

УДК 616.346.2 - 002.1

**ПОРОКИ РОТАЦИИ И ФИКСАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ, СИМУЛИРУЮЩИЕ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ****Н.Н. Назаров, Н.Ш. Эргашев, Ф.М. Хуррамов, З.Ж. Бекнозаров**Ташкентский педиатрический медицинский институт  
(ректор – проф. Б.Т.Даминов),  
кафедра госпитальной детской хирургии, детской онкологии  
г. Ташкент, Узбекистан*E-mail: naznur66@mail.ru**nazaroff.nur@gmail.com**x\_fm@mail.ru*

Представлены анализ клинических проявлений 134 больных с пороками ротации и фиксации толстой кишки в возрасте от 1 года до 15 лет. Изучены причины и особенности клинических проявлений заболеваний, симулирующих острый аппендицит.

**Ключевые слова:** толстая кишка, колоноптоз, болезнь Пайра, дети.

**MALFUNCTIONS OF ROTATION AND FIXATION OF THE COLON IN CHILDREN SIMULATING ACUTE APPENDICITIS****N.N. Nazarov, N.Sh. Ergashev, F.M. Khurramov, Z.Zh. Beknozarov**Tashkent Pediatric Medical Institute (Rector - Prof. B.T.Daminov), Department  
of Hospital Pediatric Surgery, Pediatric Oncology  
Tashkent, Uzbekistan

**Summary.** The analysis of the clinical manifestations of 134 patients with malformations of rotation and fixation of the colon at the age of 1 year to 15 years. Studied the causes and clinical manifestations of diseases that simulates acute appendicitis.

**Keywords:** colon, colonoptosis, Payer disease, children.

**Актуальность.** Пороки ротации и фиксации толстой кишки (ПРФТК) являются довольно распространенной патологией. Диагностика данных пороков является актуальной, ввиду того, что эти аномалии долгое время не проявляются, но осложнения или трудности в случае возникновения острого заболевания в

брюшной полости и разные взгляды в таких случаях в вопросе объема оперативного вмешательства, свидетельствуют о необходимости более углубленного изучения данного порока в вопросах ранней диагностики [1, 2].

Основные клинические симптомы заболевания проявляются в детском

возрасте, постепенно достигая максимума к 7-14 годам жизни, в дальнейшем способствуя возникновению вторичных воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта, представляя диагностические трудности в постановке окончательного диагноза [3, 4].

ПРФТК возникают большей частью в неонатальном периоде и обычно проявляются уже в раннем возрасте, но, по данным литературы, могут обнаруживаться как случайные находки во время операций или на аутопсии, либо поздно проявляться клинически у детей старшего возраста и у взрослых. Иногда сочетание нескольких аномалий тонкого и толстого кишечника не беспокоит больных или имеет хроническое течение с болевым синдромом и хроническим запором [5, 6].

Хронические рецидивирующие боли в животе отмечаются у 10-15% детей и подростков. В настоящее время известно, что причинами хронических болей в животе могут быть нарушения фиксации толстой кишки (ТК). Этим заболеваниям мало уделяется внимания со стороны педиатров и детских хирургов. Несмотря на то, что эта патология известна давно, публикаций, посвященных этому вопросу, как в отечественной, так и в зарубежной литературе крайне мало. Особенно это касается детского возраста [3-7].

**Цель работы** – изучить особенности клинических проявлений пороков ротации и фиксации толстой кишки, симулирующих острый аппендицит у детей.

**Материал и методы исследования.** Проанализированы результаты исследования 134 детей с ПРФТК в возрас-

те от 1 мес. до 15 лет, проведенные в отделениях клинических баз кафедры госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Были проведены: а) клиничко-лабораторные исследования крови, мочи; б) обзорная рентгенография брюшной полости; в) рентгено-контрастные методы исследования (пассаж ЖКТ, ирригоскопия с ирригографией); г) экскреторная урография; д) эндоскопические методы исследования (ФГДС, колоноскопия, ректороманоскопия).

При выборе метода исследования больных детей учитывали информативность применяемого метода диагностики в определенной последовательности, по принципу от простого, общедоступного, к сложному. Рациональное сочетание их позволяет дополнить результаты полученных данных.

#### **Результаты и обсуждение**

ПРФТК чаще встречался у мальчиков (59,7%), чем у девочек (40,3%). Частота отдельных нозологических форм в различных возрастных группах неравномерна. Преобладали отсутствие или нарушение фиксации ТК – 114 (85,1%). Провисание печеночного изгиба ТК выявлено у 13 (9,7%), провисание селезеночного изгиба ТК – у 3 (2,2%), болезнь Пайра (БП) – у 27 (20,1%), тотальный птоз – у 15 (11,2%), отсутствие фиксации правой половины ТК – у 56 (41,8%) больных.

Патологическая фиксация имела место у 20 детей (14,9%). У всех отмечены нарушения ротации ТК в виде: высокое расположение слепой кишки – у 13 (9,7%); левостороннее расположение слепой кишки – гиперротация – у 2

(1,5%); синистропозиция толстой кишки (СТК) – у 5 (3,7%) больных.

Из 134 больных 72 (53,7%) поступили в клинику по экстренным показаниям с признаками острой хирургической патологии. У 12 (16,7%) в ходе наблюдения исключена острая хирургическая патология. При дальнейшем плановом обследовании выявлены различные формы ПРФТК: БП – у 4 больных; тотальный птоз – у 4; провисание печеночного сгиба ТК – у 2; СТК – у 2 больных. Дети прооперированы в плановом порядке с установленными до операций диагнозами.

В плановом порядке для обследования госпитализированы 62 больных: с

хроническими запорами – 20; с хронической рецидивирующей болью в животе – 10; с синдромом рвоты – 5 больных. С сочетанием выше перечисленных признаков – 27 больных.

Из 62 больных, поступивших в плановом порядке, у 15 (24,2%) были подозрения на пороки вращения без конкретного диагноза. У остальных 47 (75,8%) направительные диагнозы были разнообразными. При этом учитывался лишь ведущий клинический признак (отсутствие стула или болевой абдоминальный синдром) без детального анализа обследования больных (табл. 1).

Таблица 1– Направительные диагнозы больных, поступивших в плановом порядке (n=62)

Диагноз	Количество больных
Хронический запор	19 (30,7%)
Подозрение на ПРФТК	15 (24,2%)
Долихосигма	7 (11,3%)
Хронический гастроуденит	4 (6,5%)
Синдром рвоты	3 (4,83%)
Энкопрез	3 (4,83%)
Хронический энтероколит	3 (4,83%)
Спаечная болезнь	2 (3,2%)
Хронический аппендицит	2 (3,2%)
Заболевания мочевыводящих путей	2 (3,2%)
Полип прямой кишки	1 (1,6%)
Дискенизия желчевыводящих путей	1 (1,6%)
Всего	62 (100%)

Все эти больные долго и безуспешно лечились консервативно у гастроэнтерологов, 14 из них подверглись необоснованному оперативному вмешатель-

ству – аппендэктомии, 2 – лапаротомии по поводу спаечной кишечной непроходимости.

При клинико-рентгенологической верификации выявлены следующие формы ПРФТК: болезнь Пайра (рис. 1) – у 23 больных; нависание правой половины ТК (рис. 2) – у 11; тотальный птоз (рис. 3) – у 11; нефиксированная слепая кишка (рис. 4) – у 9; нависание левой половины ТК – у 3; СТК – у 3; левосторонняя гиперротация слепой кишки – у 2. Из них у 6 больных с болезнью Пайра, у 4 – с нависанием правой половины толстой кишки, у 2 – с тотальным птозом, у 2 – с нефиксированной слепой кишкой проведена аппендэктомия до постановки окончательного диагноза, но боли после операции сохранялись.

ронняя гиперротация слепой кишки – у 2. Из них у 6 больных с болезнью Пайра, у 4 – с нависанием правой половины толстой кишки, у 2 – с тотальным птозом, у 2 – с нефиксированной слепой кишкой проведена аппендэктомия до постановки окончательного диагноза, но боли после операции сохранялись.



Рис. 1. Контрастная ирригография. Значительное провисание поперечной части толстой кишки. Синдром Пайра.



Рис. 2. Контрастная ирриграмма толстой кишки. Правосторонний птоз. После частичного опорожнения.



Рис. 3. Контрастная ирригограмма. Общий птоз.



Рис. 4. Контрастная ирригограмма. Нефиксированная слепая кишка.

Из-за нарушения пассажа кишечного содержимого, резких перегибов ободочной кишки в области печеночного и селезеночного углов у части больных развивался рефлюкс-илеит, проявляющийся болями в правой половине живота. Застой каловых масс в правой половине ТК приводил к повышению внутрикишечного давления. Кишечный стаз, дисбактериоз вызывали воспали-

тельный процесс со стороны слизистой илеоцекального угла и в итоге вели к нарушению функции илеоцекального запирающего аппарата.

У 57 (42,5%) больных боли в животе были приступообразными или носили постоянный характер. Из анамнеза стало ясно, что больные до появления острого процесса имели жалобы на боли в животе. Боли у них усиливались

при физической нагрузке, после приема обильной пищи. Локализация болей была непостоянной, чаще – в правой половине живота и в области пупка. Симптомы заболевания нередко приводили к ошибочным диагнозам хронического или острого аппендицита, почечной колики, желчекаменной болезни т.д.

По нашим данным, ПРФТК у 63 (47%) больных встречались в сочетании с другими заболеваниями ЖКТ и брюшинного пространства, существенно влияли на течение и исход заболевания. Они были выявлены во время плановых исследований или во время операции. При некоторых формах ПРФТК в патологический процесс последовательно вовлекаются почти все органы пищеварительной системы. Однако в центре внимания врача долгие годы находятся доминирующие клинические признаки конкретной нозологии и не учитываются изменения в других органах пищеварения, обусловленные ПРФТК. Это обстоятельство порождает ошибки в тактике лечения.

### Заключение

Ретроспективный анализ анамнестических данных показывает, что у большинства детей, оперированных по поводу острого аппендицита, при атипичном его расположении, возникших на фоне аномалий ротации и фиксации ТК, выявлены те же признаки, что и у больных, прооперированных в плановом порядке.

Отметим неяркое начало заболевания, когда клиническая картина проявляется как бы исподволь на фоне общего здоровья, а затем постепенно нарастает. Первичным симптомом больных, поступивших в плановом порядке, в

80% случаев – запоры или их комбинация с болями в животе. Абдоминальный болевой синдром как первый признак страдания выявляется только у 20% пациентов. Несмотря на раннюю манифестацию ПРФТК у детей, пик обращаемости пациентов в хирургическую клинику соответствовал возрасту 10–15 лет. У 20% больных, поступивших в экстренном порядке, из анамнеза выявлено, что у них имелись нечетко выраженные боли и запоры, проходящие без консервативной терапии.

ПРФТК и их топографо-морфологические вариации не казуистичны, а составляют важную часть патологии ЖКТ. В большинстве случаев до сих пор различные формы этой патологии диагностируются на операционном столе при возникновении осложнений. Вместе с тем тщательный и вдумчиво проанализированный анамнез с последующим объективным исследованием позволяют диагностировать эти аномалии до развития осложнений и проведении необоснованной аппендэктомии.

### Литература

1. Эргашев, Н.Ш. Особенности клиники и диагностики мальротации и аномалий фиксации кишечника у детей / Н.Ш. Эргашев, Ж. Б. Самтаров // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2014. – Т. 173. – №4. – С. 73–77.
2. *Persistent gastrointestinal symptoms after correction of malrotation* [S.P. Devane, R. Coombes, V.V. Smith, et al.] // *Arch. Dis. Child.* – 1992. – 67(2). – P. 218–221.
3. Ахпаров, Н.Н. Клинический случай синдрома мальротации у ребенка с полной инверсией внутренних органов / Н.Н. Ахпаров, С.Б. Сулейманова, К.С. Ашир-

- бай // *Детская хирургия*. – 2017. – Т. 21. – № 6. – С. 322–325.
4. Ameh, E.A. Age-related differences in diagnosis and morbidity of intestinal malrotation / E.A. Ameh, L.B. Chirdan // *J Am Coll Surg*. – 2008. – Vol. 206. – № 4. – P. 658-663.
5. Конотоцьева, А.Н. Случай ультразвуковой диагностики нарушения ротации и фиксации «Средней кишки» - синдрома Ледда / А.Н. Конотоцьева // *Сиб. мед. журн. (Иркутск)*. – 2010. – Т. 97. – № 6. – С. 261–262.
6. Эргашев, Н. Ш. Диагностика и хирургическая тактика при обратной ротации кишечника у детей / Н.Ш. Эргашев, Ж.Б. Саттаров // *Детская хирургия*. – 2014. – Т. 18. – №3. – С.29-32.
7. Леньюшкин, А.И. Аномалии ротации и фиксации кишечника у детей (клиника, диагностика, лечебная тактика) / А.И. Леньюшкин, И.Н. Хворостов // *ВСП*. – 2007. – №5.