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)

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

2026
Октябрь

Received: 20.09.2026, Accepted: 06.10.2026, Published: 10.10.2026

УЎК 616.34-007.271-053.31-089.168

ТУҒМА ИЧАК ТУТИЛИШИДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИНГ ТУЗИЛМАСИ ВА ХАВФ ОМИЛЛАРИ

[1]Хушбаков Хамза Маматович https://orcid.org/0009-0000-8040-9911
[2]Наврузов Рустам Рашидович https://orcid.org/0000-0002-8848-0795
[1]Азизов Маматкул Курбанович https://orcid.org/0000-0003-4817-5451

[1]Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
[2] Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темур 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Резюме***

Мақсад – туғма ичак тутилиши билан операция қилинган чақалоқларда операциядан кейинги асоратларнинг тузилмаси, частотаси ва уларнинг мустақил хавф омилларини аниқлаш. Материал ва усуллар. 2017–2024 йилларда Самарқанд давлат тиббиёт университети Туғма нуқсонлар марказида операция қилинган 335 нафар чақалоқнинг натижалари таҳлил қилинди. Хавф омиллари кўп омилли логистик регрессия ёрдамида баҳоланди. Натижалар. Асоратлар 254 нафар (75,8%) беморда қайд этилди; улар асосан эксикоз ва ичак парези (27,2%), оғир сувсизланиш (18,8%) ва перитонит (13,1%) кўринишида бўлди. Clavien–Dindo бўйича III–IV даражали асоратлар 12,5% ни ташкил этди. Оғир асоратлар некротик энтероколитда (65,2%) ва пастки ичак тутилишида (39,2%) энг кўп учради. Биринчи 24 соатда операция қилинганларда асоратлар 28,7%, 72 соатдан кейин операция қилинганларда 58,4% ни ташкил этди (p<0,001). Мустақил хавф омиллари: перфорация (OR 5,84), операциянинг 48 соатдан кечикиши (OR 4,15), ичакнинг 50% дан ортиқ резекцияси (OR 3,67), паст тана вазни (OR 3,21), чала туғилиш (OR 2,87), дифференциал ёндашувнинг қўлланилмаслиги (OR 2,58) ва юрак нуқсонлари (OR 2,18). Хулоса. Ўз вақтида операция ва юқори хавфли беморларни эрта аниқлаш асоратларни камайтиришнинг асосий йўналишидир.

Калит сўзлар: туғма ичак тутилиши, операциядан кейинги асоратлар, хавф омиллари, логистик регрессия, янги туғилган чақалоқлар.

СТРУКТУРА И ФАКТОРЫ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

[1]Хушбаков Хамза Маматович https://orcid.org/0009-0000-8040-9911
[2]Наврузов Рустам Рашидович https://orcid.org/0000-0002-8848-0795
[1]Азизов Маматкул Курбанович https://orcid.org/0000-0003-4817-5451

[1]Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
[2]Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Резюме***

Цель – определить структуру и частоту послеоперационных осложнений и их независимые факторы риска у новорождённых, оперированных по поводу врождённой кишечной непроходимости. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 335 новорождённых, оперированных в Центре врождённых пороков Самаркандского государственного медицинского университета в 2017–2024 гг. Факторы риска оценивали методом многофакторной логистической регрессии. Результаты. Осложнения развились у 254 (75,8 %) больных; преобладали эксикоз и парез кишечника (27,2 %), тяжёлая

дегидратация (18,8 %) и перитонит (13,1 %). Осложнения III–IV степени по Clavien–Dindo составили 12,5 %. Тяжёлые осложнения чаще всего отмечались при некротическом энтероколите (65,2 %) и низкой кишечной непроходимости (39,2 %). При операции в первые 24 ч частота осложнений составила 28,7 %, позднее 72 ч – 58,4 % (p<0,001). Независимыми факторами риска были перфорация (OR 5,84), задержка операции более 48 ч (OR 4,15), резекция более 50 % кишечника (OR 3,67), низкая масса тела (OR 3,21), недоношенность (OR 2,87), отказ от дифференцированного подхода (OR 2,58) и пороки сердца (OR 2,18). Заключение. Своевременная операция и раннее выявление больных высокого риска – основное направление снижения осложнений.

Ключевые слова: врождённая кишечная непроходимость, послеоперационные осложнения, факторы риска, логистическая регрессия, новорождённые.

STRUCTURE AND RISK FACTORS OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN CONGENITAL INTESTINAL OBSTRUCTION

[1]*Khushbakov Khamza Mamatovich* https://orcid.org/0009-0000-8040-9911
[2]*Navruzov Rustam Rashidovich* https://orcid.org/0000-0002-8848-0795
[1]*Azizov Mamatkul Kurbanovich* https://orcid.org/0000-0003-4817-5451

[1]Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz
[2]Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ ***Resume***

Aim. To determine the structure and frequency of postoperative complications and their independent risk factors in newborns operated on for congenital intestinal obstruction. Material and methods. Outcomes of 335 newborns operated on at the Centre for Congenital Malformations of Samarkand State Medical University in 2017–2024 were analysed. Risk factors were assessed by multivariable logistic regression. Results. Complications occurred in 254 (75.8 %) patients, mainly dehydration with intestinal paresis (27.2 %), severe dehydration (18.8 %) and peritonitis (13.1 %). Clavien–Dindo grade III–IV complications accounted for 12.5 %. Severe complications were most frequent in necrotising enterocolitis (65.2 %) and lower intestinal obstruction (39.2 %). The complication rate was 28.7 % when surgery was performed within 24 h and 58.4 % after 72 h (p<0.001). Independent risk factors were perforation (OR 5.84), surgery delayed beyond 48 h (OR 4.15), resection of more than 50 % of the bowel (OR 3.67), low birth weight (OR 3.21), prematurity (OR 2.87), absence of a differentiated approach (OR 2.58) and heart defects (OR 2.18). Conclusion. Timely surgery and early identification of high-risk patients are the main ways to reduce complications.

Keywords: congenital intestinal obstruction, postoperative complications, risk factors, logistic regression, newborns.

Долзарблиги

Туғма ичак тутилиши бўйича операция қилинган чақалоқларда ўлим кўрсаткичи сўнгги ўн йилликларда сезиларли пасайган бўлса-да, асоратлар частотаси юқорилигича қолмоқда [1, 2]. Stollman T.H. ва ҳаммуаллифлар ингичка ичак атрезиясида «ўлим камайди, лекин касалланиш ортди» деган хулосага келишган [2]. Асосий асоратлар – анастомоз етишмовчилиги, перитонит, сепсис, узоқ давом этувчи ичак парези, битишмали тутилиш ва қисқа ичак синдроми – касалхонада қолиш муддатини узайтиради ва узоқ муддатли натижаларни ёмонлаштиради [3, 4].

Асоратлар хавфини олдиндан баҳолаш учун перинатал омиллар (гестация ёши, тана вазни), касаллик хусусиятлари (перфорация, резекция ҳажми) ва ташкилий омиллар (операция муддати) нинг мустақил таъсирини аниқлаш зарур [5, 6]. Ушбу омилларни ҳисобга олиш юқори хавфли беморларни эрта ажратиш ва уларга индивидуал тактика қўллаш имконини беради.

Тадқиқотнинг мақсади – туғма ичак тутилиши билан операция қилинган чақалоқларда операциядан кейинги асоратларнинг тузилмаси, частотаси ва уларнинг мустақил хавф омилларини аниқлаш.

Материал ва усуллар

Тадқиқотга 2017–2024 йилларда Самарқанд давлат тиббиёт университети Туғма нуқсонлар марказида туғма ичак тутилиши бўйича операция қилинган 335 нафар чақалоқ киритилди. Нозологик тузилмада туғма юқори ва пастки ичак тутилиши, некротик энтероколит, аноректал нуқсонлар ва Гиршпрунг касаллиги етакчилик қилди. Беморларнинг 153 нафари анъанавий, 182 нафари дифференциал жарроҳлик тактикаси ва босқичма-босқич операциядан кейинги даврни бошқариш дастури асосида даволанди.

Асоратлар вақт бўйича эрта (операциядан кейинги дастлабки 7 кун) ва кеч (8–30-кунлар) асоратларга ажратилди; оғирлиги Clavien–Dindo шкаласи бўйича баҳоланди (III–IV даража – қайта операция ёки реанимация талаб қилган асоратлар). Асоратлар частотаси нозологик шакл, тана вазни, гестация ёши ва туғилгандан операциягача ўтган муддатга қараб таҳлил қилинди.

Ўрганилган хавф омиллари: муддатидан олдин туғилиш (<37 ҳафта), паст тана вазни (≤2500 г), операциянинг 48 соатдан кечикиши, юракнинг туғма нуқсонлари, перфорация мавжудлиги, ичак узунлигининг 50% дан ортиқ резекцияси ва дифференциал ёндашувнинг қўлланилмаслиги. Сифат кўрсаткичлари Пирсоннинг χ^2 мезони билан таққосланди; хавф омиллари кўп омилли логистик регрессия ёрдамида имкониятлар нисбати (OR) ва 95% ишонч оралиғи (95% CI) ҳисобланган ҳолда баҳоланди. Фарқлар $p<0,05$ да ишончли деб ҳисобланди (IBM SPSS Statistics 26.0).

Натижа ва таҳлиллар

Асоратларнинг умумий тузилмаси. Операциядан кейинги турли даражадаги асоратлар 254 нафар (75,8%) беморда қайд этилди, 81 нафар (24,2%) беморда операциядан кейинги давр асоратсиз кечди. Асоратлар тузилмаси 1-жадвалда келтирилган. Энг кўп учраган асоратлар I даражали эксикоз ва ичак парези (27,2%), оғир сувсизланиш (18,8%) ва перитонит (13,1%) бўлди. Перитонит асосан ҳомила ичи перфорацияси (ингичка ичак атрезияси перфорацияси, мекониал перитонит) ва некротик энтероколит перфорацияси бўлган беморларда ривожланди.

1-жадвал

Операциядан кейинги асоратларнинг тузилмаси (n=335)

Асорат тури	n	%
Эксикоз I даража, ичак парези	91	27,2
Оғир сувсизланиш	63	18,8
Перитонит	44	13,1
Аспирацион пневмония	28	8,4
Сепсис	18	5,4
Анастомоз етишмовчилиги	12	3,6
Ингичка ичак некрози	12	3,6
Беморлар, жами асоратлар билан	254	75,8

Изоҳ: битта беморда бир нечта асорат кузатилиши мумкин.

Эрта асоратлар 158 нафар (47,2%), кеч асоратлар 83 нафар (24,8%) беморда аниқланди. Эрта асоратлар гемодинамик беқарорлик, нафас бузилишлари, эрта инфекцион асоратлар ва анастомоз муаммоларини, кеч асоратлар эса анастомоз стенози, битишмали тутилиш, нутритив етишмовчилик ва узоқ давом этувчи инфекцион асоратларни ўз ичига олди. Clavien–Dindo бўйича III–IV даражали асоратлар 42 нафар (12,5%) беморда кузатилди.

Нозологик шаклларга боғлиқлик. Оғир асоратлар частотаси нозологик шаклга кўра сезиларли фарқ қилди (2-жадвал). Энг юқори кўрсаткич некротик энтероколитда (65,2%), энг пасти аноректал нуқсонларнинг пастки турида (11,4%) қайд этилди; кейинги гуруҳда колостоманинг ҳаётнинг дастлабки 24–48 соатида шакллантирилиши асоратлар хавфини камайтирди.

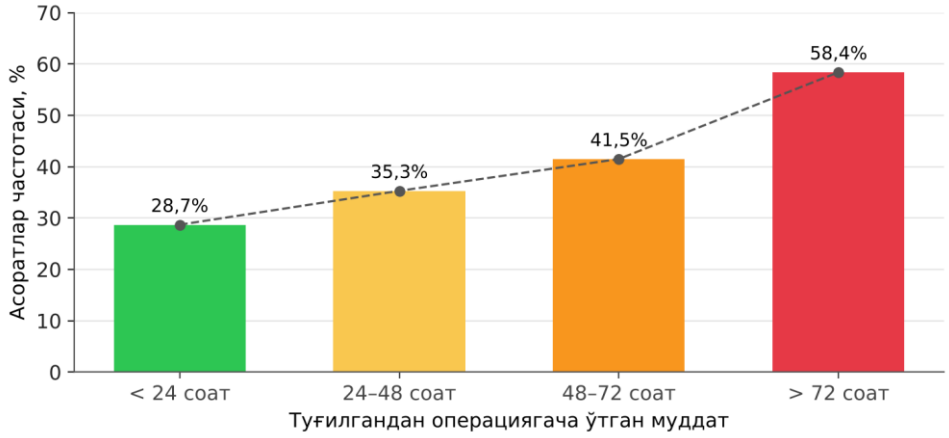
2-жадвал

Асосий нозологик шакллар бўйича оғир асоратлар частотаси

Нозологик шакл	Беморлар, n	Оғир асоратлар, n	%
Некротик энтероколит	46	30	65,2
Туғма пастки ичак тутилиши	102	40	39,2
Туғма юқори ичак тутилиши	105	33	31,4
Гиршпрунг касаллиги	19	5	26,3
АРН, пастки тури	44	5	11,4

Перинатал омиллар. Оғир асоратлар частотаси тана вазни камайиши билан ортди: тана вазни 1500 г дан кам беморларда (n=4) 100%, 1500–2500 г бўлганларда 51,7%, 2500 г дан ортиқ бўлганларда 31,2%. Муддатидан олдин туғилган чақалоқларда асоратлар 56,9%, муддатида туғилганларда 31,5% ни ташкил этди (p<0,001).

Операция муддати. Туғилгандан операциягача ўтган вақт ортиши билан асоратлар частотаси деярли икки баробар ошди: биринчи 24 соатда операция қилинганларда 28,7%, 24–48 соатда 35,3%, 48–72 соатда 41,5% ва 72 соатдан кейин 58,4% (p<0,001; 1-расм).



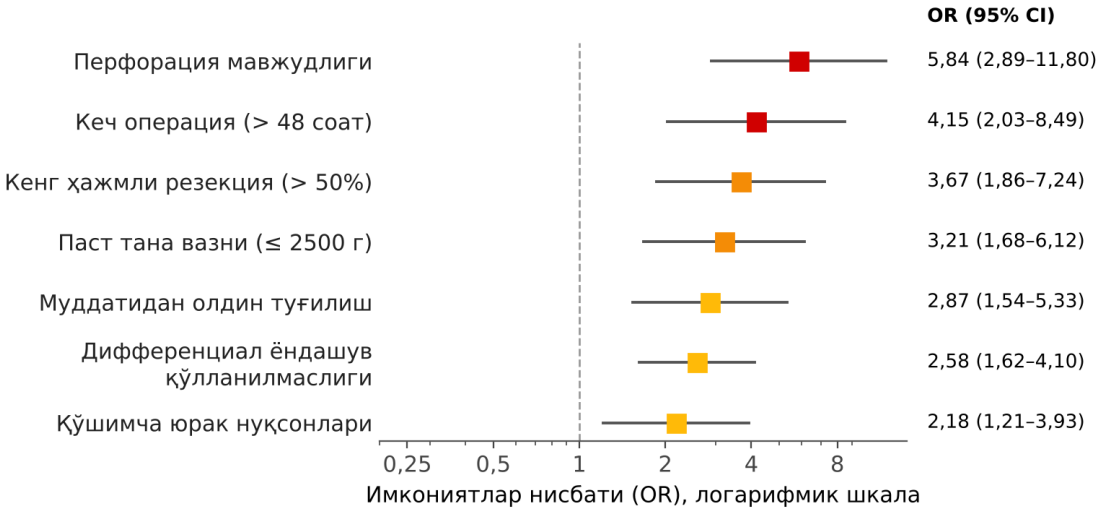
1-расм. Туғилгандан операциягача ўтган муддатга қараб асоратлар частотаси, %

Кўп омилли таҳлил. Логистик регрессия натижасида еттита мустақил хавф омили аниқланди (3-жадвал, 2-расм). Энг кучли омил перфорация мавжудлиги бўлди (OR 5,84), ундан кейин операциянинг 48 соатдан кечикиши (OR 4,15) ва кенг ҳажмли резекция (OR 3,67) турди. Дифференциал ёндашувнинг қўлланилмаслиги перинатал омилларга боғлиқ бўлмаган ҳолда асоратлар хавфини 2,58 марта оширди.

3-жадвал

Ноқулай клиник натижаларнинг мустақил хавф омиллари (кўп омилли логистик регрессия)

Хавф омили	OR	95% CI	p
Перфорация мавжудлиги	5,84	2,89–11,80	<0,001
Операциянинг 48 соатдан кечикиши	4,15	2,03–8,49	<0,001
Ичак узунлигининг >50% резекцияси	3,67	1,86–7,24	<0,001
Паст тана вазни (≤2500 г)	3,21	1,68–6,12	<0,001
Муддатидан олдин туғилиш (<37 ҳафта)	2,87	1,54–5,33	<0,001
Дифференциал ёндашувнинг қўлланилмаслиги	2,58	1,62–4,10	<0,001
Юракнинг туғма нуқсонлари	2,18	1,21–3,93	0,009



2-расм. Ноқулай натижаларнинг мустақил хавф омиллари: имкониятлар нисбати ва 95% ишонч оралиғи

Аниқланган омиллар асосида юқори хавфли беморлар (бир ёки бир нечта омил мавжуд бўлганда) учун кенгайтирилган операция олди тайёргарлиги, мультидисциплинар консилиум, кучайтирилган мониторинг ва индивидуал операциядан кейинги бошқарув режаси жорий этилди. Хусусан, муддатидан олдин туғилган чақалоқларда тайёргарлик 24–48 соатгача узайтирилди, паст тана вазнли беморларда бирламчи анастомоз ўрнига Bishop–Koop типидаги стома афзал кўрилди.

Клиник кузатув. Бемор Б., 19 кунлик, тана вазни 2600 г, гестация ёши 37 ҳафта. Онада ҳомиладорлик гестоз билан кечган. Туғилгандан кейин меконий ажралиши кечиккан, 5-кундан қусиш, кейинги кунларда қориннинг зўрайиб борувчи дамланиши кузатилган, бироқ тиббий ёрдамга ўз вақтида мурожаат қилинмаган. Клиникага жуда оғир ҳолатда, яққол сувсизланиш, қорин мушакларининг таранглиги ва перистальтика эшитилмаслиги билан келтирилди; лейкоцитлар $13{,}8\times10^{9}$/л, прокальцитонин юқори, метаболик ацидоз аниқланди. Шошилинч лапаротомияда тарқалган йирингли перитонит ва ёнбош ичак перфорацияси топилди; ингичка ичак резекцияси, охири-ёнга Т-симон илео-илеоанастомоз, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш бажарилди. Морфологик текширувда некроз белгилари бўлган III тур атрезия тасдиқланди. Парентерал овқатлантириш 7 кун давом этди, интенсив терапия 19 кун ўтказилди. Ушбу кузатув бир беморда бир нечта хавф омиллари – перфорация, операциянинг кечикиши ва кенг ҳажмли резекция – бирга келганда операциядан кейинги давр қанчалик оғир кечишини яққол кўрсатади.

4-жадвал

Эрта ва кеч асоратлар ҳамда уларнинг оғирлиги (n=335)

Кўрсаткич	n	%
Эрта асоратлар (1–7-кунлар)	158	47,2
Кеч асоратлар (8–30-кунлар)	83	24,8
Clavien–Dindo III–IV даража	42	12,5
Қайта операция (релапаротомия)	18	5,4
Асоратсиз кечиш	81	24,2

МУҲОКАМА

Тадқиқотимизда асоратларнинг умумий частотаси (75,8%) юқори бўлиб, бу асосан енгил ва ўткинчи асоратлар – эксикоз ва ичак парези ҳисобига шаклланди. Clavien–Dindo бўйича III–IV даражали асоратлар 12,5% ни ташкил этди, бу Singh Sh. ва ҳаммуаллифлар ҳамда бошқа учламчи марказлар маълумотларига яқин [1, 3]. Асоратларни қайд этишда енгил ҳолатларнинг ҳам ҳисобга олиниши турли тадқиқотлар натижаларини таққослашда эътиборга олиниши лозим.

Перфорация энг кучли хавф омили бўлиб чиқди. Ҳомила ичи ёки операциядан олдинги перфорация перитонит, сепсис ва кенг ҳажмли резекция заруратига олиб келади [4, 7]. Шу сабабли

пастки ичак тутилиши ва некротик энтероколитда рентгенологик пневмоперитонеум белгиларини эрта аниқлаш ва шошилинч операция ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Операция муддатининг асоратлар частотасига таъсири ташкилий омилларнинг аҳамиятини кўрсатади. Беморларимизнинг аксарияти қишлоқ жойларидан келгани ва узоқ масофага ташилгани туфайли операция кечикди. Kim H.Y. ва ҳаммуаллифлар ҳам паст тана вазнли чақалоқларда операция кечикишининг ноқулай таъсирини қайд этишган [6]. Антенатал ташхис ва туғруқни ихтисослашган марказда режалаштириш бу омилни камайтириш имконини беради.

Паст тана вазни ва чала туғилишнинг мустақил хавф омили эканлиги адабиёт маълумотларига мос келади [5, 6]. Бундай беморларда ичак деворининг етилмаганлиги, иммун тизимининг заифлиги ва ҳарорат бошқарувининг бузилиши анастомоз етишмовчилиги ва инфекцион асоратлар хавфини оширади. Yamoto M. ва ҳаммуаллифлар анастомоз асоратларининг асосий хавф омиллари сифатида проксимал ва дистал сегментлар диаметридаги катта фарқ ва перфорацияни кўрсатишган [8].

Дифференциал ёндашувнинг қўлланилмаслиги мустақил хавф омили сифатида аниқлангани ташкилий ва тактик чора-тадбирлар – операция муддатини индивидуал белгилаш, чок материалини танлаш, балансли анестезия ва эрта энтерал овқатлантириш – асоратларни камайтиришда муҳим ўрин тутишини кўрсатади [9, 10].

Тадқиқотнинг чекловлари: бир марказли ретроспектив-проспектив дизайн, гуруҳларнинг рандомизация қилинмаганлиги ва енгил асоратларни қайд этиш мезонларининг турли тадқиқотларда фарқ қилиши.

ХУЛОСАЛАР

1. Туғма ичак тутилиши бўйича операция қилинган чақалоқларда асоратлар 75,8% беморда ривожланади; уларнинг асосий қисми енгил ва ўткинчи бўлиб, Clavien–Dindo бўйича III–IV даражали асоратлар 12,5% ни ташкил этади.

2. Оғир асоратлар некротик энтероколит (65,2%) ва пастки ичак тутилишида (39,2%) энг кўп учрайди.

3. Операциянинг кечикиши асоратлар частотасини 28,7% дан (биринчи 24 соат) 58,4% гача (72 соатдан кейин) оширади ($p<0,001$).

4. Ноқулай натижаларнинг мустақил хавф омиллари – перфорация (OR 5,84), операциянинг 48 соатдан кечикиши (OR 4,15), ичакнинг 50% дан ортиқ резекцияси (OR 3,67), паст тана вазни (OR 3,21), чала туғилиш (OR 2,87), дифференциал ёндашувнинг қўлланилмаслиги (OR 2,58) ва юрак нуқсонлари (OR 2,18).

5. Бир ёки бир нечта хавф омили бўлган беморлар юқори хавф гуруҳига ажратилиши ва уларда кенгайтирилган тайёргарлик, мультидисциплинар ёндашув ва индивидуал операциядан кейинги бошқарув режаси қўлланилиши лозим.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Singh Sh., Srivastav S., Agarwal N. et al. Neonatal Intestinal Obstruction: Etiology, Management, and Outcomes in a Tertiary Care Center // Cureus. 2024;16(6):62-971.
2. Stollman T.H., de Blaauw I., Wijnen M.H. et al. Decreased mortality but increased morbidity in neonates with jejunoileal atresia // J Pediatr Surg. 2021;56(1):56-61.
3. Koenig S.M., Russell R.T., Quevedo O.G., Chen M.K. Intestinal Atresias: A Ten-Year Evaluation of Outcomes // J Surg Res. 2024;296:130-134.
4. Степаненко Н.С., Гладкий А.П., Хагуш С.Л. Факторы риска неблагоприятных исходов при врождённой кишечной непроходимости // Детская хирургия. 2021;25(4):200-207.
5. Zhang H., Wang J., Zhou W. et al. Prognostic factors in neonatal jejunoileal atresia: a multicenter study // BMC Pediatr. 2022;22:502.
6. Kim H.Y., Jung S.E., Lee S.C. Surgical outcomes of intestinal atresia in low birth weight infants // J Pediatr Surg. 2021;56(3):510-515.
7. Хворостов И.Н., Дамиров О.Н., Смирнов И.В. Прогнозирование осложнений при хирургическом лечении атрезии кишечника у новорождённых // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2023;1:102-109.
8. Yamoto M., Urusihara N., Fukumoto K. et al. Risk factors and prevention of anastomotic complications in intestinal atresia // Pediatr Surg Int. 2021;37(1037–1044).
9. Шамсиев Ж.А., Зайниев С.С., Раззоқов А.А. Туғма ичак тутилишида хавф омилларининг даволаш натижаларига таъсири // Самарқанд давлат тиббиёт институти ахборотномаси. 2023;2:70-77.
10. Зайниев С.С., Шамсиев А.М., Бургутов М.Д. Неонатал жарроҳликда операциядан кейинги асоратлар таҳлили // Журнал теоретической и клинической медицины. 2021;5:40-46.

Қабул қилинган сана 20.09.2026