



- кісток кінцівок / С.С. Страфун, А.Т. Бруско, О.В. Долтополов // Ортоп., травматол. и протезир.– 2009. – № 2. – С. 17–20.
23. Сухоносенко В. Восстановительные операции при контрактурах коленного сустава / В.М. Сухоносенко // Восстановительные операции в травматологии и ортопедии: Сборник научных трудов. – Ленинград, 1988. – С. 98–100.
24. Тияков А. Комплексное лечение больных с тугоподвижностью в коленном суставе при использовании аппаратов Волкова-Оганесяна / А.Б. Тияков // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2001. – № 3. – С. 23–26.
25. Троценко В. Роль и место реабилитации в системе ортопедического лечения посттравматических анкилозов и контрактур коленного сустава / В.В. Троценко, С.В. Каграманов // VI съезд травматологов и ортопедов России. – Нижний Новгород, 1997. – С. 877.
26. Чанцев А. Дифференцированный подход к лечению при стойких контрактурах коленных суставов / А.В. Чанцев, Е.А. Распопова // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2000. – № 3. – С. 69–71.
27. Шимбарецкий А. Оперативное лечение посттравматических контрактур коленного сустава / Шимбарецкий А.Н. // Ортопед., травматол. и протезир. – 1986. – № 4. – С. 8–12.
28. Insall J.N. Surgery of the Knee / John N. Insall, W. Norman Scott. – New York, 2006. – V.1. – 986 p.
29. Judet R. Mobilisation of the Knee/ Judet R. // J. Bone Jt. Surg. – № 41–B. – P. 856–857.

**Сведения об авторах:**

Барков А.В., к. мед. н., зав. травматологическим отделением СМСЧ № 19.

Барков А.А., студент 5 курса ВМИ им. Н.И. Пирогова.

**Адрес для переписки:**

Барков Александр Васильевич. г. Кировоград, ул. Салганные пески, 14. Тел.: 22-44-00.

УДК 616-007.43

А.В. Капшитарь<sup>1</sup>, В.Л. Максимов<sup>2</sup>, Е.В. Кучер<sup>2</sup>

**ГРЫЖА ЛИТТРЕ**

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>КП «Городская клиническая больница № 2», г. Запорожье

**Ключові слова:** паховина грижа, защемлення, дивертикул Меккеля.

**Ключевые слова:** паховая грыжа, ущемление, дивертикул Меккеля.

**Key words:** inguinal hernia, incarceration, Meckel's diverticulum.

Проаналізовано рідкісне ускладнення дивертикула Меккеля (ДМ) – грижа Літтре. Клінічна діагностика защемленого органу в грижовому мішку не мала патогноманичних симптомів і ДМ виявлено під час невідкладного розтину грижі. Клиновидна резекція тонкого кишечника, що несе ДМ з широкою основою, зашивання рани кишки, пластика за Ліхтенштейном-І, дренажування рани є оптимальним обсягом операції. Плановий розтин грижі виключило б це ускладнення.

Проаналізовано рідке ускладнення дивертикула Меккеля (ДМ) – грижа Литтре. Клиническая диагностика ущемленного органа в грыжевом мешке не имела патогноманичных симптомов и ДМ был обнаружен во время неотложного грыжесечения. Клиновидная резекция тонкого кишечника, несущего ДМ с широким основанием, ушивание раны кишки, пластика по Лихтенштейну-І, дренирование раны является оптимальным объемом операции. Плановое грыжесечение исключило бы данное осложнение.

The rare complication of Meckel's diverticulum (DM) – Littre's hernia – was analyzed. Clinical diagnostics of the restrained body in a hernial bag had no pathognomical symptoms and the DM was found during the urgent herniotomy. The cuneate resection of the small intestine, bearing DM with the wide basis, wound closure intestine, plastic on Liechtenstein, wound drainage is an optimal volume of operation. Planned herniotomy would exclude this complication.

Дивертикул Меккеля является врожденной аномалией, связанной с неполной редукцией в процессе эмбриогенеза желточно-кишечного протока [3,6]. Он обнаруживается у 2–3% населения и представляет собой выпячивание стенки подвздошной кишки длиной 1–15 см, диаметром 0,5–5 см на расстоянии 10–25 см у детей и 40–60 см у взрослых от места впадения подвздошной кишки в слепую [1,3,5]. Наиболее частыми и грозными его осложнениями являются дивертикулит, острая кишечная непроходимость, кровотечение, перфорация, перитонит [3,7]. Как казуистика описаны единичные случаи грыжи Литтре – ущемления дивертикула Меккеля в грыжевом мешке [2,4].

В клинике общей хирургии ЗГМУ, расположенной на базе КП «Городская клиническая больница №2» г. Запорожья с 1975 по 2009 г., прооперированы 14 больных с дивертикулом Меккеля. Из них патологические изменения в нем выявлены у 11 (78,6%) пациентов. Такое чрезвычайно редкое осложнение дивертикула Меккеля, как грыжа Литтре, выявлено лишь у 1 больного, что и послужило причиной данной публикации. Приводим наблюдение.

Больной С., 60 лет, ист. болезни №1844, госпитализирован в клинику общей хирургии 14.06.2010 г. в 7 ч 40 мин с жалобами на боли в правой паховой области. В возрасте 10 лет оперирован в плановом порядке по поводу правосторонней паховой



грыжи и впоследствии считал себя здоровым. В течение последних 2 недель стал замечать по ходу рубца безболезненное выпячивание, легко вправимое в брюшную полость. После натуживания 2 ч назад внезапно возникли резкие боли в правой паховой области. Доставлен СМП с диагнозом «Ущемленная рецидивная правосторонняя паховая грыжа».

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 88 ударов за 1 мин. Температура тела 36,6°C. АД 150/100 мм рт. ст. В правой паховой области линейный рубец длиной 4 см параллельно паховой складки, в нижней части которого определяется туго-эластической формы выпячивание 2х2 см, резко болезненное, не вправимое в брюшную полость. ГБ – 144 г/л. ЭР –  $4,3 \times 10^{12}$ /л. Л –  $8,7 \times 10^9$ /л, э – 4%, п – 2%, с – 65%, л – 65%, м – 3. Общий анализ мочи без патологии. Диагноз при поступлении – «Ущемленная рецидивная правосторонняя паховая грыжа».

Спустя 1 ч после поступления в клинику выполнена неотложная операция. Под местной анестезией 0,25% раствором новокаина 500 мл иссечен послеоперационный рубец. Выделен и вскрыт у дна грыжевой мешок размером 6х6 см, расположенный снаружи от семенного канатика в общей оболочке. Содержимым мешка были дивертикул и серозно-геморрагический экссудат. Рассечено ущемляющее кольцо. Тонкий кишечник сложен в виде двустовки с наличием спаечного процесса, на его противобрыжеечном крае расположен дивертикул. Последний размером 6х3 см, синюшного цвета, с отечной стенкой, в кровоизлияниях, не имеющий собственной брыжейки, у основания – странгуляционная борозда. При дальнейшей ревизии установлено, что дивертикул локализуется в 70 см от места впадения подвздошной кишки в слепую. Диагностирована рецидивная правосторонняя паховая грыжа с ущемлением дивертикула Меккеля. Учитывая наличие широкого диаметра дивер-

тикула, выполнена клиновидная резекция тонкой кишки, несущей дивертикул Меккеля, с ушиванием раны кишки в поперечном направлении швами Черни. Петля тонкой кишки вправлена в брюшную полость. Иссечен грыжевой мешок. Восстановлены глубокое кольцо пахового канала и поперечная фасция. Пластика грыжевых ворот полипропиленовой сеткой по Лихтенштейну-I. Рана дренирована 2-мя перфорированными полихлорвиниловыми дренажами. Гистологическое заключение №28389-92: стенка тонкой кишки обычного строения.

Послеоперационное течение гладкое. Дренажи из раны удалены на 4 сутки. Швы сняты на 8 сутки. Рана зажила первичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии 22.06.2010 г. для окончания лечения у хирурга поликлиники.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дронов А.Ф. Видеолапароскопические операции при патологии дивертикула Меккеля у детей / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Котлобовский [и др.] // Хирургия. – 2002. – №10. – С. 39–42.
2. Жебровский В.В. Атлас операций при грыжах живота / В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко. – Симферополь: ЧП «Элиньо», 2004. – 315 с.
3. Кургузов О.П. Осложненные формы дивертикула Меккеля / О.П. Кургузов, В.М. Надыров // Хирургия. – 2009. – №4. – С. 24–32.
4. Михайлов М. С. Самопроизвольно вправившаяся грыжа Литтре / М.С. Михайлов, Е.А. Головин // Вестник хирургии. – 2006. – №1. – С. 85.
5. Острый аппендицит / [Кригер А. Г., Федоров А. В., Воскресенский П. К., Дронов А. Ф.]. – М.: Медпрактика, 2002. – 244 с.
6. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении дивертикула Меккеля / Р.Ж. Ибасаров, В.В. Стрижелецкий, Г.М. Рутенбург [и др.] // Вестник хирургии. – 2005. – №5. – С. 82–83.
7. Meckel diverticulum: the Mayo Clinic experience with 1476 patients (1950 - 2002) / Park J.J., Wolff B.G., Tollefson M.K. [et al.] // Ann. Surg. – 2005. – Vol. 241 (3). – P. 529–533.

#### Сведения о авторах:

Капшитарь А.В., д. мед. н., доцент каф. общей хирургии ЗГМУ.

Максимов В.Л., ординатор хирургического отделения КП «Городской клинической больницы №2» г. Запорожья.

Кучер Е.В., ординатор хирургического отделения КП «Городской клинической больницы №2» г. Запорожья.

#### Адрес для переписки:

Капшитарь Александр Васильевич. 69069, г. Запорожье, ул. Ульянова, д. 157, кв. 2.

Тел.: раб. (061) 2872581, 347553

дом. (061) 523310, моб. (067)8441063.