

П. В. НАЗАРОВ

К вопросу о травматических повреждениях уретры

Из клиники неотложной и военно-полевой хирургии Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина
(директор проф. Г. М. Новиков)

Наиболее актуальными проблемами современной урологии являются вопросы лечения травматических повреждений органов мочевыводящей системы. Не случайно эти вопросы были программными как на конференции украинских урологов, так и на Московской конференции урологов в 1934 году. На последней конференции, как известно, была принята резолюция, в которой сформулированы основные принципы тактики хирурга в различных случаях травмы мочевыводящей системы.

Травматические повреждения уретры занимают среди общего количества травм органов мочевыводящей системы далеко не последнее место. Так, например, по Рабиновичу они составляют 37%, по Васильеву около 70%, по нашим данным 38%.

Диагностика разрывов уретры, обычно, не представляет больших трудностей. Анамнез с указанием на травму в области промежности, уретроррагия, задержка мочи, гематома в промежности и боли дают возможность без особого труда установить не только локализацию, но и степень повреждения уретры. Причиной задержки при разрывах уретры, по мнению некоторых авторов, является или сдавление уретры быстро нарастающей периуретральной гематомой, или рефлекторный спазм сфинктера мочевого пузыря на почве болевых раздражений, передаваемых со слизистой на месте разрыва. Следует, однако, отметить, что невозможность помочиться развивается у больных не во всех случаях тут же после травмы. В одном из наших случаев больной вскоре после травмы уретры самостоятельно помочился, но в дальнейшем у него появилась задержка мочи с мучительными позывами.

Всякое повреждение уретры должно рассматриваться как серьезное страдание, более тяжелое за собой ряд тяжелых осложнений не только местного, но и общего характера. При лечении все внимание хирурга направлено на выполнение трех основных задач: 1) создание свободного оттока мочи, 2) предупреждение мочевой инфильтрации и 3) восстановление целостности мочеиспускательного канала. Разрешения этих задач можно добиться различными методами, что, пожалуй, и создает известную почву для разнобоя во взглядах на этот вопрос. К сожалению, до самого последнего времени между хирургами не существует единомыслия в отношении того, как поступать при свежих травмах мочеиспускательного канала. Нет, например, единодушного мнения по вопросу о применении постоянного катетера, о показаниях к первичному шву уретры, о показаниях к капиллярной пункции мочевого пузыря и т. д. Существует довольно распространенное мнение, что при свежих изолированных подкожных повреждениях уретры следует прибегать к цистостомии, а при наличии перелома тазовых костей — и к ретроградному выведению постоянного катетера.

Активное вмешательство на уретре не рекомендуется, если нет острых воспалительных явлений в окружности травмы. На 10—14-й день после надлобкового отведения мочи следует проверить проходимость уретры бужом с последующей уретрограммой и, если возможно, уретроскопией. Дальнейшее лечение проводится либо консервативно (бужирование), либо оперативным вмешательством в связи с стриктурой уретры. Такая точка зрения нашла свое отражение и в резолюции конференции урологов в Москве. Однако, нужно сказать, что указанная тактика хирурга при свежих повреждениях уретры не может считаться общепризнанной. В частности и наша клиника не считает возможным придерживаться ее во всех случаях.

За 4 года через нашу клинику прошло 8 больных с травматическим повреждением уретры. Все больные — мужчины в возрасте от 20 до 50 лет. Причиной разрыва уретры

в двух случаях было падение с высоты на промежность; в одном случае удар ногой в промежность; в четырех случаях разрыв наступил в результате перелома тазовых костей с смещением отломков; в одном случае мы не нашли указаний в истории болезни на причину разрыва уретры. Перелом тазовых костей во всех случаях вызван транспортной травмой; в трех—автомобильной и в одном—поездной.

6 больных были доставлены в клинику в течение первых 3 часов, один—на третий день с наличием периуретрального абсцесса и явлениями уросепсиса. Во всех случаях отмечен разрыв перепончатой части. В 6 случаях имелся полный подкожный разрыв и в одном—частичный наружный.

Жалобы больных при поступлении сводились в основном к боли в области мочевого пузыря и в промежности, к неудержимому желанию помочиться и к рези в канале. При объективном исследовании в 4 случаях мы определяли промежностную гематому, в 5 случаях—уретроррагию, в одном случае—профузное кровотечение из мочеиспускательного канала, и в одном—гнояник на месте повреждения. В 3 случаях, при одновременном повреждении костей таза, гематома носила характер обширных кровоизлияний, распространившихся на мошонку, паховые сгибы и область седалищных бугров.

Изолированные повреждения мочеиспускательного канала, если нет выраженного наружного кровотечения, клинически протекают без каких-либо побочных осложнений, и больные чувствуют себя более или менее удовлетворительно. Наоборот, больные с разрывом уретры и переломом тазовых костей находятся обычно в тяжелом шоковом состоянии, в котором и доставляются в лечебное заведение. Если нет сильного наружного кровотечения, мы стремимся вначале вывести больного из шокового состояния, а затем уже приступаем к операции. В случаях переполнения пузыря мочей производим надлобковую капиллярную пункцию. Спустя час или два, когда больной несколько оправится и выйдет из шокового состояния, мы приступаем к той или иной операции.

На XV съезде хирургов проф. А. В. Вишневский, указав на огромную регенеративную способность слизистой уретры, предложил свой метод получения рубцовой уретры на постоянном катетере. Исходя из этих установок, мы применяли при свежих повреждениях уретры первичное вмешательство на мочеиспускательном канале. Лишь в одном клинически легком случае мы отступили от этого правила и в течение двух суток производили больному капиллярные пункции мочевого пузыря. Через два дня больной самостоятельно начал мочиться.

В семи случаях, после обычного выведения больных из шокового состояния, мы произвели оперативное вмешательство типично по Вишневскому.

В положении больного с притянутыми к животу ногами и с поднятым на валике крестцом производится обычная пресакральная анестезия и анестезия в области шио-ректальной клетчатки по Вишневскому. После этого накладывается пузырный свищ с целью использования его для ретроградного бужирования. Далее следует полукружный преанальный разрез с присоединением к нему перпендикулярного разреза, идущего по средней линии до заднего края мошонки. Обнажается область промежностной части мочеиспускательного канала. Через наружное отверстие уретры вводится толстый резиновый катетер, который затем, по ретроградно проведенному через мочевой пузырь бужу, выводится через надлобковую рану и конец его прошивается шелковыми нитями. Последние укрепляются в повязке и в дальнейшем служат для смены катетера. Когда это возможно, отрезки разорванной уретры сшиваются над катетером. Однако, ни в одном случае нам это сделать не удалось. Поэтому мы ограничились лишь стягиванием кетгутовыми швами периуретральных тканей над катетером. Сюда подводится марлевый тампон Вишневского (Ol. cadini 3,0 + Xeroformii 3,0 + ol. Ricini 100,0). Кожные швы. Надлобковый свищ постепенно закрывается. Смена катетера производится 1-2 раза в тех случаях, когда он закупоривается солями. Требуется педантичный уход за ним: очистка от гнойных выделений, смена нитей, промывание пузыря раствором ляписса (1:5000). Через 3—4 недели происходит образование канализированной рубцовой урет-

ры, после чего катетер удаляется. В дальнейшем для закрепления полученных результатов производим бужирование. Несколько раз мы пытались ограничиться только наружной уретротомией без цистостомии. Однако, только в двух случаях нам удалось отыскать центральный конец уретры и провести катетер в пузырь.

Применяемый в методе Вишневого толстый постоянный катетер обеспечивает формирование рубцового мостика, который очень долго сохраняет свою форму и калибр без склонности к сужению. По этому рубцовому мостику в дальнейшем происходит процесс регенерации слизистой уретры с хорошими функциональными результатами. В этом и заключаются особенности метода лечения разрыва уретры по А. В. Вишневскому.

В трех наших случаях наступила смерть. В одном из них — на 2-й день; этот больной был доставлен в тяжелом шоковом состоянии. Кроме разрыва уретры, у него был перелом тазовых костей и основания черепа. Во втором случае смерть наступила через три месяца от уросепсиса. В послеоперационном периоде развилась картина остеомиелитического процесса тазовых костей на месте перелома. У больного был, кроме того, разрыв печени. Третий случай смерти относится к больному, который был доставлен из другого лечебного заведения с травмой уретры трехдневной давности. На месте разрыва был установлен больших размеров периуретральный абсцесс и явления мочевого затеков. В день поступления больной был в тяжелом септическом состоянии. Наложена надлобковый свищ и вскрыт абсцесс. Больной погиб на третий день пребывания в нашей клинике.

Легко протекающие разрывы слизистой уретры обычно не требуют никакого оперативного вмешательства. Лечение состоит в систематическом опорожнении мочевого пузыря капиллярными пункциями. Последнее противопоказано лишь при гнойной моче, и в этих случаях оперативное вмешательство является совершенно неизбежным.

Вопрос о выборе самого метода оперативного вмешательства следует разрешать с учетом запасных сил организма. Нередко больные доставляются в тяжелом шоковом состоянии. В этих случаях иногда целесообразно ограничиться только цистостомией, не производя первичного вмешательства на мочеиспускательном канале. Во всех же остальных случаях мы считаем показанной операцию по методу проф. Вишневого.

При повреждениях уретры на передовых этапах санитарной эвакуации первая помощь будет заключаться только в отведении мочи путем капиллярных пункций мочевого пузыря. Разумеется, если раненого можно очень быстро эвакуировать в стационарное лечебное заведение, капиллярную пункцию можно и не делать. В случаях открытых ранений уретры для остановки кровотечения целесообразно накладывать давящие повязки с мазью Вишневого.

Поступила 24/1—1940.