

УДК 616.411-001.4-021.341:[616.13:611.018.74]-07(045)

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖИВОТА С РАЗЛИЧНЫМИ РАНЕНИЯМИ СЕЛЕЗЕНКИ**Масляков В.В., Куликов С.А., Полковов С.В.***НОУ ВПО «Саратовский медицинский институт «РЕАВИЗ»,
Саратов, e-mail: maslyakov@inbox.ru*

Проведено изучение течения ближайшего послеоперационного периода у 114 пострадавших, при этом огнестрельные и осколочные ранения отмечены у 86 (75,4%) больных, во всех наблюдениях зарегистрированы сочетанные и множественные повреждения, при этом большинство повреждений было связано с травмами ребер, трубчатых костей, черепно-мозговыми травмами, ранениями легкого и тонкого кишечника. Колото-резаные ранения отмечены у 28 (24,5%) больных, изолированные повреждения отмечены в 15 (53,5%) случаях наблюдения, сочетанные и множественные в 13 (46,4%) случаях. В результате исследования установлено, что у пациентов с огнестрельными ранениями живота, сопровождающимися ранением селезенки, ближайший послеоперационный период протекает тяжело, сопровождается большим количеством осложнений – 25,6% и высокой летальностью – 32,5%. С колото-резаными ранениями живота, сопровождающимися ранением селезенки, в ближайшем послеоперационном периоде осложнения развиваются в 50%, а летальность на уровне 21,4%.

Ключевые слова: открытые травмы селезенки, летальность, течение послеоперационного периода**DIRECT RESULTS OF TREATMENT OF OPEN INJURIES OF THE STOMACH WITH VARIOUS WOUNDS OF THE SPLEEN****Maslyakov V.V., Kulikov S.A., Polkovov S.V.***Non-state educational institution of higher education «Saratov medical institute «REAVIZ»,
Saratov, e-mail: maslyakov@inbox.ru*

Studying a current of the next postoperative period at 114 victims is carried out, thus gunshot and fragmental wounds are noted at 86 (75,4%) patients, in all supervision the combined and multiple damages thus are registered the majority of damages was connected with injuries of edges, tubular bones, craniocerebral injuries, wounds of a lung and small intestine. Chipped and cut wounds are noted at 28 (24,5%) patients, the isolated damages are noted in 15 (53,5%) supervision, combined and multiple in 13 (46,4%) cases. As a result of research it is established that at patients with gunshot wounds of a stomach, the spleens which are followed by wound, the next postoperative period proceeds hard, is followed by a large number of complications – 25,6% and a high lethality – 32,5%. With chipped and cut wounds of a stomach, the spleens which are followed by wound, in the closest postoperative period of complication develop in 50%, and a lethality at the level of 21,4%.

Keywords: open injuries of a spleen, lethality, current of the postoperative period

Небольшие размеры селезенки и топографо-анатомические особенности расположения ее в глубине левого подреберья служат причинами редкости колото-резаных повреждений этого органа [2]. По имеющимся данным на долю открытых повреждений селезенки приходится всего 2,6% наблюдений от всех травм брюшной полости [1, 3]. Причем в большинстве случаев повреждения селезенки отмечаются при торакоабдоминальных ранах. В настоящее время большинство хирургов при открытых повреждениях селезенки отдают предпочтение спленэктомии. В то же время в литературе описаны осложнения, вызванные спленэктомией, самым тяжелым из которых считается постспленэктомический сепсис [5].

Целью исследования явилось изучение течения ближайшего послеоперационного периода больных, оперированных по поводу открытых повреждений селезенки.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование основано на анализе лечения 114 пострадавших, выполненное на базе 9-й го-

родской больницы г. Грозный (Чеченская Республика). Средний возраст пациентов составил 30 ± 5 лет, преобладали пациенты мужского пола.

Критериями включения в исследование служили:

- наличие ведущего огнестрельного изолированного проникающего ранения живота;
- наличие ведущего огнестрельного сочетанного проникающего ранения живота или торакоабдоминального ранения;
- наличие ведущего колото-резаного изолированного проникающего ранения живота;
- наличие ведущего колото-резаного сочетанного проникающего ранения живота или торакоабдоминального ранения;

- наличие ведущего колото-резаного изолированного проникающего ранения живота;
- наличие ведущего колото-резаного сочетанного проникающего ранения живота или торакоабдоминального ранения;

- наличие ведущего колото-резаного сочетанного проникающего ранения живота или торакоабдоминального ранения;

- наличие ведущего колото-резаного сочетанного проникающего ранения живота или торакоабдоминального ранения;

Критериями исключения выступали:

- наличие сочетанных повреждений головы и шеи;
- наличие взрывных поражений.

Тяжесть повреждения определяли в момент поступления по шкале «ВПХ-П» [2], у раненых выполнялась ретроспективно, на основании истории болезни.

Оценку тяжести состояния пострадавших в момент поступления по шкале «ВПХ-СП» [2] выполняли ретроспективно, на основании истории болезни.

Спленэктомия выполнялась по общепризнанной методике с перевязкой сосудистой ножки селезенки, аутолиентрансплатация проводилась путем пересадки кусочков селезенки размером $1,5 \text{ см}^2$ в ткань большого сальника.

При выборе лапаротомного доступа руководство валось следующими принципами:

- расположение входного и выходного отверстий раневого канала позволяло предположить проекцию его хода и осуществить приблизительную оценку зоны повреждения;

- клинической картиной на момент осмотра. Например, если наибольшая болезненность определялась в верхнем этаже живота, это обосновывало выполнение соответственно верхнесрединной лапаротомии;

- в неясных случаях, при наличии нескольких ран на передней брюшной стенке, а также тогда, когда имел место разлитой перитонит или массивное внутрибрюшное кровотечение, выполняли среднесрединную лапаротомию. Указанный доступ обладает тем преимуществом, что через него возможно выполнение полноценной ревизии всей брюшной полости, а при необходимости он может быть продлен вверх или вниз.

Полученные в процессе исследований данные были статистически обработаны с вычислением параметрических (по критерию Стьюдента) и непараметрических (Wilcoxon test) критериев достоверности различий значений признаков в сравниваемых совокупностях с использованием компьютерной программы «Statistica 7.0». При определении корреляционной зависимости между двумя переменными значениями признаков использовали коэффициент корреляции (r). Слабая степень взаимосвязи характеризовалась значениями коэффициента корреляции (r) от 0 до $\pm 0,29$, средняя – от 0,3 до 0,69 (от $-0,3$ до $-0,69$), сильная – от 0,7 до 1,0 (от $-0,7$ до $-1,0$). Коэффициент корреляции, равный нулю, говорил о полном отсутствии связи. Значения коэффициента корреляции (r) от 0 до +1 свидетельствовали о прямой связи в изменениях признаков, а отрицательные значения коэффициента – об их разнонаправленных изменениях.

Результаты исследования и их обсуждение

Из общего количества пациентов с ранениями живота, сопровождающимися ранением селезенки, огнестрельные и осколочные ранения отмечены у 86 (75,4%) больных, при этом во всех наблюдениях зарегистрированы сочетанные и множественные повреждения, при этом большинство повреждений было связано с травмами ребер, трубчатых костей, черепно-мозговыми травмами, ранениями легкого и тонкого кишечника. Средняя тяжесть повреждений составила $2,96 \pm 0,68$ баллов, при анализе степени тяжести повреждения получены следующие результаты: средняя степень зарегистрирована у 12 (13,9%) пострадавших; тяжелая – 54 (62,7%); крайне тяжелая – 20 (23,2%). Тяжесть состояния была обусловлена наличием шока, который был зарегистрирован в 76 (88,3%) наблюдениях, при этом шок I степени был отмечен у 23 (26,7%), II степени у 15 (17,4%) больных, III степени у 38 (44,1%) пострадавших. По объему кровопотери пациенты этой группы распределились следующим об-

разом: легкая степень в 39 (43,3%) наблюдениях, средняя 31 (36%) больных, тяжелая у 16 (18,6%) больных. У большинства пациентов этой группы были зарегистрированы повреждения селезенки IV степени – 67 (77,9%), V степени у 12 (13,9%) и разрыв III у 7 (8,1%) больных.

Диагностика повреждений основывалась на данных осмотра, лабораторных исследованиях. При этом достоверные признаки проникающего ранения брюшной полости (эвентрация петель кишечника, сальника, выделение каловых масс) зарегистрированы у 21 (24,4%) пациента, всем этим больным была выполнена лапаротомия без предварительной ПХО раны, в остальных наблюдениях была проведена ПХО раны. Дополнительные методы исследования применялись в 10 (11,6%) пациентов с торакоабдоминальными ранениями, было использовано рентгеновское обследование. Все пострадавшие доставлены родственниками или случайными лицами попутным транспортом. 97% больных этой группы поступили, минуя приемное отделение, непосредственно в операционную. Реанимационно-анестезиологическое пособие начинали непосредственно при поступлении больного и в ходе транспортировки в операционную. В операционной проводили осмотр всей поверхности тела с целью выявления локализации ранений в ходе подготовки к операции.

Диагностику огнестрельных ранений живота проводили на основании осмотра раненых, физикального обследования и, по показаниям, выполняемой диагностической микролапаротомии. Лапароцентез данной группе раненых не выполняли в связи с отсутствием показаний.

Проникающий характер ранения не вызывал сомнения при поступлении у 21 (24,4%) пациента. Эти больные были направлены в операционную для выполнения лапаротомии в экстренном порядке.

При выборе хирургической тактики у пациентов с огнестрельными ранениями селезенки ориентировались на тяжесть повреждения органа, объем кровопотери и тяжесть состояния пациента. Учитывая тот факт, что подавляющее большинство пациентов этой группы было доставлено в тяжелом состоянии, преобладали повреждения селезенки IV степени, имели тяжелую кровопотерю, операцией выбора в данном случае считаем спленэктомии, которая была выполнена в 67 (77,9%) наблюдениях. Спленэктомия с аутолиентрансплантацией была выполнена в 19 (22%) наблюдениях. При ретроспективном анализе установлено, что выполнение органосохраняющих

операций (ОСО) у данной категории пациентов было возможно лишь у 12 (13,9%). Следует отметить, что ОСО не выполнялись вследствие следующих объективных причин:

1. Отсутствие необходимого оборудования.
2. Отсутствие опыта работы на таком хрупком органе, как селезенка.
3. Массовое поступление пациентов.

Тяжесть повреждений закономерно приводила к утяжелению ближайшего послеоперационного периода: так, в ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 50 (25,6%) пострадавших. Характер и количество осложнений в зависимости от выполненной операции представлены в табл. 1.

Таблица 1

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов с огнестрельными ранениями живота, сопровождающимися травмой селезенки

Название осложнений	Количество осложнений			
	Спленэктомия (<i>n</i> = 67)		Спленэктомия с аутолиентрансплантацией (<i>n</i> = 19)	
	абс. число	%	абс. число	%
Пневмония	12	13,9	1	1,1
Перитонит	5	5,8	–	–
Инфильтрат брюшной полости	4	4,6	–	–
Абсцесс брюшной полости	5	5,8	–	–
Панкреатит	7	8,1	2	2,3
Нагноение послеоперационной раны	8	9,3	–	–
Ранняя спаечная непроходимость	6	6,9	–	–
Всего	47	54,6	3	3,4

Из данных, представленных в табл. 1, видно, что основным осложнением, зарегистрированным в данной группе пациентов, была пневмония, которая зарегистрирована в 13 (15,1%) наблюдениях. В большинстве наблюдений – 12 развилось в группе пациентов после спленэктомии, в 1 – в группе спленэктомии с аутолиентрансплантацией. В клиническом течении данного осложнения особенностей не было. Панкреатит развился в 9 (6,9%) наблюдениях, из них в 7 случаях после спленэктомии, в 2 наблюдениях после спленэктомии с аутолиентрансплантацией. Следует отметить, что данное осложнение наиболее тяжело протекало в группе пациентов после спленэктомии, где в 4 наблюдениях развился панкреонекроз. Нагноение послеоперационной раны произошло у 8 (9,3%) больных, у всех пациентов после спленэктомии. Гнойник располагался подкожно, был своевременно диагностирован, вскрыт и дренирован. Ранняя спаечная непроходимость развилась в 6 (6,9%) случаях, во всех случаях консервативная терапия эффекта не дала, что потребовало проведения релапаротомии. Перитонит развился у 5 (5,8%) больных. Развитие перитонита обусловлено сопутствующими повреждениями толстой кишки. В 3-х наблюдениях перитонит по распространенности был диффузный, в 2-х – разлитой, во всех случаях

перитонит был серозно-гнойный. Во всех наблюдениях данное осложнение потребовало проведение релапаротомии. Абсцесс брюшной полости, выявленный в 5 (5,8%) наблюдениях, располагался в левом поддиафрагмальном пространстве, абсцессы были своевременно диагностированы, вскрыты и дренированы. Инфильтрат брюшной полости выявлен в 4 (4,6%) случаях. Во всех наблюдениях инфильтрат был расположен в левом подреберье, во всех случаях применялась консервативная терапия, включающая антибиотики широкого спектра действия.

В ближайшем послеоперационном периоде умерло 28 (32,5%) больных, причины летальных исходов представлены в табл. 2.

Из данных, представленных в табл. 2 видно, что основной причиной, приведшей к летальному исходу у пациентов анализируемой группы, был геморрагический шок – 7 (8,1%). Травматический шок привел к летальному исходу в 4 (4,6%) наблюдениях. Осложнение острого панкреатита – панкреонекроз привел к смерти 4 (4,6%) пациентов. Развитие этого осложнения можно связать с сопутствующим ушибом поджелудочной железы. Не купирующийся перитонит привел к смерти 2 (2,3%) пациентов. Еще в 2 (3,5%) случаях причиной смерти стала пневмония. В 1 (1,1%) наблюдении причиной смерти стала полиорганная недостаточность.

Таблица 2

Причины летальных исходов в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов с огнестрельными ранениями живота, сопровождающимися травмой селезенки

Причины смерти	Количество летальных исходов			
	Спленэктомия (n = 67)		Спленэктомия с аутолиентрансплантацией (n = 19)	
	абс. число	%	абс. число	%
Травматический шок	4	4,6	–	–
Геморрагический шок	6	6,9	1	1,1
Пневмония	2	2,9	–	–
Перитонит	2	2,9	–	–
Панкреонекроз	4	4,6	–	–
Полиорганная недостаточность	1	1,1	–	–
Всего	19	22	1	1,1

Таким образом, полученные результаты показывают, что у пациентов с огнестрельными ранениями живота, сопровождающимися ранением селезенки, ближайший послеоперационный период протекает тяжело, сопровождается большим количеством осложнений – 25,6% и высокой летальностью – 32,5%.

Из общего количества пациентов с ранениями живота, сопровождающимися ранением селезенки, колото-резаные ранения отмечены у 28 (24,5%) больных. При этом изолированные повреждения отмечены в 15 (53,5%) случаях наблюдения, сочетанные и множественные в 13 (46,4%) случаях. Средняя тяжесть повреждений составила $1,86 \pm 0,68$ баллов, при анализе степени тяжести повреждения получены следующие результаты: средняя степень зарегистрирована у 3 (10,7%) пострадавших; тяжелая – 17 (60,7%); крайне тяжелая – 8 (28,5%). Тяжесть состояния была обусловлена наличием шока, который был зарегистрирован в 15 (53,5%) наблюдениях, при этом шок I степени был отмечен у 8 (28,5%), II степени у 2 (7,1%) больных, III степени у 5 (17,8%) пострадавших. По объему кровопотери пациенты этой группы распределились следующим образом: легкая степень в 16 (57,1%) наблюдениях, средняя 8 (28,5%) больных, тяжелая у 4 (14,2%) больных. У большинства пациентов этой группы были зарегистрированы повреждения селезенки III степени – 21 (75%), V степени у 7 (25%) больных. Диагностика колото-резаных повреждений основывалась на данных осмотра, лабораторных исследований. При этом достоверные признаки проникающего ранения брюшной полости (эвентрация петель кишечника, сальника, выделение каловых масс) зарегистрированы у 19 (67,8%) пациента, всем этим больным была выполнена лапаротомия без

предварительной ПХО раны, в остальных наблюдениях была проведена ПХО раны. Дополнительные методы исследования применялись в 5 (17,8%) пациентов с торакоабдоминальными ранениями, было использовано рентгеновское обследование.

Все пострадавшие доставлены родственниками или случайными лицами попутным транспортом. 67% больных этой группы поступили, минуя приемное отделение, непосредственно в операционную. Реанимационно-анестезиологическое пособие начинали непосредственно при поступлении больного и в ходе транспортировки в операционную. В операционной проводили осмотр всей поверхности тела с целью выявления локализации ранений в ходе подготовки к операции.

Диагностику колото-резаных ранений живота проводили на основании осмотра раненых, физикального обследования и, по показаниям, выполняемой диагностической микролапаротомии. Лапароцентез данной группе раненых не выполняли в связи с отсутствием показаний.

В наших наблюдениях мы выделили три категории пострадавших, которые, на наш взгляд, не нуждались в применении каких-либо дополнительных методов исследования, так как проникающий характер раны или факт внутрибрюшной «катастрофы» не вызывал сомнений:

- раненые, имевшие абсолютные признаки проникающего ранения живота: эвентрация в рану петли кишки, пряди сальника;
- раненые, имевшие в основном клинику повреждения полого органа;
- раненые, у которых преобладала клиническая картина внутрибрюшного кровотечения.

Проникающий характер ранения не вызывал сомнения при поступлении у 18 (64,4%) пациентов. Эти больные были

направлены в операционную для выполнения лапаротомии в экстренном порядке.

Оказание хирургической помощи пострадавшим с проникающими абдоминальными ранениями до настоящего времени сводится к неотложной операции – лапаротомии. Операция при этом рассматривается как основной элемент противошоковой терапии, как диагностическая манипуляция, а также как доступ для коррекции поврежденных органов. В наших условиях при огнестрельных ранениях живота мы придерживались активной тактики, полагая, что неоправданная лапаротомия менее опасна, чем поздняя операция.

Лапаротомия в этой группе пациентов была выполнена в среднем через 30 ± 8 мин с момента госпитализации.

У пациентов с четкими убедительными признаками проникающего характера раны сразу же производили широкую срединную лапаротомию с неукоснительным и последовательным выполнением всех этапов во время операции (тщательная ревизия

и ограничение поврежденных полых органов, приоритетная остановка кровотечения, прослеживание раневого канала от передней брюшной стенки в брюшную полость и забрюшинное пространство).

При выборе хирургической тактики у пациентов с колото-резаными ранениями селезенки ориентировались на тяжесть повреждения органа, объем кровопотери и тяжесть состояния пациента. Учитывая тот факт, что подавляющее большинство пациентов этой группы было доставлено в тяжелом состоянии, преобладали повреждения селезенки III степени, в большинстве наблюдений была выполнена спленэктомия – 19 (67,8%) наблюдений. Спленэктомия с аутолиентрансплантацией была выполнена в 9 (32,1%) наблюдениях.

В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов этой группы осложнения развились в 14 (50%) наблюдениях. Характер и количество осложнений в зависимости от выполненной операции представлены в табл. 3.

Таблица 3

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов с колото-резаными ранениями живота, сопровождающимися травмой селезенки

Название осложнений	Количество осложнений			
	Спленэктомия (n = 19)		Спленэктомия с аутолиентрансплантацией (n = 9)	
	абс. число	%	абс. число	%
Пневмония	1	3,7	1	3,7
Панкреатит	2	7,4	1	
Нагноение послеоперационной раны	5	17,8	1	3,7
Ранняя спаечная непроходимость	2	7,4	1	3,7
Всего	10	35,7	4	14,2

Из данных, представленных в табл. 3, видно, что основные осложнения, зарегистрированные в данной группе пациентов, можно отнести к гнойно-септическим, при этом наиболее часто отмечено нагноение послеоперационной раны – 6 (21,4%). В большинстве наблюдений – 5 развились в группе пациентов после спленэктомии, в 1 – в группе спленэктомии с аутолиентрансплантацией. Гнойники располагались подкожно, были своевременно диагностированы, вскрыты и дренированы. Другим осложнением, которое можно отнести к гнойно-септическим, было развитие в ближайшем послеоперационном периоде пневмонии. Данное осложнение развилось в 2 (7,1%) наблюдениях, в обеих группах с одинаковой частотой – по одному наблюдению. Панкреатит развился в 3 (10,7%) наблюдениях, из них в 2 случаях после спленэктомии, в 1 наблюдении после

спленэктомии с аутолиентрансплантацией. При этом в течение этого осложнения клинических особенностей не наблюдалось, панкреатит купировался. Ранняя спаечная непроходимость развилась в 3 (10,7%) случаях, во всех случаях консервативная терапия эффекта не дала, что потребовало проведения релапаротомии.

В ближайшем послеоперационном периоде умерло 6 (21,4%) больных, причины летальных исходов представлены в табл. 4.

Из данных, представленных в табл. 4, видно, что основной причиной, приведшей к летальному исходу у пациентов анализируемой группы, был различный шок, который привел к летальному исходу в 4 (14,2%) наблюдениях. Не купирующийся перитонит привел к смерти 1 (3,5%) пациента. В 1 (1,5%) наблюдении причиной смерти стала пневмония.

Таблица 4

Причины летальных исходов в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов с колото-резаными ранениями живота, сопровождающимися травмой селезенки

Причины смерти	Количество летальных исходов			
	Спленэктомия (n = 19)		Спленэктомия с аутолиентрансплантацией (n = 9)	
	абс. число	%	абс. число	%
Травматический шок	2	7,1	–	–
Геморрагический шок	1	3,5	1	3,5
Пневмония	1	3,5	–	–
Перитонит	1	3,5	–	–
Всего	5	17,8	1	3,5

Таким образом, полученные результаты показывают, что у пациентов с колото-резаными ранениями живота, сопровождающимися ранением селезенки, в ближайшем послеоперационном периоде осложнения развиваются в 50%, а летальность на уровне 21,4%.

Список литературы

1. Афендулов С.А. Торакоабдоминальные ранения селезенки // Клин. хирургия. – 1985. – № 10. – С. 62.
2. Гуманенко Е.К. Сочетанные травмы с позиции объективной оценки тяжести травм: автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – СПб., 1992. – 50 с.
3. Масляков В.В., Куликов С.А. Непосредственные результаты лечения открытых поврежденных селезенки // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, Врачи и Здоровье – 2014. – № 1. – С. 39–41.
4. Сапожникова М.А., Тверитнева Л.Ф., Погодина А.Н., Михайлова Т.В. Клинико-анатомические сопоставления при повреждениях селезенки // Травма живота (клиника, диагностика, лечение). – М., 1986. – С. 61–64.
5. Uraski U. Splenektomia w swiete wspoecznych pogladow // Polski tygodnik lekarski, 1982. – Vol. 37. – P. 1109–1112.

References

1. Afendulov S.A. Torakoabdominal'nye ranenija seledenki // Klin. hirurgija, 1985. no. 10. pp. 62.
2. Gumanenko E.K. Sochetannye travmy s pozicij obektivnoj ocenki tjazhesti travm: avtoref. dis...d-ra med.nauk / E.K. Gumanenko. SPb., 1992. 50 p.
3. Masljakov V.V., Kulikov S.A. Neposredstvennye rezultaty lechenija otkrytyh povrezhdenij seledenki // Vestnik medicinskogo instituta «REAVIZ»: Reabilitacija, Vrach i Zdorov'e 2014. no. 1. pp. 39–41.
4. Sapozhnikova M.A., Tveritneva L.F., Pogodina A.N., Mihajlova T.V. Kliniko-anatomicheskie sopostavlenija pri povrezhdenijah seledenki // Travma zhivota (klinika, diagnostika, lechenie). M., 1986. pp. 61–64.
5. Uraski U. Splenektomia w swiete wspoecznych pogladow // Polski tygodnik lekarski, 1982. Vol. 37. pp. 1109–1112.

Рецензенты:

Громов М.С., д.м.н., профессор, генеральный директор, «ООО Частная клиника № 1», г. Саратов;
 Чалык Ю.В., д.м.н., профессор кафедры общей хирургии, ФГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского», г. Саратов.
 Работа поступила в редакцию 29.08.2014.