

## РОЗРИВ СЕЧОВОГО МІХУРА

Шармазанова О.П., Оборіна Н.О., Волковська О.В.  
Харківська медична академія післядипломної освіти

### Літературна довідка.

Сечовий міхур оточений кістками таза і захищений від більшості зовнішніх дій, тому його розрив є рідкістю. Розрив сечового міхура може статися в результаті тупої або проникаючої травми. Коли сечовий міхур порожній, він захищений від пошкодження кістками тазу, розташовуючись в нижній частині живота. По мірі заповнення верхівка сечового міхура більше вдається до порожнини живота, що робить його більш уразливим. У дитячому віці, тазові кістки не досягають свого повного розвитку, тому сечовий міхур легше травмується, ніж у дорослих. Якщо сила дії досить велика, і виникає перелом кісток таза, сечовий міхур може бути травмований, навіть якщо він порожній. Куля або ніж також можуть пошкодити сечовий міхур, незалежно від наявності рідини в ньому. Найбільш поширені причини пошкодження сечового міхура є дорожньо-транспортна травма, падіння з висоти або падіння важких предметів на нижню частину живота людини.

Клінічні прояви: практично у всіх випадках розриву сечового міхура спостерігається здуття живота, неспроможність спорожнити сечовий міхур, в сечі буде присутня кров. Може виникати біль нижче пупка, проте часто біль при розриві сечового міхура виражена не різко. При розриві сечового міхура можливе настання анурії (повна відсутність сечі), це відбувається при утворенні великого дефекту в його стінці, коли вся сеча поступає в черевну порожнину. У жінок, при поширеному пошкодженні, поряд з сечовим міхуром може статися розрив піхви, і в такому випадку кров може витікати з сечового міхура через піхву. Інші симптоми можуть включати: труднощі спочатку сечовипускання, слабкий струмінь при сечовипусканні, болісне сечовипускання, лихоманку і сильні болі в спині.

Види травматичного пошкодження сечового міхура:

- **Забій:** коли при травмі стінки сечового міхура не розриваються, а залишаються збереженими. При цьому необхідно катетеризувати сечовий міхур катетером з великим просвітом, для того щоб дати можливість виходу згусткам, як тільки сеча стає прозорою, уретральний катетер видаляють.
- **Внутрішньоочеревинний розрив сечового міхура** утворюється на задній стінці і дні. Внаслідок такого ушкодження може виникати кровотеча в черевну порожнину чи приміхурову клітковину, а також витікання сечі з формуванням гематоми або уриноми. Це пошкодження має бути хірургічно відновлене (розрив

сечового міхура зашивають). У післяопераційному періоді катетер залишається в сечовому міхурі протягом декількох днів для того, щоб дати можливість пошкодженим тканинам відновити свою структуру.

- **Заочеревинний розрив** — якщо розрив трапився на передній або на бічних стінках сечового міхура, сеча в такому випадку потрапляє не в черевну порожнину, а в м'які тканини довкола сечового міхура. Більшість урологів вважають, що таке пошкодження вимагає хірургічного лікування, але в деяких випадках необхідна катетеризація сечового міхура уретральним катетером великого діаметру, щоб дозволити сечовому міхуру спорожнитися від сечі і крові в сечоприймач. Якщо катетер не спорожняє належним чином, то хірургічне втручання необхідне. Відновлення функції сечового міхура відбувається не менше 10 днів, і катетер виймається після контрольної рентгенографії сечового міхура.
- **Проникаючі поранення сечового міхура** (ножеві або кульові). Таким пацієнтам завжди виконують хірургічне втручання. Як правило, при проникаючому пораненні ушкоджуються і сусідні органи, які також вимагають оперативного лікування. Катетер залишається в сечовому міхурі для спорожнення сечі і крові, як описано вище.

Діагностика розриву сечового міхура проводиться за допомогою екскреторної або ретроградної цистографії. На цистограмі можна виявити зміщення і стиснення сечового міхура, що приводить до зменшення його об'єму, яке супроводжується витіканням водорозчинної рентгенівської контрастної речовини в черевну порожнину чи паравезикальну клітковину. В такому випадку визначається нерівномірне плямисте або смугоподібне затемнення поза межами сечового міхура. Контрастна речовина може розповсюджуватися по бічних каналах живота і між петлями кишківника: контур, утворений черевиною, звичайно чіткий, рівний і випуклий, контур, який примикає до товстої кишки — нерівний, нечіткий [1, 2, 3].

Для демонстрації цієї рідкої патології приводимо своє спостереження.

Хворий Ш. 50 років поступив до хірургічного відділення Харківської обласної травматологічної лікарні 14.02.11 р. після гострої травми з діагнозом: Закритий перелом лобкової і сідничної кісток зліва. Внутрішньоочеревинний розрив сечового міхура. Гематома передньої черевної стінки.

Із анамнезу: травма виробнича, 14.02.2011 біля 16-ої години на ліву половину тулуба

пацієнта впали металеві ворота. О 17.50 на машині швидкої допомоги він був доставлений до лікарні. Пацієнт скаржився на біль в нижній частині живота, більше зліва, і біль в лівій лобковій зоні, сухість в роті. Об'єктивно: стан хворого середньої тяжкості. Рухи лівої нижньої кінцівки різко обмежені через больовий синдром. Грудна клітка звичайної форми, об'єми її екскурсії достатні. Аускультативно дихання везикулярне у всіх відділах легень. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт дещо здутий, бере участь в акті дихання, але нижня його половина відстає від верхньої. В лівій здухвинній і пахвовій областях визначається поширена гематома. При перкусії живота визначається деяке притуплення звуку над боковими каналами. При пальпації живіт напружений і болючий більше зліва, симптом Щеткіна не чіткий. При пальпації лівої лобкової кістки виявляється різка болючість і крепітація. Сечовиділення утруднене. Після катетеризації сечового міхура виділилась невелика кількість сечі з наявністю крові.

Пацієнту була проведена рентгенографія таза в прямій проекції (рис. 1) і цистографія (рис. 2), на яких встановлено: косий осколковий перелом гілки лобкової кістки і поперечний перелом гілки сідничної кістки зліва, неоднорідне затемнення черевної порожнини. При ретроградному (через катетер) введенні 150 мл водорозчинного контрасту (триомбраст) в сечовий міхур визначається, що контури його не рівні, розміри зменшені (7х3 см), основна маса контрастної речовини (11х6 см) неправильної форми з чітким нижнім контуром і фестончатим нечітким верхнім розташована в черевній порожнині над- і поза сечовим міхуром.

Хворий був оперований в ургентному порядку. При оперативному втручанні було проведено ушивання розриву задньої стінки сечового міхура, санація і дренивання черевної порожнини. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Катетер із сечового міхура видалений на 3-ій день, шви зняті на 7-ий день. Сечовиділення вільне, самостійне, без болю. 4.03.2011 пацієнт переведений для подальшого лікування в травматологічне відділення лікарні. Виписаний з лікарні 15.04.2011 в задовільному стані.

Таким чином, в даному випадку розрив сечового міхура трапився після тупої важкої травми

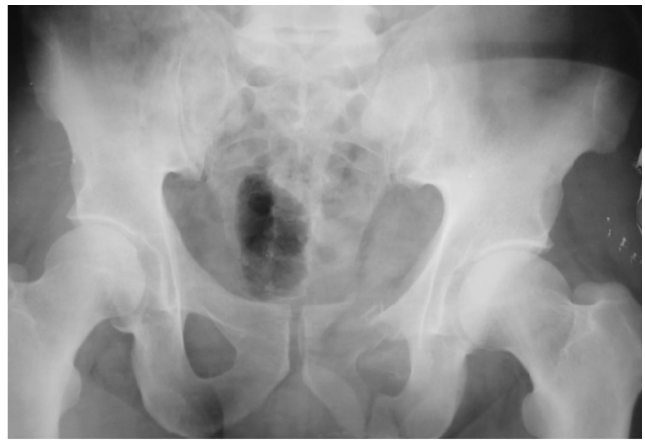


Рис. 1. Оглядова рентгенограма таза пацієнта Ш. 50 років (описання в тексті).



Рис. 2. Цистограма пацієнта Ш. 50 років (описання в тексті).

нижньої частини тулуба пацієнта. Своєчасне клінічне і рентгенологічне обстеження дозволили встановити правильний діагноз і після хірургічного лікування отримати позитивний результат.

#### Література:

1. *Общая и военная рентгенология: учебник/под ред. Г.Е.Труфанова.* — СПб.: ВМедА, Медкнига ЭЛБИ-СПБ, 2008. — 480 с.
2. *Променева діагностика: (в 2 т.)/Коваль Г.Ю., Мечев Д.С., Сиваченко Т.П. та ін./за ред. Г.Ю.Коваль.* — К.: Медицина України, 2009. — Т.1. — 832 с.
3. *Пытель А.Я., Пытель Ю.А. Рентгенодиагностика урологических заболеваний.* — М.: Медицина, 1966.