

Статья поступила в редакцию 28.04.2023 г.

DOI: 10.24412/2687-0053-2023-2-135-139

EDN: OAVQVP

Информация для цитирования:

Ооржак О.В., Топаков Е.В., Лишов Е.В., Постников Д.Г., Шост С.Ю., Довбета Е.В., Харитонов А.А., Мироненко Т.В., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Мозес К.Б., Центр Я. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕЙ ПРОМЕЖНОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ) // Медицина в Кузбассе. 2023. №2. С. 135-139.

Ооржак О.В., Топаков Е.В., Лишов Е.В., Постников Д.Г., Шост С.Ю., Довбета Е.В., Харитонов А.А., Мироненко Т.В., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В., Мозес К.Б., Центр Я.

Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева, Кемеровский государственный медицинский университет, Кемеровский государственный университет, г. Кемерово, Россия, Медицинский центр Сорока, Беэр Шева, Израиль



ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕЙ ПРОМЕЖНОСТИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Послеоперационные промежностные грыжи (ППГ) по характеру отличаются от «классических» тазовых грыж. Возникновение ППГ связано во многом с нарушением целостности миофасциальных структур тазового дна из-за оперативного вмешательства и замещением их рубцовой тканью.

В мире ежегодно отмечается рост числа больных раком прямой кишки, в структуре злокачественных новообразований он занимает 7-е место. При локализации рака в нижеампулярном отделе прямой кишки основным методом операции является брюшно-промежностная экстирпация. По данным литературы, частота возникновения промежностной грыжи после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки находится в диапазоне от 0,6 % до 37 %.

В представленной статье описан редкий клинический случай послеоперационной грыжи промежности. Учитывая оптимальную выбранную хирургическую тактику ведения пациентки, был получен благоприятный исход для женщины.

Ключевые слова: послеоперационные грыжи промежности; тактика ведения

Oorjak O.V., Topakov E.V., Lishov E.V., Postnikov D.G., Shost S.Yu., Dovbeta E.V., Kharitonov A.A., Mironenko T.V., Elgina S.I., Mozes V.G., Rudaeva E.V., Moses K.B., Tsenter Y.

Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo State Medical University, Kemerovo State University, Kemerovo, Russia, Soroka Medical Centre, Be'er Sheva, Israel

EXPERIENCE OF TREATMENT OF A PATIENT WITH POSTOPERATIVE PERINEAL HERNIA (CLINICAL CASE)

Postoperative perineal hernias (PPG) differ in nature from "classic" pelvic hernias. The occurrence of PPG is largely due to the violation of the integrity of the myofascial structures of the pelvic floor due to surgery and their replacement with scar tissue.

There is an annual increase in the number of patients with rectal cancer in the world, they occupy the 7th place in the structure of malignant neoplasms. When cancer is localized in the lower ampullary rectum, the main method of surgery is abdominal-perineal extirpation. According to the literature, the incidence of perineal hernia after abdominal-perineal extirpation of the rectum is in the range from 0.6 % to 37 %.

This article describes a rare clinical case of postoperative hernia of the perineum. Taking into account the optimal chosen surgical management tactics of the patient, a favorable outcome was obtained for the woman.

Key words: postoperative hernias of the perineum; management tactics

Промежностная грыжа — грыжевое выпячивание абдоминальных или тазовых органов, покрытое брюшиной, в мягкие ткани промежности.

Выделяют классические тазовые грыжи и послеоперационные промежностные грыжи.

Перинеальные (промежностные) грыжи принадлежат к категории редких грыжевых образований, локализуются в тканях тазового дна. Обычно встречаются в возрасте 40-60 лет, у женщин выявляются в 5 раз чаще, чем у мужчин. Предрасполагающими факторами возникновения классических тазовых грыж являются: возрастные изменения, дистрофические процессы в миофасциальных структурах тазового дна, атрофия мышц, клетчатки, что приво-

дит к увеличению пространственных промежутков [1-3].

Выделяют передние и задние промежностные грыжи. Ориентиром для отнесения выпячивания к определенному анатомическому типу является междоугловая линия, разделяющая область промежности на передний и задний отделы:

Передние промежностные грыжи. Начинаются в мочепузырно-маточной тазовой ямке, проходят между седалищно-пещеристой, передней промежностной, луковично-пещеристой мышцами, выпячиваясь в большую половую губу. В грыжевом мешке чаще всего содержатся мочевой пузырь и женские половые органы.

Задние промежностные грыжи. Происходят из маточно-ректального или мочепузырно-ректального углубления тазовой брюшины. Проходят через мышцу, поднимающую задний проход, в седалищно-прямокишечную ямку. Обычно содержат кишечник, салник, могут сочетаться с выпадением прямой кишки.

У женщин преобладают передние перинеальные грыжи, у мужчин – задние.

Послеоперационные промежностные грыжи (ППГ) по характеру отличаются от «классических» тазовых грыж. Возникновение ППГ связано во многом с нарушением целостности миофасциальных структур тазового дна из-за оперативного вмешательства и замещением их рубцовой тканью [4-6].

В мире ежегодно отмечается рост числа больных раком прямой кишки, и занимает 7-е место в структуре злокачественных новообразований. При локализации рака в нижеампулярном отделе прямой кишки основным методом операции является брюшно-промежностная экстирпация [7, 8].

Во время операции нарушается целостность поддерживающего аппарата тазового дна с формированием обширного дефекта промежности. Существует множество способов реконструкции промежностной раны, таких как пластика местными тканями, применение сетчатых протезов, аутопластика с использованием перемещенного мышечного или кожно-мышечного лоскута. Однако в литературе нет стандартных рекомендаций по выбору того или иного метода пластики дефекта тазового дна, что является предметом дискуссии.

По данным литературы, частота возникновения промежностной грыжи после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки находится в диапазоне от 0,6 до 37 %. Возникают в срок от 8 до 22 месяцев после оперативного лечения [9, 10].

Основным клиническим проявлением ППГ является наличие эластичного образования в перинеальной области, периодических или постоянных тянущих болей, дискомфорта при ходьбе. Содержимым послеоперационных грыж, как правило, являются петли тонкой кишки [11, 12].

Лечение больных с послеоперационными грыжами промежности – трудная хирургическая задача, которая обусловлена сложностью строения тазового дна, дефицитом миофасциальных структур после оперативного вмешательства, замещением рубцовой тканью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациентка К., 63 лет находилась в Кузбасской клинической больнице им. С.В. Беляева, с диагнозом послеоперационная промежностная грыжа.

Женщине проведено оперативное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больная К., 63 лет, госпитализирована в хирургическое отделение № 1 ГАУЗ Кемеровская клини-

ческая больница им. С.В. Беляева 03.02.2020 г. с диагнозом: Послеоперационная промежностная грыжа.

Жалобы на наличие грыжевого выпячивания в области промежности, периодические боли в области грыжи, во время ходьбы.

Из анамнеза: в 2017 году брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки по поводу рака анального канала с переходом на ниже-среднеампулярный отделы прямой кишки T4N1N0, IIIb стадия. Выписана в удовлетворительном состоянии с первичным заживлением раны. Через 1,5 года после операции стала замечать мягко-эластическое выпячивание в области промежности, которое постепенно увеличивалось в размере. Стали беспокоить боли во время ходьбы в области грыжевого выпячивания.

Локально: в перинеальной области п/о рубец без воспалительных изменений. определяется мягко-эластичное грыжевое выпячивание 13 × 15 см, при аускультации шумы перистальтики, в положении лежа образование самостоятельно вправлялось в брюшную полость. Симптом кашлевого толчка положительный. Грыжевые ворота до 12 см в диаметре. В мезогастргии слева колостома, локально отека нет (рис. 1).

Рисунок 1
Внешний вид пациентки
Figure 1
Appearance of the patient



После предоперационной подготовки выполнена операция. Ход операции: Положение больного на животе с разведенными ногами. Иссечен старый п/о рубец промежности. Из рубцовых тканей выделен гипертрофированный грыжевой мешок размерами 15 × 12 × 10 см. Вскрыт (рис. 2).

Грыжевые ворота до 12 см в диаметре. Грыжевой мешок частично иссечен, ушит с формированием дубликатуры (рис. 3).

Выделены края ягодичных мышц с обеих сторон. Брюшина мобилизована вдоль стенок таза на 5-6 см от края ягодичных мышц с боковых сторон, кзади на 2 см от копчика, кпереди с обеих сторон от влагалища. В сформированную полость уложен

Рисунок 2
Этап операции
Fig 2
Stage of the operation

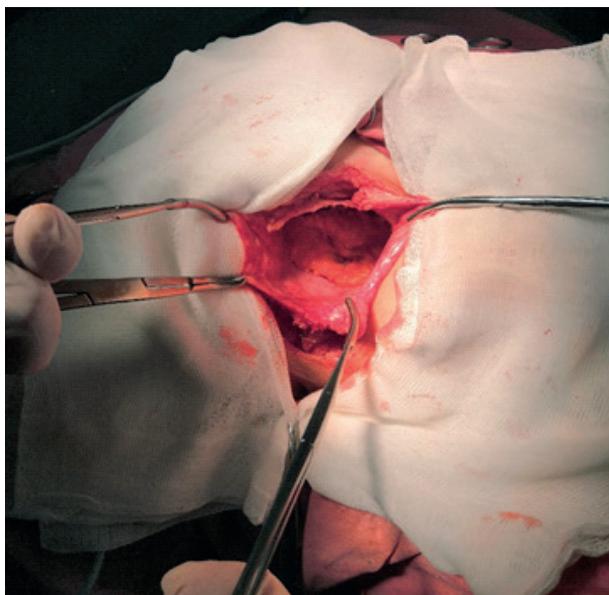


Рисунок 3
Этап операции
Figure 3
Stage of the operation

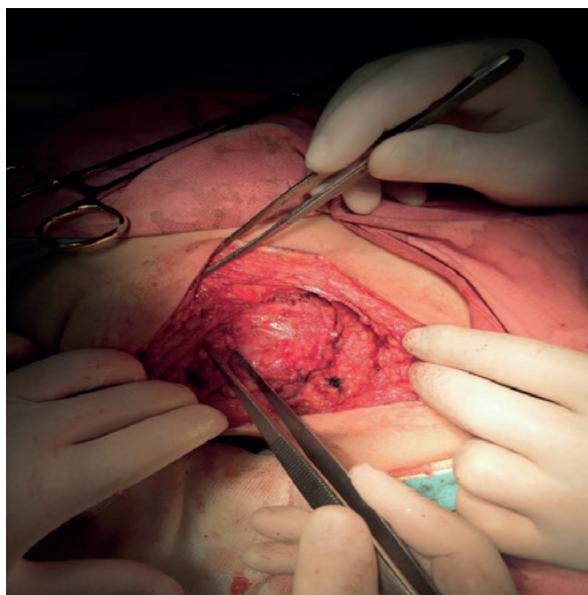
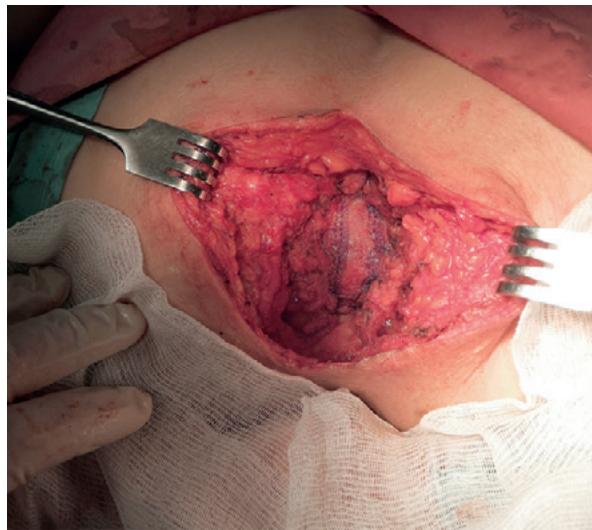


Рисунок 4
Этап операции
Figure 4
Stage of the operation



Рисунок 5
Этап операции
Figure 5
Stage of the operation



сетчатый протез унифлекс стандартный 15 × 15 см, фиксирован узловыми швами пролен 0 (рис. 4).

Полностью восстановить мышечный каркас над сетчатым имплантом не представляется возможным. Края мышц фиксированы к сетчатому протезу по периметру с частичным перекрытием последнего (рис. 5).

К протезу проведен дренаж Редона. Послойные швы на рану. Асептическая повязка (рис. 6).

Дренаж Редона удален на 3-и сутки послеоперационного периода после прекращения отделяемого.

Проводился УЗИ контроль зоны сетчатого протеза, жидкостных скоплений в области оперативного вмешательства не выявлено.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 10-е сутки после операции. Заживление раны первичным натяжением (рис. 7).

Пациентка осмотрена через 3 года после операции. Рецидива грыжи нет. Жалоб не предъявляла. Выполнено МРТ малого таза, грыжевых выпячиваний в области промежности не выявлено. Данных за продолженный рост нет.

Рисунок 6
Этап операции
Figure 6
Stage of the operation



Рисунок 7
Внешний вид пациентки после операции
Figure 7
Appearance of the patient after surgery



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленной статье описан редкий клинический случай послеоперационной промежностной грыжи. Учитывая оптимальную выбранную хирургическую тактику ведения пациентки, был получен благоприятный исход для женщины.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Sayers AE, Patel RK, Hunter IA. Perineal hernia formation following extralevator abdominoperineal excision. *Colorectal Dis.* 2015; 17(4): 351-355. DOI: 10.1111/codi.12843
2. Aboian E, Winter DC, Metcalf DR, Wolff BG. Perineal hernia after proctectomy: prevalence, risks, and management. *Dis Colon Rectum.* 2006; 49(10): 1564-1568. DOI: 10.1007/s10350-006-0669-0
3. Abdul Jabbar AS. Postoperative perineal hernia. *Hernia.* 2002; 6(4): 188-190. DOI: 10.1007/s10029-002-0079-8
4. Jensen KK, Rashid L, Pilsgaard B, Møller P, Wille-Jørgensen P. Pelvic floor reconstruction with a biological mesh after extralevator abdominoperineal excision leads to few perineal hernias and acceptable wound complication rates with minor movement limitations: single-centre experience including clinical examination and interview. *Colorectal Dis.* 2014; 16(3): 192-197. DOI: 10.1111/codi.12492
5. Арыкхтина NA, Elgina SI. Reproductive health of girls in the Kemerovo region. *Reproductive health of children and adolescents.* 2016; 2: 30-31. Russian (Арыхтина Н.А., Елгина С.И. Репродуктивное здоровье девочек Кемеровской области //Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016. № 2. С. 30-31.)
6. Abbatov NT, Turgunov EM, Asanov MA, Kalieva KD. Videolaparoscopic hernioplasty using a mesh endoprosthesis in the treatment of perineal hernia. *Medicine and ecology.* 2008; 4(49): 146-148. Russian (Аббатов Н.Т., Тургунов Е.М., Асанов М.А., Калиева К.Д. Видеолaparоскопическая герниопластика с использованием сетчатого эндопротеза в лечении промежностных грыж //Медицина и экология. 2008. № 4(49). С. 146-148.)
7. Domansky NA, Semiglazov VV, Karachun AM, Lebedev KK, Samsonov DV, Domansky AA. The results of use of myoplasty for closure of the pelvic floor defect after extralevator abdominoperineal excision of the rectum. *Siberian journal of oncology.* 2018; (6): 35-40. Russian (Доманский Н.А., Семиглазов В.В., Карачун А.М., Лебедев К.К., Самсонов Д.В., Доманский А.А. Результаты использования миопластики для закрытия дефекта тазового дна после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки //Сибирский онкологический журнал. 2018. Т. 17, № 6. С. 35-40.) DOI: 10.21294/1814-4861-2018-17-6-35-40
8. Belyaev VS, Dykhno YuA, Nesytykh AA. Pelvic floor reconstruction after extralevator abdominoperineal excision of the rectum: a literature review. *Siberian Oncological Journal.* 2020; 19(2): 125-131. Russian (Беляев В.С., Дыхно Ю.А., Несытых А.А. Пластика тазового дна после экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки:

обзор литературы // *Сибирский онкологический журнал*. 2020. Т. 19, № 2. С. 125-131.) DOI: 10.21294/1814-4861-2020-19-2-125-131

9. Coratti F, Nelli T, Cianchi F. Laparoscopic repair of perineal hernia after abdominoperineal excision of the rectum and anus – a video vignette. *Colorectal Dis*. 2020; 22(5): 591-592. DOI: 10.1111/codi.14939
10. Dahan M, Krief D, Pouget N, Rouzier R. Laparoscopic perineal hernia repair following pelvic exenteration: a case report. *BMC Surg*. 2021; 21(1): 245. DOI: 10.1186/s12893-021-01237-9
11. Genovese A, Giuliani G, Formisano G, Salvischiani L, Tribuzi A, Coratti A. Robotic perineal hernia repair with lateral mesh suspension-a video vignette. *Colorectal Dis*. 2022; 24(5): 670. DOI: 10.1111/codi.16062
12. Stamatiou D, Dakin A, Khalil H, Raju T, Fernandes R, Bowley D, Karandikar S. Perineal hernia repair using a bone fixation anchoring system for the mesh - a video vignette. *Colorectal Dis*. 2020; 22(11): 1806-1807. DOI: 10.1111/codi.15243

Сведения об авторах:

ООРЖАК Орлан Валерийович, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 1, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: oorzjakov@mail.ru

ТОПАКОВ Евгений Валерьевич, врач-хирург, хирургическое отделение № 1, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

ЛИШОВ Евгений Владимирович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей, факультетской хирургии и урологии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

ПОСТНИКОВ Дмитрий Геннадьевич, врач-хирург, хирургическое отделение № 1, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

ШОСТ Сергей Юрьевич, врач-хирург, хирургическое отделение № 1, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.

ДОВБЕТА Евгений Владимирович, врач-хирург, хирургическое отделение № 1, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: kemdoc@yandex.ru

ХАРИТОНОВ Александр Андреевич, канд. мед. наук, врач-хирург, хирургическое отделение № 1, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: kemdoc@yandex.ru

МИРОНЕНКО Татьяна Владимировна, канд. мед. наук, врач-хирург, отделение хирургии № 1, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: mironenkotv@yandex.ru

ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru

МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, директор Медицинского института, ФГБОУ ВО КемГУ; зам. главного врача по научной деятельности, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru

РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. профессора Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaeva@mail.ru

МОЗЕС Кира Борисовна, ассистент, кафедра поликлинической терапии и сестринского дела, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: kbsolo@mail.ru

ЦЕНТР Яэль, патологоанатом, Медицинский центр Сорока, Беэр Шева, Израиль. E-mail: tsenter1998@mail.ru

Information about authors:

OORZHAK Orlan Valeriyovich, candidate of medical sciences, head of surgical department N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: oorzjakov@mail.ru

TOPAKOV Evgeny Valerievich, surgeon, department of surgery N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.

LISHOV Evgeny Vladimirovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of general, faculty surgery and urology, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

POSTNIKOV Dmitry Gennadievich, surgeon, department of surgery N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.

SHOST Sergey Yuryevich, surgeon, department of surgery N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia.

DOVBETA Evgeny Vladimirovich, surgeon, department of surgery N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: kemdoc@yandex.ru

KHARITONOV Alexander Andreevich, candidate of medical sciences, surgeon, department of surgery N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: kemdoc@yandex.ru

MIRONENKO Tatyana Vladimirovna, candidate of medical sciences, surgeon, department of surgery N 1, Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: mironenkotv@yandex.ru

ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru

MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, director of the Medical Institute, Kemerovo State University; deputy chief physician for research activities, Kuzbass Regional Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru

RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaeva@mail.ru

MOZES Kira Borisovna, assistant, department of polyclinic therapy and nursing, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: kbsolo@mail.ru

CENTER Yael, pathologist, Soroka Medical Center, Beer Sheva, Israel. E-mail: tsenter1998@mail.ru

Корреспонденцию адресовать: ЕЛГИНА Светлана Ивановна, 650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22-А, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.

Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: elginas.i@mail.ru