

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**  
**РЕСПУБЛИКА ПЕРИНАТАЛ МАРКАЗИ ҚОШИДАГИ РЕСПУБЛИКА**  
**НЕОНАТАЛ ХИРУРГИЯ УКУВ-ДАВОЛАШ-МЕТОДИК МАРКАЗИ**

**"ТУҒМА ПАСТ ИЧАК ТУТИЛИШИ" БЎЙИЧА**  
**МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**  
**НОЗОЛОГИЯСИ**

Тошкент - 2025

**"ТАСДИҚЛАЙМАН"**  
Тиббиёт ходимларини касбий малакасини  
ривожлантириш маркази директори,  
Ўзбекистон Республикаси болалар  
хирурглари жамияти раиси, профессор  
Акилов Х.А.

» \_\_\_\_\_ 2025\_\_ йил

**"ТУГМА ПАСТ ИЧАК ТУТИЛИШИ" БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ  
НОЗОЛОГИЯСИ**

Тошкент - 2025

**"ТУҒМА ПАСТ ИЧАК ТУТИЛИШИ" БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ  
НОЗОЛОГИЯСИ**

**Тошкент – 2025**

## 1. Кириш.

Янги туғилган чақалокларда туғма пастки ичак тутилишининг долзарблигини ҳисобга олиб, тиббиёт ходимларига илмий асосланган маълумотлар ва тавсиялар бериш, касалликни ташхислаш, жарроҳлик йўли билан даволашда ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва жорий этиш. Ушбу протокол Америка болалар хирургияси ассоциацияси [www.earsa.org](http://www.earsa.org), Европа болалар хирургияси ассоциацияси <http://www.eupsa.info/>, Россия болалар хирурглари ассоциацияси <https://www.radh.ru/> клиник тавсиялари асосида ишлаб чиқилган.

### Касалликларнинг халқаро таснифи - NCD коди (ICD) -10:

Q 41.1.	Туғма оч ичакнинг йўқлиги, атрезияси ва стенози
Q 41.2.	Туғма ёнбош ичакнинг йўқлиги, атрезияси ва стенози
Q 41.8.	Ингичка ичакнинг бошқа аниқланган қисмларининг туғма йўқлиги, атрезияси ва стенози
Q 41.9.	Ингичка ичакнинг аниқланмаган қисмининг туғма йўқлиги, атрезияси ва стенози
Q 42.8.	Йўғон ичакнинг бошқа қисмларининг туғма йўқлиги, атрезияси ва стенози
Q 42.9.	Йўғон ичакнинг аниқланмаган қисмининг туғма йўқлиги, атрезияси ва стенози
	<a href="http://mkb-10.com">http://mkb-10.com</a> .

Баённома ишлаб чиқилган ва қайта кўриб чиқилган сана: Баённома 2023 йилда ишлаб чиқилган. Қайта кўриб чиқиш санаси 2026 йил;

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган муассаса:

Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш маркази, Республика болалар кам инвазив ва эндоскопик хирургия илмий-амалий маркази, Болалар миллий тиббиёт маркази.

Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқишга ҳисса қўшган иштирокчилар:

Муолажани ташкил этиш бўйича болалар жарроҳлиги соҳасидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

<b>Х.А. Акилов</b>	Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш марказининг жарроҳлик ва болалар жарроҳлиги бўлими мудир. Ўзбекистон Республикаси болалар хирурглари жамияти раиси.
<b>Б.З. Абдусаматов</b>	Республика кам инвазив ва эндоскопик болалар хирургияси илмий-амалий маркази директори, тиббиёт фанлари доктори. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар жарроҳи.
<b>С.Т. Аъзамхўжаев</b>	Доктор ТошПТИ - урология, болалар урологияси бўлими мудир.
<b>А.А. Раҳматуллаев</b>	Тошкент педиатрия тиббиёт институти режали болалар хирургияси кафедраси мудир
<b>Н.Ш. Эргашев</b>	тиббиёт фанлари доктори, ТошПТИ клиникаси болалар жарроҳлиги бўлими мудир, профессор

<b>Асадуллаев Д.Р.</b>	Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази шошилич болалар хирургияси бўлими шифокори
<b>Ж.А. Шамсиев</b>	Битирувдан кейинги таълим бўлими мудир
<b>Сапаев О.К.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, ТТА Урганч филиали болалар жарроҳлиги, анестезиология ва реаниматология кафедраси доценти
<b>Ф.А. Отамуродов</b>	ТТА Термиз филиали директори, тиббиёт фанлари доктори
<b>Умаров К.М.</b>	Тиббиёт фанлари номзоди, Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори

**Рўйхатга олувчилар:**

<b>Х.А. Акилов</b>	<b>Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш марказининг жарроҳлик ва болалар жарроҳлиги бўлими мудир. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ БОЛА ЖАРРОҲЛАРИ ЖАМИЯТИ раиси.</b>
<b>Примов Ф.Ш.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш маркази жарроҳлик ва болалар жарроҳлиги кафедраси доценти.
<b>Б.З. Абдусаматов</b>	Республика кам инвазив ва эндоскопик болалар хирургияси илмий-амалий маркази директори, тиббиёт фанлари доктори. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош болалар жарроҳи.
<b>Салимов Ш.Т.</b>	ТТА Умумий ва болалар жарроҳлиги кафедраси 1-профессори
<b>С.Т. Аъзамхўжаев</b>	Доктор ТошПТИ - урология, болалар урологияси бўлими мудир.
<b>Э.А. Бердиев</b>	ТТА Умумий ва болалар жарроҳлиги кафедраси Но1 ассистенти
<b>А.А. Раҳматуллаев</b>	Тошкент педиатрия тиббиёт институти режали болалар хирургияси кафедраси мудир
<b>Алиев М.М.</b>	ТошПТИ факультатив болалар хирургияси кафедраси профессори
<b>Б.Б. Эргашев</b>	ТошПТИ шифохонаси болалар жарроҳлиги кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори
<b>Н.Ш. Эргашев</b>	тиббиёт фанлари доктори, ТошПТИ шифохонасининг болалар жарроҳлиги бўлими мудир, профессор
<b>Ҳамраев А.Ж.</b>	ТошПТИ шифохонаси болалар жарроҳлиги кафедраси профессори, тиббиёт фанлари доктори
<b>А.А. Раҳматуллаев</b>	Фан номзоди. ТошПТИ шифохонаси болалар хирургияси кафедраси доценти
<b>Т.Т. Норбоев</b>	Тош тиббиёт фанлари доктори, ФТИ болалар хирургияси кафедраси доценти.
<b>О.Т. Оллоберганов</b>	Тош тиббиёт фанлари доктори, ФТИ болалар хирургияси кафедраси доценти.
<b>Асадуллаев Д.Р.</b>	Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази шошилич болалар хирургияси бўлими шифокори
<b>Ўрмонов Н.Т.</b>	Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази болалар шошилич жарроҳлиги бўлими мудир
<b>Ж.А. Шамсиев</b>	Дипломдан кейинги таълим бўлими мудир
<b>Ж.О. Атакулов</b>	тиббиёт фанлари доктори, 1-сон Самарқанд давлат тиббиёт университети болалар хирургияси кафедраси профессори
<b>Мирзакаримов Б.Х.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, Андижон тиббиёт институти болалар хирургияси кафедраси мудир, профессор.

<b>Сапаев О.К.</b>	тиббиёт фанлари доктори, ТТА Урганч филиали болалар жарроҳлиги, анестезиология ва реаниматология кафедраси доценти
<b>Ф.А. Отамуродов</b> <b>А.Ш. Воҳидов</b>	ТТА Термиз филиали директори, тиббиёт фанлари доктори тиббиёт фанлари доктори, ТТА "Текрмиз" филиали болалар жарроҳлиги, урология, анестезиология ва реаниматология кафедраси профессори
<b>Эшқобилов Ш.Д.</b>	Тиббиёт фанлари номзоди, Болалар миллий тиббиёт маркази директори ўринбосари
<b>Умаров К.М.</b>	Тиббиёт фанлари номзоди, Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори
<b>А.З. Сафаров</b>	Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори
<b>Абдуазизов М.А.</b>	Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори
<b>Насиров М.М.</b>	Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори
<b>А.Б. Худайберганова</b>	Болалар миллий тиббиёт маркази умумий жарроҳлик бўлими шифокори

#### Такризчилар:

<b>Юсупов Ш.А.</b>	<b>Тиббиёт фанлари доктори, профессор, 1-сон Самарқанд давлат тиббиёт университети болалар хирургияси кафедраси мудири</b>
<b>Соқолов Ю.Ю.</b>	Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Россия тиббиёт академиясининг болалар жарроҳлиги кафедраси мудири.

Клинический протокол обсужден на заключительном заседании рабочей группы с участием профессоров-преподавателей высших учебных заведений, Ассоциации детских хирургов Узбекистана, организаторов здравоохранения, врачей областей и рекомендован для утверждения.

Ишчи гуруҳ раҳбари - Тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тиббиёт ходимларининг малакасини ошириш маркази хирургия ва болалар хирургияси кафедраси мудири Х.А. Акилов. Председател Общества детских хирургов Республики Узбекистан рассмотрен и одобрен Научным советом Центра развития профессиональной квалификации медитсинских работников. 2023 йил 30 март, 5-сон баённома.

Техник экспертиза ва таҳрирлаш:

1. Бобоқулов И.Х - Болалар миллий тиббиёт маркази
2. Абдурахмонов А.А. - Республика болалар кам инвазив ва эндоскопик хирургия илмий-амалий маркази

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

**Баённомада ишлатиладиган қисқартмалар:**

<b>ПИТ</b>	<b>пастки ичак тутилиши</b>
<b>ОИ</b>	оч ичак
<b>ЁИ</b>	Ёнбош ичак
<b>Е-ЕА</b>	еюно-еюноанастомоз
<b>ИИА</b>	Ёнбош-ёнбош анастомози
<b>ОИТ</b>	ошқозон-ичак тракти
<b>ЎСВ</b>	ўпканинг сунъий вентиляцияси
<b>ИТ</b>	интенсив терапия
<b>ИФТ</b>	иммунофермент таҳлил
<b>КИҲ</b>	кислота-ишқор ҳолати
<b>МШ</b>	механик шамоллатиш
<b>МРТ</b>	магнит-ядро томографияси
<b>НСГ</b>	нейросонография
<b>УҚТ</b>	умумий қон таҳлили
<b>УСТ</b>	умумий сийдик таҳлили
<b>ОАЙ</b>	очиқ артериал йўл
<b>АҚҲ</b>	айланаётган қон ҳажми
<b>ПЗР</b>	полимераза занжир реакцияси
<b>РДС</b>	респиратор дистресс синдроми
<b>НЙДМБ</b>	нафас йўлларидаги доимий мусбат босим
<b>С-РО</b>	С-реактив оксил
<b>КИС</b>	калта ичак синдроми
<b>ОБИ</b>	оғир бактериал инфекция
<b>ТЧТТ</b>	туғилган чақалоқларнинг транзитор тахипноэси
<b>ФГДС</b>	фиброгастродуоденоскопия
<b>ЙЎҚ</b>	нафас олиш тезлиги
<b>ЮТ</b>	юррак уриши тезлиги
<b>ЭхоКГ</b>	эхокардиография
<b>Эр</b>	эритроцитлар
<b>FiO2</b>	берилаётган кислород концентрацияси
<b>Нб</b>	гемоглобин
<b>Нt</b>	гематокрит
<b>Ley</b>	лейкотситлар

**Ушбу ташхис/касаллик баённомасидан фойдаланувчилар:**

Болалар жарроҳлари;

- Педиатрлар;
- Шифокорлар - катталар жарроҳлари;

Умумий амалиёт шифокорлари;

- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
- Тиббиёт талабалари, магистрлар, ординаторлар ва аспирантлар

**Беморлар тоифаси:**

Туғма пастки ичак тутилиши ва унинг асоратлари.

**Диагностика усуллари (диагностик аралашувларнинг) исботланганлик даражаси рейтинг шкаласи (РШ)**

DD	Далилларнинг ишончлилиқ даражаси
1.	Эталон усулидан фойдаланган ҳолда назорат қилинадиган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари.
2.	Референт усул ёки баъзи рандомизатсияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни назорат қилувчи тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолда рандомизатсияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари бундан мустасно.
3.	Кетма-кет назорат қилинмайдиган ёки тадқиқот усулидан мустақил бўлмаган эталон усулидан фойдаланган ҳолда тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4.	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5.	Даволаш механизмининг асоси ёки эксперт фикри

### Профилактик, терапевтик ва реабилитация чораларининг исботланганлик даражаси баҳолаш шкаласи

DD	Далилларнинг ишончлилиқ даражаси
1.	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳи
2.	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳларидан ташқари, алоҳида рандомизатсияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари.
3.	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4.	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатлар ёки ҳолатлар серияларининг тавсифлари, "ҳолат-назорат" тадқиқотлари.
5.	Даволаш таъсир механизмининг асоси (клиникагача бўлган тадқиқотлар) ёки экспертлар фикри

### Профилактик, диагностик, даволаш-реабилитация тадбирлари (ПДД-РТ) бўйича тавсияларнинг ишончлилиқ даражасини баҳолаш шкаласи

РТТ	Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси
А.	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, қизиқарли натижалар бўйича хулосалар келишилган)
да	Шартли тавсия (кўриб чиқилган самарадорлик (натижалар) мезонларининг баъзилари муҳим, баъзи тадқиқотларнинг услубий сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқарли натижалар бўйича хулосалар келишилмаган)
С	Заиф тавсия (сифат далиллари келтирилмаган, барча тадқиқотларнинг услубий сифати паст ва қизиқарли натижалар бўйича хулосалар изчил эмас)

## 2. Асосий қисм.

### 2.1. Кириш:

**Этиология:** Туғма паст ичак тутилиши (ТПИТ) ривожланиш нуқсонларида, ичак девори иннервацияси бузилишларида, генетик касалликларда учрайди. Ҳомила ичи ривожланишида одам ичагининг эндодермал найча кўринишида шаклланиши, унинг эмбрион ҳаётининг 4-ҳафтасидан бошлаб бўлимларга ажралиши содир бўлади. 5-ҳафтада бирламчи оғизнинг шаклланиши содир бўлади ва 5-ҳафтада ичак найи кўп қаватли бўлиб, ичак бўшлиғи тўсилиб қолади ва "зич шнур" босқичи бошланади. Шаклланишнинг максимал тезлиги бўлажак ўн икки бармоқли ичак ва оч ичак даражаларида қайд этилади,

у ерда ошқозон-ичак тракти ривожланишининг аксарият аномалиялари аниқланади. 6-ҳафтадан бошлаб "вакуолизация босқичи" бошланади ва 8-ҳафтага келиб ичак бўшлиғининг тикланиши тугайди. Айнан шу босқичда нормал жараён бузилганда атрезия ва стенозлар ривожланиши мумкин [<https://medelement.com/>].

Параллел равишда "ўрта ичак"нинг ҳомила ичи нормал айланиши ҳомила ривожланишининг 5-ҳафтасида бошланади ва 3 даврга бўлинади, биринчиси шиддатли ўсиш билан тавсифланади ва ҳомила ҳаётининг 10-ҳафтасигача давом этади. Иккинчи даврда "ўрта ичак" ўсиб кетган қорин бўшлиғига қайтади, бу 10 ҳафтадан бошланади ва 12 ҳафтасигача давом этади. Учинчи давр, туғилгунга қадар, кўричак сатҳининг ўнг ёнбош соҳасига пасайиши ва ичак тутқичининг фиксацияси билан тавсифланади [<https://medelement.com/>].

ТПИТ сабаблари уч гуруҳга бўлиниши мумкин: ичак найчасининг шаклланиш босқичидаги бузилишлар: атрезиялар, стенозлар, мембраналар; ўрта ичакнинг бурилиш босқичида ("айланиш") ; ва ичак деворининг сиқилишига олиб келадиган туғма ўсмалар [2,16]. Ичак атрезиялари, одатда, юқорида санаб ўтилган механизмлардан бири бузилганда, ҳомила ривожланишининг дастлабки 3-4 ҳафтасида шаклланади. Адабиёт маълумотларига кўра, 22қлл хромосомаларининг нотўғри бўлиниши ичак атрезияси ривожланишининг асосий омили ҳисобланади. Наслдан-наслга ўтишнинг аутосом-ретсессив типи иккинчи механизм сифатида намоён бўлади. Бундан ташқари, 9-10% ҳолларда атрезия билан муковиссидознинг бирга келиши кузатилади, шунинг учун янги туғилган чақалоқда ОИА ва ЙИА аниқланганда, муковиссидоз мавжудлиги ёки йўқлигини аниқлаш учун скрининг текширувларини ўтказиш зарур [<https://medelement.com/>].

Баъзи манбаларда ичак атрезиясининг келиб чиқишида генетик назария ҳақида гапирилади: туғма атрезиянинг микро РНК (рибонуклеин кислота) регуляциясининг бузилиши билан ўзаро боғлиқлиги. Ҳозирги вақтда ушбу касалликнинг этиологиясида ишемик назария ҳам мавжуд [<https://medelement.com/>].

Туғма пастки ичак тутилишига ингичка ва йўғон ичак тутилишининг барча турлари киради. Касаллик ўртача 1:1500-2000 тирик туғилган чақалоқларда учрайди.

## **2.2. Умумий таъриф:**

ЖССТ маълумотларига кўра, барча туғма нуқсонларнинг тўртдан бир қисми ошқозон-ичак тракти касалликларига тўғри келади, учраш частотаси бўйича улар учинчи ўринда туради ва ушбу патологияларнинг операциядан кейинги эрта давридаги асоратлари кенг диапазонда 9 дан 77% гача ўзгариб туради, бу эса жарроҳлик аралашувларининг функционал самарадорлигини пасайтиради ва беморларнинг 13 фоизда ошқозон-ичак трактини реконструкция қилиш мақсадида такрорий аралашувларга мурожаат қилишга мажбур қилади [<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies>]. Ҳозирги вақтда туғма нуқсонларнинг оғир асоратларини олдини олиш учун патогенетик механизмларни ҳисобга олган ҳолда даволаш усуллари танлаш, жарроҳлик тактикасини такомиллаштириш тиббиётнинг энг муҳим муаммоларидан биридир. Дунёда замонавий илм-фан ютуқларига қарамай, туғма ривожланиш нуқсонлари (ТРН) билан туғилиш фоизи камаймаяпти ва 4,5 фоизга етмоқда, шу билан бирга, 25 фоизи ошқозон-ичак тракти патологияси бўлиб, уларнинг учдан бир қисми ҳаётнинг дастлабки соатларида шошилиш

жарроҳлик аралашувини талаб қилади, бунда ҳар бешинчи чақалоқ ушбу патологиялардан вафот этади [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8303613/>]. Шу сабабли туғруқдан кейинги даврда ТПҚК диагностикасига катта аҳамият берилади. Туғилгандан сўнг ушбу нуқсонларни ўз вақтида ташхислаш, морфологик ва клиник кўринишни баҳолаш - буларнинг барчаси беморни кейинги олиб бориш тактикасини белгилайди ва кейинчалик ошқозон-ичак тракти туғма нуқсонлари бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам беради. Ҳозирги вақтда, чақалоқлик даврида, айнан туғма ингичка ичак тутилиши шошилиш жарроҳлик амалиётини талаб қиладиган асосий сабабдир. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25840057/>]. Шундай қилиб, ингичка ичак атрезиясини жарроҳлик йўли билан даволаш сифатини ошириш ва туғруқдан олдинги, туғруқдан кейинги ташхислашни оптималлаштириш ва жарроҳлик даволашни такомиллаштириш орқали янги туғилган чақалоқларда операциядан кейинги асоратлар ва ўлимни камайтириш замонавий йўналишлардан бири бўлиб, катта илмий ва амалий аҳамиятга эга. Қўйи ичак тутилишини жарроҳлик йўли билан даволаш одатда лапаротомия ва сўнгги пайтларда лапароскоп ёрдамида амалга оширилмоқда.

### **2. 3. Клиник таснифи:**

Турли даражадаги атрезияларга дуч келиш мумкин - ингичка ичак (оч ёки ёнбош ичак) ва йўғон ичак (атрезия йўғон ичакнинг ҳар қандай қисмида бўлиши мумкин).

Янги туғилган чақалоқда туғма пастки ичак тутилишининг ҳар қандай варианты муковиссидозга қўшимча текширувни талаб қилади. Около 10,8 протсента болних с атрезией тонкой кишечи страдают муковиссидозом. Буни ҳисобга олиш муҳим, чунки операциядан кейинги давр ёпишқоқ ичак таркиби билан бўшлиқ обтуратсияси билан мураккаблашиши мумкин.

Ингичка ичак атрезиясининг таснифи 1976 йилда Л. Мартин ва Ж. Зерелла томонидан таклиф этилган бўлиб, 1979 йилда Ж. Гросфелд уни тўлдирган (<https://nczd.ru/wp-content/uploads/2024/09/kishechnaya-neprohodimost-2024.pdf>) :

**I тип:** бўшлиқ ичи мембранаси, ичак найчасининг узлуксизлиги бузилмаган.

**II тур:** ичакнинг проксимал ва дистал сегментлари орасида фиброз тортма мавжуд.

**III а тип:** ичак тутқичининг узилиши билан ичак сегментларининг тўлиқ ажралиши.

**III б тип:** дистал ичак тутқич артерияси йўқлиги билан ичак атрезияси; ингичка ичакнинг дистал қисми олма пўстига ўхшаб буралган, ингичка ичакнинг умумий узунлигининг қисқариши билан бирга келади.

**IV тип:** ингичка ичакнинг кўп сонли атрезиялари (ташқи кўриниши сосиска боғламига ўхшайди) .

### **3. Методлар, ёндашувлар ва диагностика жараёнлари.**

#### **3.1. Пренатал даврда:**

**Шикоятлари ва анамнези:** оилада ривожланиш нуқсонлари ва хромосома аномалиялари бўлган болалар туғилганлиги.

**Диагностик мезонлар: Шикоятлар ва анамнез.**

Пренатал диагностика: ПИТнинг пренатал диагностикаси полигидроамнион ва кенгайган ичак қовузлоғи белгисини аниқлашга асосланади. Ингичка ичак атрезияси ривожланиш нуқсонининг шаклланиши ҳомила ҳаётининг тахминан 12-14 ҳафталарида содир бўлади, шунинг учун бу аномалияни эрта аниқлаш имконияти йўқ. Ҳомиланинг антенатал УТТ - ингичка ва йўғон ичак атрезияси - ҳомиладорликнинг 20-24-29-ҳафтасида перистальтика кучайиши ва меконийнинг сузувчи зарралари билан турли даражадаги ичак қовузлоқлари

(кўплаб кенгайган ичак қовузлоқлари) кенгайишини аниқлаш мумкин, қовузлоқлар сони тутилиш даражасини акс эттиради.

**Лаборатория текширувлари:** махсус тестлар йўқ. Ичак тутилишининг антенатал диагностикасида муковиссидозни истисно қилиш керак. Шу мақсадда (иложи бўлса) бўлажак ота-онанинг ҳам, ҳомиланинг ҳам қонида муковиссидоз гени бор-йўқлиги текширилади. Если оба родителя гетерозиготни по ген-у муковиссидоза, то вероятность рождения больного ребенка высока, и в этом случае целесообразно рекомендовать прекращение беременности;

Ҳомиладор аёлнинг қонида альфа-фетопротеин миқдори ошиши мумкин.

### **Мутахассис маслаҳати учун кўрсатма:**

Консилиум таркибига генетик шифокор, ультратовуш диагностикаси шифокори, акушер-гинеколог, неонатал хирург, кўрсатмаларга кўра - неонатолог ва бошқа мутахассислар (гастроэнтеролог - қисқа ичак синдроми мавжудлиги (кўрсатмаларга кўра) кириши керак. Во время проведения консилиума беременная женщина и члены ее семьи информируются о характере поражения фетуса, вероятных последствиях беременности, прогнозе для жизни и здоровья ребенка. Кўрсатма бўлса, ҳомиладорликни тўхтатиш бўйича тавсиялар берилади.

**3.2. Постнатал даврда:** Агар ичак тутилиши антенатал даврда аниқланган бўлса, чақалоқ туғилгандан сўнг дарҳол ошқозон зондини ўрнатиш ва ошқозонни бўшатиш ҳамда чақалоқни ихтисослаштирилган шифохонага ўтказиш зарур.

**Физикал текширув:** Клиник кўриниши пастки ичак тутилиши белгиларига мос келади:

- энг эрта ва доимий белги - меконийнинг йўқлиги:
- ичак стенози ва тўлиқ атрезиясида мекони оз-оздан чиқиб кетади ва хукна қилинганда фақат бўялмаган шилимшиқдан қолиплар олинади;
- буралишларда меконий ва оралиқ нажас ҳаётнинг 4-5-кунига қадар ажралиши мумкин, кейин нажас қон аралаш ҳолда кам бўлади ва ниҳоят унинг ажралиши тўхтайди.
- қусиш: унинг пайдо бўлиш вақтига, намоеън бўлиш интенсивлигига, қусуқ массаларида патологик аралашмалар мавжудлигига, қусишнинг овқатланиш билан боғлиқлигига ("фонтан" қусиш, қусиш, регургитация), ушбу симптомнинг динамикасига эътибор бериш керак. Қайтган массаларнинг характери ичак найининг тутилиб қолиш даражасига қараб ҳар хил бўлади. Оч, ёнбош ва йўғон ичак даражасида ривожланадиган ичак тутилиши синдроми бўлган янги туғилган чақалоқларда ахлатгача бўлган химусли қусиш пайдо бўлади.

- янги туғилган чақалоқларда қорин оғриғини хатти-ҳаракатларига қараб баҳолаш мумкин: бола безовталанади, оёқларини ўйнатади. Безовталиқ хуружлари странгуляцион тутилишга хос бўлган тўлғоқсимон оғриқлардан далолат беради ("ўрта ичак" буралиши, Ледд синдроми, ёнбош ичак буралиши). Пастки атрезияда ичак ҳалқаларининг ҳаддан ташқари чўзилиши ҳам қорин оғриғига сабаб бўлади, пайпаслаганда оғриқ кучаяди, бола инграйди.

ҳаётининг биринчи суткаси охирида боланинг аҳволи аста-секин ёмонлаша боради: у безовталанади, унинг йиғиси оғриқли тус олади. Интоксикация ҳодисалари - ланжлик, адинамия, микротсиркуляциянинг бузилиши тез кучайиб боради. Қорин тобора шишиб боради, қорин олд девори орқали рақобатлашадиган ичак ҳалқаларининг ҳаддан ташқари чўзилиши туфайли перисталтик тўлқинларни кузатиш мумкин.

- интоксикация ва эксикоз ичак ҳалқаларининг ҳаддан ташқари чўзилиши, ингичка ичак ўтказувчанлигининг бузилиши, қорин парда қатламлари томонидан токсинларнинг сўрилиши ҳисобига тез кучаяди.

**Лаборатория текширувлари:**

Қоннинг биокимёвий таҳлилида гипохлоремия хос бўлиб, К ва На ионларининг нисбати ўзгаради ва миқдори камаяди. ОАҚда - эскикоз фонда гематокрит, эритроцитлар ва лейкоцитлар миқдорининг ошиши кузатилади.

**Инструментал текширувлар:** Ичак атрезиясининг постнатал диагностикасини ўтказишда қуйидаги текширув усуллари мажбурий ҳисобланади.

1. Қорин бўшлигининг вертикал ҳолатдаги умумий рентгенограммаси. Паст ичак тутилишида умумий рентгенограммаларда ичак қовузлоқларининг газ билан тўлганлигини, кенгайган қовузлоқларни, баъзан сатҳлар мавжудлигини аниқлаш мумкин.

2. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текшируви: кенгайган ва ёпишган ичак ҳалқалари аниқланади, анехоген хусусиятга эга бўлган эркин суюқлик аниқланиши мумкин. Шунингдек, ичак тутқич томирларининг йўналишини баҳолаш керак (странгуляцион ичак тутилиши билан қиёсий ташхис).

3. Ирригография (лозим деб топилса): микроколон симптоми аниқланади. Чақалоқлик даврида тадқиқот қатъий равишда сувда эрийдиган контраст модда билан ўтказилади. Йўғон ичакнинг йўналиши ва жойлашишини баҳолаш зарур (ичакнинг тугалланмаган бурилиши билан бирга келиши мумкин).

Қўшимча диагностика усуллари қуйидагилардир: ошқозон-ичак трактининг рентген контрастли текшируви (янги туғилган даврда тадқиқот қатъий равишда сувда эрийдиган контраст модда билан ўтказилади): тадқиқотни ўтказишда контраст модданинг ошқозон-ичак тракти бўйлаб ўтишининг бузилиши ичак атрезияси даражасида аниқланади.

**Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатма:**

- невропатолог маслаҳати - НСГда марказий асаб тизимидаги ўзгаришлар (гидроцефалия, вентрикуломегалия, гипоксик - бош миянинг ишемик шикастланиши) ёки марказий асаб тизимининг ривожланиш нуқсонлари биргаликда аниқланганда;

- кардиолог маслаҳати - гемодинамик бузилишлар аниқланганда консерватив терапия тайинлаш;

- уролог маслаҳати - сийдик-таносил тизими патологиялари аниқланганда патологияларни тузатиш муддатларини белгилаш;

- генетик маслаҳати - хромосома аномалиясини аниқлаш учун.

- қисқа ичак синдроми мавжуд бўлганда гастроэнтеролог маслаҳати

**3. 3. Дифференциал диагностика ва қўшимча тадқиқотларни асослаш:**

Характеристика	Юқори ичак тутилиши	Ингичка ичак атрезияси	Ичак тутқичининг бурилиш ва фиксация нуқсонлари	Ичак бўшлигининг ёпишқоқ меконий билан обтуратсияси га олиб келадиган нуқсонлар	динамик ичак тутилиши
Касалликнинг бошланиши	Отқир, ҳаётнинг биринчи кунидан бошлаб	Ўтқир, ҳаётнинг 2-кунидан бошлаб	Ўтқир, ҳаётнинг 3-5-кунидан бошлаб	Ҳаётининг 2-кунидан бошлаб аста-секин	Асосий касаллик фонда (зотилжам, марказий

					асаб тизими патологияси)
<b>қушиш</b>	Ҳар сафар овқатлантирилганда ичак аралашмаларисиз кучли қушишга ўтадиган қушиш	Озиқлантириш билан боғлиқ бўлмаган ўт ва кўкат аралаш кўп миқдорда	Аввал қайт қилиш, кейин овқатлантирилгандан сўнг сафро ва кўкатлар аралаш қушиш	Эмизиш билан боғлиқ бўлмаган кўп миқдордаги қушиш ва ичак аралашмаларига ўтадиган қушиш	Аввал қайт қилиш, кейин овқатланиш билан боғлиқ бўлмаган ўт ва кўкатлар аралаш қушиш
<b>Ахлати</b>	Оч яшил ёки йўқ, тўғри ичакда шиллиқ	йўқ	Аста-секин кам миқдорда, кичик қисмларда, эҳтимол қон аралашмаси билан	йўқ	Кам, қабзиятга ўтувчи
<b>Қорин симптомлари</b>	Эпигастрал соҳада шиш, қушишдан кейин камаяди, қориннинг пастки ярми ичига ботган, қорин юмшоқ, оғриқсиз	Қориннинг бир текис шишиши, ичак қовузлоқлари контури, оғриқли пальпация	Эпигастрал соҳа шиши, қорин соҳасида кучли оғриқ	Қориннинг дам бўлиши, ингичка ичакнинг меконий билан тўлган қовузлоқлари пайпасланади	Қориннинг бир текис дам бўлиши, пайпаслаганда оғриқли.
<b>Хулқ-атвор</b>	Тинч ҳолатда, эксикоз 2-кундан бошлаб аниқланади	Хотиржамлик, эксикоз ва токсикознинг кучайиши, ҳолсизлик	Хуружлар, безовталиқ, прогрессив эксикоз ва токсикоз, шок	Безовталиқ, инграш, токсикоз, эксикоз	Эксикоз ва токсикознинг кучайиши, ҳолсизлик
<b>Рентгенологик текширув маълумотлари</b>	Иккита "dabble Vabel" газ пуфакчалари ва суюқлик даражасининг мавжудлиги, қорин бўшлиғининг пастки қисмининг қорайиши	Ингичка ичак ҳалқаларининг газ билан тўлишининг ошиши, кўплаб суюқлик сатҳлари, қорин бўшлиғининг пастки ярмининг қорайиши,	Ичакнинг кам газ билан тўлиши. Рентгенконтраст текширув ўтказилганда текширувлар - дуоденостаз, ингичка ичак бўйлаб секинлаштирилган пассаж.	Қорин бўшлиғининг катта қисмида бир нечта чуқурчалар аниқланади.	Ингичка ва йўғон ичак қовузлоқларининг газ билан бир текис тўлишининг ортиши

		ирригографияда - йўғон ичакнинг торайиши, яққол ифодаланган гаустратсия			
--	--	---	--	--	--

#### 4. Даволаш тактикаси:

##### **Антинатал тактика ва туғруқ.**

Ёндош хромосома аномалияларининг юқори хавфини ҳисобга олган ҳолда, ҳомиланинг антенатал даврида ота-оналарнинг хабардор розилиги билан кордотсентез ва кейинчалик ҳомила кариотипини ўрганиш зарур шарт ҳисобланади. ТИТ, сопровождающийся множеством пороков развития и хромосомно-генетических аномалий, после согласия родителей по медицинским показаниям приостанавливается до 21-й недели беременности. Кўп сувли ҳомилада юқори ичак тутилишида муддатидан олдинги туғруқнинг олдини олиш учун ҳомиладорликнинг 22-34 ҳафталаарида даволаш амниотсентези тавсия этилади. Ушбу ҳомила патологиясида кесарча кесиш операцияси орқали туғдириш кўрсатилмаган.

**Неонатолог тактикаси:** бемор ҳолатини барқарорлаштириш, қорин бўшлиғи аъзолари ва кўкрак қафасини туғилгандан 3 соатдан кейин умумий рентгенографияси.

**Даволаш тактикаси.** Ота-оналар ёки васийни психологик қўллаб-қувватлаш, бир вақтнинг ўзида ушбу патологияни тушунтириш ва даволаш имкониятлари ва уларнинг асоратлари.

**Дори-дармонсиз даволаш:** Режим - интенсив терапия ва реанимация хонаси, ТРН ни даволашдан олдин тўлиқ парентерал озиқлантириш, ошқозоннинг доимий декомпрессияси, операциядан кейинги даврда эрта энтерал озиқлантириш.

**Дори воситалари билан даволаш** Ингичка ичак тутилиши шошилиш жарроҳлик ёрдамини талаб қилади.

**Антибиотикотерапия:** "Старт" терапия препаратлари: - 2-3-авлод сефалоспоринлари, - аминогликозидлар, - аминопенициллинлар, - макролидлар; "Захира" препаратлар: - 3-4-авлод сефалоспоринлари, - 2-3-авлод аминогликозидлари, - карбапенемлар, - рифампитсин. Ҳар бир неонатал бўлимда эрта сепсисни келтириб чиқарадиган қўзғатувчилар спектрини таҳлил қилиш асосида антибиотиклардан фойдаланиш бўйича ўз протоколлари ишлаб чиқилиши керак.

**Оғриқ қолдирувчилар:** Операциядан олдин седатив, оғриқ қолдирувчи ёки мушакларни бўшаштирувчи дориларни инфузион юбориш кўрсатилган: - Диазепам ёки мидазолам 0,1 мг/кг/соат - Тримеперидин 0,1-0,2 мг/кг/соат - Фентанил 1-3 мкг/кг/соат (трахея санацияси каби жиддий ташқи таъсирларга жавобан симпатик ўпка вазоконстрикциясининг олдини олиш учун). - Атракуриум бесилат 0,5мг/кг/соат - Пипекурония бромид 0,025мг/кг/соат Операциядан кейинги оғриқсизлантириш: Вена ичига доимий равишда фентанил 5-10мкг/кг/соат дозада атсетаминофен билан биргаликда ректал ёки вена ичига бир марталик дозада 10-15 мг/кг дан кунига 2-3 марта ёки метамизол натрий 5-10 мг/кг дан 2-3 марта вена ичига. Анальгетикларнинг дозаси ва юбориш давомийлиги оғриқ синдромининг ифодаланишига қараб индивидуал равишда танланади. Сунъий нафас бериш аппарати

билан бола десинхронизациясида седатив препаратлар юборилади: - мидазоламили диазепам 0,1 мг/кг/соат гача (доимий инфузия билан).

Ҳомиладорликнинг 35 ҳафтасигача бўлган чақалоқларда қўллашдан сақланиш лозим - Фенобарбитал (10-15 мг/кг/сутка) Инфузион терапия ва парентерал озиклантириш:

- Янги туғилган чақалоқларнинг кўпчилигига кунига 70-80 мл/кг дан суюқликларни вена ичига юборишни бошлаш керак.

- Янги туғилган чақалоқларда инфузия ва электролитлар ҳажми индивидуал ҳисобланиши керак, дастлабки 5 кунда кунига тана вазнининг 2,4-4% (умумий 15%) йўқотилишига йўл қўйилади • Натрийни қабул қилиш постнатал ҳаётнинг дастлабки бир неча кунда чекланиши ва диурез бошлангандан сўнг суюқлик мувозанати ва электролитлар даражасини диққат билан кузатиш билан бошланиши керак. Агар гипотензия бўлса ёки перфузияси ёмон бўлса, 10-20 мл/кг 0,9% ли натрий хлоридни бир ёки икки марта юбориш керак.

**ЗАРУР ЭЛЕКТРОЛИТЛАР ҲАЖМИНИ ҲИСОБЛАШ** Натрий ва калийни ҳаётнинг учинчи суткасидан, кальцийни ҳаётнинг биринчи суткасидан бошлаш мақсадга мувофиқдир.

**НАТРИЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ** – Натрийга бўлган эҳтиёж кунига 2 ммол/кг ни ташкил этади – Гипонатриемия < 125 ммол/л – Гипернатриемия > 150 ммол/л, хавфли > 155 ммол/л – 1 ммол (мЕкв) натрий 0,58 мл 10% НаСл да мавжуд – 1 ммол (мЕкв) натрий 6,7 мл 0,9% НаСл да мавжуд 1 мл 0,9% (физиологик) натрий хлорид эритмаси 0,15 ммол/л ни ўз ичига олади.

**ГИПОНАТРИЕМИЯНИ ТУЗАТИШ** (На < 125 ммол/л) 10% НаСл ҳажми (мл) = (135 - Набол) × мтана × 0.175

**КАЛИЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ** – Калийга бўлган эҳтиёж кунига 2 -3 ммол/кг ни ташкил этади – Гипокалиемия < 3,5 ммол/л, хавфли < 3,0 ммол/л – Гиперкалиемия > 6,0 ммол/л (гемолиз бўлмаганда), хавфли > 6,5 ммол/л (ёки ЭКГда патологик ўзгаришлар бўлса) – 1 ммол (мЕкв) калий 1 мл 7,5% КСл да мавжуд – 1 ммол (мЕкв) калий 1,8 мл 4% КСл да мавжуд В (мл 4% КСл) = К+ га бўлган эҳтиёж (ммол) × мтела × 2.

**КАЛЬЦИЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ** – Янги туғилган чақалоқларда Са<sup>++</sup> га бўлган эҳтиёж кунига 1-2 ммол/кг ни ташкил қилади – Гипокальциемия < 0,62 -0,75 ммол/л (чала туғилганлар - ионланган Са<sup>++</sup>) – Гиперкальциемия > 1,25 ммол/л (ионланган Са<sup>++</sup>) – 1 мл 10% кальций хлорид 0,9 ммол Са<sup>++</sup> ни ўз ичига олади – 1 мл 10% кальций глюконат 0,3 ммол Са<sup>++</sup> ни ўз ичига олади.

**МАГНИЙ ДОЗАСИНИ ҲИСОБЛАШ:** – Магнийга бўлган эҳтиёж кунига 0,5 ммол/кг ни ташкил этади – Гипомагниемия < 0,7 ммол/л, хавфли 1,15 ммол/л, хавфли > 1,5 ммол/л – 1 мл 25% магний сульфат таркибида 2 ммол магний мавжуд Инфузион терапия ҳажми жуда ўзгарувчан бўлиши мумкин, аммо баъзан кунига 100-150 мл/кг дан ошади.

Етарли ҳажмли юклама ёрдамида қон босимини керакли даражада ушлаб туриш. Агар миокард дисфункцияси (коллоид ва кристаллоид эритмалар) ва инотроп препаратлар – дофамин 5-15 мкг/кг/мин, – добутамин 5-20 мкг/кг/мин, – адреналин 0,05-0,5 мкг/кг/мин истисно қилинган бўлса, гипотензияда МКҲ ни 0,9% ли натрий хлорид эритмаси билан 10-20 мл/кг дан тўлдириш тавсия этилади. Гемостатиклар Витамин К Дитсинон Этамзилат натрий Кўрсатмаларга кўра: Гемо-плазма-албуминотрансфузия Бошқа даволаш усуллари - йўқ.

**4.3. Жарроҳлик аралашуви:** Беморни операцияга шошилиш тайёрлашдан сўнг жарроҳлик даволаш - эксикозни бартараф этиш, гипербилирубинемия даражасини пасайтириш, гомеостазни тиклаш. Дори воситаларини анатотсий тавсиясига кўра вена ичига ва мушак орасига юбориш. Диагноз қўйилгандан сўнг, киндик веналарини

катетеризатсия қилиш мумкин эмас. Агар қарши кўрсатмалар бўлмаса, периферик веноз кириш, марказий бўлгани маъқул.

Ингичка ичакнинг тўмтоқ тугайдиган қисмлари орасида анастомоз ҳосил қилиш орқали ичак тутилиши сабабини аниқлаш, ичак найининг бутунлигини тиклаш.

**ПИТда шошилиш операцияга кўрсатмалар (2 соат ичида):**

Перфоратсия, перитонит;

· ПИТнинг кеч ташхиси (туғилгандан ёки НКБнинг дастлабки белгилари пайдо бўлганидан 24 соат ўтгач) - ингичка ичак некрози ва тешилишининг бевосита хавфи.

**Операцияни ўтказиш техникаси:** Анъанавий ёки лапароскоп ёрдамида.

**Ингичка ва йўғон ичак атрезиясида операция турлари:**

\* Лапаротомия (яхшиси 1,5-2,0 см га циркуляр кириш):

- учлар диаметри унча катта бўлмаган фарқларда - "учма-уч" (дистал уч сегментининг қийшиқ кесими ёки дистал ичакнинг бўйлама кесими ёки де Logimier бўйича пликатсион-адаптацион анастомозлар);

- учларининг диаметри катта фарқ қилганда, ичак интубацияси билан "учма-уч" мослаштирилган анастомоз қўйиш (ичак интубациясининг дистал учига сегментни назогастроинтестинал зонд ёки ичак интубацияси орқали понасимон кесиш);

- ингичка ичакнинг олиб келувчи ва олиб кетувчи учлари орасидаги нисбатдаги катта фарқларда "учма-уч" анастомозини қўйишга асосий кўрсатма.

- йўғон ичак атрезиясида (аноректал малформатсия ва Гиршпрунг касаллигисиз) - "учма-уч" колоно-колоноанастомоз;

- перфоратсия ва тарқалган перитонит фонида ёнбош ичак атрезиясида икки ўзакли стомани олиб ташлаш учун мутлақ кўрсатмалар. Бундан ташқари, ингичка ичак атрезиясида энтеростомалар қўлланилади, чунки ичак деворининг ҳомила ичи яллиғланиши ичаклараро қўшилиш жойини чеклайди.

Кейинчалик (ҳаётнинг 3-4-ҳафтасида), ичак бўйлаб ўтиш тикланганда ва фибрин қобиғи сўрилиб кетганда, стома энтеростомани кесиш ва ичак интубацияси билан "uchma-uch" анастомоз қўйиш орқали ёпилади.

\*Муқобил усул - лапароскопсиз операция ўтказиш. Қорин бўшлиғи текширилганда ингичка ичакнинг атрезияланган қисми, дистал учи "шнур" кўринишида аниқланади. Учнинг яқинлаштирувчи ва узоқлаштирувчи мослиги аниқланади. Ичак тутқичининг нуқсони аниқланади. Кейин ўнг томондаги троакар жойида 2,5 см гача бўлган миниларотомик кесма амалга оширилади ва ингичка ичакнинг атрезияланган қисми олиб ташланади. Ингичка ичакнинг атрезияланган соҳаси резекция қилинади. Ичаклараро анастомоз қўйилади. Ичак тутқичининг нуқсони тикилади. Кейин ичак ҳалқалари эҳтиёткорлик билан қорин бўшлиғига туширилади. Жароҳатга қаватма-қават чоклар қўйилади.

Бутун ошқозон-ичак йўлини текшириш мутлақо шарт. Операция вақтида 2 та зонд киритилади: декомпрессия учун ошқозонга ва оч ичакка. Оч ичакка овқатлантириш операциядан кейинги 3-кундан бошлаб микрооқим билан 2,0 мл/соат миқдорида бошланади. Пассаж тикланиши билан энтерал овқатлантириш (кўкрак сути ёки сунъий овқатлантириш) бошланади.

**Операция вақтидаги ва ундан кейинги эҳтимолий асоратлар:**

Интраоперацион қон кетишлар (томирлар аномалиясида).

Ичак зондини ўтказишнинг техник муаммолари.

Анастомоз етишмовчилиги.

Некротланувчи энтероколит.

Касалхона ичи инфекциясининг қўшилиши ёки ҳомила ичи инфекциясининг кучайиши. Операциядан кейинги ичак анастомози стенози битишмали (эрта ва кечки) ичак тутулиши. Операциядан кейинги жароҳатнинг иккиламчи битиши.

#### 4.4. Кейинги даволаниш

После стабилизации общего состояния, то есть восстановления нормального прохождения эвакуации по желудочно-кишечному пути, ребенка переводят в комнату с матерью. Биргаликда бўлиш палатасида энтерал овқатлантириш ҳажми аста-секин физиологик эҳтиёжга етказилади, инфузион (инфузия ҳажми овқатлантириш ҳажмининг ошишига мутаносиб равишда аста-секин камайтиради), антибактериал, симптоматик терапия давом эттирилади.

Операциядан кейинги даврда асоратлар бўлмаганда, жароҳат бирламчи битганда, 12-14 кунларда чоклар олиб ташланади, лаборатория кўрсаткичлари назорат қилинади ва бола уйга жавоб беришга тайёрланади. Д-яшаш жойидаги поликлиникадаги жарроҳда ҳисобга олиш, 3 ойдан сўнг ошқозон-ичак трактини назорат рентгенологик текшируви.

Болалар гастроэнтерологининг поликлиникада турар жой бўйича кузатуви. Реабилитация амбулатор шароитда яшаш жойи бўйича ҳар 6 ойда 3 йилгача ўтказилади ва КИ билан электрофорез, қорин олд деворига парафин аппликациялари, массаж каби физиоулажаларни ўз ичига олади.

#### 4.5. Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- операциядан кейинги асоратларнинг йўқлиги - абдоминал сепсис, ичак перфоратсияси билан некротик энтероколит; анастомоз зонасининг торайиши;
- операциядан кейинги жароҳатнинг яллиғланиш белгилари йўқлиги - апоневроз чокларининг етишмовчилиги;
- операциядан кейинги даврда битишмали ичак тутулишининг йўқлиги.
- барқарор вазн ортиши.

Даволашда қўлланиладиган препаратлар (таъсир этувчи моддалар) рўйхати:

№	Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг СБЕси	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси
1.	Операциядан кейинги даврда оғриқни қолдириш учун наркотик анальгетик.	Морфин гидрохлорид, 1%-1 мл	мушак ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Bhttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
2.	Операциядан кейинги даврда оғриқни қолдириш учун наркотик анальгетик.	Фентанил 0,005%	вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Bhttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
3.	Аралаш ҳаракат анальгетиклари -	Трамадол, 100 мг - 2 мл	мушак ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a>

	операциядан кейинги даврда.			<a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
4.	2-авлод сефалоспоринлари.	Сефуроксим 750 мг дан вена ичига ва мушак орасига ҳар 8 соатда.	мушак ичига	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
5.	3-авлод сефалоспоринлари.	Сефтазидим, 100 мг/кг ҳар 8-12 соатда.	вена ичига,	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
6.	3-авлод сефалоспоринлари.	Сефтриаксон 1 г дан венага ва мушак орасига ҳар 12 соатда.	мушак ичига/вена ичига	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/khirurgiiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-khirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
7.	3-авлод сефалоспоринлари.	Сефотаксим, эритма тайёрлаш учун 1 г	мушак ичига/вена ичига	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
8.	3-авлод сефалоспоринлари.	Сефоперазон 2-4 г дан ҳар 12 соатда.	мушак ичига/вена ичига	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

9.	4-авлод сефалоспоринлари.	Сефепим 2 гр.	мушак ичига/вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
10.	Аминогликозидлар	Амикатсин 10-15 мг/кг	мушак ичига/вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Bhttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
11.	Фторхинолонлар	Сiproфлoксaтсин, табл. 250 мг-500 мг, инфузия учун эритма 0,2%-100 мл	мушак ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
12.	Нитроимидазоллар	Метронидазол 500 мг/100 мл	мушак ичига/вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Ahttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
13.	Замбуруғларга қарши азол воситаси	Флуконазол 2 мг/мл	ичга, вена ичига	<a href="https://lex.uz/docs/6590074">Bhttps://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
14.	Антисептик, терига ишлов бериш ва дренаж тизимлари учун.	Повидон-ёд 10% ли эритма	Секин вена ичига, лекин 60 дақиқадан кўпроқ.	A HYPERLINK "https://lex.uz/docs/6590074" <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

				<a href="#">xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
15.	Антисептик	Этанол 70% ли эритма	вена ичига	Б <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

**Қўшимча дорилар рўйхати** (ишлатилиш эҳтимоли 100% дан кам):

1- жадвал

Не т	Фармакотерапевтик гуруҳ	Препаратнинг СБЕси	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси
1.	Антисекретор препарат протон помпаси ингибитори ҳисобланади.	Омепразол.	в/в	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
2.	Қон тўхтатувчи препарат	Этамизилат, инъекция учун эритма 12,5%-2 мл	Операциядан бир соат олдин вена ичига, мушак орасига.	В HYPERLINK "https://lex.uz/docs/6590074" <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
4.	Тўғри таъсир килувчи антикоагулянт (тромбларнинг олдини олиш учун)	Гепарин 5000-1000-2000 ХБ/с	250-500 мг	А <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

				<a href="#">intensivnoi-terapii-70</a>
5.	Диуретиклар	Фуросемид, 20-40 мг, инъекция учун эритма 1%-2 мл.	венага	A HYPERLINK "https://lex.uz/docs/6590074" <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
6.	Компонентлар масаласи	Кўрсатма бўйича эритроциттар масса	Вена тинч	A <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>
7.	Қон таркибий қисмлари	Янги музлатилган плазма йўриқномага мувофиқ.	Вена ичига, тери остига, мушак ичига,	A HYPERLINK "https://lex.uz/docs/6590074" <a href="https://lex.uz/docs/6590074">https://lex.uz/docs/6590074</a> <a href="https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70">https://www.rlsnet.ru/library/articles/xirurgiya/perecen-ls-primenyaemyx-v-xirurgii-i-intensivnoi-terapii-70</a>

**Шифохонага ётқизиш.** Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар туғилган чақалокни аниқланган ташхисдан сўнг шошилиш равишида жарроҳлик шифохонасига ётқизиш.

#### **7. Баённоманинг ташкилий жиҳатлари:**

7.1 Манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисида маълумотлар мавжуд эмас.

7.2. Экспертлар (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари) ахбороти:

Эргашев Н. Ш., Тошкент педиатрия тиббиёт университети болалар хирургияси кафедраси мудири

7.3. Баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини жорий этиш: Баённома ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки исботланганлик даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқилади

7.4. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати (ҳисобот матнида кўрсатилган манбаларга ҳаволалар бўлиши шарт):

### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Bethell GS, Long AM, Knight M, Hall NJ; БАПС-САСС. Буюк Британияда туғма ўн икки бармоқли ичак обструкцияси: апопулятсияга асосланган тадқиқот. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2020;105 (2):178-183. doi:10.1136/archdis child-2019-317085
2. Бурке М.С., Раги Ж.М., Караманукиан Х.Л. эт ал. Nev strategies nonoperative management of meconium ileus. Ж Педиатр. Сург 2002; 37: 760-4.
3. Dufour-D, De Laet МН, Dassonville М ва бошқалар. Мигут малротатсияси, сонографик ташхиснинг ишончилиги. Педиатр Радиол (9 июнь 2017 йил). 1992. С. 22:21-3).
4. Жонес АМ, Исенбург Ж, Салеми ЖЛ ва бошқалар. Гастрошизис тарқалишининг ўсиши - 14 штат, 1995-2012 йиллар. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016;65:23-26;
5. P. Puri М. Е. Htsllwarth (Эдс.). Pediatric Surgery. Спрингер, 2006; 23.229.
6. Прем Пури: Янги туғилган чақалоқ жарроҳлиги. Second Edition. Лондон, 2003, АРНОЛД.
7. Шчапов Н, Куликов Д, Экимовская Е, Сергеева С, Андреева Е, Иванитская О. Лапароскопик системуклеатсия болаларда ошқозон-ичак тракти дупликацияларини даволашнинг истиқболли усулидир // Ж Педиатр Сург. С0022-3468 (22) 00797-7.дои.
8. Simpson АЖ Леонидас JS ва бошқалар. Мигут малротатсиясининг рентген ташхиси: юқори ошқозон-ичак тракти рентгенографиясининг аҳамияти Ж. Педиатр Сург 1972 7:243)
9. Wax J.R, Hamilton T., Cartin A. Congenital jejunoileal atresia. Ж. Ултро sound Мед., 2006; 25: 337-42.
10. Янги туғилган чақалоқларда туғма ичак тугилиши/ А.С. Панченко, С.Г. Гаймоленко, Н.П. Намоконова, Л.С. Кириллова // Забайкальский медицинский журнал. - 2015.
11. Тугма пастки ичак тугилиши. ҚР Соғлиқни сақлаш вазирлигининг клиник протоколи. - 2017.
12. Чақалоқларда туғма ичак тугилишини ташхислаш ва даволаш. Н.Ш. Эргашев, Ж.Б. Саттаров // Замонавий тиббиёт: долзарб масалалар. - 2013.
13. Ерекешов А.А. Тактика введения новорожденных с неотложной врожденной хирургической патологией. Методические рекомендации. Мед. Университет Астана. Астана, 2010. стр. С. 23-27.
14. Исаков Ю.Ф., Гераскин А.В.: Неонатальная хирургия (руководство для врачей): Москва, "Династия," стр. 480-482, 2011;
15. Пренатал эхография. Под редакцией М.В. Медведева. 1-ё изд. Москва; "Реальное время" 2005 йил. 435-8.
16. Туғма ичак тугилиши бўлган болаларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари. Н.М. Лисков // Практическая медицина. - 2008.
17. Шапов Н.Ф., Кешишян Е.С., Екимовская Е.В., Мелник Т.Н., Пихтеэв Д.А. Организатсия помоши новорожденным с врожденными пороками развития в Московской области. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2023 йил; 68 (1): 123-127. <https://doi.org/10.21508/1027-4065-2023-68-1-123-127>

18. Эргашев Б.Б, Камолов Ш.Б. Чақалоқларда еүноилеал обструкцияни даволашда лапаротомиялар ва видеоассотсиатсияланган операциялар// Болалар миллий тиббиёт маркази ахборотномаси Но3,2022 й. -Б.114.