

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ХІРУРГІЇ №2
д.мед.н., професор Л.П.САРИЧЕВ

ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ ОРГАНІВ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Лекція 3

2023

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- Пошкодження нирок
- Пошкодження сечоводів
- Пошкодження сечового міхура
- Пошкодження уретри
- Пошкодження органів калитки
- «Гостра калитка»
- Пошкодження статевого члена
- Пластична індурація статевого члена

ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК

Травму нирок відносять до найчастіших пошкоджень черевної порожнини та заочеревинного простору.

Співвідношення чоловіків та жінок - 3:1

*До 70-80% пошкоджень поєднується з травмою інших органів та систем (**політравма**)*

Найчастіше внаслідок удару у поперекову ділянку, падіння з висоти, на твердий предмет

А. Закрита травма нирок (70-90%)

Б. Відкрита травма нирок

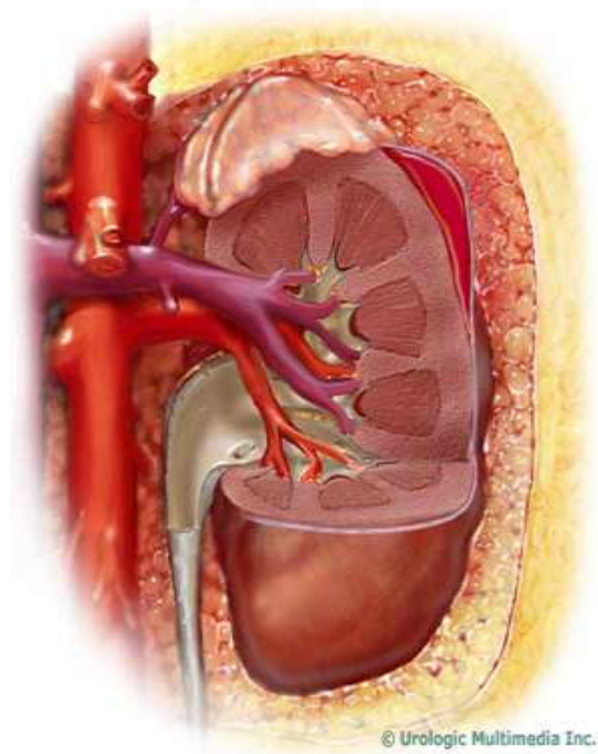
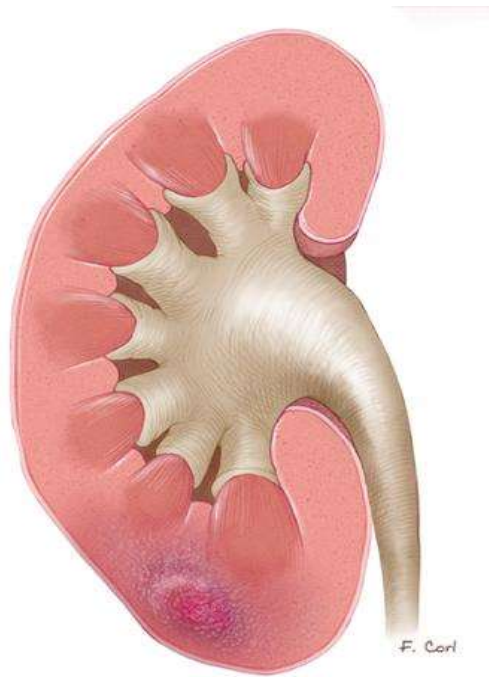
ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК

Шкала пошкоджень AAST*:

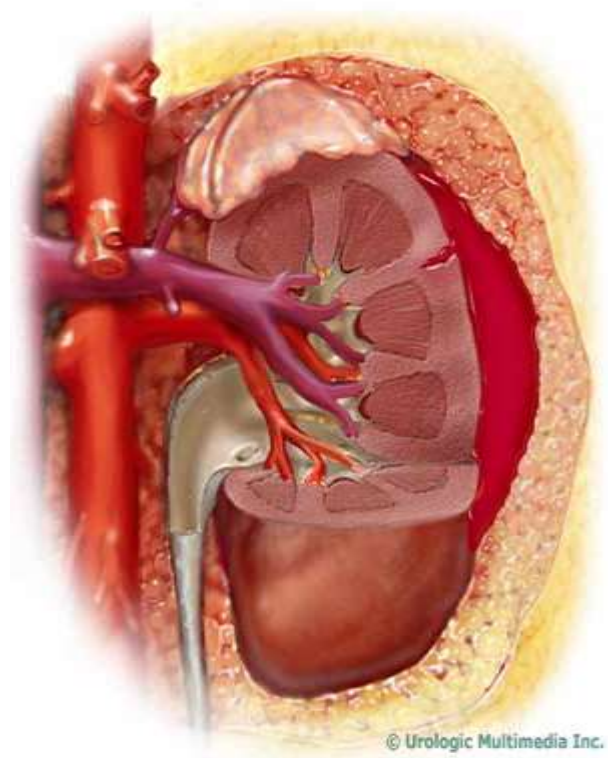
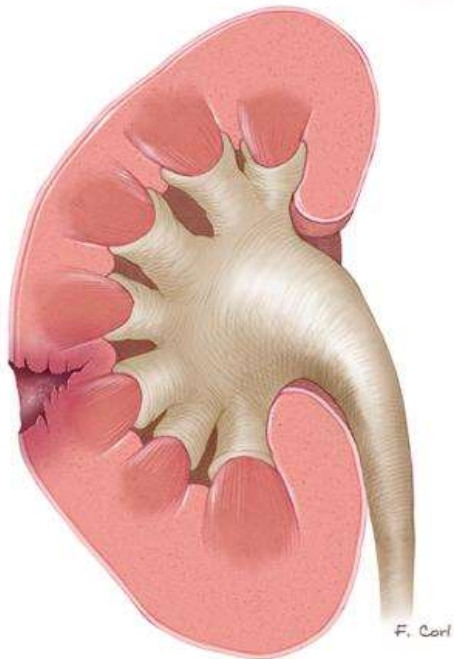
- **Ступінь I** *Забій нирки чи субкапсулярна гематома без розриву тканин*
- **Ступінь II** *Кортикальний розрив до 1 см; ненаростаюча периренальна гематома*
- **Ступінь III** *Кортикальний розрив >1 см без екстравазації сечі*
- **Ступінь IV** *Кортикальний розрив з пошкодженням чашково-мискової системи та сегментарних судин з утворенням урогематоми*
- **Ступінь V** *Розчавлення нирки, пошкодження чи відрив судин ниркової ніжки*

***AAST- Американська асоціація хірургичної травми**

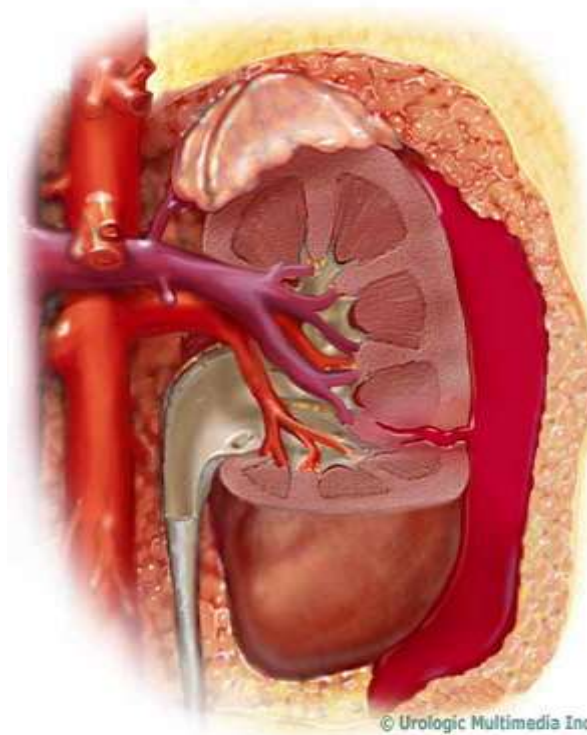
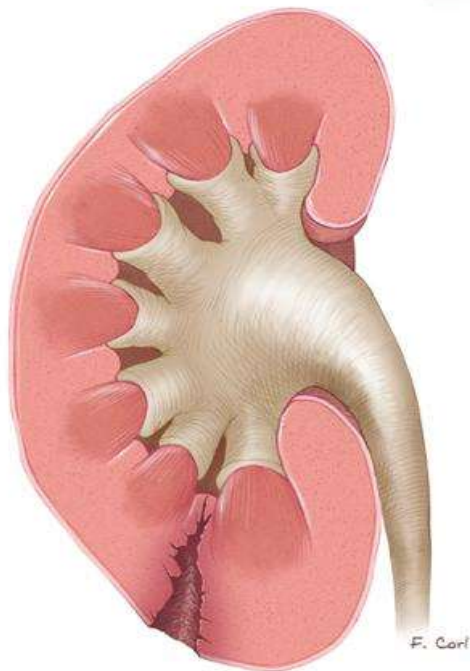
Забій нирки та субкапсулярна гематома



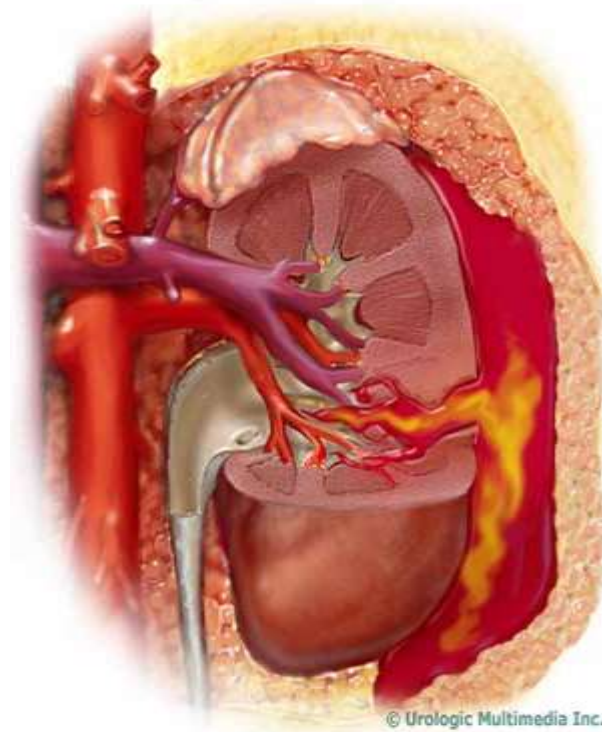
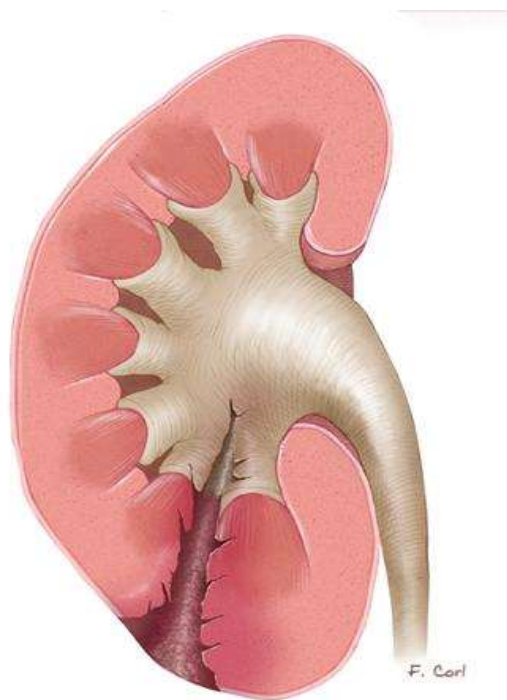
**Кортикальний розрив нирки до 1 см; ненаростаюча
периренальна гематома**



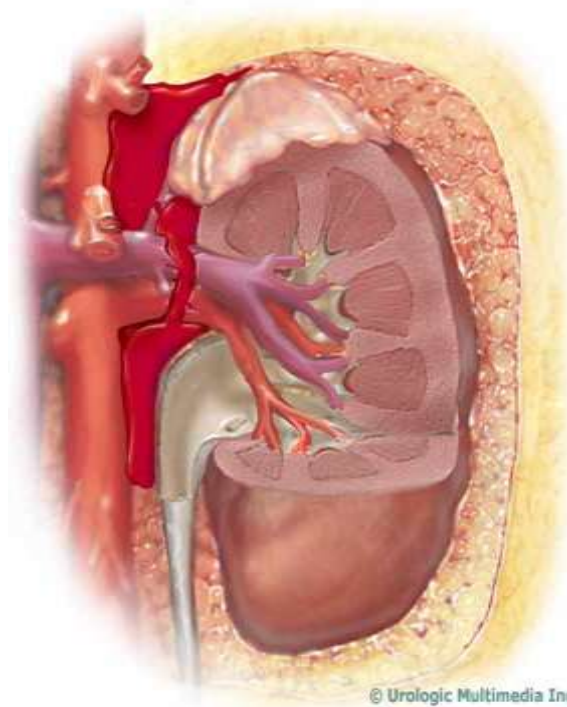
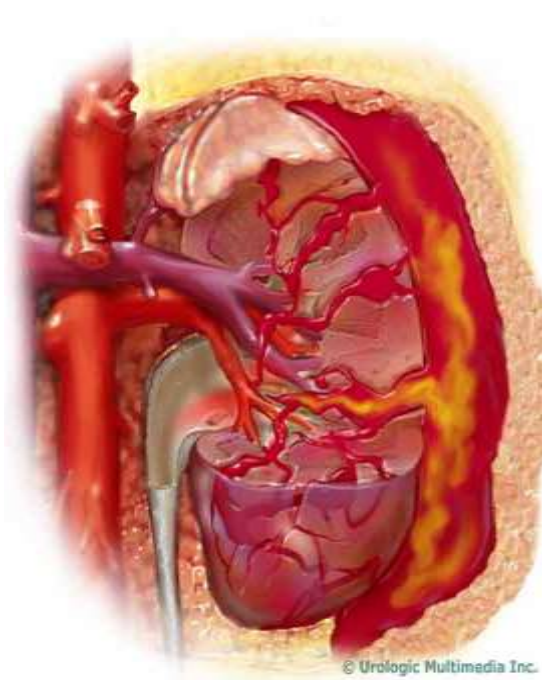
***Кортикальний розрив нирки >1 см
без екстравазації сечі***



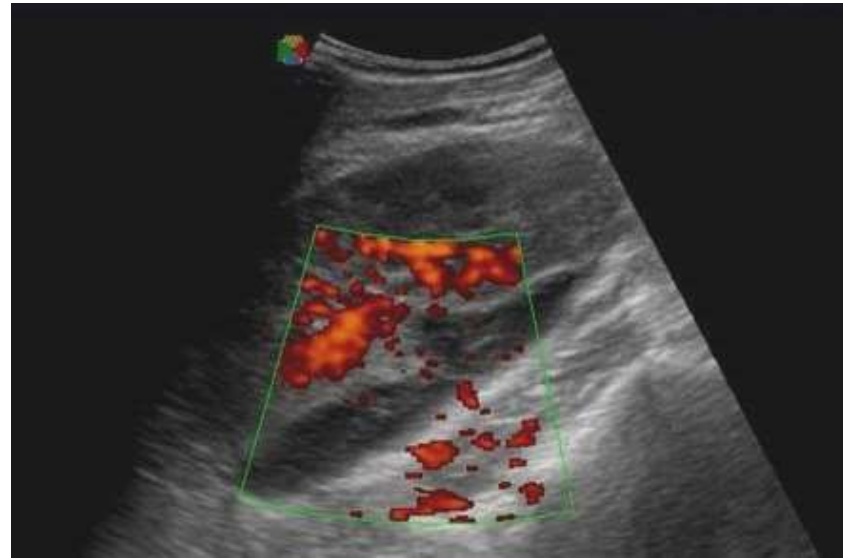
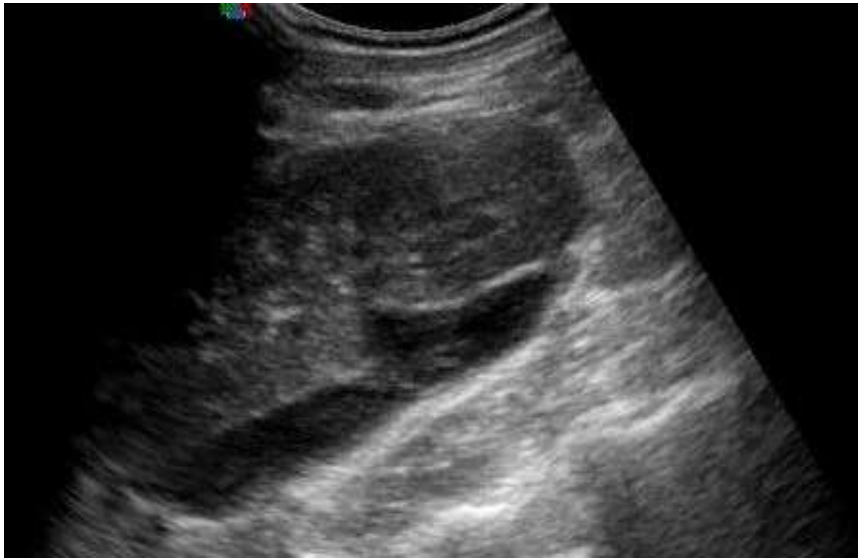
Кортикальний розрив нирки з пошкодженням чашково-мискової системи та сегментарних судин з утворенням урогематоми



Розчавлення нирки, відрив судин ниркової ніжки

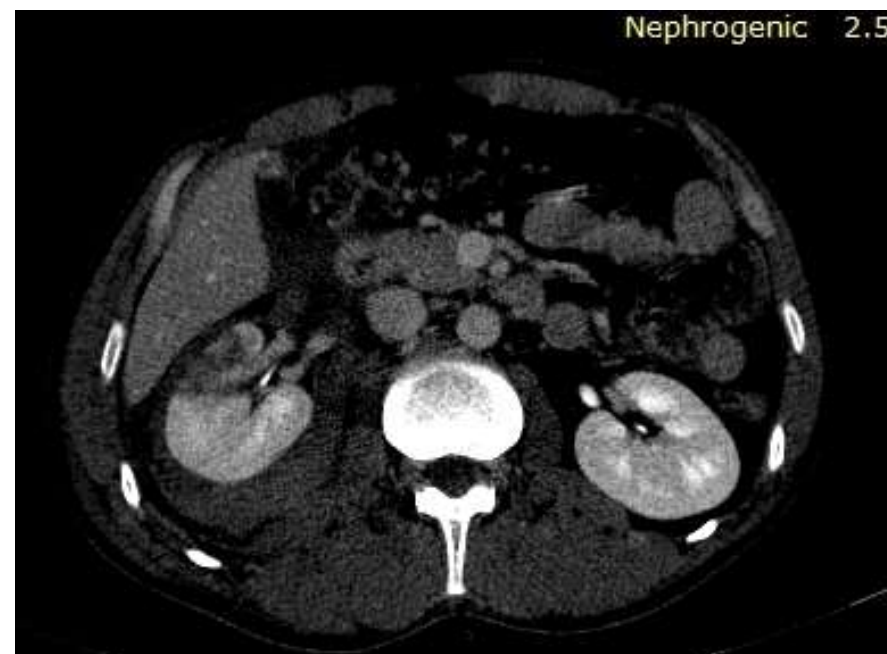


Субкапсулярна гематома



Ультразвукова кольорова доплерографія

***Кортикальний розрив правої нирки
без екстравазації сечі***



КТ з контрастуванням

***Кортикальний розрив правої нирки
з утворенням урогематоми***



Екскреторна урографія

ЛІКУВАННЯ

Консервативне лікування:

- *спокій*
- *холод*
- *антибактеріальна терапія*

Показання до оперативного лікування:

- *внутрішня кровотеча, прогресуюча анемія, нестабільна гемодинаміка (зниження АТ)*
- *наростаюча чи пульсуюча гематома*
- *екстравазація значної кількості сечі*

ПОШКОДЖЕННЯ СЕЧОВОДІВ

А. Закриті пошкодження сечоводів

Зустрічаються при виконанні лікувально-діагностичних маніпуляцій (катетеризація сечоводів, уретероскопія, контактна літотрипсія)

Б. Відкриті пошкодження сечоводів

Зустрічаються при гінекологічних операціях, інших розширених операціях на органах малого тазу та заочеревинного простору (5-30%)

ЛІКУВАННЯ

При часткових пошкодженнях сечоводу - консервативна тактика:

- *стентування на 3 тижня*
- *катетеризація сечового міхура на 3-5 днів (для попередження рефлюксу)*

При важких пошкодженнях сечоводу- оперативне лікування:

- *відновлення цілості сечоводу на катетері-стенті*
- *нефростомія*
- *катетеризація сечового міхура на 3-5 днів (для попередження рефлюксу)*

ПОШКОДЖЕННЯ СЕЧОВОГО МІХУРА

Пошкодження сечового міхура відносять до тяжкої травми живота та органів малого тазу і потребують невідкладної медичної допомоги

У 86-90% випадків причиною закритих пошкоджень сечового міхура ДТП, падіння з висоти, спортивна травма

У 75-90% хворих з екстраперитонеальними пошкодженнями сечового міхура виявляють переломи кісток тазу

Вірогідність внутрішньоочеревинного пошкодження сечового міхура збільшується при важких травмах черевної порожнини

А. Закриті пошкодження сечового міхура (67-88%)

- **Інтраперітонеальний розрив сечового міхура**

(внаслідок розшарування задньої стінки детрузора при різкому підвищенні внутрішньоміхурового тиску на переповненому сечовому міхурі – «гідродинамічний удар»)

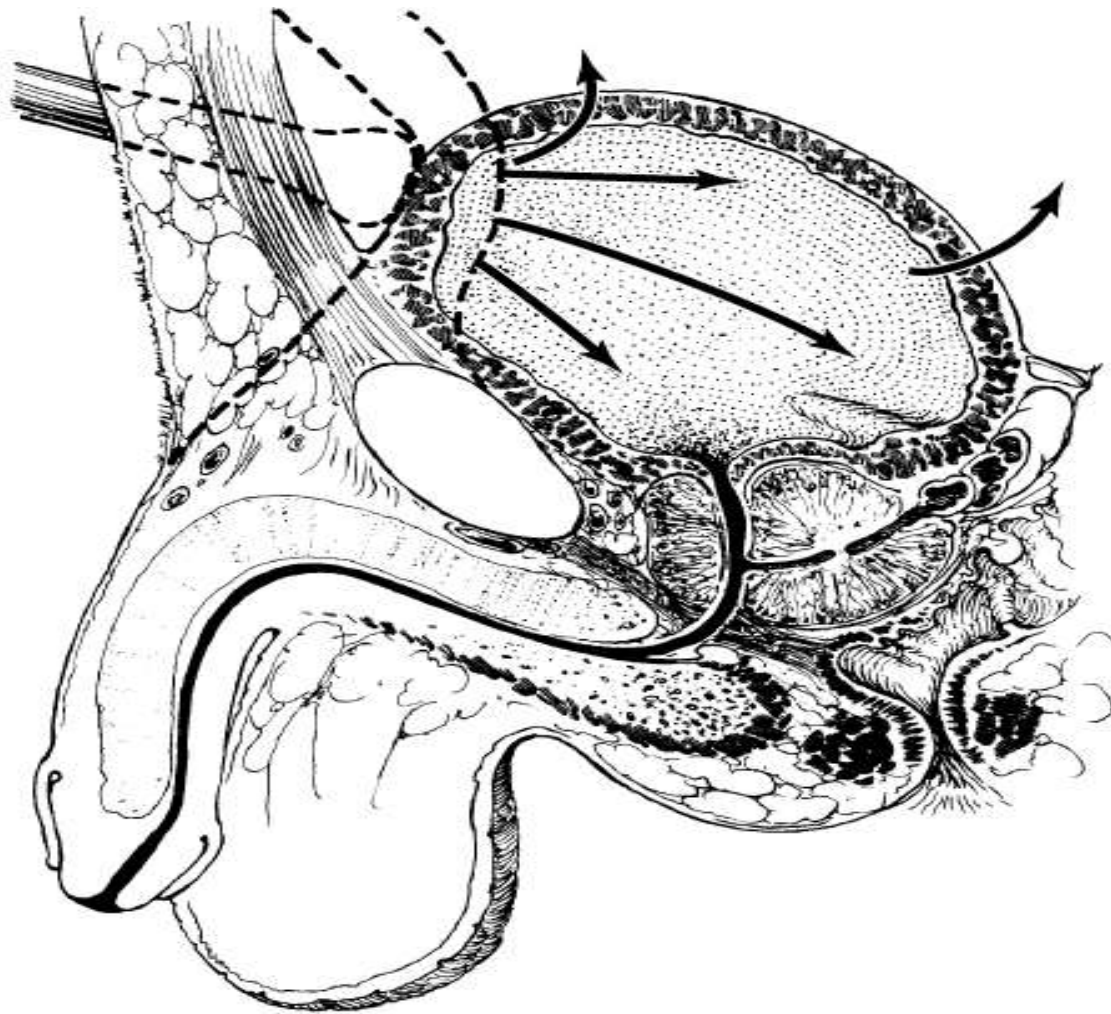
- **Екстраперітонеальний розрив сечового міхура**

(як правило, у поєднанні з переломами кісток тазу)

- **Відрив сечового міхура** *(при переломах кісток тазу з порушенням цілісності тазового кільця)*

Б. Відкриті пошкодження сечового міхура (12-33%)

В. Сечові нориці



Механізм інтраперітонеального розриву сечового міхура

ПОШКОДЖЕННЯ СЕЧОВОГО МІХУРА

Шкала пошкоджень AAST:*

- **Ступінь I** *Забій, гематома, часткове пошкодження стінки сечового міхура*
- **Ступінь II** *Екстраперітонеальний (< 2 см) розрив стінки сечового міхура*
- **Ступінь III** *Екстра- (>2 см) чи інтраперітонеальний (<2 см) розрив стінки сечового міхура*
- **Ступінь IV** *Інтраперітонеальний (>2 см) розрив стінки сечового міхура*
- **Ступінь V** *Екстра- чи інтраперітонеальний розрив стінки сечового міхура з поширенням на зону шийки сечового міхура чи трикутника Льюто*

ПОШКОДЖЕННЯ СЕЧОВОГО МІХУРА

Клінічна картина пошкоджень сечового міхура складається з симптомів пошкоджень інших органів та симптомів ранніх и пізніх ускладнень:

- *біль внизу живота (надлобковій ділянці)*
- *гематурія*
- *розлади сечовипускання (гостра затримка сечовипускання)*

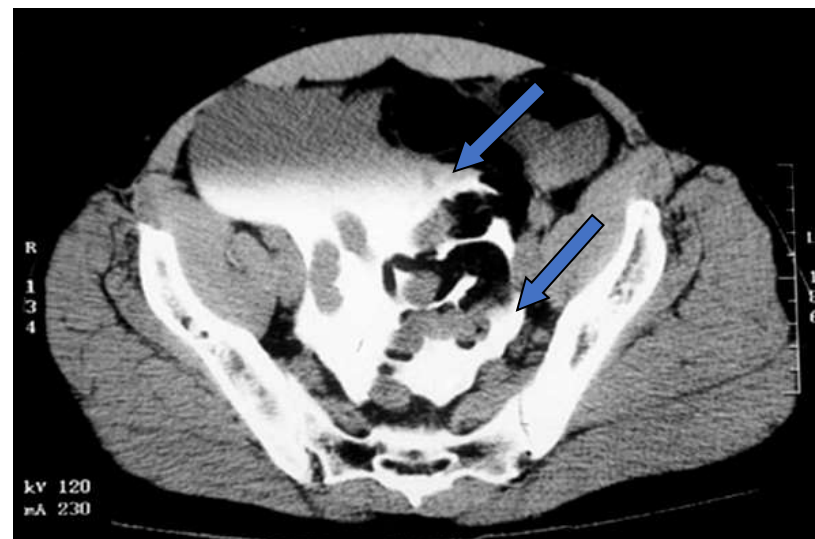
Ускладнення екстраперітонеального розриву сечового міхура – флегмона тазу

Ускладнення інтраперітонеального розриву сечового міхура – в'ялий сечовий перитоніт

Екстраперитонеальний розрив сечового міхура



Інтраперитонеальний розрив сечового міхура



ЛІКУВАННЯ

Консервативна тактика при забої та неповному розриві сечового міхура

- постійний катетер у сечовий міхур на 7-10 днів
- спокій
- холод
- антибактеріальна терапія

Показання до оперативного лікування –
екстраперитонеальний чи інтраперитонеальний розрив стінки сечового міхура >2 см

При інтраперитонеальному розриві сечового міхура –
лапаротомія з обов'язковим дрениванням сечового міхура та черевної порожнини

ТРАВМА УРЕТРИ

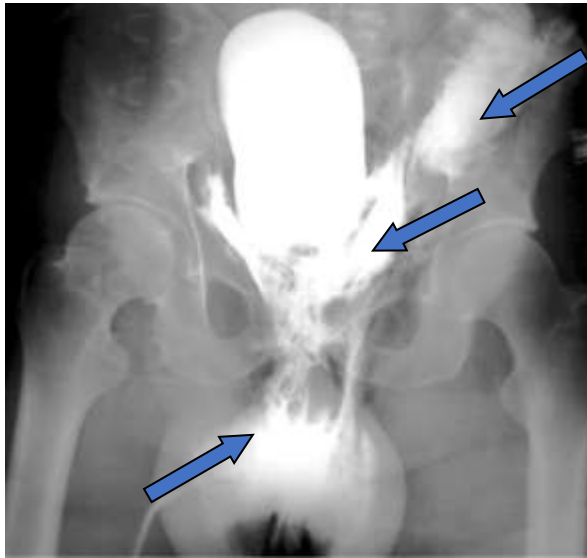
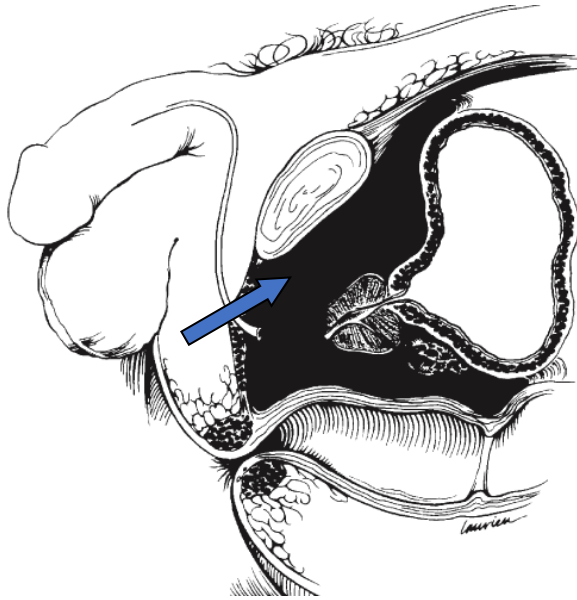
В абсолютній більшості пошкодження уретри відбувається при переломах кісток тазу і падінні з висоти, на промежину

Близько 70% пошкоджень відбувається при ДТП, 25% - пов'язують з падінням, 5% - в результаті ятрогенних причин (при маніпуляціях на сечівнику)

Клінічна картина:

- уретроррагія*
- гематурія*
- біль при сечовипусканні*
- гостра затримка сечовипускання*

Відрив сечового міхура



Урогематома малого тазу та калитки, стриктура уретри

ЛІКУВАННЯ

При **неповному розриві задньої уретри** - цистостомія чи уретральний катетер на 7-10 днів

При **повному розриві задньої уретри** – цистостомія, термінова чи відсрочена уретропластика

При **відриві сечового міхура** (перелом кісток тазу з порушенням цілості тазового кільця, значна урогематома малого тазу) – цистостомія, дренажування урогематоми з наступною уретропластикою (не раніше 4 місяців після травми)

«ГОСТРА КАЛИТКА»

- Гострий епідидиміт
- Перекрут судин яєчка
- Перекрут підвісок яєчка
- Травматичні пошкодження білкової оболонки яєчка
без випадіння паренхіми
- Травматичні пошкодження білкової оболонки яєчка з
випадінням паренхіми та ішемією сперматогенного епітелію
- Часткове чи повне розчавлення, відрив яєчка

«ГОСТРА КАЛИТКА»

Половина копулятивних та репродуктивних порушень у чоловіків розвиваються у дитячому віці

Одна з причин – синдром «гострої калитки» - складає біля 20% ургентної патології дитячого віку

Серед показань до невідкладних оперативних втручань у дітей посідає друге місце після гострого апендициту

Виникає серед повного здоров'я після фізичного навантаження, гральних видів спорту чи травми, рідко на фоні інфекційних хвороб та алергічних реакцій

«ГОСТРА КАЛИТКА»

Якщо гострий біль у калитці виникає у дітей до 1 року, це майже завжди - перекрут яєчка

На перекрут гідатиди яєчка і придатка припадає 35-40% ургентних випадків

Після 20 років причина болю у калитці - гострий епідидиміт

Рідко під синдромом «гострої калитки» маскується ущемлена грижа, пухлина, інфекційні захворювання яєчка

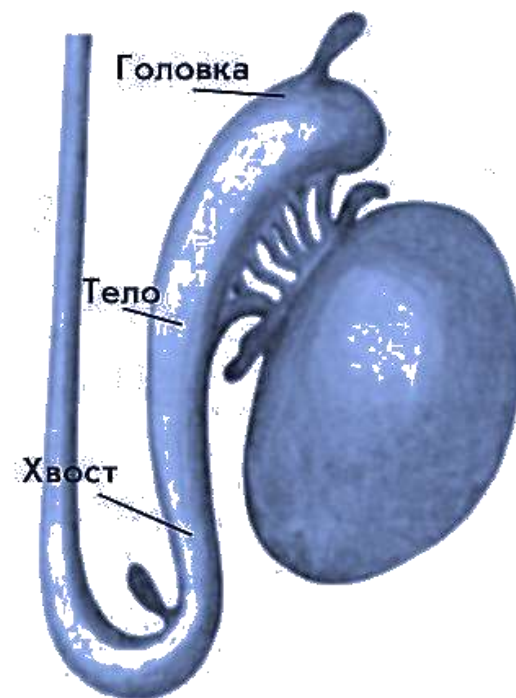
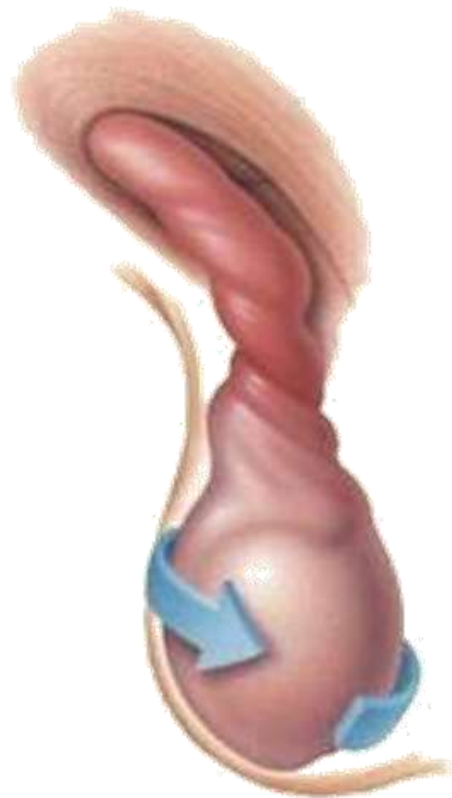
«ГОСТРА КАЛИТКА»

Механізм перекруту яєчка пов'язаний з анатомічними особливостями дитячого віку, коли внаслідок неповної облітерації processus vaginalis tunica vaginalis окутує сім'яний канатик вище, ніж у дорослих, створюючи умови для більшої рухомості яєчка навколо своєї осі

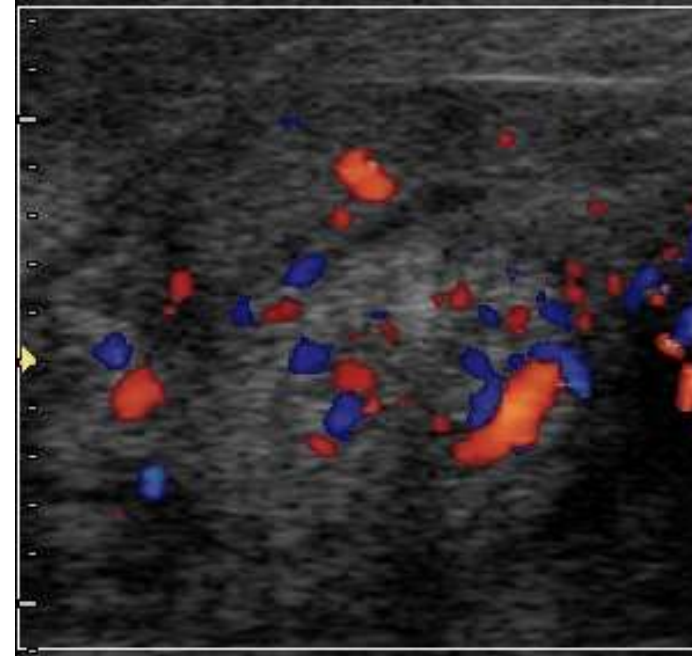
Вираженість деструктивних змін у яєчку залежить від ступеню перекруту - часто перекрут яєчка відбувається із одним-двома повними обертами (на 360°)

Збільшене, ущільнене, різко болюче при пальпації яєчко

«ГОСТРА КАЛИТКА»



«ГОСТРА КАЛИТКА»



Ультразвукова кольорова доплерографія

ЛІКУВАННЯ

Хірургічне лікування – єдиний ефективний метод лікування перекруту яєчка

Як превентивний захід у дорослих, що передує хірургічному лікуванню, може бути спроба «розкрутити» яєчко у латеральному напрямку (як розкривають книгу)

Навіть після невідкладного хірургічного втручання у 50% спостережень розвиваються трофічні зміни, з порушенням репродуктивної функції через знижену продукцію тестостерону та порушення сперматогенезу

ПОШКОДЖЕННЯ ЯЄЧКА

Шкала пошкоджень AAST:*

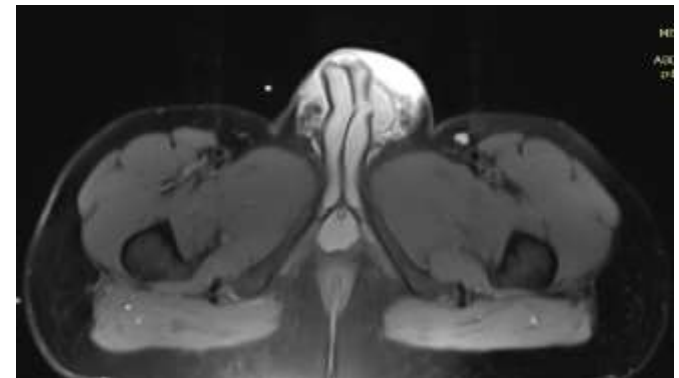
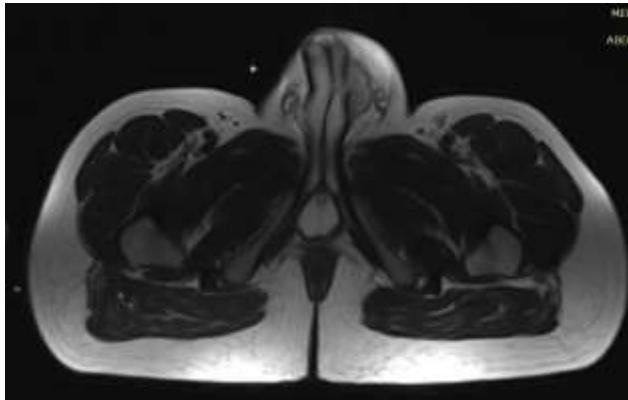
- **Ступінь I** *Забій чи гематома*
- **Ступінь II** *Субклінічний розрив білкової оболонки*
- **Ступінь III** *Розрив білкової оболонки з втратою паренхіми < 50%*
- **Ступінь IV** *Розрив білкової оболонки з втратою паренхіми > 50%*
- **Ступінь V** *Повна деструкція чи відрив яєчка*

РОЗРИВ ЯЄЧКА



Ушивання білкової оболонки яєчка

«ПЕРЕЛОМ» СТАТЕВОГО ЧЛЕНА



ПРІАПІЗМ



Дренування кавернозних тіл по Аль-Хараб



ХВОРОБА ПЕЙРОНІ

Фібропластична індурація статевого члена – вперше описана у 1743 р. французьким хірургом **Франсуа де ла Пейроні**, придворним лікарем Людовика XV

Поширеність **хвороби Пейроні** серед чоловіків старше 40 років 1-9%, збільшуючись з віком

Етіологічним чинником вважають надриви білкової оболонки з мікрокрововиливами, результатом чого стає надмірна проліферація фібробластів

Медикаментозна терапія, яка включає вітаміни групи В, нестероїдні та стероїдні препарати, протеолітичні ферменти і ангіопротектори є малоефективною

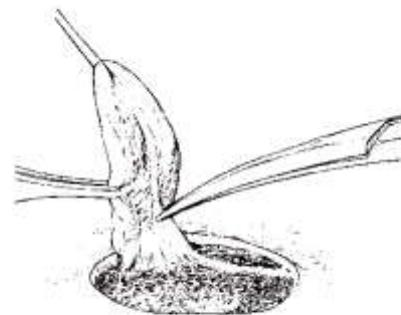
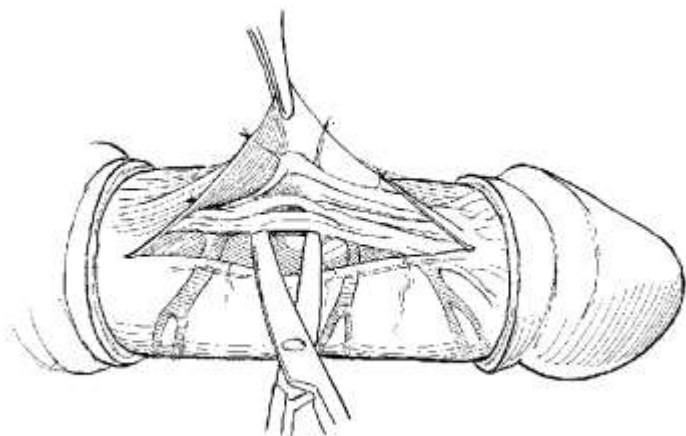


ХВОРОБА ПЕЙРОНІ

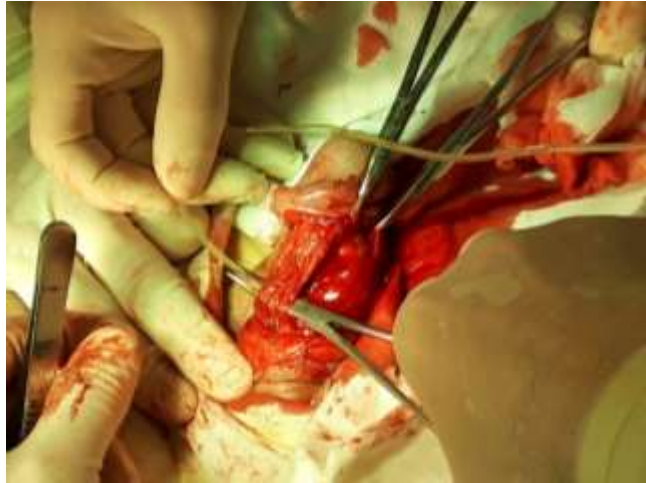
Запорукою успішного лікування хвороби Пейроні є видалення фіброзної бляшки із замісною корпоропластикою

В якості пластичного матеріалу застосовують сегмент вени, власну вагінальну оболонку яєчка, шкіру, леофілізований свинячий перикард

Дефекти білкової оболонки великих розмірів укривають сегментом широкої фасції стегна



ХВОРОБА ПЕЙРОНІ



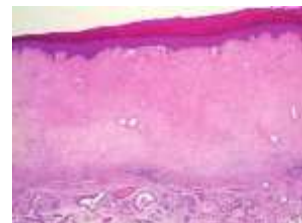
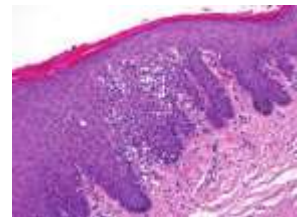
Етапи судинно-нервозберігаючої корпоропластики

СКЛЕРОЗУЮЧИЙ ЛИШАЙ

Склерозуючий лишай (ліхен склероз) описаний **A.Stuhmer** у 1928 р.
У чоловіків зустрічається у вигляді ксеротичного (з грецького xeros – сухий) баланопоститу, у жінок – у вигляді ксеротичного вульвовагініту

Етіологічні фактори - генетичні, аутоімунні, інфекційні (вірус папіломи людини, Епштейна-Барра, оперізуючий лишай та ін.)

Гістологічна картина характеризується атрофією, дегенерацією клітин, лімфоцитарною інфільтрацією базального шару епідерміса, прогресуючим гіперкератозом



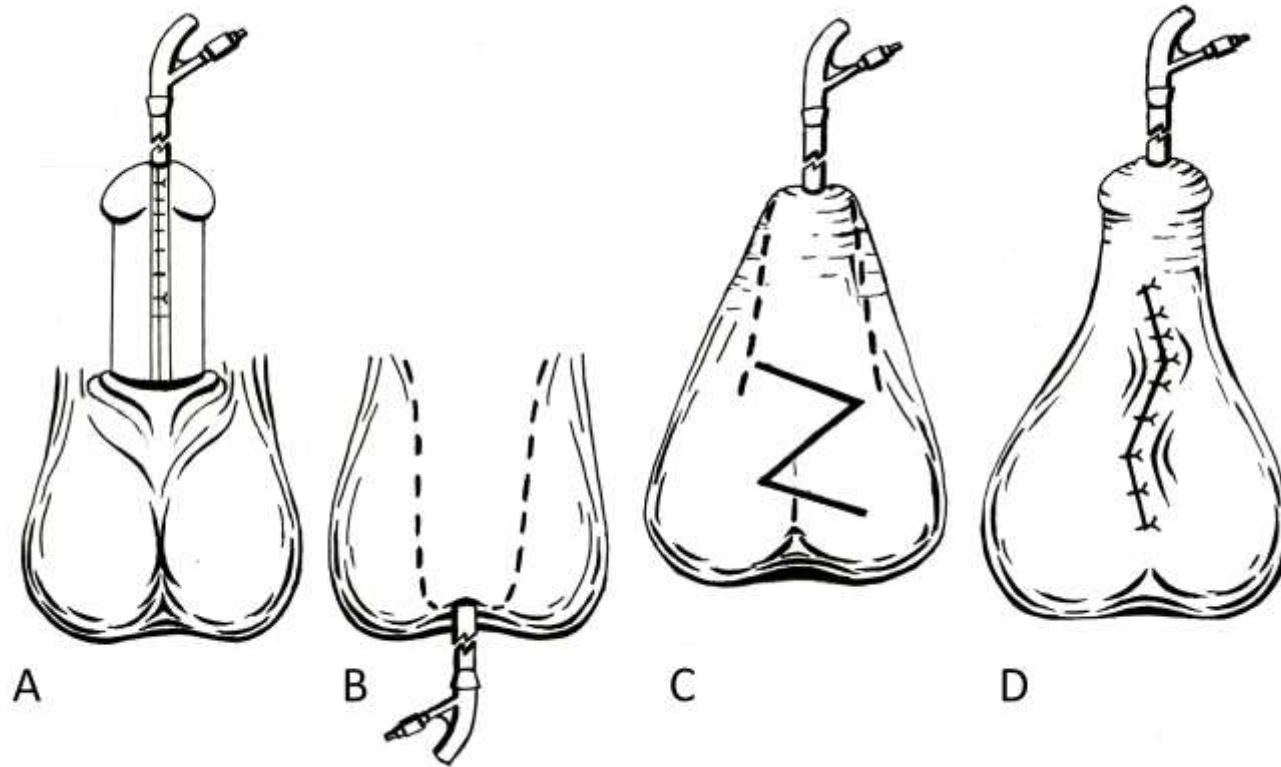
СКЛЕРОЗУЮЧИЙ ЛИШАЙ

Проявляється змінами кольору слизової голівки статевого члена і крайньої плоті у вигляді білих чи рожевих плям, далі – рубцевим фімозом з поширенням склеротичного процесу на дистальний відділ уретри аж до повної олітерації

До ускладнень відносять меатальний стеноз, стриктуру уретри, порушення копулятивної функції, канцероматоз

В якості стандартного матеріалу для пластики уретри використовується слизова оболонка ротової порожнини – щоки чи губи

СКЛЕРОЗУЮЧИЙ ЛИШАЙ



**A – формування дистального відділу уретри із фрагмента слизової щоки;
B, C, D – етапи пластики скальпованого статевого члена шкірою калитки**

ЯТРОГЕННА ТРАВМА СТАТЕВОВОГО ЧЛЕНА



ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!