

МАЛЬРОТАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ, ПЕРЕЖИВШИХ ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Цап Н.А.¹, Огарков И.П.^{1,2}, Комарова С.Ю.², Елисеев А.С.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург, Россия;

² Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург, Россия

Обоснование. Нарушения ротации и фиксации кишечника и у новорожденных детей — нечастый порок развития, встречается 1 : 3000 живорожденных, а в более старшем возрасте является редкостью, что обусловлено скрытыми асимптоматическими формами. По сведениям от зарубежных авторов, ни у одного больного не бывает абсолютно бессимптомного течения, у детей имеются неспецифические симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта

Цель: представить опыт лечения детей с осложненным течением мальротации кишечника, которая имела скрытое малосимптомное течение, что и позволило значительно пережить период новорожденности

Методы. В аналитическую группу включены 6 детей с «острой фазой» мальротации кишечника, оперированных в клинике с 2012 по 2020 г., в 2021–2022 гг. таких пациентов не было. По полу — все мальчики, по возрасту равнозначное разделение: от 8 мес. до 2 лет 4 мес. — 3 (50 %) ребенка, от 4 до 7 лет — также 3 (50 %). Обоснование к госпитализации в хирургический стационар — развитие у всех детей клиники острой кишечной непроходимости. Ведущий метод в комплексе экстренной диагностики — обзорная R-графия брюшной полости

Результаты. Анамнез детей свидетельствует о якобы бессимптомном течении, но были выявлены: неопределенные боли в животе по типу кишечной колики (83,3 %), периодическая рвота (63,3 %), хроническая диарея (50 %), отставание в физическом развитии (100 %). На дооперационном этапе клинически (осмотр, пальпация живота, ректальное обследование) и рентгенологически не вызывала сомнений странгуляционная непроходимость кишечника. Лапароскопическая ревизия и устранение заворота тонкой кишки удалась у 2 (33,3 %) детей в связи с малым сроком и быстрым восстановлением нарушенного кровотока в стенке кишки. В 4 (66,7 %) случаях во время лапаротомии ликвидирован заворот средней кишки, после чего у 2 детей значительный участок кишки признан нежизнеспособным и резецирован с формированием тонкокишечного анастомоза (1), илеоколотомы (1). Оперативные вмешательства без резекции кишки дополнялись симультантной аппендэктомией для исключения риска поздней диагностики аппендицита при левостороннем расположении слепой кишки. Послеоперационный период без осложнений. Ребенок с илеоколотомой прошел этапное хирургическое лечение. Дети наблюдаются хирургом и гастроэнтерологом.

Заключение. Из 5 клинически значимых типов мальротации кишечника у наших пациентов имелись мальротация с заворотом средней кишки и с заворотом тонкой кишки. Эмбриональные спайки были незначимы, не сдавливали критично двенадцатиперстную кишку, в связи с чем и не было проявлений синдрома Ледда в период новорожденности, а «бессимптомное» течение порока развития манифестировало в более старшем возрасте заворотом кишки.

Ключевые слова: мальротация кишечника; хирургия; дети.