урологу провести диагностику в кратчайшие сроки и оказать необходимую помощь. Отработанная тактика дает возможность добиться у всех больных положительных результатов лечения.

Таким образом, наиболее раннее и рациональное оказание помощи пострадавшим с повреждениями мочевого пузыря на всех этапах лечения, эффективность и достаточность необходимых диагностических мероприятий, взвешенный подход к срокам и объему оперативного пособия, проведение послеоперационного периода с максимальным терапевтическим эффектом напрямую сказывается на результатах лечения и летальности и позволяет улучшить качество оказания медицинской помощи.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ефименко Н.А., Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Трусов А.А. // Воен.-мед. журн. – 2000. – № 2. – С. 31-35.
2. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии, в 3 тт. – Т. 1. – М., 1998. – 304 с.
3. Петров С.Б. и др. // Материалы науч.-практич. конф. ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. – М., 1998. – С.161-162.
4. Сергиенко Н.Ф., Шаплыгин Л.В., Кучиц С.Ф. и др. // Особенности современной боевой травмы органов мочеполовой системы – Тез. докл. Всерос. науч.-практич. конф. – СПб., 1999. – С. 35.
5. Устименко Е.М. Травматические разрывы мочевого пузыря. – М., 1978. – 135 с.
6. Шевцов И.П., Товстовес К.Ф. // Оперативная урология / Руководство, под. ред Н.А. Лопаткина, И.П. Шевцова. – Л., 1986. – С. 186-256.

### НЕПРЕРЫВНАЯ КРУГЛОСУТОЧНАЯ ЛИМФОСОРБЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*М.Н. Руденков, В.А. Новиков, А.И. Горбунов*

*Коломенская центральная районная больница, г. Коломна, Россия*

Лимфосорбция (ЛС) – метод эфферентной гемокоррекции, основанный на очищении лимфы от токсических веществ, пропусканием через специальные угли – сорбенты. В литературе описаны одноэтапный вариант – лимфа из грудного протока пропускается через колонку с сорбентом и возвращается внутривенно и двухэтапный вариант – лимфа собирается в течение 12-24 часов, затем сорбируется и вливается больному.