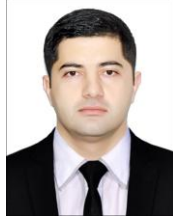




**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI**  
**JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**  
**2 - TOM, MAXSUS SON-2. 2026**  
**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

**UDK: 616.34-002-06:616.34-007.272**

**ICHAKLAR CHANDIQLANISH MUAMMOSINING UCHRASHI VA UNGA OLIB  
KELUVCHI OMILLAR BO‘YICHA ZAMONAVIY MA‘LUMOTLAR**



**Kibriyev Behro‘z Abdurahmonovich**

[Kibriev1991@gmail.com](mailto:Kibriev1991@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0002-4505-8663>

**Termiz iqtisodiyot va servis universiteti**

**Tibbiyot fakulteti**

**Annotatsiya**

Ushbu maqola hozirgi kunda tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri hisoblangan ichak chandiqlanish muammosining uchrashi va unga olib keluvchi muammolarga bag‘ishlanadi. Ichak devori epiteliy, biriktiruvchi to‘qima va mushak qatlamlaridan iborat. Shilliq qavat sirtida burmalar, kriptalar va ingichka ichak yorsinkalari mavjud. Asosan surunkali yallig‘lanish jarayonlari davomida ichakda chandiqlanish rivojlanadi. Ayniqsa, Kron kasalligi kabi ichak yallig‘lanishi bilan kechadigan holatlarda, regeneratsiya vaqtida to‘qimaning normal arxitekturasi tiklanmasa, hujayradan tashqari matritsaning ortiqcha cho‘kishi va miofibroblastlarning to‘planishi chandiqlik hosil bo‘lishiga olib keladi.

**Kalit so‘zlar:** kron kasalligi, bitishmali ichak tutilishi, rentgenoskopiya, adgeziya, anostomoz.

**Abstract**

This article is devoted to the occurrence of intestinal scarring, which is currently considered one of the urgent problems in medicine, as well as to the factors that lead to its development. The intestinal wall consists of epithelial, connective tissue, and muscular layers. The mucosal surface contains folds, crypts, and villi of the small intestine. Intestinal scarring mainly develops during chronic inflammatory processes. In particular, in conditions associated with intestinal inflammation, such as Crohn’s disease, if the normal architecture of the tissue is not restored during regeneration, excessive deposition of the extracellular matrix and accumulation of myofibroblasts lead to scar formation.

**Keywords:** Crohn’s disease, adhesive intestinal obstruction, fluoroscopy, adhesion, anastomosis.

**Аннотация**

Данная статья посвящена проблеме рубцевания кишечника, которая в настоящее время считается одной из актуальных проблем медицины, а также факторам, приводящим к её развитию. Стенка кишечника состоит из эпителиального, соединительнотканного и мышечного слоёв. На поверхности слизистой оболочки имеются складки, крипты и ворсинки тонкой кишки. Рубцевание кишечника в основном развивается в ходе хронических воспалительных процессов. Особенно при заболеваниях, сопровождающихся воспалением кишечника, таких как болезнь Крона, если в процессе регенерации не восстанавливается нормальная архитектура ткани, избыточное отложение внеклеточного матрикса и накопление миофибробластов приводят к формированию рубцовой ткани.



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-2. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

**Ключевые слова:** болезнь Крона, спаечная кишечная непроходимость, рентгеноскопия, адгезия, анастомоз.

## **Tadqiqot dolzarbligi**

Oshqozon ichak traktining shilliq qavati doimiy ravishda ekzogen va endogen omillar ta'sirida bo'lib, bu omillar turli patogenetik mexanizmlar orqali uning shikastlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Hozirgi kunda o'n ikki barmoqli ichak, antrum va pilorusning doimiy shikastlanishi eng ko'p uchraydigan holat bo'lib, kron kasalligi bilan kasallangan bemorlarda o'n ikki barmoqli ichak zararlanishi 60 foizgacha uchraydi. So'nggi yillarda rivojlanib kelayotgan rentgenoskopiya yordamida kron kasalligining bir necha morfologik o'zgarishlarini aniqlash mumkin.

## **Tadqiqot maqsadi**

So'nggi o'n yillikda tibbiyotda dolzarb masalalardan biri hisoblangan ichaklar chandiqlanish muammosining uchrashi va unga olib keluvchi omillar bo'yicha zamonaviy ma'lumotlarni o'rganish va ularni tahlil qilish.

Samarsev V.A ta'kidlashicha, qorin bo'shlig'iga o'tkazilgan jarrohlik amaliyotlari aksariyat bemorlarda (60-80%) bitishmalar hosil bo'ladi va bu ko'pincha uzoq vaqt saqlanib qoladi. Styajkina S. N. (2020) bitishmalar ko'pincha qorin bo'shlig'ida amalga oshirilgan operatsiyalardan so'ng, ayniqsa, qorin pardasining mexanik shikastlanishi va qurishi natijasida paydo bo'ladi.

Ichak faoliyatining murakkabligi uning shilliq qavatini tashkil etuvchi qismlarning arxitekturaviy xilma-xilligiga bog'liq. Ichak devori epiteliy, biriktiruvchi to'qima va mushak qatlamlaridan iborat. Shilliq qavat sirtida burmalar, kriptalar va ingichka ichak vorsinkalari mavjud.

Kron kasalligi (KK) —surunkali oshqozon-ichak traktining qaytalanuvchi kasalligi bo'lib og'iz bo'shlig'idan anusgacha va ichakning har qanday qismida uchraydi. Ushbu jarayon ichak shilliq qavati, submukoza va muskul qavatlarning zararlanishiga olib keladi, bu esa ichakning normal funksiyalarini buzadi. Kasallik nafaqat mahalliy, balki tizimli asoratlarni ham rivojlantirishi mumkin. Kron kasalligi bilan og'rikan bemorlarning aksariyati, kasallik boshlangandan keyin penetratsion shakllarning rivojlanishi natijasida hayot davomida jarrohlik aralashuviga muhtoj bo'lishadi. Bu holat kasallikning og'ir kechishi va ichakda tiklanmas jarohatlar paydo bo'lishiga olib keladi.

Bolalar va o'smirlarda Kron kasalligi ko'pincha og'ir shakllarda kechadi. Ushbu yosh guruhida ichakning keng shikastlanishi, kasallikning yuqori faolligi, jismoniy rivojlanishning kechikishi va kattalarga qaraganda yanada agressiv kechishi ko'p uchraydi. Shuningdek, ichakda chandiqli asoratlarning rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi.

Rentgenoskopiya yordamida Kron kasalligining bir necha morfologik o'zgarishlarini aniqlash mumkin. Ushbu o'zgarishlar ichakda tugunsimon relyefning mavjudligi, yaralar, ichak tutqichi chetining qattiqligi va qarama-qarshi chetining bo'rtib ketishi bilan tavsiflanadi. Diametri 1 sm dan oshmaydigan nuqsonlar ko'pincha ichak devorining shilliq osti qatlamining shishishi, shilliq qavatning atrofiyasi va chandiqlari bilan birlashishi natijasida yuzaga keladi. Kron kasalligi transmural yallig'lanishni keltirib chiqaradi ya'ni ovqat hazm qilish traktining barcha qatlamlariga ta'sir qiladi. Shu sababli, u ko'pincha davolashga qaramay, ichakning chandiqli stenoz va yarali jarayonlar tufayli devorning teshilishi bilan jarrohlik asoratlarning (chandiqlar va ichak tutilishlari) rivojlanishiga olib keladi.

Ichakda chandiqlar xosil bo'lishining asosiy sabablaridan biri bu qorin bo'shlig'i tuberkulyozi hisoblanadi. Qorin bo'shlig'i tuberkulyozi — bu o'pkadan tashqari tuberkulyoz shakllari orasida eng ko'p uchraydigani bo'lib, u deyarli barcha ichki organlarga patologik ta'sir ko'rsatishi mumkin. Klinik jihatdan bu kasallik uchta asosiy shaklda namoyon bo'ladi:

1. Yarali turi (60%) – asosan och va yonbosh ichakka ta'sir qiladi; bu shakl bir yoki bir nechta chuqur shilliq qavat yaralari bilan xarakterlanadi.



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-2. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

2. Yarali-gipertrofik turi (30%) – ichak devorining qalinlashishi bilan birga yiringli yaralar bilan namoyon bo‘ladi.

3. Gipertrofik turi (10%) – ichak devorining sezilarli darajada qalinlashuvi va chandiqlanishi bilan tavsiflanadi.

Ushbu klinik shakllarning asoratlari ko‘p hollarda o‘xshash bo‘lib, ichak teshilishi, ichki qon ketish va fistula hosil bo‘lishi kabi xavfli holatlarni o‘z ichiga oladi.

Ingichka ichakdagi yara chandiqlarining morfologik tuzilishini o‘rganilganda, so‘rilishi mumkin bo‘lgan katgut ipining to‘qimalarda ayniqsa, ip qolgan sohada, aniq aseptik yallig‘lanish reaksiyasini keltirib chiqarishi va bunda massiv limfoid infiltratsiyaning paydo bo‘lishi aniqlangan. Bu holat, ipning to‘qimalarda qolishi natijasida yallig‘lanish jarayonining boshlanishiga va so‘nggi chandiqlanishning morfologik xususiyatlariga ta‘sir ko‘rsatadi. Anastomozdan so‘ng organizatsiyalanmagan to‘qimalarning diffuziya qobiliyatining yomonlashishi natijasida to‘qimalarga kislorod etkazib berishning kamayishi va bu esa nekrobioz holatining rivojlanishiga sabab bo‘ladi. Kislorodning tarangligining pasayishi, kislorod diffuziya koeffitsienti va pH darajasining kamayishi, ayniqsa dastlabki 3 kun ichida ikki qatorli tikuvlarda deformatsiyalarning paydo bo‘lishi, anastomozning torayishi, tikuv kanalining infeksiyasi, choklar orasida bo‘shliqlar mikroabscesslarning hosil bo‘lishiga olib keladi.

Samarsev V. A (2019) qorin bo‘shlig‘iga o‘tkazilgan jarrohlik amaliyotlari aksariyat bemorlarda (60–80 %) bitishmalar hosil bo‘ladi va bu holat ko‘pincha uzoq vaqt saqlanib qoladi. Bitishmalar rivojlanganda ko‘pincha qorin sohasida og‘riqlar, ingichka ichakning o‘tmasligi kabi muammolar kuzatiladi. Tadqiqotlarga ko‘ra, ichki adgeziya ayollarda 23 % hollarda bepushtlikka olib kelishi mumkin. Bitishmalar operatsiyadan so‘ng bemorlarning 56 % ida ingichka ichak tutilishiga sabab bo‘ladi. Qolaversa, qorin bo‘shlig‘i operatsiyalaridan keyin 57 % hollarda surunkali qorin og‘riqlari shakllanishiga ham olib kelishi mumkin.

Styajkina S. N. (2020) bitishmalar ko‘pincha qorin bo‘shlig‘ida amalga oshirilgan operatsiyalardan so‘ng, ayniqsa, qorin pardasining mexanik shikastlanishi va qurishi natijasida paydo bo‘ladi. Ular, odatda, o‘tkir va yiringli appenditsit, o‘tkir ichak tutilishi, qorin bo‘shlig‘iga qon quyilishi, qorin a‘zolarining yallig‘lanishi (masalan, appendikulyar infiltrat yoki bachadon qo‘shimchalari yallig‘lanishi), peritonitdan keyingi holatlar, operatsiyadan so‘nggi ichak parezi, qorin bo‘shlig‘ida begona jismlar mavjudligi va to‘qimalarda mahalliy ishemiya bilan bog‘liq bo‘ladi.

Antonyan S.J., (2017) o‘tkir bitishmali ingichka ichak tutilishi tibbiyotda tez-tez uchraydigan holatlardan biridir. Hozirgi zamonaviy davolash usullarining rivojlanganiga qaramay, bu kasallikning o‘lim darajasi hali ham yuqori bo‘lib 5,2% dan 28,4% gacha yetadi.

Olib borilgan o‘rganish va tadqiqotlarga ko‘ra bitishma shakllanishining asosiy omillari quyidagilardan iborat:

1. Jarrohlikdan keyingi holatlar: qorin bo‘shlig‘i bitishmalarining aksariyati (taxminan 90%) ilgari o‘tkazilgan, ayniqsa laparotomiya usulidagi operatsiyalar natijasida yuzaga keladi.

2. Yallig‘lanish yoki infeksiyadan keyingi sabablar: ayollarda endometrioz va tos a‘zolari infeksiyalari eng ko‘p uchraydigan nojarrohlik sabablar sanaladi. Bundan tashqari, divertikulyar kasallik, Kron kasalligi va endemik hududlarda uchraydigan qorin tuberkulyozi ham bitishmalar rivojlanishiga olib keladi.

3. Radiatsiya natijasida kelib chiqqan holatlar: onkologik kasalliklarni davolash uchun qorin sohasiga nurlantirish bitishmali asoratlar rivojlanishiga sabab bo‘lishi mumkin, ularning og‘irligi nurlanish sohasining hajmi va umumiy dozaga bog‘liq.

Bitishmali ichak tutilishi (BIT) polietiologik kasallik hisoblanadi, ya‘ni uning rivojlanishiga sabab bo‘ladigan omillar ko‘p sonlidir. Ushbu omillarga ichakning mexanik shikastlanishi, ayrim ekzogen kimyoviy moddalar tomonidan ichak devoriga ko‘rsatiladigan agressiv ta‘sir, qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining yallig‘lanish kasalliklari, ichak parezi, ichakda chandiqlanish jarayonlari va boshqa qo‘shimcha noqulay sharoitlar kiradi. Natijada ichak tutilishi kabi jiddiy asoratlar yuzaga



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-2. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

keladi. Bitishmali ichak tutilishi asosan ingichka ichak rezektsiyasi natijasida yuzaga keladigan ko‘p uchraydigan holat hisoblanadi. Jarrohlik amaliyotidan keyingi BIT kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning taxminan 16% ini tashkil qiladi va uning takrorlanish xavfi yuqori bo‘lganligi sababli kasallanish va o‘limni sezilarli darajada oshiradi.

O‘tkir ichak tutilishi ingichka ichakda bitishmalar hosil bo‘lishini o‘z ichiga oladi. Ichak tutilishining boshqa turlari orasida bitishmali ichak tutilishining ulushi 30–40% ni tashkil qiladi. Ayniqsa, ochiq jarrohlik amaliyotidan so‘ng bu holatning uchrashi tez-tez kuzatiladi va ko‘rsatkichlar jarrohlik kasalligiga qarab 5,7% dan 14,2% gacha o‘zgarib turadi.

Mezoteliyning shikastlanishi natijasida plazminogen faollashtiruvchilari manbai yo‘qoladi va bu holat plazminogen faollashtiruvchi ingibitorlari miqdori ortadi. Natijada fibrinoliz jarayoni pasayadi va fibrin matritsasi barqarorlashadi. Bu bosqichdan keyin fibroblastlar faol ko‘payib, hujayradan tashqari matritsa jumladan kollagen moddasini to‘playdi, bu esa bitishmalar shakllanishiga olib keladi. Natijada lipidlarning peroksidlanish jarayonlari va sitokinlar o‘rtasidagi o‘zaro kooperativ ta‘sir izdan chiqadi, bu esa erkin radikal jarayonlarning kuchayishiga olib keladi. Buning natijasida oqsillarning oksidlovchi modifikatsiyasi yuzaga keladi hamda ingichka ichak devorlarida patomorfologik o‘zgarishlar rivojlanadi. Ushbu holatlar to‘qimalarning struktura va funksiyasini buzib, yallig‘lanishning chuqurlashishiga va tiklanish jarayonining sekinlashishiga sabab bo‘ladi.

## NATIJALAR

Tahlillar shuni ko‘rsatadiki, ichaklar chandiqlanishi asosan surunkali yallig‘lanish, jarrohlik shikastlanishi, ishemiya, infeksiya va regeneratsiya jarayonining buzilishi natijasida rivojlanadi. Bu jarayon ichak devorida kollagen va hujayradan tashqari matritsaning ortiqcha to‘planishi, miofibroblastlar faollashuvi hamda fibroz to‘qima hosil bo‘lishi bilan tavsiflanadi.

Ichak chandiqlanishining eng ko‘p uchraydigan klinik shakllaridan biri Kron kasalligida rivojlanadigan fibrostenoz jarayondir. Ilmiy ma‘lumotlarga ko‘ra, Kron kasalligi bilan og‘rigan bemorlarning taxminan 35% ida tashxisdan keyingi 10 yil ichida ichak strikturalari shakllanishi mumkin. Bu holat ichak lümenining torayishi, ovqat hazm bo‘lishining buzilishi, qorin og‘rig‘i va ichak tutilishi xavfini oshiradi.

Jarrohlik amaliyotlaridan keyingi bitishmalar ham ichak chandiqlanishining muhim sabablaridan biridir. Qorin bo‘shlig‘i operatsiyalaridan so‘ng hosil bo‘ladigan adgeziyalar bemorlarda surunkali qorin og‘rig‘i, ichak harakati buzilishi va bitishmali ichak tutilishiga olib kelishi mumkin. Ayrim ma‘lumotlarga ko‘ra, bitishmali ichak tutilishi bilan operatsiya qilingan bemorlarning 10–30% ida qayta jarrohlik amaliyoti talab qilinadi.

Ichak chandiqlanishi klinik jihatdan qorin dam bo‘lishi, ovqatdan keyingi og‘riq, meteorizm, ich kelishining buzilishi, ko‘ngil aynishi, vazn kamayishi va ichak tutilishi belgilari bilan namoyon bo‘ladi. Diagnostikada KT-enterografiya, MRT-enterografiya, endoskopiya, rentgen kontrast tekshiruvlar va laborator yallig‘lanish markerlari muhim o‘rin tutadi. Biroq fibroz va faol yallig‘lanishni aniq farqlash hanuz dolzarb muammo bo‘lib qolmoqda.

## MUHOKAMA

Ichaklar chandiqlanishi zamonaviy gastroenterologiya va jarrohlikda muhim klinik muammo hisoblanadi. Bu jarayon dastlab organizmning shikastlangan to‘qimani tiklashga qaratilgan tabiiy javobi sifatida boshlanadi, ammo yallig‘lanish uzoq davom etsa yoki regeneratsiya noto‘g‘ri kechsa, ortiqcha fibroz to‘qima hosil bo‘ladi. Natijada ichak devori qalinlashadi, elastikligi kamayadi va ichak lümeni torayadi.

Kron kasalligida chandiqlanish ayniqsa xavfli, chunki yallig‘lanish ichak devorining barcha qatlamlarini qamrab oladi. Bunday holatda fibroblast va miofibroblastlar faollashib, kollagen ishlab chiqarilishi kuchayadi. Bu esa striktura, ichak tutilishi va jarrohlik muolajasiga ehtiyojni oshiradi.



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, MAXSUS SON-2. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Jarrohlikdan keyingi adgeziyalar ham katta amaliy ahamiyatga ega. Operatsiya vaqtida qorin parda shikastlanishi, infeksiya, qon ketish yoki to‘qimalarga qo‘pol munosabat bitishmalar rivojlanishiga sabab bo‘lishi mumkin. Shu bois zamonaviy jarrohlikda minimal invaziv usullar, atraumatik texnika va adgeziya profilaktikasi muhim hisoblanadi.

Bugungi kunda ichak chandiqlanishini to‘liq yo‘qotuvchi maxsus dori vositasi keng amaliyotga kirmagan. Davolashda yallig‘lanishni nazorat qilish, fibroz-stenozni erta aniqlash, endoskopik ballon dilatatsiyasi yoki zarur hollarda jarrohlik davolash qo‘llaniladi. Kelajakdagi ilmiy izlanishlar antifibrotik terapiya, biomarkerlar va mikrobiotani tiklash yo‘nalishlariga qaratilmoqda.

## Xulosa

Shunday qilib, asosan oshqozon-ichak traktining surunkali yallig‘lanish jarayonlari davomida ichakda chandiqlar rivojlanadi. Ayniqsa Kron kasalligi kabi ichak yallig‘lanishi bilan kechadigan holatlarda. So‘nggi yillarda ichakda chandiqlar rivojlanishini aniqlashning asosiy usullaridan biri bu rentgenoskopiya hisoblanadi. Bir necha yillar davomida ko‘plab mashhur shifokorlar qorin bo‘shlig‘ida o‘tkazilgan jarrohlik amaliyotlari mobaynida ko‘plab ma‘lumotlarni va zamonaviy usullarni aniqlaganlar va tadqiqotlar olib borganlar. Masalan, bitishmali ichak tutilishida operatsiya tashxis qo‘yilgandan so‘ng zudlik bilan bajariladi. Operatsiya turi esa intraoperatsion holat, bemorning fiziologik ko‘rsatkichlariva jarrohning texnik imkoniyatlariga qarab tanlanadi. Qo‘llanilishi mumkin bo‘lgan asosiy jarrohlik usullari: laparotomiya, enteroliz ( to‘liq yoki qisman), bitishmani olib tashlash va ichaklararo bog‘lovchi anostomoz qo‘yish yoki turli shakllardagi enteroplikatsiya texnikalari hisoblanadi.

## FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Wang R., Li Z., Liu S., Zhang D. Global, regional and national burden of inflammatory bowel disease in 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study 2019. *BMJ Open*. 2023;13:e065186.
2. Liu Z., Li C., Chen Y., et al. Intestinal strictures in Crohn’s disease: An update from 2023. *World Journal of Gastroenterology*. 2024.
3. Ghimire P., Maharjan S., Khadka S., et al. Adhesive Small Bowel Obstruction: A Review. *Cureus / PMC*. 2023.
4. Park J.M., Lee J.H., Kim H.J. Inflammatory bowel disease–associated intestinal fibrosis. *Journal of Pathology and Translational Medicine*. 2023.
5. Jarmakiewicz-Czaja S., Zielińska M., Sokal A., Filip R. The Diagnosis of Intestinal Fibrosis in Crohn’s Disease—Present and Future. *International Journal of Molecular Sciences*. 2024;25(13):6935.
6. Rieder F., Fiocchi C., Rogler G. Mechanisms, management, and treatment of fibrosis in patients with inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2017;152(2):340–350.
7. Bettenworth D., Bokemeyer A., Baker M., et al. Assessment of Crohn’s disease-associated small bowel strictures and fibrosis on cross-sectional imaging: a systematic review. *Gut*. 2019;68(6):1115–1126.
8. Spinelli A., Bonovas S., Burisch J., et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn’s Disease: Surgical Treatment. *Journal of Crohn’s and Colitis*. 2020;14(2):155–168.
9. Torres J., Bonovas S., Doherty G., et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn’s Disease: Medical Treatment. *Journal of Crohn’s and Colitis*. 2020;14(1):4–22.
10. Rieder F., Latella G., Magro F., et al. European Crohn’s and Colitis Organisation topical review on prediction, diagnosis and management of fibrostenosing Crohn’s disease. *Journal of Crohn’s and Colitis*. 2016;10(8):873–885.



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI**  
**JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**  
**2 - TOM, MAXSUS SON-2. 2026**  
**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

11. Di Saverio S., Coccolini F., Galati M., et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction. *World Journal of Emergency Surgery*. 2013;8:42.
12. Ten Broek R.P.G., Krielen P., Di Saverio S., et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction: 2017 update. *World Journal of Emergency Surgery*. 2018;13:24.
13. Ten Broek R.P.G., Strik C., Issa Y., et al. Adhesiolysis-related morbidity in abdominal surgery. *Annals of Surgery*. 2013;258(1):98–106.
14. Menzies D., Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions—how big is the problem? *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 1990;72(1):60–63.
15. Miller G., Boman J., Shrier I., Gordon P.H. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction. *British Journal of Surgery*. 2000;87(9):1240–1247.
16. Schick M.A., Kashyap S., Meseeha M. Small Bowel Obstruction. *StatPearls*. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2025.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Crohn’s Disease Basics. CDC; 2024.
18. Mayo Clinic. Crohn’s disease: Symptoms and causes. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2025.
19. Crohn’s & Colitis Foundation. Complications of Crohn’s Disease and Ulcerative Colitis. New York: Crohn’s & Colitis Foundation; current clinical resource.
20. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi. Klinik protokollar va standartlar bo‘yicha rasmiy ma’lumotlar. Toshkent: SSV; 2025.

