

ХУЛОСА

К.И. Хорак, П.Г. Коган, Х.К. Идрисов,
Д.Г. Парфеев, А.М. Морозов, М.Е. Пискарева

ҲОДИСАҲОИ КЛИНИКИИ ШИКАСТАГӢ ВА ПАЙВАСТ НАШУДАНИ ДИАФИЗИ УСТУХОНИ КИТФ

Мақсади таҳқиқот. Таҳлили намудани шеваи амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми шикастагии диафизии устухони китф дар намунаи ҳодисаҳои клиникӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Зани бемор О., 33-сола, 11.01 соли 2011 ба тартиби таъҷилӣ ба беморхонаи шаҳри Ачинск баъди ҳодисаи роҳу нақлиёт оварда шуд. Дар шароити статсионар ташҳиси шикастагии аввалияи устухони китф – фонашакл осебнадида (тибқи таснифоти АО – навъи В2) ташҳис гузошта шуд. Амалиёти ҷарроҳии металлостеосинтез ба воситаи лавҳа ба амал оварда

шуд, вале дар рафти ҷарроҳӣ ба интиҳоби нодурусти ғафсии лавҳа роҳ дода шуд, ки дар натиҷа дар рӯзи сеюми баъди ҷарроҳӣ кӯчиши барвақтии конструкцияи филизӣ ошкор гардид.

Натиҷаҳои таҳқиқ ва муҳокимаи онҳо. Бемории осебдида дар иртибот ба интиҳоби нодурусти шеваи муолиҷа пешниҳод карда шуд. Сабаҳо, усулҳои ташҳис ва муолиҷаи ҷарроҳии бемории мазкур шарҳ дода шуд.

Хулоса. Барои пешгирии инкишоф ёфтани оризаҳои пайваст нашудани устухонҳо интиҳоби бодикқати усули остеосинтез ва конструкцияи филизӣ мувофиқ зарур аст. Ғайр аз ин, ҳангоми амалинамҳои аутопластика ба мавзеи нишемани донорӣ аз ҷойҳои гирифтани аутоотрансплантат ба хотири пешгирӣ аз осеббинии иловагӣ таваҷҷуҳ зоҳир кардан лозим аст.

Калимаҳои калӣ: шикастани устухони китф, остеосинтез, реостеосинтез, аутоотрансплантатсияи устухон, осебшиносӣ.

УДК 616. 343-089-072.1-053.2

doi: 10.52888/0514-2515-2024-362-3-99-104

А.М. Шарипов^{1,2,3}, Р.А. Рахматова^{2,3}, С.А. Мазабшоев^{1,2}, Ю.Т. Додочонов^{1,2}, Ф.У. Абдулов²

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОЩЕЙ КИШКИ

¹ГОУ «Таджикский Государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

²ГУ Национальный медицинский центр «Шифобахш»

³ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Республики Таджикистан

Шарипов Асламхон Махмудович - д.м.н., заведующий кафедрой детской хирургии ГОУ «Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали ибн Сино»; Тел.: +992 907708250; E-mail: aslam72@list.ru

В работе представлен случай успешного хирургического лечения ребенка с повреждением тощей кишки. С использованием метода лапароскопии и видео ассистирования, проведена резекция тощей кишки с вложением прямого меж кишечного анастомоза конец в конец.

Ключевые слова: тощая кишка, лапароскопия, резекция кишечника, анастомоз, дети.

А.М. Sharipov^{1,2,3}, R.A. Rakhmatova^{2,3}, S.A. Mazabshoev^{1,2}, Y.T. Dodochonov^{1,2}, F.U. Abdulov²

A CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF JEJUNAL INJURY

¹SEI Avicenna Tajik State Medical University

²SI National Medical Center "Shifobakhsh"

³SI Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery of the Republic of Tajikistan

Sharipov Aslamhon Mahmudovich – Doctor of Medical Sciences; Head of the Department of Pediatric Surgery at SEI Avicenna Tajik State Medical University; Tel.: +992907708250; E-mail: aslam72@list.ru

This paper presents a case of successful surgical treatment of a child with jejunum injury. The procedure involved laparoscopy and video-assisted resection of the jejunum with insertion of a direct end-to-end interintestinal anastomosis.

Keywords: *jejunum, laparoscopy, intestinal resection, anastomosis, children.*

Актуальность. Детский травматизм в новейшей медицине актуален, а его последствия сопровождаются различными видами осложнений, и иной раз приводят к инвалидности. Частота повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства из года в год растет и по данным некоторых авторов колеблется в пределах от 5% до 20% [1-3, 6-10].

Тупая травма живота считается одной из сложных проблем детской ургентной хирургии, многие аспекты из которых находятся далеко от пути своего совершенствования. В структуре повреждений живота у детей превалирует закрытая форма травм, которая является наиболее тяжелым видом, как для диагностики, так и лечения [1, 4, 5, 8, 10]. Частота повреждений селезенки и печени у детей чаще, чем повреждения кишечника. При этом в большинстве случаев приоритетным являются повреждения фиксированных отделов кишечника, например, свободный край проксимального отдела тощей кишки. Анатомические особенности тонкого кишечника приводят к его повреждению в различных отделах. Поскольку двенадцатиперстная кишка расположена в забрюшинном пространстве, она относительно неподвижна к позвоночнику, тощая кишка фиксируется связкой Трейтца, а подвздошная кишка-кишечной связкой. Степень заполнения содержимым тонкой кишки имеет большое значение, поскольку разрыв кишки возможен только при значительном заполнении фиксации к задней брюшинной стенке. В этом случае в дополнение к внешней травмирующей силе, действующей на кишечник, сила действует изнутри кишечной петли. Клиническая картина при повреждении кишечника имеет свои характерные особенности. Изолированные повреждения постепенно сопровождаются воспалительными процессами и позднее при несвоевременной диагностике проявляются перитониальными симптомами [6, 8, 10].

Среди хирургических болезней детского возраста сообщений по возникновению изолированных повреждений кишечника (ИПК) приводятся скудно [1-10]. Постановка своевременного диагноза, а также выбор оптимальной тактики лечения при ИПК у детей является актуальной проблемой ургентной хирургии [1, 6-8, 10]. При закрытой травме живота ИПК составляют 21% всех травм органов брюшной полости у детей [1, 6, 8, 10].

Вследствие прикрытия раневого отверстия вывернутой слизистой кишечника диагностика ИПК очень трудна и вызывает много споров, в связи с этим своевременное распознавание повреждения тонкой кишки вызывает трудности даже у достаточно опытных врачей [1, 6, 8, 10]. В ранней диагностике ИПК особое место занимает диагностическая лапароскопия, которая дает возможность всесторонне детализировать характер поражения, распространенность воспалительного процесса и тактику хирургического вмешательства [1, 6-8, 10].

На основании данных многих отечественных и зарубежных данных каждая плановая и экстренная лапаротомия может сопровождаться различными внутрибрюшными осложнениями. Иногда врачами хирургами тяжело переносятся проводимые лапаротомии, при которых не выявлены значительные патологии или изменения, не требующие хирургической коррекции, особенно часто это происходит при экстренных операциях. Учитывая нововведения в современной медицине, и появления малоинвазивных хирургических методов лечения данной категории больных у детей, применение диагностической лапароскопии является приоритетным методом в установлении окончательного диагноза и своевременной коррекции выявленной патологии.

В данном клиническом наблюдении мы хотели бы показать успешное оперативное лечение изолированного повреждения тонкого кишечника, с помощью лапароскопически-ассистированной методики.

Клинический случай. Мальчик М., 5 лет поступил в клинику детской хирургии ГОУ «Таджикского Государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино» на базе торакоабдоминального отделения ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан 06.05.16 г., через 4 часа после получения травмы. Из анамнеза выяснилось, что мальчик упал с велосипеда, ударившись об руль животом. Как отмечают родители, ребенок был несколько бледен и жаловался на незначительные боли в животе.

При поступлении общее состояние тяжелое. Ребенок в сознании и помнит обстоятельства травмы. Температура тела 36,6°C. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные. Артериальное давление 100/60 мм

рт.ст., пульс 115 в минуту. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный и напряжен в нижних отделах. В анализе крови: Hb 120 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $10,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 8 мм/час.

На обзорной рентгенографии органов брюшной полости, при внимательном осмотре полоса воздуха под куполом диафрагмы справа не прослеживалась. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости показало скопление жидкости в полости малого таза.

После кратковременной предоперационной подготовки с предварительным диагнозом «закрывающаяся травма живота, повреждение внутренних органов?» для выявления патологии брюшной полости выполнена диагностическая лапароскопия. При которой обнаружено, что на свободной части петли тощей кишки (расстояние 50 см от Трейцовой связки) имеется сквозная рана диаметром 1х1 см. Учитывая характер поражения кишки, произведен переход на мини-лапаротомию. Через расширенный умбиликальный разрез длиной 4 см (лапароскопически-ассистированная методика) петля тощей кишки выведена из брюшной полости. Принимая во внимание характер повреждения, произведена резекция нежизнеспособного участка тощей кишки, с наложением нитью викрил 4/0 прямого межкишечного анастомоза «конец в конец». Далее была проведена инспекция брюшной полости с целью исключения дополнительных повреждений внутренних органов. После чего проведена тщательная санация раневой полости и швы на брюшную стенку. В течение послеоперационного периода пациент находился под наблюдением в отделении реанимации и интенсивной терапии. В послеоперационном периоде пациенту была назначена соответствующая антибактериальная терапия, инфузионная терапия для поддержания водно-электролитного баланса, а также контроль за функцией кишечника и общим состоянием пациента. Были проведены регулярные анализы крови и мониторинг состояния пациента.

Через несколько дней после операции пациент был переведен в общее отделение для дальнейшего наблюдения и реабилитации. Ему были назначены специальные диетические рекомендации и физиотерапевтические процедуры для быстрого восстановления кишечной функции. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на 8-е послеоперационные сутки с выздоровлением. Пациенту были даны рекомендации по дальнейшему образу жизни и профилактике повторных осложнений. Контроль через 2 года. Ребенок здоров.

Обсуждение. По сей день частота диагностических ошибок и проведение напрасных оперативных вмешательств при закрытой травме живота у детей достигает высоких цифр, в связи с чем проблема ранней диагностики и своевременного лечения данной патологии не теряет своей актуальности [1-10]. Несмотря на широкое использование современных методов диагностики в распознавании закрытой травмы живота, подход к лечению пострадавших детей остается предметом дискуссии и спора специалистов.

При обследовании важно обратить внимание на состояние кожи передней части живота. Можно заметить ссадины и кровоподтеки в форме петехий или гематом, расположение которых указывает на место повреждения органа. При повреждениях тонкой кишки и проникновении ее содержимого в брюшную полость развивается клиническая картина перитонита, которая характеризуется сильным бледным оттенком кожи и видимых слизистых. Пациент зачастую занимает вынужденное положение: лежит на левом боку с поджатыми к животу коленями. При осмотре живота обращают внимание на его вздутие и отсутствие движения дыхания. Метеоризм вызван повреждением нервно-рефлекторного аппарата ЖКТ. У 65% детей с повреждением тонкой кишки, требующих операции, появляется метеоризм. Отсутствие движения дыхания передней части живота может свидетельствовать о повреждении кишечника при перитоните. Этот симптом встречается у 64% детей с повреждением кишечника, которым необходимо хирургическое лечение [4, 11, 15, 16].

При пальпации передней брюшной стенки обнаруживается неприятное ощущение без точного определения места. При повреждении двенадцатиперстной кишки обычно боли ощущаются в эпигастральной области, при повреждении тонкой кишки - в области левого подреберья, толстой кишки - в правой подвздошной области или выше лобка. Важно отметить, что спустя некоторое время (более часа после получения травмы) локальная боль теряет свою значимость, так как становится общей, без четкого определения места и не может использоваться для установления точного диагноза. Напряжение мышц передней брюшной стенки характерно при повреждении тонкой кишки. Более выраженное напряжение можно обнаружить в месте ушиба передней брюшной стенки, которое проявляется четко через определенный период времени (более 6 часов после получения травмы). Напряжение мышц передней брюшной стенки мо-

жет приобретать разлитой характер через несколько часов после получения травмы. Полагается, что этот симптом является результатом защитной функции организма, обеспечивающей достаточную неподвижность кишечника.

Предположение о характере повреждения органов брюшной полости может быть сделано на основе тщательного изучения информации о механизме травмы. Например, повреждение тонкой кишки может возрасти в случае автокатастрофы, а повреждение толстой кишки - при прямом попадании удара в живот. Даже небольшие раны тонкой кишки у детей могут проявиться симптомами шока. Поэтому сильная боль в животе, сопровождаемая потерей сознания в момент травмы, является основным признаком повреждения тонкой кишки. Тошнота и рвота также играют важную роль в постановке диагноза травмы желудочно-кишечного тракта. Рвота может быть как ранней, так и поздней, однократной или многократной. Ранняя рвота обычно рефлекторного характера, а поздняя может свидетельствовать о развитии перитонита [1, 8, 10].

В брюшной полости эластичность брюшной стенки и диафрагмы позволяет накапливать несколько литров жидкости до повышения внутрибрюшинного давления (ВБД). В основном существует 2 источника этой жидкости: кровь и отек. Кровь скапливается из-за вышеупомянутых нарушений свертываемости или пропущенных повреждений сосудов. Причина отеков многофакторна. Ишемия и реперфузия вызывают утечку капилляров, ухудшая венозный и лимфотический отток. Когда ВБД превышает 15 мм рт.ст., начинают происходить серьезные физиологические изменения. Легкие сжимаются из-за смещения диафрагмы вверх. Это приводит к снижению остаточной функциональной способности, повышению давления в дыхательных путях и, в конечном счете, к гипоксии. Сердечный выброс снижается из-за уменьшения венозного возврата к сердцу и увеличения пост нагрузки. Приток крови ко всем внутрибрюшинным органам снижается из-за повышения венозного сопротивления. Когда ВБД превышает 25 мм рт.ст., возникает опасная для жизни гипоксия и почечная недостаточность санурией [12-14].

Параметры показателей артериального давления в сочетании с частотой пульса являются ключевыми показателями кровообращения и могут указывать на наличие текущего или продолжающегося внутрибрюшного кровотечения.

Диагностика пациентов с подозрением на повреждение полых органов начинается с проведения обзорной рентгенографии органов брюшной полости в вертикальном положении, при этом достоверным признаком, подтверждающим, данное заболевание является наличие свободного воздуха в брюшной полости [1, 6, 8, 10]. На наш взгляд рентгенография органов брюшной полости не всегда позволяет установить точный диагноз, а также дифференцировать уровень повреждения полых органов желудочно-кишечного тракта. В нашем случае на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости при внимательном осмотре мы не заметили тень воздуха под куполом диафрагмы справа. Следует отметить, что отсутствие свободного газа в брюшной полости не всегда исключает вероятность повреждения полого органа. В таких ситуациях надо прибегать к применению других достоверных высокоинформативных методов исследования. Использование УЗИ органов брюшной полости в диагностике повреждения полых органов позволяет определить наличие выпота в различных отделах брюшной полости способствует количественной оценке содержимого. Однако при этом верифицировать уровень и характер повреждения будет не легко [6, 7, 10].

Признаки повреждения кишечника и брыжейки при ультразвуковом исследовании можно разделить на две категории: прямые и косвенные признаки. Прямые признаки включают в себя дефекты стенки тонкой кишки, локальное утолщение и расслоение ее стенки, гематому кишечной стенки, а также гематому брыжейки кишечника. К косвенным признакам можно отнести наличие свободной жидкости в брюшной полости, динамическую кишечную непроходимость, инфильтрацию тканей брыжейки и появление мелких плотных частиц в содержимом брюшной полости, а также утолщение листков брюшины или признаки перитонита. В самые первые часы после получения травмы при ультразвуковом исследовании обнаруживается наличие крови в брюшной полости и гематомы на брыжейке тонкой кишки. При динамическом наблюдении количество жидкости в брюшной полости увеличивается, появляется фрагментарное утолщение париетального листка брюшины и обнаруживается наложение фибрина на петлях тонкой кишки в виде структур с повышенной эхогенности, указывающее на наличие перитонита. Начиная со вторых суток после получения травмы, при наличии пареза кишечника, наблюдается инфильтрация брыжейки тонкой

кишки и образование объемных образований с пониженной экзогенностью, что интерпретируется как гематома на брыжейке без повреждения кишечной стенки.

Пункция брюшной полости (лапароцентез) в диагностике повреждения полых органов является малоинформативной, так как она не позволяет определить локализацию, характер повреждения и точный объем излившейся крови в брюшной полости [1, 8, 10].

Значительная разница показателей летальности и количества осложнений при повреждении толстой и тонкой кишок, описанных в литературе, определяются различными уровнями развития здравоохранения в странах мира, доступностью медицинской помощи, вместимостью больниц, качеством и своевременностью оказания доврачебной помощи, а также условиями, при которых проводилось исследование. Это связано с тем, что механизм повреждения не влияет на выбор методов восстановления целостности поврежденного органа, устранения возможных звеньев патогенетического каскада, таких как гипоперфузия и ангиогенез тканей, микробное загрязнение брюшной полости. Тактика лечебно-диагностических мероприятий основана на правильном и незамедлительном выполнении всего комплекса лечебно-диагностических мероприятий. Разработанный с этой целью алгоритм действий основан на выявлении этиологии повреждения и определении тяжести состояния пациента [1, 8, 10].

С нашей точки зрения для точной диагностики и адекватной радикальной коррекции ИПК необходимо применение лапароскопического вмешательства [1, 6, 7, 8, 10]. Необходимо отметить, что не везде и не всегда удается специалистам выполнить оперативное вмешательство в полном объеме лапароскопическим способом. Поэтому, в некоторых случаях прибегают к проведению лапароскопически-ассистированному методу, которое заключается в выполнении части операции вне брюшной полости через минилапаротомный доступ [4, 5]. В нашем клиническом наблюдении нами пришлось выполнить хирургическое вмешательство с помощью лапароскопически-ассистированного метода. В дальнейшем все наши устремления будут ориентированы в сторону лапароскопических технологий.

Вывод. Таким образом, особенность данного наблюдения заключается в редкости патологии, а также сложности ее дооперационной диагностики. Правильный выбор хирургической тактики

и объема операции предопределяют дальнейшее общее состояние пострадавшего. Резекция тонкой кишки относится к сложным и часто применяемым хирургическим вмешательствам. Эта операция необходима для удаления пораженной части кишки, соединения концов и восстановления функциональности органа. Основные цели хирургического лечения разрывов тонкой кишки заключаются в остановке кровотечения и предотвращении заражения брюшной полости. Использование лапароскопических технологий в ранней диагностике хирургического лечения изолированного повреждения кишечника позволяет снизить частоту диагностических и тактических ошибок, а также уменьшить операционную травму, сократив тем самым срок реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 11-16 см. в REFERENCES)

1. Акилов Х.А. Совершенствование диагностики и хирургического лечения закрытых травм живота у детей / Х.А. Акилов, Ф.Ш. Примов // Вестник экстренной медицины, - 2014. - №3. - С. 96-101.
2. Жариков А.Н. Влияние нарушений региональной гемодинамики и микроциркуляции кишечной стенки на возникновение острых перфораций тонкой кишки / А.Н. Жариков, В.Г. Лубянский, Ю.Л. Кантеева, Т.В. Лядгина // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2015. - Т.8, №1. - С. 34-44.
3. Кригер А.Г. Хирургическое лечение больных с тонкокишечными свищами / А.Г. Кригер, В.А. Кубышкин, С.В. Берелавичус [и др.] // Хирургия. - 2015. - №12. - С. 86-95.
4. Земляной В.П. Острые перфоративные язвы тонкой кишки послеоперационного периода как актуальная проблема современной хирургии / В.П. Земляной, А.Б. Сингаевский, Д.В. Гладышев, Н.М. Врублевский, Е.М. Несвит, М.А. Эфендиева // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. - 2019. - Т.178, №2. - С. 33-37.
5. Земляной В.П. Особенности клинической картины и возможности диагностики острых перфоративных язв тонкой кишки послеоперационного периода / В.П. Земляной, А.Б. Сингаевский, Е.М. Несвит, Н.М. Врублевский, Д.А. Остапенко // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2019. - Т.14, - №3. - С. 43-46.
6. Машков А.Е. Видеоассистированное удаление кистозной формы удвоения тощей кишки больших размеров / А.Е. Машков, Д.А. Пыхтев и соавт. // Детская хирургия. - 2015. - №6. - С. 55-56.
7. Поддубный И.В. Лапароскопические операции при патологии дивертикула меккеля / И.В. Поддубный, Е.Ю. Дяконова и соавт. // Детская хирургия. - 2015. - №5. - С. 4-6.

8. Разумовский А.Ю. Детская хирургия. Национальное руководство / Под ред. А.Ю. Разумовского М: ГЭОТАР-Медиа. – 2021. – 1280 с.

9. Хан Р.А. Свободная жидкость в брюшной полости у детей с тупой травмой живота: влияет ли она на выбор тактики лечения? / Р.А. Хан, Ш. Вахаб // Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста. - 2018. - Т.6, №1. - С. 39-44

10. Шапкина А.Н. Роль комплексного подхода в успешном консервативном лечении детей с закрытой травмой живота / А.Н. Шапкина, В.В. Шапкин // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2014. - №3. -С. 75-76.

REFERENCES

1. Akilov Kh.A. Sovershenstvovanie diagnostiki i khirurgicheskogo lecheniya zakrytykh travm zhivota u detey [Improvement of diagnostics and surgical treatment of closed abdominal injuries in children]. *Vestnik ekstrennoy meditsiny - Bulletin of Emergency Medicine*, 2014, No. 3, pp. 96-101.

2. Zharikov A.N. Vliyanie narusheniy regionalnoy gemodinamiki i mikrotsirkulyatsii kishechnoy stenki [Influence of regional haemodynamic and microcirculatory disorders of the intestinal wall on the occurrence of acute perforations of the small intestine]. *Vestnik eksperimentalnoy i klinicheskoy khirurgii - Bulletin of Experimental and Clinical Surgery*, 2015, Vol. 8, No. 1, pp. 34-44.

3. Kriger A.G. Khirurgicheskoe lechenie bolnykh s tonkokishechnymi svishchami [Surgical treatment of patients with small intestinal fistulas]. *Khirurgiya – Surgery*, 2015, No. 12, pp. 86-95.

4. Zemlyanoy V.P. Ostrye perforativnye yazvy tonkoy kishki posleoperatsionnogo perioda kak aktualnaya problema sovremennoy khirurgii [Acute postoperative perforative small intestinal ulcers as an urgent problem of modern surgery]. *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova – Bulletin of Surgery named after I.I. Grekov*, 2019, Vol. 178, No. 2, pp. 33-37.

5. Zemlyanoy V.P. Osobennosti klinicheskoy kartiny i vozmozhnosti diagnostiki ostrykh perforativnykh yazv tonkoy kishki posleoperatsionnogo perioda [Features of clinical picture and possibilities of diagnostics of acute perforative ulcers of small intestine of the postoperative period]. *Vestnik natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova - Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after. N.I. Pirogov*, 2019, Vol. 14, No. 3, pp. 43-46.

6. Mashkov A.E. Videoassistorovannoe udalenie kistoiznoy formy udvoeniya toshchey kishki bolshikh razmerov [Video-assisted removal of a cystic form of large jejunal doubling]. *Detskaya khirurgiya – Pediatric Surgery*, 2015, No. 6, pp. 55-56.

7. Poddubnyy I.V. Laparoskopicheskie operatsii pri patologii divertikula mekkelya [Laparoscopic operations for pathology of Meckel's diverticulum]. *Detskaya khirurgiya – Pediatric Surgery*, 2015, No. 5, pp. 4-6.

8. Razumovskiy A.Yu. *Detskaya khirurgiya. Natsionalnoe rukovodstvo* [Paediatric Surgery. National Guidelines]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2021. 1280 p.

9. Khan R.A. Svobodnaya zhidkost v bryushnoy polosti u detey s tupoy travmoy zhivota: vliyaet li ona na vybor takiki lecheniya? [Free fluid in the abdominal cavity in children with blunt abdominal trauma: on whether it influences the choice of treatment approach]. *Ortopediya, travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya detskogo vozrasta - Orthopedics, Traumatology and Reconstructive Surgery of Children*, 2018, Vol. 6, No. 1, pp. 39-44

10. Shapkina A.N. Rol kompleksnogo podkhoda v uspešnom konservativnom lechenii detey s zakrytoy travmoy zhivota [The role of an integrated approach in the successful conservative treatment of children with closed abdominal trauma]. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal - Pacific Medical Journal*, 2014, No. 3, pp. 75-76.

11. Bobkiewicz A. Gastrointestinal tract anastomoses with the biofragmentable anastomosis ring: is it still a valid technique for bowel anastomosis? Analysis of 203 cases and review of the literature. *International Journal of Colorectal Disease*, 2017, No. 32 (1), pp. 107-111.

12. Grainger, J.T. Assessment and management of patients with intestinal failure: a multidisciplinary approach. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2018, Vol. 11, pp. 233-241.

13. Granger J.T. Assessment and management of patients with intestinal failure: a multidisciplinary approach. Assessment and management of patients with intestinal failure: a multidisciplinary approach. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2018, No. 11, pp. 233-241.

14. Paray A.M. A Review of 2255 Emergency Abdominal Operations Performed over 17 years (1996-2013) in a Gastrointestinal Surgery Unit in India. *Indian Journal of Surgery*, 2018, Vol. 80, No. 3, pp. 221-226.

15. Soop M. Recent developments in the surgical management of complex intra-abdominal infection. *Journal of British Surgery*, 2017, Vol. 104, No. 2, pp. e65-e74.

16. Wu Hu. Current Process of Source Control in the Treatment of Intra-Abdominal Infections. *Chinese Journal of Traumatology*, 2020, Vol. 23 (6), pp. 311-313.

ХУЛОСА

А.М. Шарипов, Р.А. Рахматова, С.А. Мазабшоев, Ю.Т. Додочонов

ВОКЕАИ БО МУВАФФАҚИЯТ ТАБОБАТИ ҶАРОҲИИ СУРОХШАВИИ РУДАИ ХОЛИ

Дар мақола вокеа аз таҷрибаи бомуваффақият анҷомебии табобати ҷароҳии қудак бо суроҳшавии рудаи холи дарҷ ефтааст. Бо истифодабарии лапароскопия буридан ва бо ҳам пайвастунии руда бо усули «нуг ба нуг» бо таври видео ассистенти иҷро шудааст.

Калимаҳои калиди: рудаи холи, лапароскопия, буридани руда, бо ҳам пайвастунии руда, қудакон.