

## Эндохирургическое лечение посттравматической пульсирующей гематомы ягодичной области у подростка

В. А. Митиш<sup>1,3</sup>, М. А. Дворникова<sup>1</sup>, П. В. Мединский<sup>1</sup>, И. В. Филинов<sup>2</sup>, В. Г. Багаев<sup>1</sup>, Д. М. Дмитриенко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ)  
Россия, 119180, Москва, ул. Бол. Полянка, д. 22

<sup>2</sup>Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей (НЦЗД)  
Россия, 119296, Москва, Ломоносовский просп., д. 2/62

<sup>3</sup>ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России (РУДН)  
Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8

Контактное лицо: Мария Анатольевна Дворникова, e-mail: tarussiadv@gmail.com

Изолированные травматические повреждения нижней ягодичной артерии встречаются редко. В основном они возникают в результате проникающих ранений, переломов костей таза, заднем вывихе бедренной кости. В данной статье приведен пример лечения подростка 15 лет с разрывом нижней ягодичной артерии и формированием обширной межмышечной пульсирующей гематомы в результате тупой травмы ягодичной области. Пациенту проведено комплексное обследование и эндохирургическое лечение: эндоваскулярная окклюзия травмированного сосуда с последующим эндоскопическим удалением обширной гематомы. Это позволило пострадавшему в быстрые сроки вернуться к полноценной жизни и занятиям спортом.

**Ключевые слова:** ложная аневризма, нижняя ягодичная артерия, пульсирующая гематома, дети, обследование, хирургическое лечение.

**Для цитирования:** Митиш В. А., Дворникова М. А., Мединский П. В., Филинов И. В., Багаев В. Г., Дмитриенко Д. М. Эндохирургическое лечение посттравматической пульсирующей гематомы ягодичной области у подростка. Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б. М. Костюченка. 2020, 7 (2): 28-36.

DOI: 10.25199/2408-9613-2020-7-2-28-36

### Endosurgical treatment of traumatic inferior gluteal artery pseudoaneurysm in adolescent

V. A. Mitish<sup>1,3</sup>, M. A. Dvornikova<sup>1</sup>, P. V. Medinskiy<sup>1</sup>, I. V. Filinov<sup>2</sup>, V. G. Bagaev<sup>1</sup>, D. M. Dmitrienko<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinical and Research Institute of Emergency Pediatric Surgery and Trauma  
22 Bol. Polyanka Str., Moscow, 119180, Russia;

<sup>2</sup>Federal State Autonomous Institution "National Medical Research Center for Children's Health" Ministry of Health of Russia  
2/62 Lomonosov Prosp., Moscow, 119296, Russia

<sup>3</sup>Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "Peoples' Friendship University of Russia" Ministry of Education and Science of Russia  
8 Miklukho-Maklaya Str., Moscow, 117198, Russia

Inferior gluteal artery pseudoaneurysms are rare, and most of the cases are due to blunt (pelvic fractures, femur's dislocations) or penetrating trauma. Herein, we present a case of traumatic blunt rupture of an inferior gluteal artery pseudoaneurysm in adolescent 15th years old. Patient went through the complex examination and endosurgical treatment: endovascular occlusion of inferior gluteal artery and endoscopic evacuation of the large hematoma. Patient in short time came back to his ordinary live and sport.

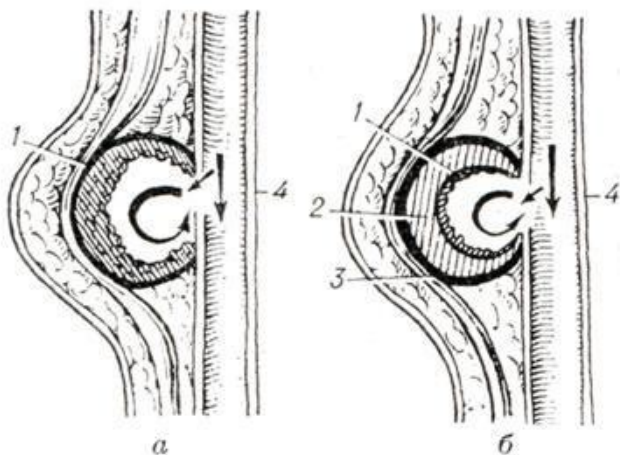
**Key words:** pseudoaneurysm, inferior gluteal artery, pulsating hematoma, children, examination, surgical treatment.

**For citation:** Mitish V. A., Dvornikova M. A., Medinskiy P. V., Filinov I. V., Bagaev V. G., Dmitrienko D. M. Endosurgical treatment of traumatic inferior gluteal artery pseudoaneurysm in adolescent. Wounds and wound infections. The Prof. B. M. Kostyuchenok Journal. 2020, 7 (2): 28-36.

### Введение

Пульсирующая гематома в первые дни возникновения характеризуется образованием патологической полости в тканях, окружающих травмированную артерию, и наличием кровотока в ней за счет сообщения с просветом артерии. В данной полости образуются

циркулирующие потоки крови и тромботические массы. Со временем последние организуются, уплотняются и прорастают соединительной тканью. Стенки гематомы в течение 2–6 нед превращаются в соединительнотканную оболочку-капсулу, которая покрывается сосудистым эндотелием. Таким образом,



**Рис. 1.** Схема образования артериальной ложной аневризмы (b) из пульсирующей гематомы (a): 1 – свежие сгустки крови; 2 – уплотненные сгустки крови (аневризматическая чаша); 3 – стенка аневризмы; 4 – артерия (стрелками указан ток крови) (Кохан Е. П., Заварина И. К. Избранные лекции по ангиологии, 2006)

**Fig. 1.** Scheme of arterial false aneurysm formation (b) from a pulsating hematoma (a): 1 – fresh blood clots; 2 – compacted blood clots (aneurysmal bowl); 3 – side of the aneurysm; 4 – artery (arrows indicate blood flow)

происходит трансформация пульсирующей гематомы в ложную аневризму поврежденной артерии (рис. 1). Эта патология формируется в результате проникающей или закрытой травмы артериального сосуда, его воспаления, инфекции и ятрогенного повреждения. Ложные аневризмы, формирующиеся в результате травматического разрыва нижней ягодичной артерии, встречаются редко: менее чем в 1,0 % от всех ложных аневризм [1]. Как правило, они связаны с проникающими ранениями, переломами костей таза, вывихом бедренной кости или ятрогенным повреждением при инвазивных манипуляциях [2–5].

Повреждения нижней ягодичной артерии проявляются в виде обширных гематом и ложных аневризм. Общим для последних является возникновение в ягодичной области напряженного объемного образования. Ложные аневризмы отличаются от гематом тем, что могут увеличиваться в объеме в течение длительного времени – от нескольких недель до нескольких лет, они могут быть горячими на ощупь и сопровождаться повышением температуры тела, что требует дифференциальной диагностики с абсцессами [6, 7]. При ложных аневризмах над образованием может пальпаторно определяться пульсация [6]. В большинстве случаев при повреждении нижней ягодичной артерии с образованием дополнительного объема в ягодичной области на первый план выходят симптомы ирритации и сдавления седалищного нерва – выраженная, резистентная к анальгетикам боль в области ягодицы, иррадиирующая по задней поверхности бедра, задненаружной поверхности голени до тыльной и подошвенной поверхности стопы, которая

может сопровождаться нарушением чувствительности в указанных зонах, двигательным дефицитом мышц передней группы голени и положительными симптомами натяжения [8, 9].

В клинической картине обширных межмышечных гематом характерно наличие симптомов постгеморрагической анемии и нарушения гемодинамики при больших объемах кровопотери, тогда как для ложных аневризм в связи с медленным их ростом это несвойственно. Дифференциальная диагностика гематом и ложных аневризм является важной задачей, поскольку стратегия их лечения различается и в случае диагностической ошибки вскрытие полости ложной аневризмы может стать причиной массивного наружного кровотечения [7]. УЗИ позволяет четко отличить ложную аневризму от гематомы или другого объемного образования благодаря такому патогномичному симптому, как турбулентный кровоток (симптом Инь-Янь) [6, 10–13].

Общепринятая хирургическая стратегия лечения ложных аневризм нижней ягодичной артерии включает прекращение кровотока в полости ложной аневризмы и последующее устранение давления, оказываемого объемом ложной аневризмы на седалищный нерв. Зачастую ревизия и перевязка нижней ягодичной артерии бывают крайне сложными и неэффективными из-за ее (аневризмы) глубокой локализации и близости расположения к костям таза, поэтому классическим способом прекращения кровотока в нижней ягодичной артерии стала внутрисосудистая окклюзия поврежденного сосуда эмболами или спиралями [6, 10]. Декомпрессия седалищного нерва выполняется путем вскрытия полости ложной аневризмы традиционным широким доступом и удалением из нее тромботических масс [6, 7, 14]. Есть свидетельство успешного консервативного лечения обширной гематомы, связанной с травмой нижней ягодичной артерии при подтвержденном отсутствии продолжающегося кровотечения [8]. Сообщений о возможности консервативного лечения и спонтанном закрытии пульсирующей гематомы нижней ягодичной артерии не обнаружено. В доступной литературе и электронных источниках сведений о выполнении эндоскопической декомпрессии седалищного нерва и эвакуации сгустков гематомы мы не нашли.

#### Клиническое наблюдение

Представляем наш опыт лечения пострадавшего с посттравматической ложной аневризмой нижней ягодичной артерии. Пациент Р., 15 лет, поступил в отделение хирургии НИИ неотложной детской хирургии и травматологии с диагнозом – напряженная посттравматическая гематома правой ягодичной области. Из анамнеза было известно, что ребенок за 2 дня до поступления упал на твердый снег горнолыжного склона

со сноуборда на ягодичную область. После травмы сразу стали беспокоить боли в месте ушиба, которые постепенно нарастали, появился отек правой ягодичной области с распространением на область правого бедра. За медицинской помощью не обращался.

При поступлении общее состояние ребенка средней степени тяжести. Беспокоили выраженные боли в правой ягодичной области, гипестезия правой ягодичной области и задней поверхности правого бедра. Правая ягодичная область деформирована и увеличена в размерах более чем в 1,5 раза по сравнению с контралатеральной стороной, нижняя ягодичная складка справа сглажена. Верхняя треть бедра увеличена в объеме. Пальпация резко болезненная, мягкие ткани напряжены, имелась гипестезия в месте напряжения тканей, невыраженная гипертермия. Движения правой нижней конечности в тазобедренном суставе ограничены и резко болезненны (рис. 2).

В клиническом анализе крови отмечены признаки анемии средней степени тяжести (Hb – 74 г/л, Эр – 2,5 млн/мкл). По УЗИ выявлены эхо-признаки пульсирующей межмышечной гематомы правой ягодичной области размерами 18,0 × 8,2 см, общим объемом около 340,0 мл (рис. 3). На компьютерной томографии в мягких тканях правой ягодичной области между большой и средней ягодичными мышцами визуализировалось геморрагическое скопление оvoidной формы и неравномерной плотности



Рис. 2. Внешний вид пациента при поступлении. Значительное увеличение в объеме и деформация правой ягодичной области  
 Fig. 2. Patient's appearance upon admission. Significant volume increase and deformation of the right gluteal region presented

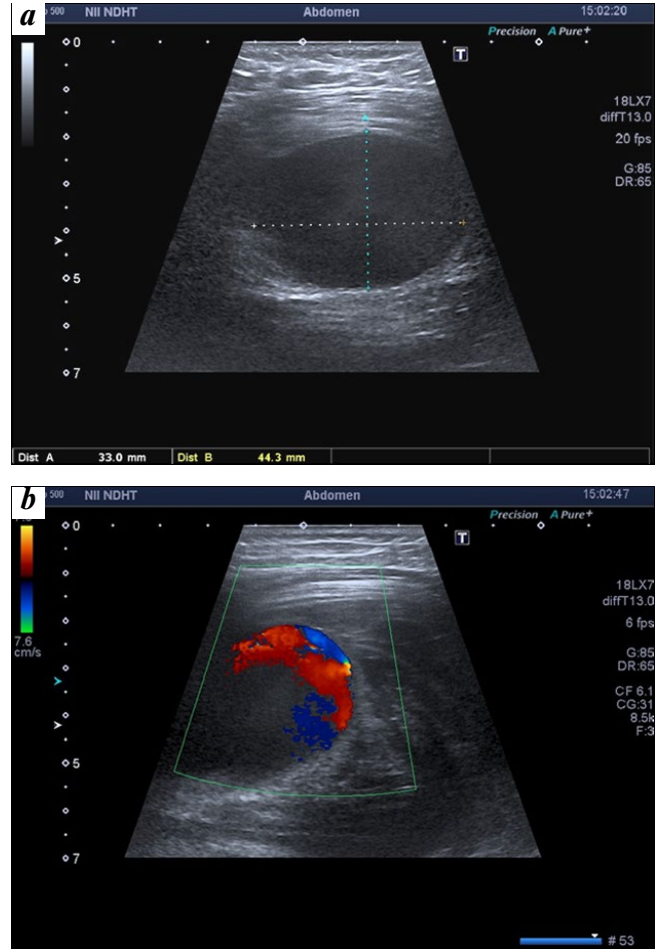


Рис. 3. УЗИ-картина пульсирующей межмышечной гематомы: а – размеры гематомы составляли 18,0 × 8,2 см; общий объем около 340,0 мл; б – эхо-признаки пульсирующей гематомы в доплеровском режиме  
 Fig. 3. Ultrasound of a pulsating intermuscular hematoma detection: a – the size of the hematoma are 18.0 × 8.2 cm; total volume is about 340.0 ml; b – Ultrasound signs of pulsating hematoma in Doppler mode

(от 37 до 40 единиц Хаунсфилда жидкой части и от 64 до 70 единиц Хаунсфилда плотной части примерно в равных объемах) размерами до 6,5 × 11,0 × 15,0 см, общим объемом около 450 мл (рис. 4а, б). При проведении исследования с внутривенным контрастным усилением в отсроченную фазу выявлены признаки продолженного кровотечения в полость гематомы в дорсальных отделах правой ягодичной области в виде экстравазации контрастного вещества на участке размерами 2,4 × 1,0 × 2,0 см. Кровотечение предположено из правой нижней ягодичной артерии либо ее нижних ветвей (рис. 4с, d).

Учитывая малый объем экстравазации контрастного вещества, несмотря на значительный объем гематомы, принято решение в пользу консервативной тактики лечения в надежде на самостоятельное тромбирование поврежденной артерии. Пациенту была назначена комплексная терапия: антибактериальная, гемостатическая, обезболивающая, антигистаминная,



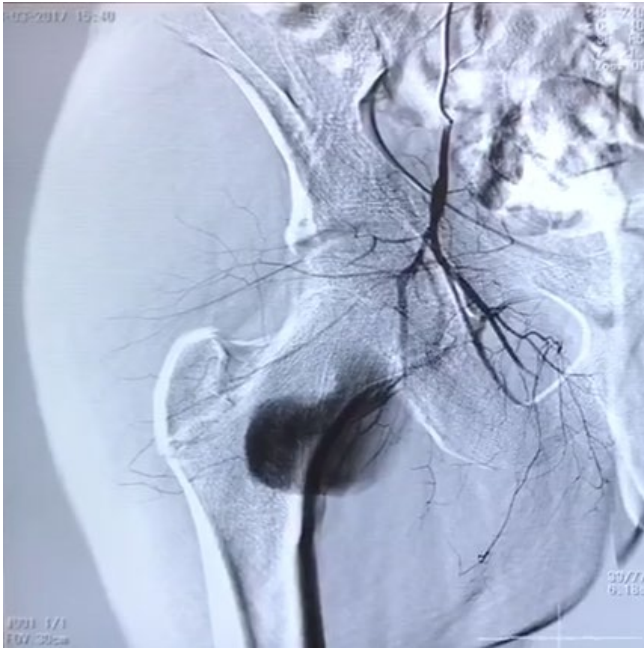
**Рис. 4.** Нативные снимки компьютерной томографии при поступлении (a, b) и КТ-снимки отсроченной фазы при исследовании с внутривенным контрастным усилением, на которых визуализируется экстравазация контрастного вещества (указана стрелками) (c, d)

**Fig. 4.** Admission native CT scans (a, b) and delayed CT scans with intravenous contrast enhancement, extravasation of the contrast agent visualized (indicated by arrows) (c, d)

противовоспалительная, а также терапия, направленная на купирование анемии. Проводились сеансы физиотерапии. На фоне консервативной терапии ребенка продолжали беспокоить выраженные боли, нарушение кожной чувствительности. Ультразвуковой мониторинг показал сохранение признаков пульсирующей гематомы без значимого изменения ее объема. Учитывая отсутствие положительной динамики, сохранение кровотока в полости гематомы, принято решение о переходе к хирургическому лечению. Была разработана стратегия оперативного лечения, состоящая из двух этапов. На первом этапе — разобщение полости пульсирующей гематомы от травмированной артерии. На втором — удаление гематомы и ликвидация остаточной полости.

На первом этапе лечения было принято решение применить современные эндоваскулярные технологии. С этой целью (на 9-е сут после травмы) выполнена селективная ангиография нижней ягодичной артерии. Выявлена экстравазация контрастного вещества в виде округлой тени (4,0 × 7,0 см) с четким и ровным контуром (ложная аневризма) (рис. 5). Проведена эмболизация правой нижней ягодичной артерии тремя микроспиральми Trufill® 0,21 × 40 × 5 мм (Cordis Company, США). На контрольной ангиографии ложная аневризма не контрастировалась (рис. 6).

Сразу после операции отмечена положительная динамика: уменьшение болевого синдрома и напряжения мягких тканей в области гематомы, улучшение



**Рис. 5.** Селективная ангиография: визуализирован уровень повреждения нижней ягодичной артерии и экстравазация контрастного вещества в полость гематомы

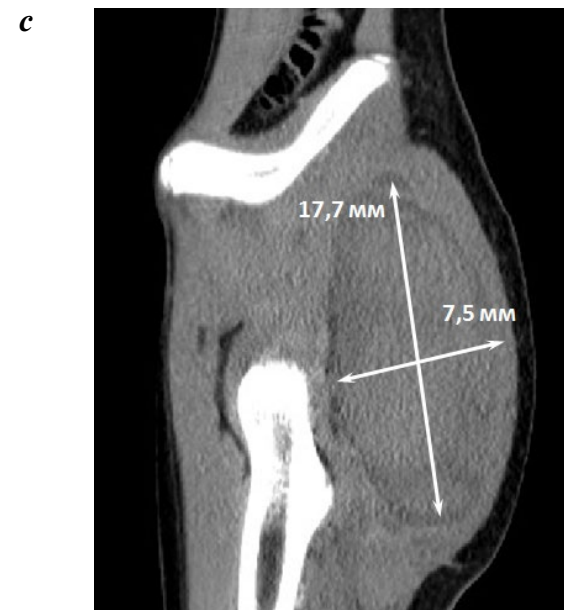
**Fig. 5.** Selective angiography: visualized the level of the gluteal artery damage and extravasation of the contrast into the hematoma cavity



**Рис. 6.** Ангиография после эмболизации нижней ягодичной артерии спиралями

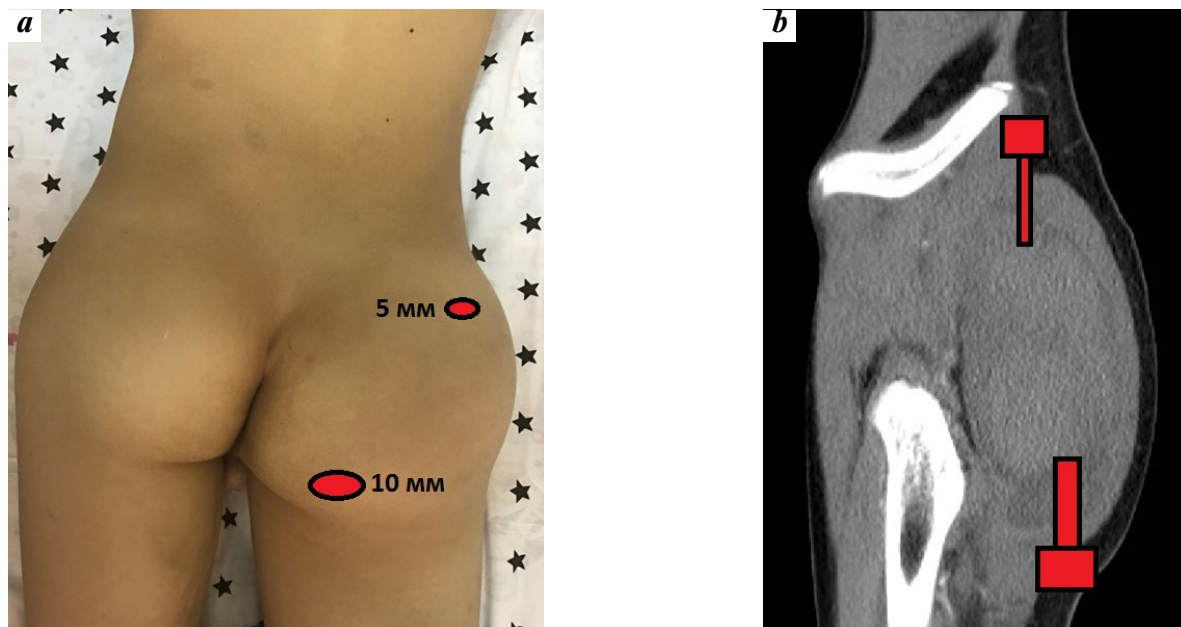
**Fig. 6.** Angiography after inferior gluteal artery coils embolization

тактильной чувствительности. Однако по данным КТ (рис. 7) и ультразвуковой диагностики в межмышечном пространстве под большой ягодичной мышцей справа сохранялась больших размеров (7,0 × 11,4 × 18,0 см и объемом около 600,0 мл) инкапсулированная организующаяся



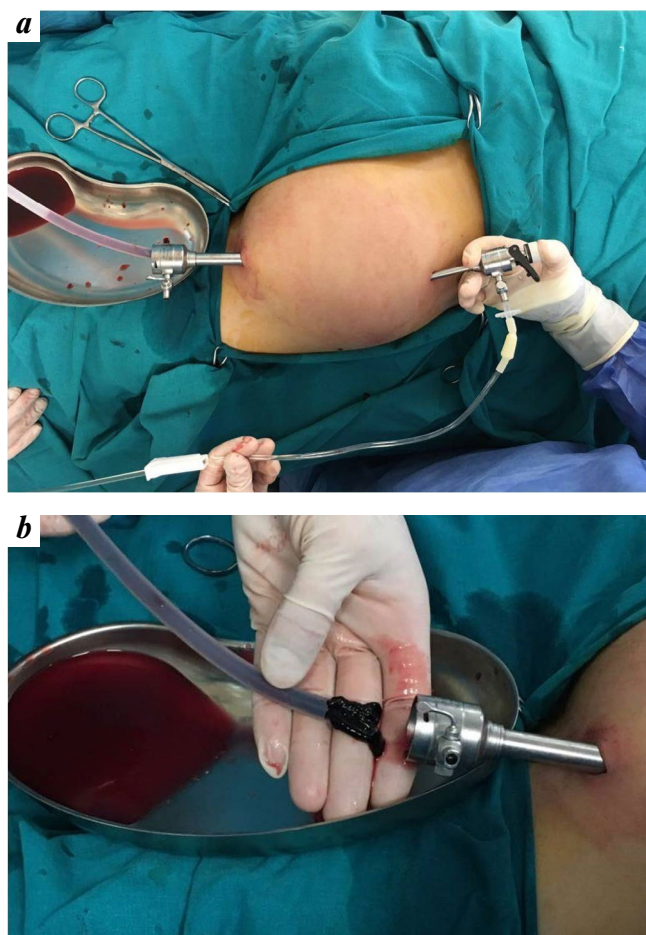
**Рис. 7.** Компьютерная томография ягодичной области через 2 нед после эмболизации нижней ягодичной артерии (спирали указаны стрелками); а – КТ-скан в аксиальной проекции; б – КТ-скан в коронарной проекции; с – размеры межмышечной гематомы по данным КТ

**Fig. 7.** CT of the gluteal region 2 weeks after inferior gluteal artery embolization (coils are indicated by arrows); a – axial CT scan; b – coronal CT scan; c – size of intermuscular hematoma according to CT



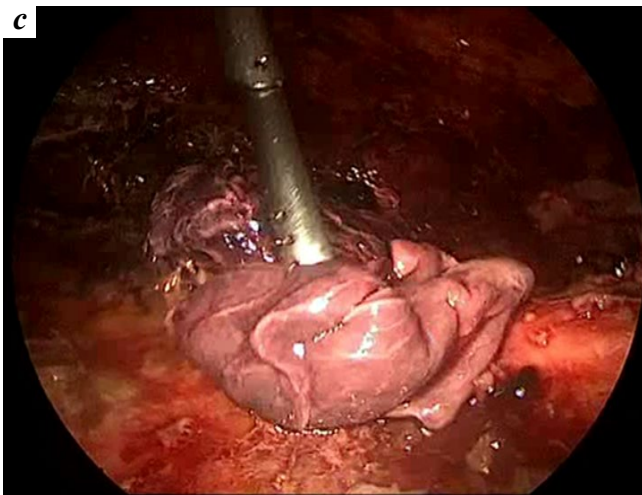
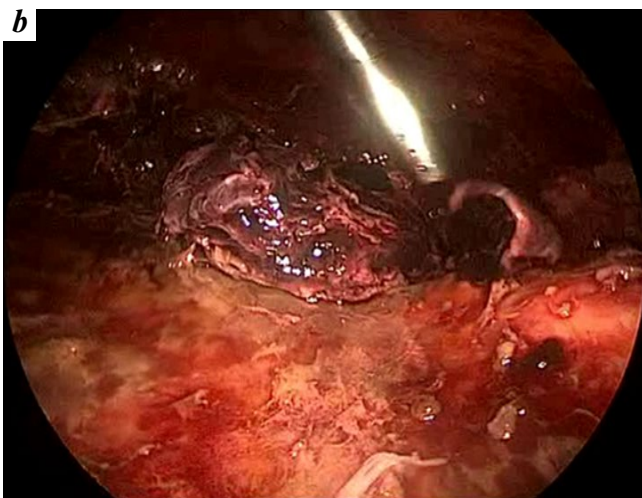
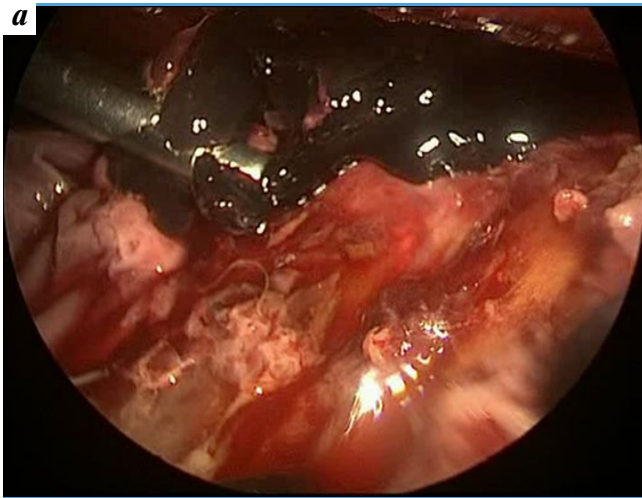
**Рис. 8.** Планирование установки троакаров (10,0 и 5,0 мм) для выполнения эндоскопической эвакуации межмышечной гематомы: а – схематичное изображение места установки троакаров на теле пациента; б – на КТ-скане сагиттальной проекции

**Fig. 8.** Planning the placement of trocars (10.0 mm and 5.0 mm) to perform endoscopic evacuation of intermuscular hematoma: a - schematic representation of the trocar placement site on the patient's body; b - on a sagittal CT scan

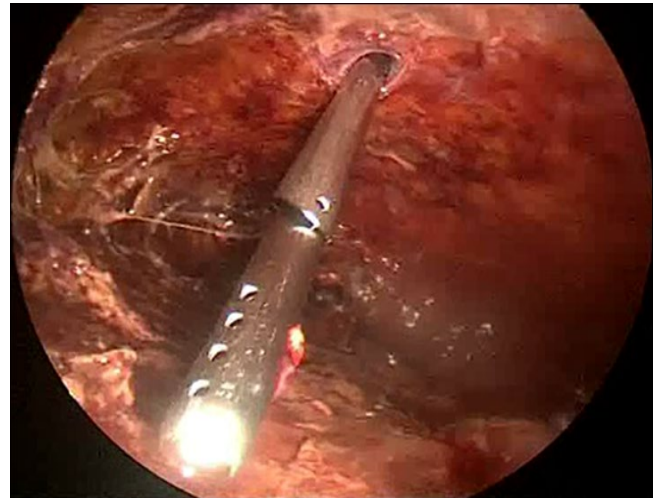


**Рис. 9.** Этапы эндоскопической эвакуации обширной межмышечной гематомы правой ягодичной области: а – установлены троакары и подключена промывная система; б – удаление геморрагических сгустков при помощи электроотсоса; с – удаленные геморрагические сгустки

**Fig. 9.** Stages of endoscopic evacuation of an extensive large gluteal hematoma: a – trocars are installed and a lavage system is connected; b – removal of blood clots using an suction; c – removed blood clots



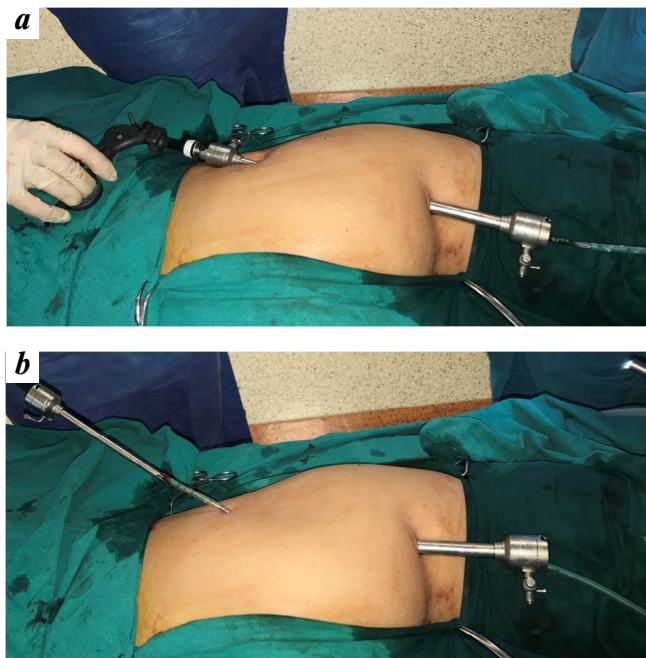
**Рис. 10.** Эндоскопическая визуализация: а – оставшаяся в полости гематомы часть лизированных геморрагических сгустков; б, с – оставшиеся в полости крупные организованные геморрагические сгустки с участками соединительнотканной капсулы  
**Fig. 10.** Endoscopic visualization: a – part of lysed blood clots remaining in the hematoma cavity; b, c – large organized blood clots with areas of the connective tissue capsule remaining in the cavity



**Рис. 11.** Эндоскопический контроль полости гематомы после удаления всех сгустков  
**Fig. 11.** Endoscopic hematoma cavity examination after removal of all blood clots

гематома неравномерной плотности (от 20 до 50 единиц Хаунсфилда). Учитывая большие размеры гематомы, значительно деформирующей контуры ягодичной области и вызывающей признаки сдавления седалищного нерва, принято решение о необходимости эвакуации гематомы. КТ-исследование определило четкие контуры гематомы, указывающие на отграничение ее от окружающих мягких тканей, в связи с чем решено воспользоваться возможностями эндоскопической хирургии.

Через 2 нед после эмболизации правой нижней ягодичной артерии выполнен второй этап хирургического лечения. Проекционно у нижнего и верхнего полюсов гематомы установлены 2 троакара диаметром 10,0 и 5,0 мм соответственно (рис. 8). Проведена аспирация жидкой части гематомы (10,0 мл). При помощи электроотсоса (наконечником диаметром 10,0 мм) и фракционного промывания полости гематомы физиологическим раствором (общий объем около 3,0 литров) эвакуированы рыхлые, относительно плотные и частично организованные геморрагические сгустки (рис. 9). Эндоскопический контроль полости выявил наличие рыхлых черного цвета и организованных с относительно плотными белесоватыми стенками сгустков крови (рис. 10). Под контролем эндоскопа оставшаяся часть сгустков без существенных трудностей отделена от стенок гематомы при помощи манипулятора и без особых сложностей эвакуирована. Выполнена эндоскопическая ревизия полости гематомы, расположенной в межмышечном пространстве правой ягодичной области, во время которой тщательно визуализирована вся полость, выстланная тонкой соединительнотканной капсулой без эндотелиальной выстилки и мышечными волокнами ягодичных мышц (рис. 11). Получены убедительные данные полного удаления всех сгустков и отсутствия продолженного



**Рис. 12.** Этапы проведения силиконового дренажа без дополнительных разрезов при помощи ранее установленных троакаров и инструмента (a, b)

**Fig. 12.** Installation of the drainage system without additional incisions using trocars and instruments (a, b)

кровотечения. Полость гематомы дренирована силиконовой перфорированной трубкой, оба конца которой выведены наружу через ранее установленные эндоскопические порты (рис. 12). Наложены активное аспирационное дренирование и давящая повязка.

Послеоперационный период протекал гладко. По дренажной трубке серозно-геморрагическое отделяемое в незначительном количестве (от 6,0 мл в 1-е сут до 0,5 мл к 4-м сут). Дренажная трубка удалена на 4-е сут после операции. Пациент вертикализирован, швы сняты на 6-е сут. Правая ягодичная область приобрела нормальные контуры, без признаков флюктуации и зон уплотнения мягких тканей (рис. 13). При контрольном ультразвуковом исследовании жидкостные зоны в послеоперационной области отсутствовали. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 6-е сут после операции.

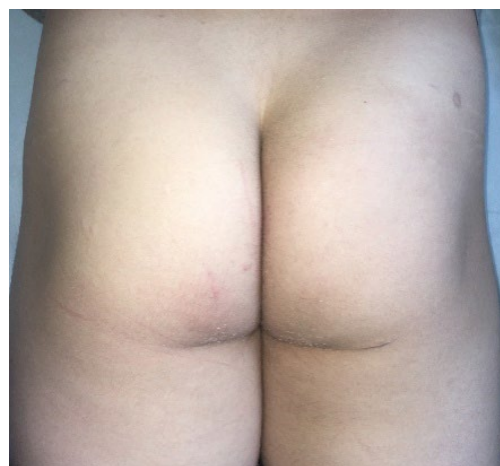
Пациент осмотрен через год после выписки. Жалоб не предъявлял. Послеоперационные рубцы в правой ягодичной области сформированы, едва заметны (по 0,5 и 1,5 см). Визуально ягодичная область приобрела изначальные формы, пальпация ее безболезненная, движения в тазобедренном суставе не ограничены (рис. 14). По данным УЗИ, признаков жидкостных скоплений нет.

### Заключение

Описанное клиническое наблюдение демонстрирует пример эффективного использования современных методов диагностики и хирургического лечения с



**Рис. 13.** Внешний вид пациента после хирургического лечения  
**Fig. 13.** Patient's appearance after surgical treatment



**Рис. 14.** Внешний вид пациента через 1 год после лечения  
**Fig. 14.** Patient's appearance 1 year after treatment

применением эндоваскулярной окклюзии поврежденной артерии и эндоскопической техники удаления обширной межмышечной гематомы правой ягодичной области, что позволило пациенту в короткие сроки вернуться к полноценной обычной, а затем спортивной жизни, а также добиться хорошего косметического результата.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.



ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Demetriades D., Rabinowitz B., Sofianos C. Gluteal artery aneurysms. *Br J Surg.* 1988; 75 (5): 494.
2. Соколов В. А. Множественные и сочетанные травмы: практическое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 512 с. [*Sokolov V. A. Multiple and associated injuries: a practical guide = Sokolov V. A. Mnozhestvennyye i sochetannyye travmy: prakticheskoye rukovodstvo. M.: GEOTAR-Media, 2006. 512 s. (In Russ.)*]
3. Salásek M., Pavelka T., Křen J., et al. Minimally invasive stabilization of posterior pelvic ring injuries with a transiliac internal fixator and two iliosacral screws: comparison of outcome. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech.* 2015; 82 (1): 41–47.
4. Кнеплер А. Г. О ранении ягодичных артерий. Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 1946; 11; 76–79. [*Knepler A. G. About injury of the gluteal arteries = Knepler A. G. O ranenii yagodichnykh arteriy. Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova. 1946; 11; 76–79. (In Russ.)*]
5. Routt M. L., Jr., Kregor P.J., Simonian P. T., Mayo K. A. Early results of percutaneous iliosacral screws placed with the patient in the supine position. *J Orthop Trauma.* 1995; 9 (3): 207–214.
6. Salcuni P., Azzarone M., Cento M., et al. A giant pseudoaneurysm of the gluteal artery. *EJVES Extra.* 2002; 3 (1): 8–11.
7. Шор Н. А. Ранения ягодичных артерий в мирное время. Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 1981; 9: 78–82. [*Shor N. A. Injuries to the gluteal arteries in peacetime = Shor N. A. Raneniya yagodichnykh arteriy v mirnoye vremya. Vestnik khirurgiim. I. I. Grekova. 1981; 9: 78–82. (In Russ.)*]
8. Chern E.-H., Chua C.-B., Chen T.-C., et al. Spontaneous Rupture of an Inferior Gluteal Artery Pseudoaneurysm: A Case Report. *E-Da Medical Journal.* 2015; 2 (1): 21–25.
9. Saad P. F., Saad K. R., Armstrong D. M., et al. Inferior gluteal artery pseudoaneurysm related to intramuscular injection. *Int J Surg Case Rep.* 2015; 6C: 29–32.
10. Goddi A., Sacchi A., Gorreta L., et al. Differential diagnosis of hematoma, pulsating hematoma and pseudoaneurysm of the femoral artery using color Doppler. *Radiol Med.* 1990; 79 (1–2): 13–17.
11. Степанова Ю.А. Возможности ультразвукового метода исследования в диагностике и лечении ложных аневризм висцеральных сосудов. *SonoAce Ultrasound.* 2012; 23: 34–43. [*Stepanova Yu. A. Possibilities of the ultrasound research method in the diagnosis and treatment of false aneurysms of the visceral vessels = Stepanova Yu. A. Vozможности ul'trazvukovogo metoda issledovaniya v diagnostike i lechenii lozhnykh anevrizm vistseral'nykh sosudov. SonoAce Ultrasound. 2012; 23: 34–43. (In Russ.)*]
12. Ольхова Е.Б. Висцеральные псевдоаневризмы в детском возрасте: ультразвуковая диагностика. *Радиология – практика.* 2013; 2; 32–41. [*Olkhova Ye. B. Visceral pseudoaneurysms in childhood: ultrasound diagnostics = Olkhova Ye. B. Vistseral'nyye pseudoanevrizmy v detskom vozraste: ul'trazvukovaya diagnostika. Radiologiya – praktika. 2013; 2; 32–41. (In Russ.)*]
13. Mahmoud M. Z., Al-Saadi M., Abuderman A., et al. “To-and-fro” waveform in the diagnosis of arterial pseudoaneurysms. *World J Radiol.* 2015; 7 (5): 89–99.
14. Hafez M. A., Radwan M. Gluteal compartment syndrome following vascular and neurological injuries. *Case Rep Med.* 2014; 2014: 869139.