

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖИ ТРЕЙТЦА У ДЕТЕЙ

Игнатьев Е.М.<sup>1</sup>, Свиридов А.А.<sup>2</sup>, Свиридов А.А., Тома Д.А.<sup>1</sup>, Годяцкий А.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Детская областная клиническая больница, Белгород

<sup>2</sup> Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

**Введение.** Ущемленная грыжа Трейтца занимает 2-е место в структуре внутренних ущемленных грыж. По данным разных авторов, она встречается в 0,2–0,24% всех ущемленных грыж. Различают правосторонние и левосторонние локализации. Чаще встречаются правосторонние грыжи. Грыжевыми воротами является отверстие в области двенадцатиперстно-тощей ямки, а само грыжевое выпячивание располагается ниже поперечной ободочной кишки, в правой половине брюшной полости — в случае правостороннего расположения и слева от связки Трейтца, позади желудка — при левосторонней локализации. Грыжевой мешок может достигать огромных размеров и вмещать большую часть тонкого кишечника. Дооперационная диагностика ущемленной грыжи Трейтца чрезвычайно сложна. Описаны единичные наблюдения установления диагноза до операции, в т.ч. используя лапароскопию. Большинство больных попадают на операционный стол с предположительным диагнозом острой кишечной непроходимости, панкреатита, перфоративной гастродуоденальной язвы, а диагноз ущемленной парадуоденальной грыжи устанавливается во время операции. Даже при лапаротомии не всегда легко распознать этот вариант грыжи.

**Материалы и методы.** В хирургическом отделении Детской областной клинической больницы г. Белгорода за последние 8 лет находилось на лечении 3 ребенка с диагнозом: «Острая кишечная непроходимость. Грыжа Трейтца». Произведен ретроспективный анализ историй болезни. Возраст пациентов 3–5 лет, мужского пола, ранее на органах брюшной полости не оперированы. Сроки поступления в стационар от 6 до 12 часов. Все пациенты поступили в средне-тяжелом состоянии. Диагностическая программа включала эзофагогастродуоденоскопию (3), УЗИ органов брюшной полости (3), рентгенологическое исследование: обзорная рентгенография органов брюшной полости (3), в том числе с контролем пассажа контрастного вещества по ЖКТ (1), компьютерную томографию (1). Все используемые методы диагностики указывали прямо или косвенно лишь на наличие кишечной непроходимости, однако окончательное представление о ее причине удалось получить только в ходе выполнения оперативного вмешательства (3).

**Результаты.** Все пациенты были прооперированы, выполнена средне-срединная лапаротомия, где выявлена мезентерико-париетальная парадуоденальная грыжа. Объем оперативного вмешательства включал ликвидацию внутренних ворот грыж путем ушивания листков париетальной брюшины в области двенадцатиперстно-тощекишечного кармана. Послеоперационных осложнений не выявлено. Сроки выписки пациентов из стационара после оперативного лечения 7–9 суток. Катамнез прослежен у всех детей более 1 года, рецидивов не отмечалось.

**Заключение.** Для диагностики внутренних грыж у детей необходимо использование комплекса инструментальных методов исследования, однако окончательный диагноз можно установить только в ходе оперативного вмешательства.