

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616-001:617.553:616.36-005.1
© Р.Н. Гареев, Р.Р. Фаязов, 2013

Р.Н. Гареев, Р.Р. Фаязов

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБРЮШИННЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа

Несмотря на столь незначительное количество публикаций как в отечественной, так и в зарубежной литературе, касающихся тематики забрюшинных кровоизлияний, в частности травматических, в данной обзорной статье авторы предприняли попытку обобщить опыт диагностики, тактики, лечения травматических забрюшинных кровоизлияний у пострадавших с травмой живота и таза. В данной статье затронуты также вопросы классификации забрюшинных кровоизлияний и терминологии. Раскрыты вопросы этиологии данного вида забрюшинных кровоизлияний, приведены результаты исследований патоморфологических изменений. Также частично освещены вопросы ведения пострадавших с травмой таких редких забрюшинных структур, как надпочечник и лимфатические сосуды. Описываются осложнения забрюшинных кровоизлияний и летальность при них.

Ключевые слова: забрюшинное кровоизлияние, травма живота, травма таза.

R.N. Gareev, R.R. Fayazov

TRAUMATIC RETROPERITONEAL HEMORRHAGE

Despite a modest number of publications on retroperitoneal hemorrhage, particularly traumatic ones, both in domestic and foreign literature the authors of the article has made an attempt to generalize the experience of diagnosis, management, treatment of patients suffering from traumatic retroperitoneal hemorrhage. The classification of retroperitoneal hemorrhage and the issues of terminology are touched upon in the article. The authors describe the etiology of traumatic retroperitoneal hemorrhage, giving the results of the research on pathomorphological changes. The article partially highlights the issues of the management of the patients suffering from traumas of such rare retroperitoneal structures as adrenal body and lymph tubes. In the end of the article the complications of the retroperitoneal hemorrhage and the lethality cases are described.

Key words: retroperitoneal hemorrhage, intra-abdominal traumas, pelvic traumas.

Каждый хирург, оперирующий пострадавших с травмой живота и таза, часто сталкивается с интраоперационной картиной забрюшинного кровоизлияния (ЗК). Встречаясь с такой ситуацией, у хирурга всегда возникает множество вопросов. Где источник забрюшинного кровотечения? Требуется ли ревизия забрюшинной гематомы (ЗГ)? Несмотря на это, публикаций на данную тему крайне мало как в зарубежной, так и в отечественной печати, что заставило нас сделать попытку написания обзора литературы, посвященного этой теме.

Терминология. Многие хирурги, говоря о кровоизлиянии в забрюшинное пространство того или иного генеза, употребляют термин «забрюшинная гематома», хотя более чем в 80% случаев кровоизлияние в забрюшинное пространство протекает по типу пропитывания и лишь у остальной части пострадавших – с образованием сгустков крови, гематомы [13]. Поэтому, по нашему мнению и мнению многих авторов, правильнее говорить не «забрюшинная гематома», а «забрюшинное кровоизлияние» (ЗК) [1].

Этиология. ЗК травматического генеза чаще возникают при падении с высоты и при автотравме [1]. К образованию ЗК приводит кровотечение из поврежденных органов (поч-

ки, печень, селезенка, поджелудочная железа, надпочечники, двенадцатиперстная кишка), сосудов (в том числе тазовых венозных сплетений, ветвей внутренних подвздошных артерий) и костно-мышечных структур (костей таза, позвоночника, диафрагмы, подвздошно-поясничной и квадратной мышц) [6].

Повреждение надпочечников при закрытой травме живота встречается в 0,93% случаев. Повреждение надпочечника (во всех наблюдениях авторов – с правой стороны) возникает в результате высокоэнергетической травмы – удара или сдавления живота в переднезаднем направлении, по-видимому, за счет сдавления его между правой долей печени и позвоночником. Травма надпочечника выражается в образовании ЗК и часто сопровождается сочетанными повреждениями правой доли печени, ушибом правой почки и паранефральной гематомой [12].

Другой редкой причиной возникновения ЗК может быть травма магистральных лимфатических протоков [16].

Патоморфология. ЗК в зависимости от их распространенности могут вмещать от 500 до 3000 мл крови. Если ЗК ограничено полостью малого таза, ее предположительный объем составляет 500 мл; если оно достигает с обеих сторон нижних полюсов почек, то объ-

ем ЗК не менее 1,5 л, при достижении верхних полюсов – 2 л, при распространении на диафрагму – 3 л. При кровоизлиянии более 2 л гематома распространяется на предпузырное пространство и предбрюшинную клетчатку. В таких случаях нередко часть крови (200-300 мл) пропотевает через листок брюшины в свободную брюшную полость, что сопровождается соответствующей клинической картиной и может явиться причиной необоснованной лапаротомии. В то же время следует помнить, что возможен прорыв напряженной забрюшинной гематомы в брюшную полость с продолжающимся кровотечением, что требует немедленной лапаротомии. Кроме того, при массивном ЗК кровь может распространяться по межмышечным промежуткам и клетчаточным пространствам на поясничную область, ягодицы, промежность и внутреннюю поверхность бедер. Столь большой объем кровопотери сам по себе может явиться причиной смерти. Кровь, излившаяся в забрюшинное пространство, пропитывает клетчатку, раздражает большое количество нервных рецепторов чревного и пояснично-крестцового сплетений, что обуславливает длительное течение травматического шока и стойкий парез желудочно-кишечного тракта. Через 5-6 дней парез желудочно-кишечного тракта начинает разрешаться, но одновременно нарастает эндотоксикоз, обусловленный всасыванием продуктов распада излившейся крови. Клинически это выражается в длительной желтухе, которая может привести к печеночно-почечной недостаточности [1].

Установлены минимальные и средние объемы напряженных ЗК, распространенных в пределах своих топографо-анатомических областей: при повреждении поясничных вен этот объем составит 1270 ± 88 мл, при повреждении поясничных позвонков – 740 ± 68 мл, нижней полой вены – 1050 ± 65 мл, почки и ее сосудов – 2150 ± 125 мл, головки поджелудочной железы – 670 ± 32 мл, тела и хвоста ее – 1150 ± 43 мл, верхней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки – 620 ± 47 мл, нисходящей части – 870 ± 74 мл, нижней горизонтальной и восходящей части – 380 ± 27 мл, брыжейки тонкой кишки – 870 ± 74 мл, подвздошно-ободочных сосудов – 760 ± 28 мл, правых ободочных сосудов – 725 ± 38 мл, средних ободочных – 980 ± 76 мл, левых ободочных – 545 ± 33 мл, брыжейки сигмовидной кишки – 1020 ± 74 мл [9].

Объем и зона распространения ЗК зависят от области расположения источника кровотечения и степени развития жировой клет-

чатки. ЗК в остром периоде вызывают микрогемолимфодинамические нарушения с образованием диссеминированных микронекрозов в почках, мочеточниках и окружающей клетчатке с последующим формированием рубцового процесса. Нарушения двигательной функции желудочно-кишечного тракта характеризуются фазностью течения, поэтому новокаиновая блокада чревных нервов и симпатических стволов в условиях раннего ее применения является эффективным методом профилактики и лечения пареза кишечника при ЗК. При ЗК на 7-15-й дни ее образования возникает достоверное увеличение в крови активности 5'-нуклеотидазы, что можно использовать для контроля процесса рассасывания кровоизлияния ($p < 0,01$) [6].

Классификация. В настоящее время общепринятой является классификация повреждений забрюшинно-расположенных органов и структур по шкале Organ Injury Scale Американской ассоциации хирургов-травматологов, созданной под руководством Е.Е. Moore [1].

Наиболее простую классификацию ЗГ предложили К.А. Kudsk и G.F. Sheldon в 1982 г. [23]. Все ЗГ в зависимости от локализации они разделили на гематомы 1-й зоны, или центрально-медиальные, 2-й зоны (расположены в клетчатке латеральных каналов) и 3-й зоны (тазовые). F. Henaо и J.S. Aldrete (1985) дополнили эту классификацию комбинированными гематомами (4-я зона), которые включают в себя сочетание гематом любых зон [22]. D.V. Feliciano и соавт. (1988) [21] разделили ЗГ на: 1) центральные, расположенные выше корня брыжейки поперечной ободочной кишки (включая гематомы малого сальника); 2) центральные, находящиеся ниже корня брыжейки поперечной ободочной кишки; 3) латеральные гематомы паранефрия, парадуоденальной и параколической клетчатки; 4) тазовые; 5) гематомы гепатодуоденальной связки и ретрогепатические. Б.Н. Алпаидзе (1985) [3] классифицирует ЗГ по причинному фактору (переломы костей, повреждения забрюшинных органов и органов брюшной полости, крупных сосудов) и локализации (тазовые, тазово-позвоночные, околопозвоночные и корня брыжейки тонкой кишки). Автор также учитывает распространенность ЗГ (ограниченные и массивные), клиническое течение (с шоком, внутрибрюшным кровотечением, признаками острого живота и повреждением мочевых путей) и осложнения (прорыв ЗГ в брюшную полость, анемия, парез кишечника, гнойные осложнения и забрюшинный фиб-

роз). С.В. Доброквашин и А.Х. Давлетшин [9] классифицируют ЗГ по следующим признакам:

1. Анатомическое расположение:

I тип – пристеночные (поясничные, лево- и правосторонние; позвоночные; повреждения нижней полой вены);

II тип – почечные, лево- и правосторонние;

III тип – висцеральные верхнего этажа брюшной полости (двенадцатиперстно-кишечные, поджелудочные);

IV тип – висцеральные нижнего этажа брюшной полости (брыжеечно-тонкокишечные, брыжеечно-толстокишечные).

2. Напряженность кровоизлияния:

а) ненапряженные – брюшина, покрывающая кровоизлияние, практически не вздувается (количество скопившейся в ней крови меньше представленного в таблице);

б) напряженные – брюшина, покрывающая кровоизлияние, отчетливо вздувается (среднее минимальное количество скопившейся крови представлено в таблице).

3. Распространенность кровоизлияния:

а) локальные – кровоизлияние в пределах поврежденного органа или его части, занимающее не более двух из девяти анатомических областей брюшной полости;

б) распространенные – локализация кровоизлияния более чем в двух из девяти анатомических областей брюшной полости;

в) тотальные – распространение кровоизлияния в области боковых каналов брюшной полости (право-, лево- или двухстороннее).

Н.К. Голобородько и В.А. Пронин (2001) [5] делят забрюшинное пространство на 5 отделов тремя условными линиями: средней, верхнегоризонтальной, проходящей через ворота почек, и нижнегоризонтальной, ограничивающей вход в таз. Тотальная ЗГ занимает 3 и более отделов забрюшинного пространства, обширная не более 2, локальная локализуется в пределах одной условной области.

По составу ЗГ делят на гематому, урогематому, химогематому (с примесью химуса), ферментогематому (с наличием панкреатического сока), билиогематому (с примесью желчи).

Клиническая картина. Клиническая картина ЗК складывается из симптомов шока, внутреннего кровотечения и «острого живота», что крайне затрудняет диагностику. Истинная картина тяжелого состояния пострада-

давшего иногда длительное время остается нераспознанной, и это ведет к ненужному оперативному вмешательству. В то же самое время отказ или промедление с операцией, когда имеются подозрения на повреждение органов брюшной полости с продолжающимся кровотечением, может оказаться роковым. Шок встречается у 68% пострадавших, при этом он отличается тяжестью, продолжительностью и трудно поддается лечению. Это объясняется тем, что излившаяся кровь раздражает большое рецепторное поле забрюшинного пространства, нарушает сосудистые рефлексы и ведет к перераспределению крови во внутренних органах. «Острый живот» при ЗК проявляется чрезвычайно разнообразно: постоянные тупые боли в животе, локальное мышечное напряжение, ограниченные участки припухания 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. Боли при ЗК имеют локальный характер, часто иррадируют в спину и, как правило, стихают в течение первых суток. Отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки. Более постоянным признаком ЗК является парез кишечника, который наблюдается в ранние сроки после травмы и не сопровождается выраженными перитонеальными явлениями. Вздутие кишечника из-за рефлекторного пареза, особенно в первые часы после травмы, наблюдается чаще, чем при повреждении внутренних органов. Вследствие всасывания крови из забрюшинного пространства имеют место ранние признаки эндотоксикоза [10].

Диагностика. Хотя ЗК при травме живота, особенно в условиях сочетанной травмы, встречаются нередко, дооперационная диагностика их представляет определенные сложности, а единая тактика ведения таких пострадавших не выработана.

В дооперационной диагностике ЗК широко применяются лучевые методы исследования, такие как ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) [2]. Чувствительность УЗИ в выявлении ЗК составляет 14,3% пространства [7]. В первые 2-6 часов УЗИ позволяет выявить ЗК в 73% случаев, а к концу первых суток – у всех пациентов [15]. Это связано с динамикой процесса (продолжающимся кровотечением и соответственным изменением ультразвуковой картины в течение первых суток после травмы). Точность УЗИ в диагностике травмы почки составляет 75%, надпочечника – 85,3% [13]. У

пострадавших с закрытой изолированной и сочетанной травмами живота для диагностики ЗК необходимо выполнять УЗИ в динамике – при поступлении и в течение первых суток. По эхоэмиотике выделены два типа ЗК: по типу «пропитывания» и с образованием полости и наличием сгустков крови. КТ-исследование забрюшинного пространства в 100% случаев позволяет диагностировать ЗК [11, 18, 27], визуализировать повреждение почки и надпочечника, определить тяжесть травмы забрюшинных органов и структур и уточнить показания к оперативному лечению [13].

Ценным в диагностике ЗК является ангиографическое исследование, позволяющее выявить источник кровотечения и при необходимости выполнить эмболизацию поврежденного сосуда [26].

Также для дооперационной диагностики ЗК предлагается использовать диагностическую пункцию забрюшинного пространства с последующей оценкой цвета и количества отделяемого. По данным автора данной методики, пункционный способ диагностики ЗК достоверен в $98,4 \pm 0,2\%$ наблюдений [4].

Интраоперационная диагностика ЗК не представляет трудностей. Сложности возникают при проведении ревизии гематом с целью определения источника кровотечения.

Показания к ревизии ЗК в первые 6 часов после закрытой травмы определяются тяжестью повреждения органов и структур забрюшинного пространства, а при отсутствии такой информации – распространением и локализацией ЗК [13]. Если источник ЗК не известен до операции, то ревизии подлежат распространенные, увеличивающиеся в ходе операции верхнемедиальные и прилежащие к полым органам желудочно-кишечного тракта ЗК [2, 8].

Ревизию забрюшинного пространства проводят путем рассечения раны задней париетальной брюшины и разделения тканей в области раневого канала в забрюшинной клетчатке или мобилизацией забрюшинно-расположенных органов при помощи приемов Кохера, Кателя-Браша, право- и левосторонней медиальных висцеральных ротаций [13]. Прием Кателя-Браша применяется для ревизии нижнегоризонтальной и восходящей частей двенадцатиперстной кишки и выполняется следующим образом. Рассекают париетальную брюшину латерально от слепой и восходящей ободочной кишок и ниже и параллельно линии прикрепления брыжейки тонкой кишки. Тонкую кишку с ее брыжей-

кой, слепую и восходящую ободочные кишки единым блоком отводят вверх, в результате становятся доступными осмотру вышеуказанные части двенадцатиперстной кишки. Правосторонняя медиальная висцеральная ротация позволяет визуализировать все забрюшинные органы и структуры, расположенные справа от средней линии, а левосторонняя висцеральная медиальная ротация – слева. При ранении крупных сосудов ЗГ, как правило, больших размеров, выбухает в брюшную полость. Однако отсутствие этих признаков не исключает серьезных повреждений органов и структур забрюшинного пространства [7].

Пережатие аорты под диафрагмой позволяет временно остановить кровотечение, стабилизировать состояние пострадавшего и дает время на выполнение ревизии [13]. Внебрюшинная тампонада тазовой клетчатки при вынужденной ревизии забрюшинного пространства позволяет остановить кровотечение из тазовой клетчатки [13].

Наиболее часто обнаруживаются паранефральные кровоизлияния (травма почки) [8]. Следует иметь в виду, что у части пострадавших ревизия этих гематом приводит к усилению кровотечения и напрасной нефрэктомии.

Сложность диагностики повреждения лимфатических сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства состоит в следующем [16]:

1. Незначительные размеры лимфатических сосудов брыжейки кишечника, множественный и сочетанный характер их повреждений с повреждениями органов или кровеносных сосудов, маскирующих травму мелких лимфатических структур.
2. Травма лимфатических протоков, сопровождающаяся образованием ЗК или массивным гемоперитонеумом.
3. Трудность объективной адекватной оценки хилезного отделяемого из-за смешивания ее с кровью.
4. Отсутствие настороженности хирургов в плане возможной травмы лимфатической системы даже при повреждениях позвонков, разрывах брыжейки кишечника.
5. Вариабельное расположение лимфатических сосудов и интимное соседство их с органами и сосудами забрюшинного пространства.

При экстренной лапаротомии травма лимфатических сосудов диагностируется не более чем в половине случаев. При переломе ThX-LIII позвонков, в области которых проце-дируется слияние правого и левого кишеч-

ных протоков с формированием млечной цистерны, имеется высокая вероятность ее повреждения.

Лечение. Есть мнение, что при наличии стабильной гемодинамики, гемоперитонеуме до 500 мл у пострадавших с сочетанной травмой, осложненной ЗК, показано консервативное лечение [2]. На современном этапе развития хирургии эффективным, спасательным, безопасным лечением в экстренной ситуации у нестабильных больных с ЗК может являться эндоваскулярная эмболизация кровоточащего забрюшинно-расположенного сосуда [19]. Также возможно выполнение ангиографического стентирования псевдоаневризм крупных сосудов, обуславливающих ЗК [20]. Ангиография и эмболизация с целью гемостаза включены также в стратегию damage control surgery, особенно у пострадавших с внутрибрюшным и ЗК, повреждением почек или продолжающимся кровотечением [17, 30]. По мнению S. Kushimoto и соавт., ангиография до лапаротомии должна использоваться у гемодинамически неустойчивых пострадавших с незначительной внутрибрюшной кровопотерей, чтобы объяснить неустойчивость гемодинамики, а после лапаротомии, когда при операции найдена не растущая забрюшинная гематома у больных с коагулопатией [28].

Мы не станем останавливаться на вопросах лечения травматических повреждений почек, так как этот материал описан в руководствах по урологии, но остановимся на вопросах лечения повреждений таких структур, как надпочечник и лимфатические сосуды забрюшинного пространства. Повреждение одного надпочечника не сопровождается развитием надпочечниковой недостаточности и не требует заместительной терапии [12]. При выявлении травмы лимфатических сосудов следует их лигировать [16]. В противном случае возникает лимфорея, которая прогрессивно уменьшается к 15-м суткам. Посттравматические хилезные свищи брюшной полости и

забрюшинного пространства травматического генеза склонны к самостоятельной окклюзии через 3-4 месяца и не требуют реконструктивно-восстановительного хирургического вмешательства.

Осложнения. Типичными осложнениями у пострадавших с закрытой травмой и распространенным ЗК являются парез желудочно-кишечного тракта, пневмония, гнойный трахео-бронхит, острая дыхательная и почечная недостаточность [13]. Ввиду этого пострадавшим с ЗК следует проводить мероприятия, направленные на профилактику этих состояний. Что касается интраабдоминальной гипертензии, то существенного влияния на интраабдоминальное давление ЗГ не оказывает. Статистический анализ продемонстрировал умеренную положительную корреляцию между объемом ЗГ и уровнем интраабдоминального давления. При объеме ЗГ, близком к 2000 мл, интраабдоминальное давление находится на верхней границе нормы. Ни у одного из пострадавших с ЗГ не наблюдали развития синдрома интраабдоминальной гипертензии [14].

Летальность. Летальность при повреждениях забрюшинных структур с формированием ЗК достигает 15% [24, 29]. Loog G. и соавт. доказали, что объем ЗК в 1600 см³ и более (вычисленный при помощи КТ) напрямую коррелирует с развитием масс-эффекта, повышенной летальностью, легочными осложнениями [25]. Основными причинами летальных исходов у пострадавших с сочетанной травмой, осложненной ЗК в первые сутки от получения травмы, являются шок и кровопотеря, а в более поздние сроки бронхолегочные осложнения и развивающаяся полиорганная недостаточность [2].

Таким образом, проблема диагностики и выбора оптимальной тактики лечения ЗК остается актуальной в современной хирургии и требует дальнейших научных изысканий в данной области.

Сведения об авторах статьи:

Гареев Рустам Назирович – к.м.н., врач-ординатор отделения общей хирургии и колопроктологии больницы скорой медицинской помощи. Адрес: 450106, г. Уфа, ул. Батырская 39/2. E-mail: rusdoctor@mail.ru.

Фаязов Радик Радифович – д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов, М.М. Повреждения живота при сочетанной травме / М.М. Абакумов, Н.В. Лебедев, В.И. Малярчук. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 176 с.
2. Аллахвердиева, Г.К. Забрюшинная гематома у больных с сочетанной закрытой абдоминальной травмой: автореф. дис.... канд. мед. наук. – М., 2011. – 28 с.
3. Алпаидзе, Б.Н. Клиника, диагностика и лечение посттравматических забрюшинных гематом: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1985. – 20 с.
4. Гнатюк, Б.М. Диагностика забрюшинных гематом / Б.М. Гнатюк // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1994. – Т. 152, № 5-6. – С. 79-83.
5. Голобородько, Н.К. Забрюшинные гематомы: терминология, номенклатура, классификация / Н.К. Голобородько, В.А. Пронин // Ортопед. травматол. (Харьков). – 2001. – № 4. – С. 47-50.

6. Давлетшин, А.Х. Забрюшинные гематомы при закрытой травме живота / А.Х. Давлетшин // Казанский медицинский журнал. – 1994. – Т. 75, № 3. – С. 211-213.
7. Диагностика и лечение ранений живота с повреждением забрюшинных органов и структур / А.Н. Смоляр, М.М. Абакумов, Т.Г. Бармина [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 1. – С. 8-13.
8. Диагностика и лечение травматических забрюшинных кровоизлияний / А.Н. Смоляр, Е.Ю. Трофимова, Т.В. Богницкая, М.М. Абакумов // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 627.
9. Доброквашин, С.В. Клинико-анатомическая классификация забрюшинных кровоизлияний / С.В. Доброквашин, А.Х. Давлетшин // Казанский медицинский журнал. – 2002. – Т. 83, № 3. – С. 199-201.
10. Доброквашин, С.В. Особенности клинической диагностики забрюшинных кровоизлияний при закрытой травме живота / С.В. Доброквашин, А.Х. Давлетшин // Казанский медицинский журнал. – 1997. – Т. 78, № 1. – С. 53.
11. Информативность инструментальных методов диагностики при пельвиоабдоминальной травме, осложнившейся забрюшинным кровоизлиянием / И.К. Паладий, Е.Т. Бескиеру, А.В. Визитиу [и др.] // Актуальные вопросы хирургии: материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь. – Витебск, 2010. – С. 91-92.
12. Повреждение надпочечников при закрытой травме живота / М.М. Абакумов, А.Н. Смоляр, Т.Г. Бармина [и др.] // Хирургия. – 2009. – № 2. – С. 4-11.
13. Смоляр, А.Н. Диагностика и лечение травматических забрюшинных кровоизлияний: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 47 с.
14. Смоляр, А.Н. Измерение внутрибрюшного давления при разрывах аневризм брюшного отдела аорты / А.Н. Смоляр, И.П. Михайлов, А.В. Медведев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – Т. 16, № 2. – С. 77-79.
15. Трофимова, Е.Ю. Ультразвуковая диагностика забрюшинных кровоизлияний в ранние сроки после закрытой травмы живота / Е.Ю. Трофимова, Т.В. Богницкая, А.Н. Смоляр // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2010. – № 5. – С. 14-19.
16. Чирков, Р.Н. Диагностика и хирургическое лечение травмы лимфатических протоков при травме живота и забрюшинного пространства / Р.Н. Чирков, М.М. Абакумов, В.Н. Блохин // Хирургия. – 2008. – № 6. – С. 17-21.
17. Damage control surgery and open abdominal management: recent advances and our approach / S. Kushimoto, M. Miyauchi, H. Yokota, M. Kawai // Nihon Ika Daigaku Zasshi. – 2009. – Vol. 76, № 6. – P. 280-90.
18. Diagnostic accuracy of CT scan in abdominal blunt trauma / J. Salimi, K. Bakhtavar, M. Solimani [et al.] // Chin. J. Traumatol. – 2009. – Vol. 12, № 2. – P. 67-70.
19. Endovascular management of life-threatening retroperitoneal bleeding / E. Akpinar, B. Peynircioglu, B. Turkbey [et al.] // ANZ J. Surg. – 2008. – Vol. 78, № 8. – P. 683-7.
20. Endovascular repair of an actively hemorrhaging stab wound injury to the abdominal aorta / Q. Hussain, G. Maleux, S. Heye, I. Fourneau // Cardiovasc. Interv. Radiol. – 2008. – Vol. 31, № 5. – P. 1023-5.
21. Feliciano, D.V. Abdominal vascular injury / D.V. Feliciano, J.M. Burch, J.M. Graham / Trauma / (eds) K.L. Mattox, E.E. Moore, D.V. Feliciano. - East Narwalk: Appleton & Lange, 1988. – P. 519-526.
22. Henao, F. Retroperitoneal hematomas of traumatic origin / F. Henao, J.S. Aldrete // Surg. Gynecol. Obstet. – 1985. – Vol. 161. – P. 106-116.
23. Kudsk, K.A. Retroperitoneal hematoma / K.A. Kudsk, G.F. Sheldon // Abdominal trauma / (eds) F.W. Blaisdell, D.D. Trunkey. – N. Y.: Thieme-Stratton, 1982. – P. 279-293.
24. Le lesioni traumatiche del retroperitoneo: inquadramento diagnostico e terapeutico. Nostra esperienza su 221 pazienti / G. Tugnoli, M. Casali, S. Villani [et al.] // Ann. Ital. Chirur. – 2006. – Vol. 77, № 5. – P. 407-10.
25. Local and systemic consequences of large retroperitoneal clot burdens / G. Looor, H. Bassiouny, C. Valentin [et al.] // World J. Surg. – 2009. – Vol. 33, № 8. – P. 1618-25.
26. Management of spontaneous and iatrogenic retroperitoneal haemorrhage: conservative management, endovascular intervention or open surgery? / Y.C. Chan, J.P. Morales, J.F. Reidy, P.R. Taylor // Int. J. Clin. Pract. – 2008. – Vol. 62, № 10. – P. 1604-13.
27. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage: our experience at last 10 years / V. Gimeno Argente, M. Bosquet Sanz, M. Ramírez Backhaus [et al.] // Actas Urol. Espan. – 2007. – Vol. 31, № 5. – P. 521-7.
28. The role of interventional radiology in patients requiring damage control laparotomy / S. Kushimoto, M. Arai, J. Aiboshi [et al.] // J. Trauma-Injury Infect. Crit. Care. – 2003. – Vol. 54, № 1. – P. 171-6.
29. Traumatic retroperitoneal haematoma / F. Stagnitti, S. Toccaceli, E. Spaziani [et al.] // Giornale Chirur. – 2007. – Vol. 28, № 10. – P. 356-62.
30. Xian-kai, H. Damage control surgery for severe thoracic and abdominal injuries / H. Xian-kai, Z. Yu-jun, Z. Lian-yang // Chin. J. Traumatol. – 2007. – Vol. 10, № 5. – P. 279-83.

УДК: 616-006.66

© Л.В. Марисов, А.З. Винаров, Ю.Г. Аляев, Г.А. Мартыросян, 2013

Л.В. Марисов, А.З. Винаров, Ю.Г. Аляев, Г.А. Мартыросян
ИНЦИДЕНТАЛЬНЫЙ РАК ПРОСТАТЫ:
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России, г. Москва

Инцидентальный рак простаты – это рак предстательной железы (РПЖ), выявленный при морфологическом исследовании ткани предстательной железы, удаленной во время трансуретральной резекции (ТУР) или открытой аденэктомии, в случаях, когда данные дооперационного обследования (пальцевое ректальное исследование, трансректальное ультразвуковое исследование) и результаты биопсии простаты не позволили выявить РПЖ. С целью оценки встречаемости инцидентального рака простаты и определения подходов к лечению нами проанализированы материалы статей зарубежных авторов, отечественных литературных источников и собственный опыт клиники. В настоящее время встречаемость инцидентального рака простаты, по данным международных и отечественных источников, колеблется в пределах от 4 до 11%. Тактика лечения пациентов с инцидентальным раком простаты до сих пор остается дискуссионной. По данным различных источников, пациентам с инцидентальным РПЖ в стадии T1a с ожидаемой продолжительностью жизни более 15 лет целесообразно назначить регулярное обследование и в отдаленном будущем провести радикальную простатэктомию. Пациентам с инцидентальным раком в стадии T1b целесообразно назначить радикальное хирургическое лечение в ближайшие 5 лет.

Ключевые слова: инцидентальный рак простаты, рак простаты, T1a, T1b.