



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (60)

2023

октябрь

Received: 10.09.2023, Accepted: 20.09.2023, Published: 10.10.2023.

УДК 611.345-008.14-089-053.2

ОСОБЕННОСТИ СЕМИОТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ПАЙРА У ДЕТЕЙ (обзор литературы)

Нарбаев Т.Т. <http://orcid.org/0000-0002-8743-2257>

Носиров А.А. Email: NosirovA@mail.ru

Чулиев М.С. Email: ChullievM@mail.ru

Тилавов У.Х. Email: TilovovU@mail.ru

Мажидов Т.Х. . Email: MajidovT@mail.ru

Байахмедов Ф.Ф. Email: BayaxmedovF@mail.ru

Тураева Ж.Т. Email: jasminka2000@inbox.ru

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул.
Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

При синдроме Пайра больным детям с различными вариантами колоноптоза, страдающим запорами, необходимо начинать лечение с комплексных консервативных мероприятий. Если аномалия носит неосложненный характер течения, то в отношении таких пациентов необходимо придерживаться предельно консервативной тактики. Показания к операции по поводу хронического толстокишечного стаза на фоне аномалий развития и положения толстой кишки должны определяться с учетом выраженности анатомических изменений и степени функциональных нарушений.

Ключевые слова: особенности семиотики при синдроме Пайра, заболевание у детей.

БОЛАЛАРДА ПАЙРА СИНДРОМИДА СЕМИОТИКАНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ (адабиётлар шарҳи)

Нарбаев Т.Т., Носиров А.А., Чулиев М.С., Тилавов У.Х., Мажидов Т.Х.,
Байахмедов Ф.Ф., Тураева Ж.Т.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон 100140, Тошкент, Богишамол кўчаси
223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

Пайра синдромида колоноптознинг турли хил вариантлари бўлган, ич қотишидан азият чекадиган касал болалар мураккаб консерватив чоралар билан даволанишни бошлашлари керак. Агар аномалия кечииш асоратланмаган хусусиятига эга бўлса, унда бундай беморларга нисбатан ўта консерватив тактикага риоя қилиш керак. Йўгон ичакнинг ривожланиши ва ҳолатининг аномалиялари фонида сурункали йўгон ичакнинг турғунлиги учун жарроҳлик учун кўрсатмалар анатомик ўзгаришларнинг оғирлигини ва функционал бузилишлар даражасини ҳисобга олган ҳолда аниқланиши керак.

Калит сўзлар: Пайр синдромида семиотиканинг хусусиятлари, болалар касалликлари.

FEATURES OF SEMIOTICS IN PAIRE SYNDROME IN CHILDREN (literature review)

Narbaev T.T., Nosirov A.A., Chuliev M.S., Tilavov U.X., Majidov T.X.,
Bayaxmedov F.F., Turaeva J.T.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71
260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz



✓ **Resume**

In Paire syndrome, sick children with various variants of colonoptosis, suffering from constipation, it is necessary to start treatment with complex conservative measures. If the anomaly has an uncomplicated nature of the course, then in relation to such patients, it is necessary to adhere to extremely conservative tactics. Indications for surgery for chronic colonic stasis against the background of abnormalities of the development and position of the colon should be determined taking into account the severity of anatomical changes and the degree of functional disorders.

Key words: features of semiotics in Payr's syndrome, disease in children.

Актуальность

Немецкий хирург Е. Пау в 1905 г., описал характерный симптомокомплекс, возникающий при стенозе толстой кишки, обусловленный ее перегибом в зоне селезеночной кривизны. Клинически он проявлялся приступообразной болью в связи с застоем газов или кала в области селезеночного изгиба, чувством давления или полноты в левом верхнем квадранте живота, давлением или жгучей болью в области сердца, сердцебиением, одышкой, подгрудинной или прекардиальной болью с чувством страха, одно- или двусторонней болью в плече с иррадиацией в руку, болью между лопатками. Впоследствии это заболевание (изолированная форма спланхноптоза) названо его именем [Эргашев Н.Ш. и др. 2020 г.].

Синдром Пайра (болезнь Пайра) - провисание удлинённой поперечной ободочной кишки в виде гирлянды при наличии фиксации в печеночном углу и высоко расположенного селезеночного изгиба с образованием острого угла, сопровождающееся симптомо-комплексом хронических запоров и периодических болей в животе. Является вариантом висцероптоза - врожденной аномалии развития и фиксации органов желудочно-кишечного тракта, характеризующейся опущением одного или нескольких внутренних органов [1-5].

Частота выявления болезни Пайра составляет 3,8%, при этом девочки болеют в 3 раза чаще мальчиков. Заболевание может проявляться в раннем детстве, что характерно для врожденных аномалий развития органов, на фоне общего здоровья с тенденцией к прогрессированию. Но возможно и более позднее начало. Анализ наследственности пациентов с болезнью Пайра выявил ряд факторов, предрасположенность к формированию порока развития. Среди родителей пациентов обнаружена высокая частота заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, в том числе аномалий развития (92%, 23/25), и заболеваний, в основе которых лежит несостоятельность соединительной ткани (20%, 5/25) [6-9].

Симптомы, которые наблюдаются при синдроме Пайра. Боль в животе. Это самый распространенный признак синдрома Пайра. Боль обычно локализуется в левом подреберье. Иногда боль в животе по локализации напоминает сердечный приступ. Она описывается пациентами как сильная и длится несколько минут. Эти боли могут повторяться по несколько раз в течение нескольких недель и месяцев. Довольно характерно усиление боли при физической нагрузке и после обильного приема пищи. Интенсивность боли уменьшается при принятии больным горизонтального положения. Многие пациенты отмечают усиление интенсивности боли с возрастом. Болевой синдром характерен для большинства заболеваний органов. Пациенты, как правило, указывают, что с возрастом боли становятся все интенсивнее и мучительнее.

Существует мнение, что боль в животе обусловлена спазмом отдельных участков кишки, нарушением пассажа кишечного содержимого и натяжением брыжейки. Болевой синдром при болезни Пайра может быть обусловлен также наличием воспалительного процесса в стенке толстой кишки, что подтверждается гистологическими исследованиями резецированных отрезков толстой кишки. И, хотя ряд авторов относят синдром Пайра к клиническому варианту синдрома раздраженной кишки (Irritable Bowel Syndrome - IBS), все же имеются исследования, подтверждающие наличие воспалительных изменений при гистологическом исследовании стенки кишечника живота, что требует тщательного анализа с целью выработки дифференцированного подхода к диагностике, определению тактики и выбору метода лечения [5, 7].

По мнению В.Г. Цумана, боли связаны с диафрагмально-толстокишечной связкой (Lig. Phrenicocolicum sinistrum), которая при переполнении кишки тянет диафрагму книзу с иррадиацией болей в левое подреберье [11, 12]. Болезнь Пайра может симулировать симптомы

острого живота, мезоаденита, колита, гастрита и пр. Появление болевого синдрома при колоптозе отдельные авторы объясняют возникновением ишемии органа за счет сужения просвета сосудов вследствие натяжения брыжейки при перемещении толстой кишки вниз. Острые перегибы с явлениями частичных заворотов также могут служить причиной болевого синдрома [4].

Запоры. Задержку стула отмечают большая часть больных. Очевидно, от продолжительности запора зависит и интенсивность болевого синдрома. В результате нарушения пассажа толстокишечного содержимого из-за резких перегибов в области печеночного и селезеночного углов кишки, а также нарушения моторики на почве воспаления ее стенки происходит стаз каловых масс, что приводит к тифлоэктазии и воспалительным изменениям и в области илеоцекального запирающего аппарата. В 46% случаев причиной хронического колостазы является именно болезнь Пайра [1-4].

Илеоцекальный рефлюкс. За счет перерастяжения толстой кишки может наблюдаться заброс содержимого толстой кишки в тонкую - толсто-тонкокишечный рефлюкс. Заброс может иметь и врожденную природу - при врожденной аномалии илеоцекального клапана и его недостаточности. При попадании толстокишечного содержимого в тонкую кишку (из-за существенной разницы в составе и количестве микрофлоры) возникает воспалительный процесс - так называемый рефлюкс-илеит. Поэтому боли могут наблюдаться и в правых отделах живота [4, 6, 9, 13].

Тошнота и рвота. Причины механизма рефлексорные [1, 14, 15].

В результате хронической кишечной интоксикации у большинства больных отмечаются снижение аппетита, тошнота и рвота, головная боль, раздражительность. Из-за частой головной боли некоторые могут проходить лечение у психоневрологов. О хронической интоксикации свидетельствуют и данные лабораторного обследования. У больных с синдромом Пайра снижается дезинтоксикационная функция печени. Характерно, что степень снижения дезинтоксикационной функции находится в прямой зависимости от длительности заболевания, продолжительности запора [16].

Сроки появления симптомов заболевания определяются запасом компенсаторных возможностей поперечной ободочной кишки и скоростью развития спаечного процесса в тканях брыжейки. В фазу компенсации, когда моторных возможностей кишечной стенки достаточно для преодоления препятствия в селезеночном изгибе, неприятных ощущений ребенок не испытывает. В последующем происходят истощение сократительных ресурсов, постепенное расширение кишки и депонирование каловых масс в ее просвете, что считается началом декомпенсации и сопровождается появлением запоров. Натяжение брыжейки, усиление перистальтики и спазмы поперечной ободочной кишки становятся причинами присоединения боли в животе. В организме детей с изолированной болевой формой болезни Пайра спаечный процесс в тканях брыжейки превалирует над функциональной недостаточностью стенки поперечной ободочной кишки. У этих детей наблюдались признаки выраженной дис-плазии соединительной ткани. Ишемия стенки кишки и спазм гладких мышц определяют тяжесть болевого синдрома [6-9].

Рентгеноконтрастная ирригография - основной инструментальный метод подтверждения диагноза болезни Пайра у детей, при котором выявляют нарушение анатомического соотношения сегментов по длине, площади и поперечнику. Доля поперечной ободочной кишки увеличена, селезеночный изгиб фиксирован высоко со значительным увеличением подвижности поперечного отдела. Гаустрация дистальных отделов толстой кишки расширена и нарушена [5, 7, 8, 11, 12, 17, 18].

При функциональном исследовании выявляют выраженную гипотонию и нарушение эвакуаторной функции как продольной, так и циркулярной мускулатуры, ригидность стенки поперечного отдела ободочной кишки.

При ультразвуковом доплеровском исследовании сосудов бассейна верхней брыжеечной артерии обнаруживают изменения линейного кровотока. Для артериальных сосудов характерно снижение линейной скорости кровотока при сохранении высокого периферического сопротивления. В области ветвей верхней брыжеечной вены определяют извитость хода, перегибы с расширением просвета сосудов на периферии и выраженным снижением линейной скорости кровотока [13, 17, 19].

Больным с различными вариантами колоптоза, страдающим запорами, необходимо начинать лечение с комплексных консервативных мероприятий. Если аномалия носит неосложненный характер течения, то большинство детских хирургов придерживаются в отношении таких пациентов предельно консервативной тактики. Показания к операции по поводу хронического толстокишечного стаза на фоне аномалий развития и положения толстой кишки должны определяться с учетом выраженности анатомических изменений и степени функциональных нарушений.

Клиническое наблюдение Ребенок С. 12 лет поступил с жалобами на периодические боли в животе, локализованные в большей степени в правой подвздошной области, очень интенсивные и

продолжительные по характеру, тошноту. Контрастная ирригография при тугом заполнении в положении стоя, провисание поперечной ободочной кишки, долихосигма. Анамнез. Жалобы на боли в правой подвздошной области наблюдаются в течение 4 лет. Первый приступ болей наблюдался в 12 лет, не купировался приемом спазмолитиков. При осмотре хирургом острые хирургические заболевания исключены. Продолжительность первого болевого синдрома была 6 ч. Потом приступы болей в животе повторялись с периодичностью 3-4 раза в год, а за последние полгода боли в животе беспокоили каждые 2-3 нед. Появление болей мальчик ни с чем не связывает. По этому поводу неоднократно обращался к хирургу. Получил противоямблиозное и противоглистное лечение, что не повлияло ни на частоту, ни на характер болей.

Объективно. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Астенического телосложения. Масса тела - 49 (-2 стандартных отклонения - СО) кг, рост - 152 см (норма). Массо-ростовой индекс — 2 СО.

Кожа и видимые слизистые оболочки чистые бледно-розового цвета. Эластичность и тургор кожи сохранены. Периферические лимфоузлы мелкие, мягкие безболезненные. Костно-мышечная система без деформации. Дыхание через нос, свободное. Кашля нет. Сердечные тоны ясные аритмичные, выслушивается негромкий систолический шум на верхушке. Ротовая полость чистая. Язык обложен белым налетом, сосочки языка несколько увеличены. Живот не увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, чувствительный в эпигастриальной и правой подвздошной области. Перистальтика сохранена. Перкуторно-тимпанический звук. Печень и селезенка не увеличены. Стул - склонность к запорам, диурез в норме.

Проведенные лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, биохимия крови с ревмопробой) не выявили патологии.

Ультразвуковое обследование показало, что печень не увеличена, край острый, контуры ровные, диаметр vena portae - 8 мм. Холедох - 4 мм, желчный пузырь грушевидной формы - 59x23 мм, стенки плотные - 3 мм, содержимое анэхогенное. Поджелудочная железа не изменена. Селезенка и почки без эхопатологии.

Результаты ирригографии имели следующий вид: на обзорной рентгенограмме брюшной полости отмечался умеренный пневматоз кишечника, в проекции сигмовидной кишки - дополнительные петли, гаустрация сохранена. В боковой проекции и положении стоя также отмечались дополнительные петли в проекции сигмовидной кишки. Восходящая часть ободочной кишки находилась в тазу (см. рисунок). Опорожнение самостоятельное 60%. Заключение: рентген-признаки долихосигмы, синдрома Пайра.

Учитывая наличие болезненности в эпигастрии, нами проведена эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода гиперемирована и умеренно отечна со средней трети, поверхность гладкая. Флебэктазии не отмечались. Кардиальный жом смыкался неполностью. Желудок больших размеров, в просвете отмечено наличие слизи с примесью желчи в большом количестве. Слизистая оболочка желудка также гиперемирована, отечна. Складки желудка также отечны, рельеф их сохранен. Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки гиперемирована, складки симметричные, равновеликие. В просвете двенадцатиперстной кишки присутствовала пенная желчь. Заключение: рефлюкс-эзофагит, недостаточность функции кардии 1-2-й степени. Гастродуоденит на фоне дуоденогастрального рефлюкса желчи.

На основании указанных жалоб, а также лабораторных и инструментальных исследований нами поставлен следующий клинический диагноз - «синдром Пайра». Сопутствующий диагноз-, рефлюкс-эзофагит, дуоденогастральный рефлюкс, функциональная диспепсия, хронический холецистит, долихосигма, компенсаторная стадия.

По желанию родителей пациент выписан со следующими рекомендациями домой:

- Диета. Пища высококалорийная, легкоусвояемая и не содержащая избыточного количества шлаков (яйца, сметана, масло, творог, бульоны, кисель, мясное суфле). В рацион питания ввести продукты, содержащие органические кислоты (кефир, простоквашу), обильное питье овощных и фруктовых соков (черносливовый, абрикосовый, картофельный, морковный), растительные слабительные в виде отваров и компотов.

- Лечебная гимнастика. Физиотерапия.

- Препарат, нормализующий моторику кишечника, за 30 мин до еды в течение 1 мес.

- Учитывая наличие рефлюкса желчи, препараты урсодезоксихолевой кислоты Боли беспокоят после погрешностей в диете (после бобовых, капусты, еды всухомятку). Сам характер болей изменился, интенсивность и продолжительность значительно снизились. В настоящее время самочувствие ребенка удовлетворительное, диету соблюдает, боли беспокоят редко.

Болезнь (синдром) Пайра является пороком развития толстой кишки, для которого характерны постепенное возникновение основных симптомов в детском возрасте, прогрессирующее течение и резистентность к консервативным методам лечения.

Основным методом подтверждения диагноза болезни Пайра у детей считается рентгенконтрастная ирригография с цифровым анализом изображения толстой кишки. Показаниями к применению хирургического вмешательства являются отсутствие эффекта от консервативной терапии, частота и выраженность болевого синдрома [20].

Заключение

Таким образом, синдром Пайра у детей является достаточно распространенным. Но определенные трудности в диагностике и недостаточная осведомленность врачей о данном заболевании приводят к тому, что дети, страдающие болезнью Пайра, длительное время лечатся с диагнозами различных заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Больные с аномалиями развития и положения толстой кишки подлежат диспансерному наблюдению с оценкой эффективности проведенного консервативного и/или хирургического лечения. Важную роль отводят в определении стойкости эффекта при лечении функциональных нарушений толстой кишки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дорофеева Е.И. Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, хирургическое лечение и реабилитация: / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2008.
2. Куш Н. Л. Что такое болезнь Пайра; <http://www.Genon>.
3. Мурзалиев А.А. Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, лечение: / Автореферат дисс. ...канд. мед. наук. -Ростов-н/Д., 1991.
4. Смирнов А. Н. Болезнь Пайра; <http://www.neotlang.ru>.
5. Цуман В.Г. Способ лечения болезни Пайра. Патент № 2 312 617.
6. Музалев А.А. Болезнь Пайра у детей (клиника, диагностика, лечение): / Автореферат диссертации. — Ростов-на-Дону, 1991.
7. Смирнов А.Н., Дорофеева Е.И., Жаров А.Р., Маннанов А.Г., Залихин Д.В., Чундокова М.А. Принципы диагностики и хирургического лечения болезни Пайра у детей. // Детская хирургия. 2007;1:10.
8. Комиссаров И.А., Игнатов А.М., Комаров К.М. Хронические боли в животе у детей. Возможные причины и лечение. // Детская хирургия. – 2006;3:19.
9. А.Т. Камилова, Н.Ш. Эргашев, Н.С. Нурматова, С.И. Геллер Синдром Пайра как причина хронических болей в животе у детей // Pediatrics. Consilium Medicum. 2020; 2:21–24.
10. Ачкасов С.И. Аномалии развития и положения толстой кишки. Клиника, диагностика, лечение. // Автореферат дисс.д.м.н., Москва – 2003.
11. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Мушников В.Н. Заворот сигмовидной кишки у больных с долихоколон. В кн.: Материалы 1 конгресса Ассоциации хирургов СНГ. Ташкент, 1996.
12. Саламов К.Н., Зароднюк И.В., Кабанова И.Н., Елисеева М.В. Характер запоров и их лечение у больных с долихоколон. // Проблемы проктологии. Вып 16. М., 1998; 253-255.
13. Vorobyov G.I., Makoev S.N. The results of subtotal colectomy for constipation. // Coloproctology 1999; 5:243.
14. Саламов К.Н. Хирургическое лечение функциональных нарушений у больных с аномалиями развития и положения толстой кишки. // Проблемы колопроктологии. Москва, 2000; 17:480-484.
15. Макоев С.Н., Кабанова И.Н. Анализ причин неудовлетворительных функциональных результатов хирургического лечения запоров. Проблемы колопроктологии. Москва, 2000; 17:514-518.
16. Жученко А.П., Макоев С.Н. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического толстокишечного стаза. // Актуальные проблемы колопроктологии. Ростов-на-Дону, 2001; 187.
17. Васильченко А.В., Веселов В.В. Оценка диагностической ценности подсчета гаустр при колоноскопии. // Актуальные проблемы колопроктологии. Ростов-на-Дону, 2001; 189.
18. Kapuller L.L., Zarnodniuk I.V., Moscalev A.I. Surgical Treatment of Colon Anatomic Abnormalities Manifested as Constipation. / Dis. Colon Rectum. 2002; 45(3):17.
19. Vorobyov G.I., Zhouchenko A.P., Makoev S.N. Evaluation of efficacy of subtotal colectomy for colostasis. Dis. Colon Rectum. 2002; 45(3):38.

Поступила 19.09.2023

