Промежностная грыжа, возникшая после экстирпации прямой кишки по поводу рака

К.м.н. С.Н. ЩЕРБА, к.м.н. В.В. ПОЛОВИНКИН, к.м.н. Ш.Т. СИЮХОВ

The successful treatment of perineal hernia after extirpation of rectum

S.N. SH'ERBA, V.V. POLOVINKIN, SH.T. SIYUKHOV

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Ю.П. Савченко) Кубанского государственного медицинского университета, Краснодар; краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского, Краснодар

Ключевые слова: рак прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация, послеоперационные осложнения, промежностная грыжа.

Key words: cancer of the rectum, perineal hernia.

Современной концепцией лечения рака нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала является комплексный, или мультидисциплинарный, подход, включающий хирургические, лучевые и лекарственные методы. Тем не менее основной компонент концепции – хирургический метод лечения [1—6]. Как правило, при таком расположении опухоли выполняются брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) по Кеню—Майлсу и не так давно вошедшая в хирургическую практику цилиндрическая экстирпация (ЦЭ) прямой кишки. Оба эти вмешательства довольно травматичны и таят угрозу возникновения в раннем, а иногда и в позднем послеоперационном периоде различных осложнений, чаще всего инфекционной природы.

В нашей клинике за последние 3 года выполнено 65 (100%) экстирпаций прямой кишки больным, страдающим раком прямой кишки. 26 (40%) больным выполнена БПЭ по Кеню—Майлсу, 39 (60%) — ЦЭ прямой кишки. В раннем послеоперационном периоде имели место раневые осложнения инфекционного характера у 4 (15,4%) больных после БПЭ и у 7 (18%) больных после ЦЭ. В позднем послеоперационном периоде у одной больной мы наблюдали редко возникающую послеоперационную промежностную грыжу.

Больная *С.*, 67 лет, поступила 12.01.09 в краевую клиническую больницу №1 им. проф. С.В. Очаповского с диагнозом: рак нижнеампулярного отдела прямой кишки T3N0M0 II стадии II клиническая группа, после предоперационного курса дистанционной гамма-терапии в суммарной очаговой дозе 36 Гр. После предоперационной подготовки 14.01 выполнена БПЭ прямой кишки по Кеню—Майлсу, стандартная аортоподвздошно-тазовая лимфаденэктомия. Послеоперационный период протекал без осложнений. Лапаротомная и промежностная раны зажили первичным натяжением. Кожные швы сняты. Больная выписана 28.01 по выздоровлении под амбулаторное наблюдение.

Примерно через 1,5 года после выписки из стационара больная стала замечать в промежности постепенно увеличивающееся мягкотканное образование, мешающее ходить, сидеть. К нам больная обратилась в начале октября 2010 г. При осмотре больной в положении стоя без натуживания в промежности четко определялось грыжевое выпячивание мягкоэластической консистенции **(рис. 1)**. Перкуторно над ним определялся тимпанит, аускультативно – перистальтика. В положении лежа образование полностью исчезало в промежности. Грыжевые ворота овальной формы размером 10×8 см.

Диагноз: послеоперационная вправимая промежностная грыжа.

Больная госпитализирована 25.10.10. После предоперационной подготовки и обследования 28.10 она оперирована.

Положение больной на животе. Под эндотрахеальным наркозом выполнен разрез кожи и подкожной клетчатки в промежности с иссечением старого послеоперационного рубца **(рис. 2)**. Остро и тупо разъединены сращения грыжевого мешка с окру-



Рис. 1. **Грыжевое выпячивание у больной *С.*, 67 лет.**

© Коллектив авторов, 2013

e-mail: corpus@ksma.ru

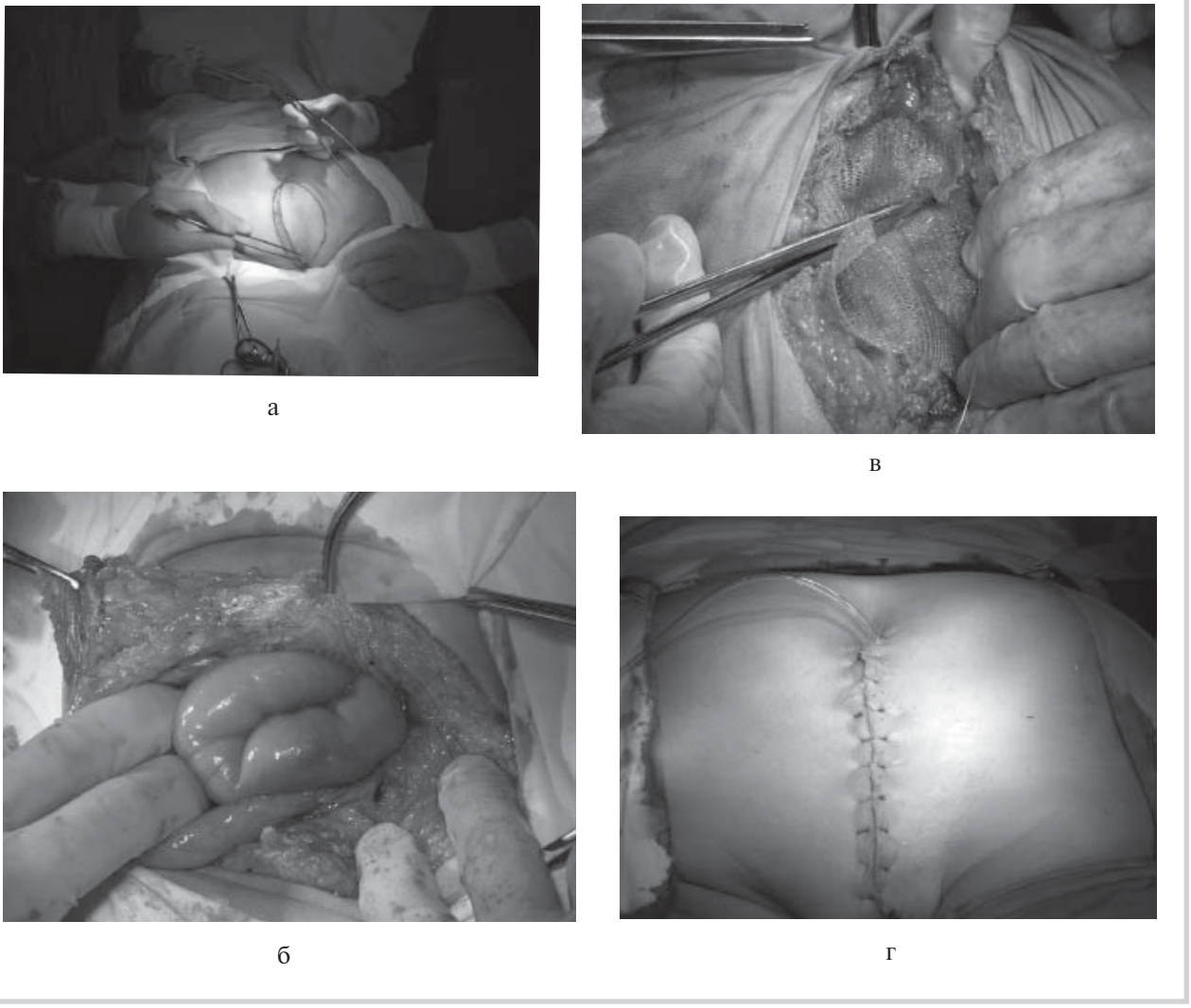


Рис. 2. **Этапы операции.**

а — разрез кожи с иссечением старого послеоперационного рубца; б — вскрыт грыжевой мешок, в котором находятся петли тонкой кишки и прядь сальника; в — поверх сшитых мышц уложен сетчатый эксплантат и подшит к фасциям мышц и копчику; г — отдельные узловые швы на кожу.



Рис. 3. **10-е сутки после операции (рана зажила на проточном дренаже).**

жающими тканями промежности. Вскрыт грыжевой мешок. В нем находятся петли тонкой кишки и прядь сальника **(рис. 2, б)**. Выпота нет. Органы, находящиеся в грыжевом мешке, жизнеспособны, погружены в брюшную полость. Грыжевые ворота размером 10×8 см. Произведена частичная отсепаровка медиальных зон обеих больших ягодичных мышц, после чего они сшиты между собой в виде дупликатуры узловыми швами прочной монофиламентной нитью. Поверх сшитых мышц уложен сетчатый эксплантант и подшит к фасциям мышц и к копчику **(рис. 2, в)**. Общая кровопотеря составила около 10,0 мл. Над сеткой уложен проточный перфорированный дренаж, подшитый к коже с обеих сторон. Наложены отдельные узловые швы на кожу **(рис. 2, г)**.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением на проточном дренаже (**рис. 3** — 10-е послеоперационные сутки, за день до удаления проточного дренажа и снятия кожных швов). Больная выписана 08.11.10 по выздоровлении под амбулаторное наблюдение.

Пациентка осмотрена через 1 год, рецидива промежностной грыжи нет, жалоб не предъявляет.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Александров В.Б.* Рак прямой кишки. М: Вузовская книга 2001; 208.
2. *Бердов Б.А., Невольских А.А., Ерыгин Д.В.* Тотальная мезоректумэктомия в хирургическом лечении больных резектабельным раком прямой кишки. Международный конгресс по онкохирургии. Краснодар 2008; 1: 21.
3. *Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н.* Руководство по колопроктологии. М: Медпрактика 2001; 300.
4. *Царьков П.В.* Использование принципа расширенного экстрафасциального выделения прямой кишки в хирургическом лечении местно-распространенных форм колоректального рака. Международный конгресс по онкохирургии. Краснодар 2008; 29.
5. *Olusegun I. Alatise, Oladejo O. Lawal, Abdulrasheed K. et al.* Surgical Outcome of Abdominoperineal Resection for Low Rectal Cancer in a Nigerian Tertiary Institution. World J Surg 2009; 33: 233—239.
6. *Swan M.C., Furniss D., Cassell O.C.* Surgical management of metastases inguinal lymphadenopathy. BMJ 2004; 27: 329: 7477: 1272—1276.

Поступила 20.06.12