

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА

Асс. В. М. Цодыкс

Кафедра травматологии и ортопедии (зав. — проф. Л. Г. Школьников)
Новокузнецкого института усовершенствования врачей

Частота переломов костей таза, осложненных повреждением тазовых органов, колеблется от 6,8% (Е. С. Карпенко) до 33% (К. Д. Аглинцев). Среди других повреждений наиболее часто встречаются разрывы уретры (М. И. Быстрицкий, И. П. Скляров, П. Д. Соловов и др.) и, несколько реже, повреждения мочевого пузыря. Эта группа пострадавших дает наибольшую летальность среди остальных больных с переломами таза, колеблющуюся в среднем от 37,5 до 73% (Е. С. Карпенко, И. П. Скляров).

Среди наших больных с переломами костей таза повреждения мочевыводящих путей отмечены у 32 человек (13,8%). Проникающие разрывы имели 28 больных; 16 — разрывы уретры, 11 — мочевого пузыря и 1 — одновременное повреждение мочевого пузыря и уретры.

Несмотря на большую частоту повреждения мочевыводящих путей при переломах таза, вопросы диагностики и лечения данных повреждений еще окончательно не разрешены.

На наш взгляд, наиболее достоверным и точным методом диагностики является контрастная уретроцистография, которой мы пользуемся с 1952 г. Данный метод не получил еще широкого распространения. Основными доводами его противников являются возможное инфицирование мочевыводящих путей при введении контрастного вещества (в частности, сергозина) и опасность развития некротических процессов в клетчатке малого таза. Но опасения эти значительно преувеличены. Как показали наблюдения Л. Д. Корина (1952 г.), введение сергозина в мышцу, подкожную клетчатку и клетчатку малого таза не вызывает патологических изменений. Между тем, при развитии мочевой инфильтрации, то есть в случаях, когда не диагностируются повреждения мочевыводящих путей, возникают серьезные осложнения (по данным В. Н. Дунчик, моченая инфильтрация дает до 42% летальных исходов).

Как известно, больные с переломами таза, осложненными повреждением тазовых органов, часто поступают в состоянии глубокого травматического шока. Тяжесть состояния больных лишает хирурга возможности в ранние сроки провести радикальное оперативное лечение, что в большинстве случаев и приводит к летальным исходам. Известный консерватизм при повреждении мочевыводящих путей связан, таким образом, с отсутствием полноценного комплекса противошоковых мероприятий при переломах таза и, в первую очередь, методов полноценного обезболивания. Анестезия при переломах костей таза не проводится вообще или проводится крайне недостаточно.

С 1952 г. для обезболивания переломов костей таза мы применяем внутритазовую анестезию, предложенную проф. Л. Г. Школьниковым и асс. В. П. Селивановым. Техника анестезии: больной в положении на спине. После анестезии кожи, на 1 см кнутри от передне-верхней ости подвздошной кости вкалывается игла со шприцем, которая направляется к внутренней поверхности подвздошной кости и продвигается на глубину 12—14 см. При продвижении иглы все время должна ощущаться близость подвздошной кости. По игле вводится 300—500 мл 0,25% раствора новокаина (при двустороннем переломе — двусторонняя анестезия). Введенный таким образом раствор оказывается в футляре подвздошной мышцы, откуда распространяется по фасциальным пространствам малого таза (нами проведены эксперименты по изучению границ распространения раствора при внутритазовой анестезии). После внутритазовой анестезии наступает полное и длительное обезболивание мест перелома костей таза, которое следует объяснить созданием большого депо анестезирующего раствора и широким его контактом с нервными окончаниями тазового сплетения.

Несмотря на тяжесть состояния наших больных, благодаря полноценному комплексу противошоковых мероприятий (включая внутритазовую анестезию), мы имели возможность провести оперативное лечение в первые часы всем больным с повреждением уретры и 5 больным с разрывом мочевого пузыря (7 человек, помимо разрыва мочевого пузыря, имели другие множественные повреждения, несовместимые с жизнью, и погибли в первые часы после поступления; оперативному лечению эта группа пострадавших не подвергалась).

При подозрении на повреждение мочевыводящих путей мы в обязательном порядке проводили контрастную уретро- или цистографию 40% раствором сергозина (от 30 до 50 мл при уретрографии и от 100 до 150 мл при цистографии). Всего рентгенологическое исследование проведено 25 больным (то есть всем, за исключением 7, погибших в первые часы после поступления). Данные уретроцистографии позволили нам судить о локализации и степени повреждения мочевыводящих путей.

Среди больных с повреждением мочевого пузыря 10 имели внебрюшинные разрывы и 2 — внутрибрюшинные его повреждения. По литературным данным, также отмечается явное преобладание внебрюшинных повреждений мочевого пузыря при переломах костей таза (Е. С. Карпенко, А. А. Койсман, Т. К. Макевнина, И. П. Складов и др.).

Оперативное лечение было проведено 5 больным. Мы придерживались общепринятой методики: при внутрибрюшинном повреждении (одна больная) наглухо ушили место разрыва мочевого пузыря и оставили на 7 суток постоянный катетер, при внебрюшинном повреждении (трое больных) ушили место повреждения, наложили надлобковый свищ на 7 суток и дренировали предпузырное пространство. После удаления трубки свищ мочевого пузыря через несколько дней закрывался са-



Рис. 1. Выхождение контраста через разрыв в мочевом пузыре у б-ной С.



Рис. 2. Затеки контраста в парауретральные ткани при разрыве уретры у б-ной К.

мостоятельно. Лишь у одного больного (с комбинированным внебрюшинным повреждением мочевого пузыря и разрывом перепончатого отдела уретры) мы наглухо ушили место разрыва пузыря, провели операцию первичного шва уретры и оставили постоянный катетер. Все оперированные нами больные с разрывами мочевого пузыря выздоровели. Отдаленные результаты удалось проследить только у одного больного: жалоб он не предъявляет, расстройств мочеиспускания не отмечается.

Следует отметить, что вопросы тактики хирурга при повреждении уретры еще окончательно не разрешены. Существуют два основных метода хирургического лечения разрывов уретры: 1) отведение мочи путем наложения надлобкового свища с восстановлением непрерывности мочеиспускательного канала в более поздние сроки (А. М. Аминев, П. Д. Соловов, А. П. Фрумкин, Б. Н. Хольдов и др.) и 2) наложение первичного шва уретры (В. М. Богословский, А. А. Русанов, М. Н. Никифоров и др.). Основным возражением против первичного шва уретры является ссылка на тяжесть состояния этого контингента больных, резко ухудшающегося даже при простом перекладывании пострадавших.

Несмотря на то, что эти больные подвергались нами операции наложения первичного шва уретры, требующей укладки в положение для камнесечения, ни в одном случае мы не наблюдали ухудшения их общего состояния. Это объясняется тем, что после внутритазовой анестезии наступало полное и длительное обезболивание переломов таза, и больные не отмечали болей даже при таком вынужденном положении. Всем больным операции на уретре проводились под внутритазовой анестезией с добавлением местной анестезии по ходу разреза кожи, лишь одному больному (ребенку 6 лет) операция проведена под общим эфирным наркозом.

Преимущество первичного шва уретры мы видели в широком дренировании мочевого затека (по ходу операции в момент обнажения места разрыва уретры промежностным разрезом) и в восстановлении непрерывности мочеиспускательного канала, гарантирующей профилактику мочевой инфильтрации тазовой клетчатки: из 14 больных, которым проведена операция первичного шва уретры, в 13 случаях мочевые затеки полностью дренировались через промежностный разрез по ходу операции, и лишь у одного больного в дальнейшем пришлось вскрывать затеки дополнительным разрезом в паховых областях. При операциях первичного шва уретры мы придерживались методики М. И. Никифорова (без вскрытия мочевого пузыря). Периферический конец уретры отыскивается металлическим катетером, введенным через наружное отверстие уретры, центральный — в ране промежности. После проведения эластического катетера в мочевой пузырь уретра сшивается на этом же катетере, который оставляется в качестве постоянного. В послеоперационном периоде первые 3—4 суток каждые 2 часа проводится промывание мочевого пузыря раствором фурацилина 1:10 000 (в последующем промывание проводится реже). Через 10 дней производится смена катетера, который окончательно удаляется через 3 недели после операции. Через 3 дня после удаления катетера приступают к бужированию.

Всего по такой методике оперировано 11 человек, в двух случаях не удалось отыскать центральный конец уретры, в связи с чем пришлось вскрыть мочевого пузыря и провести катетер в центральный отрезок со стороны мочевого пузыря. Трем больным (первые годы до внедрения указанного метода) проведена операция первичного шва уретры с наложением надлобкового свища, и в двух случаях (неполные разрывы уретры) после наложения надлобкового свища удалось провести катетер через место разрыва уретры. Ни в одном случае мы не наблюдали летальных исходов (по данным В. С. Смирницкого за 1957 г., летальность по институту им. Н. В. Склифосовского после внедрения метода первичного шва уретры снизилась с 57 до 20%). Средние сроки стационарного лечения наших пострадавших составили 65 койко-дней (по данным М. И. Быстрицкого, сроки стационарного лечения достигают 133 койко-дней). Если учесть, что основная масса больных с повреждениями мочевыводящих путей имела множественные переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца, то становится очевидным, что сроки стационарного лечения наших пострадавших определялись временем, необходимым для наступления консолидации переломов тазовых костей. Отдаленные результаты после наложения первичного шва уретры проверены нами у 6 из 14 оперированных. У 5 отмечены хорошие функциональные результаты, и лишь у одного (ребенка 6 лет, не даввшего проводить бужирование в послеоперационном периоде) отмечено частичное сужение просвета уретры.

Таким образом, из 28 больных с проникающими разрывами мочевыводящих путей, осложнившихся переломами костей таза, мы не смогли вывести из глубокого травматического шока и провести оперативное лечение 7 пострадавшим с разрывами мочевого пузыря и другими тяжелыми комбинированными повреждениями. Все 7 человек погибли в первые часы после поступления (25% летальности). Среди остальных оперированных нами больных (16 — с разрывами уретры, 4 — с разрывами мочевого пузыря и 1 — с разрывом уретры и мочевого пузыря) летальных исходов не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аглинцев К. Д. Хирургия, 1937, 5. — 2. Аминев А. М. Урология, 1956, 2. — 3. Богословский В. М. Вест. хир., 1934, 36. — 4. Быстрицкий М. И. Ортопедия, травматология и протезирование, 1959, 4. — 5. Дунаевский Л. И. и Рамм М. Г. В кн.: Основы травматологии, М., 1952, т. 1. — 6. Дунчик В. Н. Сб. рефератов научн. раб. за 1949 г. ВМОЛА им. С. М. Кирова. Л., 1952. — 7. Корин Л. Д. Хирургия, 1952, 12. — 8. Койсман А. А. Урология, 1958, 4. — 9. Никифоров М. И. Урология, 1955, 1. — 10. Русанов А. А. Разрывы уретры, М., 1953. — 11. Смирницкий В. С. В кн.: Ущемленные грыжи, повреждения таза и некоторые другие вопросы хирургии. Красноярск, 1958. — 12. Соловов П. Д. Вест. хир., 1935, 37. — 13. Фрумкин А. П. Урология, 1955, 1. — 14. Хольцов Б. Н. В кн.: Вопросы военно-полевой урологии, Л., 1941. — 15. Школьников Л. Г. и Селиванов В. П. Вест. хир., 1955, 5.

Поступила 15 июля 1959 г.

К ЛЕЧЕНИЮ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА

*Канд. мед. наук У. Я. Богданович
и мл. научн. сотр. А. Ю. Подвальный*

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — проф. Л. И. Шулушко)

Операция остеосинтеза с помощью различного рода металлических конструкций — лопастных гвоздей, шурупов, винтов и т. п. — утвердилась за последние годы как основной способ лечения свежих смещенных медиальных переломов шейки бедренной кости. Что же касается больных с латеральными (чрезвертельными и межвертельными) переломами шейки бедра, то единодушия в выборе метода их лечения пока еще нет.

Одни считают операцию внесуставного остеосинтеза металлом методом выбора не только при медиальных, но и при латеральных переломах шейки бедра. Другие придерживаются консервативной тактики в лечении больных с латеральными переломами, учитывая имеющиеся при таких переломах благоприятные условия для сращения. Третьи, как нам кажется, совершенно справедливо ставят выбор метода лечения в зависимость от возраста больного, его состояния, характера перелома, наличия смещения и т. д.