



В.В. Бойко, А.В. Леонов,
И.А. Тарабан, В.К. Логачев

ГУ «Институт общей
неотложной хирургии» НАМНУ

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования

© Коллектив авторов

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ПАХОВЫХ, БЕДРЕННЫХ И ГИПОГАСТРАЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Резюме. В работе представлен анализ 1 572 случаев паховых, бедренных и гипогастральных послеоперационных вентральных грыжесечений, частные вопросы профилактики и лечения пациентов с ятрогенным повреждением мочевого пузыря. Мужчин – 953 (60,6 %), женщин – 619 (39,4 %). Средний возраст мужчин и женщин составил 41 ± 8 лет. Паховых грыж было всего – 953 случая (60,6 %), бедренных грыж – 443 наблюдения (28,2 %), гипогастральных послеоперационных вентральных грыж – 176 случаев (11,2 %). Пациентов разделили на 2 подгруппы. В 1-й подгруппе для закрытия грыжевых ворот применялись аутопластические методы – 1190 случаев, аллопластические методы применялись во 2-й подгруппе – 382 случая. Повреждение мочевого пузыря во время грыжесечения наблюдали в 6 случаях (0,38 %).

Ключевые слова: *грыжесечение, ятрогенное повреждение, мочевого пузыря.*

Введение

При выполнении паховых, бедренных грыжесечений и операций по поводу гипогастральных послеоперационных вентральных грыж (ПОВГ) продолжают встречаться ятрогенные повреждения мочевого пузыря. Во время выделения грыжевого мешка, грыжесечения, обработки культи грыжевого мешка и выполнения герниопластики – даже у опытного оператора возникают трудности с дифференцировкой тканей в связи с нестандартной анатомической картиной, неумелой ассистенции, неадекватности общего обезболивания [1]. При неаккуратном манипулировании во время выделения грыжевого мешка и чрезмерном его вытягивании (такими действиями создается искусственная или операционная грыжа мочевого пузыря) – риск повреждения мочевого пузыря чрезвычайно возрастает [2]. В литературе встречается термин – грыжа мочевого пузыря (ГМП), под которым понимают выпадение или пролабирование (при наполнении органа) стенки мочевого пузыря через грыжевые ворота. По отношению к грыжевому мешку, грыжи мочевого пузыря разделяются на внебрюшинные, внутрибрюшинные и околобрюшинные (встречающиеся наиболее часто в виде скользящей грыжи). ГМП встречаются преимущественно у гериатрических больных с дряблой брюшной стенкой и наличием инфравезикальной обструкции в сочетании с систематическим значительным повышением внутрибрюшного давления при хроническом запоре. Определенную роль в развитии ГМП играет

смещаемость паравезикальной клетчатки которая тут является по своей сути – липоцеле, с известным нежелательным «проводниковым» действием для развития грыжи. К сожалению ГМП диагностируются в абсолютном большинстве случаев только интраоперационно, что является следствием недостаточного обследования до операции.

Старые авторы указывали на наличие ряда симптомов позволяющих заподозрить наличие ГМП до операции, это: увеличение грыжевого выпячивания если пациент долго не мочился и уменьшение или исчезновение его после мочеиспускания; разнообразные дизурические нарушения, особенно ярким из которых является уринирование в несколько актов; улучшение мочеиспускания при надавливании на грыжевое выпячивание пальцами. При выполнении цистоскопии можно увидеть – вход в грыжевой мешок (дивертикул) мочевого пузыря, определить его отношение к треугольнику Лъето, оценить цистоскопическую картину в дивертикуле на предмет наличия калькулезного дивертикулита, новообразований. В особо сложных случаях можно применить экскреторную урографию, для предупреждения возможного повреждения мочеточников во время операции. При выполнении цистографии можно диагностировать дивертикул мочевого пузыря книзу от основной тени мочевого пузыря. Скрининговым методом может являться УЗИ.

Оперативное лечение паховой (особенно комбинированных паховых грыж, скользящей



паховой грыжи), бедренной грыжи и гипогастральной ПОВГ в сочетании с грыжей мочевого пузыря требует достаточного хирургического опыта. Неопытный в оперировании этой патологии хирург должен продолжать оперировать, на наш взгляд, только под визуальным контролем опытного хирурга. Столкнувшись интраоперационно с чем-то нестандартным — всегда необходимо пригласить в операционную старших коллег, это нехитрое мероприятие позволит избежать возможных осложнений, заставляющих хирурга горько пожалеть о своей самоуверенности и малоопытности [3].

Если ГМП диагностирована во время герниолапаротомии (мочевой пузырь распознается по выраженным в различной степени венам паравезикальной клетчатки и волокнам детрузора, атипичным медиальным расположением жировой клетчатки в грыжевых воротах — у шейки грыжевого мешка, при пальпации грыжевого мешка можно так же отметить утолщение в медиальном направлении, если операция выполняется под м/а — пациент может ощутить позыв на мочеиспускание, пальпация мочевого катетера): мочевой пузырь должен быть деликатно отсепарирован от брюшины, при этом необходимо стараться не повредить вены паравезикальной клетчатки (возможен гангренозный цистит), при наличии выраженных изменений в цистоцеле — последнее резецируют, обязательно выполняют ревизию полости мочевого пузыря и затем ушивают 2-мя рядами кетгутовых швов. После чего это место полезно задренировать перчаточным выпускником через контрапертуру, а затем переходить к выполнению пластики грыжевых ворот по одному из общепринятых способов.

При незамеченном повреждении цистоцеле, хирурга в большинстве случаев ожидает наблюдение у оперированного им пациента — мочевого перитонита, обширных мочевого флегмон. Симптомы позволяющие заподозрить наличие ятрогенного повреждения мочевого пузыря: повышение температуры, припухлость в области послеоперационной раны, отек мошонки, семенного канатика, болезненность в глубине таза при легком потягивании семенного канатика (симптом Соболева). При формировании мочевого свища — если мочевой катетер не был установлен, необходимо его установить, и на 7-10 сутки можно добиться заживления свища.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ хирургического лечения паховых, бедренных и гипогастральных ПОВГ: с января 1990 г. по август 2012 г., было прооперировано 1572 пациента в возрасте от 18 до 90 лет. Мужчин — 953 (60,6 %), женщин — 619 (39,4 %). Средний возраст мужчин и женщин

составил 41 ± 8 лет. Паховых грыж было всего — 953 случая (60,6 %), бедренных грыж — 443 наблюдения (28,2 %), гипогастральных ПОВГ — 176 случаев (11,2 %). Пациентов разделили на 2 подгруппы. В 1-й подгруппе для закрытия грыжевых ворот применялись аутопластические методы — 1190 случаев, аллопластические методы применялись во 2-й подгруппе — 382 случая. Повреждение мочевого пузыря во время грыжесечения наблюдали в 6 случаях (0,38 %). Из них наблюдали 5 случаев грыжесечения по поводу паховой и 1 случай по поводу бедренной грыжи. Ятрогенные повреждения мочевого пузыря оказались нераспознанными во время операции во всех случаях. Данное осложнение проявилось спустя 5–12 часов после операции — подтеканием мочи из послеоперационной раны, появлением гектической лихорадки. Локально определялось обильное промокание повязки мочой умеренно окрашенной кровью, резкой пастозностью и инфильтрацией мочой послеоперационной раны. Всем пациентам из диагностических мероприятий выполнено УЗИ, восходящая цистография, цистоскопия спустя 10–12 сут. после операции. В лечебные оперативные мероприятия входило распускание всех швов. В мочевой пузырь устанавливали уретральный катетер Фоллея. Попытки найти дефект в стенке мочевого пузыря в 2-х случаях не удалось. В 3-х случаях дефект мочевого пузыря ушит 2-х рядными кетгутовыми швами с обязательной последующей проверкой на герметичность. Паравезикальная клетчатка дренирована перчаточными выпускниками через контрапертуру.

Повторная пластика пахового канала выполнена во всех случаях по Постемпскому. При выполнении бедренного грыжесечения по методу Руджи, вместе с грыжевым мешком взята боковая стенка мочевого пузыря, последняя прошита, перевязана и отсечена. В раннем послеоперационном периоде — резкие дизурические явления. Установлен уретральный катетер. Цистоскопически видна «воронка» по боковой стенке мочевого пузыря. Заживление послеоперационной раны — без особенностей. Дизурические явления стихли на 17 сутки.

Результаты исследования и их обсуждение

У 19 пациентов выявлены рецидивы после аутопластических методов и у 8 пациентов — после аллопластических способов. В предоперационном периоде всем пациентам с пахово-мошоночной грыжей в абсолютном большинстве случаев проводили УЗИ, по показаниям — цистоскопию. При наличии аденомы простаты 2–3 ст. — грыжесечение выполнили только после оперативного лечения (одномоментная чрезпузырная аденомэктомия по С.П. Федорову, ТУР-аденомы простаты ци-



сторезектоскопом фірми STORS – 217 випадків). При наявності долихосигми або надмірної подвижності сліпої кишки виконувалась мезосигмоплекція або мезоцекоплекція – відповідно.

Висновки

В наші часи при виконанні операції по приводу пахової, бедреної та гіпогастральної ПОВГ по нашим даним в 0,38 % залишається небезпека ятрогенного пошкодження сечового міхура.

Сечовий міхур частіше за все пошкоджується при грубій техніці оперування в час підготовки грижового мішка та накладення швів на грижовий мішок.

При наявності інфравезикальної або колоноректальної патології показана як етіопатогенетична – симультанна операція при колоноректальній патології та попередня операція при інфравезикальній обструкції.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Белянський Л.С.* Сучасні підходи до вирішення проблеми реконструктивно-відновительної хірургії обширних дефектів брюшної стінки / Л.С. Белянський, І.М. Тодуров, Ю.В. Лисун // Матеріали наукового конгресу «IV міжнародні Пироговські читання», XXII з'їзд хірургів України. – 2010, Том 1. – С. 25

2. *Вибір способу аллопластики при післяопераційних вентральних грижах* / Я.П. Фелештинський, В.І. Мамчич, В.Ф. Ватаманюк, С.А. Свиридовський // Вісник Вінницького Національного медичного університету. – 2010. – № 14(2). – С. 434–437.

ПОПЕРЕДЖЕННЯ ЯТРОГЕННИХ УШКОДЖЕНЬ СЕЧОВОГО МІХУРА ПРИ ВИКОНАННІ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ПАХОВИХ, СТЕГНОВИХ І ГІПО ГАСТРАЛЬНУЮ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

*Бойко В.В., Леонов А.В.,
Тарабан І.А., Логачов В.К.*

Резюме. В роботі представлений аналіз 1572 випадків пахових, стегнових і гіпогастральних післяопераційних вентральних гриж, приватні питання профілактики та лікування пацієнтів з ятрогенним пошкодженням сечового міхура. Чоловіків – 953 (60,6 %), жінок – 619 (39,4 %). Середній вік чоловіків і жінок склав 41 ± 8 років. Пахових гриж було всього – 953 випадки (60,6 %), стегнових гриж – 443 спостереження (28,2 %), гіпогастральних післяопераційних вентральних гриж – 176 випадків (11,2 %). Пацієнтів розділили на 2 підгрупи. У 1-й підгрупі для закриття грижових воріт застосовувалися аутопластичні методи – 1190 випадків, аллопластичні методи застосовувалися в 2-й підгрупі – 382 випадки. Пошкодження сечового міхура під час видалення грижі спостерігали у 6 випадках (0,38 %).

Ключові слова: грижесічення, ятрогенне пошкодження, сечовий міхур.

PREVENTION OF IATROGENIC INJURY OF THE BLADDER WHEN PERFORMING SURGERY FOR INGUINAL, FEMORAL, AND HYPOGASTRIC POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

*V.V. Boyko, A.V. Leonov,
I.A. Taraban, V.K. Logachev*

Summary. This paper presents an analysis of 1572 cases of inguinal, femoral, and ventral hernia repair, private issues of prevention and treatment of patients with iatrogenic injury of the bladder. Men – 953 (60.6 %), women – 619 (39.4 %). The average age for men and women was 41 ± 8 years. Inguinal hernia was only – 953 cases (60.6 %), femoral hernia – 443 observations (28.2 %), postoperative ventral hernia gipogastrale – 176 cases (11.2 %). Patients were divided into two subgroups. In a subgroup to close the hernial ring autoplasmic methods used – 1190 cases, alloplastic methods used in the 2nd subgroup – 382 cases. Damage to the bladder during herniotomy was observed in 6 cases (0.38 %).

Key words: herniotomy, iatrogenic damage urinary bladder.