

Sült Imre dr. orvosalezredes  
Lőrincz Sándor dr. orvosezredes

## Urogenitális sérültek osztályozása, első orvosi és első szakorvosi ellátása

A vesesérülések előterében (akár nyílt vagy zárt, kombinált vagy izolált sérülések) a traumát azonnal követő, vagy néha később, a vérzés és vizelet-beszűrődés fokozásával kialakuló shock áll. Az ezredsegélyhelyre szállított vesesérült tehát vagy shockban van, vagy ha nincs shockban, másodlagos shock kialakulásával számolhatunk. Ténykedésünket ez szabja meg. Halaszthatatlan első orvosi beavatkozást igényelnek a már shockban levők. A többieknél ez a beavatkozás halasztható ugyan, de mivel a másodlagos shock kifejlődésével számolhatunk, minél előbb hátraszállítandók. Ezért célszerű tranzit-osztályozást végezni, ha lehet. Az ezredsegélyhelyen a vesesérülteknél tehát a traumás shock gyógyítása, illetve megelőzése a feladat. A Tábori Sebészeti Utasítás előírja, hogy a shockos sérülteket csak a shocktalanítás után célszerű hátraszállítani. Ezért a kiürítési-szállítási osztályozás sorrendje: először a nem shockos vesesérülteket szállítjuk hátra és csak ezek után a még életben levő, illetve a shockból kijövköket. A nyílt sebeket ezen a kiürítési szakaszon fedőkötéssel látjuk el.

Az egészségügyi zászlóaljnál halaszthatatlan sebészi beavatkozást igényelnek az életveszélyes vérzést, akut anaemia jeleit mutató vesesérültek. Ezeknél a vesét fel kell tárni és nephrectomiát kell végezni, ha a veseparenchyma erősen roncsolt és feltehetően az üregrendszer is sérült. Szervmegtartó veseműtét lehetősége ugyan adott esetben lehetséges, de ezen a kiürítési szakaszon és a fenti indikációval feltárt vesesérülteknél csak korlátozottan alkalmazható, hiszen számolni kell az ilyen esetben sokkal bonyolultabb postoperatív ápolással is. Megemlítenénk, hogy kétes esetekben, anaemizálás mellett, inkább tárjuk fel a vesét, mert a halasztás a vérzés és urininfiltratio fokozódásával végzetes lehet.

A vesesérülések túlnyomó része kombinált sérülés: ezek hasi sérülések sebészi megítélése alapján kerülnek műtétre. A laparotomia során a peritoneumon keresztül a vesék is megvizsgálhatók tapintással.

Mindazokat a lött vagy fedett vesesérülteket, akiknél életveszélyes vérzés nincs, szakosított kórházba kell szállítani.

A fedett hólyagsérülések általában telt hólyag mellett elszenvedett alhasi traumák következményei. Üres hólyag medencetöréskor sérülhet. A hólyagsérülések lehetnek extra- vagy intraperitoneálisak. A medencetörésekhez

társulók inkább extraperitoneálisak. A hólyagsérülést általában shock és vérzés kíséri. Rendszerint gyakori vizelési ingerek lépnek fel, de vizetet nem ürül vagy a kiürülő kevés vizelet véres. A has feszessé válik és gyorsan jelentkeznek peritoneális jelenségek. Fedett shockos hólyagsérülteknél az ezredsegélyhelyen azonnal meg kell indítani a shock-elleni küzdelmet, a sérülés gyanújakor is kathétert kell a hólyagba vezetni húgycsővön át, majd rögzíteni kell. A többieket sürgősen hátraszállítjuk.

Az egészségügyi zászlóaljnál halaszthatatlan sebészi beavatkozást igényelnek azok, akiknél a peritoneum izgalmi jelei mutatkoznak: a hólyagsérülést elvárjuk, szükség esetén állandó húgycsőkathéter mellett szuprapubikus hólyagsipolyt is fenntartunk. Igen fontos a periverzikális tér jó drainézése.

Általában ezen kiürítési szakasz feladata a hólyagsérülés diagnózis. Ha csak a hólyag sérült (az urethra ép), akkor kathétert könnyen tudunk bevezetni, de azon is csak legfeljebb vér ürül. Ha óvatlanul kevés steril vizet fecskendezünk a hólyagba, az nem folyik hiánytalanul vissza.

Háborúban sokkal gyakoribbak a lött, tehát nyílt hólyagsérülések. A vérzéstől eltekintve kevésbé veszélyesek, mint a fedettek, mert a vizelet-beszűrődés lehetősége kisebb. Viszont a szomszédos szervek vele kapcsolatos sérülései a legtöbb esetben komplikálják. Diagnózisa a szubjektív és objektív tünetek alapján (haematuria, vizeletcsorgás a sebből) általában könnyű. Ezeket a sérülteket az ezredsegélyhelyen fedőkötéssel látjuk el, majd shock és fertőzés elleni védelemben sürgősen hátraszállítjuk. Az egészségügyi zászlóaljnál halaszthatatlan sebészi beavatkozást igényelnek azok, akiknél fenyegető vérzés vagy peritoneális izgalmi jelek vannak: hólyagvarrat és állandó kathéter behelyezése.

A húgycsősérüléseket — a vizelet-ürítésben játszott szerepük miatt — élesen el kell különíteni a hímvessző sérüléseitől. A fedett húgycsősérülések legnagyobb része a gátat ért traumáknak vagy medencetörésnek a következménye, amikor teljes húgycsőszakadás is létrejöhet. Tünetei: húgycsővérzés, haematoma képződése a gáton, vizelés-képtelenség. A vizelet-beszűrődést órákon belül hidegrázással elinduló lázas állapot követi és gyorsan alakulhat ki sepsis.

Ezredsegélyhelyen fedett húgycsősérülések esetében, elődomborodó telt hólyagnál hólyagamputációt kell végezni. Ilyen esetekben, ezen a helyen kathéterezés, illetve annak megkísérlése tilos. A sérülteket hátraszállítjuk, ennek sorrendjét a beteg általános állapota és társsérüléseinek mikéntje szabja meg. Az egészségügyi zászlóaljnál halaszthatatlan orvosi beavatkozást igényelnek azok, akiknél vizelet retentio van. Ezeket hólyagpunctio után antibiotikus védelemben sürgősen szakosított kárházba szállítjuk. Ha a sebsültáramlás nem nagy vagy a hátraszállítás akadályozott, akkor szakorvosi (sebész) segélyben részesítjük azon fedett húgycsősérülteket, akiknél a vizelet-retentio mellett nagy gáti haematoma van és a vizelet-beszűrődés jelei (láz) mutatkoznak. Ha lehet, kathétert helyezünk a hólyagba a húgycsővön át. Ez természetesen csak azoknál sikerülhet, akiknél nincs teljes húgycsőszakadás. A kathéterezést nem szabad erőltetni, csak megpróbálni. A nagy gáti haematomát incidáljuk és drainezzük. Teljes húgycsőszakadáskor és nagy gáti haematománál urethrotomia externa perineálist vagy sectio altát végzünk és Pezzer-kathétert vezetünk be. Ha vizelet-beszűrődés már van, akkor sectio alta útján Pezzer-kathétert vezetünk a hólyagba és a praeverzikális

teret a gát felé is draináljuk. A végleges ellátást (a gát feltárása mellett történő húgycsőplasztikát) természetesen későbbi időpontban, szakosított kórházban kapja a sérült.

Lőtt, tehát nyílt húgycsősérüléskor a húgycsőből vizeletkor vizelet ürül. Ezredsegélyhelyen fedőkötéssel látjuk el a sebet és a sérülteket hátraszállítjuk. A hadosztálysegélyhelyen halaszthatatlan orvosi segélyben részesülnek azok, akiknél teljes vizelet-retentio van (hólyag-punctio) és szaksegélyben azok, akiknél emellett fenyegető vérzés is van, vizeletbeszűrődés veszélyével (sectio alta, Pezzer, sebelltátás). Ezek a beavatkozások szintén nem tekintendők általában végleges ellátásnak, tehát fenti sebészi segély esetén is szakosított kórházba üritendők, de ha a vizelet elvezetése már biztosítva van, a további kiürítésük halasztható. Akiknél a leírt veszélyek nem fenyegetnek, sürgősen hátraszállítandók.

A húgycsősérülés nélküli fedett penis-sérülések körülírt haematomákat okozhatnak, melyek urethraékompresszió következtében vizelési nehézséget is okozhatnak, a lőtt sérüléseknél pedig bő vérzés lehetséges. Veszélyes szövődményként jöhet szóba az akut cavernitis. Ezredsegélyhelyen a himvessző pályázásával nyomókötést helyezhetünk fel. Végleges ellátásuk sokszor a hadosztálysegélyhelyen is megtörténhet, de legtöbbször halaszthatók és hátraszállíthatók. Szakosított kórházba csak szövődmények esetén (tartós vizelet-retentio, akut cavernitis) küldendők.

A scrotum és szerveinek sérüléseit az ezredsegélyhelyen steril (esetleg) nyomókötéssel látjuk el és hátraszállítjuk őket. Ha húgycsősérülésük nincs, sebészi ellátásuk is halasztható.

## ÖSSZEFOGLALÁS :

A szerzők az urogenitális sérülteknek a csapathadtáp területén való osztályozásával és ellátásával kapcsolatban hangsúlyozzák, hogy ezen kiürítési szakaszokon csak a vérzés és vizelet-beszűrődés képezi a halaszthatatlan beavatkozás indikációját. Ezen problémák legegyszerűbb sebészi megoldása után az urogenitális sérültek ellátása urológus szakorvosok feladata hátrábbi szakaszokon.

## IRODALOM :

1. Babits, Urológia. 1968. Medicina, Budapest — 2. Boeminghaus, Urologie. — 3. Tábori Sebészeti Utasítás.

*И. Шюльт, подполковник м/сл—Ш. Лэринц, полковник м/сл:*

### СОРТИРОВКА ПОРАЖЕННЫХ С ТРАВМАМИ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ОКАЗАНИЕ ИМ ПЕРВОЙ ВРАЧЕБНОЙ И ПЕРВОЙ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При травмах мочеполовых органов, в войсковом тыловом районе, показанием для неотложного вмешательства служат лишь кровотечение и мочевоу затек. По проведению наиболее простого хирургического решения этих проблем, лечение пораженных с травмами мочеполовых органов принадлежит к задачам специализированной помощи на более глубоких этапах медицинской эвакуации.

Dr. I. Sült, Oberstltn. d. Med. D., Dr. S. Lörincz, Oberst d. Med. D.:

KLASSIFIZIERUNG, ERSTE QUALIFIZIERTE UND ERSTE SPEZIALISIERTE  
HILFE BEI UROGENITALEN VERLETZTEN

Hinsichtlich der Klassifizierung und Betreuung urogenitaler Verletzten auf dem Gebiet der Truppenetappe heben Verfassen hervor, dass die Indikation eines unverzüglichen Eingriffs an diesen Transportsetappen nur noch im Falle einer Blutung oder Urininfiltration gestellt wird. Nach einer einfachsten Lösung dieser Probleme bildet die chirurgische weitere Betreuung der urogenitalen Verletzten auf der rückwärtigen Transportsetappen die Aufgabe der spezialisierten Urologen.