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.

Виды травматизма были следующие: автотранспортный — 19 случаев, умышленный — 17, производственный — 10, бытовой — 10, спортивный — 5, железнодорожный — 4, уличный — 2 случая.

Наиболее часто встречавшимся механизмом травмы было приложение большой силы удара на малую площадь поверхности тела человека в проекции почки:

удар в поясничную область	28
падение с высоты	14
комбинированный механизм при автодорожной травме	11
ушиб поясничной области о предмет при падении	8
удар в живот	4
сжатие тела	2
Всего	67

Правая почка была повреждена у 33 больных, левая тоже у 33, обе почки — у одного пациента.

Травмы почки, органа глубоко расположенного, чаще встречаются в сочетании с повреждениями других внутренних органов и скелета. По Е. М. Устименко (1968 г.) — 60%, Е. М. Добровольскому (1968 г.) из 248 повреждений почки 92 были комбинированными. У нас из 67 случаев комбинированных было 43—64,2%.

Чаще травмы почки сопутствовали повреждениям костей, мозга, ушибам других органов. Разрыв селезенки был у двух больных. Перелом нижних ребер или поперечных отростков поясничных позвонков, отломки которых некоторые авторы называют орудием, непосредственно ранящим почку, диагностирован в 19 случаях.

Именно комбинация повреждений определяла чаще тяжесть состояния пострадавших. В состоянии тяжелом (шок) и средней тяжести при поступлении были 31 человек, из них с изолированным повреждением почки только трое. В удовлетворительном же состоянии при комбинированных повреждениях поступили 15 человек, при изолированных — 21.

Большинство больных доставлены в больницу в течение первых суток — 80,6%.

Диагностика повреждений почки основывалась на данных анамнеза, жалобах больного и физикальном исследовании, а также данных специального урологического исследования (хромоцистоскопии, экскреторной урографии). При подозрении на травму почки больному проводилась пробирочная проба. Диагноз повреждения почки ставили в случае обнаружения ге-

матурии. Попыток определения степени повреждения и локализации его по классификации Кюстера или Кларенса не делалось, так как при жизни больного это возможно лишь приблизительно на основании контрастной урографии, экскреторной или ретроградной. Обычно ставили диагноз: ушиб почки (в 59 случаях), подкапсулярный разрыв почки (3), разрыв почки (3), отрыв почки (1), колото-резаная рана (1). Три последних диагноза — операционные.

Макрогематурия наблюдалась у 42 больных — 62,7%, средняя ее продолжительность 7,4 дня (от 2 до 18 дней), микрогематурия — у 25 больных — 37,3% со средней продолжительностью 5,4 дня (от 1 до 30 дней).

Большинство больных жаловались на боль в соответствующей поясничной области (48 человек — 71,6%), многие — на боль в животе (22 человека — 32,8%); тошнота была у 12, рвота у двух больных. У 15 больных в первые дни после травмы отмечалось учащение и болезненность мочеиспускания.

При объективном исследовании болезненность пальпации поясничной области на стороне повреждения отмечена у 40 больных (59,7%), внешние признаки травмы в виде припухлости, кровоподтека, ссадин в поясничной области были у 16 больных (24% случаев).

Симптомы повреждения органов живота наблюдались довольно часто, но были нечетко выраженными: болезненность при пальпации живота — у 36 больных (53,7%), напряжение брюшной стенки — у 20 (30%), симптом Щеткина—Блюмберга — у десяти (15%), притупление перкуторного звука — у восьми (12%). Парез кишечника был отмечен у пяти больных при изолированной травме почки и у двух при комбинированных повреждениях. В первые дни после травмы высокая температура отмечена у шести пострадавших (на протяжении 2—3 дней), субфебриальная — у 20 (от 1 до 64 дней). Позднее повышение температуры наблюдалось у двух больных. В 39 случаях температура все время оставалась нормальной.

Тахикардия различной степени и продолжительности зарегистрирована у 18 больных.

Патология по анализам крови: гиперлейкоцитоз у 37 больных, ускорение РОЭ у 33 больных, анемии не отмечено.

Выделительная функция почек во всех анализируемых случаях оставалась сохранной, олигурии ни у кого из больных не было. Остаточный азот крови проверялся лишь у четверых: у одного больного, которому произведена лапаротомия и в забрю-

шинной гематоме пальпаторно повреждения почки не обнаружено, остаточный азот был повышен в течение 18 дней (максимум 172 *мг*%), но затем содержание его нормализовалось; другому больному произведено ушивание поперечного разрыва почки, количество остаточного азота, повышавшееся до 95 *мг*%, нормализовалось через 10 дней после операции; у остальных двух больных азотемии не было.

В выборе метода лечения пострадавших с травмой почки все определяет степень повреждения ее. У большинства больных хорошие результаты дает консервативный метод лечения. Об этом пишут Н. П. Мунгалов (1969 г.), Н. И. Тарасов и Х. Гельдыев (1969 г.), М. А. Гришин (1960 г.), А. Я. Пытель и И. П. Погорелко (1969 г.), Evans K. Г., Roylance J. (Великобритания, 1962 г.), Nilsson J., Saudberg N. (Швейцария, 1962 г.).

Преобладающее число наших больных лечили консервативным методом. Продолжительность лечения в стационаре лиц с изолированными повреждениями почки составляла в среднем 10,5 дня. Лечение заключалось в назначении постельного режима, диеты № 7 или 3а, болеутоляющих и гемостатических препаратов. По показаниям назначали антибиотики (пенициллин, стрептомицин, синтомицин), сульфамиды — 19 больным. Кровь и ее препараты перелиты 11 пациентам.

Показаниями к операции служили признаки внутреннего кровотечения, разрыва внутреннего органа, нарастания гематомы в поясничной области.

Прооперировано 10 больных (15%). Произведены спленэктомии двум, диагностические лапаротомии трем пациентам, во всех пяти случаях почки обследовались только пальпаторно в забрюшинной гематоме, повреждения их не найдено несмотря на то, что у двух больных наблюдалась макрогематурия, а у трех — микрогематурия. В последующем операций на почках у этих больных не потребовалось.

Пяти больным операции проведены непосредственно на почках: четверым по поводу закрытых повреждений и одному по поводу ножевого ранения. При закрытом повреждении операцию начинали с лапаротомии, затем, после ревизии органов брюшной полости, переходили на люмботомию. В нашей клинике принято сберегательное отношение к почке во время операции. Нефрэктомия произведена двум больным: одному по поводу отрыва почечных сосудов, другому по поводу поперечного разрыва почки, когда одна ее половина была в связи только с мочеточником, а другая в связи лишь с сосудами.

Ниже приведена история болезни.

Больная Г., 49 лет, доставлена в клинику 31.8.61 г. через 2 час. после падения с высоты 4 *м*, в тяжелом состоянии с жалобами на боль в правом боку, тошноту. Бледна, холодный пот, АД 120/80 *мм рт. ст.*, резко болезненна пальпация в правой почечной области, катетером выведено 40 *мм* мочи, сильно окрашенной кровью. Через 1,5 час. состояние ухудшилось, АД 90/60 *мм рт. ст.*, появилось раздражение брюшины, притупление перкуторного звука в правом фланке. Под эфирным наркозом предпринята операция: косой разрез в правом подреберье, выделилось умеренное количество крови, обнаружена обширная напряженная забрюшинная гематома, повреждения органов брюшной полости не найдено. Косой разрез в поясничной области; выделилась обширная гематома, обнаружен полный поперечный разрыв почки, причем одна половина держалась на мочеточнике, другая — на сосудистой ножке. Обе половины почки удалены, сосуды и мочеточник перевязаны. Постепенное выздоровление, выписана 5.10.61 г. без свища, с хорошей функцией оставшейся почки.

Ушивание почки сделано при отрыве верхнего полюса ее (последний удален), при поперечном разрыве, доходящем до лоханки, и при неглубоком ножевом ранении нижнего полюса почки.

Больной Г., 18 лет, доставлен в клинику 2.12.67 г. через 1 час после падения с трамплина. Заподозрен разрыв паренхиматозного органа. Под эндотрахеальным наркозом сделана лапаротомия, повреждения органов брюшной полости не найдено, выявлена обширная забрюшинная гематома слева. Люмботомия: обнаружен поперечный разрыв почки, доходящий до ворот. Наложены кетгутовые швы на рану почки, дренаж околопочечного пространства. Свищ закрылся через три недели после операции, больной выписан из стационара 29.12.67 г.

Удовлетворительные исходы к моменту выписки зафиксированы в историях болезни и всех леченных консервативно.

А. Я. Пытель, И. П. Погорелко, Mayor G., Suire P., Potempa J. (1962 г.) предупреждают о возможности таких осложнений, как некроз почки вскоре после травмы, нагноение околопочечной гематомы, а в отдаленный период — сморщивание почки, гидронефроз, фиброз околопочечной клетчатки, травматический литиаз, повышение артериального давления. Нами таких осложнений не отмечено.

Некоторые авторы указывают на присутствие повышенного количества белка в моче как на признак травматического нефрита. По нашим данным это можно отметить у 14 больных — 21% (от 0,033% до 1,6% по прекращении гематурии) от четвертого до двенадцатого дня после травмы. Цилиндры гиалиновые и зернистые были у трех пострадавших. У большинства альбуминурия не сопровождалась превышением нормы числа лейкоцитов в моче.

Выводы

Несмотря на то, что по нашим данным число больных с травмой почки в течение 10 лет не имело тенденции к увеличению (6—10 человек за год), можно предполагать, что это количество должно увеличиваться в связи с ростом автотранспортного травматизма, в котором травма почки занимает существенное место в комбинации с повреждениями других органов. А это требует улучшения диагностики и лечения повреждений почки.

Лечение больных с травмами почек должно проводиться травматологами совместно с урологом.

В ряде случаев для диагностики травмы почки необходимо применение специальных урологических методов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абраханова Б. Н. Азербайджанский медицинский журнал, 1961, № 5, с. 81.
2. Акимов В. И., Кантор З. М. Закрытая травма живота. Киев, 1963.
3. Алексеева Н. П. Хирургия, 1949, № 7, с. 74.
4. Александрович Г. А., Рогожина И. И. Хирургия, 1956, № 5, с. 74.
5. Алиев А. Р. и др. Азербайджанский медицинский журнал, 1963, № 10, с. 27—36.
6. Архангельская — Левина М. С. Тупые травмы живота. Ленинград, 1941.
7. Бачненко Е. М. Хирургия, 1966, № 3, с. 132—133.
8. Батян Н. П., Петухов И. А. Здравоохранение Белоруссии, 1963, № 9, с. 19.
9. Беркутов А. Н. и др. Вестник хирургии, 1969, т. 102, № 2, с. 92—96.
10. Борисов В. Г. Военно-медицинский журнал, 1969, № 11, с. 38.
11. Бочаров А. А. Повреждения живота. Москва, 1967.
12. Бок Е. К. Открытые и закрытые повреждения живота. Ленинград, 1940, с. 307.
13. Быстров Н. В. Хирургия, 1951, № 2, с. 16—21.
14. Быстрицкий М. Н. Переломы костей таза. Москва, 1960.
15. Васюк А. Е. Клиническая хирургия, 1962, № 12, с. 45—48.
16. Виноградов В. В. Руководство по хирургии, 1960, т. VIII.
17. Виккер М. М. Диагностика и врачебная тактика при острых брюшных заболеваниях. Москва, 1936.
18. Гапоенко М. Ф., Царева З. А. Хирургия, 1957, № 4, с. 145.
19. Гориневская В. В. Основы травматологии, т. 1. Москва, 1952.
20. Гомзякова Г. А. Вестник хирургии, 1941, т. 61, № 6, с. 728—730.

21. Гулин В. А. и др. Вестник хирургии, 1970, № 4, с. 129.
22. Долинин В. А. Вестник хирургии, 1971, № 1, с. 120—126.
23. Дмитриев Б. А. Вестник хирургии, 1950, № 5, с. 8—13.
24. Збыковская Л. А., Зетель Ф. З. В кн.: «Закрытая травма живота и забрюшинных органов». Москва, 1961, с. 19—25.
25. Ибадов И. Ю. Хирургия, 1962, № 5, с. 136—137.
26. Иванов А. Я. В кн.: «Хирургия органов пищеварения», Ленинград, 1969, с. 248.
27. Ильяшенко А. В., Бабур А. А. Врачебное дело, 1963, № 11, с. 134—135.
28. Каравонов А. Г., Данилов И. В. Ошибки в диагностике и лечении травм живота. Киев, 1967.
29. Караев И. К. и др. Хирургия, 1962, № 3, с. 36—40.
30. Касимцев А. С. Вестник хирургии, 1962, № 5, с. 102—104.
31. Карпенко Е. С. Закрытые переломы таза. Автореферат диссертации на соискание степени канд. мед. наук. Киев, 1954.
32. Керимова Е. С. Закрытые повреждения кишок. Ленинград, 1963.
33. Кесслер В. Ю. Вестник хирургии, 1960, т. 84, № 5, с. 39—42.
34. Корчанов Л. С. и др. Вестник хирургии, 1966, т. 97, № 7, с. 68—72.
35. Козина А. В. Хирургия, 1954, 3, 87.
36. Кияшев А. П. Хирургия, 1969, № 2, с. 101—102.
37. Кутузов И. И. Вестник хирургии, 1970, т. 105, № 12, с. 84—86.
38. Кузванов Е. И. Закрытые повреждения печени и селезенки. Тбилиси, 1962.
39. Климнюк И. Г. Клиническая хирургия, 1962, № 11, с. 82.
40. Ланда М. И. Хирургия, 1958, № 11, с. 49.
41. Лобачев С. В., Виноградова О. И. Вестник хирургии, 1960, т. 84, № 5, с. 32—39.
42. Луценко С. М. Труды V съезда хирургов Северного Кавказа. Ставрополь, 1966, с. 239—243.
43. Макевкина Т. Н. Разрывы мочевого пузыря при переломах таза. Автореферат диссертации на соискание степени канд. мед. наук. Рязань, 1951.
44. Маценко П. А. Острый живот. Иркутск, 1967.
45. Москович Я. М. Здравоохранение Белоруссии, 1962, № 2, с. 61—62.
46. Микеладзе Е. Д. Повреждения полых органов брюшной полости при тупой травме живота. Москва, 1961.
47. Мирсаматов М. Тактика хирурга-уролога при тупой травме мочевого пузыря. Автореферат диссертации на соискание степени канд. мед. наук. Ташкент, 1969.
48. Напалков Н. И. Сочетанные ранения органов брюшной полости. Москва, 1940.
49. Никифоров Б. И. Хирургия, 1970, № 3, с. 107—111.
50. Николаев Г. Ф. Закрытые повреждения печени. Москва, 1965.
51. Петровский Б. В. Руководство по хирургии, т. 7, Москва, 1960.
52. Петров Б. А. Хирургия, 1966, № 2, с. 127—130.
53. Петров В. И., Марцев А. И. Вестник хирургии, 1971, № 2, с. 72.
54. Ратнер Ю. А. Неотложная хирургия груди и живота. Москва, 1970.
55. Сердюк М. П. и др. Хирургия, 1966, № 3, с. 84—89.
56. Солохин А. А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях автомобильной травмы. Москва, 1968.
57. Соболев И. И., Воробцов В. И. Неотложная хирургическая урология, Москва, 1954.

58. Сиколенко Ф. С. Хирургия, 1956, № 2, с. 60.
59. Скрипниченко Д. Ф. Неотложная хирургия брюшной полости. Киев, 1970.
60. Струков В. И. и др. Клиническая хирургия, 1966, № 4, с. 39—43.
61. Стрельников Б. Е. Повреждения органов брюшной полости в мирное время. Автореферат диссертации на соискание степени докт. мед. наук. Москва, 1969.
62. Ткаченко Г. К., Тремейт Е. К. Здравоохранение Казахстана, 1970, № 1, с. 44—46.
63. Фидрус Е. К. Закрытые повреждения кишечника. Автореферат диссертации на соискание степени канд. мед. наук. Москва, 1966.
64. Шалимов А. А. Хирургия поджелудочной железы. Москва, 1964.
65. Шульман М. Г. Хирургия, 1955, № 4, с. 86.
66. Шраер И. А., Осадчук М. И. Вестник хирургии, 1960, т. 84, № 2, с. 118.
67. Школьников Л. Г. и др. Повреждения таза и тазовых органов, Москва, 1966.
68. Щеголев П. И. К судебно-медицинской экспертизе автомобильной травмы. Ленинград, 1955.

LITERATURE

1. Adler G. G. «Zur Problematic der spontanen Ruptur einer normalen Milz.» Bruns Beitz. klin. Chir., 1969, 217, 5, 413—420.
2. Bengmark S. «Chirurgical Behandlung von traumatischen Leberschaden». Chirurg., 1969, 40, 10, 458—461.
3. Biro V. «Adatok a-pancreas fedett isolialt serüleseher». Magy. Traum. Orthop., 1968, 11, 1, 56—60.
4. Bussmann J. F. «Stumpfes Banchrauma und Dickdarperforation». Langendecks Arch. Chir., 1970, 12, 6, 84—91.
5. Cantor M. O. «Iatogenous Abdominal Injuries» Abdomin. Surg. 1970, 12, 6, 84—91.
6. Carlson P. «Traumatic Iacerations of téhe liver». Amer. Surg. 1962, 28, 2, 74—82.
7. Chroscicki S., Taczanowski W. «Postepowaniew przedziurawienin zaotrzewnowej czesci dwunastnicy». Pol. Przegl. chir. 1970, 42, 7, 1091—1095.
8. Crosthwait R. W. «The sugrical management of 640 consecutive liver injuries in civilian practice». Surg. Gynec. Obstat., 1962, 114, 6, 650—654.
9. Dacha E., Pochylski T. «Czesciowe wyciecie trzustri w leczunin yrasowegojej pnkniecia». Pol. Przegl. Chir., 1968, 40, 2, 160—162.
10. Danicico J., Draghici N. «Diagnosticul si atitudinea terapeutica in abdomenul acut al unui traumatizat». Chirurgia., 1970, 19, 2, 97—109.
11. Devic G. «Rupture traumatique du pancreas». Lyon Chir., 1970, 66, 2, 146—148.
12. Descovich P., Domini R. «Rottura centale del fegato». Ann. ital. chir., 1969, 45, 1, 12—28.
13. Fekete F. «Les traumatismes du foie». I. Chir., 1969, 98, 1—2, 55—74.
14. Guillet R., Cuche I. «Retrecissement posttraumtique du colon transverse». Lyon chir., 1967, 63, 6, 891—893.

15. Hellström G. «Closed injury of the liver analysis of a series of 300 cases» Acta chur. Scand., 1961, 1226, 450—501.
16. Hubens A. «Hepatectomie droite d'urgence pour rupture traumatique du foie». Acta chir. belg., 1967, 66, 3, 179—190.
17. Lacombe M. «La resuction hepartique dans le traitement des traumatismes graves do «foie». Ann. Chir., 1970, 24, 23—24, 1273—1272.
18. Larmi T. K., Vääräniemi E. «Blunt Trauma to the Small Boewel». Int. Surg, 1971, 55, 1, 20—26.
19. Lazozo E. I. «Splemic Rupture Masguerading as Acute Appendicitis». Amer. Surg., 1970, 36, 11, 705—707.
20. Little M., Williams C. W. «Improved Mortality in the Manegement of Liver injuries». Brit. I. Surg., 1969, 56, 8, 603—610.
21. Maarer G., Scholze H. «Die isolierte stumpfe Pankreasverletzung». Langenbecks. Arch. Klin. Chir., 1968, 320, 2/3, 235—246.
22. Metzl J. «Fedett sériileses vekonybelrepedes» Magy Tram. Orthop., 1963, 2, 138—140.
23. Nettervili R. E., Hardy J. D. «Penetrating Wounds of the Abdomen». Ann. Surg., 1967, 166, 2, 232—237.
24. Pietrzyki J., Gorniak A. «Obrazenie bruzucha». Pol. Przegl. chir, 1967, 39, 12, 1254—1257.
25. Picard—Leroy G. «Traumatisme ferme du duodenum et du pancrease». Chirurgie, 1970, 96, 5, 369—371.
26. Resnicoff S. A. «Retroperitoneal Rupture of the Duodenum due to Blunt Trauma». Surg. Gynec. Obstet., 1967, 125, 1, 77—81.
27. Richter R. M., Zaki M. N. «Selective Conservative Management of Penetrating abdominal Wounds». Ann. Surg., 1967, 166, 2, 238—241.
28. Richter R. M., Zaki M. N. «Selective Conservative Management of Penetrating Abdominal Injuries». Surg., Gynec., Obstet., 1970, 130, 4, 677—681.
29. Rohner A., Fiala I. «Vingt observations de traumatismes du foie». Helv, chir. Acta, 1970, 37, 1—2, 143—148.
30. Hate R. W. «One Hundred Cases of Traumatic Rupture of the Spleen». Arch. Surg., 1969, 99, 4, 498—500.
31. Tala P., Solonen J. «Stab and Bullet Wounds Penetrating into the Thoracic and Abdominal Cavities». Ann. Chir. Gynaec. Fenn., 1967, 56, 2, 173—179.
32. Tostivint R. «La laparoscopie dans les traumatismes abdominaux fermes». Chirurgie, 1970, 96, 4, 286—290.
33. Valentino A., Bonzanini C. «Sulle lesioni intestinali da trauma chinse delladdome». Minerva chir., 1970, 15, 12, 612—619.
34. Wasowski I. «Rozlegle peknietroly prawego plata watroby z towarryszcia unzkodzeniami innych narradow» Pol. Proregl. Chir., 1968, 40, 1, 94—97.
35. Wasowski J. «Urorowe obrazenia watroby». Pol. Przegl. chir., 1967, 39, 10, 963—966.
36. Williams R. D., Sargent F. T. «The mechanism of intestinal injury in trauma». I. Trauma, 1963, 3, 3, 288—294.