

Выводы

Диагностика повреждений селезенки иногда бывает затруднительна. Для облегчения диагностики закрытой травмы селезенки необходимо пользоваться методом лапароцентеза.

Операцией выбора является спленэктомия. Спленография выполняется преимущественно при колото-резаных ранах селезенки.

Рейнфузия крови является методом, способствующим выздоровлению оперированных больных.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ

Е. Н. МИНДЛИНА

Проблема диагностики и лечения закрытой травмы мочевого пузыря и уретры до последнего времени не потеряла своей актуальности. Частота повреждений мочевого пузыря и уретры при закрытой травме живота (5,1% — Л. А. Збыковская, Ф. З. Зетель, 1961 г.; 3,7% — В. А. Золотовская, 1961; 16,6% — К. Д. Микеладзе, 1961 г.) и при переломах костей таза (10% — Е. С. Карпенко, 1954 г.; 15% — М. И. Быстрицкий, 1960; 13,4% — Л. Г. Школьников с соавт., 1962 г.), высокий удельный вес летальных исходов при этих травмах даже в последние годы (48,3% — Л. Г. Школьников с соавт., 1966 г.; 20% — Н. И. Тарасов, Г. Н. Романова, 1969; 32,6% — М. Мирсаматов, 1969 г.) обуславливают постоянный интерес хирургов, травматологов и урологов к данной проблеме и оправдывают дальнейшие исследования в этой области.

Нами изучено 39 случаев повреждений мочевого пузыря и уретры при закрытой травме живота и переломах костей таза у больных, лечившихся в клинике госпитальной хирургии СГМИ в 1961—1970 гг. (табл. 1).

Таким образом, число больных мужчин более чем вдвое превышало количество женщин. Почти две трети от общего числа пострадавших (24) были в цветущем возрасте — 21—40 лет.

Разрывы мочевого пузыря встретились у 11% больных с закрытой травмой живота с повреждением внутренних органов.

Таблица 1

Повреждение мочевого пузыря и уретры при закрытой травме живота

Возраст	15—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	Всего
Мужчин	2	12	7	3	2	—	1	27
Женщин	—	2	3	5	2	—	—	12
Всего	2	14	10	8	4	—	1	39

Переломы костей таза, осложненные повреждениями уретры и мочевого пузыря, составили 7,6% от общего числа больных с переломами костей таза (276), лечившихся в клинике в анализируемый период.

Больных с внебрюшинными разрывами мочевого пузыря было 10, с внутрибрюшинными — 18, с разрывами уретры — 11.

Повреждения уретры отмечены только у мужчин и, как правило, в ее перепончатой части при переломах костей таза (9 человек), что объясняется особенностями строения мужского мочеиспускательного канала. Лишь в двух случаях повреждения уретры возникли от прямой закрытой травмы промежности, очевидно, вследствие сдавления уретры между лобковыми костями и травмирующим предметом.

У 12 больных разрывы мочевого пузыря сочетались с переломами костей таза, в основном его переднего полукольца.

Более половины всех случаев повреждений мочевого пузыря и уретры произошли вследствие автотранспортной травмы (сдавление между автомобилями, между автомобилем и стеной и т. д.); 4 случая — в результате падения пострадавшего с высоты; 1 случай — вследствие падения груза на пострадавшего. У остальных больных причина травмы не выяснена.

16 человек получили травму, находясь в состоянии алкогольного опьянения. Наши данные совпадают с мнением В. М. Богословского (1935 г.), М. Мирсаматова (1969 г.) и других о том, что в состоянии опьянения механическая травма в надлобковой области часто вызывает разрывы мочевого пузыря (13 человек, из них у девяти — внутрибрюшинные разрывы).

Из 39 больных 21 человек доставлен в клинику в течение 3 час. после травмы, четверо — до 6 час., двое — от 7 до 12, пя-

теро — от 13 до 24, двое — от 25 до 72 час. В пяти случаях продолжительность времени после травмы установить не удалось. Последнее обстоятельство объясняется резким алкогольным опьянением этой категории больных, не помнящих или даже отрицавших травму в анамнезе.

Обращает на себя внимание тот факт, что если больные с внебрюшинными повреждениями мочевого пузыря и разрывами уретры поступали преимущественно в первые 3 час. после травмы, то при внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря пятеро больных доставлены в срок до 24 час., что опять-таки можно объяснить их алкогольным опьянением, а также тем, что при разрывах мочевого пузыря выраженные клинические симптомы повреждения нередко проявляются лишь к концу суток (Н. И. Тарасов, Г. Н. Романова, 1969 г.).

В состоянии травматического шока доставлено 17 больных, в том числе 6 — с внебрюшинными разрывами мочевого пузыря, 3 — с внутрибрюшинными, 8 — с повреждениями уретры. Из 17 пострадавших у 16 повреждения мочевого пузыря и уретры сочетались с переломами костей таза, в одном случае внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря сочетался с двойным переломом левого бедра. Следовательно, изолированные повреждения мочевого пузыря и уретры не являются причиной травматического шока, что согласуется с мнением И. Б. Москвина (1961 г.).

Мы не можем согласиться с А. Г. Каравановым и И. В. Даниловым (1967 г.), что «диагностика травм мочевого пузыря несложна». Анализ имеющегося материала свидетельствует о значительных диагностических трудностях вследствие алкогольного опьянения пострадавших, амнезии, травматического шока, комбинации повреждений мочевых органов и переломов костей таза с травмами другой локализации. Последнее обстоятельство, отмеченное нами у 11 больных, может вуалировать клиническую картину травмы мочевого пузыря и уретры, отвлекая внимание больного и врача на другие повреждения, симптоматика которых в момент поступления может быть более выражена. Поэтому дежурные врачи не всегда производят клиническое обследование достаточно полно и целенаправленно, что является причиной диагностических ошибок и позднего оперативного вмешательства.

В учебниках и руководствах обычно отмечается, что клиническая картина внебрюшинных разрывов мочевого пузыря складывается из следующих симптомов: боли внизу живота, невоз-

возможность самостоятельного мочеиспускания при частых позывах или болезненное мочеиспускание малыми порциями с примесью крови, припухлость и перкуторная тупость над лобком и т. д. При внутрибрюшинных повреждениях мочевого пузыря к дизурическим симптомам присоединяется перитонеальный синдром.

Однако изучение литературного материала (И. М. Белицкий, 1924 г.; Т. Н. Макевнина, 1951; И. И. Соболев и В. И. Воробцов, 1954 г., и др.) и клинических данных (табл. 2.) позволяет согласиться с мнением Л. Г. Школьников-а с соавт. (1966 г.), что

Таблица 2
Симптомы при различных повреждениях мочевого пузыря

Характер повреждения	Количество больных	Невозможность самостоятельного мочеиспускания	Боли внизу живота	Частые позывы	Гематурия	Напряжение мышц брюшной стенки	Симптом Щеткина-Блюмберга	Отсутствие жалоб
Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря	10	4	9	2	2	5	5	1
Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря	18	7	15	4	3	14	16	2
Разрыв уретры	11	9	5	3	1	1	—	4
Итого	39	20	29	9	6	20	21	7

ни при внутрибрюшинных, ни при внебрюшинных повреждениях мочевого пузыря клинические проявления не дают уверенного ответа на тот минимум вопросов о наличии, степени, характере и локализации повреждения, который необходим для проведения раннего рационального, максимально щадящего оперативного лечения. Так, по нашим наблюдениям, невозможность самостоятельного мочеиспускания выявлена лишь у четырех больных из 10 с внебрюшинными разрывами и у семи из 18 — с внутрибрюшинными; самостоятельное мочеиспускание с примесью крови — соответственно у двух и трех больных, и т. д. Перитонеальная симптоматика отмечена у 16 пациентов с внутрибрю-

шинными и у пяти больных с внебрюшинными разрывами мочевого пузыря, и т. д.

В семи случаях внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря предоперационный диагноз вообще свидетельствовал об отсутствии фиксирования внимания хирурга на травме мочевых путей, ставились диагнозы: острая кишечная непроходимость, прободная язва, острый аппендицит и т. д. Этому, безусловно, способствовали отмеченные выше обстоятельства, затрудняющие диагностику: шок, опьянение и т. д. Порой и консультация уролога не способствовала уточнению диагностики.

Больная Ф., 56 лет, поступила в клинику через 11 час. после травмы с жалобами на боли в животе, головные боли, отсутствие мочеиспускания. 11 сентября 1968 г. упала дома, запнувшись о порог, после чего появились боли в животе. Каретой скорой помощи доставлена в ГКБ № 1 с направительным диагнозом: ушиб живота, ушиб правой почки.

При поступлении состояние тяжелое. Язык сухой, с белым налетом. Живот умеренно вздут, болезнен при пальпации, определяется разлитое напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Лейкоцитоз—18000. Перкуторно—прутупление в отлогих местах живота.

Дежурным хирургом заподозрен разрыв мочевого пузыря, однако вызванный на консультацию уролог этот диагноз отверг (!). Выраженность перитонеальной симптоматики оправдывала экстренную лапаротомию, и с диагнозом: тупая травма живота с повреждением внутренних органов, перитонит, — больная подана в операционную.

Срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено большое количество мочи, окрашенной кровью. Имеется внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря длиной 12 см. Рана пузыря ушита двухрядным швом. В брюшную полость введены антибиотики. Брюшная полость послойно ушита наглухо. В мочевой пузырь через уретру введен постоянный катетер. Последующее течение гладкое. Выздоровление.

Для повреждений уретры считается характерной триада: уретроррагия, задержка мочи и промежностная гематома.

Как явствует из табл. 2, клинические признаки повреждения уретры тоже непостоянны. Так, из 11 больных задержка мочи отмечена у девяти, частые позывы на мочеиспускание — у трех, самостоятельное болезненное мочеиспускание с примесью крови — у одного, следы крови на выходном отверстии уретры — у четырех больных.

Отмеченные диагностические затруднения, ненадежность клинических симптомов повреждений мочевого пузыря и уретры и их относительная диагностическая ценность оправдывают применение дополнительных методов исследования, для чего в нашей клинике используются катетеризация и ретроградная уретроцистография.

Катетеризация применена у 34 больных, в том числе в 9 случаях при внебрюшинных разрывах мочевого пузыря, в 14 — при внутрибрюшинных, в 11 случаях — при повреждениях уретры.

В одном случае количество выведенной катетером геморрагической жидкости достигло 2 л, — симптом Я. Б. Зельдовича, патогномичный для внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря. «Сухая» катетеризация наблюдалась у семи больных, в том числе у четырех с разрывами уретры.

Наиболее достоверные дифференциально-диагностические данные дает ретроградная уретроцистография. (Д. Л. Корин, 1952 г., Л. А. Збыковская и Ф. З. Зетель, 1961; Л. Б. Школьников с соавт., 1966 г. и др.). Затеки контрастного раствора в парауретральные или околопузырные ткани или в брюшную полость позволяют судить о локализации и степени повреждения уретры и мочевого пузыря. Контрастное исследование применено нами у 23 больных: в девяти случаях — при внебрюшинных разрывах мочевого пузыря, в восьми — при внутрибрюшинных и при повреждениях уретры — у шести больных. В качестве контрастного вещества использовались 20%-ный сергозин, 35%-ный кардиотраст, 35%-ный диодон.

Необходимым условием получения достоверных результатов при контрастном исследовании мочевого пузыря является достаточное количество вводимого раствора — не менее 20 мл. Меньшее количество контраста не приводит к достаточному заполнению мочевого пузыря, что может явиться причиной диагностических ошибок.

Заканчивая обсуждение методов диагностики поврежденных мочевых органов, нельзя не упомянуть о лапароцентезе. Этот метод, получивший в последнее время распространение в диагностике закрытой травмы живота, может быть использован при подозрении на внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Итак, диагностика повреждений мочевого пузыря и уретры при переломах костей таза, закрытой травме живота и комбинированной травме в ряде случаев затруднена и требует комплексного целенаправленного исследования.

В срок до 3 час. после поступления оперировано почти две трети больных (23), до 6 час. — 9, от 7 до 12 — двое, от 13 до 24 — четверо, от 25 до 96 час. — один. Сроки операции зависели от общего состояния поступивших и времени установления правильного диагноза. В упомянутых выше семи случаях неточной предоперационной диагностики показанием к операции служил

выраженный перитонеальный симптомокомплекс, хотя четкий топический диагноз установлен не был.

Хирургическая тактика имеет свои особенности при повреждениях мочевых путей различной локализации.

При внебрюшинных разрывах мочевого пузыря в шести случаях произведена цистостомия, в трех из них сочетавшаяся со швом мочевого пузыря. В остальных четырех случаях внебрюшинных повреждений применен только шов пузыря. Показанием к цистостомии служило позднее оперативное вмешательство и, главным образом, — затруднения при наложении шва.

Больной М., 30 лет, доставлен в клинику 23/II—1965 г. через 1,5 час. после автотранспортной травмы с жалобами на боли в области таза, чувство переполнения мочевого пузыря. Состояние средней тяжести. Нагрузка на таз (симптомы Ларрея и Вернейля) болезненна. Живот умеренно вздут, определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Шеткина—Блюмберга отрицательный. При катетеризации получено до 300 мл мочи, ярко окрашенной кровью. Через катетер введено 200 мл 25%-ного раствора сергозина. Рентгенография: определяется перелом лонной и седалищной костей и разрыв крестцово-подвздошного сочленения слева. Мочевой пузырь заполнен контрастом, в околопузырной клетчатке вблизи шейки пузыря имеется затек контраста.

Операция: предпузырная клетчатка инфильтрирована, при обследовании мочевого пузыря после его вскрытия визуально и пальцем явного его разрыва найти не удалось. Цистостомия, дренирование предпузырного пространства. Выздоровление.

При внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря во всех случаях применен его шов, и лишь в одном случае наложена цистостома у больного, поступившего через двое суток после травмы. Величина разрывов мочевого пузыря колебалась от 2 до 12 см.

При всех повреждениях мочевого пузыря как вне-, так и внутрибрюшинных, производилось его дренирование постоянным катетером. М. Мирсаматов (1969 г.) указывает, что применение постоянного катетера не исключает щелочного брожения мочи вследствие возможных затруднений ее эвакуации. Поскольку в нашей клинике постоянный катетер применяется всегда в сочетании с системой Монро, это опасение нам кажется преувеличенным.

При повреждениях уретры во всех случаях наложена цистостома, у четырех больных дополнительно проведен постоянный катетер. Первичный шов уретры произведен одному больному. В одном случае — при неполном повреждении уретры — проведен постоянный катетер.

Околопузырное пространство дренировалось марлевыми и резиновыми выпускниками во всех случаях повреждений уретры и внебрюшинных разрывов мочевого пузыря. При внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря, когда околопузырное пространство не вскрывалось (10 случаев), дренирование его не производилось.

В случаях внутрибрюшинных повреждений мочевого пузыря в брюшную полость вводились антибиотики.

Таблица 3

Исходы повреждения уретры

Вид повреждения	Смертельный исход	Выздоровление			Осложнения	
		моченосное восстановление	функциональная цистостома	мочевые затеки	перитонит	
Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря	2	8	—	1	—	
Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря	4	14	—	—	6	
Разрыв уретры	2	4	5	2	—	
Итого . . .	8	26	5	3	6	
Всего . . .	8	31		9		

Из 39 наблюдаемых больных умерли 8 (табл. 3), в том числе двое при внебрюшинных, четверо — при внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря, двое — при повреждениях уретры. Из них 7 человек погибли вследствие тяжести комбинированной травмы, и лишь один — вследствие мочевого перитонита (поступил через трое суток после травмы).

При внебрюшинных разрывах мочевого пузыря, если цистостома не накладывалась, постоянный катетер удаляли на 4—10 суток после операции, при цистостомии — на 15—30 день.

При внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря постоянный катетер удаляли на 3—11 день. В одном случае, когда была наложена цистостома, катетер удалили на 18 день.

При повреждениях уретры постоянный катетер удаляли лишь после закрытия цистостомы, что обусловило длительное его пребывание в уретре (1,5—2,5 мес.). В одном случае, при шве уретры, приведшем к ее стриктуре, постоянный катетер уда-

лен через 175 дней вследствие стойкого свища, закрывающегося лишь после оперативного лечения.

Больной К., 56 лет, поступил в клинику 14—IV—1967 г. через 2 час. после травмы в тяжелом состоянии. На работе был сбит автомашиной, переехавшей через таз пострадавшего. При поступлении — резкие боли в области таза, огромный кровоподтек в левой паховой области. Язык сухой. Живот болезнен при пальпации, симптомов раздражения брюшины нет. При перкуссии над лобком определяется притупление. На выходном отверстии уретры — кровь. При катетеризации получено небольшое количество чистой крови. Через катетер введено 100 мл 25%-ного раствора сергозина. На рентгенограмме определяется вертикальный перелом таза типа Мальгенья, мочевого пузыря контрастом не заполнился. У больного диагностирован разрыв уретры.

Операция. Цистостомия. Шов уретры на катетере шелком. Циркулярный катетер. Цистостомическая трубка соединена с системой Монро. Дренаж в околопузырное пространство.

В послеоперационный период образовался стойкий свищ мочевого пузыря без тенденции к самостоятельному закрытию, повязка обильно промокла мочой, мочеиспускание — каплями. 28 сентября произведено иссечение и закрытие мочепузырного свища, 18 октября извлечен постоянный катетер. Самостоятельное мочеиспускание удовлетворительной струей. 4 ноября выписан из клиники.

Из 31 выздоровевших больных у 26 восстановилось самостоятельное мочеиспускание; 5 пациентов с повреждениями уретры выписаны с функционирующей цистостомой, в дальнейшем им было показано оперативное восстановление уретры.

Выводы

Повреждения мочевого пузыря встречаются довольно часто: при переломах костей таза — в 7,6%, при закрытой травме живота — в 11% случаев.

Травмы мочевых путей чаще наблюдаются у мужчин в возрасте 21—40 лет.

Внутрибрюшинные разрывы мочевого пузыря происходят преимущественно при закрытой травме живота (в 14 из 18 случаев).

Наиболее частой причиной повреждений уретры (8 из 11 случаев) и внебрюшинных разрывов мочевого пузыря (6 из 10) является автотранспортная травма, часто приводящая к переломам костей таза.

Диагностика повреждений мочевого пузыря и уретры при переломах костей таза и закрытой травме живота в ряде случаев затруднена и требует комплексного целенаправленного исследования с использованием катетеризации и ретроградной уретроцистографии.

При внутрибрюшинных повреждениях мочевого пузыря производится их ушивание.

При внебрюшинных повреждениях мочевого пузыря показанием к цистостомии служит позднее оперативное вмешательство или затруднения при наложении шва. Ведение больных с внебрюшинными повреждениями мочевого пузыря без надлобковых свищей значительно уменьшает срок их лечения.

Первичный шов уретры при ее повреждениях в первые сутки после травмы и применение циркулярного катетера значительно облегчают судьбу больных, способствуя более полноценному восстановлению уретры.

Дренаж околопузырного пространства показан при внебрюшинных разрывах мочевого пузыря и при повреждениях уретры.

Летальность при травме мочевого пузыря и уретры связана чаще всего с тяжестью сопутствующих повреждений.

Раннее поступление больных после травмы, своевременная диагностика и рациональное оперативное лечение являются залогом успешных исходов при повреждениях мочевого пузыря и уретры.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ЗА 10 ЛЕТ

М. В. МУРАНОВА

Повреждения почек среди травм органов брюшной полости и забрюшинного пространства занимают третье—второе место (М. А. Гришин, 1960 г.).

Нами проанализировано 67 историй болезни пациентов, лечившихся в клинике госпитальной хирургии лечфака СГМИ в период 1961—1970 гг., у которых диагностированы повреждения почек. Все эти больные были госпитализированы и лечились в травматологическом отделении нашей клиники.

Среди пострадавших было 46 мужчин — 68,7% и 21 женщина — 31,3%, из них 64 человека трудоспособного возраста; заболеваний почек в анамнезе не было у 66, лишь у одного больного ранее диагностирована блуждающая почка.