



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 616.147.17-007.64-053.2

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Хамраев А.Ж. <http://orcid.org/0000-0002-8816-6608>

Эминов Р.И. <http://orcid.org/0000-0002-4290-9840>

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

✓ Резюме

В данной работе представлены клинические материалы обследования и лечения 87 детей с геморроем за последние 10 лет. Автор исследовал особенности тактики комплексного лечения геморроя у детей. Консервативное лечение оказалось более эффективным для детей с геморроем до 3 лет. Изучение отдаленных результатов комплексного консервативного лечения у 44 больных геморроем, хорошие результаты отмечено у 86,5%, удовлетворительные - у 9% и неудовлетворительные (рецидивы) - у 4,5% больных. Хирургическое лечение геморроя у детей применяли только при безуспешности курса комплекса консервативного лечения у 12 больных с хорошими отдаленными результатами во всех случаях. Показаниями к геморроидэктомии являлись: частое выпадение геморроидальных узлов (ГУ). После хирургического лечения во всех случаях были получены хорошие результаты, рецидивов не наблюдалось. Благодаря оптимизации консервативного и хирургического лечения с учетом возрастных особенностей детей были достигнуты хорошие результаты.

Ключевые слова: геморрой у детей, консервативное лечение, хирургическое лечение.

FEATURES OF CLINICAL COURSE AND TACTICS OF TREATMENT OF HEMORRHOIDS IN CHILDREN.

Khamraev A.J. <http://orcid.org/0000-0002-8816-6608>

Eminov R.I. <http://orcid.org/0000-0002-4290-9840>

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

✓ Resume

This paper presents clinical data on the examination and treatment of 87 children with hemorrhoids over the past 10 years. The author investigated the features of complex treatment of hemorrhoids in children. Conservative treatment was more effective for children with hemorrhoids up to 3 years. As a result of conservative treatment, good results were achieved in 86.5% of children, unsatisfactory (relapses) - in 4.5%. Surgical treatment was used in cases where conservative treatment failed in 9% children. Indications for hemorrhoidectomy were: frequent prolapse and pinching of hemorrhoids (HU). After surgical treatment, good results were obtained in all cases, no relapses were observed. Thanks to the optimization of conservative and surgical treatment, taking into account the age characteristics of children, good results were achieved.

Key words: hemorrhoids in children, conservative treatment, surgical treatment.

BOLALARDA GEMORROYNI DAVOLASH TAKTIKALARI

Khamraev A.J. <http://orcid.org/0000-0002-8816-6608>

Eminov R.I. <http://orcid.org/0000-0002-4290-9840>

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



✓ *Rezyume*

Ushbu maqolada so'nggi 10 yil ichida gemorroy bilan og'rigan 87 bolani tekshirish va davolashdan olingan klinik materiallar keltirilgan. Muallif bolalarda gemorroyni kompleks davolash taktikasining xususiyatlarini o'rganib chiqdi. Konservativ davo 3 yoshgacha bo'lgan gemorroyni bolalar uchun samaraliroq ekanligi isbotlangan. Gemorroy bilan og'rigan 44 nafar bemorda kompleks konservativ davoning uzoq muddatli natijalarini o'rganish, yaxshi natijalar 86,5%, qoniqarli - 9% va qoniqarsiz (residivlar) - bemorlarning 4,5% da qayd etilgan.

Bolalarda gemorroyni jarrohlik yo'li bilan davolash faqat konservativ davo kursi muvaffaqiyatsiz bo'lgan 12 bemorda uzoq muddatli barcha holatlarda yaxshi natijalarga erishganida qo'llanilgan. Gemorroyektomiya uchun ko'rsatmalar quyidagilar edi: gemorroyni tez-tez prolapsasi (HU). Jarrohlik davolashdan so'ng barcha holatlarda yaxshi natijalarga erishildi, relapslar kuzatilmadi. Bolalarning yosh xususiyatlarini hisobga olgan holda konservativ va jarrohlik davolashni optimallashtirish tufayli yaxshi natijalarga erishildi.

Kalit so'zlar: bolalarda gemorroy, konservativ davo, jarrohlik davolash.

Актуальность

Геморрой является мало изученным проктологическим заболеванием в детском возрасте [1,2,3,11]. Удельный вес в структуре заболеваний толстой кишки колеблется от 34 до 41% У детей геморрой встречается гораздо реже, по литературным данным может достигать 8% среди всех заболеваний толстой кишки и промежности [8,12,13,14].

В патогенезе геморроя, развитие дистрофических процессов в общей продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, удерживающих кавернозные тельца в анальном канале, приводит к постепенному, но необратимому смещению ГУ в дистальном направлении В этой связи, согласно по данным Капулера уже у новорожденных детей выявляются мелкие кавернозные вены, изредка имеющие многомерное строение, однако развиты они очень слабо. В возрасте от нескольких месяцев до одного года в подслизистом слое заднепроходных столбов обнаруживаются мелкие шаровидные вены, обнаружить их довольно трудно.

Другие авторы утверждает, что у детей геморроя часто возникает на фоне двухмоментном акте дефекаций, которое содержимое кишечника выбрасывается на два и более раза, с разными интервалами. При этом, между первой и вторым разом дефекации ребенок бесплодно продолжает натуживается и повышается внутрибрюшное давление при расслабленном сфинктере и пустой прямой кишке. Сочетание егона фоне врожденной неполноценности венозной сети малого таза часто способствует к образованию геморроя у детей. Поэтому у детей двухмоментный акт дефекации занимает основное роль в патогенезе геморроя у детей [4,5,6,7,9,10,15]. Таким образом, учитывая редко встречаемости, атипичности клинического течения и особенности комплексного лечения геморроя у детей требуют дальнейшего научного поиска.

Цель: Улучшить результаты лечения геморроя у детей, путем изучения особенности тактики комплексного подхода лечения.

Материал и методы

На клинической базе госпитальной детской хирургии ТашПМИ (1-ГДКБ) за последние 10 лет на стационарном и амбулаторном лечении находились 87 больных детей с геморроем в возрасте: до 1 год – 2 (2,2%); 1–3 лет – 19 (21,8%); 3–6 лет – 46 (52,8%); 7–12 лет – 9 (10,3%); 13–18 лет – 11 (12,6%). Выявлен наружный геморрой – у 83 (95,4%); внутренний – у 4 (4,6%). Мальчики были - 61 (70,1 %), девочки – 26 (29,9%). При без эффективности комплексного, хирургического лечение проводились у 11 (12,6%) больных.

Всем больным проводились обследования: общеклиническое, лабораторное, ортостатической физической нагрузки путем переседения, ректальное пальцевое, аноскопии и ректоскопии. Дополнительно для выявления причины геморроя, при помощи УЗИ доплером изучали сосудистое нарушение венозного бассейна тазового дна. При полипозиционной ирригографии (ППИ) – выявлено состояния удлинения, сужения, опущения и дефекты фиксации толстой кишки. При ректороманоскопии (РРС) состояние слизистое прямой

и сигмовидной кишки, приводящей к моторно-эвакуаторному нарушению или двухмоментному акту дефекации. Изучены эффективности результатов комплекса консервативного и хирургического лечения геморроя у детей.

Результат и обсуждение

Нами изучены отдаленные результаты лечения геморроя у 56 (64,3%) больных на основе изучения и катаральных данных и опросника анкетирования) и комплексного клинического обследования. Высокая частота встречаемости отмечена у больных 1–6 лет – 67 (77%). В анамнезе у 13 (28,6%) больных детей отмечено наличие геморроя у родителей.

Основной причиной геморроя у детей явились: упорные хронические запоры (ХЗ) – у 42% больных; усиленная диарея – у 18%; двухмоментный акт дефекации длительного сидения и натуживания) – у 20%; напряжения в спорте – у 10%; напряженный и непрерывный кашель – у 5,5%; напряженное мочеиспускание – у 4,5%) и др. которое способствовали повышению внутрибрюшного давления. Эти этиологические моменты в возрастном аспекте отличались: для детей дошкольного возраста – периодические и длительные сидения на горшке или унитазе; в школьном возрасте – упорные ХЗ; и у подростка – перенагрузки и перенапряжения в процессы спортивных упражнений или физической работе.

Нами первичной диагностики при помощи наружного и ректального осмотра ГУ чаще локализовались на 4, 7 и 11 часах условного циферблата на соответствующей локализации геморроидальных подушек (ГП): первой на 2-5 часах – у 27 (35%); второй на 6-9 часах – у 30 (39%) и третьей на 10-12 часах 20 (26%).

Эти типичные локализации ГУ больше всего являются доказательством о врожденном генезе заболевания у детей. Размеры ГУ составили от 0,5 см. до 2,5 см в диаметре. Количество ГУ отмечено: с одним – у 52 (60%) больных; с двумя – у 25 (29%); с тремя – у 8 (9%) и более 3-х – у 2 (2%). Выпячивание ГУ при ортостатической нагрузке (переседания), больных с геморроем, транзиторной состоянием выявлено у 28 (32%) и постоянный – у 59 (68%), из которых у 8 (13,5%) больных, отмечались тромбоз ГУ.

Геморрой у детей в возрастном аспекте клинически протекал более атипичной форме, чем у детей старшего возраста. Геморрой у маленьких детей начинается постепенно и незаметно. Потом начинают ощущать чувство дискомфорта в области заднего прохода. У детей школьного возраста к этому симптому присоединились зуд заднего прохода и детей старшего возраста локальные боли в области ануса появились позднее чем других локальных симптомов. У большинства больных, течение болезни протекало без воспаления или с умеренными воспалениями ГУ. У детей старшего возраста боли появились лишь после присоединения воспалительных явлений (трещины или язвы), тромбоза, а также при ущемлении ГУ. При тромбозе акт дефекации была затруднена и болезненна. Таким образом, у детей всех возрастных категорий больных кардинальным симптомом геморроя являлись только увеличения ГУ и геморроидальные кровотечения отсутствовали почти у всех больных.

У больных геморроем в дошкольном и школьном возрасте, в анамнезе которых имело упорные ХЗ, при дополнительной ППИ выявлены часто долихоsigmoidy и мегаректум. У больных с усиленной диареей при РРС выявлена картина хронического проктита, проктосигмоидита и дизбактериоза кишечника.

В комплекс лечения геморроя у детей входили консервативное и оперативные. В состав комплекс консервативному лечению больных с геморроем входили: диетотерапии, нормализация опорожнения кишечника, механическое очищение кишечника с помощью клизмы, медикаментозное, обезболивающие, физиотерапевтическое, местное лечение и динамическое наблюдение.

В тактическом плане при консервативном лечении больных с геморроем одновременно лечили основное заболевание кишечника являющиеся причиной её и сочетали местное лечение геморроя. При этом проводился, очистительные и лечебные клизмы с раствором ромашки, вставлялись ректальные свечи антигеморрагические 2 раза – утром и вечером – в течение 7 дней. Проводился курс дивулсия ануса ректоскопом в первых 3 дня. При наличии воспалительного отека в ГУ назначали

светодиодный лазер (СДЛ) в течение 7 дней. При проведении 1–2 курсов местного лечения получен нами положительный эффект во всех случаях.

При комплексном лечении геморроя у детей в возрастном аспекте имели тактические и технические особенности хирургического лечения. В тактическом плане, у детей раннего возраста (1-3 года) в связи отсутствием экстренных клинических проявлений, показаний к оперативному лечению не было, поскольку геморрой в этом возрасте в основном было транзиторного характера, и подлежал только консервативному лечению и динамическому наблюдению. У больных в анамнезе которых были кровянистый стул отмечено у 17 (22%) больных. При эндоскопическом исследовании выявлены эрозивный проктит или проктосигмоидит, дисбактериоз кишечника и трещины заднего прохода.

Особенностями лечения геморроя у детей дошкольного возраста почти отличался от предыдущих. При этом назначили: лечебные клизмы с раствором ромашки, применение свечей (антигеморан) и мазей (проктозан) и местного применения компрессионного (Электрофорез с спазмолитик+баллодилатация+ЭСМ) метода в течение 10 дней, на область заднего прохода. При этом, восстановились кровообращение, путем уменьшения застой в тазовых органах. По мере укрепления тонуса мускулатура тазовой диафрагмы, общей продольной мышце подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса, удерживающих кавернозные тельца в анальном канале, приводили к постепенному исчезновению.

У детей школьного и старшего возраста при лечении острого тромбоза в пищевом режиме предусматривали акцент на профилактику и лечения запора. При назначении диеты рекомендовали овощи, фрукты, черный хлеб и жидкие пищи, содержащую достаточное количество шлаков, что является профилактикой. Клизмы при этом являлся активным методом при профилактики и лечения геморроя. Длительные консервативное лечение сроком 3-6 месяцев привело излечению этих больных.

Хирургическое лечение у детей подростков с геморроем проводили только в условиях стационара у 11 (12,6%) больных. Среди оперированных в 2 случаях была выполнена срочная геморройэктомия по поводу острого тромбоза ГУ, в остальных 9 случаях по плановым показаниям. При выборе показаний к геморройэктомии были абсолютные и относительные, в зависимости от характера имеющихся патологии. Абсолютными показаниями были при наличии больших и сливающихся варикозных узлов, часто выпадающие узлов, вызывающих дискомфорта и болевых ощущений, которые нарушали акта дефекации. К относительным показаниям: умеренно выраженные ГУ с редкими обострениями геморроя, одиночных, множественных и напряженных наружных ГУ не поддающихся к консервативному лечению. При геморройэктомиях у детей применяли общую анестезию.

Среди многочисленных методов геморройэктомии в детском возрасте применяли только более щадящие методы. При этом, важным моментом выбора метода является оценка состояния основания ножки единичных или множество одиночных ГУ.

При узких основаниях ножки ГУ захватывали зажимом и оттягивая в верх, циркулярно иссекали кожи ушивали у основания нити Викриля 5/0, погружали культи в рану и ушивали рану продольно непрерывными швами этой же нити. Подобная операция нами выполнена у 4 больных. Рецидивы не отмечались.

При широком основания одиночных или множественных узлов после циркулярного иссечения на широком основания ножки оттягивая вверх по частям зашивали узлы с нитью Викриль 5/0, рана ушивали непрерывными швами поперечно. Для предупреждения болей в послеоперационном периоде у основания операционной раны и вокруг вводили циркулярно на кожно-слизистый переход 2% раствор новокаин 3-5 мл. Подобная операция нами выполнена у 7 больных.

После операции вводили в задний проход катетер Фолея (№ 28-30) большого размера и вокруг в область операционной раны оставили трунду пропитанную бальзамом Бакстимса, которое обволакивает раны и защищает от инфицирования. Газы и содержимое кишечника отходятся свободно. Рецидивы не были

В послеоперационном периоде назначали больным в первые 3 сутки обезболивающие средства 2 раза. Газоотводная трубка в послеоперационном периоде

до 5-7 сутки хорошо функционировались при помощи очистительной клизмы раствором ромашки. Хорошие результаты хирургического лечения отмечено во всех случаях. В отдаленном периоде, рецидивы не наблюдались.

Таким образом, Изучение отдаленных результатов комплексного консервативного лечения у 44 больных геморроем, хорошие результаты отмечено у 38 (86,5%), удовлетворительные - у 4 (9%). Отрицательный (рецидивы) эффект от консервативного лечения были у 2 (4,5%) больных. Хирургическое лечение геморроя у детей применяли только при безуспешности курса комплекса консервативного лечения у 12 больных с хорошими отдаленными результатами во всех случаях.

Выводы

1. Больных с геморроем до 3-х лет, более эффективными является комплекс консервативного лечения.

2. К хирургическому (геморройэктомии) лечению более подвержен школьный и подростковой возраст. Показаниями к операции являются: наличие больших часто выпадающие, ущемляющие узлов, которые нарушают акт дефекацию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гарбузов, Р. В. Заболевания вен таза у детей. Клинические проявления, диагностика, лечение: / Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.19. Гарбузов Н.Д. – М., 2013.
2. Степанова Н. М., Петров Е. М., Новожилов В. А. Геморрой у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2020. № S (10). С. 164–164.
3. Хамраев А. Ж., и др. Геморрой у детей // Таврический медико-биологический вестник. 2020;3(23):73–77.
4. Гончарук Р.А. Лечение больных хронической геморроидальной болезнью III–IV стадии: научное издание / Р.А. Гончарук, К. В. Стегний [и др.] // Хирургия. – М., 2013;5:8–11.
5. Джавадов Э. А., Халилова Л.Ф./Геморроидальная болезнь, сопровождающаяся анальным пролапсом, и методы ее лечения: научное издание // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. М., 2014;3:43–48.
6. Згрядский Е.А. Трансанальная дезартеризация в лечении геморроидальной болезни. / М.: ГЭОТАР. Медиа, 2015;176.
7. Ливзан М.А. и др. Геморрой: причины, симптомы, диагностика и подходы к терапии. // Лечащий врач. – М., 2014;6:84–86.
8. Макаров И.В. Частная проктология. Геморрой: Учеб. пособие / И.В. Макаров, О.Ю. Долгих. – М.: Форум, 2015;96.
9. Ривкин В.Л. Амбулаторное лечение геморроя // Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия. М., 2014;55–56(3–4):35–37.
10. Цуканов Ю.Т. Поражение тазовых органов при вторичном варикозном расширении вен малого таза: научное издание / Ю.Т. Цуканов, А.Ю. Цуканев, Е.Г. Левданский // Ангиология и сосудистая хирургия. - М., 2015;21(2):94-100.
11. Зольников ЗИ, Зольникова ТВ. Клиника, диагностика и лечение геморроя у детей. // Актуальные проблемы современной клинической хирургии 2015; (pp. 163-165).
12. Chakraborty P.S., Roja Varanasi, Majumdarl A.K., KishanBanoth, Sunil Prasad, Ghosh M.S., Sinha M.N., Ravi Chandra Reddy Vikram G. Effect of homoeopathic LM potencies in acute attacks of haemorrhoidal disease: a multicentric randomized single blind placebo control ledtrial. // Indian Journal of Research in Homoeopathy / Jun 2013. Vol. 7 / Issue 2 / Apr-
13. Turanyildiz, dilekbingolaydin ,zekeriyailce external hemorrhoidal disease in child and teenage: clinical presentations and risk factors. pak j med sci may - june 2019 vol. 35 no. 3; 696-700.
14. Baumgartner, G., Hetzer, F.H. Proktologieim Kindesalter. *coloproctology* **41**, 349–354 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00053-019-0379-4>
15. Watanabe, T., Ohno, M., Tahara, K., Tomonaga, K., Ogawa, K., Takezoe, T., Fuchimoto, Y., Fujino, A., & Kanamori, Y. (2021). Efficacy and safety of sclerotherapy with polidocanol in children with internal hemorrhoids. *Pediatrics International*, *63*(7), 813–817. <https://doi.org/10.1111/ped.14506>

Поступила 10.09.2023