

Из Хирургической клиники Казанского государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

(директор клиники профессор Н. Л. Боголюбов).

Два случая иммиграции инородных тел в мочевой пузырь.

Асс. Н. Х. Ситдыков.

Проникновение инородных тел в мочевой пузырь при его ранениях, а также *per vias naturales* — явление довольно частое. В настоящее время эти случаи не представляют уже для хирурга большого интереса, так как они достаточно изучены и описаны на страницах медицинской печати.

Много реже наблюдаются случаи прохождения инородных тел в мочевой пузырь из соседних с мочевым пузырем органов. В таких случаях инородные тела проходят в мочевой пузырь спустя много дней, иногда месяцев и лет после своего внедрения в ткани организма.

Литература данного вопроса довольно скудна. Всего в русской литературе описано 18 случаев иммиграции инородных тел в мочевой пузырь из соседних органов. В 15 случаях речь идет о лигатурах, прошивших в мочевой пузырь, в 2-х случаях — о ружейных пулях и в одном случае — о женском металлическом презервативе, попавшем в пузырь из вагины.

В нашей клинике наблюдались 2 случая, в которых инородные тела иммигрировали в мочевой пузырь из соседних органов.

Первый случай относится к больной М.-ой С. И., 50 лет.

Поступила в клинику 22/III 1930 г. с жалобами на учащенное мочеиспускание (мочится в течение часа 5 — 6 раз), с резью в конце акта мочеиспускания, и на гематурию.

В декабре 1929 года заболела гнойным параметритом. Гнойник был вскрыт *per vaginam*, куда был введен резиновый дренаж.

Стационарно лечилась месяц, и с температурой 38° была выписана из больницы для амбулаторного лечения. Температура все время оставалась повышенной. Через два месяца после операции внезапно почувствовала частые позывы на мочеиспускание и резь в начале при акте мочеиспускания. Спустя несколько дней после появления мочевых расстройств, заметила в моче кровь. Моча мутная, кислой реакции, удельный вес 1008, белок 0,90/100. В осадке эритроциты и лейкоциты в большом количестве, щавелево-кислая известь.

Цистоскопия: Вместимость мочевого пузыря резко ограничена, слизистая пузыря гиперемирована, местами буллезный отек. На задней стенке, ближе к сфинктеру обнаружено инородное тело, по форме напоминавшее сложенную вдвое (и-образную) дренажную трубку. На рентгеновском снимке тень от инкрустированной солями резиновой трубки.

2/IV 1930 г. высокое сечение мочевого пузыря. Удалена инкрустированная солями, подковообразно изогнутая резиновая дренажная трубка, длиной около 8 сантиметров. Мочевой пузырь дренирован, рана сужена узловатыми швами. Послеоперационное течение гладкое. Свищ пузыря закрылся через 2 месяца, и больная 18/IV 30 г. выписана из клиники в хорошем состоянии без жалоб на мочевые расстройства.

В данном случае надо полагать, что дренажная трубка очутилась в полости гнойника, где осталась незамеченной, наружная рана закрылась. В последующем гнойник проложил себе путь в мочевой пузырь, куда провалилась и дренажная трубка. Вскрытие тазовых гнойников

в мочево́й пу́зырь не представляет собой большой редкости. Так, Софронов приводит 10 случаев прорыва тазового гноивика в мочево́й пу́зырь.



Рис. 1. Дрежажная трубка, инкрустированная солями, извлеченная из полости мочевого пузыря (натуральная величина).

Не только тазовые гноивики, но и более высоко расположенные, как, например, парааппендикулярный абсцесс, могут с приближением к мочево́му пу́зырю вскрыться в полость последнего.

Второй случай относится к больному К., 33 лет. Поступил в клинику 14/V 34 г. с жалобами на учащенное мочеиспускание с резью, на прерывистость струи мочи и на боли над лобком. Считает себя больным с декабря 1933 года. До поступления в клинику отмечает несколько раз острую задержку мочи, по поводу которой подвергался катетеризации мочевого пу́зыря. В 1920

году на фронте получил дважды пулевое ранение. Одно ранение сквозное, в области нижней трети левого бедра, и второе ранение — слепое, в области правой подмышечной впадины. После ранений находился в госпитале около месяца, был выписан здоровым и до 1926 года чувствовал себя хорошо. В 1926 году появилась болезненная припухлость с покраснением кожи в области нижней периферии пупка давшая свищ пупка с серозно-гнойным отделяемым. Свищ держался до конца 1930 года и закрылся самостоятельно.

St. graesens: Выше среднего роста, удовлетворительного питания. Костно-мышечная система в пределах нормы. На боковой поверхности груди справа, на уровне 5-го ребра, по *axillaris anterior*, небольшой рубец округлой формы — входное отверстие слепого ранения. На левом бедре, в нижней трети, на медиальной и латеральной поверхностях — по одному рубцу (рубцы после сквозного ранения). Органы кровообращения и дыхания в пределах нормы. Живот правильной конфигурации, мягкий, неболезненный при пальпации. Печень, селезенка и почки не прощупываются. Симптом Пастернацкого отсутствует. По средней линии живота от пупка к симфизу прощупывается тяж толщиной с гусиное перо. При пальпации тяжа появляются позывы на мочеиспускание.

Моча мутная, кислой реакции, удельный вес 1012. Белка, сахара и гемоглобина нет. В осадке — единичные эритроциты, лейкоциты до 40 в поле зрения.

Цистоскопия: Емкость мочевого пу́зыря 300 куб. см. На верхушке пу́зыря, ближе к передней его стенке, располагается звездчатый рубец. Умеренная гиперемия задней стенки пу́зыря. Мочеточниковые устья без изменений. На задней стенке пу́зыря ближе к правому мочеточниковому устью располагается инородное тело, по форме напоминающее остроконечную ружейную пулю.

На рентгенограмме в области мочевого пу́зыря тень остроконечной ружейной пули.

23/V 1934 г. под спинномозговой анестезией *sectio alta*. Удалена остроконечная ружейная пуля с небольшим отложением солей на поверхности. Мочево́й пу́зырь зашит наглухо. Швы на кожу, турунда в *cav Retziu*. В мочево́й пу́зырь введен катетр *a demeure*, который удален на 5-й день. Послеоперационный

период осложнился пневмонией. В дальнейшем гладкое течение. Турунда из сав Retzi удадена на третий день. Заживление раны per primam, швы сняты на 8-й день, и 10/VI 1934 г. больной выписан здоровым.

Данный случай представляет значительный интерес по механизму прохождения пули в мочевой пузырь. Надо полагать, что здесь имело место опоясывающее, слепое, непроникающее в полость, ранение. Пуля из подмышечной области в момент ранения очевидно прошла, опоясывая переднюю брюшную стенку, в предбрюшинной клетчатке и остановилась пескoлькo ниже пупка. Через 6 лет после ранения вокруг инородного тела вспыхнула дремлющая инфекция, давшая гнойник брюшной стенки, который вскрылся в области пупка, после чего на продолжительное время остался свищ. Продвижению пули способствовало возникшее нагноение. По мере приближения пули к мочевому пузырю, свищ пупка закрылся.



Рис. 2. Пуля в полости мочевого пузыря.

Возможность продвижения инородного тела в организме, иногда на далекое расстояние, известна давно и не вызывает уже сомнений. Чаще всего движение инородных тел направлено к полым органам, откуда инородное тело может выйти наружу.

Так, например, Динабург описал случай выхода пули из мочевого пузыря per vias naturales через 18 лет после слепого ранения тазовой области, вдали от мочевого пузыря. Захаровым описан случай иммиграции ружейной пули в мочевой пузырь спустя много лет после слепого ранения крестцовой области.

Было бы, разумеется, неверным объяснить прохождение инородных тел в мочевой пузырь одними механическими моментами. Самым важным фактором является стремление организма освободиться от инородного тела. На помощь приходит нагноительный процесс, который влечет инородное тело наружу, к кожным покровам или в полые органы, сообщаящиеся с наружной средой.