

Аномалії фіксації товстої кишки в дітей



**О.Б. Боднар,
Л.І. Ватаманеску**

Буковинський державний медичний
університет, Чернівці

Аномалії фіксації товстої кишки (АФТК) у дітей — це анатомічна передумова виникнення хронічного больового синдрому та закрепів. Методи консервативної терапії часто не сприяють одужанню пацієнтів та призводять до переходу захворювання у хронічну стадію. Способи оперативної корекції у багатьох пацієнтів не ефективні та супроводжуються різноманітними ускладненнями.

Мета роботи — вивчити особливості клінічного перебігу, діагностичних засобів та лікування АФТК в дітей. **Матеріали та методи.** В основу роботи покладено результати обстеження та лікування 85 дітей з АФТК, із яких 54 проведено оперативні втручання.

Результати та обговорення. Основні клінічні вияви АФТК в дітей — рецидивний абдомінальний біль та хронічні закрепи. За даними іригоскопічного дослідження, із 85 дітей рухома сліпа кишка спостерігалася в 10,59 % випадків, правобічний колоноптоз — у 11,76 % хворих, тотальний колоноптоз — у 8,24 % пацієнтів, високе положення лівого вигину ободової кишки (ОК) — у 9,41 % випадків, хвороба Пайра — у 43,53 % хворих, високе положення лівого вигину ОК в поєднанні з доліхосигмою — у 16,47 % пацієнтів. У 23,53 % випадків відбувається поєднання патології з недостатністю ілеоцекального замикального апарату.

Висновки. Показання для хірургічного лікування АФТК — виражений абдомінальний біль (94,12 %), який не лікується консервативними методами протягом року, а в дітей із закрепами — відсутність позитивного ефекту від консервативного лікування (60 %).

Ключові слова: діти, аномалії фіксації товстої кишки, лікування.

Хронічний рецидивний біль у животі буває в 10—15 % дітей. У дошкільному віці біль у животі трапляється у 17,74 % пацієнтів, у 8—11 років — у 53,23 %, у 12—14 років — у 29,03 % [3].

За наявності аномалій розвитку товстої кишки вираженість функціональних розладів збільшується з віком, симулюючи різні захворювання шлунково-кишкового тракту та ускладнюючи діагностику основної патології. Рецидивний абдомінальний біль часто пов'язують із порушеннями фіксації товстої кишки [4, 7]. Товста кишка фіксована до задньої черевної стінки очеревиною та її похідними [1, 11]. Аномалії фіксації товстої кишки (АФТК) призводять до виникнення рухомої сліпої кишки (СК), правобічного колонопто-

Стаття надійшла до редакції 23 травня 2013 р.

Боднар Олег Борисович, д. мед. н., доц. кафедри дитячої хірургії та отоларингології
58000, м. Чернівці, площа Театральна, 2
Тел. (050) 671-32-83
E-mail: bodnarol@rambler.ru

■ Т а б л и ц я 1
Розподіл дітей з АФТК залежно від анатомічної локалізації патології

Аномалія фіксації	Патологія	Кількість дітей	%
Сліпої кишки	Рухома сліпа кишка	9	10,59
Правої половини ободової кишки	Правобічний колоноптоз	10	11,76
Висхідної та низхідної ободових кишок	Тотальний колоноптоз	7	8,24
Лівого вигину ободової кишки з його високим положенням	Високе положення лівого вигину ободової кишки	8	9,41
	Хвороба Пайра	37	43,53
	Високе положення лівого вигину ободової кишки в поєднанні з доліхосигмою	14	16,47
Усього		85	100

зу, тотального колоноптозу, хвороби Пайра. Слід зазначити, що поняття «хвороба Пайра» не зовсім коректне. Е. Рауг писав про набутий спайковий процес в очеревинній порожнині, який призводить до утворення «двостволки» між поперечною (ПОК) та низхідною ободовими кишками (ОК), що викликає порушення випорожнення [5].

У літературі під хворобою Пайра розуміють високе положення лівого вигину ОК з його фіксацією, перерозтягненням брижі, опущенням подовженої ПОК (доліхотрансверзоптоз) [8]. За даними деяких дитячих хірургічних клінік, виявляють поєднання хвороби Пайра та доліхосигми [10, 12].

Зазначені АФТК призводять до патологічної рухомості ОК, що викликає біль у животі та порушення випорожнення. На сучасному етапі розвитку абдомінальної дитячої хірургії проблему АФТК вивчено недостатньо. Потребують подальшого вдосконалення методи діагностики, вибір показань, термінів та методів оперативних втручань у дітей.

Мета роботи — вивчити особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування АФТК в дітей.

Матеріали та методи

Із 2002 по 2012 р. в клініці дитячої хірургії Буковинського державного медичного університету на базі міської дитячої лікарні (м. Чернівці) з хронічним рецидивним боєм у животі обстежено 223 дітей віком від 8 до 17 років. АФТК виявлено у 85 дітей.

До теперішнього часу не існує єдиної загальноприйнятої класифікації АФТК. На основі проведеного аналізу літературних джерел та клінічного матеріалу, на нашу думку, найдоцільнішим варто визнати такий поділ АФТК на варіанти:

1. Аномалії фіксації СК (рухома СК).
2. Аномалії фіксації правої половини ОК (правобічний колоноптоз).
3. Аномалії фіксації висхідної та низхідної кишок з ослабленням прикріплення в межах правого та лівого вигинів (тотальний колоноптоз).
4. Аномалії фіксації лівого (селезінкового) вигину ОК з його високим положенням:
 - ізольована;
 - у поєднанні з трансверзодоліхоптозом (хвороба Пайра);

— у поєднанні з доліхосигмою.

Розподіл дітей з АФТК наведено в табл. 1.

52 пацієнта з АФТК раніше лікувалися в дитячих гастроентерологів, 7 дітей оперовані з приводу катарального апендициту. Усім дітям проведено загальноклінічні методи дослідження, фіброгастроудоденоскопію, УЗД органів черевної порожнини та нирок, вивчення мікрофлори товстої кишки (мікробіологічну діагностику проводили згідно з наказом МОЗ України від 2003 р. № 59), рентгеноконтрастне дослідження (іригоскопія та іригографія).

Перед спеціальними обстеженнями (іригоскопія та іригографія) проводили підготовку кишечника. За кілька днів до обстеження дітям призначали відповідну дієту. Напередодні обстеження вранці і ввечері виконували сифонні клізми. За 30 хв до дослідження вводили газовідвідну трубку для контролю залишку рідини. У дітей старше 12 років використовували проносні препарати за рекомендованими методиками.

Дослідження проводили на рентгеноскопичному апараті TUR-100 (Німеччина) з електронно-оптичним перевтілювачем. Контрастні дослідження виконували рідким розчином сірчаноокислого барію в 1 % розчині кухонної солі. Кількість контрастної речовини обирали залежно від віку дитини та відповідно до об'єму товстої кишки.

Після тугого заповнення товстої кишки пацієнта оглядали в різних проєкціях. Знімки виконували в прямій, боковій і косій проєкціях та після випорожнення кишечника. Після закінчення обстеження туго заповненої ОК її оглядали після випорожнення від контрасту. Таким чином виявляли повноту випорожнення, скоротливу здатність кишки, стан слизової оболонки. Визначали топографію та розміри відділів товстої кишки. Звертали увагу на наявність недостатності ілеоцекального замикального апарату (НІЦЗА), яку констатували за критеріями С.В. Самохіної, адаптованими до дитячого віку [2].

Результати та обговорення

При рухомій СК діти скаржилися на біль у животі тривалістю від 30 хв до 2 год (9 дітей), що збільшувався під час фізичного навантаження та

■ Т а б л и ц я 2
Розподіл дітей з АФТК залежно від клінічної симптоматики

Патологія	Загальна кількість дітей	Клінічна симптоматика (кількість дітей)				
		біль у животі	хронічні закрепи	кало-мазання	поєднання з НІЦЗА	апендектомія в анамнезі
Рухома сліпа кишка	9	9	—	—	3	2
Правобічний колоноптоз	10	10	4	—	2	1
Тотальний колоноптоз	7	7	4	—	—	—
Високе положення лівого вигину ободової кишки	8	8	—	—	—	—
Хвороба Пайра	37	37	29	—	10	2
Високе положення лівого вигину ободової кишки у поєднанні з доліхосигмою	14	9	14	4	5	2
Усього	85 (100 %)	80 (94,12 %)	51 (60 %)	4 (4,71 %)	20 (23,53 %)	7 (8,24 %)

зменшувався у положенні на правому боці, на періодичні рідкі випорожнення (5 дітей) та бурчання в животі (7 дітей). При об'єктивному обстеженні помічали: болючість під час пальпації у правій клубовій ділянці (9 дітей); позитивний симптом «ілеоцекальної пустки» (5 дітей); симптом «виковзання сліпої кишки» (6 дітей); симптом «апендектомії в анамнезі» (2 дітей). Основним методом дослідження була іригоскопія, яка виявляла переміщення СК медіально та каудально (у малий таз).

При правобічному колоноптозі біль у животі був у 10 дітей, поєднання закрепи та болю — у 4. При тотальному колоноптозі біль у животі спостерігався в 7 дітей, поєднання зкрепи та болю — у 5. При високому розташуванні лівого вигину ОК основним клінічним симптомом був біль у лівій бічній ділянці черевної стінки (8 дітей), який посилювався під час фізичного навантаження та зменшувався у положенні на лівому боці. З хворобою Пайра обстежено 37 дітей. Хронічний біль у животі, затримка випорожнень протягом 2—5 діб та астеничний синдром — це показання для проведення проктологічного обстеження. Слід зазначити, що в 10 (27,03 %) із 37 обстежених виявляли поєднання хвороби Пайра з НІЦЗА. І ступінь був у 3 пацієнтів, II ступінь — у 6 хворих, III ступінь — в 1 дитини.

У клінічній картині хвороби Пайра та НІЦЗА переважав біль у правій бічній ділянці живота (8 дітей) та закрепи до 5 діб (7 дітей), тоді як при хворобі Пайра без НІЦЗА біль локалізувався в лівій бічній ділянці (25 дітей), а закрепи були менш тривалими — до 3 діб (22 дітей). Мабуть, це пов'язано з тим, що причина розвитку закрепи при хворобі Пайра — перешкода для переміщення хімусу в лівому вигині ОК та функціональна неспроможність подовженої ПОК, які з часом прогресують.

Перерозтягнення СК викликало біль у правій бічній ділянці, що свідчило про прогресування захворювання. На користь цієї гіпотези свідчило і те, що в жодному з випадків поєднання хвороби Пайра та НІЦЗА не мало успіху консервативне ліку-

вання, тоді як при хворобі Пайра без НІЦЗА 9 дітей (33,33 %) одужало завдяки консервативному лікуванню. Отже, хвороба Пайра — захворювання, при прогресуванні якого розвивається НІЦЗА.

При високому положенні лівого вигину ОК в поєднанні з доліхосигмою в клінічному перебігу переважали закрепи (14 дітей), що тривали від 3 до 7 діб. Хронічний рецидивний біль у животі був у 9 дітей. Слід зазначити, що в 4 пацієнтів цієї групи спостерігали каломазання. Поєднання високого положення лівого вигину ОК та доліхосигми з НІЦЗА помічено в 5 дітей.

Розподіл дітей залежно від варіантів АФТК та клінічного перебігу наведено в табл. 2.

Отже, основний симптом АФТК в дітей — це біль. При поєднанні АФТК та НІЦЗА у 20 дітей біль був вісцеральним, локалізованим у правій клубовій ділянці, ниючим, тривалим, спастичним, із періодичними загостреннями в осінньо-весняний період. Оскільки біль був вісцеральним, то він проектувався на нервові структури, із яких залучений у патологічний процес ілеоцекальний кут отримує іннервацію. А так як органи черевної порожнини переважно іннервуються з декількох сегментів, то біль спостерігався в епігастральній, правій підреберній та лівій боковій ділянках живота. Тому ці діти неодноразово лікувалися в дитячих гастроентерологічних відділеннях із приводу іншої патології, надходили в хірургічні стаціонари з підозрою на гострий апендицит.

Наслідок НІЦЗА — наявність рефлюкс-ілеїту, що призводило до розвитку в тонкій кишці гнилісних і бродильних процесів, дисбактеріозу, який спостерігався в усіх пацієнтів. Під час проведення мікробіологічного дослідження в усіх дітей із НІЦЗА встановлено наявність дисбактеріозу різного ступеня вираженості.

Лікування АФТК включало: 1) консервативну терапію, яка полягала в корекції дієти (обмеження вживання хліба та продуктів із борошна, збільшення вживання фруктів та овочів); 2) проведення масажу та лікувальної гімнастики, що зміцнює м'язи черевної стінки; 3) медикаментозну тера-

■ Т а б л и ц я 3

Розподіл дітей з АФТК залежно від кількості проведених оперативних втручань

Аномалія фіксації	Патологія	Загальна кількість дітей	Кількість оперованих дітей
Сліпої кишки	Рухома сліпа кишка	9	7
Правої половини ободової кишки	Правобічний колоноптоз	10	6
Висхідної та низхідної ободової кишок	Тотальний колоноптоз	7	3
Лівого вигину ободової кишки з його високим положенням	Високе положення лівого вигину ободової кишки	8	3
	Хвороба Пайра	37	25
	Високе положення лівого вигину ободової кишки в поєднанні з доліхосигмою	14	10
Усього		85	54

цію: препарати, що стимулюють перистальтику, спазмолітики, вітаміни групи В, АТФ; у початковий період лікування проносні (несольові) засоби, вазелінове масло; препарати для корекції дисбактеріозу; 4) при закрепах — очисні та сифонні клізми до повного очищення кишечника; 5) фізіотерапевтичне лікування: електрофорез, електростимуляція кишечника, рефлексотерапія, діатермія; гіпербарична оксигенація; 6) санаторно-курортне лікування.

Показання для хірургічної корекції АФТК — виражений абдомінальний біль, який не лікується консервативними методами протягом одного року, а у дітей із закрепами — відсутність позитивного ефекту від консервативного лікування. Оперативні втручання виконано 54 пацієнтам.

Характер оперативного втручання залежав від виду порушення або відсутності фіксації товстої кишки та ступеня її подовження, поєднання аномалій фіксації та НІЦЗА.

При рухомій СК виконували апендектомію та внутрішньочеревну цекопексію (7 дітей). При правобічному колоноптозі проводили апендектомію та фіксацію правої половини товстої кишки з ділянкою правого вигину до парієтальної очеревини задньо-бокової стінки живота (6 дітей).

Тотальний колоноптоз у 3 оперованих дітей поєднувався з надлишковою ПОК. Проведено фіксацію лівого та правого вигинів ОК у фізіологічному положенні та резекцію надлишкової ПОК з анастомозом «кінець у кінець» вузловими інвертованими та серозно-м'язовими швами. До початку фіксації виконували апендектомію. Мобілізований правий відділ товстої кишки укладали вздовж правого бокового каналу таким чином, щоб купол СК розташовувався в правій клубовій ямці. Оцінювали стан основних брижових судин, забезпечуючи відсутність їх натягу під час фіксації брижі до заднього листка парієтальної очеревини. Фіксацію виконували знизу доверху, справа наліво. Висхідну ОК на рівні СК середньої ділянки та правого вигину фіксували серозно-м'язовими швами до парієтальної очеревини. Середню ділянку ПОК фіксували до круглої зв'язки печінки та пасма великого сальника. Дистальну ділян-

ку — до парієтальної очеревини на рівні лівого вигину, а низхідну ОК — в ділянці верхньої сигмоподібної зв'язки.

При високому положенні лівого вигину ОК (3 дітей) виконували лапароскопічне розсічення діафрагмально-ободової та селезінково-ободової зв'язок.

При хворобі Пайра виконували апендектомію. Проводили розсічення спайок у ділянці лівого вигину ОК та розсічення діафрагмально-ободової зв'язки. Мобілізували надлишкову частину ПОК, що провисала, у межах сфінктера Гірша (справа) та Пайра—Штрауса (зліва). Робили резекцію ПОК з відновленням прохідності за допомогою накладання анастомозу «кінець у кінець» вузловими однорядними інвертованими швами (PDS 4/0). Виконували фіксацію лівого вигину ОК до задньої черевної стінки у фізіологічному положенні.

Під час гістологічного дослідження операційного матеріалу виявлено явища склерозу власної пластинки слизової оболонки. У тканині підслизової основи процеси склерозування поєднувалися з жировим переродженням. Спостерігалася гіпертрофія м'язових волокон, а в деяких випадках (5 дітей) — атрофічні процеси (вакуолізація міоцитів), що свідчило про прогресування хвороби. Визначалося розростання грубоволокнистої сполучної тканини між м'язовими волокнами, навколо судинних елементів та нервових сплетень. Інколи (4 дитини) спостерігали склерозування серозної оболонки та брижі ПОК.

У випадку поєднання високого положення лівого вигину ОК та доліхосигми проводили розсічення діафрагмально-ободової зв'язки, апендектомію та резекцію сигмоподібної ОК. Підтримуємо твердження В.Г. Цумана (2008) про те, що резекція сигмоподібної ОК не може вважатися радикальною операцією, бо при цьому зберігається частина кишки з неповноцінною іннервацією та повільним пасажем [9]. Операцію з видалення сигмоподібної ОК виконували так. Після мобілізації сигмоподібну ОК пересікали на рівні дистальної частини, вище мису на 3—4 см, а іншу частину кишки резектували в натягнутому положен-

■ Та б л и ц я 4
Результати оперативного лікування дітей з АФТК

Патологія	Кількість оперованих дітей	Результати лікування	
		добрі	задовільні
Рухома сліпа кишка	7	7	—
Правобічний колоноптоз	6	5	1
Тотальний колоноптоз	3	3	—
Високе положення лівого вигину ободової кишки	3	3	—
Хвороба Пайра	25	23	2
Високе положення лівого вигину ободової кишки в поєднанні з доліхосигмою	10	8	2
Усього	54	49	5

ні так, щоб її вистачило для анастомозу з уже пересіченою кишкою. Накладали анастомоз «кінець у кінець» вузловими інвертованими та серозно-м'язовими швами. Формували верхню сигмоподібну зв'язку шляхом підшивання ділянки товстої кишки вище анастомозу до парієтальної очеревини вузловими швами.

У разі поєднання АФТК з НІЦЗА (20 дітей) операцію доповнювали проведенням закритої баугінеопластики з формуванням ілеоцекуса за нашою методикою [6].

Література

- Ахтемійчук Ю.Т., Проняев Д.В. Сучасні вимоги до формування тонко-товстокишкового анастомозу // Шпитальна хірургія.— 2009.— № 1.— С. 77—79.
- Боднар О.Б. Обґрунтування методів лікування хірургічної патології клубово-сліпокишкового сегмента у дітей: Дис. ... доктора мед. наук: 14.01.09 / Боднар Олег Борисович.— К., 2011.— 368 с.
- Комиссаров И.А., Игнашов А.М., Комаров К.М. Хронические боли в животе у детей. Возможные причины и лечение // Детская хирургия.— 2006.— № 3.— С. 19—23.
- Комиссаров И.А., Комаров К.М., Уменушкин А.А., Колесникова Н.Г. Особенности фиксации толстой кишки у детей с хроническими болями в животе // Детская хирургия.— 2003.— № 4.— С. 52—56.
- Ксьонз І.В., Гриценко М.І. Трансверзоколоноптоз або хвороба Пайра, клініка, діагностика, хірургічне лікування // Хірургія дитячого віку.— 2008.— № 4 (21).— С. 23—25.
- Пат. 66236 Україна, МПК А61К 31/495, А61Р 1/00, А61В 17/00. Спосіб лікування недостатності ілеоцекального замикального апарату у дітей / Боднар О.Б., Білик І.І., Боднар Б.М., Сокольник С.О.: власник Буковинський державний медичний університет МОЗ України.— у 201107632; заявл. 17.06.2011; опубл. 26.12.2011, Бюл. № 24.
- Семенюк Ю.С., Сидорук І.В., Кордяк В.Д. та ін. Девіаційна патологія проксимального відділу товстого кишечника // Шпитальна хірургія.— 2009.— № 2.— С. 83—84.
- Смирнов А.Н., Дорофеева Е.И., Жаров А.Р. и др. Принципы диагностики и хирургического лечения болезни Пайра у детей // Детская хирургия.— 2007.— № 1.— С. 10—14.
- Цуман В.Г., Машков Е.А., Щербина В.И. Хирургическое лечение хронических запоров при долихосигме // Детская хирургия.— 2008.— № 5.— С. 4—7.
- Эргашев Н.Ш., Бекнозаров З.Ж., Юнусов М.И. Синистропозиция толстой кишки у детей // Детская хирургия.— 2009.— № 6.— С. 20—22.
- Ameh E. A., Nmadu P.T. Intestinal volvulus: aetiology, morbidity, and mortality in Nigerian children // J. Pediatr. Surg. Int.— 2010.— V. 16, N 2.— P. 50—52.
- Radonjic V., Blagotic M. The borders of vascular areas of superior and inferior mesenteric artery // XVIII international symposium on morphological science.— Timisoara, 2006.— P. 262—263.

Аномалии фиксации толстой кишки у детей

О.Б. Боднар, Л.И. Ватаманеску

Аномалии фиксации толстой кишки (АФТК) у детей анатомически предрасполагают к возникновению хронического болевого синдрома и запоров. Методы консервативной терапии часто не приводят к выздоровлению пациентов и способствуют переходу заболевания в хроническую стадию. Способы оперативной коррекции у многих пациентов неэффективны и сопровождаются разнообразными осложнениями.

Цель работы — изучить особенности клиники, диагностики и лечения АФТК у детей.

Материалы и методы. В основе работы лежат результаты обследования и лечения 85 детей с АФТК, из них у 54 выполнено оперативные вмешательства.

Результаты и обсуждение. Основные клинические проявления АФТК у детей — рецидивирующая абдоминальная боль и хронические запоры. По данным иригоскопического исследования, из 85 детей подвижная слепая кишка наблюдалась в 10,59 % случаев, правосторонний колоноптоз — у 11,76 % больных, тотальный колоноптоз — у 8,24 % пациентов, высокое

Дітей спостерігали протягом деякого часу після операції — від 1 до 5 років. Результати проведеного оперативного лікування наведено в табл. 4.

Результати оперативного лікування розцінювали за клінічними виявами та даними іригоскопії та іригографії як добрі (зникнення доопераційних клінічних виявів), задовільні (періодичний біль у животі та непостійні закрепи) та незадовільні (збереження доопераційних клінічних виявів). Незадовільних результатів не було, що свідчить про адекватність показань до операції та застосованого хірургічного втручання.

Таким чином, біль у животі в дітей може свідчити про наявність АФТК, анатомічні вияви яких — це рухома СК (10,59 %), правобічний колоноптоз (11,76 %), тотальний колоноптоз (8,24 %), високе положення лівого вигину ОК (69,41 %), що потребує проведення іригоскопічного дослідження. Високе положення лівого вигину ОК в поєднанні з доліхосигмою складає 16,47 % від загальної кількості АФТК. АФТК у 23,53 % випадків поєднуються з НІЦЗА.

Висновки

Показання для хірургічного лікування аномальній фіксації товстої кишки — виражений абдомінальний біль (94,12 %), який не лікується консервативними методами протягом року, а в дітей із закріпами — відсутність позитивного ефекту від консервативного лікування (60 %).

положение левого изгиба ободочной кишки (ОК) — у 9,41 % случаев, болезнь Пайра — у 43,53 % больных, высокое положение левого изгиба ОК в сочетании с долихосигмой — у 16,47 % случаев. В 23,53 % больных патология сочетается с недостаточностью илеоцекального запирающего аппарата.

Выводы. Показание к хирургическому лечению АФТК — выраженная абдоминальная боль (94,12 %), которая не купируется консервативными методами в течение года, а у детей с запорами — отсутствие положительного эффекта от консервативного лечения (60 %).

Ключевые слова: дети, аномалии фиксации толстой кишки, лечение.

The anomalies of colon fixation in children

O.B. Bodnar, L.I. Vatamanesku

The anomalies of colon fixation in children anatomically predispose to the chronic pain syndrome and constipation. The conservative therapy methods don't lead to patient's recovery and contribute to diseases chronization. The surgery methods are ineffective and accompanied by various complications in many patients.

The aim is to study a clinic, diagnosticians and treatment features of colon fixation anomalies in children.

Materials and methods. The treatment results of 85 children with colon fixation abnormalities (54 patients were performed surgery) were reported in this article.

Results and discussion. The main clinical manifestations of colon fixation abnormalities in children are recurrent abdominal pain and chronic constipation. 85 children were performed irrigoscopy: mobile cecum was observed in 10.59 % patients, right coloptosis — in 11.76 %, total coloptosis — in 8.24 %, high position of the left colon flexure — in 9.41 %, the Payra disease — in 43.53 %, high position of the left colon flexure combined with dolichosigma — in 16.47 %. The combination of colon fixation abnormalities with ileocecal closing apparatus failure was observed in 23.53 % cases.

Conclusions. Indications for surgical treatment in children with colon fixation anomalies should be considered severe abdominal pain (94.12 %), which cannot be stopped by conservative methods during the year, and in children with constipation — no positive effect of conservative treatment (60 %).

Key words: children, the colon fixation anomalies, treatment.