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

10 (96) 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
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)

10 (96)

2026
Октябрь

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

Received: 20.09.2026, Accepted: 06.10.2026, Published: 10.10.2026

УДК 616.34-007.272-089-053.2:615.8

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ЭТАПНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

[1]Улуғмуратов А.А. https://orcid.org/0009-0004-9666-3796
[2]Зуфаров А.А. https://orcid.org/0009-0004-3839-9827
[3]Юсупов Ш.А. Email: shuchrat_66@mail.ru
[3]Абрийев Ж.О. https://orcid.org/0009-0004-2219-419X

[1]Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, 140120, г. Самарканд ул. Махдуми Азам, 18
tel: -99866 2322645 E-mail: samstat17@inbox.ru
[2]Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz
[3]Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Резюме***

Оценить клиническую эффективность комплексной этапной реабилитации детей после хирургического лечения кишечной непроходимости на основании сравнительного анализа динамики клинико-функциональных, лабораторных и инструментальных показателей, частоты послеоперационных осложнений и продолжительности госпитализации. Материалы и методы. Проведено сравнительное нерандомизированное исследование результатов лечения 199 детей в возрасте от 6 месяцев до 17 лет с кишечной непроходимостью, находившихся на лечении в 2020–2025 гг. в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Группу сравнения составили 96 пациентов, получавших стандартное послеоперационное лечение, основную группу — 103 ребёнка, которым дополнительно проводилась разработанная комплексная этапная реабилитация с учётом возрастных особенностей. Оценивали сроки восстановления перистальтики, самостоятельного стула, купирования болевого синдрома, нормализации аппетита, динамику лабораторных и ультразвуковых показателей, частоту осложнений и продолжительность стационарного лечения. Результаты. Применение комплексной этапной реабилитации сопровождалось более быстрым восстановлением моторно-эвакуаторной функции кишечника. В основной группе перистальтика восстанавливалась через 3,1±0,3 суток против 4,9±0,4 суток в группе сравнения, самостоятельный стул — через 3,8±0,4 против 5,6±0,5 суток (p<0,05). Купирование болевого синдрома и нормализация аппетита происходили соответственно на 1,5 и 2,1 суток раньше. На пятые сутки после операции в основной группе отмечались более низкие уровни лейкоцитов (8,9±0,6 против 11,2±0,7×10⁹/л) и С-реактивного белка (11,7±0,9 против 18,4±1,2 мг/л). Частота послеоперационных осложнений составила 9,7% против 18,7%, повторных хирургических вмешательств — 3,9% против 8,3%; различия по этим двум показателям не достигали статистической значимости. Продолжительность госпитализации сократилась с 12,4±0,8 до 9,2±0,6 койко-дня, или на 25,8%. В возрастной подгруппе 6–12 месяцев также отмечено более раннее восстановление кишечной функции и сокращение сроков стационарного лечения.

Комплексная этапная реабилитация детей после хирургического лечения ОКН ассоциировалась с ускорением восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника, улучшением клинико-лабораторных показателей и сокращением продолжительности госпитализации. Полученные результаты обосновывают перспективность применения возрастно-ориентированных реабилитационных программ в детской абдоминальной хирургии. Для окончательной оценки влияния разработанной модели на частоту послеоперационных осложнений необходимы дальнейшие исследования.

Ключевые слова: дети, кишечная непроходимость, хирургическое лечение, комплексная реабилитация, этапная реабилитация, послеоперационное восстановление, моторно-эвакуаторная функция кишечника, послеоперационные осложнения.

ICHAK TUTILISHINI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASHDAN SO'NG BOLALARDA KOMPLEKS BOSQICHMA-BOSQICH REABILITATSIYANING KLINIK SAMARADORLIGI

[1]Ulug'muratov A.A., [2]Zufarov A.A., [3]Yusupov Sh.A., [3]Abriyev J.O.

[1]Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filiali, O'zbekiston Respublikasi, 140120, Samarqand ko'chasi. Maxdumi A'zam, 18 tel: -99866 2322645 E-mail: samstat17@inbox.ru
[2]Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz
[3]Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Rezyume***

Ichak tutilishini jarrohlik yo'li bilan davolashdan so'ng bolalarda kompleks bosqichma-bosqich reabilitatsiyaning klinik samaradorligini klinik-funksional, laborator va instrumental ko'rsatkichlar dinamikasi, operatsiyadan keyingi asoratlar chastotasi hamda shifoxonada davolanish davomiyligini qiyosiy tahlil qilish asosida baholash. Materiallar va usullar. 2020–2025-yillarda Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining Samarqand filialida davolangan, 6 oylikdan 17 yoshgacha bo'lgan, ichak tutilishi tashxisi qo'yilgan 199 nafar bolaning davolash natijalari bo'yicha qiyosiy, randomizatsiyalanmagan tadqiqot o'tkazildi. Taqqoslash guruhini standart operatsiyadan keyingi davolashni olgan 96 nafar bemor, asosiy guruhni esa yosh xususiyatlarini hisobga olgan holda ishlab chiqilgan kompleks bosqichma-bosqich reabilitatsiya dasturi qo'shimcha ravishda qo'llanilgan 103 nafar bola tashkil etdi. Ichak peristaltikasining tiklanishi, mustaqil najas kelishi, og'riq sindromining bartaraf etilishi, ishtahaning me'yorlashuvi muddatlari, laborator va ultratovush tekshiruvi ko'rsatkichlari dinamikasi, asoratlar chastotasi hamda statsionar davolanish davomiyligi baholandi. Natijalar. Kompleks bosqichma-bosqich reabilitatsiyani qo'llash ichakning motor-evakuator funksiyasi tezroq tiklanishi bilan kechdi. Asosiy guruhda peristaltika 3,1±0,3 sutkada, taqqoslash guruhida esa 4,9±0,4 sutkada, mustaqil najas kelishi mos ravishda 3,8±0,4 va 5,6±0,5 sutkada tiklandi ($p<0,05$). Og'riq sindromining bartaraf etilishi va ishtahaning me'yorlashuvi mos ravishda 1,5 va 2,1 sutkaga ertaroq kuzatildi. Operatsiyadan keyingi beshinchi sutkada asosiy guruhda leykotsitlar (8,9±0,6 ga nisbatan 11,2±0,7×10⁹/l) va C-reaktiv oqsil (11,7±0,9 ga nisbatan 18,4±1,2 mg/l) miqdori taqqoslash guruhiga nisbatan pastroq bo'ldi. Operatsiyadan keyingi asoratlar chastotasi 9,7% va 18,7% ni, takroriy jarrohlik aralashuvlari chastotasi esa 3,9% va 8,3% ni tashkil etdi; ushbu ikki ko'rsatkich bo'yicha guruhlar o'rtasidagi farqlar statistik ahamiyatlilik darajasiga yetmadi. Statsionar davolanish davomiyligi 12,4±0,8 dan 9,2±0,6 o'rin-kungacha, ya'ni 25,8% ga qisqardi. 6–12 oylik bolalar kichik guruhida ham ichak funksiyasining ertaroq tiklanishi va statsionar davolanish muddatining qisqarishi kuzatildi.

Ichak tutilishini jarrohlik yo'li bilan davolashdan so'ng bolalarda kompleks bosqichma-bosqich reabilitatsiyani qo'llash ichakning motor-evakuator funksiyasi tiklanishining tezlashishi, klinik-laborator ko'rsatkichlarning yaxshilanishi hamda statsionar davolanish davomiyligining qisqarishi bilan bog'liq bo'ldi. Olingan natijalar bolalar abdominal jarrohligida yoshga yo'naltirilgan reabilitatsiya dasturlarini qo'llash istiqbolli ekanligini asoslaydi. Ishlab chiqilgan modelning operatsiyadan keyingi asoratlar chastotasiga ta'sirini yakuniy baholash uchun qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish zarur.

Kalit so'zlar: bolalar, ichak tutilishi, jarrohlik davolash, kompleks reabilitatsiya, bosqichma-bosqich reabilitatsiya, operatsiyadan keyingi tiklanish, ichakning motor-evakuator funksiyasi, operatsiyadan keyingi asoratlar.

CLINICAL EFFECTIVENESS OF COMPREHENSIVE STAGE-BASED REHABILITATION IN CHILDREN AFTER SURGICAL TREATMENT OF INTESTINAL OBSTRUCTION

[1]Ulug'muratov A.A., [2]Zufarov A.A., [3]Yusupov Sh.A., [3]Abriyev J.O.

[1]Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, 140120, Samarkand st. Makhdumi Azam, 18 tel: -99866 2322645 E-mail: samstat17@inbox.ru
[2]Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street, Tel: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz
[3]Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Resume***

To evaluate the clinical effectiveness of comprehensive stage-based rehabilitation in children following surgical treatment of intestinal obstruction through a comparative analysis of changes in clinical, functional, laboratory, and instrumental parameters, the incidence of postoperative complications, and the duration of hospitalization. Materials and Methods. A comparative, non-randomized study was conducted involving 199 children aged 6 months to 17 years who underwent treatment for intestinal obstruction at the Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care between 2020 and 2025. The comparison group consisted of 96 patients who received standard postoperative treatment, while the intervention group included 103 children who additionally underwent a specially developed comprehensive stage-based rehabilitation program tailored to their age-related characteristics. The study assessed the time to recovery of intestinal peristalsis, return of spontaneous bowel movements, resolution of pain, normalization of appetite, changes in laboratory and ultrasonographic parameters, incidence of postoperative complications, and length of hospital stay. Results. Comprehensive stage-based rehabilitation was associated with faster recovery of intestinal motor and evacuation function. In the intervention group, intestinal peristalsis recovered after 3.1 ± 0.3 days compared with 4.9 ± 0.4 days in the comparison group, while spontaneous bowel movements resumed after 3.8 ± 0.4 and 5.6 ± 0.5 days, respectively ($p < 0.05$). Pain resolution and appetite normalization occurred 1.5 and 2.1 days earlier, respectively. On postoperative day 5, the intervention group demonstrated lower leukocyte counts (8.9 ± 0.6 vs. 11.2 ± 0.7 × 10^9/L) and C-reactive protein levels (11.7 ± 0.9 vs. 18.4 ± 1.2 mg/L) compared with the comparison group. The incidence of postoperative complications was 9.7% versus 18.7%, while the frequency of repeat surgical interventions was 3.9% versus 8.3%; however, the differences in these two outcomes did not reach statistical significance. The length of hospital stay decreased from 12.4 ± 0.8 to 9.2 ± 0.6 bed-days, representing a 25.8% reduction. Earlier recovery of intestinal function and shorter hospitalization were also observed in the subgroup of children aged 6–12 months.

The implementation of comprehensive stage-based rehabilitation in children following surgical treatment of intestinal obstruction was associated with accelerated recovery of intestinal motor and evacuation function, improved clinical and laboratory parameters, and reduced hospitalization duration. These findings support the potential value of age-adapted rehabilitation programs in pediatric abdominal surgery. Further studies are required to conclusively evaluate the impact of the proposed rehabilitation model on the incidence of postoperative complications.

Keywords: children, intestinal obstruction, surgical treatment, comprehensive rehabilitation, stage-based rehabilitation, postoperative recovery, intestinal motor and evacuation function, postoperative complications.

Актуальность

Острая кишечная непроходимость у детей продолжает оставаться одной из серьёзных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Как отмечают А.М. Шамсиев и соавт. [1], различные формы кишечной непроходимости имеют свои клинические и диагностические особенности, что требует дифференцированного выбора лечебной тактики и объективного контроля её эффективности.

После хирургического вмешательства у детей нередко сохраняются нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника, изменения водно-электролитного обмена, воспалительные реакции и ограничения двигательной активности. Выраженность этих нарушений во многом зависит от продолжительности заболевания, состояния кишечной стенки, объёма выполненной операции и возраста ребёнка. В исследованиях Ж.А. Шамсиева и соавт. [2], посвящённых совершенствованию диагностики и лечения кишечной инвагинации, показано значение своевременного выбора лечебной тактики для улучшения непосредственных результатов хирургического лечения. Вместе с тем устранение кишечной непроходимости не всегда сопровождается быстрым восстановлением нормальной функции желудочно-кишечного тракта.

Особого внимания заслуживают дети, перенёсшие обширные оперативные вмешательства, резекцию кишечника или хирургическое лечение осложнённых форм непроходимости. В подобных случаях послеоперационный период может сопровождаться кишечным парезом, замедленным восстановлением самостоятельного стула, нарушениями питания и увеличением сроков пребывания

в стационаре. М.М. Смоленцев, М.П. Разин и Н.К. Сухих [3] при сравнительном изучении различных методов хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости у детей установили, что характер оперативного доступа связан с частотой осложнений и продолжительностью послеоперационного восстановления.

В последние годы всё большее значение приобретает комплексный подход к ведению детей после абдоминальных операций, предусматривающий преемственность хирургического лечения и медицинской реабилитации. Т.Т. Нарбаев и соавт. [4], изучая результаты реабилитационного лечения детей с аноректальными мальформациями, подчёркивают, что функциональный результат хирургического вмешательства во многом зависит от полноты и последовательности послеоперационных восстановительных мероприятий. Существенное значение имеет индивидуализация реабилитации с учётом возраста ребёнка, исходной тяжести заболевания и особенностей выполненного хирургического вмешательства. В работе Д.Р. Рахмонова и У.А. Хамроева [5], посвящённой подготовке детей к повторным реконструктивным операциям при аноректальных мальформациях, обращается внимание на необходимость коррекции местных функциональных нарушений и применения восстановительных мероприятий как составной части многоэтапного хирургического лечения. Б.Л. Давранов и соавт. [6] рассматривают необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению спаечной болезни у детей, подчёркивая клиническую значимость функциональных нарушений и возможных отдалённых последствий абдоминальных вмешательств. Современные представления о лечении кишечной непроходимости у детей также предусматривают широкое использование ультразвуковых методов, позволяющих оценивать состояние кишечника и обоснованно выбирать лечебную тактику. Х.А. Акилов и Г.А. Максумов [7] отмечают важность комплексной диагностики инвагинации кишечника и дифференцированного подхода к выбору консервативных и хирургических методов лечения.

Цель исследования: оценить ближайшие результаты лечения детей с кишечной непроходимостью по данным динамического наблюдения клинико-лабораторных изменений между группами пациентов, получивших стандартное лечение и комплексную этапную реабилитацию.

Материал и метод

Исследование выполнено на данных наблюдений 199 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 17 лет, пролечившихся в 2020–2025 гг. в клинике Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Все обследуемы пациенты были разделены на две группы сравнения (нерадномизировано). Так ГС включала 96 пациентов (48,2%), получавших стандартное лечение, ОГ— 103 пациента (51,8%), у которых применялась дополнительно разработанная комплексная этапная программа. При анализе исходных характеристик статистически значимых различий между группами по полу, возрасту и основным изученным клиническим показателям выявлено не было ($p>0,05$).



Рисунок 1. Схема комплексной этапной реабилитации детей после хирургического лечения кишечной непроходимости с учётом возрастных особенностей

Реабилитационная модель (рис.1) предусматривала предоперационную подготовку, ранние восстановительные мероприятия, постепенную мобилизацию, поддержку питания и водно-электролитного баланса, контроль кишечной функции и индивидуальные возрастные программы. Отдельные модули адаптированы для возрастов 6–12 месяцев («Первые шаги»), 1–3 года («Активное утро»), 4–7 лет («В ритме роста») и 8–17 лет («Сила и равновесие»).

В ходе наблюдения определяли сроки восстановления перистальтики, самостоятельного стула, исчезновения боли, нормализации аппетита, лабораторные маркеры на пятые сутки, ультразвуковые признаки восстановления моторики, послеоперационные осложнения и продолжительность пребывания в стационаре.

Статистическую обработку данных проводили методами вариационной статистики. Количественные показатели представляли как M±SD, качественные — в виде n (%). Оценивали межгрупповые различия, рассчитывали отношение шансов (OR)**, с**татистическую значимость определяли при p <0,05.

Результат и обсуждение

По результатам сравнительной оценки сроков клинико-функционального восстановления и продолжительности госпитализации детей после хирургического лечения ОКН установлено, что наиболее заметные различия наблюдались по срокам восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника. Так в ОГпризнаки перистальтики возобновлялись в среднем на 1,8 суток раньше, самостоятельный стул — также на 1,8 суток раньше. Болевой синдром разрешался раньше на 1,5 суток, аппетит нормализовывался на 2,1 суток раньше (табл.1).

Полученные данные динамического наблюдения по лабораторным показателям также выявили достоверные различия между сравниваемыми группами (рич.2). Так на пятые послеоперационные сутки уровень лейкоцитов в основной группе составил 8,9±0,6×10⁹/л против 11,2±0,7×10⁹/л в группе сравнения. С-реактивный белок составил соответственно 11,7±0,9 и 18,4±1,2 мг/л. Нормализация электролитов происходила на 3,2±0,3 и 4,8±0,4 сутки.

Таблица 1 Сравнительная оценка сроков клинико-функционального восстановления и продолжительности госпитализации детей после хирургического лечения ОКН (M±SD)

Показатель	ГС (n=96)	ОГ (n=103)	p
Восстановление перистальтики, сутки	4,9±0,4	3,1±0,3	<0,05
Самостоятельный стул, сутки	5,6±0,5	3,8±0,4	<0,05
Купирование боли, сутки	4,2±0,3	2,7±0,2	<0,05
Нормализация аппетита, сутки	6,1±0,5	4,0±0,4	<0,05
Госпитализация, койко-дни	12,4±0,8	9,2±0,6	<0,05

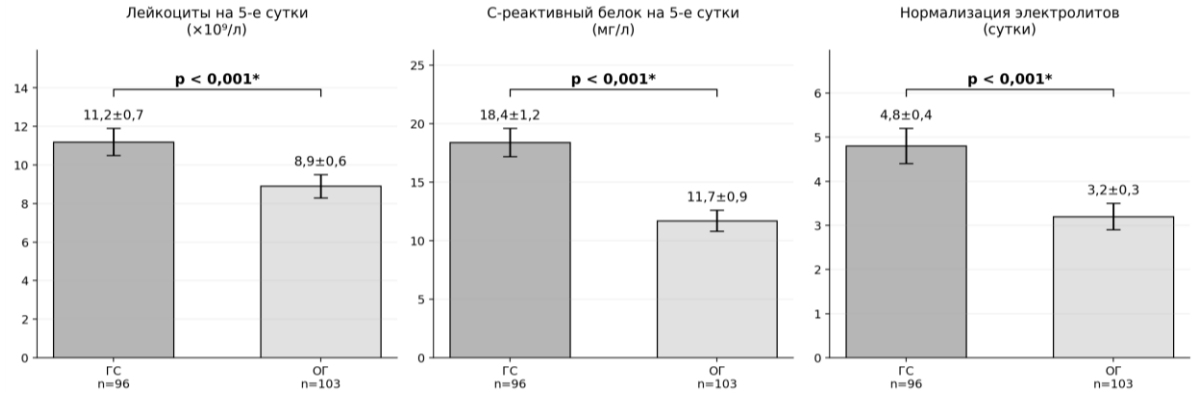


Рисунок 2 Сравнительная динамика лабораторных показателей и сроков нормализации электролитного баланса у детей после хирургического лечения кишечной непроходимости (M±SD)

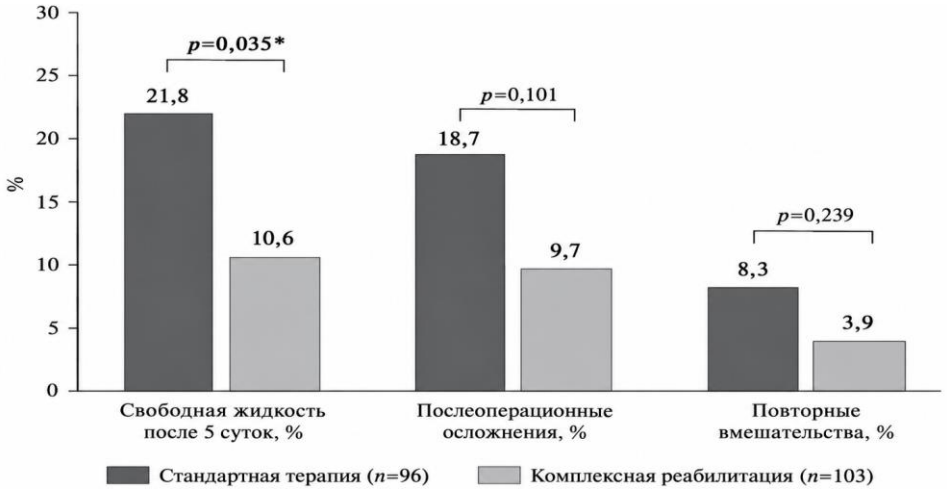


Рисунок 3 Сравнительная оценка частоты послеоперационных осложнений и повторных хирургических вмешательств у детей с кишечной непроходимостью при стандартной терапии и комплексной реабилитации (n=199)

При анализе динамического наблюдения по ультразвуковым данным восстановление перистальтики происходило через 3,0±0,3 суток в основной группе против 4,7±0,4 суток в группе сравнения. Наличие свободной жидкости в брюшной полости после пятых суток отмечено соответственно у 10,6% и 21,8% пациентов. Доля зарегистрированных послеоперационных осложнений составила 9,7% против 18,7%; частота повторных вмешательств — 3,9% против 8,3% (рис.3).

Продолжительность госпитализации (рис.4) уменьшилась с 12,4±0,8 до 9,2±0,6 койко-дня, то есть на 3,2 дня (25,8% по отношению к группе сравнения). Возрастная адаптация программы была одним из её ключевых компонентов. Например, в подгруппе 6–12 месяцев (24 ребёнка стандартного лечения и 27 детей программной реабилитации) восстановление перистальтики сокращалось с 5,2±0,4 до 3,6±0,3 суток, сроки самостоятельного стула — с 6,0±0,5 до 4,1±0,4 суток, госпитализация — с 13,6±0,9 до 10,1±0,7 суток.

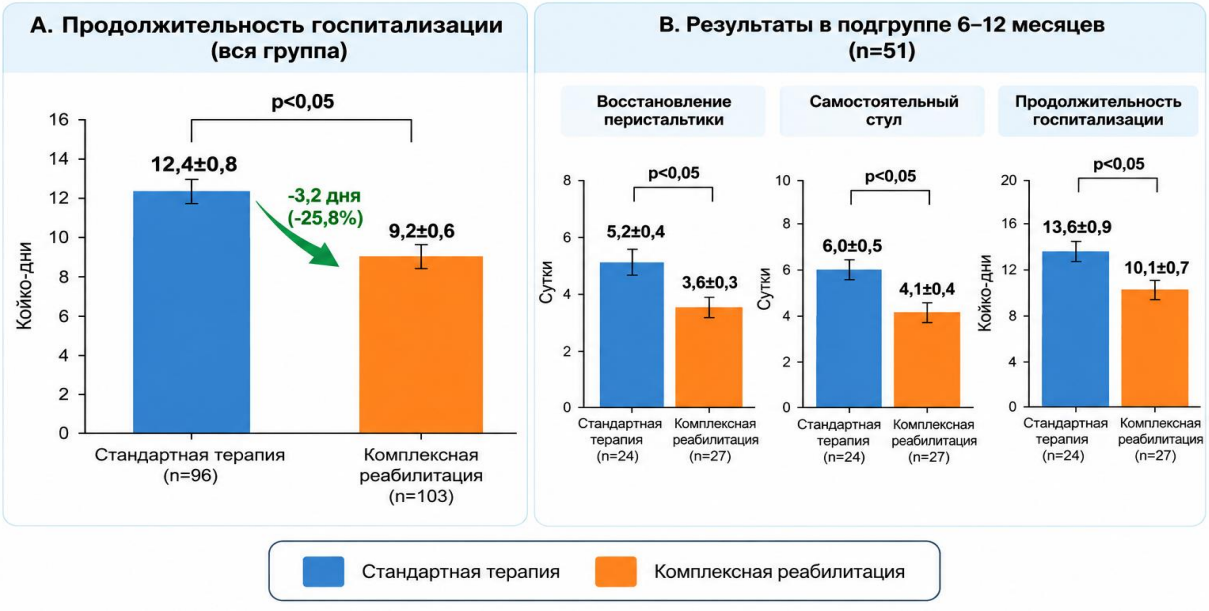


Рисунок 4 Сравнительная оценка продолжительности госпитализации и клинико-функционального восстановления у детей в возрасте 6–12 месяцев после хирургического лечения кишечной непроходимости при стандартной терапии и комплексной реабилитации (M±SD)

Как показали результаты исследования, комплексное сопровождение пациентов после операции показал более раннее восстановление кишечной функции и снижение выраженности воспалительной реакции. Улучшение клинических, лабораторных и ультразвуковых показателей представляет собой убедительную картину восстановления пациентов. Так при интерпретации результатов необходимо учитывать наблюдательный, нерандомизированный дизайн исследования. Даже при сопоставимости основных исходных характеристик нельзя полностью исключить влияние иных факторов, включая тяжесть вмешательства, изменения хирургической практики и индивидуальные особенности пациентов.

Практическая ценность представленной модели состоит в преемственности хирургического и реабилитационного этапов, учёте возраста и использовании измеримых критериев перехода от интенсивного лечения к последующему восстановлению.

Заключение

Применение комплексной этапной реабилитации у детей после хирургического лечения кишечной непроходимости ассоциировалось с более ранним восстановлением перистальтики (3,1±0,3 против 4,9±0,4 суток) и самостоятельного стула (3,8±0,4 против 5,6±0,5 суток). На пятые сутки после операции в основной группе отмечались более низкие уровни лейкоцитов и С-реактивного белка, а нормализация электролитного баланса происходила раньше. Частота послеоперационных осложнений уменьшалась с 18,7% до 9,7%, повторных вмешательств — с 8,3% до 3,9%. Продолжительность стационарного лечения была меньше на 3,2 койко-дня.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Шамсиев А.М., Рахматов Б.Н., Бургутов М.Д., Джураев Р.М. Оптимизация диагностики и лечения острой кишечной непроходимости у детей. Проблемы биологии и медицины. 2015;(1(82)):104–108. doi:10.71337/inlibrary.uz.problems_biology.3920.
2. Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Сувонкулов У.Т., Тагаев И.У. Новые подходы к диагностике и тактике хирургического лечения инвагинации кишечника у детей. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2024;221(1):62–66. doi:10.31146/1682-8658-ecg-221-1-62-66.
3. Смоленцев М.М., Разин М.П., Сухих Н.К. Сравнительная характеристика различных методов хирургического лечения детей со спаечной кишечной непроходимостью. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2015;5(3):20–27. doi:10.17816/psaic185.
4. Нарбаев Т.Т., Маджидов Т.Х., Тураева Ж.Т., Парпиев М.М., Абдукодиров О.А., Абдухакимов А.А. Rehabilitation program for children with anorectal malformation. Актуальные вопросы детской хирургии. 2023;1(1):27–28. doi:10.71337/inlibrary.uz.pediatric-surgery 25165.
5. Рахмонов Д.Р., Хамроев У.А. Тактика предоперационной подготовки при повторной коррекции аноректальных мальформаций у детей. Актуальные вопросы детской хирургии. 2023. С. 57–58. Электронная публикация.
6. Давранов Б.Л., Шамсиев Ж.А., Юсупов Ш.А., Махмудов З.М. Комплексный подход к диагностике и лечению спаечной болезни у детей. Вестник национального детского медицинского центра. 2024. Материалы конференции. С. 11. Электронная публикация.
7. Акилов Х.А., Максумов Г.А. Современные представления о диагностике и тактике лечения инвагинации кишечника у детей. Вестник экстренной медицины. 2024;17(2). doi:10.54185/TBEM/vol17_iss2/a13.

Поступила 20.09.2026