

нижний отрезок мочеточника (31 наблюдение), реже — в верхней трети (15 раненых), еще реже — в нижней трети его — у 7 раненых.

Многое зависит от тяжести и локализации повреждения, от особенностей травмы.

При ранениях верхней и средней трети мочеточника производится сшивание раны мочеточника — «конец в конец». При полных разрывах около пузырного отдела — производится пересадка мочеточника в мочевой пузырь.

При оказании хирургической помощи больным с травмой мочеточника существует 2 вида хирургической помощи, которая должна быть неотложной.

При отсутствии травматического шока, тяжелого состояния, когда есть возможность проведения диагностических мероприятий, При касательном неполном или полном разрыве в верхней или средней трети производят следующие оперативные вмешательства: при касательном ранении накладывается сближающий серозный шов (кетгут тонкий). При неполном разрыве стенки мочеточника он сшивается, желательно на стенте.

Аллазов С.А.

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ (лекции на актуальные темы по курсу военно-полевой урологии)

3- лекция. Нижние мочевые пути.

Самаркандский медицинский институт (ректор - проф. А.М. Шамсиев)

По материалам Второй мировой войны, приведенным И. И. Соболевым (1955), ранения мочевого пузыря составили 19,3% всех огнестрельных повреждений мочеполовых органов и 6,4% открытых травм таза И. Н. Шапиро (1945) опубликовал статистические сведения за 2-й период войны (с 01.01.1943 г. по 01.06.1945 г.), по которым ранения мочевого пузыря имели место в 26% всех огнестрельных повреждений мочеполовых органов.

Частота повреждений мочевого пузыря при огнестрельных ранениях в современных, так называемых ограниченных войнах, осталась прежней. На материале агрессивной войны США во Вьетнаме, травмы мочевого пузыря составили 17,3% всех ранений мочеполовых органов, что мало отличается от статистики периода Второй мировой войны.

Повреждения мочевого пузыря были одним из программных вопросов на I Всероссийском съезде урологов, состоявшемся в октябре 1970 г.

В. П. Дьяконов, Г.П.Филимонов (1993) наблюдали 104 больных. Все эти наблюдения собраны на материале одной или нескольких крупных больниц в сроки от нескольких до 15 лет.

Сводных статистик закрытых повреждений мочевого пузыря пока что не существует. По личным военным наблюдениям М. Н. Жуковой (1965) на Волховском фронте они встречались примерно в 10 раз реже, чем огнестрельные ранения мочевого пузыря. По Г. И. Гольдину (1945) закрытые повреждения мочевого пузыря по отношению к открытым во время Великой Отечественной войны составляли 15%.

Соотношение открытой и закрытой травм мочевого пузыря в мирное время меняется в сторону преобладания последней, так как она может быть на производстве, в спорте и в быту. Это соотношение может измениться и в условиях применения термоядерного оружия, где

У больных с полным разрывом или отрывом мочеточника проводится сшивание «конца в конец» обязательно по стенту, в крайнем случае — по мочеточниковому катетеру. Места швов мочеточника дренируются резиновыми дренажами.

Если повреждения органов брюшной полости все-таки вызывают сомнения, надо делать пробную лапаротомию или эндовидеохирургическую диагностику.

Второй вариант предполагает ранение мочеточника с тяжелым сочетанным повреждением органов брюшной полости. В таком случае, когда инвазивная диагностика маловероятна, надо больше обращать внимания на «клинику». Следует замечать поступление свободной жидкости из раневого канала, иногда с каплей крови.

В такой ситуации вывод один — на первое место надо поставить тяжесть состояния больного. При тяжелом сочетанном ранении (органы брюшной полости) проводится лапаротомия и жизненно необходимые вмешательства на пораженных органах.

основным поражающим фактором является ударная взрывная волна, в результате которой и возможны непосредственные закрытые повреждения мочевого пузыря. Вторичные повреждения могут возникать при завалах. Естественно, что огнестрельные ранения мочевого пузыря будут при этом относительно редкими. В современных войнах и военных конфликтах, а также в последние годы в быту возросли закрытые травмы мочевого пузыря

По материалам Великой Отечественной войны внутрибрюшинные изолированные ранения мочевого пузыря составили 13,8%, сочетанные с повреждением кишечника — 37,6%, с костями таза — 6,6%, с другими органами — 8,9%, множественные комбинации имели место в 33,1% наблюдений внутрибрюшинные повреждения мочевого пузыря составили 45%, внебрюшинные — 55% (в среднем во время Великой Отечественной войны их было 72,8%).

Внебрюшинные огнестрельные ранения могут быть изолированными (32,8%) и сочетанными с повреждением костей таза, тазобедренного сустава, прямой кишки, мошонки, уретры. Соотношения вне- и внутрибрюшинных повреждений при подкожных травмах примерно одинаково.

Огнестрельное ранение мочевого пузыря, его тяжесть прежде всего зависят от характера ранящего снаряда. При ранении разрывными пулями разрушается большая часть мочевого пузыря. У двух таких раненых во время войны во Вьетнаме, степень разрушения органа превышала 80%. Такие тяжелые травмы могут иметь место и при повреждении большим осколком, при выстреле в упор. Расположение органа таково, что часто его ранение сочетается с повреждением костей таза и возникает шок. Если же ранение внутрибрюшинное, то развивается перитонит, сначала асептический, но вскоре переходящий в ин-

фекционный, гнойный. Последнее резко тяжеляет состояние больного. Этот фактор при внутрибрюшинных ранениях становится ведущим.

Важным фактором в патогенезе повреждения является мочева инфильтрация, которая неизбежна при ранении мочевого пузыря. Развившаяся мочева флегмона таза становится исключительно тяжелой и протекает почти в анаэробных условиях. Ранение костей таза и быстро возникающий остеомиелит — заболевание само по себе тяжелое.

Закрытый разрыв мочевого пузыря может возникать двояко. Во-первых, при резком повышении внутрипузырного давления вследствие непосредственного удара или же при синдроме сдавления. Во-вторых, мочевой пузырь повреждается отломками костей таза, особенно лобковых, при их переломе.

Открытые повреждения могут быть резаными, колотыми, огнестрельными (пулевые и осколочные). Резаные и колотые раны мочевого пузыря — это травматические повреждения мирного времени, но они случаются и во время войны. Статистика нейтrogenных повреждений в мирное время — дело непростое. В последние годы в связи с повышенной криминализацией общества их стало больше.

Огнестрельные ранения мочевого пузыря пре

имущественно встречаются во время войны. В войне 1941—45 гг. они составили 17 % всех огнестрельных ранений мочеполювых органов.

По отношению к ранениям мочеполювых органов частота огнестрельных повреждений мочевого пузыря в так называемых ограниченных войнах, по данным С.Б. Петрова (1999) составила во Вьетнаме 14,7 %, в Афганистане — 13,7 %, в Чечне -16,0 %.

Огнестрельные повреждения мочевого пузыря в настоящее время относятся к тяжелым, что в наблюдениях Е. С. Шпилени (1999) встречалось у 35% раненых. Это объясняется глубоким расположением мочевого пузыря, близостью к брюшной полости, кишечнику, почти в соприкосновении с прямой кишкой, в окружении костей таза. Такая травма часто приводит к травматическому шоку, к проникающим ранениям живота, мочевым затекам, гематурии, к острому развитию уросепсиса. Играет роль отношение ранения к брюшине, скорость эвакуации.

Открытые повреждения (ранения) мочевого пузыря составляют около 0,3% общего числа ранений (Сергиенко Н.Ф., Никифоров В.Ю., 1990; Ochsner T.G. et al., 1969).

Открытые повреждения по Шевцову И.П. (1972) делятся на: ушиб, ранение неполное, ранение полное (сквозное, слепое); отрыв мочевого пузыря от мочеиспускательного канала.

Таблица 4

Классификация повреждений мочевого пузыря по протоколу Европейской ассоциации урологов (2006)
учитывать и результаты лучевых исследований

Степень повреждения	Характеристика травм
I	Сотрясение мочевого пузыря; данные лучевых методов исследования в норме
II	Интраперитонеальный разрыв
III	Интерстициальное повреждение: субмукозная экставазация без трансмурального распространения
IV	Экстраперитонеальный разрыв
TV	A Простой: контрастное вещество контрастирует только околопузырную клетчатку
	B Комбинированный: контрастное вещество распространяется по направлению к межфасциальному пространству
V	Сочетанные интра- и экстрамуральные повреждения

Повреждения мочеиспускательного канала — распространенный вид травмы органов мочеполювой системы у мужчин и составляет в мирное время 15%, в военное время — 30%.

В военное время до 30% раненых имеют повреждения мочеиспускательного канала.

При открытых повреждениях (ранениях) мочеиспускательного канала различают: ушиб; касательные и слепые ранения без повреждения всех слоев стенки; касательные, слепые и сквозные ранения с повреждением всех слоев стенки мочеиспускательного канала; разможения.

Открытые травматические повреждения мочеиспускательного канала, в основном огнестрельные, встречаются в военное время, а наибольший опыт накоплен во время Великой Отечественной войны (Иглицин Н. М., 1955). Ранения костей и органов таза во

время этой большой войны составили 61,3% по отношению ко всей урологической травме.

Ранения уретры были частью этих повреждений и составили 6,1%. Из них изолированных было 3,8%, сочетанных с повреждением лобковых и седалищных костей — 2,3%.

По Н. М. Иглицину (1955) ранения перепончатого и простатического отделов составили 34,1%, промежностного — 40,1%, висячего — 25,8%.

Только операция по П. Д. Соломову по поводу огнестрельных ранений задней уретры произведена им 60 раненым и больным.

По суммированным данным эвакогоспиталей Наркомздрава РСФСР в первые 2 года войны сочетанные переломы костей наблюдались в 33,0%, за последующие 2 года — в 32,0%.

В ограниченных войнах также преобладали огнестрельные повреждения уретры. Во Вьетнаме среди 214 наблюдений открытых и закрытых травм мочеполовых органов повреждения уретры диагностировал у 14 человек, что составило 6,5%.

В мирное время преобладает закрытая травма уретры и возникновение ее связано с переломами таза. По данным А. И. Маянца (1954) при этом травмы уретры имеют место в 72,2%. В современных ограниченных войнах переломы газовых костей наблюдаются у % больных у раненых с повреждениями мочеиспускательного канала. Они наступают и при транспортных, спортивных, бытовых и других травмах.

Во время Великой Отечественной войны имели место редкие случаи, когда хирурги при разрыве или ранении уретры, производя ревизию мочевого пузыря и проводя эпицисто-стомию, успешно проводили в мочеиспускательный канал постоянный катетер, на котором закрывался дефект уретры. В мирное время за последние полтора десятка лет эта упрощенная хирургическая тактика стала применяться вновь, но с новыми модификациями.

Открытый разрыв уретры по сравнению с закрытым имеет свои особенности и сложности. Огнестрельная травма мочеиспускательного канала — это прежде всего инфицированная рана, особенно военно-полевая. В ограниченных современных войнах, по последним

данным Шпилени Е. С. (2000) ранения, травмы уретры составляли 10,8-13,8% от общего числа открытых повреждений мочеполовых органов. При открытой травме этого органа, та же есть все условия для возникновения огнестрельного остеомиелита

Другая опасность огнестрельного ранения уретры — это высокая вероятность ранений сосудов таза и мочевых органов, когда воспалительный процесс развивается глубоко в тазу, а это ведет к флегмонам таза и уросепсису, что требует длительного и высокоспециализированного лечения.

Подтверждением того, что при закрытой травме чаще повреждается уретра, свидетельствуют данные Е. Г. Шпилени (2000). В Афганистане они составили 39,2%, в Чечне — 38,4% от общего числа травм этого органа. Обильное кровоснабжение ткани уретры способствует быстрому росту рубцовой ткани образованию стриктуры уретры, свищей, мочевых затеков на промежности, в мошонке, что ведет к флегмонам и некрозам. Обилие тазовых вен и сплетений, их повреждения могут привести к флебитам и тромбозам, что является постоянным источником инфекции, септикопиемии и даже сепсиса. В то же время касательные ранения уретры могут быть и незначительными, и раненые могут даже передвигаться. Этот вид травмы является относительно редким.

Аллазов С.А.

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

(лекции на актуальные темы по курсу военно-полевой урологии)

4- лекция. Половые органы

Самаркандский медицинский институт (ректор - проф. А.М. Шамсиев)

В военное время они встречаются в 14-18% от общего количества повреждений мочеполовых органов. Редко бывают изолированными. Во время Первой мировой войны на 8000 раненых наблюдалось 8 ранений полового члена, что составило 0,1%. По статистическим данным И. Н. Шапиро (1947) по эвакуогоспиталю Наркомздрава СССР, во время Великой Отечественной войны ранения полового члена составили 12,7% от всех ранений органов мочеполовой системы, это объясняется лучшей статистикой на этой войне и обилием осколочных ранений, отрыва части органа или травматической ампутации.

Объективно у раненых со сквозным ранением виден раневой ход, из которого поступает кровь, а порой и моча, если не наступила полная задержка ее. Подкожная гематома больше выражена при слепых ранениях. Отек полового члена и мошонки быстро нарастает. При слепых ранениях, если ввести наркотические средства, можно пропальпировать в кавернозном теле или под кожей осколок, реже — пулю. В основном объективные признаки огнестрельных ранений совпадают с таковыми при резаных ранах. Они, как и резаные раны, зависят от степени тяжести ранения, от его локализации. Все раны полового члена, особенно огнестрельные, инфицированы, в них видны обрывки одежды, земля.

Спустя 12 ч и более появляются гнойный налет и

некротические участки кожи. Однако распространенность в глубину некроза определить сразу трудно, тем более, что наружные половые органы хорошо кровоснабжаются.

Огнестрельные ранения, как правило, сочетаются с травмами соседних органов: мошонки, костей таза, мочевого пузыря, прямой кишки, бедра. Во время Великой Отечественной войны симптомы огнестрельных травм этих органов были ведущими и преобладающими, являясь причиной травматического шока и кровопотери, а признаки повреждения полового члена отходили на второй план. Запоздалое оказание пострадавшим хирургической помощи приводило к широкому распространению некроза кожи, возникновению кавернитов, деформации полового члена и даже к мочевым затекам, если на передовых этапах не накладывался мочепузырный свищ.

Основной задачей хирурга является остановка кровотечения. Наиболее целесообразным является общее обезболивание, в военных условиях наиболее вероятно местная анестезия, в мирное — эндотрахе-