

© М.С.Михайлов, Е.А.Головин, 2006
УДК [616.344-007.64-007.43-031:611.957]-089.2

М.С.Михайлов, Е.А.Головин

САМОПРОИЗВОЛЬНО ВПРАВИВШАЯСЯ ГРЫЖА ЛИТТРЕ

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. А.Н.Вачёв) Самарского государственного медицинского университета

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, грыжа Литтре.

Грыжа Литтре — одна из редких хирургических патологий. В человеческой популяции дивертикул Меккеля встречается у 2% людей [1]. У отдельных больных при гистологическом исследовании дивертикула Меккеля обнаруживают доброкачественные опухоли, исходящие из стенки дивертикула. Такое редкое сочетание мы встретили в своей практике.

Больной Р., 56 лет, поступил в клинику факультетской хирургии СамГМУ 01.03.2005 г. в 20.00 ч с жалобами на боли ноющего характера в низу живота, сухость во рту, задержку стула и газов.

Со слов пациента себя считает больным 2 сут, когда после подъема тяжести в правой паховой области появилось болезненное опухолевидное образование, не исчезающее в горизонтальном положении, постепенно нарастали схваткообразные боли в гипогастриальной области, перестали отходить газы. Известно, что правосторонняя вправимая паховая грыжа была у больного в течение последних 17 лет. 01.03.2005 г. в 16.00 больной отметил самостоятельное вправление образования в брюшную полость, после чего боли усилились и приобрели постоянный, ноющий характер.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 °С, пульс 98 уд/мин, АД 140/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, болезненный и напряженный в нижних отделах живота. Перистальтика кишечника вялая. Симптом Щеткина—Блюмберга сомнительный в нижней половине живота. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических изменений не выявлено. Симптом кашлевого толчка положительный. При исследовании наружного пахового кольца определяется его расширение.

В общеклиническом анализе крови: л. $9,0 \times 10^9$ /л, эр. $4,81 \times 10^{12}$ /л, гематокрит 44,5%. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости отмечено вздутие толстой кишки. Диагноз до операции: самопроизвольно вправившаяся паховая грыжа справа, перитонит. После предоперационной инфузионной подготовки больному через 2 ч от поступления под эндотрахеальным наркозом была выполнена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости выпота нет. При ревизии органов брюшной полости на расстоянии 40 см от илеоцекального угла обнаружен дивертикул Меккеля с широким основанием длиной 5,0 см, напряженный, отечный, с участками кровоизлияний у его основания (рисунк). Перистальтика кишечника резко ослаблена. После введения в корень брыжейки 100 мл 0,25% раствора новокаина была выполнена клиновидная резекция участка подвздошной кишки вместе с дивертикулом Меккеля. Грыжевые ворота 2,0+2,0 см ушиты со стороны брюшной полости капроновыми лигатурами. Ушивание послеоперационной раны послойно, наглухо. Операция Рекамье (рис. 1, 2).



Рис. 1. Участок тонкой кишки с дивертикулом Меккеля.

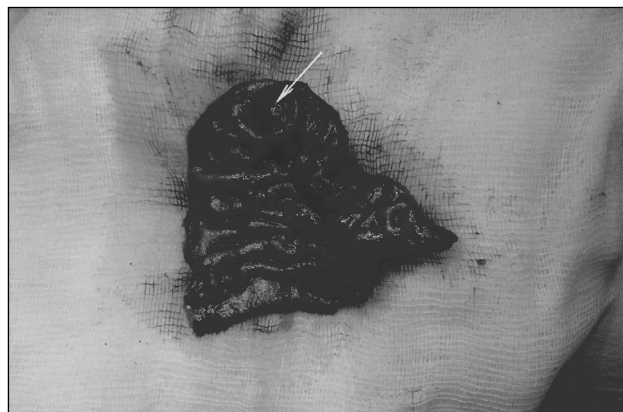


Рис. 2. Дивертикул Меккеля со стороны слизистой оболочки с аденомой подслизистого слоя (указано стрелкой).

Заключительный диагноз: самопроизвольно вправившаяся правосторонняя грыжа Литтре.

При макроскопическом исследовании дивертикул Меккеля отечный, напряженный, у основания с участками кровоизлияний, на верхушке дивертикула со стороны слизистой оболочки обнаружено опухолевидное образование темно-багрового цвета диаметром 8 мм. При гистологическом исследовании это образование верифицировано как аденома подслизистого слоя, слизистая оболочка дивертикула с явлениями отека, полнокровия.

Послеоперационный период без осложнений. Выписан на 12-й день после операции.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Земляной А.Г. Дивертикулы. — Л.: Медицина, 1970. — 186 с.
Поступила в редакцию 17.07.2005 г.