



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.

UO'K 616.34-007.44-053.2-08

BOLALARDA ICHAK INVAGINATSIYASINI TASHXISLASH VA DAVOLASHNI TAKOMILLASHTIRISH

Shamsiyev Jamshid Azamatovich. <https://orcid.org/0000-0003-3751-2352>

Tagayev Ilhom Ulashevich <https://orcid.org/0009-0007-5039-2689>

Suvonkulov Uktamjon Zoirovich. <https://orcid.org/0000-0001-5657-4060>

Mahmudov Zafar Mamajanovich <https://orcid.org/0000-0001-7511-8909>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti ixtisoslashtirilgan bolalar jarrohlik klinikasi, O'zbekiston, Samarqand shahri, M. Ulug'bek ko'chasi 70 A. tel: +998(66)2335892 E-mail: sammi2kl@umail.uz

✓ Rezyume

Ushbu maqola ichak invaginatsiyasi bo'lgan 116 bolani davolash natijalariga asoslangan. Diagnostika va davolashning takomillashtirilgan usuli 73 bemorda qo'llaniladi, uning samaradorligi an'anaviy usul bilan taqqoslaganda.

Kalit so'zlar: ichakning invaginatsiyasi, pnevmoirrigoskopiya, ichakning gidroekokolonografik dezinvaginatsiyasi.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Жамшид Азаматович. <https://orcid.org/0000-0003-3751-2352>

Тогаев Илхом Улашевич <https://orcid.org/0009-0007-5039-2689>

Сувонкулов Уктамжон Зоирович. <https://orcid.org/0000-0001-5657-4060>

Махмудов Зафар Мамаджанович <https://orcid.org/0000-0001-7511-8909>

Специализированная детская хирургическая клиника СамГМУ, Самарканд, Узбекистан, г. Самарканд ул. М.Улугбек 70а. Тел: +998 (66)233-78-86 E-mail: sammi2kl@umail.uz

✓ Резюме

В основу данной статьи положены результаты лечения 116 детей с инвагинацией кишечника. Совершенствованный метод диагностики и лечения применен у 73 пациентов, эффективность которого приведена в сравнении с традиционным методом.

Ключевые слова: инвагинация кишечника, пневмоирригоскопия, гидроэхоколонографической дезинвагинации кишечника.

IMPROVING DIAGNOSIS AND TREATMENT INTESTINAL INVAGINATION IN CHILDREN

Shamsiyev Jamshid Azamatovich. <https://orcid.org/0000-0003-3751-2352>

Tagayev Ilhom Ulashevich <https://orcid.org/0009-0007-5039-2689>

Suvonkulov Uktamjon Zoirovich. <https://orcid.org/0000-0001-5657-4060>

Mahmudov Zafar Mamajanovich <https://orcid.org/0000-0001-7511-8909>

Specialized Pediatric Surgical Clinic of Samarkand State Medical University, Uzbekistan, Samarkand city, ul. M.Ulugbek 70 a. Tel.: +998(66)2335892 E-mail: sammi2kl@umail.uz

✓ Resume

This article is based on the results of treatment of 116 children with intestinal intussusception. The improved method of diagnosis and treatment was used in 73 patients, the effectiveness of which is shown in comparison with the traditional method.

Key words: intestinal intussusception, pneumoirrigoscopy, hydroechocolonographic intestinal desinvagination.

Dolzarbligi

Bolalarda qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir jarrohlik kasalliklari orasida o'tkir ichak tutilishi (O'IT) 1,2 - 9,4% ni tashkil qiladi, o'tkir appenditsitdan keyin ikkinchi o'rinda turadi, ammo shu bilan birga salbiy oqibatlarining ko'rsatkichlari boshqa o'tkir shakllarga qaraganda ancha yuqori bo'lgan qorin bo'shlig'i patologiyasi xisoblanadi [1, 3, 8, 9].

Ichak invaginatsiya (Ii) bolalarda orttirilgan ichak tutilishining eng keng tarqalgan turi bo'lib, qorin bo'shlig'i organlarining shoshilinch patologiyalari orasida o'tkir appenditsitdan keyin ikkinchi o'rinda turadi [2, 4, 5].

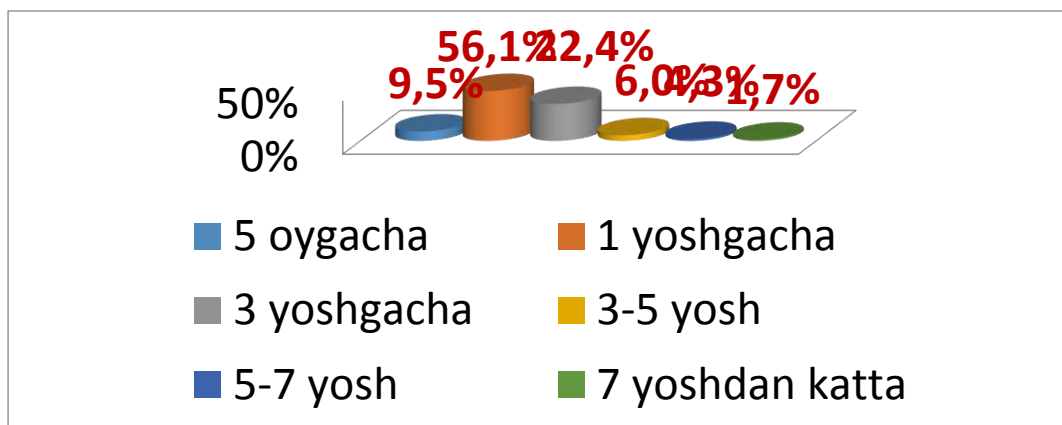
Muammoning dolzarbligi, shuningdek, pasayish tendentsiyasiga ega bo'lmagan, kasalxonadan oldingi va statsionar bosqichlarda ham diagnostik xatolarning yuqori ko'rsatkichi bilan belgilanadi. Kasalxonadan oldingi bosqichda diagnostika xatolarining ko'rsatkichi 75-85% ga yetadi. Hozirgi vaqtda invaginatsiyadan o'lim darajasi 0,5 dan 1% gacha, murakkab shakllarda 6 dan 14,5% gacha [6, 7, 10].

Iini tashxislash va davolashning ob'ektiv qiyinchiliklari ko'p jihatdan anamnestik ma'lumotlarning nomuvofiqligi, interkurrent kasalliklarning mavjudligi, an'anaviy rentgen diagnostika imkoniyatlarining cheklanganligi, shuningdek konservativ yoki jarrohlik davolash usullarini tanlashda kelishmovchiliklarning mavjudligi va ularning vaqti bilan bog'liq.

Tadqiqot maqsadi. Tashxisni takomillashtirish va davolash taktikasini optimallashtirish orqali bolalarda invaginatsiyani davolash natijalarini yaxshilash.

Material va usullari

So'nggi 20 yil ichida 3 oylikdan 10 yoshgacha bo'lgan 237 nafar bola, Samarqand davlat tibbiyot universitetining ixtisoslashtirilgan bolalar jarrohlik klinikasining shoshilinch jarrohlik bo'limiga invaginatsiya tashxisi bilan yotqizilgan, ulardan klinik tekshiruv vaqtida ushbu tashxis 116 bemorda tasdiqlangan. Qolgan 125 nafar Ii bilan kasallangan bemorlar tekshiruvdan chiqarildi. O'g'il bolalar -85 (73,3%), qizlar - 31 (26,7%). 1 yoshgacha bo'lgan bemorlar 76 (65,5%), 3 yoshgacha bo'lganlar 26 (22,4%), 3 yoshdan kattalar 14 (12,1%). Invaginatsiyaning eng ko'p uchraydigan hodisasi 6 oydan 1 yoshgacha - 76 bemor (65,5%) (1-rasm).



Rasm 1. Bemorlarning yoshga qarab taqsimlanishi.

Kasallik boshlanganidan keyin 12 soat ichida 33 ta (28,4%), 12 dan 24 soatgacha 28 ta (24,1%), 25 dan 48 soatgacha 30 ta (25,9%), 48 soatdan ortiq 25 kishi (21,6) bola qabul qilingan. %) (1-jadval).

1-jadval.

Bemorlarni kasalxonaga yotqizish vaqti

Kasalxonaga yotqizish muddati	Bemorlar soni	
	abs	%
Soat 12 ga qadar	33	28,4%
12 dan 24 soatgacha	28	24,1%
24 soatdan 48 soatgacha	30	25,9%
48 soat yoki undan ko'proq	25	21,6%
Jami	116	100%

Tekshiruv majmuasiga anamnez, tekshirish, tibbiy uyquda qorinni palpatsiya qilish, rektal tekshiruv, laboratoriya tekshiruvi, rentgenografiya, pnevmoirrigoskopiya va ultratovush tekshiruvi kiradi.

Qo'llaniladigan davolash va taktik yondashuvlarga qarab, Ii bo'lgan barcha tekshirilgan bemorlar 2 guruhga bo'lingan. Birinchi guruh (taqqoslash guruhi) 2000 yildan 2013 yilgacha davolangan 43 bemordan iborat edi. Ushbu guruhda diagnostik rentgenografiya va rentgenoskopiya ostida pnevmoirrigoskopiya asoslangan. Ikkinchi guruh (asosiy guruh) 2014 yildan hozirgi kungacha davolangan Ii bilan kasallangan 73 bemordan iborat. Ushbu guruhda diagnostika va konservativ davo ultratovush nazorati ostida 1,5% natriy xlorid eritmasi bilan gidroexokolonografik dezinvasiatsiya (GEK) usuliga asoslangan.

Natija va tahlillar

Kasallikning rivojlanishida eng ko'p uchraydigan omillar ichak kasalliklari (31%), dietaga yangi oziq-ovqatlarni kiritish (27%), ovqatlanishdagi xatolar (24%). O'tkir respiratorli infeksiya fonida Ii 4 (8%) bolada sodir bo'lgan.

Odatda ileotsekal invaginatsiyaning asosiy klinik ko'rinishlari shunday deb ataladi, klassik Mondor triadasi:

- qorin bo'shlig'idagi ishemik og'rig'i tufayli bolada "intervallar" bilan to'satdan vaqti-vaqti bilan qorinda og'riqlar paydo bo'lishi;
- "malina jelisi" shaklida axlatida qon borligiga;
- qorin bo'shlig'ida paypaslanadigan xosila.
- 2-jadvalda Ii paytida klinik belgilarning ko'rsatkichi ko'rsatilgan: asosiy simptomlar qorin bo'shlig'idagi xurujsimon og'rig'i (88,8%), qusish (83,6%) va qorin bo'shlig'ida seziladigan xosila (73,3%) edi.

2-jadval.

O'rganilayotgan bemorlarda ichak invaginatsiyasi paytida simptomlarning ko'rsatkichi

Alomatlar	Bemorlar soni (%)
Intervallar bilan xurujsimon qorin og'rig'i	103 (88,8%)
Qusish	97 (83,6%)
Qorin bo'shlig'ida paypaslanadigan xosila	85 (73,3%)
"Obuxov kasalxonasi" va "malinali jele" belgilari	86 (74,1%)
Najas va gazni chiqmasligi	47 (40,5%)

Qabul qilish muddati 3 kundan ortiq bo'lgan bemorlarda Ii ning murakkab ko'rinishining klinik belgilari - 38S dan yuqori gipertermiya - bemorlarning 41,4 foizida, qusish 83,6 foizida, peritoneal simptomlar 49 foizda kuzatilgan. 2 ta holatda, qabul qilinganda, rektal tusishiga o'xshash anusdan invaginatsiyaning "tug'ilishi" hodisasi kuzatildi (3-jadval).

3-jadval.

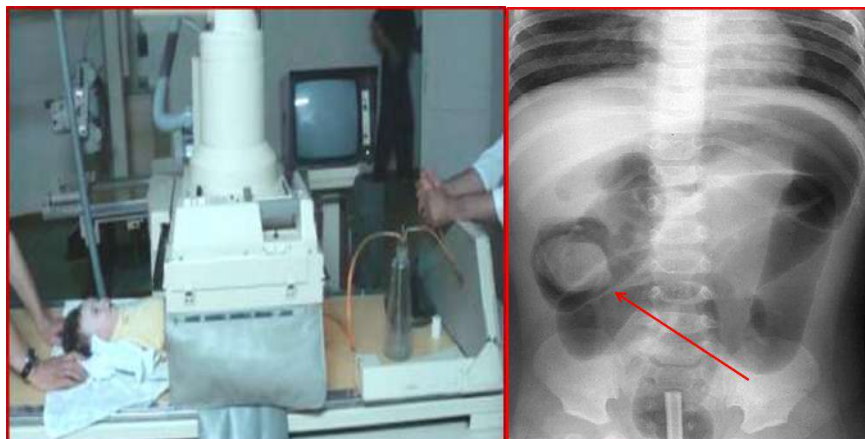
II ning murakkab kechishining klinik belgilari

Alomatlar	Bemorlar soni (%)
38S dan yuqori gipertermiya	48 (41,4%)
qusish	97 (83,6%)
Gipovolemik shok	36 (31%)
Peritoneal simptomlar	41 (35,3%)
Invaginatsiyaning "tug'ilishi"	2 (1,7%)

Klinik, instrumental va intraoperativ ma'lumotlarga asoslanib, Ii ning quyidagi turlari aniqlandi:

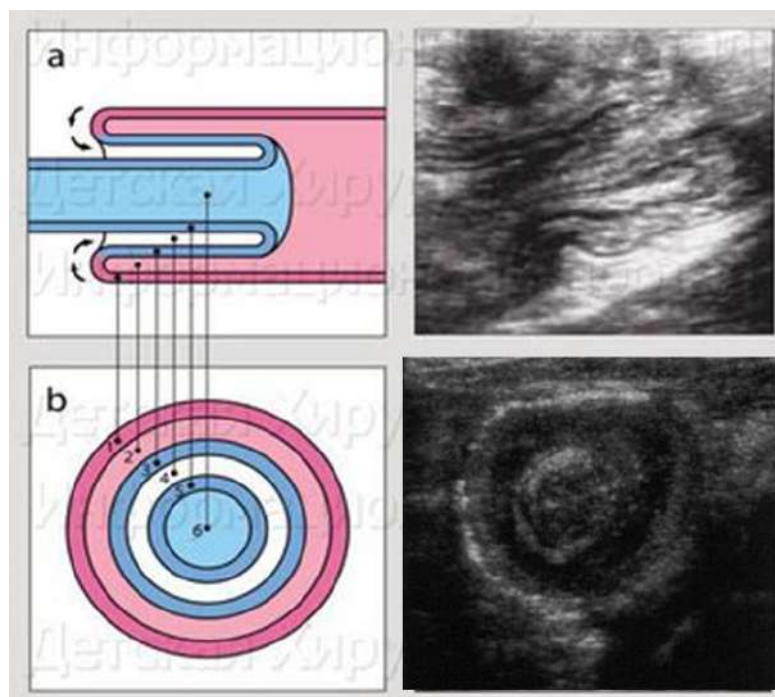
- ingichka-yo'g'on (ileotsekal) ichak - 109 (94%)
- ingichka-ingichka ichak -6(5,2%)
- yo'g'on- yo'g'on ichak -1(0,8%)

2014 yilgacha II tashxisida asosiy tadqiqot usuli rentgen nurlari nazorati ostida pnevmoirrigoskopiya edi. Invaginatsiya silliq konturli bir hil oval shaklidagi soya - invaginatsiya boshi sifatida tasvirlangan (2-rasm).



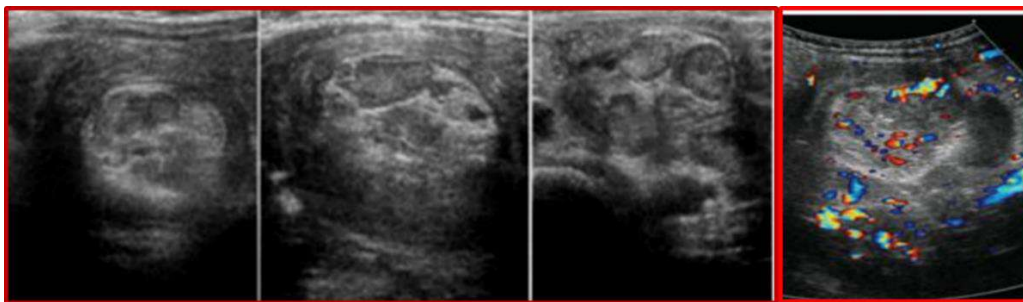
Rasm 2. Pnevmoirrigoskopiya.

Muhim istiqbolli II ultratovush diagnostikasini klinik amaliyotga joriy etish bilan bog'liq. 2014 yildan boshlab ultratovush tekshiruvi II tashxisining asosiy usuli sifatida joriy etilgan. Ultratovush tekshiruvi klassik exosimptomlarni - "nishon" va "soxta buyrak" simptomlarni aniqladi, ular II ultratovush diagnostikasi uchun oltin standartidir (3-rasm).



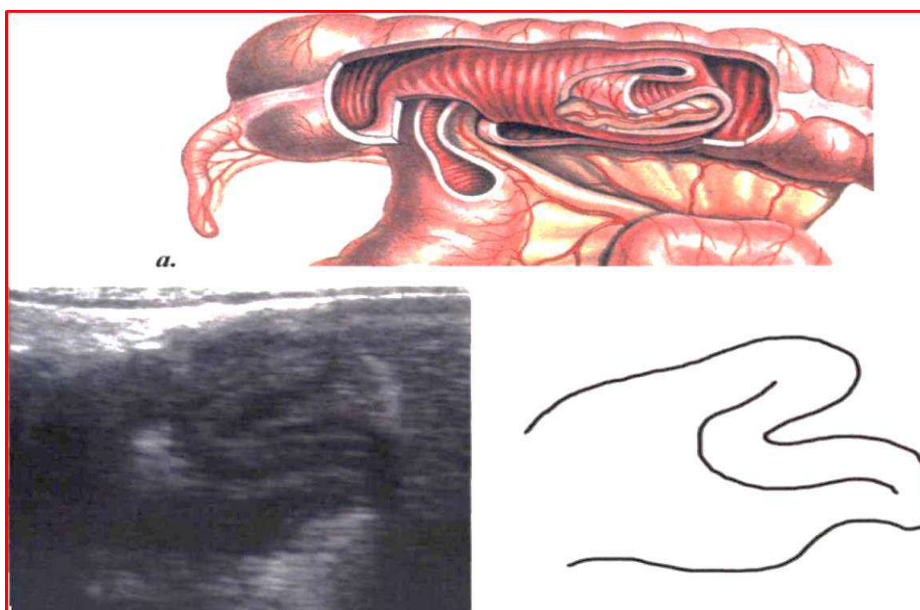
Rasm 3. Ultratovush tekshiruvda invaginatsiyani ko'rinishi.

Kech ultratovush belgilari: qorin bo'shlig'ining chap yarmida ichakning lokalizatsiyasi, qatlamlar o'rtasida va invaginatsiya boshida suyuqlikning to'planishi, peristaltikaning yo'qligi, kengaygan limfa tugunlarining mavjudligi. Rangli Dopplerografiya (RD) rejimida o'tkazilgan tadqiqot ichakning hayotiylik darajasini baholashga imkon beradi (4-rasm).



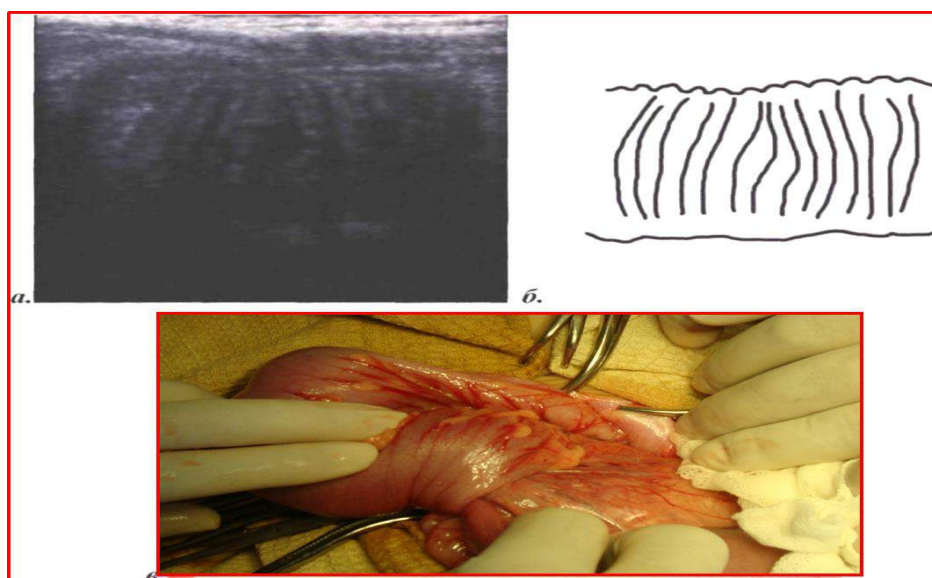
Rasm 4. RDda invaginatsiyaning ko'rinishi.

Bundan tashqari, li ning qo'shimcha belgilari aniqlanishi mumkin. "Qisqich" simptomi - uzunlamasiga skanerlashda invaginatning boshini tasvirini qilish (5-rasm).



Rasm 5. UTT paytida "qisqich" belgisi bilan sxema va ultratovush tasviri.

"Ichakning haddan tashqari buklanishi" belgisi - invaginatsiyaning tashqi qavati devorining burmalanishi (6-rasm).



Rasm 6. "Haddan tashqari ichak burmalari" alomati bilan sxema va ultratovush tasviri.

4-jadvalda Ii ning exografik belgilarini aniqlash chastotasi ko'rsatilgan. Diagnostik ma'lumotlarning eng katta tarkibi "nishon" belgilari bilan tavsiflangan - 100% va "soxta buyrak" - 97%. Shunday qilib, skrining usuli sifatida invaginatsiya diagnostikasida ultratovush tekshiruvidan foydalanish Ii kasalliklarini keng qamrovli tashxislash samaradorligini 100% ga yaqinlashtirish imkonini beradi.

4-jadval

Ii paytida aks-sado belgilarining ko'rsatkichi		
Ii ning aks-sadolari	Bemorlar soni (n=73)	
	Abs	%
"Nishon" simptomi	73	100,0
"Soxta buyrak" belgisi	71	97,2
"Qisqich" belgisi	51	69,6
"Ichakning haddan tashqari ko'payishi" belgisi	45	61,6

Qo'llaniladigan davolash va taktik yondashuvlarga qarab, Ii bo'lgan barcha tekshirilgan bemorlar 2 guruhga bo'lingan.

Birinchi guruh (taqqoslash guruhi) 2000 yildan 2013 yilgacha davolangan 43 bemordan iborat edi. Ushbu guruhda diagnostika R-nazorati ostida so'rov R-grafiyasi va pnevmoirrigoskopiya asoslangan bo'lib, davolash nuqtai nazaridan 21 bemorga rentgen nazorati ostida konservativ pnevmatik dezinvaginatsiya, 22 bolaga jarrohlik aralashuvi o'tkazildi. Ichak invaginatsiyasi konservativ davolashdan so'ng, ichak yo'lini bariy bilan rentgenologik nazorat qilish amalga oshirildi. 25 bemorda invaginatsiyani konservativ davolash maqsadida pnevmo errigoskopiya nazorati ostida pnevmatik dezinvaginatsiya texnikasi o'tkazildi. Shu bilan birga, 21 bemorda invaginatsiyani muvaffaqiyatli bartaraf qilishga erishildi.

Ikkinchi guruh (asosiy guruh) 2014 yildan hozirgi kungacha davolangan Ii bilan kasallangan 73 bemordan iborat. Ushbu guruhda tashxis ultratovush tekshiruviga asoslanadi, konservativ davolash ultratovush nazorati ostida 1,5% natriy xlorid eritmasi bilan gidroexokolonografik dezinvaginatsiya (GEK) usuli yordamida amalga oshirildi - 39 (53,4%) bemor, bu guruhda - 34 (46,6%) bemorga jarrohlik amaliyoti amalga oshirildi. Ikkinchi guruhdagi 52 nafar bemorda invaginatsiyani konservativ davolash maqsadida ultratovush nazorati ostida gidroexokolonografiya (GEK) o'tkazdik, 39 (53,4%) bemorda va kasallik davomiyligi 24 soatdan ortiq bo'lgan 7 bemorda invaginatsiyani to'g'rilashga muvaffaq bo'ldik. Ushbu usul yordamida invaginatsiyani to'g'rilagandan so'ng, biz oshqozon-ichak traktining bariy sulfat eritmasi bilan tekshiruvi amalga oshirmadik, balki ultratovush monitoringini - dinamik monitoringni amalga oshiramiz.

Biz ushbu usul yordamida barcha qabul qilingan bolalarda invaginatsiya mavjudligi ultratovush tekshiruvi bilan tasdiqlangandan so'ng, kasallikning davomiyligi va bolaning yoshidan qat'i nazar, peritoneal hodisalar, shok va ingichka ichak invaginatsiyasining aks-sado belgilari bo'lmasa, davolashni boshlaymiz.

Ii paytida jarrohlik aralashuvlar 56 (48,3%) bemorda amalga oshirildi, ulardan birinchi guruhda - 22 (19,0%), ikkinchi (asosiy) guruhda - 34 (29,3%) bemorlarda. Qo'lda dezinvaginatsiya qilish (39), dezinvaginatsiya, ichak rezektsiyasi va anastomoz qo'yish (14), ichak rezektsiyasi, so'ngra ileostomiya (3).

Invaginatsiyani davolash usullarini qiyosiy baholash shuni ko'rsatdiki, invaginatsiyani tashxislash va davolashda ultratovush tekshiruvining joriy etilishi davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshilash imkonini berdi.

- konservativ davolangan bemorlar soni ortdi;
- bemorning kasalxonada qolishining o'rtacha davomiyligi qisqardi;
- radiatsiya ta'siri kamaydi.

Xulosalar

Ultratovush tekshiruvi Ii diagnostikasining asosiy va xavfsiz usuli bo'lib, bu murakkab diagnostika samaradorligini 100% ga yaqinlashtirishga imkon beradi va davolash taktikasini tanlashda muhimdir.

Bolalarda li paytida kasallikning vaqti konservativ davolash taktikasini qo'llashga qarshi ko'rsatma emas. Konservativ davoni qo'llashga yagona qarama-qarshi ko'rsatma peritonitning klinik belgilari va ingichka-ingichka ichak invaginatsiyasidir. Ultratovush usuli nazorati ostidagi gidroexokolonografiya (GEK) sizga dezinvaginatsiyani muvaffaqiyatli amalga oshirishga, rentgenologik tekshiruvlar sonini keskin kamaytirishga va shu bilan bemor va xodimlarga umumiy nurlanish dozasini kamaytirishga imkon beradi, shuningdek, konservativ davolangan bemorlarning foizini sezilarli darajada oshiradi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Aydin E. A rare cause of intestinal obstruction in a newborn: Congenital band compression // North. Clin. Istambul. 2016; 3(1):75-78.
2. Gromova T, Tripalo Batoš A, Roić G. Ultrasound guided of ileocolic intussusception in children // Paediatr. Today. 2016; 12(1):149-159. doi: 10.5457/p2005-114.151.
3. Khorana J, Singhavejsakul J, Ukarapol N [et al.] Enema reduction of intussusception: the success rate hydrostatic and pneumatic reduction // Ther. Clin. Risk. Manag. 2015; 11:1837-1842.
4. Беляев М.К. Оптимизация лечебного алгоритма при инвагинации кишечника у детей. – 2012; 6;8-11.
5. Изосимов А.Н, Плечев В.В., Гумеров А.А., Шакиров В.В. Экспериментальное обоснование новых методов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2017; 7(1):24-29.
6. Казаков А.Н. Оптимизация выбора метода диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей в Тверском регионе. Информационные тренды и безопасность личности: взгляд молодых исследователей: матер. // Междунар. науч.-практич. конф. – [Б.м.], 2016; 289-291.
7. Карасёва О.В., Журавлев Н.А., Капустин В.А. [и др.] Первый опыт гидростатической дезинвагинации у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2014; 4(1):111-118.
8. Морозов Д.А. Инвагинация кишечника у детей. // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2014; 4(1):103-110.
9. Румянцева Г.Н., Юсуфов А.А. [и др.] Неоперативное расправление инвагинации кишечника у детей методом гидроэзоколоноскопии. // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2015; 4:55-58.
10. Тараканов В.А. Луныка А. Н., Стариковский А.Е. [и др.]. Вопросы лечебной тактики при инвагинации кишечника у детей. // Кубанский научный медицинский вестник. 2013; 142(7):117-118.

Qabul qilingan sana 10.09.2023