

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Зангиева М.Р., Хабалов В.К.

Раменская центральная районная больница, Раменское, Московская область

**Описание клинического случая.** Девочка 15 лет, доставлена в Раменскую ЦРБ через час после ДТП бригадой скорой медицинской помощи, сбита мотоциклом. При поступлении жалобы на боль в животе, головную боль, боль в области таза и левой нижней конечности. В приемном отделении осмотрена реаниматологом, травматологом, хирургом. В ходе обследования установлен диагноз: «ДТП. Политравма. Закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга средней степени тяжести. Перелом костей таза с нарушением целостности тазового кольца. Перелом диафиза левой большеберцовой кости. Внутрибрюшной разрыв мочевого пузыря. Ушибы/ссадины лица и туловища. Параорбитальная гематома справа». При осмотре: кожа бледная, ссадины на лице, туловище, правый глаз не открывается из-за гематомы. Зрачки D = S. Нистагм горизонтальный, мелкокоразмашистый. Дыхание самостоятельное, везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. АД 85/55 мм рт. ст, пульс 120 уд./мин, удовлетворительных свойств. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, болезненный над лоном, участвует в акте дыхания. Перитонеальные симптомы положительны. Печень, селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицателен с обеих сторон. После травмы не мочилась, стула не было. Обследование: Rg-графия черепа — костных повреждений не выявлено. Rg-графия грудной клетки — без патологии. Rg-графия таза: разрыв лобкового симфиза с диастазом до 20 мм по ширине и до 5 мм по высоте. Цистография — определяется выход контраста за пределы мочевого пузыря. Мочевой пузырь неправильной формы. Оперативное лечение: девочка в экстренном порядке доставлена в операционную, где была выполнена диагностическая лапароскопия через прокол в параумбиликальной области, выявлен разрыв мочевого пузыря протяженностью около 7 см, точки установки троакаров в правой подвздошной области и над лоном. Выполнено ушивание мочевого пузыря непрерывным швом викрилом 3/0. Мочевой пузырь катетеризирован. Жидкость из малого таза аспирирована электроотсосом. В малый таз установлен страховочный дренаж. Троакарные раны ушиты. Асептические повязки. После операции девочка переведена в АРО, где проводилась стабилизация гемодинамики, антибактериальная, гемостатическая, инфузионная, симптоматическая терапия. Выполнено переливание крови. Наложена гипсовая лонгета на левую нижнюю конечность, наружная фиксация костей таза. Ежедневно девочка осматривалась детским хирургом, осуществлялся контроль диуреза (моча на 3-и сутки после операции приобрела светло-желтый цвет, стала прозрачной). Мочеиспускание осуществлялось по уретральному катетеру. На контрольном УЗИ на 2-е сутки после операции свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. В общем анализе мочи: белок — 0,1 г/л, эритроциты — 4–6 в п/зр, лейкоциты — 10–12. На 4-е сутки после операции девочка для дальнейшего лечения переведена в НИИ НДХиТ.

**Заключение.** Проведенное оперативное лечение позволило уменьшить операционную травму и избежать ухудшения состояния ребенка, выбор лапароскопического метода ревизии брюшной полости и ушивания мочевого пузыря снизил риск кровопотери и позволил ускорить период восстановления.