



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA 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. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (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. ШЕГОЛОВ (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 616.334-007.271-053.1

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

¹Саттаров Ж.Б., ²Хайдаров Н.С., ²Сайдалиев С.С., ¹Жабборов Т.М.А.

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Ферганский Медицинский Институт Общественного Здоровья Узбекистан, Ферганская область город Фергана, улица Янги Турон №2-А Тел: +998 (73) 243-06-62 Email: info@fjsti.uz

✓ Резюме

В статье обсуждается проблема спаечной кишечной непроходимости: причины возникновения, диагностика и терапевтическая тактика. Клинические исследования выполнены на 182 пациентах с СБ. Обсуждается место рентгенологического, ультразвукового и эндоскопического методов в диагностике СКН. Представлены консервативные способы лечения СКН у детей. Применение лапароскопии при неэффективности консервативной терапии позволяет не только оценить распространенность спаечного процесса в брюшной полости, но и устранить причину кишечной непроходимости.

Ключевые слова: спаечная болезнь, кишечная непроходимость, лапароскопия, адгезиолизис, дети.

BITISHMALI ICHAK TUTILISHI BOLALARDAGI SHOSHILINCH HOLATLAR SABABLARIDAN BIRI SIFATIDA

¹Sattarov J.B., ²Xaydarov N.S., ²Saydaliyev S.S., ¹Jabborov T.M.A.

¹Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, ko'chasi. Bog'ishamol, 223, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Farg'ona tibbiyot sog'liqni saqlash instituti Manzil: Farg'ona viloyati, Farg'ona shahri, Yangi Turon ko'chasi No2-A Tel: +998 (73) 243-06-62 Elektron pochta: info@fjsti.uz

✓ Rezyume

Maqolada bitishmali ichak tutilishi muammolari muhokama qilinadi: sabablari, diagnostikasi va terapevtik taktikasi. Klinik taqdiqotlar bitishmali kasalliklarga chalingan 182 bemorda o'tkazildi. Ichak tutilishini tashxislashda rentgen, ultratovush va endoskopik usullarning o'rni muhokama qilinadi. Bolalarda BITni davolashning konservativ usullar muxokama etiladi. Konservativ muolajalar samarasiz bo'lgan taqdirda, laparoskopiyadan foydalanish nafaqat qorin bo'shlig'ida bitishmalarning tarqalishini baholashga, balki ichak tutilishining sababini bartaraf etishga ham imkon beradi.

Kalit so'zlar: bitishmali kasallik, ichak tutilishi, laparoskopiya, adezioliz, bolalar.

ADHERENT INTESTINAL OBSTRUCTION AS ONE OF THE CAUSES OF URGENT CONDITIONS IN CHILDREN

¹Sattarov J.B., ²Khaidarov N.S., ²Saydaliyev S.S., ¹Jabborov T.M.A.

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

²Fergana Medical Institute of Public Health Uzbekistan, Fergana region, Fergana city, Yangi Turon street No. 2-A Tel: +998 (73) 243-06-62 Email: info@fjsti.uz

✓ *Resume*

The article discusses the problem of adhesive intestinal obstruction: causes, diagnosis and therapeutic tactics. Clinical studies were performed on 182 patients with adhesive diseases. Have been discussed the place of X-ray, ultrasound and endoscopic methods in the diagnosis of intestinal adhesive obstruction. Presented conservative methods of treating AIO in children. The use of laparoscopy in case of ineffectiveness of conservative therapy allows not only to assess the prevalence of adhesions in the abdominal cavity, but also to eliminate the cause of intestinal obstruction.

Key words: adhesive disease, intestinal obstruction, laparoscopy, adhesiolysis, children.

Актуальность

По данным Международного общества изучения спаек (International Adhesion Society, Dallas, USA), послеоперационный спаечный процесс в брюшной полости является самым частым осложнением абдоминальных хирургических вмешательств. Болезнь поражает преимущественно молодой, трудоспособный возраст. Отмечается низкая эффективность как консервативного, так и хирургического лечения, высокий процент рецидивов спаечного процесса [8,12].

По данным литературы, после первой лапаротомии спайки развиваются в 12,4-20,5% случаев, а после третьей – в 84-96%. Борьба с патологическим спайкообразованием, влекущим за собой спаечную болезнь, проблема биологическая, и в настоящее время намечаются лишь перспективы ее разрешения. Предметом дискуссии является прогнозирование развития послеоперационного спайкообразования в брюшной полости [1,4,7].

Спаечная болезнь (СБ), патогенетической основой которой является внутрибрюшное спайкообразование, в клиническом аспекте представляет сочетание рецидивирующего болевого синдрома с нарушением эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Основными жалобами являются боли в животе, рвота, в запущенных случаях - задержка стула и отсутствие отхождения газов. В анамнезе имеются указания на перенесенные ранее оперативные вмешательства на брюшной полости. Спаечный процесс брюшины представляет собой защитную реакцию организма, направленную на ограничение патологического процесса в брюшной полости и тем самым позволяющую справиться с тяжелыми инфекционными или травматическими поражениями органов брюшной полости. В то же время спаечный процесс в брюшной полости - одна из главных причин СБ и, как осложнение последней, спаечной кишечной непроходимости (СКН). Низкая эффективность традиционных методов лечения СБ, частые рецидивы и высокая летальность после неоднократных оперативных вмешательств, составляющая 1,4-12%, заставляют искать новые подходы к решению данной проблемы [2,5,8,11].

Самое грозное проявление СБ - в большинстве случаев требует повторного оперативного вмешательства, что неизбежно провоцирует образование новых спаек в еще большем количестве. По литературным данным, в детской практике удельный вес данного вида непроходимости среди других ее видов составляет 30-40%. До 60% всех релапаротомий у детей выполняют по поводу острой СКН. В 7-10% наблюдений спаечный процесс приобретает прогрессирующий характер, обуславливая клиническую картину рецидивирующей СБ [2-4,6].

Одним из основных путей улучшения результатов лечения СБ является ранняя диагностика. Однако информативность традиционных рентгенологических методов (обзорной рентгенографии, рентгеноскопии брюшной полости) составляет лишь 50-60% [9-10]. В последние годы для диагностики СБ все более широкое распространение находит ультразвуковой метод [1].

Альтернативой традиционной открытой операции в настоящее время является мини-инвазивное вмешательство – лапароскопия с последующим адгезиолизисом [1]. Лапароскопический доступ с его минимальной травматизацией тканей создает меньше условий для развития спаек в брюшной полости и связанных с ними осложнений [3,6]. Лапароскопия позволяет уточнить локализацию и распространенность спаечного процесса, состояние кишечных петель, вовлеченных в спаечный конгломерат.

Цель исследования – изучение и оценка результатов диагностики и оперативного лечения спаечной кишечной непроходимости в брюшной полости у детей.

Материал и методы

В клинике Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи находились на лечении 182 больных со СБ в возрасте от 7 мес. до 18 лет. Девочек было 74 (40,7%), мальчиков – 108 (59,3%). 136 (74,7%) больных госпитализировались однократно, 29 (16,0%) дважды и 17 (9,3%) пациентов проходили стационарное лечение от 3-х до 11 раз.

Всем детям со СБ органов брюшной полости ранее были произведены операции по поводу различных заболеваний органов брюшной полости (острого аппендицита, кишечной инвагинации, перитонита, повреждений органов брюшной полости и др.). У большинства больных при поступлении были выявлены жалобы, характерные для кишечной непроходимости: приступообразные боли в животе, многократная рвота, нарушение отхождения стула и газов.

Всем детям со спаечной болезнью органов брюшной полости ранее были произведены операции по поводу различных заболеваний органов брюшной полости (острого аппендицита, кишечной инвагинации, перитонита, повреждений органов брюшной полости). У большинства больных при поступлении были выявлены жалобы, характерные для кишечной непроходимости: приступообразные боли в животе, многократная рвота, нарушение отхождения стула и газов.

Диагностический алгоритм включал в себя клиническое исследование, обзорную R-графию органов брюшной полости, УЗИ, выполнялся рентгенологический контроль с пассажем бария и КТ.

Результат и обсуждения

Анализируемая группа детей со СБ характеризовалась следующими проявлениями: рецидивирующие боли в животе, сопровождающиеся рвотой, при физической нагрузке либо после нарушения диеты, у детей, перенесших операции на органах брюшной полости; явления полной или частичной спаечной кишечной непроходимости, разрешенные в процессе проведения консервативных мероприятий; сонографические признаки наличия и распространенности спаечного процесса брюшной полости у детей, перенесших операции на органах брюшной полости.

Методика эхографического исследования. Учитывая клиническую картину (локализация болей, наличие послеоперационных рубцов) в предполагаемой зоне брюшной полости выполняют полипозиционное сканирование (серия продольных и поперечных сканов брюшной полости) в режиме с выводом на экран продольного сечения кишечной трубки и определения висцеро-висцеральных и висцеропариетальных спаек. Рекомендуется проводить исследование у детей старшей возрастной группы на фоне задержки дыхания.

Для описания спаечного процесса брюшной полости использовались два признака: наличие конгломерата кишечных петель и симптом фиксированной кишечной петли, который указывает на фиксацию кишечных петель к париетальной или висцеральной брюшине.

В клинике разработана и применяется лечебно-диагностическая программа, включающая последовательное проведение определенных мероприятий, позволяющих конкретизировать показания к консервативному и оперативному методам лечения и при наличии показаний к операции четко определить сроки предоперационной подготовки. Лечебно-диагностическая программа состоит из последовательно выполняемых этапов: при поступлении в стационар производится обзорная рентгенография органов брюшной полости. Наличие большого количества газов в кишечнике свидетельствует о кишечной колике с дисфункцией кишечника; наличие чаш Клойбера указывает на один из видов кишечной непроходимости, при этом известно, что через 2-3 часа от начала болевого синдрома чаши Клойбера появляются при механической кишечной непроходимости; через 4-6 часов после начала приступа болей чаши Клойбера появляются при спаечно-динамической непроходимости и встречаются в 2 раза реже, чем при других видах кишечной непроходимости. Принято считать, что одиночные, нечетко контурирующиеся чаши Клойбера свидетельствуют о спаечно-динамической непроходимости, множественные, четко выраженные имеют место при механической непроходимости; параллельно с диагностическими мероприятиями проводится купирование болевого синдрома. Наиболее эффективным способом купирования болевого синдрома, обусловленного спаечной болезнью, являются новокаиновые блокады, применение ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков; декомпрессию желудочно-кишечного тракта (назогастральный зонд, очистительные, сифонные клизмы), необходимо проводить в первые 1,5-2 часа после госпитализации больного; при разрешении явлений кишечной непроходимости назначается консервативное лечение спаечной болезни; если симптомы непроходимости сохраняются (повторная рвота с примесью разложившейся желчи, постоянные или частые кратковременные схваткообразные боли), выполняется рентгенологический контроль с пассажем бария. Пациентам дают внутрь 200-300 мл 2-3% бариевой взвеси, регистрируется скорость эвакуации бария и динамика пассажа по 12-перстной кишке. Эвакуация бария из желудка в нормальных условиях начинается через 3-4 минуты, скорость пассажа по 12-перстной кишке 30-45 секунд. Длительность опорожнения бария из желудка колеблется от 45 минут до 1,5 часов. Нарушение эвакуации бария из желудка без нарушения пассажа по 12-перстной кишке свидетельствует о рефлекторном механизме задержки бария в желудке, что связано с

непроходимостью тонкой кишки. Решение о дальнейшей тактике принимается после повторной рентгенографии брюшной полости (через 1,5-2 часа и 3,6-12 часов), при этом при механической непроходимости в тощей кишке через 1,5-2 часа определяется стойкое депо бария в определенном сегменте тонкой кишки. При спаечно-динамической или хронической обтурационной непроходимости кишечника барий неравномерно заполняет тонкую кишку, но через 3,5-4 часа поступает в слепую кишку. Спаечно-динамическая непроходимость при проведении интенсивной консервативной терапии полностью разрешается в течение 3-5 дней. Если барий через 4 часа в слепой кишке, но основное количество остается в тонкой кишке, тактика определяется в зависимости от клиники; если сохраняются схваткообразные боли и вздутие живота, продолжается рвота, показано срочное оперативное вмешательство. Прекращение болей и рвоты, отхождение газов и стула – необходимо продолжать консервативное лечение; в том случае, когда через 3,5-4 часа после приема взвеси бария, барий не достигает слепой кишки, следует считать, что у больного имеет место грубое механическое препятствие, показана срочная операция.

Физиотерапевтические процедуры (электрофорез с 1% раствором йодида калия или лидазой) проводили ежедневно. Положение ребенка - лежа на спине; расположение электродов поперечное. Использовали два электрода, площадь которых (200-300-400 см²) выбирали в зависимости от возраста пациента. Один электрод располагают на передней брюшной стенке и присоединяют к положительному полюсу, второй накладывают в области поясницы и присоединяют к отрицательному полюсу. Лекарственное вещество вводили с положительного электрода. Сила тока - 10 мА. Продолжительность процедуры: первый сеанс - 3-5 мин, последующие - 6-8 мин.

113 (62,1%) детей получили консервативное лечение. 69 (37,9%) больным при спаечной кишечной непроходимости проведена традиционная лапаротомия. Но наиболее эффективным явилось применение лапароскопии при ликвидации спаечной кишечной непроходимости у 17 (24,6%) больных. При эндоскопическом подтверждении диагноза определяется возможность завершения оперативного вмешательства лапароскопическим способом, при этом диагностическая лапароскопия переходит в лечебную. Мы располагаем опытом использования в лечебно-диагностических целях лапароскопической техники при непроходимости кишечника у 17 детей различного возраста. Девочек – 6 (35,3%), мальчиков – 11 (64,7%). Оперативное лечение больных лапароскопическим путем произведено 17 детям путем адгезиолизиса. При наличии единичных спаек, инвагинации кишечника в ранней стадии методика являлась эффективной. При выраженном парезе кишечника, наличии множественных спаек между петлями кишечника была показана конверсия.

По нашим данным конверсия потребовалась 4 детям, в 1 случае вследствие тяжелейшего спаечного процесса в брюшной полости, в 2 случаях – интимные сращения петель кишечника в зоне операции, в 1 случае конверсия объяснялась поломкой аппаратуры во время вмешательства.

В послеоперационном периоде больные после лапароскопического лечения в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались в первые сутки после операции. Интраоперационных и послеоперационных осложнений у больных после лапароскопических операций не было.

Больным с положительной динамикой болевого синдрома и наличием или отсутствием эхографических признаков спайкообразования назначали повторный курс противоспаечной терапии через 1 месяц. В зависимости от клинических проявлений проводили неоднократные лечебные курсы.

При достоверном отсутствии клинического эффекта по окончании курса противоспаечной терапии больным ставили показания к выполнению лапароскопического адгезиолизиса. После вмешательства проводили противорецидивные лечебные курсы в течение 7 дней. Пациентам, перенесшим адгезиолизис, назначали 2-3 курса противоспаечной терапии по 10 дней с интервалом в 3 месяца с последующим эхографическим контролем. Впоследствии этих детей наблюдали амбулаторно с обязательным осмотром и УЗИ каждые 3 месяца в течение первого года и один раз в 6 месяцев в течение 1-3 лет. Количество консервативных курсов определяли индивидуально, оно зависело от объема оперативного вмешательства, выраженности клинического эффекта и динамики эхографических признаков.

Выраженный спаечный процесс и высокий риск повреждения внутренних органов при лапароскопических манипуляциях были показаниями к конверсии и открытой лапаротомии с применением методов видеоассистенции. При этом визуальный осмотр брюшной полости позволял избегать неоправданно расширенных лапаротомий, усугубляющих травматичность вмешательства.

Исследования результатов у 182 детей со СБ, которым проведены 1-2 курса противоспаечной

терапии, показали, что 46 (25,3%) больным потребовалась повторная госпитализация, обусловленная сохранением или возобновлением болевого синдрома, 17 (37,0%) из них поступили с явлениями СКН и были оперированы по экстренным показаниям. У 30 (63,0%) детей с тотальным спаечным процессом брюшной полости удалось стабилизировать общее состояние, купировать болевой синдром и нормализовать питание, однако сохраняющаяся угроза развития кишечной непроходимости обуславливала необходимость постоянного диспансерного наблюдения.

Заключение

Таким образом, острая спаечная кишечная непроходимость - одна из важных и до конца не решенных проблем ургентной детской хирургии. Пока не найдено надежных средств профилактики спайкообразования. Метод лапароскопии открывает широкие возможности как в диагностике, так и в комплексном лечении СКН у детей.

Методом выбора в диагностике и лечении СКН является лапароскопия. Применение данного метода оперативного лечения предпочтительнее лапаротомного доступа - более травматичного, приводящего к усилению спайкообразования, что повышает риск возникновения повторной СКН. Лапароскопический метод лечения позволяет в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде уменьшить риск возникновения висцеро-париетальных и висцеро-висцеральных спаек, способных приводить к повторной СКН, а также снизить процент послеоперационных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адамян А. В., Козаченко А. В., Кондратович Л. М. Спаечный процесс в брюшной полости: история изучения, классификация, патогенез (обзор литературы). /Москва: Медиа-Сфера. 2013;6:7-13.
2. Дронов А. Ф., Поддубный И. В., Котлобовский В. И. Эндоскопическая хирургия у детей. - /М.: Гэотар-Мед, 2002; 85-107.
3. Коссович М. А., Коршунов С. Н., Кузовахо В. В. Особенности лапароскопического адгезиолизиса при спаечном процессе в брюшной полости // Саратовский научно-медицинский журнал. 2008;1:97-102.
4. Пономарева Е.Д. Рубцов В.В. Спаечная кишечная непроходимость у детей //Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы VI Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной году науки и технологий, (Екатеринбург, 8-9 апреля 2021 г.) : в 3-х т. – Екатеринбург : УГМУ, 2021;2:1211-1214.
5. Сокольник С.А., Боднарь О.Б., Марчук О.Ф., Ватаманеску Л.И., Билокопытый В.С. Спаечная кишечная непроходимость, как осложнение дивертикулу меккеля у детей //Хирургия детского возраста. 2021;1(70):107-111; doi 10.15574/PS.2021.70.107
6. Смоленцев М.М., Разин М.П. Оперативное лечение детей со спаечной кишечной непроходимостью на современном этапе // Фундаментальные исследования. 2015;1-8:1680-1684.
7. Тимофеев М. Е., Фёдоров Е. Д., Бачурин А. Н. Лапароскопическое разрешение острой спаечной тонкокишечной непроходимости, причиной которой послужила ранее перенесенная лапароскопическая аппендэктомия. //Эндоскопическая хирургия. 2014;1:48-51.
8. Apfeld J.C., Cooper J.N., Gil L.A., Kulaylat A.N., Rubalcava N.S., Lutz C.M., *et al.* Variability in the management of adhesive small bowel obstruction in children //J Pediatr Surg, 2022;57(8):1509-1517.
9. Di Saverio S, Coccolini F, Galati M *et al.* Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World Journal of Emergency Surgery. 2013;8:1:42.
10. Fredriksson F., Christofferson R.H., Lilja H.E. Adhesive small bowel obstruction after laparotomy during infancy //Br J Surg, 2016;103(3):284-289.
11. Lautz T.B., Barsness K.A. Adhesive small bowel obstruction-acute anagement and treatment in children //Semin Pediatr Surg, 2014;23(6):349-352.
12. Nasir A.A., Abdur-Rahman L.O., Bamigbola K.T., Oyinloye A.O., Abdulraheem N.T., Adeniran J.O. Is non-operative management still justified in the treatment of adhesive small bowel obstruction in children? //J. Pediatr. Surg. 2013;10(3):259–264.

Поступила 20.08.2023