

**TADQIQOT**

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990

Impact Factor: 5.878

---

**JOURNAL OF**  
**REPRODUCTIVE**  
**HEALTH AND**  
**URO-NEPHROLOGY**  
**RESEARCH**

---



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 1

**2021**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-  
нефрологических исследований

# JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный  
медицинский институт

---

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный  
научно-практический  
журнал

---

**N<sup>o</sup> 1**  
**2021**

ISSN: 2181-0990  
DOI: 10.26739/2181-0990

**Главный редактор:**  
**Chief Editor:**

**Негмаджанов Баходур Болтаевич**

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2  
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics  
and Gynecology Department No. 2 of the  
Samarkand State Medical Institute

**Заместитель главного редактора:**  
**Deputy Chief Editor:**

**Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна**

доктор медицинских наук, профессор  
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского  
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor  
Departments of Obstetrics and Gynecology  
Tashkent State Dental Institute

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:**  
**MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:**

**Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес**  
профессор, член Европейского общества  
репродукции человека и эмбриологии  
Prof. Medical Director of the Instituto  
Europeo de Fertilidad. (Madrid, Spain)

**Ramašauskaitė Diana**

профессор, руководитель Вильнюсского центра  
перинатологии, профессор и руководитель клиники  
акушерства и гинекологии при институте клинической  
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of  
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty  
of Medicine, Latvia)

**Аюпова Фариди Мирзаевна**

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1  
Ташкентской медицинской академии.

**Зокирова Нодира Исламовна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич**

доктор медицинских наук, профессор заведующий  
кафедрой Эндоскопической урологии факультета  
непрерывного медицинского образования  
медицинского института РУДН.

**Негматуллаева Мастура Нуруллаевна**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
акушерства и гинекологии №2, Бухарского  
медицинского института.

**Окулов Алексей Борисович**

доктор медицинских наук, профессор кафедры  
медицинской репродуктологии и хирургии  
Московского государственного  
медико-стоматологического университета.

**Махмудова Севара Эркиновна**

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии  
факультета последипломного образования  
Самаркандского Государственного медицинского  
института (**ответственный секретарь**)

**ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:**  
**MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:**

**Boris Chertin**

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric  
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical Professor in  
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,  
Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии, медицинский  
факультета ивритского университета)

**Fisun Vural**

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa  
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari  
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета  
естественных наук, учебно-исследовательской  
больницы клиники акушерства и гинекологии.

**Melike Betül Öğütmen**

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji  
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.  
Доцент Университета естественных наук,  
учебно-исследовательской  
больницы клиники нефрологии.

**Аллазов Салах Алазович**

доктор медицинских наук, профессор  
кафедры урологии, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна**

доктор медицинских наук, доцент,  
заведующая кафедрой №2 педиатрии с  
курсом неонатологии, Самаркандского  
Государственного медицинского института

**Локшин Вячеслав Нотанович**

доктор медицинских наук, профессор,  
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской  
ассоциации репродуктивной медицины.

**Никольская Ирина Георгиевна**

доктор медицинских наук, профессор  
ГБУ МО МОНИАГ.

**Шалина Раиса Ивановна**

доктор медицинских наук, профессор  
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического  
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

**Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов**

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Телефон: +998 (94) 404-0000

**Editorial staff of the journals on [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)

Phone: (+998-94) 404-0000

# СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

## ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

<b>1. Allazov Salah</b> UROLOGIYA SOHASIDA ILMIY IZLANISHLAR ETIKASI (ADABIYOTLAR SHARHI).....	5
<b>2. Agababyan Larisa, Nasirova Zebiniso, Alieva Malika</b> ERTA MENOPAUAZA VA TOMIRLAR ENDOTELIYSI FUNKSIYASINING BUZILISHI (ADABIYOTLAR SHARHI).....	11
<b>3. Agababyan Larisa, Nasirova Zebiniso, Gaybullaeva Zamira</b> REHABILITATION AFTER MEDICAL ABORTION (LITERATURE REVIEW).....	15
<b>4. Аллазов Салах, Камалов Нодир, Мурадова Раиля</b> ЖИТКОСТНЫЕ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЧЕК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	18
<b>5. Закирова Нодира, Жураева Фариза, Сафарова Лола</b> ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	22
<b>6. Камалов Нодир</b> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ЖЕНЩИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	25
<b>7. Raximov Nodir, Karimova Mavluda, Shaxanova Shaxnoza, Bobokulov Siroj, Fayziyev Ilhom</b> TARQALGAN PROSTATA BEZI SARATONINI ZAMONAVIY DAVOLASH KONSEPSIYASI (ADABIYOT SHARHI)....	28
<b>8. Сафаров Алиаскар, Уринов Мухриддин, Сафарова Лола</b> ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ ТИПЕ ОЖИРЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	33

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ


<b>9. Абдуллаева Лола, Каттаходжаева Махмуда, Сафаров Алиаскар, Сулайманова Нодира</b> КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МНОГОВОДИЕМ.....	37
<b>10. Агабабян Лариса, Донабоева Зарнигор</b> НОВЫЙ КОРОНАВИРУС COVID-19 И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	42
<b>11. Агабабян Лариса, Азимова Шахноза</b> АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ТРУДАХ АКАДЕМИКА И.З. ЗАКИРОВА.....	46
<b>12. Аллазов Салах, Камалов Нодир</b> УШИВАНИЕ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	49
<b>13. Raximov Nodir, Aslanova Lobar, Davronov Eshboy, Mirzakulov Bunyodjon</b> BUYRAK SARATONINI TARQALISH DARAJASINI BAXOLASHDA NOINVAZIV VIZUALIZASIYA USULLARINI DIAGNOSTIK IMKONIYATLARI.....	54
<b>14. Raximov Nodir, Assatulaev Akmal, Shakhanova Shaknoza, Yusupov Sherali, Fayziev Ilkhom</b> TARQALGAN PROSTATA BEZI SARATONINI DAVOLASHDA XIRURGIK KASTRATSIYA OʻRNI.....	58



УДК.616.62-001.5-072.1-089

**Аллазов Салах Аллазович**Самаркандский Государственный Медицинский  
Институт, Кафедра урологии, профессор  
Самарканд, Узбекистан**Камалов Нодир Аловатдинович**Магистр курса урологии  
Самаркандского Государственного  
Медицинского института, Самарканд, Узбекистан**Муродова Раиля Рустамовна**Самаркандский Государственный Медицинский  
институт, Кафедра фармакологии,  
ассистент кафедры.  
Самарканд, Узбекистан**ЖИТКОСТНЫЕ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЧЕК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**For citation:** Allazov Salakh Allazovich, Kamalov Nodir Alovatdinovich, Muradovova Railya Rustamovna, Fluid renal masses, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 18-21

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-4>**Allazov Salakh Allazovich**Professor of Department at Samarkand  
State medical institute, Department of urology  
Samarkand, Uzbekistan**Kamalov Nodir Alovatdinovich**Master's degree in urology  
Samarkand state medical Institute, Samarkand, Uzbekistan**Muradovova Railya Rustamovna**Assistance of Department at Samarkand  
State Medical institute, Department of farmokology  
Samarkand, Uzbekistan**FLUID RENAL MASSES (LITERATURE REVIEW)****Allazov Salah Allazovich**Samarqand davlat tibbiyot instituti,  
Urologiya kafedrası professori  
Samarqand, O'zbekiston**Kamalov Nodir Alovatdinovich**Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti,  
Urologiya kursi magistri  
Samarqand, O'zbekiston**Muradova Railya Rustamovna**Samarqand davlat tibbiyot instituti,  
Farmokologiya kafedrası assistenti  
Samarqand, O'zbekiston**BUYRAKLARNING SUYUQLIKLI HAJMLI HOSILALARI (ADABIYOTLAR TAHLILI)**

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, утолщенными стенками и перегородками, доброкачественного или злокачественного характера; 5. явно злокачественные образования, включающиеся кистозный рак.

К этой же категории объемных образований можно отнести и забрюшинную гематому (ЗГ) - кровоизлияние с образованием скопления крови в клетчатке забрюшинного пространства. ЗГ часто сопровождаются закрытые и открытые повреждения живота, в том числе и ранения поясничной области. Её разнообразием является забрюшинная 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 забрюшинного кровоизлияния (ЗК). В такой ситуации, у хирурга всегда возникает множество вопросов об источнике забрюшинного 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 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 [15]. Поэтому, правильнее говорить не «забрюшинная гематома», а «забрюшинное кровоизлияние» [6,13].

ЗК чаще возникает при переломах костей таза, переломах позвоночника, повреждениях почек, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, желудка, аорты, нижней полой вены, почечных сосудов, гемофилии [11,19,20]. По локализации забрюшинные гематомы Земляной В. П. и соавт., (2016) [8] разделили на три типа: I тип-центральные, II тип-боковые, III тип-тазовые (рис-1.).

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 [21].

Уринома (urinoma; лат. Urina-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 резорбироваться. В других случаях, даже если поступление мочи прекращается, ее скопление инкапсулируется (плотная соединительнотканная капсула образуется через 3-6 нед) [17,18].

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, геморагии 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 ЗК 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 [14], в зависимости от локализации гематомы, тяжести состояния пациента и др. МСКТ и МРТ обладают высокой чувствительностью и в 85–98% случаев оказываются эффективными для обнаружения забрюшинных гематом [22, 23], 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% [14,23]. 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) 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% [20].

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 поврежденных органов мочеполовой системы занимают закрытые травмы почек с образованием ЗГ в ЗП [12,17,18].

Закрытая (подкожная) травма почки характерна в основном для мирного времени [18]. 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 уретеропиелогрфии (рис.2) [3].

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, нагнаиваясь симулировать копчиковый свищ [2].

Возникающая в редких случаях при закрытой травме почек сильное кровотечение в околопочечное пространство обычно не имеет тенденцию к прекращению. Оно может иметь место при таких тяжелых повреждениях, как множественные глубокие разрывы почки, разможение 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 [7,18]. Между тем решить этот вопрос чрезвычайно трудно, так как собрать и измерить объем крови, излившаяся 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 паранефральное пространство постепенно развивается мочевая инфильтрация околопочечной, а затем и забрюшинной клетчатки.

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

## Использованная 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: 5–10.
2. Аллазов С.А., Турсунов Х.Б. Редкий случай в урологии и хирургии. Вестник врача 2011; 2: 37-38.
3. Аллазов С.А. Повреждения почек и мочевыводящих путей. Урология 2012; 6: 110-112.
4. Босниак М.А., 1986. Цит.: Аляев Ю.Г., Винаров А.З. Ран почки: практическая урология. Под ред. Глыбочко Н.В., Аляева Ю.Г., 2012; с. 82.
5. Гареев Р.Н., Фаязов Р.Р. Травматические забрюшинные кровоизлияния. Медицинский вестник Башкортостана. 2013; 3(8): 107-112.
6. 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: 627.
7. Довлатян А.А. Травма органов мочеполовой системы. М. БИНОМ 2012; 280.
8. Земляной В.П., Сингаевский А.Б., Данилов А.М., Сигуа Б.В., Ялда К.Д., Возможности диагностики забрюшинных гематом при ранениях поясничной области в условиях многопрофильного стационара. Вестник СПбГУ. 2016; 1(11): 60-67.
9. 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; 91-92.
10. Комяков Б.К. Урология М., 2011; 464: 14.
11. Макке С.А. Выбор рационального метода лечения при закрытых повреждениях почек. Дисс. ... канд. мед. наук. СПб 2009; 110.
12. Махмудов Ф.Ч. Мустафакулов И.Б. Современные подходы к хирургическому лечению повреждений мочевыделительных органов при сочетанной травме живота (обзор литературы). Вестник врача 2013; 1:89-93.
13. Сингаевский А. Б., Данилов А. М., Сигуа Б. В., Ялда К. Д., Бадалова Ж. Э. Возможности оптимизации лечения ранений поясничной области в многопрофильном стационаре // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2014; 14 (48): 127–131.
14. Смоляр А. Н., Абакумов М. М., Бармина Т. Г., Донов Л. В., Черная Н. Р. Диагностика и лечение ранений живота с повреждением забрюшинных структур // Хирургия. 2009; 1: 9–13.
15. Смоляр, А.Н. Диагностика и лечение травматических забрюшинных кровоизлияний: автореф. дис.... д-р мед. наук. – М., 2012. – 47 с.
16. Трофимова Е. Ю., Богницкая Т. В., Смоляр А. Н. Значение ультразвукового исследования в наблюдении за течением забрюшинных кровоизлияний у пациентов с закрытой травмой живота // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2012; 4: 18–23.
17. Шамсиев А.М., Давлатов С.С., Лёнюшкин А.М. Хирургическое лечение больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением. Шпитальна Хирургия. Журнал имени Л.Я. Ковальчука. 2016; 1: 78-83.
18. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Тураев Ю.А., Муталибов А.И., Бургутов М.Ж. Роль функциональных исследований кардиореспираторной системы при воронкообразной деформации грудной клетки. Проблема биология и медицина. 2017; 1(93): 7-12.
19. 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; 76,(6) 280-90.
20. Guidelines for Diagnostic Laparoscopy, Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. URL: <http://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-diagnostic-laparoscopy/> (accessed: 14.02.2015).
21. Local and systemic consequences of large retroperitoneal clot burdens / G. Loor, H. Bassiouny, C. Valentin [et al.] // World J. Surg. 2009; 33,( 8) 1618-25.
22. Nemsadze G. Sh., Urushadze O. P., Tokhadze L. T., Kipshidze N. N. Diagnostic possibilities of multilayer computer tomography in blunt abdominal trauma // Georgian Med. News. 2011; 191,(2) 12–18.
23. Wang F., Wang F. The diagnosis and treatment of traumatic retroperitoneal hematoma // Pak. J. Med. Sci. 2013; 29,(2): 573–576.