

Shavaeva, Fatima V., associate professor of the Department of Normal and Pathological Physiology of KBSU, PhD (biology). Address: Russia, KBR, Chegem, Bratiev Sabanovych st. 12, phone number: 8 (960) 427 53 21

Misirova, Marina M., graduate student of KBSU the Department of Pediatric Diseases, Obstetrics and

Gynecology, Faculty of Medicine, Kabardino-Balkarian State University named of H.M. Berbekov, Nalchik. Russia, 360000, Kabardino-Balkarian Republic, Nalchik, st. Moskovskaia d, 2 (75). Тел. +7 (928) 910-34-96.

УДК 616.62-008.22:616-001-089

Шодмонова З.Р.

*доцент, заведующая курсом урологии
Самаркандский государственный медицинский институт*

Шукуров А.А.

*магистр курса урологии
Самаркандский государственный медицинский институт*

Гафаров Р.Р.

*ассистент курса урологии
Самаркандский государственный медицинский институт*

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Shodmonova Z.R.

*associate professor, head of the department of urology
Samarkand State Medical Institute*

Shukurov A.A.

*master of the department of urology
Samarkand State Medical Institute*

Gafarov R.R.

*assistant of the department of urology
Samarkand State Medical Institute*

EARLY DIAGNOSTICS AND IMPROVING THE EFFICIENCY OF TREATMENT FOR TRAUMATIC INJURIES OF THE KIDNEYS AND URINARY TRACT

Summary. The article discusses modern views on the problem of diagnostics and treatment of closed traumatic injuries of the urinary system. Authors present the results of treatment of 86 patients with closed injuries of the kidneys and urinary tract. The study included patients with isolated kidney and urinary tract trauma, as well as patients with polytrauma. The importance and timeliness of implementation of such radiological studies as multispiral computed tomography and contrast studies are noted. Effectiveness of conservative and surgical treatment for injuries was analyzed.

Аннотация. В статье рассмотрены современные взгляды на проблему диагностики и лечения закрытых травматических повреждений органов мочевыделительной системы. Авторы представляют результаты лечения 86 пострадавших с закрытыми травмами почек и мочевых путей. В исследование включены как больные с изолированной травмой почек и мочевых путей, так и с сочетанной травмой и политравмой. Отмечается важность и своевременность выполнения таких рентгенологических исследований, как мультиспиральная компьютерная томография и контрастные исследования. Проанализирована эффективность консервативного и оперативного лечения при повреждениях подобного рода.

Key words: closed kidney injury, urinary tract, isolated trauma, polytrauma, diagnostics.

Ключевые слова: закрытые повреждения почек, мочевые пути, изолированная травма, сочетанная травма, диагностика.

Введение. В последние годы травма органов мочеполовой системы стала занимать особое место в неотложной урологии. Учащение техногенных аварий привело к увеличению числа сочетанных травм, когда среди прочих имеют место и повреждения мочеполовых органов [6,7,8,10]. Анализ причин смертности населения показывает, что травматические повреждения занимают первое

место среди причин смерти у лиц, не достигших 40 лет, причем количество мужчин в 4,4 раза превышает число женщин [7]. По литературным данным лица, получившие сочетанную травму в дорожно-транспортных происшествиях в 66,6-80% случаев имеют и урологическую травму [10,19]. Трудности ранней диагностики тупых повреждений почек и мочевыводящих путей,

оказание экстренной медицинской помощи, определение объёма оказываемой помощи, проведение лечебных мероприятий всегда были предметом обсуждения в практической урологии [4,12,13].

Известно, что от своевременности и правильности диагностики закрытых травм почки (ЗТП) и мочевых путей, оказания адекватной специализированной медицинской помощи, выбора рациональной хирургической тактики зависят и исходы травмы. Также немаловажное значение имеет своевременное выявление и лечение возможных грозных осложнений (посттравматический, геморрагический шок), которые в той или иной степени наблюдаются почти у всех пострадавших с сочетанной травмой почек и мочевых путей [5,9,14,15]. В литературе встречаются различные мнения в отношении оказания экстренной помощи при ЗТП. Одни авторы придерживаются тактики консервативного ведения при ЗТП и считают необходимым выполнение оперативного вмешательства лишь при жизнеугрожающем кровотечении [5], а другие считают, что необходимо расширять показания к оперативному лечению, проводя органосохраняющие операции [1,17]. Однако, число нефрэктомий при ЗТП, к сожалению, остается значительным (23-74%) вплоть до сегодняшнего дня [1,15,16]. Также недостаточно освещены вопросы о последствиях ЗТП в зависимости от методов лечения (оперативного или консервативного).

Важную роль в точной и своевременной диагностике повреждений почек и мочевых путей, в особенности сочетанных травм, играет лапароскопия. Сегодня видеолапароскопия с использованием самой современной техники, мониторов высокого разрешения не только обеспечивает наиболее точную и безошибочную диагностику внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря, но и позволяет до операции выявить сочетанные повреждения органов брюшной полости [16,21]. При этом данный метод диагностики является наиболее информативным и чувствительным [2,3].

Недостаточное знание особенностей клинического течения ЗТП, вопросов ранней диагностики и неадекватное оказание помощи пострадавшим, способствуют развитию осложнений и, следовательно, увеличению инвалидизации, в основном, среди лиц трудоспособного возраста [10,11,18,20]. Таким образом, исходя из вышесказанного, является очевидным не только медицинское, но и социальное значение проблемы ранней диагностики и лечения травматических повреждений почек и мочевыводящих путей.

Цель. Ранняя диагностика и повышение эффективности комплексного лечения ЗТП и мочевых путей путем изучения особенностей их клинического течения, а также результатов современных методов исследования у

пострадавших.

Материал и методы исследования. В настоящее исследование включено 86 пациентов, находившихся на лечении в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП) за период с 2012 по 2020 годы с закрытой изолированной и сочетанной травмой почек и мочевых путей, осложненной образованием забрюшинной гематомы (ЗГ) или забрюшинной урогематомы (ЗУГ), гемоперитонеума, мочевого затёка или мочевого перитонита.

Мужчин было 57 (66,3%), женщин – 29 (33,7%), средний возраст пациентов составил 43,7±17,9 лет. Пути поступления больных в стационар: службой скорой помощи доставлены 60 (69,8%) больных, остальные 26 (30,2%) поступили самотеком.

В большинстве случаев причиной повреждений были дорожно-транспортные происшествия - 49 (57%), бытовые травмы - 20 (23,3%), производственные травмы - 5 (5,8%), спортивные травмы - 3 (3,5%), криминогенные - 2 (2,3%), ятрогенные - 7 (8,1 %) случаев. У 8 (9,3%) пострадавших наблюдался травматический шок, а у 5 (5,8%) - геморрагический шок. Все больные в приемном отделении СФ РНЦЭМП при первичном осмотре консультировались соответствующими смежными специалистами и им, согласно выработанному алгоритму диагностики, проводились необходимые исследования. Оценивалось состояние гемодинамических показателей, производилось УЗИ почек и мочевыводящих путей, органов брюшной полости, а также рентгенологические исследования, в том числе и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ). В зависимости от степени тяжести и локализации травмы больные были разделены на следующие группы: 1-я группа - 21 (24,4%) больных с изолированной травмой почек и мочевыводящих путей; 2-я группа - 58 (67,4%) больных с сочетанными травмами, 3-я группа – пострадавшие с политравмой - 7 (8,1%).

Результаты исследования. Физикальное исследование проводилось нами во время или после стабилизации общего состояния пострадавших. Если пациент находился в сознании, напрямую собирали анамнез, изучали механизм возникновения травмы. В противном случае информацию получали у очевидцев или персонала скорой медицинской помощи. При этом клиническая картина в зависимости от вида, локализации травмы и степени тяжести была очень разнообразная. Гематурия - как основной клинический признак - в той или иной степени наблюдалась у 92% больных, на боли в поясничной области пораженной стороны жаловались 75% пострадавших, припухлость в поясничной области выявлена у 41%, кровоподтеки в поясничной области – у 32%, боль в животе – у 28%, припухлость внизу живота – у 19%, кровоподтеки

внизу живота – у 22% и дизурические явления у 36% исследуемых.

При сочетанной травме для того, чтобы определить степень повреждения почек, мочевых путей и других органов, а также окончательно установить диагноз, наряду с клинико-лабораторными исследованиями, нами выполнялись и рентгенологические методы обследования, в том числе и МСКТ. При подозрении на наличие субкапсулярной, ЗГ или ЗУГ, когда определялось ограничение подвижности почек, «размытость» контуров почек, выявленные в 33 (38,4%) случаев, наряду с обзорной урографией или МСКТ производилось и контрастное исследование. При этом у 9 (10,5%) пострадавших выделительная функция обеих почек не была нарушена. У остальных 24 (27,9%)

выявлены повреждения почек различной степени, осложненные забрюшинной гематомой (16) и урогематомой (8).

Изолированная травма почек имела место в 9 (10,5%) случаях, травма мочеточника – в 5 (5,9%), травма мочевого пузыря наблюдалась у 7 (8,1%) пострадавших. В остальных случаях травма почек и мочевых путей сочетались с травмами органов брюшной полости – у 21 (24,4%) пострадавшего, у 16 (18,6%) пациентов - с травмами костей таза и позвоночника, в 18 (20,9%) случаях - с черепно-мозговой травмой, и ещё в 3 (3,5%) - с повреждениями грудной клетки. У 7 (8,1%) пострадавших была тяжелая политравма, несовместимая с жизнью (табл.1). Всем больным оказана соответствующая квалифицированная специализированная помощь.

Таблица 1.

Распределение пострадавших с повреждениями органов мочеполовой системы.

№	Травма почек и мочевых путей	Число больных
1.	Изолированная травма	
	Изолированная травма почки	9 (10,5%)
	Изолированная травма мочеточника	5 (5,9%)
	Изолированная травма мочевого пузыря	7 (8,1%)
2.	Сочетанная травма	
	Сочетание с травмами органов брюшной полости	21 (24,4%)
	Сочетание с травмами костей таза и позвоночника	16 (18,6%)
	Сочетание с черепно-мозговой травмой	18 (20,9%)
3.	Политравма	
	Сочетание с повреждениями грудной клетки	3 (3,5%)
	Всего	86 (100%)

Нами определены критерии для выбора показаний к оперативному и консервативному лечению пострадавших с ЗТП. Так, при изолированных повреждениях почек при удовлетворительном общем состоянии, отсутствии массивного кровотечения и мочевой инфильтрации проводилась консервативная терапия. Она включала в себя постельный режим в течение до 21 суток, принятие мер по прекращению кровотечения (введение гемостатических средств, переливание крови и плазмы), назначение обезболивающих средств, антибиотиков широкого спектра действия, а также динамическое наблюдение за показателями гемодинамики (пульс, артериальное давление, Нб, протромбиновое время и индекс). Интенсивная гематурия, ухудшение состояния больного, подозрение на сочетанное повреждение почек, мочевых путей и органов брюшной полости, костно-суставной системы или грудной клетки являлись показанием для неотложного хирургического вмешательства, т.к. своевременное хирургическое вмешательство при закрытом повреждении почки помогает не только сохранить больному жизнь, но и спасти почку. В каждом конкретном случае травмы нами устанавливался факт наличия контрлатеральной почки и оценивалось её функциональное состояние. В случае госпитализации больного в стационар в состоянии шока параллельно проводились и

противошоковые мероприятия, чтобы выполнить операцию при благоприятных условиях.

При изолированных травмах почек использовали поясничный доступ. В случае подозрения на сочетанное повреждение почек и органов брюшной полости выполняли срединную лапаротомию.

Из всех больных (n=86), в остром периоде находящихся на стационарном лечении, консервативное лечение проводилось 39 (45,3%) пострадавшим, а оперативное лечение – 47 (54,6%) больным. При разрыве фиброзной капсулы почки с повреждением паранефральной клетчатки оперативное вмешательство выполнено 9 (10,5%) больным. При разрыве паренхимы почки без проникновения в чашечно-лоханочную систему (ЧЛС) прооперировано 11 (12,8%) больных, при разрыве почечной паренхимы с проникновением в ЧЛС всем 8 (9,3%) пострадавшим выполнено органосохраняющее оперативное лечение. В 3 (3,5%) случаях произведена нефрэктомия по причине множественных разрывов (2) и размождения (1) паренхимы почки. При травмах мочеточника в 5 (5,8%) случаях выполнена нефростомия с последующей пластикой в отдаленном периоде. Интраперитонеальные разрывы мочевого пузыря у 5 (5,8%) пострадавших требовали проведения ушивания разрыва стенки мочевого пузыря с наложением цистостомы. При

этом в 1 случае разрыв стенки мочевого пузыря ушит лапароскопическим путем. В 2 (2,3%) случаях экстраперитонеальный разрыв стенки мочевого пузыря II степени (по AAST – Американская ассоциация хирургической травмы) ликвидирован путем трансуретральной катетеризации в течение 14 дней.

При проведении оценки эффективности выбранного метода лечения мы провели сравнительный анализ сроков госпитализации больных с ЗТП и мочевых путей при консервативном и оперативном лечении. Так, при консервативном лечении средний продолжительность пребывания больных в стационаре в 1,8 раза больше ($p < 0,01$), чем при оперативном лечении. При консервативном лечении средняя продолжительность пребывания в стационаре оставила $18,8 \pm 2,7$ суток, а при хирургическом органосохраняющем лечении – $10,3 \pm 1,5$ суток.

Выводы. Таким образом, образование ЗГ или ЗУГ при повреждениях почек и мочевых путей может отягощать течение травматической болезни и привести к ухудшению состояния пострадавших. Поэтому тщательное изучение клинической картины, лабораторных данных и результатов УЗИ, МСКТ при травмах почек и мочевых путей способствует своевременному определению степени тяжести травмы и выбору тактики лечения больных. Нами установлено, что длительность и эффективность стационарного лечения пострадавших с ЗТП в острый период зависят от выбранной лечебной тактики. Хирургическое лечение оказалась эффективнее консервативного при длительности госпитализации до 10 суток при хирургических вмешательствах и свыше 15 суток при консервативной тактике ведения.

Литература

1. Абакумов М.М., Смоляр А.Н., Трофимова Е.Ю., Шарифуллин В.А., Бармина Т.Г., Богницкая Т.В. Диагностика и лечение травматических забрюшинных кровоизлияний // Хирургия. 2013. № 12. С. 5-10.
2. Аванесян Р.Г. Лечение больных с механической желтухой с помощью комбинированных малоинвазивных технологий /Аванесян Р.Г., Королев М.П., Федотов Л.Е.// Актуальные вопросы экстренной эндоскопии: Тезисы докладов 1 Всероссийской научно-практической конференции, 25-26 марта 2010 г. - Санкт-Петербург, 2010. - С.92-93.
3. Аллазов С.А., Хуррамов Б.М., Гафаров Р.Р. Традиционные и миниинвазивные методы диагностики и лечения повреждений мочевого пузыря (обзор литературы). Вопросы науки и образования 2020; 12(96):58-72.
4. Аллазов С.А., Шодмонова З.Р., Шукуров А.А., Муминов С.Р. Забрюшинные жидкостные объемные образования: гематома, урогематома, уринома (обзор литературы). Вопросы науки и образования. 2019; 12(53):83-88.

5. Рашидов М.М., Ахмедов Р.Н., Максумов К.Дж., Халилов М.Л. Опыт лечения больных с повреждением почек и мочевого пузыря при сочетанной травме. Вестник неотложной и восстановительной хирургии. 2016; 1(3): 421-429.

6. Смоляр А.Н. Закрытая травма живота. Повреждения почек. Часть 3. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2016;(6):4-13.

7. Сорока И.В. Особенности диагностики и лечения травм почек у пострадавших с сочетанными повреждениями в различные периоды травматической болезни. Дис. . канд. мед. наук. СПб.; 2002. 135 с.

8. Сорока И.В., Джусоев И.Г., Шанава Г.Ш., Кушниренко К.Н., Мефодьев А.В. Диагностика и лечение сочетанных ножевых ранений почек// Скорая медицинская помощь. -2004 - Т. 5, № 3. - С. 192-193.

9. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т. Видеолапароскопия в диагностике и лечении повреждений органов брюшной полости при сочетанной травме. Вестник экстренной медицины, 2009; 3:18-2.

10. Шаплыгин Л.В. Ранения и травмы почек: клиника, диагностика и лечение. Дис. . . д-ра мед. наук. –М, 1999-232 с.

11. Шодмонова З.Р., Латипов А.О., Шукуров А.А. Профилактика осложнений малоинвазивных методов лечения уретролитиаза. Материалы IV съезда Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана (13-14 сентября). Ташкент 2018: 93.

12. Шодмонова З.Р., Бобокулов Н.А., Хамроев Г.А., Шукуров А.А. Снижение частоты осложнений дистанционной ударно-волновой литотрипсии путем прогнозирования ее эффективности. Материалы IV съезда врачей неотложной медицины (19-20 октября). Москва 2018: 276.

13. Шодмонова З.Р., Гафаров Р.Р., Хуррамов Б.М., Шукуров А.А. Применение видеолапароскопии в диагностике и лечении внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря. Сб. публикаций, посвященный V съезду урологов Узбекистана (15-16 октября). Ташкент 2018: 156-157.

14. Шпилень Е.С. Современная боевая травма органов мочеполовой системы: Дис... д-ра. мед. наук.-СПб, 2000.-400с.

15. EAU Guidelines. Edn. Presented at the EAU Annual Congress Barcelona 2019. ISBN 978-94-92671-04-2.

16. Gorecki P.J., Cottam D., Angus L.D., Shaftan G.W. Diagnostic and therapeutic laparoscopy for trauma: a technique of safe and systematic exploration. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2002; 12: 195-8.

17. Kellum J.A., Chawla L.S., Keener C., Singbartl K., Palevsky P.M., Pike F.L., Yealy D.M., Huang D.T., Angus D.C. ProCESS and ProGRess-AKI Investigators. The effects of alternative resuscitation strategies on acute kidney injury in patients with septic shock. Am. J. Respir. Crit. Care, 2016, vol. 193, pp. 281-287.

18. Kuan J.K, Wright J.L, Nathens A.B, et al. American Association for the Surgery of Trauma Organ Injury Scale for kidney injuries predicts nephrectomy, dialysis, Ryan Spangler, Joshua Moskovitz - 2019 - Medical. Moore E.E. et al. Organ injury scaling. spleen. liver. and kidney. J. Trauma. 1989. 29. 1664. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2593197>.

19. McGeady J.B. et al. Current epidemiology of genitourinary trauma. Urol Clin North Am, 2013. 40: 323.

20. Patel B.N., et al. Imaging of iatrogenic complications of the urinary tract: kidneys, ureters, and bladder. Radiol Clin North Am, 2014. 52: 1101.

21. Pereira BM, de Campos CC, Calderan TR, Reis LO, Fraga GP. Bladder injuries after external trauma: 20 years experience report in a populationbased cross-sectional view. World J Urol. 2013 Aug;31(4):913-7.

Кацова Г.Б., Московцева Н.И., Малеева Н.П.

*Оренбургский государственный медицинский университет
Россия, г. Оренбург*

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВО АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ К СТАЦИОНАРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Katsova G. B., Moskovtseva N. I., Maleyeva N. P.

*Orenburg state medical University
Russia, Orenburg*

FACTORS DETERMINING THE QUALITY OF PATIENT ADAPTATION TO HOSPITAL TREATMENT

Annotation. If hospital treatment is necessary, there is often a violation of adaptation to changes in the patient's living conditions and role status. This makes it necessary to study and minimize the factors creating a stressful situation in hospital treatment. In this study, a survey to solve this problem was conducted. The most important reasons reducing the process of adaptation to hospital stay were found out.

Аннотация. При необходимости стационарного лечения часто возникает нарушение адаптации к изменению условий жизни и ролевого статуса пациента. Это заставляет изучать и минимизировать факторы, создающие стрессовую ситуацию при лечении в стационаре. В данном исследовании проведено анкетирование для решения этой проблемы. Выявлены наиболее важные причины, снижающие процесс адаптации к пребыванию в стационаре.

Необходимость стационарного лечения, при состоянии любой тяжести пациента, всегда является для него стрессовой ситуацией.

Ключевые слова: стационарное лечение, адаптации, психология общения.

Keywords: hospital treatment, adaptation, psychology of communication.

В обеспечении благоприятного исхода лечения больных важная роль принадлежит коррекции нарушений процессов адаптации к условиям организации лечебного процесса.

Даже в учреждении, где придерживаются самых гуманных принципов и работает самый деликатный персонал, меняется ролевой статус больного. Он утрачивает право определять характер своих повседневных действий, становится, в определенном смысле, зависим от медицинского персонала. Это нередко сопровождается депрессией, страхом, нарушением адаптационных реакций. В зависимости от пола, возраста, особенностей характера, социального положения, образования и профессии возникает широкий диапазон адаптивных психологических реакций. Наибольшие трудности с адаптацией у пациентов возникают в первые часы и дни госпитализации.

В нашей работе мы попытались выяснить наиболее важные для пациентов факторы,

влияющие на адаптацию к условиям пребывания в стационаре. В ходе исследования было проведено анкетирование 30 больных, находящихся на стационарном лечении в отделении пульмонологии областной клинической больницы г. Оренбурга. Анкета составлена сотрудниками кафедры сестринского дела Оренбургского государственного медицинского университета и содержала вопросы, дающие ответы на поставленные в исследовании вопросы.

Как показало анкетирование, неудобства пациентов возникали уже в приемном покое и были связаны с необходимостью сменить свою более удобную и привычную одежду на больничную. В дальнейшем, пользоваться постельным бельем, которое, как правило, отличается невысоким качеством. При анкетировании 11 пациентов (6,67%) отметили этот фактор, как важный для адаптации к стационарным условиям.

Кроме того, важным для больных оказался дефицит помещений и медицинского персонала,