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

9 (95) 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. АМОНОВ
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. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
И.Ю. МАМАТОВА
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. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
Г.Ж. УЛУГБЕКОВА
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 (Азарбайджан)
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)

9 (95)

2026

Сентябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.08.2026, Accepted: 10.09.2026, Published: 15.09.2026

УДК 616.34-007.272-036.11-07-089

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ниетбаев Шерзод Джаханович Email: Sherzodnietbaev@gmail.com

Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ ***Резюме***

Острая механическая тонкокишечная непроходимость остается актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии. Цель работы - улучшение результатов лечения путем оптимизации диагностики, своевременной оценки тяжести процесса и дифференцированного выбора хирургической тактики. Комплексное применение клинико-лабораторных методов позволяет выявлять странгуляцию и ишемию кишечника, определять показания к операции. Индивидуализированный подход с учетом причины непроходимости, жизнеспособности кишечной стенки и состояния пациента способствует снижению послеоперационных осложнений и улучшению результатов лечения.

Ключевые слова: послеоперационные спайки, непроходимость тонкой кишки (НКК), острая кишечная непроходимость, механическая кишечная непроходимость, странгуляция, ишемия кишечника, компьютерная томография, хирургическая тактика.

O'TKIR MEXANIK INGICHKA ICHAK TUTILISHI BILAN DIAGNOSTIKA VA JARROHLIK TAKTIKASINI TAKOMILLASHTIRISH

Nietbaev Sherzod Djaxanovich

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O‘zbekiston Farobiy ko‘chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ ***Rezyume***

O'tkir mexanik ingichka ichak tutilishi shoshilinch qorin jarrohligi uchun dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. Ishning maqsadi tashxisni optimallashtirish, jarayonning og'irligini o'z vaqtida baholash va jarrohlik taktikasini tabaqalashtirilgan tanlash orqali davolash natijalarini yaxshilashdir. Klinik va laboratoriya usullaridan kompleks foydalanish ichak strangulyatsiyasi va ishemiyasini aniqlashga, operatsiya uchun ko'rsatmalarni aniqlashga imkon beradi. Obstruktsiya sababini, ichak devorining hayotiyligini va bemorning ahvolini hisobga olgan holda individual yondashuv operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytirishga va davolash natijalarini yaxshilashga yordam beradi.

Kalit so'zlar: operatsiyadan keyingi yopishqoqlik, ingichka ichak tutilishi (NCC), o'tkir ichak tutilishi, mexanik ichak tutilishi, strangulyatsiya, ichak ishemiyasi, kompyuter tomografiyasi, jarrohlik taktikasi.

IMPROVING DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS IN ACUTE MECHANICAL INTESTINAL OBSTRUCTION

Nietbaev Sherzod Djaxanovich

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

✓ ***Resume***

Acute mechanical small bowel obstruction remains a pressing problem in emergency abdominal surgery. The aim of the study is to improve treatment outcomes by optimizing diagnostics, timely assessment of the severity of the process, and a differentiated choice of surgical tactics. The comprehensive use of clinical and laboratory methods makes it possible to detect strangulation and intestinal ischemia and to determine the indications for surgery. An individualized approach, taking into account the cause of the obstruction, the viability of the intestinal wall, and the patient's condition, helps reduce postoperative complications and improve treatment outcomes.

Keywords: postoperative adhesions, small bowel obstruction (SBO), acute intestinal obstruction, mechanical intestinal obstruction, strangulation, intestinal ischemia, computed tomography, surgical management.

Актуальность

Частота случаев тонкокишечной непроходимости в США составляет около 350 000 в год. К этиологическим факторам относятся спайки (65%), грыжи (10%), новообразования (5%), болезнь Крона (5%) и другие (15%). Общая смертность составляет 10%, но увеличивается до 30% при некрозе/перфорации кишечника [8].

Наиболее распространенной причиной острой непроходимости тонкой кишки являются послеоперационные спайки, образовавшиеся после предшествующих лапаротомий [2]. Механическая непроходимость тонкой кишки у взрослых является распространенным неотложным состоянием, часто требующим госпитализации и экстренного хирургического вмешательства. Основными причинами являются спаечная непроходимость и грыжи брюшной стенки. Однако редкие причины могут создавать диагностические и хирургические трудности [3].

Острый аппендицит с 1901 года считается распространенной причиной механической непроходимости тонкой кишки, однако специфических исследований по этому вопросу проведено очень мало. Обычно он возникает как следствие спаек, вызванных периаппендикулярным воспалением [5].

Желчнокаменная кишечная непроходимость представляет собой механическую обтурационную непроходимость, возникающую вследствие попадания желчных камней в желудочно-кишечный тракт через билиоэнтеральный свищ [1].

Поражение желудочно-кишечного тракта часто встречается при системной склерозе, однако псевдообструкция кишечника представляет собой редкое и тяжелое проявление, которое может очень точно имитировать механическую непроходимость тонкой кишки [4].

Осложнения со стороны кишечника являются редким, но серьезным явлением после использования колючих нитей. Их следует применять с предельной осторожностью, поскольку ни одна из профилактических мер не является полностью безопасной [6].

Цель исследования: улучшить диагностику и хирургическое лечение острой механической тонкокишечной непроходимости путем разработки комплексного диагностического алгоритма и дифференцированного выбора хирургической тактики.

Материал и метод

В исследование включены 58 пациентов с острой механической тонкокишечной непроходимостью. В зависимости от применяемого диагностического и лечебного подхода пациенты были распределены на основную и контрольную группы. Основную группу составили 30 пациентов, которым проводились комплексная диагностика с использованием разработанного диагностико-прогностического алгоритма и дифференцированный выбор лечебной тактики. В контрольную группу вошли 28 пациентов, обследование и лечение которых осуществлялись по традиционному алгоритму.

Первым этапом диагностического алгоритма является оценка жалоб и анамнеза с анализом времени появления симптомов, продолжительности, характера и интенсивности боли, наличия тошноты, рвоты, задержки стула и газов, а также динамики заболевания до госпитализации.

При сборе анамнеза особое внимание следует уделять ранее перенесенным операциям на органах брюшной полости, поскольку послеоперационный спаечный процесс является одной из частых причин острой механической тонкокишечной непроходимости.

Лабораторное обследование проводится всем пациентам при поступлении и включает общий и биохимический анализы крови, определение электролитов, показателей функции почек, С-реактивного белка и кислотно-основного состояния.

Инструментальная диагностика включает обзорную рентгенографию, ультразвуковое исследование и компьютерную томографию органов брюшной полости.

Лечебная тактика определяется с учетом клинических, лабораторных и инструментальных данных. При отсутствии признаков странгуляции и перитонита проводится консервативное лечение с динамическим наблюдением. При признаках ишемии, некроза кишечника, перитонита или ухудшении состояния выполняется экстренное хирургическое вмешательство.

Результат и обсуждение

Основной задачей диагностического этапа при острой механической тонкокишечной непроходимости является не только подтверждение наличия механического препятствия, но и определение характера непроходимости, уровня обструкции и риска развития ишемического повреждения кишечника.

В исследование включены 58 пациентов в возрасте от 18 до 74 лет, из которых 30 составили основную группу и 28 - контрольную. В основной группе применялся разработанный комплексный диагностический алгоритм с последующей дифференцированной лечебной тактикой, в контрольной группе обследование и лечение проводились по традиционному алгоритму (рис 1).

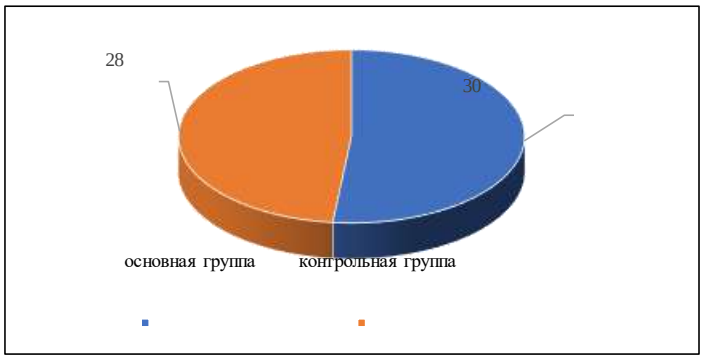


Рисунок 1. Распределение пациентов по группам

Традиционные методы диагностики, основанные на клинической картине и обзорной рентгенографии, не всегда позволяют своевременно выявить осложненные формы заболевания, что может задерживать оперативное вмешательство и повышать риск некроза кишечника.

В связи с этим в основной группе применялся многоэтапный диагностический алгоритм. На первом этапе проводилась клиническая оценка состояния пациента. Интенсивная постоянная боль, тахикардия, признаки интоксикации, напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины рассматривались как признаки высокого риска осложненного течения заболевания.

На втором этапе осуществлялась лабораторная оценка выраженности системных нарушений. Анализировались количество лейкоцитов, воспалительные маркеры, электролитные и метаболические нарушения, а также уровень лактата. Выявление указанных изменений учитывалось при оценке риска ишемического повреждения кишечника.

На третьем этапе использовались инструментальные методы диагностики. Ультразвуковое исследование позволяло выявить расширенные петли тонкой кишки, свободную жидкость в брюшной полости и нарушение перистальтики, а также обеспечивало возможность динамического наблюдения.

Компьютерная томография органов брюшной полости использовалась для определения уровня и причины обструкции, выявления переходной зоны, степени расширения кишечных петель и признаков нарушения кровоснабжения кишечной стенки.

Особое внимание уделялось признакам странгуляции: утолщению и нарушению контрастирования кишечной стенки, наличию свободной жидкости, отеку брыжейки, изменению расположения мезентериальных сосудов, выраженному расширению кишечных петель и наличию закрытой петли кишечника.

Комплексная оценка клинических, лабораторных и инструментальных показателей позволяла стратифицировать пациентов по степени риска и определять дальнейшую лечебную тактику. Низкому риску соответствовали 0–9 баллов, среднему — 10–19 баллов, высокому — ≥20 баллов.

В основной группе результаты стратификации риска использовались для дифференцированного выбора лечебной тактики: при низком риске проводилась консервативная терапия под динамическим наблюдением, при среднем риске осуществлялось интенсивное клинико-инструментальное наблюдение с повторной оценкой состояния, а при высоком риске выполнялось экстренное хирургическое вмешательство.

В контрольной группе решение о дальнейшей тактике лечения принималось преимущественно на основании клинической картины, лабораторных показателей и результатов традиционных методов инструментальной диагностики.

Сравнительный анализ результатов основной и контрольной групп позволил оценить диагностическую значимость разработанного алгоритма, своевременность определения показаний к оперативному лечению и непосредственные результаты хирургического вмешательства (таблица 1).

Таблица 1 Критерии оценки риска при острой механической тонкокишечной непроходимости

Уровень риска	Баллы	Основные критерии	Тактика
Низкий	0-9	стабильное состояние, умеренная боль, отсутствие перитонеальных симптомов, сохраненная гемодинамика, отсутствие признаков ишемии кишечника	Консервативное лечение и динамическое наблюдение при отсутствии признаков странгуляции
Средний	10-19	выраженный болевой синдром, многократная рвота, значительное вздутие живота, тахикардия, обезвоживание, лейкоцитоз, электролитные нарушения, свободная жидкость по данным УЗИ/КТ	Интенсивное наблюдение, расширенная диагностика, ранняя оценка показаний к оперативному лечению
Высокий	≥20	стойкая или усиливающаяся боль, признаки странгуляции, перитонеальные симптомы, гемодинамическая нестабильность, выраженный лейкоцитоз, повышение лактата, КТ-признаки ишемии/некроза кишечника	Неотложная хирургическая тактика при наличии признаков ишемии, странгуляции, некроза или перитонита

При расчете суммарной оценки учитывались интенсивность боли, частота рвоты, вздутие живота, тахикардия и гемодинамические нарушения, признаки обезвоживания, лейкоцитоз, электролитные нарушения, повышение лактата, а также инструментальные признаки странгуляции, ишемии и некроза кишечника. Уровень риска определял необходимость и срочность хирургического вмешательства. (таблица 2).

Выбор хирургической тактики при острой механической тонкокишечной непроходимости должен быть индивидуализированным. При отсутствии признаков странгуляции, ишемии и

распространенного перитонита допускается кратковременная интенсивная консервативная терапия под динамическим клинико-инструментальным наблюдением.

Консервативные мероприятия включают: декомпрессию желудочно-кишечного тракта; инфузионную терапию; коррекцию водно-электролитных нарушений; обезболивание; профилактику тромбоэмболических осложнений; антибактериальную терапию при наличии показаний; динамический контроль клинических и лабораторных показателей.

Отсутствие положительной динамики, усиление болевого синдрома или появление признаков ишемии кишечника являются показаниями к оперативному лечению. Экстренное вмешательство показано при перитоните, подозрении на странгуляционную непроходимость, ишемии или некрозе кишечника, ущемленной грыже, перфорации и неэффективности консервативной терапии.

Таблица 2 Шкала стратификации риска при острой механической тонкокишечной непроходимости

Показатель	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла
Интенсивность боли в животе	отсутствует/слабая	умеренная, периодическая	выраженная, частая	постоянная, резко выраженная
Рвота	отсутствует	однократная	многократная	неукротимая, с признаками обезвоживания
Вздутие живота	отсутствует	умеренное	выраженное	резко выраженное, прогрессирующее
Перитонеальные симптомы	отсутствуют	сомнительные	умеренно выраженные	выраженные, признаки перитонита
Частота сердечных сокращений	<90 в мин	90–100 в мин	101–120 в мин	>120 в мин
Гемодинамика	стабильная	незначительные изменения	гипотензия/тенденция к снижению АД	выраженная гипотензия, признаки шока
Лейкоцитоз	$<10\times10^9$/л	$10–12\times10^9$/л	$>12–15\times10^9$/л	$>15\times10^9$/л
Лактат крови	<2,0 ммол/л	2,0–2,5 ммол/л	>2,5–4,0 ммол/л	>4,0 ммол/л
КТ/УЗИ-признаки осложненной непроходимости	отсутствуют	расширение кишечных петель	свободная жидкость/отек брыжейки	признаки странгуляции, ишемии или некроза
Динамика состояния	улучшение	без существенной динамики	ухудшение несмотря на лечение	быстрое прогрессирование, клиническая декомпенсация

Основными задачами операции являются устранение механического препятствия, восстановление пассажа кишечного содержимого, оценка жизнеспособности кишечника и санация брюшной полости.

При спаечной кишечной непроходимости выполняется адгезиолизис (рисунок 2).

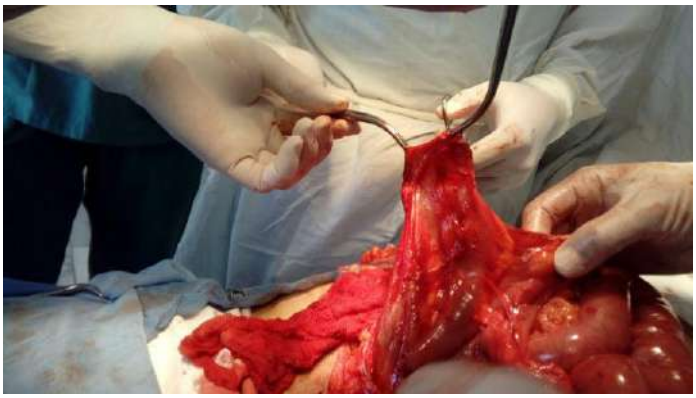


Рисунок 2. Интраоперационная картина при спаечной кишечной непроходимости

При выявлении нежизнеспособного участка кишечника выполняется его резекция с восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта с учетом интраоперационной ситуации. Важным этапом операции является объективная оценка жизнеспособности кишечника. Традиционная визуальная оценка основана на цвете кишечной стенки, наличии перистальтики и пульсации сосудов брыжейки, однако эти критерии могут быть субъективными (рисунок 3).



Рисунок 3. Визуальная оценка жизнеспособности кишечника

Перспективным направлением является внедрение дополнительных методов интраоперационной оценки перфузии кишечника. Их использование может способствовать более точному определению границ резекции и снижению риска сохранения ишемизированных участков кишечника.

На основании комплексного подхода может быть предложен следующий алгоритм ведения пациентов.

I этап - первичная оценка. Проводятся клиническое обследование, оценка гемодинамики и выявление признаков перитонита или ишемии кишечника. При их наличии пациент направляется на экстренное хирургическое лечение после кратковременной предоперационной подготовки.

II этап - лабораторная диагностика. Оцениваются выраженность воспаления, степень дегидратации, электролитные нарушения и признаки тканевой гипоперфузии.

III этап - инструментальная диагностика. Выполняются ультразвуковое исследование и компьютерная томография органов брюшной полости.

По результатам обследования пациенты разделяются на три категории: низкий риск - отсутствие признаков странгуляции и ишемии; промежуточный риск - наличие отдельных признаков осложненного течения; высокий риск - выраженные клинические и инструментальные признаки странгуляции и ишемии.

IV этап - выбор лечебной тактики. При низком риске проводится консервативная терапия под динамическим наблюдением, при промежуточном - интенсивное наблюдение с повторной клинико-инструментальной оценкой, при высоком - экстренное оперативное вмешательство.

Заключение

1. Комплексная диагностика острой механической тонкокишечной непроходимости должна основываться на последовательной оценке клинических, лабораторных и инструментальных данных.
2. Раннее выявление признаков странгуляции и ишемии кишечника является ключевым фактором своевременного выбора хирургической тактики.
3. Компьютерная томография позволяет определить причину, уровень и характер тонкокишечной непроходимости.
4. Дифференцированный подход позволяет определить пациентов, которым показана консервативная терапия, и пациентов, нуждающихся в экстренном хирургическом вмешательстве.
5. Совершенствование интраоперационной оценки жизнеспособности кишечника является перспективным направлением повышения эффективности хирургического лечения.
6. Разработка интегрального диагностико-прогностического алгоритма может способствовать снижению частоты осложнений и улучшению непосредственных результатов хирургического лечения.
7. На следующем этапе планируется проведение ROC-анализа разработанной шкалы стратификации риска для оценки её диагностической и прогностической эффективности, дискриминационной способности и практической значимости в раннем выявлении пациентов с высоким риском ишемии и некроза кишечника и выборе хирургической тактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдуллакулов, У. М., Файзуллаева, Н. Я., Абдумажидов, А. Ш., & Зупаров, К. Ф. (2024). Клинико-иммунологические особенности деструктивного холецистита. Research Journal of Trauma and Disability Studies, 3(10), 73-78. http://eprints.umsida.ac.id/14483/
2. Adejumo, A. A., Alegbejo-Olarinoye, M. I., Akims, S. M., & Akanbi, O. O. (2024). Acute Small-bowel Obstruction: An Appraisal of Common Etiology and Management at the Federal Medical Centre, Keffi, North-central Nigeria. Annals of African medicine, 23(3), 313-316. https://doi.org/10.4103/aam.aam_111_23
3. Al Samaraee, A., & Bhattacharya, V. (2021). Facing the unexpected: unusual causes of mechanical small bowel obstruction in adults. Clinical journal of gastroenterology, 14(5), 1287-1302. https://doi.org/10.1007/s12328-021-01450-2
4. Fareed, A., & Petit, J. (2026). Systemic Sclerosis-Related Intestinal Pseudo-Obstruction Mimicking Mechanical Small Bowel Obstruction. Cureus, 18(1), e101784. https://doi.org/10.7759/cureus.101784
5. Hong Duc, P., Minh Xuan, N., Huu Thuyet, N., & Quang Huy, H. (2020). Intestinal Obstruction due to Acute Appendicitis. Case reports in gastroenterology, 14(2), 346-353. https://doi.org/10.1159/000508435
6. Limbachiya, D., Tiwari, R., Kumari, R., & Aggarwal, M. (2022). Barbed Suture Causing Acute Small Bowel Obstruction Post Laparoscopic Sacrocolpopexy. CRSLS : MIS case reports from SLS, 9(4), e2022.00058. https://doi.org/10.4293/CRSLS.2022.00058
7. Louis, M., Gibson, B., Jones, L., & Singh, H. (2023). Mechanical Small Bowel Obstruction Due to Gallstone Ileus: Diagnostic Challenges and Surgical Management. Cureus, 15(8), e44153. https://doi.org/10.7759/cureus.44153
8. Rami Reddy, S. R., & Cappell, M. S. (2017). A Systematic Review of the Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment of Small Bowel Obstruction. Current gastroenterology reports, 19(6), 28. https://doi.org/10.1007/s11894-017-0566-9

Поступила 20.08.2026