

DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic989>

Клинический случай



Идиопатический инфаркт сальника у детей — закон «парных случаев»: клинические наблюдения

И.Х. Шидаков, Б.М. Калниязов, М.Н. Урусова

Республиканская детская многопрофильная больница, Черкесск, Россия

Введение. Одной из редких причин болей в животе у детей является инфаркт сальника. В литературе можно найти немногочисленные описания этой патологии в детском возрасте. Имея неспецифическую клиническую картину, заболевание зачастую диагностируется лишь интраоперационно. Поэтому клинические наблюдения в данной статье могут представлять интерес для детских хирургов.

Описание наблюдения. В детском хирургическом отделении Республиканской детской больницы г. Черкесска находились на лечении двое больных 5 и 6 лет, поступивших с абдоминальным болевым синдромом, клиническая картина которого не позволяла исключить острую хирургическую патологию. Для уточнения диагноза проведена лапароскопия, при которой выявлены изолированные поражения сегментов большого сальника без признаков перекрута и патологии других органов. Операции завершены резекцией измененных участков сальника. На патогистологическом исследовании обнаружены кровоизлияния и некроз тканей.

Обсуждение. Локализация болевого синдрома в правых отделах живота заставляет дифференцировать заболевание с острым аппендицитом, холециститом, острой гинекологической патологией. В лечении пациентов с инфарктом сальника есть сторонники консервативной и оперативной тактики. Мы выполнили резекцию пораженного сегмента сальника, что позволило добиться полного выздоровления в обоих случаях.

Заключение. Лапароскопия в неясных диагностических ситуациях позволяет своевременно установить диагноз инфаркта сальника, и оперативное мининвазивное вмешательство приводит к успешному излечению.

Ключевые слова: инфаркт сальника; абдоминальный синдром; лапароскопия; дети.

Как цитировать:

Шидаков И.Х., Калниязов Б.М., Урусова М.Н. Идиопатический инфаркт сальника у детей — закон «парных случаев»: клинические наблюдения // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2021. Т. 11, № 3. С. 403–408. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic989>

DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic989>

Case report

Idiopathic omentum infarction in children — the law of "paired cases": cases report

Islam H. Shidakov, Bakhtiyar M. Kalniyazov, Maryam N. Urusova

Republican Children's Hospital, Cherkessk, Russia

BACKGROUND: One of the rare causes of abdominal pain in children is an omental infarction. In the literature, there are few descriptions of this pathology in childhood. The disease is often diagnosed only intraoperatively because of its nonspecific clinical picture. Therefore, the clinical cases presented in the article may be of interest to pediatric surgeons.

CASES REPORT: In the pediatric surgical department of our clinic, two patients aged five and six years old were treated after being admitted with abdominal pain syndrome, the clinical picture of which did not allow to exclude an acute surgical pathology. A laparoscopy was performed to clarify the diagnosis. Isolated lesions of the segments of the greater omentum were revealed without signs of torsion and pathology of other organs. The operations were completed by resection of the altered omental sections. Histopathological examination revealed hemorrhages and tissue necrosis.

DISCUSSION: The localization of pain in the right abdomen necessitates differentiating the disease from acute appendicitis, cholecystitis, and acute gynecological pathology. In the treatment of patients with omental infarction, there are supporters of conservative and surgical strategies. We performed a resection of the affected omental segment, which enabled us to achieve complete recovery in both cases.

CONCLUSION: Laparoscopy in unclear diagnostic situations permits the timely diagnosis of an omental infarction, and surgical minimally invasive intervention leads to a successful cure.

Keywords: omental infarction; abdominal syndrome; laparoscopy; children.

To cite this article:

Shidakov IH, Kalniyazov BM, Urusova MN. Idiopathic omentum infarction in childhood — the law of paired cases: cases report. *Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care*. 2021;11(3):403–408. DOI: <https://doi.org/10.17816/psaic989>

ВВЕДЕНИЕ

Инфаркт сальника (ИС) — редкая хирургическая патология, входящая в синдром «острого живота». Впервые описанное Р. Bush в 1896 г. [1] заболевание чаще поражает людей в возрасте 30–50 лет, мужчин в 2 раза чаще [2–5]. В литературе описано менее 50 случаев инфаркта сальника у детей, что составляет около 15 % всех известных случаев заболевания. При этом почти все случаи заболевания в педиатрической популяции приходится на возраст старше 4 лет [6–9].

Согласно классификации, предложенной М. J. Leitner и соавт. [10], различают первичную и вторичную формы ИС. Вторичный инфаркт сальника может развиваться как осложнение перекрута сальника, опухолей и кист брюшной полости, травмы, тромбоза, вследствие коагулопатии и другой патологии. Если же причина неизвестна, то речь идет о первичном или идиопатическом инфаркте сальника. К предрасполагающим факторам этой формы заболевания, на сегодняшний день, относятся ожирение, чрезмерное потребление пищи, тяжелые физические нагрузки, прием слабительных средств. В результате вышеизложенных причин возникает асептический некроз жировой ткани, который вызывает воспалительный процесс, часто поражающий париетальную брюшину [4, 9, 11–13].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 1

Девочка В., 6 лет, поступила в приемное отделение Республиканской детской больницы г. Черкесска с жалобами на боли в животе. Со слов матери, болевой синдром появился вечером предыдущего дня, к утру боли усилились, сместились в правые отделы живота. Факт травмы родители отрицали, тошноты/рвоты не наблюдалось. При осмотре состояние больной было оценено как средней степени тяжести, гипертермии не было. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, чистые. Нарушения витальных функций не было, отмечалась тахикардия до 110 в минуту. Язык влажный, чистый. Передняя брюшная стенка слабо участвовала в акте дыхания, живот был не вздут, при пальпации болезненный и напряженный во всем мезо- и гипогастрии. Глубокой методической пальпации живот был недоступен. Симптомы Раздольского, Воскресенского были расценены как положительные. Симптомов Ситковского, Бартомье–Михельсона, Щёткина–Блумберга не было. Печень не увеличена, симптомы поколачивания по поясничным областям были отрицательные с обеих сторон. Стул был накануне — оформленный, однократный, дизурии не наблюдалось. В общеклиническом анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз до $12,9 \cdot 10^9/\text{л}$. Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, проведенное на ультразвуковом сканере LOGIQ S8 (General Electric, США),

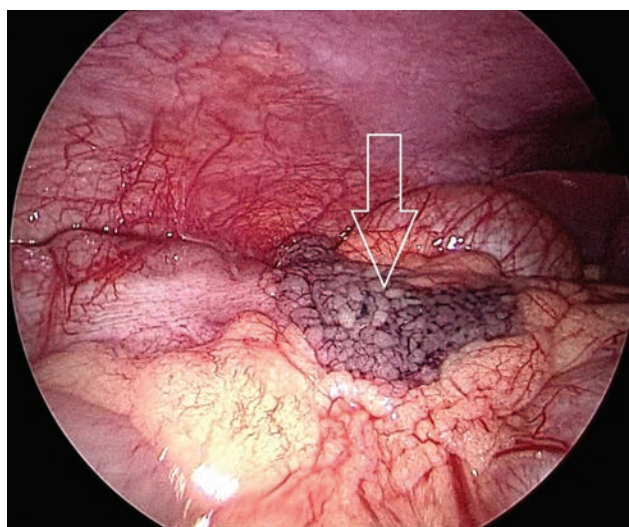


Рис. 1. Наблюдение 1. Интраоперационная картина инфаркта сальника. Стрелкой указан пораженный сегмент большого сальника

Fig. 1. Case 1. Intraoperative view of an omental infarction. The arrow indicates the affected segment of the greater omentum

патологии не выявило. На основании анамнеза заболевания, клинической и лабораторной картины, был выставлен диагноз: «острый аппендицит». В экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом была выполнена лапароскопия на аппаратуре Karl Storz (Германия), во время которой выявлено наличие на одной пряди большого сальника, около печеночного изгиба ободочной кишки, участка ткани бордово-черного цвета, размерами $4 \times 5 \times 4$ см, без признаков перекрута (рис. 1).

При инструментальной пальпации ткань имела плотную консистенцию, с внешне зернистой текстурой. Другой патологии выявлено не было. Выполнена резекция участка большого сальника, в пределах здоровых тканей. Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась антибактериальная, анальгетическая терапия. Пациентка была выписана через 7 дней в удовлетворительном состоянии. Гистологическое исследование материала показало полнокроевые сосудов с мелко- и крупноочаговыми кровоизлияниями в толще ткани, с признаками некроза.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 2

Мальчик Н., 5 лет, доставлен в Республиканскую детскую больницу г. Черкесска с болевым абдоминальным синдромом. Ребенок заболел накануне вечером, когда появились боли в околопупочной области, затем повысилась температура тела до $38,5$ °С. Утром следующего дня родители обратились в районную больницу по месту жительства, откуда направлены в нашу клинику. При осмотре состояние больного средней степени тяжести за счет болевого и интоксикационного синдромов. Ребенок был вялый, температура тела достигала

37,8 °С. Частота сердечных сокращений 104 в минуту, частота дыхательных движений 22 в минуту. Отмечалась сухость губ и языка, последний был обложен у корня белым налетом. Живот не был вздут, участвовал в дыхании, при пальпации выявлялась болезненность в параумбиликальной, правой боковой и правой подвздошной областях. Дефанс определялся в окологрудиной области, симптомы Воскресенского, Раздольского, Щёткина–Блюмберга сомнительные. Стул обычный, мочеиспускание безболезненное. В лабораторных данных определялся лейкоцитоз — $12,9 \cdot 10^9/\text{л}$, выраженный гранулоцитоз. При УЗИ в правом подреберье и в области правого бокового канала выявлено гиперэхогенное образование размерами $4,5 \times 4$ см, напоминающее отечную ткань сальника, небольшое количество жидкости в мезогастргии. Пациент госпитализирован с диагнозом: «острый аппендицит (?), оментит». После проведения инфузионной терапии гипертермия купировалась, сохранялась локальная симптоматика в правых отделах живота. Спустя 12 ч с момента поступления больного в стационар, учитывая невозможность исключения острой хирургической патологии, были выставлены показания к операции. Под эндотрахеальным наркозом выполнена диагностическая лапароскопия, при которой было выявлено наличие умеренного количества геморрагического выпота между петлями тонкой кишки, на последних отмечалась выраженная инъецированность лимфатических сосудов, неизменный червеобразный отросток типичной локализации. При осмотре подпеченочной области был обнаружен измененный сегмент большого сальника с полнокровием сосудов, в центре бордового цвета, резко уплотненный, размерами $6 \times 3 \times 4$ см, напоминающий паренхиматозную ткань (рис. 2).

Измененный участок большого сальника был резецирован в пределах здоровых тканей. Дальнейшая ревизия

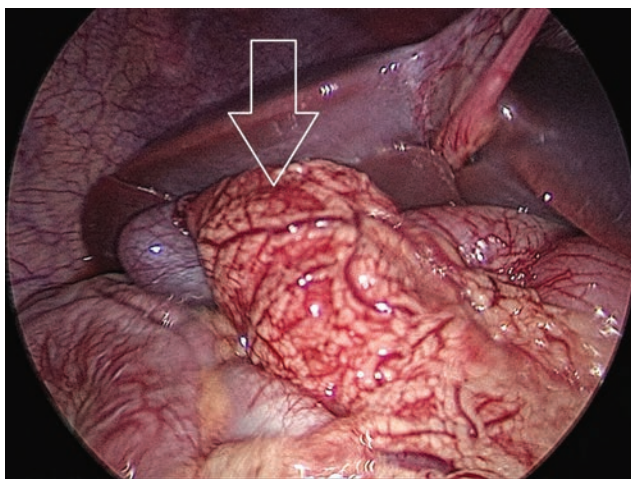


Рис. 2. Наблюдение 2. Интраоперационная картина инфаркта сальника. Стрелкой указан пораженный сегмент большого сальника

Fig. 2. Case 2. Intraoperative view of an omental infarction. The arrow indicates the affected segment of the greater omentum

брюшной полости патологии со стороны других органов не выявила. Антибактериальную и анальгетическую терапию проводили в раннем послеоперационном периоде. Ребенок был выписан с выздоровлением на 8-е сутки.

При гистологическом исследовании в препарате определялись фрагменты тканей с расстройством кровообращения в виде выраженного полнокровия сосудов, мелко-, среднеочаговых кровоизлияний, участок некроза ткани.

При телефонном разговоре с родителями обоих пациентов спустя 5 мес.: самочувствие удовлетворительное, болевой синдром не беспокоил с момента операции.

ОБСУЖДЕНИЕ

Инфаркт сальника, как возможная причина болей в животе, нечасто учитывается в педиатрической практике. Сходство клинических признаков с другими нозологиями синдрома «острого живота», отсутствие патномоничных симптомов способствуют тому, что данная патология часто выпадает из круга дифференциальной диагностики. Заболевание, как правило, манифестирует болевым абдоминальным синдромом, выраженным в правых отделах. Это объясняется частым перекрутом правого сегмента большого сальника, связанным с большей его длиной и подвижностью. К особенностям заболевания относят отсутствие диспептических проявлений, при наличии четкой локальной симптоматики [2, 4, 8, 12–18]. В наших наблюдениях у пациентов отсутствовали симптомы диспепсии, лишь у одного была гипертермия. Примечательно и то, что ожирение, как один из факторов риска развития инфаркта сальника, в наших наблюдениях не сыграло роли — индекс массы тела больных был в пределах возрастной нормы.

Дифференциальная диагностика инфаркта сальника проводится с острым аппендицитом, холециститом, дивертикулитом, перекрутом жировых привесков толстой кишки, иногда — с гинекологической патологией [2, 4, 5, 11–14, 17]. Лабораторная картина исследования крови неспецифична: в большинстве случаев наблюдается лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение уровня острофазных белков [3, 12, 15]. В такой ситуации значительную помощь врачу оказывает эхография. Как наиболее безопасный и распространенный метод диагностики, УЗИ выявляет гиперэхогенную, плотную массу мягких тканей в брюшной полости [3, 7, 8, 12, 15, 19]. В сомнительных случаях и для уточнения диагноза показано выполнение компьютерной томографии (КТ), которая обладает высокой точностью и специфичностью. КТ-признаком ИС является гетерогенное уплотнение жировой ткани большого сальника более 3 см, с плохо очерченными границами, с линейными участками повышенной плотности внутри, как правило, расположенное кпереди от поперечной ободочной кишки; в половине случаев выявляется выпот в брюшной полости [2, 5, 7–9, 12–15].

Недостатки лучевых методов исследования — это ионизирующее излучение, которому подвергается маленький пациент, и меньшая доступность, по сравнению с УЗИ. Все большее использование методов инструментальной диагностики способствует раннему выявлению и росту заболеваемости. Несмотря на это, зачастую диагноз инфаркта сальника устанавливается интраоперационно.

Относительно методов лечения при инфаркте сальника в литературе существуют споры. Некоторые авторы, при своевременной постановке диагноза, придерживаются консервативной тактики ведения, считая антибактериальную и противовоспалительную терапию достаточной. Аргументом в пользу данной точки зрения служит высокий процент успешных результатов с редким развитием осложнений. Только в случаях, не поддающихся консервативному лечению в первые 48 ч, а также в тех, в которых есть диагностические сомнения, предлагается хирургическое вмешательство [15, 19]. Недостаток консервативного ведения состоит в возможности диагностических ошибок, которые сводят на нет результат лечения. Кроме того, более длительно сохраняется болевой синдром, и существует необходимость выполнения контрольных КТ в отсроченном периоде, вплоть до 2 лет [4, 14]. В самом большом на сегодняшний день обзоре литературы, представленном N.A. Medina-Gallardo и соавт. [17], сообщается о частоте неудач консервативного лечения в 16 %. Большая часть из них была связана с сохраняющимся болевым синдромом, а у двух пациентов появились признаки абсцедирования. Помимо внутрибрюшных абсцессов возможно образование спаек,

развитие перитонита и сепсиса. Кроме того, частота конверсий на лапаротомию при безуспешном консервативном лечении намного выше. Поэтому большая часть хирургического сообщества придерживается позиции первичного оперативного лечения инфаркта сальника. Лапароскопическая диагностика и резекция пораженного участка большого сальника позволяет привести к полному излечению и избежать возможных осложнений [6, 13, 14]. Тем не менее окончательный вопрос о выборе тактики лечения инфаркта сальника остается открытым.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Идиопатический инфаркт сальника — одна из редких причин болевого абдоминального синдрома в детской хирургии. Малоизвестность заболевания и отсутствие специфических клинических симптомов создает значительные трудности в дифференциальной диагностике. Лапароскопическая резекция сальника привела к выздоровлению наших пациентов в обоих случаях.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ / DISCLAIMERS

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Bush P. A case of haemorrhage into the greater omentum // *Lancet*. 1896. Vol. 147. No. 3779. P. 286. DOI: 10.1016/S0140-6736(01)91996-8
2. Criado Martín I., Andriño Díaz N.F., López-Dóriga Bonnardeaux P. Infarto de omento: una causa inusual de abdomen agudo // *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018. Vol. 53. No. 2. P. 117–118. DOI: 10.1016/j.regg.2017.06.003
3. Sánchez-López-Gay J., Becerra-Almazán J.M., Reyes-Aguilar R., et al. Causa de abdomen agudo no quirúrgico: infarto omental // *Semergen*. 2017. Vol. 43. No. 7. P. 534–536. DOI: 10.1016/j.semereg.2017.02.006
4. Buell K.G., Burke-Smith A., Patel V., Watfah J. Omental Infarction: The Great Impersonator // *Cureus*. 2017. Vol. 9. No. 12. ID e1940. DOI: 10.7759/cureus.1940
5. Araújo J.A.B., Martines J.A.D.S., Martines B.M.R., et al. Segmental omental infarction: an unusual cause of acute abdomen // *Autops Case Rep*. 2012. Vol. 2. No. 2. P. 43–47. DOI: 10.4322/acr.2012.016
6. Kambouri K., Gardikis S., Giatromanolaki A., et al. Omental infarction in an obese 10-year-old boy // *Pediatr Rep*. 2011. Vol. 3. No. 3. ID e22. DOI: 10.4081/pr.2011.e22
7. Bianchi F., Leganés Villanueva C., Brun Lozano N., et al. Epiploic Appendagitis and Omental Infarction as Rare Causes of Acute Abdominal Pain in Children // *Pediatr Rep*. 2021. Vol. 13. No. 1. P. 76–85. DOI: 10.3390/pediatric13010010
8. Siddiqui S., Ahmed A., Nadeem N. Omental Infarction in a Child // *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2016. Vol. 28. No. 3. P. 623–624.
9. Tsunoda T., Sogo T., Komatsu H., et al. A case report of idiopathic omental infarction in an obese child // *Case Rep Pediatr*. 2012. Vol. 2012. ID 513634. DOI: 10.1155/2012/513634
10. Leitner M.J., Jordan C.G., Spinner M.H., Reese E.C. Torsion, infarction and hemorrhage of the omentum as a cause of acute abdominal distress // *Ann Surg*. 1952. Vol. 135. No. 1. P. 103–110. DOI: 10.1097/0000658-195201000-00014
11. Castro B.N., Amado A., Torre A.P., et al. Idiopathic left omental infarction // *Autops Case Rep*. 2019. Vol. 10. No. 1. ID e2019123. DOI: 10.4322/acr.2019.123
12. Nijkamp J.L.G., Gerretsen S.C., Stassen P.M. Left-sided omental infarction: a rare cause of abdominal pain, discovered by CT scan // *BMJ Case Rep*. 2018. Vol. 2018. ID bcr2017224138. DOI: 10.1136/bcr-2017-224138
13. Tonerini M., Calcagni F., Lorenzi S., et al. Omental infarction and its mimics: imaging features of acute abdominal conditions presenting with fat stranding greater than the degree of bowel wall thickening // *Emerg Radiol*. 2015. Vol. 22. No. 4. P. 431–436. DOI: 10.1007/s10140-015-1302-0
14. Sánchez Fuentes P.A., López López V., Febrero B., et al. Omental infarction: Surgical or conservative management? // *Cir Esp*. 2015. Vol. 93. No. 7. P. 475–477. DOI: 10.1016/j.ciresp.2014.09.002

15. McCusker R., Gent R., Goh D.W. Diagnosis and management of omental infarction in children: Our 10 year experience with ultrasound // *J Pediatr Surg.* 2018. Vol. 53. No. 7. P. 1360–1364. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2018.02.047
16. Arigliani M., Dolcemascolo V., Nocerino A., et al. A Rare Cause of Acute Abdomen: Omental Infarction // *J Pediatr.* 2016. Vol. 176. P. 216–216.e1. DOI: 10.1016/j.jpeds.2016.05.034
17. Medina-Gallardo N.A., Curbelo-Peña Y., Stickar T., et al. Omental infarction: surgical or conservative treatment? A case reports and

- case series systematic review // *Ann Med Surg (Lond).* 2020. Vol. 56. P. 186–193. DOI: 10.1016/j.amsu.2020.06.031
18. Камынин Ю.В., Проценко Я.Н., Файзуллаев В.Х., Зуев М.Е. Идиопатический сегментарный инфаркт большого сальника у детей // *Детская хирургия.* 2015. Т. 19, № 4. С. 51–53.
19. Lindley S.I., Peyser P.M. Idiopathic omental infarction: One for conservative or surgical management? // *J Surg Case Rep.* 2018. Vol. 2018. No. 3. ID rjx095. DOI: 10.1093/jscr/rjx095

REFERENCES

1. Bush P. A case of haemorrhage into the greater omentum. *Lancet.* 1896;147(3779):286. DOI: 10.1016/S0140-6736(01)91996-8
2. Criado Martín I, Andriño Díaz NF, López-Dóriga Bonnardeaux P. Omental infarction: An unusual cause of acute abdomen. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53(2):117–118. (In Spanish). DOI: 10.1016/j.regg.2017.06.003
3. Sánchez-López-Gay J, Becerra-Almazán JM, Reyes-Aguilar R, et al. Cause of acute non-surgical abdomen: omental infarction. *Semergen.* 2017;43(7):534–536. (In Spanish). DOI: 10.1016/j.semerg.2017.02.006
4. Buell KG, Burke-Smith A, Patel V, Wafah J. Omental Infarction: The Great Impersonator. *Cureus.* 2017;9(12):e1940. DOI: 10.7759/cureus.1940
5. Araújo JAB, Martines JADS, Martines BMR, et al. Segmental omental infarction: an unusual cause of acute abdomen. *Autops Case Rep.* 2012;2(2):43–47. DOI: 10.4322/acr.2012.016
6. Kambouri K, Gardikis S, Giatromanolaki A, et al. Omental infarction in an obese 10-year-old boy. *Pediatr Rep.* 2011;3(3):e22. DOI: 10.4081/pr.2011.e22
7. Bianchi F, Leganés Villanueva C, Brun Lozano N, et al. Epiploic Appendagitis and Omental Infarction as Rare Causes of Acute Abdominal Pain in Children. *Pediatr Rep.* 2021;13(1):76–85. DOI: 10.3390/pediatric13010010
8. Siddiqui S, Ahmed A, Nadeem N. Omental Infarction in a Child. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2016;28(3):623–624.
9. Tsunoda T, Sogo T, Komatsu H, et al. A case report of idiopathic omental infarction in an obese child. *Case Rep Pediatr.* 2012;2012:513634. DOI: 10.1155/2012/513634
10. Leitner MJ, Jordan CG, Spinner MH, Reese EC. Torsion, infarction and hemorrhage of the omentum as a cause of acute abdominal distress. *Ann Surg.* 1952;135(1):103–110. DOI: 10.1097/00000658-195201000-00014
11. Castro BN, Amado A, Torre AP, et al. Idiopathic left omental infarction. *Autops Case Rep.* 2019;10(1):e2019123. DOI: 10.4322/acr.2019.123
12. Nijkamp JLG, Gerretsen SC, Stassen PM. Left-sided omental infarction: a rare cause of abdominal pain, discovered by CT scan. *BMJ Case Rep.* 2018;2018:bcr2017224138. DOI: 10.1136/bcr-2017-224138
13. Tonerini M, Calcagni F, Lorenzi S, et al. Omental infarction and its mimics: imaging features of acute abdominal conditions presenting with fat stranding greater than the degree of bowel wall thickening. *Emerg Radiol.* 2015;22(4):431–436. DOI: 10.1007/s10140-015-1302-0
14. Sánchez Fuentes PA, López López V, Febrero B, et al. Omental infarction: Surgical or conservative management? *Cir Esp.* 2015;93(7):475–477. (In English, In Spanish). DOI: 10.1016/j.ciresp.2014.09.002
15. McCusker R, Gent R, Goh DW. Diagnosis and management of omental infarction in children: Our 10 year experience with ultrasound. *J Pediatr Surg.* 2018;53(7):1360–1364. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2018.02.047
16. Arigliani M, Dolcemascolo V, Nocerino A, et al. A Rare Cause of Acute Abdomen: Omental Infarction. *J Pediatr.* 2016;176:216–216.e1. DOI: 10.1016/j.jpeds.2016.05.034
17. Medina-Gallardo NA, Curbelo-Peña Y, Stickar T, et al. Omental infarction: surgical or conservative treatment? A case reports and case series systematic review. *Ann Med Surg (Lond).* 2020;56:186–193. DOI: 10.1016/j.amsu.2020.06.031
18. Kamynin YV, Proshchenko YaN, Faizullaev VKh, Zuev ME. Idiopathic segmental greater omentum infarction in children. *Russian Journal of Pediatric Surgery.* 2015;19(4):51–53. (In Russ.)
19. Lindley SI, Peyser PM. Idiopathic omental infarction: One for conservative or surgical management? *J Surg Case Rep.* 2018;2018(3):rjx095. DOI: 10.1093/jscr/rjx095

ОБ АВТОРАХ

***Ислам Хусеинович Шидиков**, детский хирург;
адрес: Россия, 369010, Черкесск, ул. Грибоедова, д. 81;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2066-1944>;
eLibrary SPIN: 1546-5236; e-mail: islam_shidakov@mail.ru

Бахтияр Максетович Калниязов, заместитель главного врача по хирургии; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4030-7475>;
eLibrary SPIN: 2209-6275; e-mail: kalniyazov@mail.ru

Мариам Науаровна Урусова, врач – анестезиолог-реаниматолог; eLibrary SPIN: 5163-2179;
e-mail: mariam13072016@gmail.com

AUTHORS INFO

***Islam H. Shidakov**, Pediatric Surgeon;
address: 81, Griboedova str., Cherkessk, 369010, Russia;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2066-1944>;
eLibrary SPIN: 1546-5236; e-mail: islam_shidakov@mail.ru

Bakhtiyar M. Kalniyazov, Deputy Chief Physician for Surgery;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4030-7475>;
eLibrary SPIN: 2209-6275; e-mail: kalniyazov@mail.ru

Maryam N. Urusova, anesthesiologist;
eLibrary SPIN: 5163-2179; e-mail: mariam13072016@gmail.com