

Травматические повреждения мочевого пузыря

Травматические повреждения мочевого пузыря подразделяют на открытые и закрытые. По характеру ранящего орудия открытые травмы в свою очередь делятся на колото-резаные и огнестрельные, слепые и сквозные. По отношению к брюшной полости выделяют внутрибрюшинные и внебрюшинные повреждения мочевого пузыря. Кроме того, травма мочевого пузыря может быть как изолированной, так и сочетанной.

Патогенез закрытой травмы мочевого пузыря различен. Наиболее часто внутрибрюшные разрывы происходят при наполненном мочевом пузыре во время удара, сопровождающегося стремительным повышением гидростатического давления. Внебрюшинный разрыв может возникать вследствие ранения стенки пузыря сместившимися костными отломками тазового кольца, при введении в мочевой пузырь инородных тел или интравезикальных манипуляциях. Разрыв может быть полным и неполным (повреждены не все слои стенки мочевого пузыря), причем неполный легко может перейти в полный. Возможны и множественные повреждения мочевого пузыря.

Клиническая картина при закрытой травме мочевого пузыря будет зависеть от того, поступает ли моча в брюшную полость или нет. Так, при внебрюшинных разрывах у пациента в первую очередь будут отмечаться симптомы расстройства мочеиспускания (частые, болезненные позывы, выделение мочи малыми порциями, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря), усиливающиеся при напряжении мышц брюшного пресса, и гематурия. Помимо дизурии больной может предъявлять жалобы на боли и чувство тяжести в нижних отделах живота с иррадиацией в промежность. При пальпации живота, а также при ректальном исследовании нередко обнаруживается болезненный инфильтрат без четких границ. В случае поступления мочи в клетчаточное пространство малого таза инфильтрация может распространяться на кожу мошонки и полового члена.

При внебрюшинных разрывах, особенно в сочетании с переломами костей таза, наблюдается кровотечение из губчатых костей и из мочеполового венозного сплетения. В этом случае в клинической картине преобладают симптомы кровопотери различной степени тяжести. С другой стороны, формирующаяся урогематома представляет угрозу вследствие возможного нагноения, что при несвоевременной диагностике неизбежно приведет к развитию флегмоны малого таза.

При возникновении внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря клиническая картина имеет свои характерные особенности. Дизурия, как правило, отсутствует или выражена незначительно, мочеиспускание свободное, безболезненное, но частота его урежается, гематурия может не наблюдаться. Однако пациент предъявляет жалобы на боль в нижних отделах живота, постепенно распространяющуюся на всю брюшную полость. Через 10-12 часов может развиться мочевой перитонит, который отличается от перитонита, например, при перфоративной язве желудка, тем, что протекает с более выраженными явлениями пареза и гораздо меньшим болевым синдромом. Инфицирование мочевого перитонита, как правило, происходит в результате транслокации кишечной