

лекторов, оценка у преподавателя А. Дело в том, что за месяц до проведения анкетирования на лекции у данного преподавателя в порядке взаимопосещения, регулярно проводимых на кафедре, присутствовал весь ее преподавательский состав. Лекция была прочитана на высоком уровне как по содержанию, так и по манере ее изложения. В частности, у первого автора статьи, имеющего 46-летний стаж преподавания в вузе и чуть меньший опыт чтения лекций, не было ни одного замечания или пожелания лектору.

Анализ анкет показал, что именно у преподавателя А. двоек и троек было больше, чем у других лекторов (8%). По-видимому, так оценили его «обязанные» студенты. Дело в том, что преподаватель А. – весьма требовательный, а иногда и жесткий человек. На лекцию опоздавших студентов он может не пустить, сделать им справедливое, но резкое замечание.

Анализируя в целом результаты анонимного анкетирования студентов, можно отметить, что они дали довольно высокую оценку учебной работы преподавателей кафедры офтальмологии, особенно если учесть, что анкетирование было проведено

в то время, когда студенты от кафедры абсолютно не зависели: лекции прочитаны, практические занятия закончены, сессионный зачет, как элемент промежуточной аттестации, выставлен.

В заключение можно сказать, что на кафедре офтальмологии (глазных болезней), где несколько лет назад произошла смена поколений преподавательского состава, учебная работа, как и прежде, остается сильной стороной работы кафедры.

Литература / References

1. *Ленуткина М.* Государству студентов не одолеть // Московский комсомолец. – 2014. – № 198. – С. 3.
Lenutkina M. Gosudarstvu studentov ne odolet' // Moskovskiy komsomolec. – 2014. – № 198. – S. 3.
2. *Лоран О.* Каждый десятый мужчина – в ауте // Московский комсомолец. – 2014. – № 193. – С. 18.
Loran O. Kajdiy desyatiy mujchina – v aute // Moskovskiy komsomolec. – 2014. – № 193. – S. 18.

Голычев Владимир Николаевич (контактное лицо) – к. м. н., доцент кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России. Тел. (4822) 77-54-79.

УДК 616.756.26-007.43+616.613-007.63-036

С.В. Волков¹, А.Г. Еремеев¹, И.Н. Карташов², С.Н. Воронов¹, А.А. Голубев¹, Якуб Башар¹

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕЦИДИВНОЙ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ, СОДЕРЖАЩЕЙ МОЧЕТОЧНИК, С РАЗВИТИЕМ ГИДРОНЕФРОЗА

¹Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии ГБОУ ВПО ТГМУ Минздрава России
²ГБУЗ «Областная клиническая больница», Тверь.

Паховая грыжа, содержащая мочеточник – редкое заболевание, которое приводит к развитию вторичной обструктивной уропатии. В статье представлено собственное клиническое наблюдение пациента с паховой грыжей, содержащей мочеточник, с развитием гидронефроза.

Ключевые слова: рецидивная паховая скользящая грыжа, гидронефроз.

RARE CASE OF RECURRENT SLIDING INGUINAL HERNIA CONTAINING AN URETER LEADING TO HYDRONEPHROSIS

S.V. Volkov¹, A.G. Eremeev¹, I.N. Kartashov², S.N. Voronov¹, A.A. Golubev¹, Yakub Bashar¹

¹Tver State Medical University
²Regional State Clinical Hospital, Tver

An inguinal hernia containing an ureter is a rare disease leading to the secondary obstructive uropathy. The article presents the own clinical case of patient with inguinal hernia, containing the ureter with the development of the hydronephrosis.

Key words: recurrent inguinal sliding hernia, hydronephrosis.

«Радикальная коррекция паховой грыжи потеряла кастовость и стала рассматриваться как незначительная операция, поручаемая младшим ассистентам, что во многих случаях вызывало мою энергичную, иногда – бестактную реакцию», – писал в своей статье А. V. Moschcowitz [1]. Почти столетняя история

полностью подтвердила мнение этого известного американского хирурга. Так, частота рецидивов паховых грыж при операциях вне крупных хирургических центров России составляет от 10% (при простых грыжах) до 30–45% (при сложных грыжах), а в специализированных центрах – не более 1% [2].

Особой клинической формой грыж живота являются скользящие, особенности и сложности лечения которых общеизвестны. Принятая в России их классификация [3] подразумевает выделение интрапариетальных (с полным грыжевым мешком), параперитонеальных (с неполным грыжевым мешком – истинные скользящие грыжи) и экстраперитонеальных (грыжевой мешок отсутствует) грыж.

На наш взгляд, более точно сущность проблемы скользящих грыж отражает классификация R. Vendavid [4] с выделением трех типов. *Тип I* – часть брюшинного мешка образована стенкой органа. *Тип II* – грыжа содержит ретроперитонеальный орган, брыжейка которого формирует часть стенки брюшинного мешка. *Тип III* (клинически самый опасный) – выход органа через дефект брюшной стенки вне грыжевого мешка, причем последний может быть небольшим или даже отсутствовать, что чревато интраоперационной травмой полого органа.

Впервые наличие мочеточника в паховой грыже как находку на аутопсии описал LeRoux в 1880 г. [5]. Позднее Reichel (1892) столкнулся с этой ситуацией интраоперационно. И только в 1937 году впервые наличие мочеточника в составе грыжевого мешка было диагностировано до операции с использованием урографии [6]. К настоящему времени в мировой литературе описано не более 200 подобных наблюдений [7]. Необычное анатомическое положение мочеточника в грыже клинически обычно приводит к obstructивной уропатии [8–11]. Указывают, что в ходе герниопластики у этих больных возможны травмы мочеточника [12–13]. Некоторые авторы рассматривают паховую область как своеобразное «окно» в забрюшинное пространство, через которое могут манифестировать различные объемные образования, клинически проявляясь в виде грыжи [14–16].

При сложных паховых грыжах препаровка тканей затруднена, и дилемма травмы полых органов/семенного канатика чаще решается в сторону «жертвы» последним, что ввиду слабости коллатерального кровотока яичка может потребовать его удаления [4].

Учитывая важность всего вышесказанного, приводим собственное клиническое наблюдение пациента, у которого в рецидивной правосторонней паховой грыже находился мочеточник, что вызвало развитие гидронефроза.

Больной М., 65 лет, поступил для планового оперативного лечения в хирургическое отделение ГБУЗ «ОКБ» г. Твери (08.10.13 г.) с жалобами на наличие большого выпячивания в правой паховой области, невозможность мочиться без вправления грыжи рукой, периодические боли в правой поясничной области. В анамнезе в 2000 г. герниопластика справа по Бассини в ЦРБ (представленная документация скудная, ретроспективно выяснено, что в ходе операции было обнаружено полное выпадение мочевого пузыря через заднюю стенку пахового канала). Через 1,5 года после операции пациент отметил повторное появление выпячивания в правой паховой области, чуть позже – дизурию и периодические болевые ощущения

в поясничной области. В течение 10 лет пациенту проводилось динамическое обследование в ЦРБ, которое было направлено на выявление мочекаменной болезни (МКБ). УЗИ в динамике документировало прогрессирующее нарастание гидронефроза и нефросклероза справа, при этом диагноз МКБ верифицирован не был. Периодические болевые ощущения в поясничной области расценивались как проявления остеохондроза позвоночника. При этом грыжевое выпячивание в правой паховой области увеличивалось в размерах. В конечном итоге пациент был направлен в поликлинику ГБУЗ «ОКБ» с предварительным диагнозом «МКБ, сморщенная правая почка, скользящая рецидивная паховая грыжа справа».

Объективно: общее состояние пациента удовлетворительное, повышенного питания (ИМТ 37,6 кг/м²). Дыхание в легких жесткое, рассеянные сухие хрипы. ЧДД – 16 в минуту. АД – 150/100 мм рт. ст. При пальпации болезненность паравerteбральных точек в поясничной области. Живот увеличен в размерах, мягкий, в правой паховой области послеоперационный рубец, где имеется вправимое грыжевое выпячивание размерами 15×12 см, частично опускающееся в мошонку, пальпация безболезненна, кожа над выпячиванием не изменена.

Данные лабораторных методов обследования. Общий анализ мочи: удельный вес 1012, рН 6,0, белок 0,04 г/л, глюкоза (–), лейкоциты 3–5 в поле зрения, эритроциты (–). Мочевина крови 10,3 ммоль/л, креатинин 124 мкмоль/л, в остальном без особенностей. ЭГДС – диффузный атрофический гастрит. Исследование функции внешнего дыхания – без особенностей. Эхокардиография: глобальная сократимость ЛЖ сохранена. Фракция выброса левого желудочка 62%. Значительная концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ, диастолическая дисфункция по типу нарушения релаксации (I-я стадия). Умеренная дилатация предсердий. Уплотнение стенок аорты, створок аортального и митрального клапанов. Дилатация корня аорты и ее восходящего отдела. Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника – деформирующий спондилез на уровне L₁–S₁. Обзорная рентгенография мочевой системы – рентгеноконтрастные конкременты не определяются.

Ультразвуковое исследование мочевой системы: выраженная каликопиелoureтерозктазия справа (передне-задний размер лоханки 45 мм), диффузные изменения паренхимы правой почки с уменьшением ее размеров. Почечный сегмент правого мочеточника расширен до 14 мм, далее экранирован кишечником. Диффузные изменения в паренхиме левой почки.

МРТ почек (рис. 1–4): картина хронического двустороннего пиелонефрита, гидронефротической трансформации правой почки с признаками нефросклероза; каликопиелoureтерозктазия, расширение верхней трети правого мочеточника до 3,5 см. На уровне L₄ определено воронкообразное сужение мочеточника. Четких признаков наличия

конкремента справа не выявлено. Дальнейшее урологическое обследование не проводилось, с рекомендациями по консервативной терапии гидронефроза и ХПН пациент направлен в хирургическое отделение для герниопластики.

Пациент оперирован 10.10.2013 г. под интубационным наркозом. Схема этапов вмешательства изображена на рис. 5.

На операции: типичный доступ с иссечением старого послеоперационного рубца в правой паховой области. В рану предлежит большой массив жировой ткани 15×20 см, апоневроз наружной косой мышцы живота в значительной степени разрушен. Грыжевой мешок не визуализируется. При диссекции в медиальном углу раны обнаружен семявыносящий проток с S-образным изгибом в области выпячивания (рис. 5, этап 1, объект 1). Семенной канатик представлен отдельными, не связанными друг с другом элементами, теряющимися в рубцах в области верхнего края раны. Дальнейшие манипуляции с семенным канатиком прекращены. Ширина паховой связки 5–6 мм. При ее мобилизации ближе к латеральной части в ране появилось тубулярное образование (рис. 5, этап 2), первоначально идентифицированное как червеобразный

отросток. При дальнейшей диссекции стало ясно, что выделяемое образование не имеет отношения к брюшной полости, а является расширенным до 15 мм правым мочеточником, спускающимся кпереди от паховой связки вниз, а далее уходящим вверх и медиально с постепенным сужением диаметра до 5 мм (рис. 5, этап 3, объект 2). Медиальная часть раны представлена мочевым пузырем. При дальнейшей мобилизации верхнего лоскута апоневроза обнаружено и выделено грыжевое выпячивание размером 5×3 см, исходящее из внутреннего пахового кольца (рис. 5, этап 4, объект 3). Грыжевой мешок для уточнения анатомических взаимоотношений перевязан у основания и иссечен. Дефект задней стенки пахового канала размерами 8×6 см. Правый мочеточник с окружающей его жировой клетчаткой погружен в забрюшинное пространство. Выполнена протезирующая герниопластика типа операции Лихтенштейна с учетом отсутствия передней стенки пахового канала (рис. 6).

В послеоперационном периоде сформировались гематома в области послеоперационной раны, реактивная водянка правого яичка на фоне обострения хронического орхоэпидидимита (ревизия послеопе-



Рис. 1. МРТ почек, прямая проекция. Гидронефроз справа

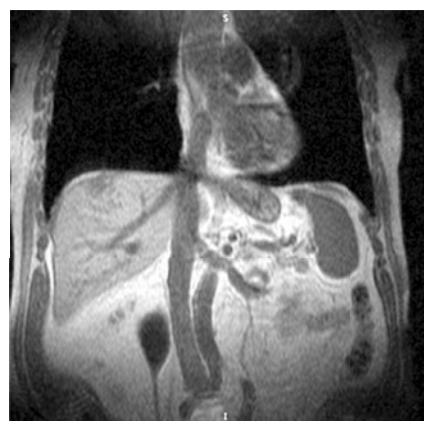


Рис. 2. МРТ почек, прямая проекция. Расширение верхней трети мочеточника с воронкообразным сужением на уровне L₄



Рис. 3. МРТ почек, прямая проекция с контрастированием. Каликопиелозктазия справа



Рис. 4. МРТ почек, боковая проекция с контрастированием. Расширение верхней трети мочеточника с воронкообразным сужением на уровне L₄

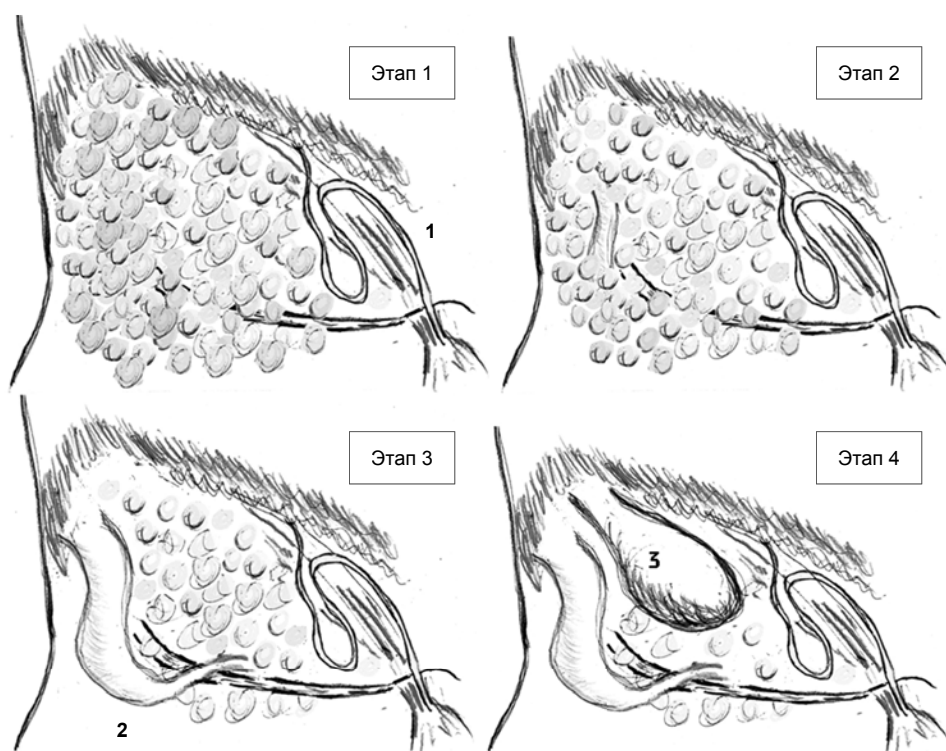


Рис. 5. Схема этапов операции

рационной раны зондом с выведением гематомы, повторные пункции мошонки под УЗИ-контролем 1 раз в 3–4 дня с эвакуацией по 20–30 мл сукровичного отделяемого, магнитотерапия на область мошонки). УЗИ почек (11-е сутки после операции): расширения полостей правой почки не отмечается, конкрементов в проекции почечного синуса нет, мочеточник не визуализируется. Отмечено снижение показателей мочевины (6,1 ммоль/л) и креатинина (108 мкмоль/л) крови. На 19-е сутки после операции пациент выписан в удовлетворительном состоянии для амбулаторного долечивания. Сохранялись признаки водянки правого яичка, орхита (с медленной тенденцией к улучшению). В связи с этим (39-е сутки) пациент был госпитализирован в урологическое отделение ГБУЗ «ОКБ», где после проведенного консервативного лечения было принято решение о выполнении гемикастрации справа (48-е сут-

ки после герниопластики). Патогистологическое заключение: ткань яичка с кровоизлияниями и некрозами. Оболочки утолщены, склерозированы, с очагами воспалительной инфильтрации. Данных за семиному нет. Послеоперационный период без осложнений.

В дальнейшем проводилось наблюдение пациента в течение полутора лет после операции. Трудоспособность восстановлена в полном объеме. Рецидива грыжи нет. Показатели мочевины, креатинина в пределах нормы. При динамическом обследовании мочевой системы с использованием УЗИ и КТ-урографии (рис. 7) сохраняются явления нефросклероза справа с истончением паренхимы почки, экскреторная функция замедлена, однако явления уростаза полностью отсутствуют (прогрессирование дальнейшей гидронефротической трансформации приостановлено).



Рис. 6. Схема завершения операции



Рис. 7. КТ почек после операции, прямая проекция. Частично функционирующая вторично сморщенная правая почка без явлений гидронефроза



Рис. 8. КТ брюшной полости после операции, поперечный срез. Положение эндопротеза в зоне правого пахового канала (указано стрелкой)



Рис. 9. КТ брюшной полости, прямая проекция после операции. Дивертикул мочевого пузыря (1) в зоне расположения эндопротеза (2)

В проекции паховой области справа визуализируется дополнительная ткань (эндопротез) (рис. 8). Неожиданным для нас явилось обнаружение дивертикула правой стенки мочевого пузыря 50×26 мм (рис. 9), генез которого может быть связан как с невыявленными дооперационными изменениями, так и с наличием рубцового процесса в зоне локализации эндопротеза. Отмеченное состояние клинически не проявляется, но, на наш взгляд, требует динамического наблюдения, а возможно и целенаправленного изучения.

Цель данной публикации – привлечение внимания хирургов к сохраняющейся актуальности проблеме грыженосительства и возможности развития осложнений на клиническом примере «трудной» и редкой грыжи.

Выводы

При больших и рецидивных паховых грыжах полноценное дооперационное урологическое обследование (УЗС, урография, КТ-урография с 3D-моделированием) является обязательным.

В отдаленном послеоперационном периоде у пациентов после герниопластики по Лихтенштейну представляется рациональным контроль состояния мочевыделительной системы.

Литература / References

1. Moschowitz A.V. Hernia of the ureter // *Annals of surgery*. – 1932. – V. 96 (4). – P. 575–580.
2. Мовчан К.Н. Особенности устранения паховой грыжи у мужчин, проживающих в муниципальных образованиях провинции. – СПб.: ВМА им. С.М. Кирова, 2005. – 224 с.
3. Мовчан К.Н. Особенности устранения паховой грыжи у мужчин, проживающих в муниципальных образованиях провинции. – СПб.: ВМА им. С.М. Кирова, 2005. – 224 с.
4. Воскресенский Н.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М.: Медицина, 1965. – 201 с.
5. Воскресенский Н.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М.: Медицина, 1965. – 201 с.

6. Bendavid R. Sliding hernias // *Hernia*. – 2002. – V. 6. – P. 137–140.
7. Le Roux. L'ernia dell'uretere // *Annals of Italian Chirurgic*. – 1932. – V. 11. – P. 2078.
8. Vishwa N.P. Ureteral herniation // *Annals of surgery*. – 1969. – V. 169 (3). – P. 417–419.
9. Lu A., Burstein J. Paraperitoneal inguinal hernia of ureter // *Journal of Radiology Case Reports*. – 2012. – V. 6 (8). – P. 22–26.
10. Eilber K.S. Obstructive Uropathy Secondary to Ureteroinguinal Herniation // *Reviews in Urology*. – 2001. – V. 3 (4). – P. 207–208.
11. Andraca A.Z. Hernia ureteral inguinal: caso clínico // *Arch. Esp. Urol.* – 2009. – V. 62 (9). – P. 755–757.
12. Massoud W.A. Hydronephrosis Secondary to Sliding Inguinal Hernia Containing the Ureter // *Urology Journal*. – 2011. – V. 8. – P. 333–334.
13. Witney-Smith C. An Unusual Case of a Ureteric Hernia into the Sciatic Foramen Causing Urinary Sepsis: Successfully Treated Laparoscopically // *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. – 2007. – V. 89 (7). – P. 10–12.
14. Hwang C.M., Miller F.H., Dalton D.P. Accidental ureteral ligation during an inguinal hernia repair of patient with crossed fused renal ectopia // *Clinical Imaging*. – 2002. – V. 26. – P. 306–308.
15. Handu A.T. Undiagnosed ureteroinguinal hernia with solitary kidney in a child with ureteric injury during herniotomy // *Journal of Pediatric Surgery*. – 2012. – V. 47 (4). – P. 799–802.
16. Singh G., Bharadwaj R.N., Purandare S.N. Giant retroperitoneal lipoma presenting as inguinal hernia // *Indian Journal of Surgery*. – 2011. – V. 73 (3). – P. 187–189.
17. Veal D.R., Hammil C.W., Wong L.L. Lymphoma diagnosed at inguinal hernia repair // *Hawaii Medical Journal*. – 2010. – V. 69 (2). – P. 32–34.
18. Chakravarty S., Singh J.C. Peritoneal mesothelioma masquerading as an inguinal hernia // *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. – 2012. – V. 94 (3). – P. 111–112.

Сергей Владимирович Волков (контактное лицо) – к. м. н., доцент кафедры госпитальной хирургии с курсом урологии ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России, 170642, г. Тверь, ул. Советская, 4. Тел. 8 (4822) 77-53-73; e-mail: serg_korg@mail.ru.