

УДК 616-007.43.47-06:616.346.2-002

*А.В. Капшитарь***СОЧЕТАНИЕ УЩЕМЛЁННОЙ ГРЫЖИ ТРЕЙТЦА И ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА***Запорожский государственный медицинский университет*

Ущемлённая грыжа Трейтца занимает 2 место в структуре внутренних ущемлённых грыж [2, 3]. По данным разных авторов она встречается в 0,2-0,24% от всех ущемлённых грыж [3, 4]. Различают правосторонние и левосторонние грыжи Трейтца. Чаше встречаются правосторонние грыжи. Грыжевыми воротами является отверстие в области двенадцатиперстной тощей ямке, а само грыжевое выпячивание располагается ниже поперечной ободочной кишки, в правой половине брюшной полости – в случае правосторонней грыжи Трейтца и слева от трейтцевой связки позади желудка – при левосторонней локализации [3, 4, 7]. Грыжевой мешок может достигать огромных размеров и вмещать большую часть тонкого кишечника [4].

Дооперационная диагностика ущемлённой грыжи Трейтца чрезвычайно сложна. Описаны единичные наблюдения установления диагноза до операции, используя лапароскопию [4]. Однако большинство больных оперируют с предположительным диагнозом острой кишечной непроходимости, панкреатита?, перфоративной гастродуоденальной язвы?, а диагноз ущемлённой грыжи Трейтца устанавливают во время операции [1, 5, 6]. Даже при лапаротомии не всегда легко распознать этот вид грыжи [И. Литманн, 1972]. Результаты секции свидетельствуют также и о первичном установлении диагноза [Матяшин И. И. с соавт., 1975].

Изучая публикации в периодической печати мы не нашли описания сочетания ущемлённой грыжи Трейтца и острого аппендицита и сочли возможным поделиться собственным наблюдением.

Больная М., 10 лет, истории болезни № 2499, госпитализирована 05.05.2009 г. в хирургическое отделение КП «Городской клинической больницы № 2» г. Запорожья с жалобами на тупые боли в правой подвздошной

области, тошноту, сухость во рту, рвоту. 12 часов назад возникли боли в подложечной области, двукратная рвота съеденной пищей. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 98 ударов в 1 минуту. Температура тела 37,3°C. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Правая половина живота несколько отстаёт в акте дыхания. При пальпации живот болезненный больше в правой подвздошной области, где определяется умеренное напряжение брюшных мышц. Симптом кашлевого толчка, Раздольского, Ровзинга, Щёткина-Блюмберга положительные. Перистальтика кишечника ослаблена, Диурез не нарушен. Стул был утром оформленный. Диагноз при поступлении «Острый аппендицит».

05.05.2009 г. пациентка оперирована. Лапаротомия доступом Mc Burney. В правой подвздошной ямке 15 мл серозного выпота, осушен. Купол слепой кишки с червеобразным отростком выведены в рану. Последний расположен медиальнее слепой кишки, длиной 8 см, умеренно гиперемирован, субсерозные сосуды резко инъецированы, верхушка уплотнена. Обнаружить тонкий кишечник не удалось. Медиальнее слепой кишки в направлении правого подреберья определяется напряжённый плотный брюшинный мешок. Типичная антеградная аппендэктомия с погружением культи червеобразного отростка в кисетный и Z-образный швы. Дан эндотрахеальный наркоз. Средняя срединная лапаротомия. От связки Трейтца до слепой кишки, занимая всю правую половину живота, определяется напряжённое выпячивание в сторону передней брюшной стенки, представленное фиброзным мешком, который по латеральному краю сращён с восходящей ободочной кишкой. Терминальный отдел тонкого кишеч-

ника длиной 25 см спавшийся. Остальные его отделы не видны. Между *plica duodenojejunalis superior et inferior* обнаружены грыжевые ворота 6×6 см сдавливающие тощую кишку. Стенка двенадцатиперстной кишки гиперемирована, отёчна, утолщена, в просвете – газ и жидкость. В бессосудистом месте грыжевые ворота рассечены книзу. Из брюшинного мешка извлечен раздутый тонкий кишечник, признан жизнеспособным. Восстановлена проходимость по кишечной трубке. Передней стенкой грыжевого мешка была также верхне-брыжеечная артерия и вена. Грыжевой мешок частично иссечён, прошит обвивным кетгутовым швом, включая и грыжевые ворота. В брыжейку кишечника введено 100 мл 0,25% раствора новокаина. Через контрапертуру в левой подвздошной области в полость малого таза установлены 2 полихлорвиниловых дренажа. Брюшная полость послойно ушита наглухо. Послеоперационный диагноз «Ущемлённая грыжа Трейтца. Острая тонкокишечная непроходимость. Острый ка-

таральный аппендицит». Гистологическое заключение: острый катаральный аппендицит. Течение послеоперационного периода гладкое. Дренажи из брюшной полости удалены на 4 сутки, швы сняты – на 9 сутки. Выписана спустя 2 суток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е. Возможности эндовидеохирургической технологии при ущемлённых грыжах / А.Е. Борисов, Л.А. Лёвин // Вестник хирургии. – 2004. – № 1. – С. 47-50.
2. Жебровский В.В. Атлас операций на органах брюшной полости / В.В. Жебровский. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2009. – 464 с.
3. Жебровский В.В. Атлас операций при грижах живота / В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко. – Симферополь: ЧП «Элиньо». – 2004. – 316 с.
4. Капшитарь А.В. Ущемления грижа Трейтца / А.В. Капшитарь // Хірургічне лікування гриж живота з використанням сучасних пластичних матеріалів: Зб. матеріалів наук.-практ. конф. з міжнар. участю 24-25 вересня 2004 р., м. Алушта. – С. 105-108.
5. Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології / В.В. Бойко, Ю.Б. Григоров, В.Г. Дуденко [та інш.] – Харків: Торнадо. – 2002. – 174 с.
6. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева. – М.: Изд-во «Триада-Х», 2005. – 640 с.
7. Treitz W. Hernia retroperitoneales, ein Beitrag zur Geschichte innerer Hernien / W. Treitz. – Prag, 1857.

Стаття надійшла 09.09.2011