

# Паховая грыжа мочевого пузыря

А.Г.Резниченко<sup>1</sup>, О.Ю.Долгих<sup>1</sup>, А.В.Амосов<sup>2</sup>, Ю.Л.Демидко<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Городская больница №5, Сочи, Российская Федерация;

<sup>2</sup>Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Паховая грыжа мочевого пузыря является сравнительно редким заболеванием и наблюдается в 1–6% случаев среди всех паховых грыж. Паховая грыжа, грыжевым содержимым которой оказывается дивертикул мочевого пузыря, еще более редкое явление. Кроме того, из-за разности в трактовке понятия «дивертикул мочевого пузыря» в отечественной и зарубежной литературе имеются отличия в статистике данного вида патологического явления. В статье рассмотрен клинический случай хирургического лечения паховой грыжи мочевого пузыря, грыжевым содержимым которой оказался дивертикул последнего. Субъективная симптоматика в предоперационном периоде заставила заподозрить у больного скользящую грыжу мочевого пузыря. Однако дополнительные методы исследования не позволили установить точный диагноз до операции. Интраоперационная диагностика с анализом всех диагностических мероприятий, определением их значимости позволила избрать малотравматическую технику герниопластики и избежать послеоперационных осложнений.

*Ключевые слова:* паховая грыжа, грыжа мочевого пузыря

**Для цитирования:** Резниченко А.Г., Долгих О.Ю., Амосов А.В., Демидко Ю.Л. Паховая грыжа мочевого пузыря. Вопросы урологии и андрологии. 2018; 6(1): 22–25. DOI: 10.20953/2307-6631-2018-1-22-25

## Inguinal bladder hernia

A.G.Reznichenko<sup>1</sup>, O.Yu.Dolgikh<sup>1</sup>, A.V.Amosov<sup>2</sup>, Yu.L.Demidko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>City Hospital No 5, Sochi, Russian Federation;

<sup>2</sup>I.M.Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

Inguinal bladder hernia is a relatively rare condition, observed in 1–6% of cases of all inguinal hernias. Inguinal hernia, whose hernial contents are composed of a urinary bladder diverticulum, is a still more rare event. Besides, due to differences in the interpretation of the term «urinary bladder diverticulum» in Russian and English-language literature the statistics of this pathology also differ. The article discusses a clinical case of surgical management of an inguinal bladder hernia, containing the urinary bladder diverticulum. The patient's subjective symptoms in the pre-operative period caused to suspect a sliding bladder hernia. But additional examination methods did not permit to make a precise diagnosis before surgery. Intraoperative diagnostics with analysis of all diagnostic measures, determination of their significance permitted to choose a low-invasive technique of hernioplasty and avoid post-operative complications.

*Key words:* inguinal hernia, urinary bladder hernia

**For citation:** Reznichenko A.G., Dolgikh O.Yu., Amosov A.V., Demidko Yu.L. Inguinal bladder hernia. Vopr. urol. androl. (Urology and Andrology). 2018; 6(1): 22–25. (In Russian). DOI: 10.20953/2307-6631-2018-1-22-25

**В** клинической практике грыжи мочевого пузыря – достаточно редкое явление.

По данным разных авторов, частота их колеблется от 1,1 до 6,34%, причем увеличение их числа необходимо считать результатом сильного, искусственного вытягивания грыжевого мешка вместе с мочевым пузырем во время операции, в связи с чем они получили название «искусственных», или «операционных грыж» мочевого пузыря [1].

По анатомическим соотношениям грыжевой части мочевого пузыря и грыжевого мешка различают 3 вида скользя-

щих грыж мочевого пузыря: интраперитонеальные (*cystocele intraperitoneale*), параперитонеальные (*cystocele paraperitoneale*), экстраперитонеальные (*cystocele extraperitoneale*).

Крымов А.П., опираясь на данные Imbert (10 экстраперитонеальных, 26 параперитонеальных, 4 интраперитонеальных) и Lotheissen (69 экстраперитонеальных, 24 параперитонеальных, 6 интраперитонеальных), отмечает, что на самом деле у большей части экстраперитонеальных грыж мочевого пузыря имеется различной выраженности грыжевой мешок [2], что необходимо учитывать в идентифика-

### Для корреспонденции:

Резниченко Анатолий Григорьевич, врач-хирург хирургического отделения Городской больницы №5

Адрес: 354207, Сочи, ул. Армавирская, 145А

Телефон: (862) 252-2133

E-mail: shenichirime@mail.ru

Статья поступила 07.12.2017 г., принята к печати 28.03.2018 г.

### For correspondence:

Anatoliy G. Reznichenko, surgeon of the surgical department City Hospital No 5

Address: 145A Armavirskaya str., Sochi, 354060, Russian Federation

Phone: (862) 252-2133

E-mail: shenichirime@mail.ru

The article was received 07.12.2017, accepted for publication 28.03.2018

ции самой грыжи; данные Imbert необходимо считать более точными, так как параперитонеальных грыж всегда больше.

Пахово-мошоночная грыжа, грыжевым содержимым которой является дивертикул мочевого пузыря, еще более редкое явление. К 2012 г. в англоязычной литературе описано 19 случаев этой патологии [3]. Другие авторы в это же время говорят, что частота случаев, когда дивертикул мочевого пузыря – грыжевое содержимое в обсуждаемой патологии, колеблется от 1 до 4% [4–6].

Такая разница в этих статистических показателях не может не исходить в различии самого понятия «дивертикул мочевого пузыря».

Так, отечественные авторы считают дивертикулом 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 [7].

Иностранные авторы утверждают, что дивертикул мочевого пузыря – это выпячивание только слизистой через его гипертрофированные мышечные волокна [8, 9].

В качестве доказательства сложности указанной патологии приводим следующее наблюдение.

**Пациент В.**, 58 лет, поступил в нашу больницу в порядке самообращения с жалобами на периодически учащенное, затрудненное, болезненное мочеиспускание, улучшающееся при давлении на «опухоль» в правой паховой области, 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 увеличивалась в размерах, стала причинять боли при физических нагрузках и задержках с мочеиспусканиями. Занимался самолечением, без эффекта.

Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Индекс массы тела – 25,9 кг/м<sup>2</sup>. Живот ассиметричен неправильной формы за счет грыжевого выпячивания в правой паховой области, увеличивающегося в вертикальном положении больного и натуживании. При поверхностной пальпации правой паховой области под кожей в проекции пахового канала определяется опухолевидное образование колбасовидной формы, размерами 8 × 2,5 × 2,5 см, гладко-эластичной консистенции, подвижное, малоболезненное (впоследствии, во время операции грыжесечения указанное образование удалено, гистологически – липома). 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 предстательная железа округлой формы, диаметр – 4,5 см, гладко-эластичной консистенции, малоболезненная, междолевая борозда ровная сглажена.

Индекс по шкале IPSS – 19 баллов. Общеклинические анализы в пределах нормы. Простат-специфический антиген (ПСА) в крови общ. – 1,44 нг/мл; ПСА своб. – 0,38 нг/мл.

При УЗИ (произведено несколько раз) объем мочевого пузыря ≤160 мл на фоне применения спазмолитиков, контуры его четкие, толщина стенки 7 мм, дополнительных образований в полости мочевого пузыря не определяется; предстательная железа объемом 33,3 см<sup>3</sup>, контуры ее четкие, структура однородная; объем остаточной мочи ≤15 мл.

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

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

Больной оперирован под спинномозговой 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 свободно вправлены в брюшную полость. Грыжевой мешок прошит у шейки, перевязан и отсечен. При дальнейшей ревизии содержимого пахового канала под липомой семенного канатика (удалена, гистологически – липома) в проекции медиальной паховой ямки определяется грыжевое выпячивание округлой формы, диаметр – 3 см, покрыто предбрюшинной жировой клетчаткой, плотно-эластичной консистенции, не вправляется 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 250 мл, указанное образование стало увеличиваться в размерах (рис. 2). После полного опорожнения мочевого пузыря с техническими трудностями указанное грыжевое выпячивание было вправлено в брюшную полость. Операция закончена пластикой пахового канала по Постемпскому – Бассини. С целью профилактики возможных осложнений в послеоперационном периоде проводилась постоянная катетеризация мочевого пузыря катетером Фолея. Перед удалением катетера на 8-е сутки мочевой пузырь наполнен 205 мл раствора урографина, произведена контрольная цистография (рис. 3), после чего катетер удален. После удаления катетера мочеиспускание у больного свободное, хорошей струей.

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

В общем анализе мочи больного, произведенного за 1 сутки до удаления катетера, лейкоцитов – 4-5-6 в поле зрения, эритроцитов до 50 в поле зрения.

Согласно мнению Кукуджанова Н.И. [1], в нашем случае мы оперировали больного с комбинированной паховой грыжей, когда 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, 2-моментный принцип опорожнения мочевого пузы-

ря заставили заподозрить у больного скользящую грыжу мочевого пузыря.

Однако дополнительные методы исследования, а именно УЗИ мочевого пузыря, ретроградная цистография, цистоскопия, проведенные у нашего больного, не позволили установить точный диагноз до операции, что согласуется с данными наших и зарубежных авторов [6]. Здесь, возможно, имеется несколько причин.



Рис. 1. Цистография мочевого пузыря.

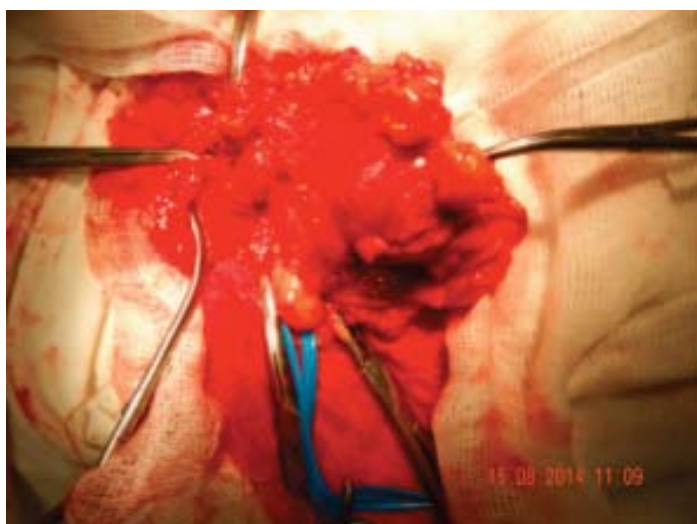


Рис. 2. Катетеризация мочевого пузыря.

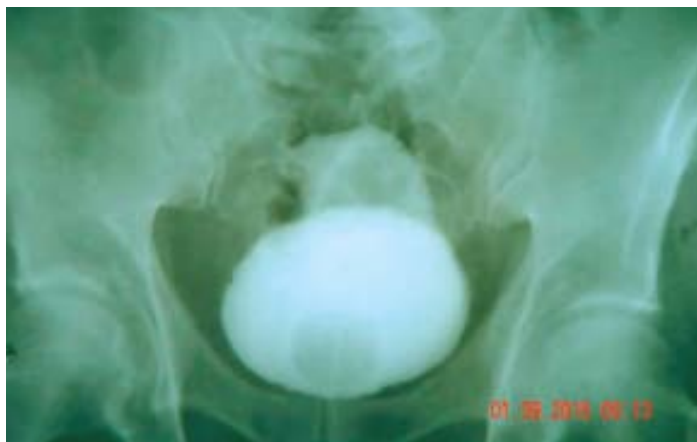


Рис. 3. Контрольная цистография мочевого пузыря на 8-е сутки после операции.

Во-первых, индивидуальная емкость мочевого пузыря, о которой говорят Таммо А. и соавторы [10], у нашего больного была достаточно маленькая (160 мл), что не позволило до операции наполнить мочевой пузырь, так, чтобы была заполнена для визуализации его грыжевая часть.

Во-вторых, размеры грыжевого выпячивания (диаметр – 2 см), достаточно узкая шейка его, о чем говорят трудности вправления грыжи, вероятно, «смазали» цистоскопическую картину.

В-третьих, длительное ношение грыжи, невозможность полного вправления ее 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 [11, 12], так как в послеоперационном периоде имелся отчетливый положительный ответ на применение М-холинолитиков. В то же время нейровегетативная блокада, примененная во время операции при спинно-мозговой 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 говорят иностранные авторы, а именно компьютерная томография [6, 13], магнитно-резонансная томография (МРТ) [14], сцинтиграфия [15], позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) [16], нами по техническим и экономическим причинам не применялись.

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

Таким образом, грыжи мочевого пузыря достаточно сложны для диагностики.

Частота распознавания их невелика и не превышает в среднем 7–10% [1]. Такая толика 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%, значит, более чем в половине случаев не распознаются, причем в большинстве из них происходит ранение мочевого пузыря.

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

## Литература

1. Кукуджанов НИ. Паховые грыжи. М.: Медицина, 1969.
2. Крымов АП. Учение о грыжах. Л.: Практическая медицина, 1929.
3. Tyler R, Vint R, Morton L. Beware: the inguinoscrotal hernia with urological origins. J Surg Case Rep. 2013 Feb 6;2013(2). pii: rjt001. DOI: 10.1093/jscr/rjt001
4. Manfredelli S, Zitelli A, Pontone S, Marcantonio M, Nargi A, Forte A, Angelici A. An inguinal bladder diverticulum. Case report of a rare finding in a recurrent inguinal hernia. Ann Ital Chir. 2012 Oct 26;2012. pii: S2239253X12019810.

5. Frenkel A, Roy-Shapira A, Shelef I, Shaked G, Brotfain E, Koymann L, et al. Inguinal Herniation of the Urinary Bladder Presenting as Recurrent Urinary Retention. *Case Rep Surg.* 2015;2015:531021. DOI: 10.1155/2015/531021
6. Oruç MT, Akbulut Z, Ozozan O, Coşkun F. Urological findings in inguinal hernias: a case report and review of the literature. *Hernia.* 2004 Feb;8(1):76-9. DOI: 10.1007/s10029-003-0157-6
7. Урология: национальное руководство. Под ред. Лопаткина НА. М.: GEOTAR-Медиа, 2013.
8. Hernando Arteché A, San Jose Manso LA, Olivier Gomez C, Silmi Moyano AN. Bilateral obstructive uropathy secondary to giant periureteral diverticulum. *Case Rep Urol.* 2013;2013:747412. DOI: 10.1155/2013/747412
9. Урология по Дональду Смиту. Под ред. Танаго Э, Маканинч Дж. М.: Практика, 2005.
10. Brouwer TA, Rosier PF, Moons KG, Zuithoff NP, van Roon EN, Kalkman CJ. Postoperative bladder catheterization based on individual bladder capacity: a randomized trial. *Anesthesiology.* 2015 Jan;122(1):46-54. DOI: 10.1097/ALN.0000000000000507
11. Аляев ЮГ, Григорян ВА, Гаджиева ЗК. Расстройства мочеиспускания. М.: Литтерра, 2006.
12. Мазо ЕБ, Кривобородов ГГ. Гиперактивный мочевой пузырь. М.: Вече, 2003.
13. Izes BA, Larsen CR, Izes JK, Malone MJ. Computerised tomographic appearance of hernias of the bladder. *J Urol.* 1993;149:1002-5.
14. Westera J, Meyer J, Reynolds J, Lambrianides A. Massive inguinoscrotal bladder hernia. *J Surg Case Rep.* 2012 May 1;2012(5):5. DOI: 10.1093/jscr/2012.5.5
15. Shagos GS, Padma S, Shanmuga P. Incidentally detected bladder hernia Iran J Nucl. Med. 2012;20(2):34-6.
16. Harisankar CN. Incidentally detected vesico-inguinal hernia on fluoro-deoxy glucose positron emission tomography-computed tomography Indian J Nucl Med. 2013 Apr;28(2):127-8. DOI: 10.4103/0972-3919.118262
7. Urologiya [Urology]. Edited by Lopatkin NA. Moscow: "GEOTAR-Media" Publ., 2013. (In Russian).
8. Hernando Arteché A, San Jose Manso LA, Olivier Gomez C, Silmi Moyano AN. Bilateral obstructive uropathy secondary to giant periureteral diverticulum. *Case Rep Urol.* 2013;2013:747412. DOI: 10.1155/2013/747412
9. Tanagho, Emil A.; McAninch, Jack W. Urologiya po Donal'du Smitu [Smith's General Urology]. Moscow: "Praktica" Publ., 2005. (In Russian).
10. Brouwer TA, Rosier PF, Moons KG, Zuithoff NP, van Roon EN, Kalkman CJ. Postoperative bladder catheterization based on individual bladder capacity: a randomized trial. *Anesthesiology.* 2015 Jan;122(1):46-54. DOI: 10.1097/ALN.0000000000000507
11. Alyaev YuG, Grigoryan VA, Gadzhieva ZK. Rasstroistva mocheispushkaniya [Urination disorders]. Moscow: "Litterra" Publ., 2006. (In Russian).
12. Mazo EB, Krivoborodov GG. Giperaktivnyi mochevoi puzyr'. Moscow: "Veche" Publ., 2003. (In Russian).
13. Izes BA, Larsen CR, Izes JK, Malone MJ. Computerised tomographic appearance of hernias of the bladder. *J Urol.* 1993;149:1002-5.
14. Westera J, Meyer J, Reynolds J, Lambrianides A. Massive inguinoscrotal bladder hernia. *J Surg Case Rep.* 2012 May 1;2012(5):5. DOI: 10.1093/jscr/2012.5.5
15. Shagos GS, Padma S, Shanmuga P. Incidentally detected bladder hernia Iran J Nucl. Med. 2012;20(2):34-6.
16. Harisankar CN. Incidentally detected vesico-inguinal hernia on fluoro-deoxy glucose positron emission tomography-computed tomography Indian J Nucl Med. 2013 Apr;28(2):127-8. DOI: 10.4103/0972-3919.118262

## References

---

### Информация о соавторах:

Долгих Олег Юрьевич, главный врач Городской больницы №5  
 Адрес: 354207, Сочи, ул. Армавирская, 145А  
 Телефон: (862) 252-2133  
 E-mail: helpass@yandex.ru

Амосов Александр Валентинович, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет)  
 Адрес: 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, 2, стр. 1  
 Телефон: (499) 248-7100  
 E-mail: amosov-av@yandex.ru

Демидко Юрий Леонидович, доктор медицинских наук, врач-уролог клиники урологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова (Сеченовский Университет)  
 Адрес: 119991, Москва, ул. Большая Пироговская, 2, стр. 1  
 Телефон: (499) 248-7100  
 E-mail: demidko1@mail.ru

---

### Information about co-authors:

Oleg Yu. Dolgih, head physician, City Hospital No 5  
 Address: 145A Armavirskaya str., Sochi, 354060, Russian Federation  
 Phone: (862) 252-2133  
 E-mail: helpass@yandex.ru

Aleksandr V. Amosov, MD, PhD, DSc, professor at the department of urology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)  
 Address: 2/1 Bol'shaya Pirogovskaya str., Moscow, 119991, Russian Federation  
 Phone: (499) 248-7100  
 E-mail: amosov-av@yandex.ru

Yuriy L. Demidko, MD, PhD, DSc, doctor-urologist of urology clinic, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University)  
 Address: 2/1 Bol'shaya Pirogovskaya str., Moscow, 119991, Russian Federation  
 Phone: (499) 248-7100  
 E-mail: demidko1@mail.ru