



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

8 (94) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОМОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
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
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.34-007.274-007.272-053.2

**ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ И
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РЕЦИДИВОВ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ
НЕПРОХОДИМОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

¹Аскарлов Д.А. <https://orcid.org/0009-0003-1793-2154>

²Саттаров Ж.Б. <https://orcid.org/0000-0002-6317-2251>

³Хайдаров Н.С. <https://orcid.org/0009-0008-5602-8607>

¹Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,

Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti.uz

²Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан,

ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

³Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения, г.Фергана, ул. Новый

Турон 2-дом. Телефон: +998732455907 e-mail: info@fjsti.uz

✓ **Резюме**

Цель исследования оценить клиническую эффективность усовершенствованного алгоритма диагностики, хирургического лечения и профилактики рецидивов острой спаечной кишечной непроходимости у детей. Проанализированы результаты лечения 154 пациентов: 86 составили основную группу, 68 - группу сравнения. В основной группе послеоперационные хирургические осложнения зарегистрированы в 8,1% случаев, соматические - в 4,7%, тогда как в группе сравнения их частота достигала 27,9% и 16,2% соответственно. Полученные данные свидетельствуют, что дифференцированный выбор лечебной тактики в сочетании с применением малоинвазивных технологий и комплексной профилактикой повторного спайкообразования способствует снижению частоты осложнений и улучшению клинических результатов.

Ключевые слова: дети, острая спаечная кишечная непроходимость, видеолaparоскопический адгезиолизис, послеоперационные осложнения, рецидив, реабилитация.

**BOLALARDA O'TKIR YOPISHMA ICHAK OBSTRUKSIYASINI DAVOLASH VA OLDINI
OLISHGA KOMPLEKS YONDASHUVNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH**

¹Askarov D.A. <https://orcid.org/0009-0003-1793-2154>

²Sattarov J.B. <https://orcid.org/0000-0002-6317-2251>

³Xaydarov N.S. <https://orcid.org/0009-0008-5602-8607>

¹Andijon Davlat Tibbiyot Instituti, O'zbekiston, Andijon, Otabekov ko'chasi 1 Tel.: (0-374) 223-94-60.

E-mail: info@adti.uz

²Toshkent davlat tibbiyot universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston,

Farobiya ko'chasi, 2, Tel.: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

³Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Farg'ona, Yangi Turon ko'chasi, 2, Tel.: +998732455907

E-mail: info@fjsti.uz

✓ **Rezyume**

Tadqiqot maqsadi bolalarda o'tkir bitishmali ichak tutilishini tashxislash, jarrohlik yo'li bilan davolash va qayta rivojlanishi oldini olishga qaratilgan takomillashtirilgan algoritm samaradorligini baholashdan iborat. Tahlil 154 nafar bemor ma'lumotlariga asoslandi. Ulardan 86 nafari asosiy, 68 nafari taqqoslash guruhiga kiritildi. Asosiy guruhda operatsiyadan keyingi jarrohlik asoratlari 8,1%, somatik asoratlari 4,7% holatda kuzatildi. Taqqoslash guruhida mazkur ko'rsatkichlar 27,9% va 16,2% ni tashkil qildi. Olingan natijalar davolash usulini individual tanlash, kam invaziv jarrohlik texnologiyalaridan foydalanish va retsidiv profilaktikasini kompleks olib borish asoratlari chastotasini kamaytirish hamda klinik natijalarni yaxshilash imkonini berishini ko'rsatdi.

Kalit so'zlar: bolalar, o'tkir bitishmali ichak tutilishi, videolaparoskopik adgeziolizis, jarrohlik asoratlari, retsidiv, rehabilitatsiya.

EVALUATION OF THE EFFICACY OF A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE TREATMENT AND PREVENTION OF RECURRENCE OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

¹Askarov D.A. <https://orcid.org/0009-0003-1793-2154>

²Sattarov Zh.B. <https://orcid.org/0000-0002-6317-2251>

³Khaydarov N.S. <https://orcid.org/0009-0008-5602-8607>

¹Andijan State Medical Institute, Uzbekistan,
Andijan, Atabekov Street 1 Tel.: (0-374) 223-94-60. E-mail: info@adti.uz

²Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan,
Farobia Street, 2, Tel.: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

³Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Novy Turon Street, 2, Tel.: +998732455907
E-mail: info@fjsti.

✓ Resume

The aim of this study was to evaluate the clinical effectiveness of an improved algorithm for the diagnosis, surgical treatment, and prevention of recurrent acute adhesive intestinal obstruction in children. Treatment outcomes were analyzed in 154 patients, including 86 patients in the main group and 68 in the comparison group. In the main group, postoperative surgical complications occurred in 8.1% of cases and somatic complications in 4.7%, compared with 27.9% and 16.2%, respectively, in the comparison group. The findings indicate that a differentiated treatment strategy combined with minimally invasive techniques and comprehensive prevention of recurrent adhesion formation reduces postoperative complications and improves clinical outcomes.

Keywords: children, acute adhesive intestinal obstruction, laparoscopic adhesiolysis, postoperative complications, recurrence, rehabilitation.

Актуальность

Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) в детском возрасте представляет собой сложную проблему ургентной хирургии, поскольку результат лечения зависит как от своевременного устранения кишечной обструкции, так и от полноценного восстановления функций организма в послеоперационном периоде [7,10,15]. В раннем послеоперационном периоде особое значение имеют нормализация гемодинамики и обменных нарушений, восстановление кишечной моторики и энтерального питания, а также контроль инфекционного риска. В дальнейшем клинический прогноз определяется в том числе вероятностью повторного образования спаек и развития рецидивной непроходимости [6,11].

Современная лечебная стратегия должна объединять рациональный выбор способа операции, персонализированное послеоперационное ведение и меры по предупреждению спайкообразования. Результативность такого подхода целесообразно оценивать комплексно, учитывая послеоперационные осложнения, сроки стационарного лечения, необходимость повторных вмешательств, отдаленное состояние пациентов и качество их жизни [1,4,13].

Несмотря на совершенствование методов детской абдоминальной хирургии, раннее распознавание ОСКН по-прежнему представляет значительные трудности [2,8]. Особую проблему составляет своевременное выявление нарушений кровоснабжения кишечной стенки, поскольку необратимые ишемические изменения нередко устанавливаются непосредственно во время операции. Одной из причин диагностических затруднений является отсутствие достаточно унифицированных объективных критериев определения тяжести и стадии патологического процесса [3,5,9].

Недостаточная разработанность стадийной оценки ОСКН ограничивает возможность дифференцированного выбора лечебной тактики. Это касается продолжительности и объема предоперационной коррекции, показаний к хирургическому вмешательству и принципов послеоперационного ведения. Сохраняющаяся частота осложнений, составляющая по приведенным данным 5,2-12,4%, дополнительно определяет необходимость совершенствования диагностики и индивидуализации лечения детей с данной патологией [12,14].

Цель исследования. Оценить клиническую результативность комплексного подхода к диагностике и индивидуализированному хирургическому лечению ОСКН у детей с учетом послеоперационной реабилитации, профилактики рецидивов, ближайших и отдаленных исходов.

Материал и методы

Проведен анализ результатов хирургического лечения 154 детей с ОСКН. У 86 пациентов основной группы использовали разработанный лечебно-диагностический алгоритм, тогда как 68 детей группы сравнения (ГС) лечились по общепринятым принципам. Выбор способа вмешательства в основной группе (ОГ) основывался на комплексной оценке клинической стадии заболевания, результатов лабораторно-инструментального обследования, распространенности спаек и состояния кишечной стенки, установленного во время операции. При благоприятных клинических условиях преимущество отдавали малоинвазивной хирургии с выполнением видеолапароскопического адгезиолизиса.

Послеоперационную эффективность оценивали по срокам стабилизации гемодинамики и восстановления кишечной моторики, продолжительности назогастральной декомпрессии и инфузионной терапии, а также времени начала энтерального питания. Хирургические и соматические осложнения анализировали отдельно. Степень их тяжести определяли по классификации Clavien-Dindo с учетом необходимого объема медикаментозной, инвазивной или интенсивной терапии.

Отдаленные результаты изучали через 1-2 года после завершения лечения. Контрольное обследование включало анализ анамнеза, клинического статуса, лабораторных и биохимических показателей. Инструментальную диагностику проводили с использованием ультразвукового исследования брюшной полости, а по показаниям - контрастного исследования пассажа по желудочно-кишечному тракту, ирригографии, доплерографии мезентериальных сосудов и МСКТ. Итог лечения классифицировали как хороший, удовлетворительный или неудовлетворительный.

Результат и обсуждение

Принципы ведения послеоперационного периода. Послеоперационную терапию при ОСКН индивидуализировали с учетом объема вмешательства и восстановления функции кишечника. Лечение предусматривало коррекцию гемодинамических и метаболических нарушений, обезболивание, профилактику инфекции и раннее восстановление кишечной моторики.

При сохранении целостности кишки назогастральный зонд удаляли на вторые сутки, энтеральное питание начинали с третьих, а инфузионную терапию обычно завершали через 2-3 дня. После резекции или наложения анастомоза прием жидкости разрешали на 3-4-е сутки, дробное питание - на 5-6-е. Парентеральную поддержку продолжали до восстановления кишечной функции и достаточного энтерального питания.

Послеоперационный период без значимых клинических осложнений отмечен у 113 из 154 детей (73,4%). Осложнения зарегистрированы у 41 пациента (26,6%): хирургические - в 26 случаях, соматические - в 15. Летальных исходов в обеих группах не наблюдалось. Полученные данные обосновывают отдельную оценку характера и тяжести послеоперационных осложнений.

Реабилитацию проводили поэтапно. Рацион постепенно расширяли в соответствии с возрастом ребенка и восстановлением функции кишечника. Физиотерапевтические мероприятия назначали индивидуально с учетом клинической динамики. После выписки необходимую восстановительную терапию продолжали амбулаторно.

Ранние хирургические осложнения. Хирургические осложнения зарегистрированы у 7 пациентов основной группы (8,1%) и у 19 детей группы сравнения (27,9%). В группе сравнения чаще отмечались ранняя спаечная кишечная непроходимость, нагноение послеоперационной раны и несостоятельность анастомоза. В основной группе частота поздней спаечной непроходимости составила 2,3%, тогда как другие хирургические осложнения наблюдались реже.

Продолжительность госпитализации использовали как интегральный показатель клинической эффективности лечения. В основной группе средний койко-день составил $10,33 \pm 4,58$ против $15,49 \pm 6,59$ в группе сравнения; различие достигало 5,16 дня и было статистически значимым ($p < 0,001$). В течение 8–10 суток выписаны 62,8% пациентов основной группы и 27,9% группы сравнения. Госпитализация свыше 15 дней потребовалась соответственно в 12,8% и 38,2% случаев. Полученные данные свидетельствуют о сокращении сроков стационарного лечения при использовании усовершенствованной тактики.

Сравнительная оценка результатов лечения (табл.1). Повторное хирургическое вмешательство потребовалось 20 пациентам группы сравнения (29,4%) и 7 детям основной группы (8,1%). Таким образом, абсолютное снижение составило 21,3 процентного пункта, а относительное - 72,4%.

Средняя продолжительность операции в основной группе составила $69,10 \pm 11,70$ мин против $107,67 \pm 5,79$ мин в группе сравнения, то есть сократилась на 38,57 мин (35,8%). Уменьшение времени вмешательства потенциально снижает продолжительность анестезиологической нагрузки и операционной травмы.

Таблица 1

Сравнительная оценка клинических результатов лечения детей с острой спаечной кишечной непроходимостью (n=154)

Клинический показатель	ГС	ОГ	Разница
Повторные операции	29,4%	8,1%	-21,3 п.п.
Продолжительность операции	107,67 мин	69,10 мин	-38,57 мин
Госпитализация	15,48 дня	10,32 дня	-5,16 дня
Хирургические осложнения	27,9%	8,1%	-19,8 п.п.
Соматические осложнения	16,2%	4,7%	-11,5 п.п.

Полученные результаты подтверждают целесообразность индивидуального выбора хирургической тактики с учетом распространенности спаечного процесса, состояния кишечника, гемодинамики и интраоперационных данных. При наличии показаний предпочтение отдавали лапароскопическому доступу, а необходимость открытого вмешательства рассматривали как основание для своевременной лапаротомии.

Профилактика рецидива включала атравматичную технику, бережное обращение с серозными поверхностями, применение противоспаечных средств по показаниям, раннюю активизацию и динамическое наблюдение.

Видеолапароскопический адгезиолизис при ОСКН обеспечивал малотравматичную ревизию брюшной полости, устранение механической обструкции и непосредственную оценку состояния кишечника. Применение малоинвазивного доступа способствовало уменьшению операционной травмы и создавало условия для более раннего восстановления пациентов.

Выбор лапароскопии осуществляли дифференцированно. При распространенном перитоните, гемодинамической нестабильности или необратимых изменениях кишечника предпочтение отдавали открытому вмешательству. Таким образом, способ операции определяли прежде всего клиническим состоянием ребенка и интраоперационными данными.

Профилактика повторного спайкообразования включала атравматичное рассечение спаек, предупреждение высыхания серозных поверхностей, ограничение термического повреждения тканей, применение противоспаечных барьеров по показаниям, раннюю активизацию и восстановление моторики кишечника.

Отдаленные результаты изучены у 139 пациентов: 80 детей основной группы (93,0%) и 59 группы сравнения (86,8%). У 15 пациентов (9,7%) отдаленные результаты оценить не удалось вследствие изменения места проживания и контактных данных, что исключило возможность повторного наблюдения. Контроль включал клиническое обследование, лабораторно-биохимические анализы и инструментальную диагностику. УЗИ брюшной полости выполнено 113 пациентам, доплерография мезентериальных сосудов - 37, исследование пассажа контраста - 28, ирригография - 14. По показаниям применяли ЭФГДС и МСКТ.

Инструментальное обследование позволяло оценить состояние кишечных петель и их стенок, пассаж контраста и мезентериальный кровоток. Результаты сопоставляли с клиническими

проявлениями и показателями качества жизни, что обеспечивало комплексную оценку отдаленного состояния пациентов и возможного рецидива заболевания.

Отдаленные результаты лечения оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные (табл.2). Хорошим считали исход без осложнений, рецидива и клинических проявлений спаечной болезни в течение 1-2 лет наблюдения при благоприятных инструментальных данных. К удовлетворительным относили случаи без рецидива, но с периодическими болями в животе или отдельными симптомами спаечного процесса. Неудовлетворительный результат определяли при развитии рецидива либо других клинически значимых осложнений.

Таблица 2

Сравнительная оценка отдаленных результатов лечения детей с острой спаечной кишечной непроходимостью (n=139)

Результат лечения	ГС (n=59)	ОГ (n=80)
Хороший	43 (72,88%)	71 (88,75%)
Удовлетворительный	9 (15,25%)	6 (7,50%)
Неудовлетворительный	7 (11,86%)	3 (3,75%)
Хороший + удовлетворительный	52 (88,14%)	77 (96,25%)

Хороший отдаленный результат отмечен у 71 пациента основной группы (88,75%) и у 43 детей группы сравнения (72,88%); абсолютная разница составила 15,87 п.п. Удовлетворительные исходы зарегистрированы соответственно в 7,50% и 15,25%, неудовлетворительные - в 3,75% и 11,86% случаев. Распределение исходов между группами статистически различалось ($\chi^2=6,042$; $p=0,049$).

Суммарная доля хороших и удовлетворительных результатов достигла 96,25% в основной группе против 88,14% в группе сравнения. При длительном наблюдении у большинства пациентов отмечались возвращение к обычной активности и отсутствие признаков кишечной непроходимости по данным контрольных исследований. Полученные результаты свидетельствуют о более благоприятных отдаленных исходах при применении комплексной лечебно-профилактической тактики.

Результат лечения ОСКН у детей определяется не отдельным методом, а согласованностью всех этапов лечебного процесса. Ключевое значение имеют своевременное решение вопроса об операции, обоснованный выбор хирургического доступа и объема вмешательства, а также последующее восстановление функции кишечника. Неотъемлемыми компонентами лечения являются предупреждение повторного спайкообразования и диспансерное наблюдение.

Меньшая частота хирургических и соматических осложнений в основной группе указывает на преимущество дифференцированной лечебной стратегии. Предложенный алгоритм предусматривает выбор тактики для конкретного пациента с учетом тяжести заболевания, состояния кишечника и интраоперационной картины, исключая шаблонное применение одного способа хирургического лечения.

Заключение

Применение дифференцированного алгоритма ведения детей с ОСКН сопровождалось более благоприятными результатами лечения. В основной группе частота хирургических осложнений составила 8,1%, соматических - 4,7%, тогда как при традиционной тактике данные показатели достигали 27,9% и 16,2% соответственно. Случаев летального исхода не отмечено.

Новая лечебная стратегия позволила сократить пребывание ребенка в стационаре приблизительно на 5,16 дня. Одновременно потребность в повторном хирургическом вмешательстве снизилась с 29,4% до 8,1%, а среднее время операции - со 107,67 до 69,10 минуты.

Преимущества разработанного подхода сохранялись и после завершения стационарного этапа. Хороший отдаленный исход установлен у 88,75% детей основной группы против 72,88% в группе сравнения. Неудовлетворительные результаты встречались соответственно в 3,75% и 11,86% случаев.

Полученные данные подтверждают целесообразность объединения диагностики, выбора способа операции, послеоперационного восстановления и предупреждения повторного спайкообразования в единую лечебную систему. При этом хирургическая тактика должна определяться индивидуально с учетом тяжести заболевания, состояния кишечника и интраоперационной картины, а малоинвазивные вмешательства применяться при наличии обоснованных показаний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аллаев МЯ. Диагностическая и лечебная тактика при острой спаечной кишечной непроходимости у детей. Экономика и социум. 2020;(5-1):305-312.
2. Баиров ГА, Галачиев ММ. Поздняя спаечная непроходимость у детей. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1982;129(9):104-106.
3. Дьяконова ЕЮ, Разумовский АЮ, Алхасов АБ. Лапароскопические операции в неотложной детской абдоминальной хирургии. Педиатрическая фармакология. 2018;15(1):9-19.
4. Киргизов ИВ, Разумовский АЮ, Апросимова СИ. Высокотехнологичные методы лечения в детской хирургии. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2015;(3):75-80.
5. Петлах ВИ, Коновалов АК, Сергеев АВ. Лечебно-диагностический алгоритм при спаечной болезни у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2012;(2):24-29.
6. Подкаменев ВВ. Хирургические болезни у детей: учебное пособие. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2015. 432 с.
7. Разумовский АЮ, ред. Детская хирургия. Национальное руководство. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2016. 940 с.
8. Саттаров ЖБ, Хайдаров НС. Улучшение результатов лечения спаечной болезни брюшной полости у детей. Евразийский вестник педиатрии. 2025;(1):4-10.
9. Саттаров ЖБ, Хайдаров НС, Хуррамов ФМ, Назаров НН. Болаларда битишма касаллигини ташхислаш ва даволаш. Доктор ахборотномаси. 2024;(2):87-91. doi:10.38095/2181-466X-20241142-87-91.
10. Acker SN, Ignacio RC, Russell KW, et al. Utility of enteral contrast protocols in pediatric adhesive small bowel obstruction: a prospective multicenter observational study. Ann Surg. 2025;282(1):116-123. doi:10.1097/SLA.0000000000006207.
11. Bao L, Zhang M, Yan P, et al. Retrospective analysis of the value of arterial blood lactate level and its clearance rate on the prognosis of septic shock patients. Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue. 2015;27(1):38-42. doi:10.3760/cma.j.issn.2095-4352.2015.01.009.
12. Abdellaoui H, Mahmoudi A, Charki MT, Bouabdallah Y. Caecal duplication cyst: a rare cause of neonatal intestinal obstruction. BMJ Case Rep. 2018;2018. doi:10.1136/bcr-2017-222225.
13. Mohammed M, Amezene T, Tamirat M. Intestinal obstruction in early neonatal period: a 3-year review of admitted cases from a tertiary hospital in Ethiopia. Ethiop J Health Sci. 2017;27(4):393-400. doi:10.4314/ejhs.v27i4.10.
14. Patwardhan UM, Floan GM, Calvo RY, et al. A comparative study of laparoscopic versus open management of index small bowel obstruction in children. J Pediatr Surg. 2024;59(3):416-420. doi:10.1016/j.jpedsurg.2023.10.043.
15. Sattarov JB, Khaidarov NS, Xolmatova YoN, Shuxratova MI. Experience in managing patients with adhesive intestinal obstruction (adhesion disease) in children. Am J Med Med Sci. 2024;14(6):1584-1587. doi:10.5923/j.ajmms.20241406.25.

Поступила 20.07.2026