

А.Г. Резниченко¹, О.Ю. Долгих¹, А.В. Амосов², Ю.Л. Демидко²
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ
¹МБУЗ «Городская больница № 5», г. Сочи
²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)» Минздрава России, г. Москва

В клинической практике грыжи мочевого пузыря – достаточно редкое явление. По данным разных авторов, частота их колеблется от 1,1 до 6,34 %.

В статье описан клинический случай диагностики и хирургического лечения паховой грыжи дивертикула мочевого пузыря. Проведенная в предоперационном периоде клиническая диагностика, дополненная визуализирующими методами диагностики, не позволила определить истинную природу патологического образования. И только диагностические пособия, проведенные интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде, дали возможность уточнить структуру образования.

Ключевые слова: паховая грыжа, дивертикул мочевого пузыря.

A.G. Reznichenko, O.U. Dolgikh, A.V. Amosov, Yu.L. Demidko
SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA OF URINARY BLADDER

Hernia of urinary bladder is a rather rare phenomenon in clinical practice. According to different authors, their frequency varies from 1.1 to 6.34%.

The article describes a case of management of inguinal hernia, containing diverticulum of urinary bladder. Clinical diagnostics, performed in the preoperative period, supplemented by visualizing methods of diagnostics did not allow to identify the heart of the matter of pathological formations. And only diagnostic actions, executed during and after operations, made it possible to clarify the structure of the described process.

Key words: inguinal hernia, diverticulum of urinary bladder.

В клинической практике грыжи мочевого пузыря – достаточно редкое явление. По данным разных авторов, частота их колеблется от 1,1 (Н. Eggenberger) до 6,34% (В.Р. Брайцев), причем рост их числа является результатом сильного искусственного вытягивания грыжевого мешка вместе с мочевым пузырем во время операции, в связи с этим они получили название «искусственных» или «операционных» грыж мочевого пузыря [1,3,5].

По анатомическим соотношениям грыжевой части мочевого пузыря и грыжевого мешка различают 3 вида скользящих грыж мочевого пузыря: интраперитонеальные (cystocele intraperitoneale), параперитонеальные (cystocele paraperitoneale) и экстраперитонеальные (cystocele extraperitoneale).

А.П. Крымов, опираясь на данные о грыжах мочевого пузыря, приведенные L. Imbert (10 экстраперитонеальных, 26 параперитонеальных, 4 интраперитонеальных) и G. Lotheissen (69 экстраперитонеальных, 24 параперитонеальных, 6 интраперитонеальных), отмечает, что разногласия в числовых показателях объясняются тем, что на самом деле у большей части экстраперитонеальных грыж мочевого пузыря имеется различной выраженности грыжевой мешок, что необходимо учитывать в идентификации самой грыжи [2]. Данные L. Imbert необходимо считать более точными, так как параперитонеальных грыж всегда больше.

Пахово-мошоночная грыжа, грыжевым содержимым которой является дивертикул

мочевого пузыря, ещё более редкое явление. К 2012 г. в англоязычной литературе описано 19 случаев этой патологии [3]. Другие авторы [4,5,7,11,12] сообщают, что частота дивертикула мочевого пузыря колеблется от 1 до 4%. Такая разница в статистических показателях может объясняться различием самого понятия «дивертикул мочевого пузыря».

Так, отечественные авторы [2,3,6] считают дивертикулами мочевого пузыря мешковидное выпячивание его стенки и разделяют их на истинные и ложные в зависимости от того, являются ли стенкой дивертикула все слои мочевого пузыря или только его слизистая.

Зарубежные авторы [8-10,14,15] утверждают, что дивертикул мочевого пузыря – это выпячивание только слизистой через его перитрофированные мышечные волокна.

В качестве доказательства сложности диагностики указанной патологии приводим следующее наблюдение.

Клинический случай. Пациент В., 58 лет, 13.07.15 поступил в Городскую больницу № 5 в порядке самообращения с жалобами на периодически учащенное, затрудненное, болезненное мочеиспускание, улучшающееся при давлении на «опухоль» в правой паховой области, и на периодические императивные позывы на мочеиспускание. Заболел за 1 год до поступления в стационар, когда заметил «опухоль» в правой паховой области. Позже присоединились дизурические явления, а сама «опухоль», медленно увеличиваясь в размерах, стала при-

чинять боли при физических нагрузках и задержках с мочеиспусканиями. Занимался самолечением, которое не имело эффекта.

Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) составил 25,9 кг/м². Живот асимметричен, неправильной формы за счет грыжевого выпячивания в правой паховой области, увеличивающегося в вертикальном положении больного, и при натуживании. При поверхностной пальпации правой паховой области под кожей в проекции пахового канала определяется опухолевидное образование яйцевидной формы размерами 8×2,5×2,5 см, гладко-эластичной консистенции, подвижное, малоболезненное (впоследствии, во время операции грыжесечения указанное образование удалено, которое согласно результатам гистологического исследования являлось липомой). При глубокой пальпации определяется грыжевое выпячивание округлой формы размерами 12×9×7 см, гладко-эластичной консистенции, малоболезненное, частично вправляемое в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный. При перкуссии грыжевого выпячивания определяется низкий тимпанит, а при его аускультации определяется перистальтика кишечника.

При пальцевом ректальном исследовании (ПРИ) установлено: предстательная железа округлой формы, 4,5 см, гладкоэластичной консистенции, малоболезненная, междолевая борозда ровная сглажена. Индекс по шкале IPSS составил 19 баллов.

Показатели общеклинических анализов находились в пределах нормы. Уровень общего простатспецифического антигена (ПСА) в крови составил 1,44 нг/мл, свободного – 0,38 нг/мл.

При УЗИ объем мочевого пузыря был ≤160 мл на фоне применения спазмолитиков, контуры его четкие, толщина стенки 7 мм, дополнительных образований в полости мочевого пузыря не определялось; объем предстательной железы составил 33,3 см³, её контуры четкие, структура однородная; объем остаточной мочи ≤15 мл.

При восходящей цистографии патологических изменений в виде деформаций или конкрементов мочевого пузыря не выявлено (рис. 1).

При цистоскопии, проведенной под местным обезболиванием, установлено, что слизистая мочевого пузыря складчатая, розовая; устья мочеточников расположены симметрично; дополнительных образований на стенке мочевого пузыря и в его полости не выявлено.



Рис. 1. Цистограмма больного В. от 15.07. 15. Патологических изменений в виде деформаций или конкрементов мочевого пузыря не выявлено

Больному была проведена операция под спинно-мозговой анестезией. После вскрытия пахового канала выявлен грыжевой мешок размерами 11×8×6 см, своей шейкой расположенный во внутреннем отверстии пахового канала. При вскрытии грыжевого мешка грыжевым содержимым оказались петли тонкой кишки, которые были свободно вправлены в брюшную полость. Грыжевой мешок был прошит у шейки, перевязан и отсечен. При дальнейшей ревизии содержимого пахового канала под липомой семенного канатика в проекции медиальной паховой ямки определяется грыжевое выпячивание округлой формы размером 3 см, покрытое предбрюшинной жировой клетчаткой, плотноэластичной консистенции, не вправляемое в брюшную полость. После удаления предбрюшинного жира (околопузырной клетчатки) стал определяться грыжевой мешок толщиной ≥6 мм, а при попытке вскрытия его стала проследиваться мышечная ткань трабекулярного строения. Интраоперационно произведена катетеризация мочевого пузыря и при наполнении его более чем на 250 мл указанное образование стало увеличиваться в размерах (рис. 2).



Рис. 2. Вид операционной раны в центре дивертикула мочевого пузыря

После полного опорожнения мочевого пузыря указанное грыжевое выпячивание с трудом было вправлено в брюшную полость. Операция закончена пластикой пахового канала по Постемпскому–Бассини. С целью профилакти-

ки возможных осложнений в послеоперационном периоде проводилась постоянная катетеризация мочевого пузыря катетером Фолея. Перед удалением катетера на 8-е сутки была произведена контрольная цистография с наполнением мочевого пузыря 205 мл раствора урографина. На цистограмме определяется дополнительная тень полукруглой формы, сливающаяся с тенью мочевого пузыря (дивертикул) (рис. 3). После удаления катетера мочеиспускание у больного свободное, хорошей струей.



Рис. 3. Цистограмма больного В. от 22.07.2015. Определяется дивертикул мочевого пузыря

При контрольном УЗИ на 8-е сутки после операции определяется неровность контуров правой стенки мочевого пузыря, количество остаточной мочи составило ≤ 15 мл.

Результаты общего анализа мочи больного, произведенного за сутки до удаления катетера, показали наличие лейкоцитов (4-5-6 в поле зрения) и эритроцитов (до 50 в поле зрения).

Согласно классификации Н.И. Кукуджанова [1] в данном случае наблюдалась комбинированная паховая грыжа, при которой из латеральной паховой ямки исходит обычная косая паховая грыжа, а из медиальной паховой ямки – экстраперитонеальная скользящая прямая грыжа мочевого пузыря (дивертикул).

Субъективная симптоматика, а именно дизурические явления, двухмоментный принцип опорожнения мочевого пузыря, заставила заподозрить у больного скользящую грыжу мочевого пузыря. Однако результаты проведенных дополнительных методов исследования, которые предлагают как отечественные, так и зарубежные авторы [6]: УЗИ мочевого пузыря, ретроградная цистография, цистоскопия, – не позволили установить точный диагноз до операции, что, на наш взгляд, объясняется несколькими причинами.

Во-первых, индивидуальная емкость мочевого пузыря, о которой пишут А. Таммо и соавторы [12], у наблюдаемого больного была достаточно маленькой (160 мл), что не

позволило до операции наполнить мочевой пузырь так, чтобы была заполнена для визуализации его грыжевая часть.

Во-вторых, размеры грыжевого выпячивания (2 см) и его достаточно узкая шейка, о чем свидетельствуют трудности вправления грыжи, возможно, «смазали» цистоскопическую картину.

В-третьих, длительное ношение грыжи, невозможность полного вправления её из-за перифокального воспаления и из-за рубцовых изменений вызвали сужение шейки грыжи, что также затруднило визуализацию.

В-четвертых, возможно, у больного имеются признаки гиперактивного мочевого пузыря [10,11], так как в послеоперационном периоде имелся отчетливый положительный ответ на применение М-холинолитиков. В то же время нейровегетативная блокада, примененная во время операции при спинномозговой анестезии, позволила наполнить мочевой пузырь больше его индивидуальной емкости, соответственно, искусственно увеличив объем грыжевой части мочевого пузыря.

Другие высокотехнологичные методы диагностики, позволяющие диагностировать грыжи мочевого пузыря, о которых пишут иностранные авторы: компьютерная томография [6,13], магнитно-резонансная томография [14], скintiграфия [16], позитронно-эмиссионная томография [15], – нами по техническим и экономическим причинам не применялись.

Как уже было сказано, примененная спинно-мозговая анестезия, позволившая увеличить индивидуальный объем мочевого пузыря, в сомнительных случаях может быть применена во время цистоскопии для более точной визуализации при данной патологии.

Таким образом, грыжи мочевого пузыря достаточно сложны для диагностики. Частота их распознавания невелика и не превышает в среднем 7-10% [1]. Такая частота диагностируемых грыж мочевого пузыря объясняется, с одной стороны, недостаточно собранным анамнезом, а с другой – в большинстве случаев отсутствием патогномичных симптомов, особенно при грыжах малых размеров.

В то же время во время операции грыжи мочевого пузыря диагностируются в среднем в 40% случаев. Таким образом, более чем в половине случаев они не распознаются, и при оперативном вмешательстве происходит ранение мочевого пузыря.

Указанные цифры и факты говорят о необходимости скрупулезного подхода к диагностике и лечению данной патологии.

Сведения об авторах статьи:

Резниченко Анатолий Григорьевич – врач-хирург хирургического отделения МБУЗ ГБ № 5. Адрес: 354207, г. Сочи, ул. Армавирская, 145 А. E-mail: shenichirime@mail.ru.
Долгих Олег Юрьевич – гл. врач МБУЗ ГБ №5. Адрес: 354207, г. Сочи, ул. Армавирская, 145А. E-mail: helpass@yandex.ru.
Амосов Александр Валентинович – д.м.н., профессор кафедры урологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Адрес: 119991, г. Москва, ул. Большая Пироговская, 2, стр.4. E-mail: amosov-av@yandex.ru.
Демидко Юрий Леонидович – д.м.н., врач-уролог клиники урологии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Адрес: 119991, г. Москва, ул. Большая Пироговская, 2, стр.4. E-mail: demidko1@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев Ю.Г. Расстройства мочеиспускания / Ю.Г. Аляев, В.А. Григорян, З.К. Гаджиева – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
2. Крымов, А.П. Учение о грыжах. – Л.: Практическая медицина, 1929. – 551 с.
3. Кукуджанов, Н.И. Паховые грыжи. – М.: Медицина, 1969. – 440 с.
4. Мазо, Е.Б. Гиперактивный мочевого пузыря / Е.Б. Мазо, Г.Г. Кривобородов. – М.: Вече, 2003. – 160 с.
5. Урология по Дональду Смиту / под ред. Э. Танаго, Дж. Маканинча. – М.: Практика, 2005. – 811 с.
6. Урология: национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.
7. Bilateral Obstructive Uropathy Secondary to Giant Periureteral Diverticulum /Alberto Hernando Arteché [et al.] // Case Reports in Urology. – 2013. – Vol. 13. – P. 1-4. Article ID 747412.
8. Inguinal Herniation of the Urinary Bladder Presenting as Recurrent Urinary Retention / Amit Frenkel [et al.]// Case Rep. Surg. – 2015. – Vol. 5. – P. 1-3.
9. Chidambaram Natrajan Balasubramanian Harisankar. Incidentally detected vesico- inguinal hernia on fluoro-deoxy glucose positron emission tomography-computed tomography / Chidambaram Natrajan Balasubramanian Harisankar // Indian J. Nucl. Med. – 2013. – Vol. 28(2). – P. 127-128.
10. Computerised tomographic appearance of hernias of the bladder / B.A. Izes [et al.] // J Urol. – 1993. – Vol. 149. – P. 1002-1005.
11. Massive inguinoscrotal bladder hernia / J.Westera [et al.] // Journal of Surgical Case Reports. – 2012. – Issue 5. – P. 1-3.
12. Shagos, G.S. Incidentally detected bladder hernia / G.S. Shagos, S. Padma, P. Shanmuga Sundaram. // Iran J. Nucl. Med. – 2012. – Vol. 20, No 2. – P. 34-36.
13. An inguinal bladder diverticulum. Case report of a rare finding in a recurrent inguinal hernia / S. Manfredelli [et al.] // Ann Ital Chir. – 2012. – Vol. 2. – P. 1-4.
14. Urological findings in inguinal hernias: a case report and review of the literature / M.T. Oruç [et al.] // Hernia. – 2004. – Vol. 8(1). – P. 76-79.
15. Postoperative Bladder Catheterization Based on Individual Bladder Capacity / A. Tammo Brouwer [et al.] // A Randomized Trial Anesthesiology. – 2015. – Vol.122. – P. 46-54.

УДК 618.15-002.2

© Коллектив авторов, 2018

З.А. Муртазина, А.Г. Ящук, А.В. Масленников, П.А. Берг, Э.А. Берг
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ
БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Целью исследования явилась разработка эффективного метода профилактики рецидивов бактериального вагиноза на основе оценки восстановления кислотопродуцирующей функции микрофлоры влагалища с применением аппаратной топографической рН-метрии. Женщинам контрольной группы (n=70) проводилась стандартная профилактика, включавшая применение вагинальных суппозиториях с молочной кислотой по 100 мг 2 раза в неделю в течение 6 месяцев, пациенткам основной группы (n=66) - схема профилактики, включающая циклическое назначение пре- и пробиотиков до момента восстановления нормальных показателей вагинальной микробиоты. Рецидив бактериального вагиноза у женщин основной группы произошёл в 18,6%, контрольной – в 58,6% случаев Таким образом, доказана эффективность предложенного метода профилактики бактериального вагиноза, основанного на восстановлении значений рН влагалища в границах значений «пространственной карты влагалищной рН при нормоценозе».

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, дисбиоз влагалища, рН влагалища, профилактика.

Z.A. Murtazina, A.G. Yashchuk, A.V. Maslennikov, P.A. Berg, E.A. Berg
OPTIMIZATION OF PREVENTIVE MEASURES FOR BACTERIAL VAGINOSIS

The aim of the study was the development of an effective method for the prevention of bacterial vaginosis recurrences based on an assessment of the restoration of the acid-producing function of the vaginal microflora using hardware topographic pH-metry. Women of the control group (n = 70) underwent standard prophylaxis including application of vaginal suppositories with lactic acid 100 mg twice a week for 6 months, patients of the main group (n = 66) - a preventive regimen including cyclic prescription of pre- and probiotics until the recovery of normal vaginal microbiota. Recurrence of bacterial vaginosis in women of the main group occurred in 18.6% of cases, in control - in 58.6%. Thus, the effectiveness of the proposed method for the prevention of bacterial vaginosis based on the restoration of pH values of the vagina within the range of the «spatial map of the vaginal pH in normocenosis» has been proved.

Key words: bacterial vaginosis, vaginal dysbiosis, vaginal pH, prophylaxis.

Бактериальный вагиноз (БВ) – одно из самых распространённых заболеваний половых путей женщин – встречается у 7-70% женщин репродуктивного возраста, причём у 15-30% женщин он протекает без выраженной клинической симптоматики [1,2]. БВ повышает риск развития широкого спектра генитальных, акушерских и экстрагенитальных осложнений [3].