



## ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ И СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ АНОМАЛИИ ФИКСАЦИИ И УДЛИНЕНИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Тиллабоев С.В., Саттаров Ж.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

### ✓ Резюме

Представлены данные 731 ребенка в возрасте от 3 мес. до 18 лет с различными клинико-анатомическими формами АФиУТК, наблюдавшихся авторами в 2014-2019 годы. В 649 (88,8%) случаях проведено консервативное лечение. 82 (11,2%) больным выполнены оперативные вмешательства. Предлагается дифференцированный подход в зависимости от анатомической формы АФиУТК и возможности фиксации толстой кишки в физиологическом положении. Представлены непосредственные результаты оперативного лечения.

**Ключевые слова:** аномалии фиксации и удлинение толстой кишки, консервативное и хирургическое лечение, дети.

## БОЛАЛАРДА ЙЎҒОН ИЧАК АНОМАЛ ФИКСАЦИЯСИ ВА УЗАЙИШЛАРИДА ДАВО УСЛУБИНИ ТАНЛАШ ВА ЖАРРОҲЛИК КОРРЕКЦИЯЛАШ УСУЛЛАРИ

Тиллабоев С.В., Саттаров Ж.Б.

Тошкент Педиатрия тиббиёт институти

### ✓ Резюме

Мақолада 3 ойликдан 18 ёшгача бўлган 731 нафар боланинг йўгон ичак аномал фиксацияси ва узайишининг турли клиник-анатомик шакллари кўзатишлари оид 2014-2019 йиллардаги маълумотлар келтирилган. 649 (88,8%) ҳолатда консерватив даво ўтказилган, 82 (11,2%) беморда жарроҳлик амалиёти бажарилган. Йўгон ичак аномал фиксацияси ва узайишини даволашда йўгон ичак анатомик шакли ва физиологик ҳолатига мос дифференциал ёндашув таклиф этилган. Жарроҳлик коррекциянинг бевосита натижалари келтирилган.

**Калит сўзлар:** йўгон ичак аномал фиксацияси ва узайиши, консерватив ва жарроҳлик даволаш, болалар.

## THE CHOICE OF TREATMENT TACTICS AND METHOD OF SURGICAL CORRECTION FOR ANOMALIES OF FIXATION AND ELONGATION OF THE COLON IN CHILDREN

Tillaboev S.V., Sattarov J.B.

Tashkent Pediatric Medical Institute

### ✓ Resume

The data of 731 children aged 3 months to 18 years with various clinical and anatomical forms of anomalies of fixation and elongation of the colon observed by the authors in 2014-2019 are presented. Conservative treatment was performed in 649 (88.8%) cases. 82 (11.2%) patients underwent surgical interventions. A differentiated approach is proposed depending on the anatomical form of the anomaly of fixation and elongation of the colon and the possibility of fixing the colon in a physiological position. The immediate results of surgical treatment are presented.

**Keywords:** fixation anomaly and colon elongation, conservative and surgical treatment, children.



## Актуальность

Лечение детей с хроническими запорами остается актуальной и социально значимой. Несмотря на давнюю историю хирургии резистентных форм колостазов, до сих пор четко не определены показания к оперативному лечению, его объем, срок проведения консервативного лечения и критерии оценки его эффективности [3,8,10-11]. Принципиально существуют два подхода к лечению: консервативный и оперативный. Отсутствует единая тактика консервативной терапии, не всегда удовлетворительны её результаты, нет четких показаний к консервативному и оперативному лечению, не всегда удовлетворительны функциональные результаты оперативного лечения [1-2,9].

По утверждению большинства авторов, лечение хронического запора консервативными методами в 40-95% случаев обеспечивает хороший эффект. Однако результаты лечения в отдаленные сроки менее утешительны: хорошие и удовлетворительные составляют 19,6% и 24,1%, неудовлетворительные – 56,3% [4-5,11-12]. Показаниями к оперативному лечению авторы считают прогрессирование нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, болевого абдоминального синдрома, интоксикации, отсутствие эффекта консервативной терапии в течение 6-12 месяцев [6-7,9,12].

Противоречивость литературных данных по лечебно-тактическим аспектам при аномалии фиксации и удлинении толстой кишки (АФиУТК) протекающих с различными клиническими манифестациями у детей, обуславливает необходимость дальнейшей разработки методов консервативной терапии и хирургической тактики.

**Цель** настоящего исследования – проанализировать хирургическую тактику и результаты лечения детей при аномалии фиксации и удлинении толстой кишки по материалам клиники.

## Материал и методы

В 2014-2019 годы в клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ находился на обследовании и лечении 731 ребёнок с подозрением на кишечную непроходимость, рецидивирующими болями в животе, рвотным синдромом и хроническим колостазом. Возраст больных – от 3 мес. до 18 лет. В возрасте от 3 мес. до 1 года было 34 (4,7%); от 1 года до 3 лет – 143 (19,6%); от 3 до 7 лет – 313 (42,8%); от 7 до 12 лет – 179 (24,5%); от 12 до 15 лет – 33 (4,5%); от 15 до 18 лет – 29 (3,9%) больных, преобладали мальчики – 440 (60,2%), девочек было 291 (39,8%).

До госпитализации в клинику 409 (56,0%) больных с хроническими запорами получали лечение в амбулаторном порядке по месту жительства и в других стационарах. Консервативная терапия проведена 322 (44,0%) пациентам.

Больных разделили на 2 группы. 415 (56,8%) детям, наблюдавшимся в клинике в 2014-2017г. применили диагностическую тактику (группа сравнения (ГС). 316 (43,2%) детям, находившимся в клинике в 2018-2019 г. с указанной патологией, использовали расширенный комплекс диагностических методов и разработанный нами дифференцированный подход при аномалиях фиксации и удлинении толстой кишки (АФиУТК) -основная группа (ОГ).

Анализ клинических проявлений и данных вспомогательных методов диагностики у 731 ребенка позволил выделить следующие нозологические формы. Тотальный колоноптоз отмечен у 16,9% больных; синдром Пайра – у 38,6%, провисание L – сгиба толстой кишки – у 8,4%; провисание R – сгиба толстой кишки – у 6,0%; высокое расположение слепой кишки (соесум mobile) – у 25,3%. Синистропозиция толстой кишки выявлена у 4,8% больных. Удлинение толстой кишки разделили на три группы. 1 группа - изолированная форма (удлинение одной части толстой кишки), к которой мы отнесли: долихотрансверсоколон (2,8%), долихоасцендоколон (7,9%), долиходесцендоколон (4,2%), долихосигма (32,4%). 2 группа - удлинение двух и более частей толстой кишки: субтотальный долихоколон (31,5%), тотальный долихоколон (10,0%). 3 группа - удлинение с расширением толстой кишки: мегодолдохосигма (3,8%); мегодолдохосигма (7,4%).

## Результат и обсуждения

При первичной госпитализации после установления диагноза АФиУТК в соответствии с клиническими манифестациями больным проводили комплексную консервативную терапию,

диетотерапию, слабительные средства, витаминотерапию, симптоматическое медикаментозное лечение, физиотерапию и лечебную физкультуру. Соблюдение диеты, согласованной с гастроэнтерологом, является обязательной частью лечебных мероприятий. Детям с АФиУТК рекомендовали пищу, которая дает по объему небольшое количество рыхлых фекалий, усиливающих перистальтику кишечника. Ежедневно в питание детей вводили кислые молочные продукты и легкие растительные слабительные. Из питания исключали замедляющие перистальтику шоколад, черный кофе, какао, крепкий чай. При грудном вскармливании корректировали состав материнского молока оптимизацией пищевого рациона матери. Ребенку, находящемуся на искусственном вскармливании, индивидуально подбывали смеси. В случаях, когда режимом питания не удавалось добиться нормализации стула, использовали слабительные средств с учетом их эффективности и переносимости. В зависимости от механизма действия слабительные средства подразделяю на размягчающие фекалии (дюфалак, гутталакс, мукофальк, плантекс, регулак, вазелиновое масло) и лактулозу и увеличивающие объем кишечного содержимого (отруби, семена); повышающие осмотическое давление кишечного содержимого (не всасывающие соли, многоатомные спирты - дюфалак, лактулоза, форлак, порталак, натрия сульфат, магния сульфат). Прокинетики (церукал, домперидон, цизаприд). Витаминные и ферментные препараты (панкреатин, панзинорм, фестал, мезим-форте) способствуют максимальной утилизации важнейших ингредиентов пищи и стимулируют моторную функцию кишечника. Антианемическую терапию препаратами железа проводили с учетом состояния больного, степени анемии, переносимости препарата. При сопутствующем дисбактериозе назначали эубактериальные препараты. При болевом синдроме в комплекс лечения добавляли селективные спазмолитические препараты, ненаркотические анальгетики. При выраженном метеоризме - пеногасители (эспумизан, симетикон). По согласованию с невропатологом применяют седативные, снотворные препараты, антидепрессанты. Для устранения калового завала и восстановления ослабленного рефлекса акта дефекации больным назначали очистительные клизмы в утренние часы в течение 7-10 дней. Манипуляцию повторяли 3-4 раза с недельными интервалами. При парадоксальном энкопрезе очистительные клизмы с полным опорожнением кишечника утром до завтрака и вечером за час перед сном обеспечивают прекращение каломазания в течение 5- 6 часов в дневное время. В течение месяца на фоне устранения хронического колостазы обычно прекращается парадоксальное недержание кала.

В комплекс консервативной терапии включали физиотерапевтические методы и лечебную гимнастику с учетом клинических проявлений заболевания, его длительности, состояния моторной активности ободочной кишки. Физические упражнения для мышц брюшного пресса подбирали дифференцировано. При запоре со спазмом кишечника назначали упражнения, способствующие расслаблению мышц брюшного пресса. При склонности к гипотонии и вялой моторике - лечебный комплекс, укрепляющий переднюю брюшную стенку и усиливающий перистальтику кишечника. Восстановлению способствует плавание моторно-эвакуаторной функции кишечника. При болях применяли ионофорез с 3% раствором новокаина на переднюю брюшную стенку; электрофорез с прозрением на брюшную стенку парафиновых аппликаций (7-8 процедур). При наличии рефлюкса желчи больным назначали капсулы урсодезоксихолевой кислоты 1 раз в день перед сном 1 мес. При воспалительных явлениях со стороны кишечника назначали суспензию Салофалька 1 раз/сут. за 30 минут до сна в течение 1 мес.

После курса лечения больных выписывали из стационара с рекомендациями продолжать лечение в домашних и поликлинических условиях в течение 4-6 месяцев. При сохранении или нарастании клинических проявлений заболевания на фоне выполнения рекомендаций, предлагали повторный курс стационарного лечения.

В течение - 12-24 месяцев 281- (38,4%) больной был госпитализирован повторно дважды, 336- (46,0%) - трижды, 114- (15,6%) - 4-5 раз. Клинические наблюдения показали, что эффективное консервативное лечение возможно только при раннем выявлении заболевания и адекватной комплексной терапии с повторными курсами. При компенсированной стадии курсы консервативной терапии проводили каждые 3-6 месяцев в течение 1-1,5 года 47 (6,4%) больным, при субкомпенсированной в течение 1,5-2 года - 593 (81,1%); при декомпенсированной в течение 3-6 месяцев - 91 (12,5%) больному.

Эффективность комплексной терапии была различной после одно - или двукратного курса, явления временной или устойчивой ремиссии наблюдались при компенсированном течении в 5 (0,7%) случаях. Об эффективности консервативного лечения судили по стиханию клинических манифестаций (восстановлению регулярного самостоятельного стула, снижению болевого синдрома, исчезновению парадоксального поноса и энкопреза); стойкой ремиссии в стадии компенсации; переходу субкомпенсации в компенсацию и декомпенсации - в субкомпенсацию. Об отсутствии эффекта консервативной терапии свидетельствовало прогрессирование стадии: компенсации в субкомпенсацию, субкомпенсации в декомпенсацию, подтверждающую ухудшение заболевания.

Анализ материала показал, что выраженность клинических проявлений стадийности АФиУТК зависит от выраженности компонентов аномалии (степень фиксации), чрезмерности удлинения, удлинения с расширением или их сочетания, обуславливающей нарушение пассажа по толстому кишечнику с болевым абдоминальным синдромом и другими нарушениями в организме ребенка.

Консервативное лечение в течении 3-6 месяцев оказалось эффективным у 281 (38,4%) ребенка. У 336 (46,0%) больных наступила ремиссия сроком на 3-6 месяцев с последующим нарастанием клинических признаков хронического запора. У 10 больных несмотря на фоне консервативной терапии клинические признаки прогрессировали в сторону декомпенсации.

Из 91 (12,5%) ребенка с декомпенсированным течением у 19 (20,9%) повторные курсы лечения позволили получить положительные сдвиги, которым рекомендовали продолжать лечение. В 114 (15,6%) случаях консервативная терапия оказалась неэффективной. При плановом обследовании наблюдения у 82 (11,2%) из 731 ребенка клинические признаки декомпенсированного течения носили стойкий характер, что послужило показанием к оперативному лечению.

Разработанная нами программа «Лечение аномалий фиксации и удлинения толстой кишки у детей» Патент DGU 10667 UZ от 30.03.2021г (Эргашев Н.Ш., Саттаров Ж.Б., Тиллабоев С.В.) упрощает определение показаний к оперативному лечению (рис. 1).

Оперативное лечение 82 (11,2%) больным проводили по результатам наблюдения и обследования 72 (79,1%) детей с субкомпенсированным течением с тенденцией к прогрессированию клинических признаков 10 (12,2%) и при стойкой декомпенсации 72 (87,8%) патологии. Предоперационную подготовку проводили сразу после установления диагноза параллельно с консервативным лечением. Цель предоперационной подготовки – достичь хорошее опорожнение кишечника с подавлением патогенной микрофлоры, корректировать нарушения водно-солевого, белкового витаминного обмена, снизить явления хронической каловой интоксикации.

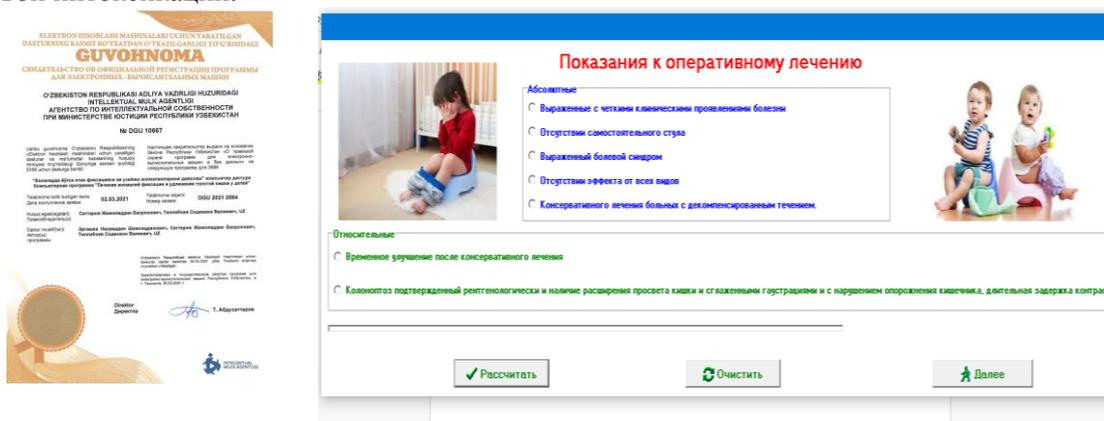


Рис. 1. ЭВМ программы показаний к оперативному лечению детей при АФ и УТК

Объем подготовки зависел от клинической стадии заболевания, выраженности вторичных изменений, болевого синдрома. Непосредственную подготовку больного к оперативному вмешательству начинали за 3-4 дня до операции: тщательно очищали толстую кишку, назначали кефирную диету, для подавления жизнедеятельности патогенной флоры применяли антибиотики широкого спектра действия в возрастной дозировке. Ежедневно проводили

сифонную клизму с 1% раствором бикарбоната натрия вечером накануне операции и утром за 3-4 часа до нее, затем на 30-40 минут вставляли газоотводную трубку для эвакуации оставшегося содержимого и газов. При проведении оперативного вмешательства были использовали левосторонний трансректальный разрез 15 (62,1%), срединный – 9 (5,2%) и нижнее срединный разрез – 58 (13,8%) больным.

При АФиУТК используют хирургические вмешательства, при которых с максимальным сбережением толстой кишки возможно устранить врожденное отсутствие или патологическую фиксацию и удлинение толстой кишки. Цель операции - создать нормальное анатомическое положение толстой кишки в брюшной полости, обеспечить беспрепятственный транзит кишечного содержимого.

Операции при аномалиях фиксации были идентичны, только у 2 (2,4%) больных с провисанием печеночного сгиба они сопровождались удлинением дистальной части восходящей и начального отдела поперечно-ободочной кишки. При этом потребовалась резекция провисающих частей кишки с анастомозом «конец в конец» и фиксация с созданием печеночного сгиба.

При отсутствии фиксации в области селезеночного сгиба с провисанием поперечно-ободочной и части нисходящей ободочной кишки в 2 (2,4%) наблюдениях потребовалась резекция провисающего участка с наложением анастомоза «конец в конец» и фиксацией толстой кишки к брюшине на уровне печеночной фиксации, что соответствует верхнему полюсу селезенки.

Из 4 больных с синистропозицией 3 (3,6%) во время операции установлена раздельная брыжейка для толстой и тонкой кишки, толстая кишка перемещена в нормальное анатомическое положение без признаков нарушений в ней. Операция завершена аппендэктомией и колофиксацией правой половины толстой кишки в физиологическом положении. У 1 (1,2%) ребенка из-за недостаточного объема площади брыжейки при попытке укладки слепой и восходящей ободочной кишки в нормальное положение отмечены нарушения васкуляризации кишки, кишку оставили в исходном положении при аппендэктомии.

При удлинении с расширением сегмента, субтотальных, тотальных, мегодолихоколон, синдроме Пайра и колоноптозе 14 (17,1%) хирургическое лечение подразумевает резекцию толстой кишки в виде сегментарной либо левосторонней гемиколэктомии с формированием коло-коло анастомоза с фиксацией или без фиксации толстой кишки. Считается, что резекция сигмовидной кишки характеризуется лучшими функциональными результатами по сравнению с левосторонней гемиколэктомией, но сопровождается более высокой частотой рецидивов колостазов. Поэтому предпочтение отдают резекции избыточно удлиненной части толстой кишки или левосторонней гемиколэктомии.

При синдроме Пайра из 20 у 3 (3,6%) больным с провисанием поперечно-ободочной кишки без удлинения других отделов, сохранением естественной фиксации в печеночном и селезеночном изгибах проведена резекция избыточного отдела кишки с наложением анастомоза «конец в конец». 15 (18,3%) больным с провисанием поперечно-ободочной кишки и удлинением других отделов в печеночном и селезеночном изгибах проведена резекция избыточного отдела кишки с наложением анастомоза и фиксацией. Протяженность резекции составила 25-40 см. Как правило при синдроме Пайра и других формах колоноптоза опущение кишки с нарушением кишечного транзита и развитием кишечного стаза для удержания отяжелевших петель кишки брюшина реагирует образованием дополнительной фиксации в виде связок, тяжей, которые усиливают патологическую фиксацию, изгибы кишки, прогрессивно ухудшая кишечный стаз и способствуя дальнейшему удлинению и расширению кишки. При синдроме Пайра сочетающихся с ограниченным (долихосигма) и субтотальным удлинением толстой кишки в 2 (2,4%) случаях выполнили левостороннюю гемиколэктомиию. После устранения спаек и фиксирующих сращений в области селезеночного угла производили пересечение *Lig. gastocolica* до печеночного сгиба. Желудок полностью освобождается от сращений с поперечно-ободочной и двенадцатиперстной кишкой. После чего приступаем к мобилизации ободочной кишки, подлежащей резекции с оставлением питающих аркад сосудов (из *arteria colica media*) в дистальном направлении до средней части сигмовидной кишки. При этом появляется возможность свободно переместить мобилизованные отделы

кишки в левый фланг живота и спустить до нужного уровня сигмовидной кишки для создания толсто-толстокишечного анастомоза без натяжения. Намечаются зоны резекции избыточного отдела мобилизованной кишки. Протяженность резекции составила от 50 до 80 см в зависимости от выраженности удлинения. Обычно диаметр сопоставляемых концов кишечных сегментов совпадает.

У 6 (7,3%) больных отмечены удлинение и расширение отделов всей части ободочной кишки с дополнительными тремя и более петлями в толстой кишке и воспалительными изменениями органа. Гаустрация ободочной кишки была равномерной, однако в области поперечного и нисходящего отделов отмечалось уплощение гаустр, поэтому диаметр приводящего и отводящего концов кишки при формировании анастомоза не совпадал. При несоответствии диаметра проводили продольный разрез против брыжеечного края кишки для расширения ее просвета. Анастомоз формировали двух рядными швами. Целостность брыжейки на протяжении мобилизованной кишки восстановлена наложением узловых швов без охвата питающих сосудов. Произведена фиксация толстой кишки к париетальной брюшине созданием селезеночного изгиба на уровне, соответствующем печеночному и по нисходящей ободочной кишке.

При тотальном колоноптозе с удлинениями у 9 (11,0%) из них у 2 больных ободочной кишки были значительно удлинены с неравномерной гаустрацией, местами расширены в диаметре, определялись 3-4 дополнительные укладки с образованием острых перегибов.

Все выявленные спайки были разделены тупым и острым путём с использованием электрокоагуляции с минимальной травмой стенки кишки. Изгибы и поперечный отдел ободочной кишки были освобождены от сращений, в результате появлялась возможность тщательного осмотра сосудов бассейна верхней брыжеечной артерии. При осмотре сосудистого рисунка брыжейки поперечной ободочной кишки и определении зоны резекции, старались, сохранить крупные артериальные стволы (a.colica media). Удлинение отделов толстой кишки при придании анатомического положения опущенных её частей является показанием к резекции. В ходе операции опущенной поперечно-ободочной кишке придавали горизонтальное положение, восходящей и нисходящей - вертикальное положение по медиальным краям брюшной полости. Восходящую ободочную кишку на уровне слепой, средней части и печеночного изгиба фиксировали серозно-мышечными швами к париетальной брюшине. Фиксация толстой кишки начинается с правой стороны слепой кишки в правую подвздошную область; восходящей ободочной кишки - по правому флангу живота к париетальной брюшине; толстая кишка фиксируется в печеночном и селезеночном углах. Кишку в нисходящем направлении укладывали до сигмовидной кишки для создания межкишечного анастомоза «конец в конец» без натяжения. Оставшаяся часть подлежит резекции. После резекции и создания анастомоза брыжейка толстой кишки крепится к задней париетальной брюшине отдельными швами без охвата брыжеечных сосудов. Если после укладки в нормальное анатомическое положение удлинение опущенных частей толстой кишки не наблюдается, необходимости к резекции не возникает, фиксация отделов толстой кишки и брыжейки проводится по указанному способу. Аналогичная операция выполнена 18 (22,0%) и 21 (25,6%) больным при субтотальных и тотальных удлинениях толстой кишки, проявившихся колоноптозом различной выраженности.

### Заключение

Оптимизация консервативного лечения детей с различными клиническими манифестациями АФ и УТК заключается в комплексном и этапном подходе, включает соблюдение диеты в зависимости от типа дискинезии, двигательную активность, компонентов лечение и физиотерапию.

Из 731 случая в 11,2%, несмотря на лечебные мероприятия, клинические признаки декомпенсированного течения носили стойкий характер, что послужило показанием к оперативному лечению.

Разработанная нами программа «Лечение аномалий фиксации и удлинения толстой кишки у детей» упрощает определение показаний к оперативному лечению.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акилов Х.А., Саидов Ф.Х., Залялиева М.В. Особенности показателей иммунитета у детей с хроническим колостазом: научное издание // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. - Ташкент, 2016. № 3. С. 37-40.
2. Алиев С.А., Алиев Э.С. Современные тенденции в стратегии и тактике хирургического лечения хронического колостаза // «Вестник хирургии». - Баку, 2018. №4. С. 95-98.
3. Дегтярев Ю. Г. Запоры у детей. Клиника и диагностика. // Журнал «обзоры и лекции». - Белоруссия. - 2007. С. 30-37.
4. Джавадов Э.А., Курбанов Ф.С., Ткаченко Ю.Н. Долихоколон как причина хронического запора // Хирургия. - Москва, 2010. №7. С. 25-27.
5. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., Лапина Т.Л. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии // Гастроэнтерология, гепатология, колопроктология. - Москва, 2017. № 27(1). С. 50-60.
6. Ленюшкин А.И., Петровский М.Ф., Окулов Е.А. Роль и место Дюфалака в лечении детей с хроническими запорами // Вопросы современной педиатрии. 2003. Т.2. №4. С.29-32.
7. Потемин С.Н. Хронический медленно транзиторный колоностаз: механизмы развития и возможности хирургического лечения // Научное обозрение. Медицинские науки. - 2016. №6. С. 84-103.
8. Шакуров А.Ф., Карпухин О.Ю. хирургический подход к лечению хронического запора: исторический обзор // Практическая медицина. - Казань, 2012. Т. 1 № (64). С. 37-41.
9. Alazmani A., Hood A. Jayne D. et al. Quantitative Assessment of Colorectal Morphology: Implications 2 for Robotic Colonoscopy // Medical Engineering & Physics.-2016. 38(2). -P. 148-154.
10. Benninga M.A., Buller H.A., Heymans H.S., Tytgat G.N., Taminiu J.A. Is encopresis always the result of constipation? // Arch.Dis.Child.- 1994. Vol. 71. - N3.-P. 186-193.
11. De Graaf. E. J., Gilberts E. C., Schouten W. R. Role of segmental colonic transit time studies to select patients with slow transit constipation for partial left-sided or subtotal colectomy // Br J Surg. 1996. -Vol. 83. No. 5. - P. 648.
12. DeMarco P., Militello G., Tutino R., Trapani A., Rizzo G. et al. The management of the slow transit constipation in the laparoscopic era // G Chir. 2018. №34 (5). - P. 297-302.

**Поступила 09.09.2022**