

В.И. БЕЛОКОНЕВ<sup>1</sup>, С.М. ПИКАЛОВ<sup>2</sup>, С.Ю. ПУШКИН<sup>2</sup>, А.Н. ЖДАНОВА<sup>1</sup>

## ГИГАНТСКАЯ СКОЛЬЗЯЩАЯ ПАХОВО-МОШОНОЧНАЯ ГРЫЖА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина»<sup>2</sup>,  
Российская Федерация

В статье представлено клиническое наблюдение за пациентом 64 лет с гигантской скользящей пахово-мошоночной грыжей, страдающим ожирением 3 степени. При поступлении пациент предъявлял жалобы на увеличение в размерах мошонки, затрудняющее движение, и нарушение мочеиспускания. Болен с 1991 года, когда после подъема тяжестей появилось опухолевидное образование в правой паховой области, которое постепенно стало увеличиваться в размерах. К врачу обратился в 2015 году, когда мочеиспускание стало возможным только лежа на боку при давлении на мошонку.

Пациенту была выполнена операция, в ходе которой обнаружена сочетанная правосторонняя гигантская невправимая косая врожденная грыжа, осложненная гидроцеле, и прямая скользящая грыжа с вовлечением правого мочеточника и мочевого пузыря. С техническими трудностями вначале был выделен фибрино-измененный гигантских размеров грыжевой мешок, в дне которого находилось яичко. После выделения и обработки, перевязки семенного канатика у шейки, грыжевой мешок удален вместе с яичком. Его культя после ушивания внутренним кисетным швом погружена в предбрюшинное пространство. По завершении этого этапа медиально по отношению к удаленному грыжевому мешку в мошонке сохранялось опухолевидное образование больших размеров. При его разделении были обнаружены правый мочеточник и большая часть мочевого пузыря. Через надлобковый доступ в предбрюшинном пространстве было подготовлено ложе, в которое через окно в поперечной фасции в проекции медиальной паховой ямки были перемещены мочевой пузырь и правый мочеточник, наложена эпицистостома. В паховом канале проведено сшивание поперечной фасции, после чего его задняя стенка укреплена синтетическим протезом, прикрывшим обе паховые ямки. Операция завершена иссечением и пластикой мошонки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Интерес данного наблюдения заключается в редкости такой патологии и трудностях ее дооперационной диагностики. Окончательный диагноз был установлен только во время операции. Застарелая пахово-мошоночная грыжа является сложной хирургической патологией. Профилактикой образования таких грыж является раннее оперативное лечение. Особенность выполненной операции состояла в том, что была произведена пластика мошонки, позволившая избежать осложнений и улучшить результат лечения.

*Ключевые слова:* скользящая паховая грыжа мочевого пузыря, грыжесечение, гидроцеле, комбинированный способ пластики, эпицистостомия, послеоперационный период, исходы лечения

A clinical observation of 64-year-old patient with giant sliding inguinal scrotal hernia, suffering from third-degree obesity is presented in this article. On admission the patient complained that the scrotum gradually increased in size to the extent of impairing free movement and urinary tract disorders. He has been ill since 1991, when a tumor-like formation developed in the right groin after lifting a heavy object and gradually began to increase in size. The patient appealed to a physician only in 2015 due to his inability to urinate otherwise than in the lying position by pressure on the scrotum. The patient was operated on and during the operation a combined right-sided huge oblique congenital hernia, complicated by hydrocele, which couldn't be reset and direct sliding inguinal hernia containing the ureter and bladder had been revealed. With some technical difficulties the fibro-changed huge hernia sac with a testicle was initially isolated. After isolation and treatment, the neck of the spermatic cord was tied off, the hernia sac with the right testicle were removed. Its stump after the closure with the internal purse-string suture was loaded in the preperitoneal space. When this stage was completed medially in relation to the removed hernia sac a tumor-like large formation remained in the scrotum. The right ureter and most part of the bladder were found in division of tumor-like formation. The bed was prepared via the suprapubic access in the preperitoneal space, in which via the window in the transverse fascia in the projection of the medial inguinal fossa the bladder and right ureter were displaced and the epicystostomy was imposed. In the inguinal canal the stitching of the transverse fascia was carried out, after that its posterior wall was reinforced with synthetic prosthesis, covering both inguinal fossae. Operation was completed by scrotal excision and reconstruction with skin grafts plasty. The incisional period was uneventful. The point of this observation is the rarity of this disease and the difficulty of preoperative diagnosis established clinically only. An exact diagnosis was established only during the operation. Inguinal-scrotal chronic hernia is a complex surgical pathology. Prevention of the formation of these hernias is considered to be as an early surgical treatment. It is interesting to notice one peculiarity of this operation – it means the performance of scrotal plasty letting avoiding complications and improving the outcome of treatment.

*Keywords:* sliding inguinal hernia of the bladder, herniotomy, hydrocele, combined method of plasty, epicystostomy, incisional period, outcome of treatment

Novosti Khirurgii. 2016 Nov-Dec; Vol 24 (6): 617-622

Giant Sliding Inguinal Scrotal Hernia of the Bladder

V.I. Belokonev, S.M. Pikalov, S.Y. Pushkin, A.N. Zhdanova

### Введение

Скользкая грыжа наблюдается у 1-1,5% пациентов с паховыми грыжами [1]. Ее развитие обусловлено механическим смещением брюшиной грыжевого мешка и прилежащих к нему участков слепой или сигмовидной кишки, мочевого пузыря, лишенных серозного покрова [1, 2]. При этом в образовании грыжевого мешка кроме париетальной принимает участие и висцеральная брюшина. Наиболее часто наблюдаются скользящие грыжи мочевого пузыря, слепой кишки, матки и яичников, реже – сигмовидной и нисходящей ободочной кишки, мочеточников и почек [3]. Грыжи мочевого пузыря по расположению брюшины по отношению к органу могут быть внебрюшинными, окологрышевыми (скользящими) и внутрибрюшинными. Скользящие грыжи мочевого пузыря у мужчин встречаются в 4 раза чаще, чем у женщин [4].

Скользкая грыжа мочевого пузыря может образовываться внезапно при напряжении либо постепенно. При этом в вертикальном положении при натуживании грыжа выходит за пределы грыжевых ворот, а в горизонтальном – вправляется в брюшную полость. Характерными симптомами грыжи являются наличие опухолевидного образования и боль в паховой области, затруднение при ходьбе. Специфическими симптомами такого варианта грыжи являются мочеиспускание в два приема, когда после начального опорожнения мочевого пузыря при надавливании на грыжевое выпячивание появляется новый позыв на мочеиспускание, а также увеличение грыжевого выпячивания при длительном отсутствии мочеиспускания, исчезающее после его опорожнения [5].

Диагностика скользящей грыжи мочевого пузыря включает осмотр, пальпацию, УЗИ, катетеризацию мочевого пузыря с последующей цистографией. Эти методы позволяют в стенке грыжевого мешка обнаружить мочевой пузырь, оценить его объем, выявить в нем конкременты. Наблюдения показывают, что катетеризация мочевого пузыря из-за его смещения в грыжевом мешке не всегда возможна. В таком случае исчерпывающую информацию о состоянии органа, входящего в состав скользящей грыжи, дает мультиспиральная компьютерная томография с 3D-реконструкцией [6]. Существует много способов лечения паховых грыж [7, 8], но техника операций при скользящих грыжах имеет свои особенности, поэтому подробный

анализ каждого наблюдения имеет значение для выработки рекомендаций, направленных на улучшение результатов их лечения.

**Цель работы** – описание клинического наблюдения за пациентом с гигантской скользящей паховой грыжей мочевого пузыря, оценка особенностей течения заболевания, методов диагностики и техники выполнения операции.

### Клинический случай

Пациент 64 лет был госпитализирован в хирургическое отделение 30.11.15 г. При поступлении предъявлял жалобы на увеличение в размерах мошонки, затрудняющее движение, нарушение мочеиспускания.

**А. morbi.** Считает себя больным с 1991 года, когда при подъеме тяжестей и натуживании стал отмечать появление уплотнения и опухолевидного образования в правой паховой области. За 10 лет оно стало больших размеров, при этом изменился характер мочеиспускания. Для опорожнения мочевого пузыря пациент стал принимать вынужденное положение лежа на спине или на боку с надавливанием при этом на мошонку. К врачам за помощью не обращался. Только в 2013 году при госпитализации в кардиологическое отделение по поводу гипертонической болезни ему была рекомендована консультация хирурга. Однако пациент обратился за помощью только в 2015 году, когда грыжа достигла гигантских размеров. Кожа на мошонке и крайней плоти стала плотной, что затрудняло передвижение пациента, а мочеиспускание стало почти невозможным (рис. 1, 2).

**Рис. 1.** Внешний вид скользящей грыжи у пациента в положении стоя





Рис. 2. Этап выделения грыжевого мешка

Status praesens communis. При осмотре – пациент повышенного питания. Состояние средней степени тяжести, подъем и укладка в постель затруднены. Пульс – 76 в минуту. АД – 115/70 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Язык влажный. Живот огромных размеров, в акте дыхания участвует. При пальпации мягкий, безболезненный. При осмотре в правой паховой области с переходом на мошонку определяется опухолевидное образование гигантских размеров ~ 50×30×30 см, которое не вправляется в брюшную полость. Кожа мошонки отечная, уплотнена и напряжена. Пальпация яичек через мошонку невозможна. Кожа вокруг головки полового члена плотная, отечная, из-за чего крайняя плоть не открывается. Предварительный диагноз: правосторонняя гигантская невправимая скользящая пахово-мошоночная грыжа.

Проведено УЗИ мошонки, которое оказалось неинформативным из-за выраженного отека тканей. Мультиспиральную компьютерную томографию выполнить не удалось из-за избыточной массы тела пациента, которая составляла 165 кг.

Из-за нарастающего болевого синдрома в мошонке, неспособности пациента самостоятельно помочиться, безуспешности попыток катетеризации мочевого пузыря без обезболивания из-за выраженного отека крайней плоти полового члена, пациент был оперирован в экстренном порядке. Обезболивание – перидуральная анестезия. На операционном столе урологам выполнить катетеризацию мочевого пузыря катетерами (Фолея, Нелатона) не удалось из-за недостаточной их длины, поэтому с этой целью был использован назогастральный зонд № 14.

Разрезом длиной 35 см в правой паховой области с переходом на мошонку параллельно была рассечена кожа и подкожная клетчатка, отмечалась выраженная кровоточивость тканей.

Кожа мошонки резко утолщена, с явлениями лимфостаза. У наружного отверстия пахового канала был выделен грыжевой мешок, паховый канал вскрыт (рис. 2). Диаметр грыжевых ворот у наружного отверстия пахового канала около 6-7 см. Грыжевой мешок гигантских размеров (35×25×30 см) был выделен из мошонки. Поэтапно начато разделение тканей, входящих в состав грыжевого мешка. При этом сначала был выделен фиброзно-измененный гигантских размеров грыжевой мешок, шейка которого располагалась в проекции глубокого пахового кольца. У шейки грыжевой мешок был вскрыт, из него выделилось около 500 мл геморрагического экссудата с фибрином. В дне грыжевого мешка располагалось яичко. В проксимальном направлении грыжевой мешок уходил в брюшную полость. Судя по расположению и характеру сообщения грыжевого мешка с брюшной полостью, это врожденная косая грыжа. Грыжевой мешок был выделен по всему периметру, проксимальный и дистальный его отделы разделены. Дистальный отдел грыжевого мешка вместе с яичком и пересеченным семенным канатиком удалены единым блоком. Проксимальный отдел грыжевого мешка у шейки ушит внутренним кисетным швом на брюшину, и после его резекции культя была погружена в предбрюшинное пространство. После выделения и обработки грыжевого мешка с перевязкой семенного канатика у шейки, которая располагалась в проекции глубокого пахового кольца, грыжевой мешок ушит внутренним кисетным швом на брюшину, и после резекции его культя была погружена в предбрюшинное пространство. Однако после завершения этого этапа в мошонке медиально от удаленного вышеописанного грыжевого мешка осталось опухолевидное образование мягкоэластичной консистенции, размерами 15×10×10 см. При разделении латеральной поверхности этого образования был обнаружен правый мочеточник диаметром 1,5-2,0 см, образующий петлю за пределами грыжевых ворот. При этом медиально он уходил в предбрюшинное пространство. На операцию приглашен уролог. Под контролем хода мочеточника при попытке выделения у грыжевых ворот, которыми являлся дефект в поперечной фасции в проекции медиальной ямки описанного образования на расстоянии 3-4 см, был вскрыт просвет мочевого пузыря, из которого стала выделяться застойная моча, конкременты. В просвете мочевого пузыря обнаружен установленный до начала операции катетер. После этого стало очевидным, что стенкой второго грыжевого мешка является мочевой пузырь, то есть это прямая скользящая пахово-мошоночная грыжа. Произведена

пальцевая ревизия просвета мочевого пузыря в проксимальном и дистальном направлениях. Оказалось, что в мошонке располагался практически весь мочевой пузырь за исключением небольшого предбрюшинного участка, в который и впадал правый мочеточник. Из просвета мочевого пузыря удалены конкременты диаметром от 5 до 6 мм. Учитывая выраженное расширение правого мочеточника ( $d=2,0$  см), встал вопрос о возможности его стентирования. Однако из-за его извитости выполнить это не удалось. Дефект в стенке мочевого пузыря был ушит двухрядным швом нитями викрил 2.0. Затем разрезом длиной 10 см в надлобковой области рассечена кожа, подкожная клетчатка, апоневроз. Прямые мышцы живота разведены, вскрыта поперечная фасция. Тупо брюшина отделена от лонной кости, создано ложе для перемещения в него мочевого пузыря. Грыжевые ворота максимально расширены крючками, мочевой пузырь и правый мочеточник из мошонки перемещен в предбрюшинное пространство за лонной костью. На переднюю стенку мочевого пузыря наложена эпицистостома. Мочевой пузырь заполнен физиологическим раствором для проверки его герметичности. При заполнении вводимый раствор оттекал только через уретральный катетер. После дренирования околопузырного пространства выполнено послойное ушивание раны. Эпицистостома была фиксирована к коже. После завершения этого этапа произведена пластика правого пахового канала комбинированным способом (рис. 3). Наложены швы на поперечную фасцию. Укрепление задней стенки пахового канала выполнено полипропиленовым протезом  $18 \times 12$  см, который подшит к пупартовой связке, а затем изнутри к апоневрозу косой наружной мышцы живота. Над протезом сшиты края апоневроза — протезирующая пластика sub lay. Операция завершена иссечением и пластикой мошонки.

Макропрепарат представлен иссеченной кожей мошонки с явлениями хронического лимфостаза, оболочками грыжевого мешка с семенным канатиком и правым яичком.

Послеоперационный диагноз: сочетанная правосторонняя гигантская невправимая косая врожденная пахово-мошоночная грыжа, осложненная гидроцеле, и прямая скользящая грыжа с вовлечением правого мочеточника и мочевого пузыря. Множественные камни мочевого пузыря. Вторичный уретерогидронефроз справа.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациенту были назначены антибиотикотерапия, анальгетики и физиолечение (лазеротерапия, УВЧ на область ран). На 4-е сутки из послеоперационной раны был удален



Рис. 3. Этап пластики пахового канала комбинированным способом

дренаж, а на 10-е сутки сняты швы на коже. Пациент был выписан на 11-е сутки в удовлетворительном состоянии с функционирующей эпицистостомой (рис. 4).

Наблюдение за пациентом в сроки 3, 6 и 9 месяцев показало, что результат лечения грыжи хороший, рецидива нет. Отек тканей наружных половых органов значительно уменьшился. Стала открываться головка полового члена (рис. 5, 6). По данным УЗИ почек и мочевого пузыря, полостная система справа незначительно расширена, стенка мочевого пузыря ровная, емкость его около 250 мл, данных о конкрементах не обнаружено. По данным ТРУЗИ простаты, объем аденомы составляет  $60 \text{ см}^3$ . Пациент готовится к плановому оперативному лечению — ТУР простаты.

Рис. 4. Зона оперативного вмешательства на 5-е сутки



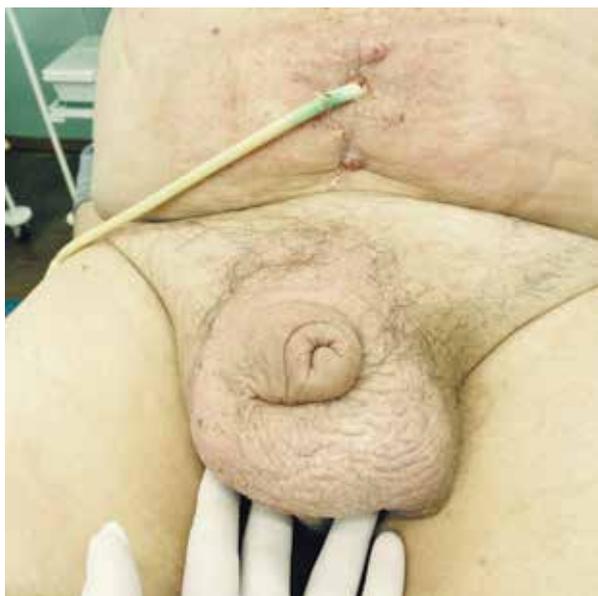


Рис. 5. Зона оперативного вмешательства через 3 месяца



Рис. 6. Зона оперативного вмешательства через 9 месяцев

### Обсуждение

Лечение пациентов с гигантскими пахово-мошоночными грыжами является сложной задачей [3]. В данном клиническом случае мы столкнулись с гигантской грыжей мочевого пузыря, когда в грыжевом мешке располагался не только мочевой пузырь, но и правый мочеточник. Сложность выполнения операции состояла в том, что грыженосительство в течение 24 лет привело к грубым анатомическим нарушениям взаимоотношений органов, смещенных в пахово-мошоночную область. Только последовательное выделение в ходе операции элементов грыжевого мешка позволило верифицировать мочеточник, мочевой пузырь, семенной канатик и яичко. Операция была завершена резекцией грыжевого мешка с правым яичком, перемещением мочевого пузыря и правого мочеточника в предбрюшинное пространство с формированием эпицистостомы. Грыжевые ворота в паховой области были закрыты комбинированным способом с использованием полипропиленовой сетки. Принципиально важной и обоснованной считаем выполненную больному пластику мошонки, что позволило избежать послеоперационных осложнений, связанных с сохранением гигантского кожно-подкожного мешка в паховой области, и улучшить качество жизни пациента.

### Заключение

Таким образом, демонстрация пациента с гигантской пахово-мошоночной грыжей с

перемещением в грыжевой мешок мочевого пузыря и правого мочеточника показала, что трудности оказания ему помощи возникли как на этапе диагностики, так и во время выполнения операции. Они были обусловлены застарелым характером заболевания, избыточной массой пациента и отсутствием объективных дооперационных данных об особенностях грыжи, установленных только во время операции. Возможность такого варианта течения скользящей пахово-мошоночной грыжи станет дополнительной информацией, которая может быть полезна при лечении других пациентов с аналогичной патологией.

Согласие пациента на публикацию данного клинического случая с научной и образовательной целью, а также размещение материалов статьи в сети «Интернет» получено и представлено редакции.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кукуджанов НИ. Паховые грыжи. Москва, РФ: Медицина; 1969. 440 с.
2. Белоконов ВИ, Пушкин СЮ, Ковалева ЗВ, Мелентьева ОН, Пономарева ЮВ. Грыжи живота: учеб пособие. Москва, РФ: Форум. Инфа-М; 2015. 184 с.
3. Жебровский ВВ, Эльбашир МТ. Хирургия грыж живота и эвентраций. Москва, РФ: МИА; 2009. 440 с.
4. Иванов СВ, Горбачева ОС, Иванов ИС, Горяинова ГН, Обьедков ЕГ, Тарабрин ДВ, и др. Гигантская пахово-мошоночная грыжа. *Новости Хирургии*. 2015;23(2):226-30. doi: <http://dx.doi.org/10.18484/2305-0047.2015.2.226>.
5. Абоев СА. Реконструкция брюшной стенки при грыжах паховой области. Владикавказ, РФ; 2011. 156 с.

6. Schumpelick V, Fitzgibbons RJ, eds. Recurrent hernia prevention and treatment. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2007. 427 p.
7. Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. *BMJ*. 2008 Feb 2; 336(7638): 269-72. doi: 10.1136/bmj.39450.428275.
8. Федосеев АВ, Муравьев СЮ, Чекушин АА, Инютин АА. Взгляд на этиологию и патогенез грыжеобразования в XXI веке. *Герниология*. 2009;(2):8-13.

#### REFERENCES

1. Kukudzhyanov NI. Pakhovyе gryzhi [Inguinal hernias]. Moscow, RF: Meditsina; 1969. 440 p.
2. Belokonev VI, Pushkin SIu, Kovaleva ZV, Melent'eva ON, Ponomareva IuV. Gryzhi zhivota [Hernias of the abdomen]: ucheb posobie. Moscow, RF: Forum. Infa-M; 2015. 184 p.
3. Zhebrovskii VV, El'bashir MT. Khirurgiia gryzh zhivota i eventratsii [Surgery of abdominal hernias and

#### Адрес для корреспонденции

443095, Российская Федерация,  
г. Самара, ул. Ташкентская, д. 159,  
ГБУЗ «Самарская областная клиническая  
больница им. В.Д. Середавина»,  
тел. раб.: (846) 956-32-47,  
e-mail: zh.antoninauro@gmail.com,  
Жданова Антонина Николаевна

#### Сведения об авторах

Белоконев В.И., заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №2 ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет».  
Пикалов С.М., главный внештатный уролог Министерства здравоохранения Самарской области, заведующий урологическим отделением, врач высшей категории ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина».  
Пушкин С.Ю., д.м.н., заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина».  
Жданова А.Н., ординатор кафедры урологии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет».

Поступила 28.04.2016 г.

- eventrations]. Moscow, RF: MIA; 2009. 440 p.
4. Ivanov SV, Gorbacheva OS, Ivanov IS, Gorainova GN, Ob"edkov EG, i dr. Gigantskaia pakhovо-moshonochnaia gryzha [Giant inguinal-scrotal hernia]. *Novosti Khirurgii*. 2015;23(2):226-30.
5. Aboev SA. Rekonstruktsiia briushnoi stenki pri gryzhakh pakhovoі oblasti [Reconstruction of the abdominal wall in the groin hernia]. *Vladikavkaz, RF*; 2011. 156 p.
6. Schumpelick V, Fitzgibbons RJ, eds. Recurrent hernia prevention and treatment. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2007. 427 p.
7. Jenkins JT, O'Dwyer PJ. Inguinal hernias. *BMJ*. 2008 Feb 2; 336(7638): 269-72. doi: 10.1136/bmj.39450.428275.
8. Fedoseev AV, Murav'ev SIu, Chekushin AA, Inyutin AA. Vzgliad na etiologiiu i patogenez gryzheobrazovaniia v XXI veke [A view at the etiology and pathogenesis of herniation in the twenty-first century]. *Gerniologiia*. 2009;(2):8-13.

#### Address for correspondence

443095, Russian Federation,  
Samara, Tashkent st., 159,  
GBUZ «Samara Regional  
Clinical Hospital named after V.D. Seredavin».  
Tel.: (846) 956-32-47  
E-mail: zh.antoninauro@gmail.com  
Zhdanova Antonina Nikolaevna

#### Information about the authors

Belokonev V.I. Honored Physician of RF, MD, professor, Head of department N2 of the surgical diseases, FSBE HE «Samara State Medical University».  
Pikalov S.M. Chief freelance urologist of the Ministry of Health of Samara region, Head of the urology unit, physician of the highest category of SBME «Samara Regional Clinical Hospital named after V.D.Seredavin».  
Pushkin S.Y. MD, Deputy Chief (Surgery), SBME «Samara Regional Clinical Hospital named after V.D.Seredavin».  
Zhdanova A.N. Clinical intern of the urology department, FSBE HE «Samara State Medical University».

Received 28.04.2016